



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

ERIKA ARANA ARRAES FONSECA

**VIVÊNCIAS DE CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EM
UTI NA PANDEMIA DA COVID-19**

SÃO LUÍS, MA
2024

ERIKA ARANA ARRAES FONSECA

**VIVÊNCIAS DE CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EM
UTI NA PANDEMIA DA COVID-19**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, na Universidade Federal do Maranhão, como exigência para obtenção do Título de Mestre em Psicologia.

Linha de pesquisa: Avaliação e Clínica Psicológica.

Orientadora: Profa. Dra. Jena Hanay Araújo de Oliveira.

SÃO LUÍS, MA

2024

ARRAES FONSECA, ERIKA ARANA.

VIVÊNCIAS DE CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EM UTI NA
PANDEMIA DA COVID-19 / ERIKA ARANA ARRAES FONSECA. - 2024.

78 f.

Orientador(a): JENA HANAY ARAUJO DE OLIVEIRA.
Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em
Psicologia/cch, Universidade Federal do Maranhão, SÃO LÚIS, 2024.

1. COVID-19. 2. CUIDADORES FAMILIARES. 3. SAÚDE
MENTAL. 4. UTI.

ERIKA ARANA ARRAES FONSECA

**VIVÊNCIAS DE CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EM
UTI NA PANDEMIA DA COVID-19**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, na Universidade Federal do Maranhão, como exigência para obtenção do Título de Mestre em Psicologia.

Linha de pesquisa: Avaliação e Clínica Psicológica.

Orientadora: Profa. Dra. Jena Hanay Araújo de Oliveira.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientadora Profa. Dra. Jena Hanay Araújo de Oliveira
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Dayse Marinho Martins
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Patricia Ribeiro Azevedo
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Carlos Wellington Soares Martins
Universidade Federal do Maranhão

Dedico esse trabalho à minha filha Flora
Mariana, por ter me ensinado o que é o
verdadeiro amor.

AGRADECIMENTOS

A presente dissertação de mestrado não poderia chegar a tal ponto sem o precioso apoio de certas pessoas.

Em primeiro lugar, não posso deixar de agradecer à minha **orientadora, Professora Jena Hanay**, por toda a paciência, empenho e dedicação com que sempre me orientou neste trabalho. Agradeço por não ter desistido de mim nos meus momentos mais escuros e, também, agradeço a todos os professores e profissionais envolvidos nesse processo de aprendizagem.

Aos **professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFMA**, por toda compreensão ao longo da minha caminhada. Assim como, a **professora Patrícia Ribeiro Azevedo**, sempre receptiva e assertiva.

À **Deus**, por tudo que Ele é e por saber que foi a mão Dele que me sustentou. Tu és a fonte devida e de sabedoria.

À **minha mãe**, pessoa que amo, admiro e respeito. Obrigada por ter me estimulado a chegar até aqui.

Ao **meu irmão**, meu melhor amigo, que preenche minha vida com sua presença e com sua paz.

Ao **meu pai** (*in memoriam*) pelo seu grande exemplo de cuidado e amor.

À **Diretoria do Hospital São Domingos** pela autorização da pesquisa no referido Hospital.

Aos **familiares dos pacientes** que participaram da pesquisa pela disponibilidade e oportunidade de crescimento.

A **todos** que, direta ou indiretamente, contribuíram para que este trabalho fosse realizado.

“As doenças ampliam os horizontes de nossa alma, fazendo-nos duplicar os valores que realmente importam e que antes pareciam inexistentes.”

(Ivan Teorilang)

RESUMO

Reconhecendo a importância do papel do apoio familiar nos cuidados em saúde dos pacientes hospitalizados, a atenção centrada no cuidador familiar vem aumentando e sendo priorizada cada vez mais nos trabalhos realizados pela equipe multiprofissional, especialmente em Unidades de Terapia Intensiva. O que se tem observado é que o fenômeno do adoecimento pode gerar um intenso processo de sofrimento e fragilidade emocional às famílias que experienciam o ato de cuidar, pois estão mais vulneráveis devido ao impacto e às incertezas da crise gerada pela doença. Partindo disto, o objetivo deste trabalho é compreender a experiência vivida pelos cuidadores familiares em relação ao acompanhamento de pacientes internados em UTI COVID-19, especificamente: descrever as características sociodemográficas e de saúde dos cuidadores familiares de pacientes internados em UTI Covid; conhecer os sentimentos dos cuidadores familiares relacionados ao acompanhamento dentro de uma UTI Covid; descrever as características sociodemográficas e de saúde dos cuidadores familiares de pacientes internados em UTI Covid; investigar as repercussões do ato de cuidado na vida do familiar durante o acompanhamento na UTI Covid e identificar as mudanças vivenciadas na vida do cuidador familiar após alta. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, do tipo descritivo e com delineamento transversal. Participaram da pesquisa cuidadores familiares, maiores de 18 anos, que estiveram desempenhando suas atividades de acompanhamento aos pacientes durante o período de janeiro a agosto de 2021, na Unidade de Terapia Intensiva Covid do Hospital São Domingos, em São Luís/MA. Para a coleta de dados, foram utilizados: Questionário Sociodemográfico e de Saúde contendo itens relativos ao perfil sociodemográfico, bem como dados de saúde e Roteiro de Entrevista Semiestruturada contendo três questões norteadoras sobre a vivência durante o acompanhamento com o fim de identificar temas relacionados a UTI, ao papel de cuidar e ao pós-alta. Na categoria 1 os entrevistados ressaltam aspectos referentes à sua visão da UTI e dos procedimentos inerentes ao ambiente, com as subcategorias: impotência diante necessidade de intubação e o medo da morte. Na categoria 2 trata da relação do familiar com o papel do cuidador, tendo como subcategorias: papel do cuidador, a amizade com outros acompanhantes, a confiança na equipe, as dificuldades enfrentadas e, a fé e religião como recursos fortalecedores. Na categoria 3 que trata do significado atribuído à UTI após a experiência de internação neste setor, tem como subcategorias: a cura e recuperação e o cuidado e acolhimento. Essa pesquisa poderá auxiliar na atenção à assistência psicológica oferecida aos cuidadores familiares de pacientes internados em UTI, além de contribuir para uma melhor compreensão do papel e da importância da família como unidade do cuidado, resultando numa prática de assistência em saúde mais qualificada e mais humanizada. Do mesmo modo, poderá auxiliar na elaboração de estratégias de intervenção e sistematização desses serviços pela equipe multiprofissional de saúde.

Palavras-chave: COVID-19; UTI; Cuidadores familiares; Saúde Mental.

ABSTRACT

Recognizing the importance of the role of family support in the health care of hospitalized patients, attention centered on family caregivers has been increasing and being increasingly prioritized in the work carried out by the multidisciplinary team, especially in Intensive Care Units. What has been observed is that the phenomenon of illness can generate an intense process of suffering and emotional fragility for families who experience the act of care, as they are more vulnerable due to the impact and uncertainties of the crisis generated by the disease. Based on this, the objective of this work is to understand the experience lived by family caregivers in relation to the monitoring of patients admitted to a COVID-19 ICU, specifically: to understand the feelings of family caregivers related to monitoring within a Covid ICU; describe the sociodemographic and health characteristics of family caregivers of patients admitted to the Covid ICU; investigate the repercussions of the act of care on the family member's life during monitoring in the Covid ICU and identify the changes experienced in the family caregiver's life after discharge. This is a qualitative, descriptive study with a cross-sectional design. Family caregivers, over 18 years of age, who were carrying out their patient monitoring activities during the period from January to August 2021 in the Covid Intensive Care Unit of Hospital São Domingos, in São Luís/MA, participated in the research. For data collection, the following were used: Sociodemographic and Health Questionnaire containing items related to the sociodemographic profile, as well as health data and a Semi-structured Interview Guide containing three guiding questions about the experience during monitoring in order to identify themes related to the ICU, the role of caring and post-discharge. In category 1, interviewees highlight aspects relating to their view of the ICU and the procedures inherent to the environment, with the subcategories: impotence in the face of the need for intubation and fear of death. Category 2 deals with the relationship between the family member and the role of the caregiver, with the following subcategories: role of the caregiver, friendship with other companions, trust in the team, difficulties faced and faith and religion as strengthening resources. In category 3, which deals with the meaning attributed to the ICU after the experience of hospitalization in this sector, the following subcategories are: healing and recovery and care and reception. This research may assist in the attention to psychological assistance offered to family caregivers of patients admitted to the ICU, in addition to contributing to a better understanding of the role and importance of the family as a unit of care, resulting in a more qualified and more humanized health care practice. . Likewise, it can assist in the development of intervention strategies and systematization of these services by the multidisciplinary health team.

Keywords: COVID-19; ICU; Family Caregivers; Mental Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMIB	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CID	Classificação Internacional das Doenças
COVID-19	<i>Corona Virus Disease 2019</i>
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
IBRATI	Instituto Brasileiro de Terapia Intensiva
IOTHC	Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas
IS	Isolamento Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
PICS-F	<i>Post-Intensive Care Syndrome Family</i>
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PROADISUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
VMI	Ventilação Mecânica Invasiva
TEPT	Transtorno do Estresse Pós-Traumático
SARS-CoV-2	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i>
SM	Saúde Mental
SCCM	<i>Society Critical Care and Medicine</i>
SDRA	Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo
SOBRATI	Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
2.1 FAMÍLIA.....	16
2.2 A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	20
2.3 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO CUIDADOR FAMILIAR	25
2.4. ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO	28
2.5. A COVID-19.....	31
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	36
3.1. LOCAL DE ESTUDO	36
3.2. PARTICIPANTES.....	36
3.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	36
3.4. INSTRUMENTOS.....	37
3.5. PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	37
3.6. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS	38
3.7. ASPECTOS ÉTICOS	39
4 RESULTADOS	40
5 DISCUSSÃO	48
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
REFERÊNCIAS	61
APÊNDICE A – Questionário Sociodemográfico e de Saúde.....	74
APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista Semiestruturada	75
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	76
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP	78

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o novo coronavírus (SARS-CoV-2), causador da doença COVID-19, constituía uma emergência de saúde pública de importância internacional e, em 11 de março de 2020, definiu o cenário como uma pandemia (Organização Pan-Americana de Saúde, 2020). No Brasil, o Ministério da Saúde apresentou um Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pela COVID-19 (Brasil, 2020a) e declarou haver transmissão comunitária da COVID-19 em todo o território nacional.

Diante desse novo cenário sanitário, pesquisas apresentaram os impactos sanitários, econômicos e psicossociais da COVID-19, decorrentes da alta velocidade de transmissibilidade da doença, cujo pico de contágio desencadeia colapso nos serviços de saúde caso não sejam implementadas medidas efetivas de controle da disseminação do vírus e ampliação do sistema de saúde (Moreira, Sousa e Nóbrega, 2020). Nessa linha, destacam-se como medidas gerais para conter a disseminação da infecção causada pela COVID-19 o afastamento das pessoas, o isolamento de casos confirmados e de suspeitos e a identificação de contatos, sendo esta parte crucial dos esforços empreendidos para o controle da doença (Yuki e Schug, 2020).

Como o setor terciário de saúde (nível hospitalar de alta complexidade) absorve os casos mais graves, os profissionais das Unidades de Terapia Intensiva específicas para COVID-19 (UTI COVID) se viram diante de uma realidade adversa, com a pandemia exigindo a reestruturação de rotinas e espaços físicos. Considerando a indicação de distanciamento social, um dos maiores desafios para as equipes hospitalares durante a pandemia da COVID-19 é manter medidas pautadas na Política de Humanização da assistência, especialmente em UTI, o acolhimento e a comunicação são fundamentais para pacientes, familiares e profissionais, através de uma postura ética e sensível.

A reconstrução das práticas de humanização tem o objetivo de minimizar as ameaças ao cuidado centrado no paciente e na família, propondo caminhos para prevenir uma comunicação pouco estruturada e apoio frágil aos familiares.

Diante das recomendações do Ministério da Saúde e as orientações da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), os serviços de saúde tiveram autonomia para orientações específicas, como a proibição da realização de visitas. Contudo, visando valorizar a presença física dos familiares à beira do leito para promover a confiança, a comunicação, o envolvimento no cuidado e nas tomadas de decisões compartilhadas, mesmo em situação de pandemia, o hospital onde realizou-se a pesquisa, priorizou a possibilidade de se manter um

único acompanhante para o paciente durante o período de internação por COVID-19, ocorrendo o revezamento desse somente se necessário.

Ocorre que as dificuldades geradas pela pandemia avançaram sobre as emoções da população, visto que todos necessitaram reorganizar suas rotinas mediante ao isolamento social. Com isso, é nítido que o medo, tristeza, ansiedade e pouca esperança formaram um conjunto de destaque quando se tratando do Coronavírus (Koury, 2020). Além disso, o aumento exponencial de casos e de mortes, bem como as medidas de controle ocasionaram o medo generalizado, o estigma e a exclusão social de pacientes e familiares. Tais aspectos psicológicos presentes nas epidemias normalmente são negligenciados, desencadeando risco de sofrimento psíquico e aumento de psicopatologias (Zhang *et al.*, 2020).

Por sua vez, no contexto hospitalar, também existem relatos de repercussões psicológicas ocasionadas pelo isolamento social, tais como depressão, ansiedade, sentimento de raiva e estigmatização (Duarte *et al.*, 2015). Deve-se ressaltar que, em pacientes graves ou críticos que evoluem com insuficiência respiratória, fazia-se necessária a ventilação mecânica e esses indivíduos estão mais vulneráveis à depressão e ansiedade de forma global (Martins, Silva e Nêveda, 2005). Logo, as consequências psicológicas se intensificam ainda mais no período de hospitalização, sobretudo nos casos mais graves da COVID-19, os quais necessitam de ventilação mecânica nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

Em linhas gerais, na vigência de pandemias, a saúde física das pessoas e o combate ao agente patogênico são os focos primários de atenção de gestores e profissionais da saúde, de modo que as implicações sobre a saúde mental tendem a ser negligenciadas ou subestimadas (Ornell *et al.*, 2020). Contudo, medidas adotadas para reduzir os impactos psicológicos da pandemia não podem ser desprezadas nesse momento (Brooks *et al.*, 2020). Dessa forma, a atenção psicológica hospitalar se torna fator de proteção para a saúde mental de pacientes e familiares hospitalizados que apresentam quadros reativos à COVID-19. Neste contexto, o psicólogo também precisou se adaptar para atuar no UTI COVID.

Deste modo, os profissionais de saúde ganharam maior protagonismo no combate à disseminação e tratamento da infecção pelo vírus por atuarem na linha de frente, dentre eles os profissionais de psicologia, membros constituintes das equipes multiprofissionais, imprescindíveis durante o processo de diagnóstico, tratamento e de reabilitação do paciente (Ribeiro *et al.*, 2020). Nessa ocasião, a psicologia hospitalar se deparou com uma nova realidade e necessitou rearranjar suas intervenções tendo em vista a adequação às demandas urgentes do atual contexto.

Nesse prisma, ressalta-se que estudos sobre implicações na saúde mental em decorrência da pandemia do novo coronavírus ainda são escassos, por se tratar de fenômeno recente, mas apontam para repercussões negativas importantes. Além disso, pesquisas anteriores sobre outros surtos infecciosos revelaram desdobramentos desadaptativos, em curto, médio e longo prazo, para a população geral e para os profissionais da saúde (Jiang *et al.*, 2020; Taylor, 2019).

Com isso em vista e considerando que pouco se sabe a respeito da situação emocional dos familiares de pacientes de COVID-19, o presente estudo busca levantar os sentimentos dos familiares em relação à situação vivenciada com entes queridos na unidade de terapia intensiva. Desta forma, pretende-se responder ao seguinte questionamento: quais experiências emocionais vivenciadas pelos cuidadores familiares de pacientes internados em um setor de isolamento na Unidade de Terapia Intensiva?

Nesse sentido, de forma geral, o presente estudo busca compreender a experiência vivida pelos cuidadores familiares em relação ao acompanhamento de pacientes internados em UTI Covid. Para isso, são objetivos específicos: a) descrever as características sociodemográficas e de saúde dos cuidadores familiares de pacientes internados em UTI Covid; b) conhecer os sentimentos dos cuidadores familiares relacionados ao acompanhamento dentro do ambiente de uma UTI Covid; c) investigar as repercussões do ato de cuidado na vida do familiar durante acompanhamento na UTI Covid; e d) identificar as mudanças vivenciadas na vida do cuidador familiar após alta. Diante disso, utilizar-se-á uma pesquisa de natureza qualitativa, descritiva e transversal, focada em aprofundar o conhecimento sobre os fenômenos envolvidos com base na subjetividade dos sujeitos.

Essa temática se apresenta relevante, no campo científico, pois observamos que os trabalhos existentes na literatura se direcionam a estudos sobre vivências de cuidadores familiares em diversos outros contextos: como o domiciliar, com idosos, com pacientes com transtornos mentais e, outras patologias. Por sua vez, os trabalhos relacionados à UTI abordam aspectos psicológicos em especial dos pacientes, sendo a visibilidade do cuidador familiar ainda muito incipiente quando relacionado ao contexto hospitalar e de UTI. Verifica-se, então, uma lacuna, pois o cuidador acaba não tendo o suporte adequado, em termos de promoção de saúde e assistência.

A nível pessoal, a temática surge do interesse no trabalho com cuidadores familiares em uma UTI Covid, uma vez que a assistência psicológica aos cuidadores familiares e as vivências emocionais que passam no processo de cuidar são de suma importância, uma vez que: i) a família é reconhecida como facilitadora do restabelecimento da saúde do paciente, já que a

presença de sofrimento nos familiares pode interferir diretamente na recuperação desse; ii) foi necessário ofertar um cuidado especializado à família no contexto da COVID-19 mediante assistência multiprofissional mais qualificada e humanizada na UTI; iii) o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) assinala a necessidade de avanços na qualidade do vínculo entre equipe de saúde, pacientes e familiares, pois se destina a promover uma nova cultura de atendimento à saúde (Brasil, 2003); iv) este trabalho pode contribuir para o desenvolvimento de intervenções e protocolos para este público.

Por fim, este estudo busca contribuir na atenção à importância da assistência psicológica aos cuidadores familiares de pacientes internados em UTI COVID-19 no momento da hospitalização, o que poderá trazer importantes reflexões acerca do papel da Psicologia na saúde, além de auxiliar na implantação da sistematização desses serviços, bem como poderá servir como fonte de dados para futuras pesquisas, sendo suporte tanto para estudantes como para os profissionais da área da saúde no processo de intervenção hospitalar.

Partindo disto, o objetivo deste trabalho é compreender a experiência vivida pelos cuidadores familiares em relação ao acompanhamento de pacientes internados em UTI COVID-19, especificamente: descrever as características sociodemográficas e de saúde dos cuidadores familiares de pacientes internados em UTI Covid; conhecer os sentimentos dos cuidadores familiares relacionados ao acompanhamento dentro de uma UTI Covid; descrever as características sociodemográficas e de saúde dos cuidadores familiares de pacientes internados em UTI Covid; investigar as repercussões do ato de cuidado na vida do familiar durante o acompanhamento na UTI Covid e identificar as mudanças vivenciadas na vida do cuidador familiar após alta.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 FAMÍLIA

Todo ser humano pertence ou já pertenceu a uma família, ainda que não a conheça ou não esteja se relacionando com ela. Nesse sentido, destaca-se que existem diversos conceitos para estabelecer o que é uma família, porém esta pesquisa se apoiou nos princípios do pensamento sistêmico e acredita que todo conceito é relativo, não absoluto e suas definições são incompletas e condicionadas.

Atualmente, a definição de família tem sido dada pelos seus próprios membros e as suas ações não se restringem ao corpo biológico, tendo em vista que o apoio social, emocional e de desenvolvimento são considerados componentes do cuidado à saúde. Assim, a família pode ser reconhecida como a família nuclear, formada pelos pais e seus filhos, ou expandida, incluindo outras pessoas consideradas da família, independentemente dos laços consanguíneos ou parentais (Oliveira, 2009).

Em virtude das enormes mudanças das estruturas políticas, econômicas e sociais da sociedade moderna, desapontam novas formas de convívio, acarretando uma completa reformulação do conceito de família nesta realidade mundial globalizada. Diante disso, o elemento caracterizador da família atual não deve estar relacionado ao casamento, às relações de sangue e muito menos na diferença do sexo do par, e sim na comunhão espiritual e de vida verdadeira que une as pessoas com o mesmo objetivo de vida e comprometimento mútuo (Boente, 2012).

Noutro prisma, de acordo com a teoria geral dos sistemas, nada acontece isoladamente e qualquer coisa que afete um dos componentes, afeta todos os outros, ou seja, qualquer alteração causa impacto sobre todos os outros membros do sistema (Andrade e Martins, 2011). Nessa perspectiva, a família é um sistema, ou seja, um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações em contínua relação com o exterior e mantendo o seu equilíbrio ao longo de um processo de desenvolvimento percorrido através de estados de evolução diversificados.

Dessa forma, a teoria sistêmica, que constitui o modelo predominante dos estudos da família, define-a como um sistema aberto, com uma finalidade e autorregulado. Sistema quer dizer uma unidade formada por membros que interagem entre si, havendo entre eles determinados vínculos e mantendo-se certas transações (Amaro, 2006). Com base nisso, a visão sócio-histórica afirma ser das próprias mudanças internas das famílias da contemporaneidade

que surgem novos contextos, que se articulam entre si, tecendo uma trama essencialmente dialética na qual afloram novas formas de ser e estar enquanto família (Romagnoli, 2007).

Sobre a relação entre família e adoecimento, Mello Filho (2004) enfatiza a importante relação entre o doente, a família e as possibilidades mórbidas daí decorrentes. O autor pontua que existe uma tríade doente-doença-família que não é possível dissociar, então a família é parte integrante de qualquer tratamento de saúde e necessita de assistência tanto quanto seu ente em situação de doença. A família é a primeira unidade da sociedade, a matriz de identidade, o elo dos afetos e tem como função básica o suporte e a proteção dos seus membros em qualquer situação, principalmente em casos de doença.

Diante de um processo de adoecimento, a família utiliza diversos recursos para assegurar o apoio a resposta às necessidades específicas de seus membros. Assim, se entende que a doença de uma pessoa tem impacto sobre todo o funcionamento familiar, da mesma forma que cada membro é afetado individualmente particularmente (Martins, 2010). Entretanto, Ângelo *et. al.* (2014) comentam que, no meio hospitalar, a família é muitas vezes esquecida ou ignorada, ou se é lembrada, é apenas vista com recurso de cuidado.

Vê-se, pois, o meio hospitalar se opondo à condição da família como ente que exerce papel significativo e deve ser parte integrante da intervenção em saúde em qualquer fase da doença e em todos os contextos de assistência, o que aponta a relevância entre o cuidado ao indivíduo e seu contexto familiar, como fator indispensável ao cuidado integral da pessoa. Nesse ponto, a vivência da hospitalização de um familiar em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pode impulsionar o desenvolvimento de problemas psíquicos que são prejudiciais à integridade física e mental da família.

Em decorrência das mudanças impostas pela inserção em um novo ambiente e aliada à incerteza da recuperação da pessoa que adoece, a família passa a viver uma situação de crise que pode provocar efeitos negativos, de forma expressiva, na vida dessas pessoas (Maruiti, Galdeano e Farah, 2008). Entre essas mudanças, a literatura aponta sobre o estado de desconforto severo provocado pela angústia da possibilidade de perda do parente, a separação física e emocional, o aumento da responsabilidade e a tomada de decisões difíceis que podem devastar o ânimo da família.

Além disso, as mudanças na vida social e profissional, associadas ao comprometimento das atividades de trabalho, estudo e lazer, bem como a atenção centrada no familiar hospitalizado, culminam na dificuldade para o cuidado de si próprio e de suas necessidades individuais, como sono, repouso e alimentação, que podem produzir efeitos nocivos a curto e a longo prazo (Freitas, Mussi e Menezes, 2012). Diante disso, a doença pode acabar se tornando

o foco da família, enquanto todas as outras questões que envolvem o contexto familiar acabam também por girar em torno da mesma.

Então, quando a doença ou o doente se tornam o controlador do sistema familiar, ele pode estar fadado a rupturas e ser um meio propício para o surgimento de novas doenças (Balieiro e Cervený, 2005). Logo, é importante considerar quem adoeceu na família, se o provedor financeiro, se o provedor emocional, ou ambos. Ademais, importa questionar: qual era o papel que o, agora doente, exercia na família? qual será o grau de implicação desta ausência no cotidiano do sistema familiar? existirá alguém que possa assumir este papel?

Em síntese, a família necessita se reorganizar, redistribuir papéis, enfrentar múltiplas transformações em vários âmbitos da vida quando diante de doenças. Muitas vezes, recursos de enfrentamento que em outras situações adversas da vida foram suficientes, desta vez podem não surtir efeito ou serem insuficientes para o manejo da situação. Nesse cenário, buscar novas estratégias se impõe e não é tarefa fácil, visto que não é possível encobrir o foco “presença de doença” para encontrar novos caminhos. Há, portanto, que se conciliar a “presença de doença” e flexibilidade, criatividade, carregando a dor emocional, na construção/desconstrução de novas formas de fazer para suprir as demandas que se apresentam.

A necessidade da presença de um membro da família é reforçada por vários estudos, ao considerarem que o ente adoecido é dependente de seus familiares e que a hospitalização o distancia de seu lar. A participação do familiar neste processo é essencial, pois a atividade de cuidar realizada com a equipe de saúde no hospital torna-o parceiro da equipe (Souza, Gomes e Barros, 2009).

De acordo com Wanderley (*apud* Lucy; Rosa, p. 187, 2011):

O cuidador pode ser classificado em: cuidador familiar: o qual possui algum grau de parentesco com a pessoa cuidada; cuidador terceiro: o qual não possui parentesco com a pessoa cuidada; cuidador leigo: aquele sem qualificação profissional para o exercício legal da atividade de cuidar; cuidador principal: o qual mantém responsabilidade da pessoa sob seu cuidado de forma permanente; cuidador secundário: aquele que auxilia e/ou substitui o cuidador principal; cuidador remunerado: aquele que recebe remuneração pelo serviço prestado; cuidador voluntário: o qual não recebe remuneração para cuidar do paciente.

Torna-se relevante então, estabelecer a diferença entre visita e acompanhante familiar. Nesse prisma, destaca-se que o termo “visita” designa os membros da família ampliada ou aqueles com algum vínculo com o paciente e a família e que adentram o recinto hospitalar para oferecer apoio e compartilhar a experiência. Por sua vez, o termo “acompanhante familiar” ou “família” é para designar a pessoa ou pessoas significativas que permanecem ao lado do

paciente nas 24 horas do dia e que tomam parte ativa do seu processo assistencial durante a hospitalização, de maneira colaborativa e participativa, junto aos profissionais da equipe de saúde (Moreira, Sousa e Nóbrega 2020).

Sobre esse tema, Coelho e França (2008) apontam que o familiar normalmente não está preparado para lidar com a situação, contudo é a pessoa mais próxima do paciente, e se torna à pessoa mais apta para cuidar. Embora seja a pessoa mais indicada a estar com o paciente, este também sofre, pois se depara com situações que fazem com que seu estado psicológico e emocional que estão despreparados seja abalado, gerando sentimentos como angústia, ansiedade e desespero.

Nas palavras de Machado e Merlo (2008), o cuidar exige de quem o faz atenção, desvelo, dedicação, renúncia, solicitude, compromisso e esse não é um cuidado qualquer, é um cuidar de quem se encontra fragilizado, enfermo, sofrendo, desesperado, cuidar daquele que está doente e pode ficar curado ou cuidar daquele que está morrendo e vai chegar ao fim da sua trajetória. Os autores ressaltam ainda a possibilidade que o cuidador tem de promover o alívio do sofrimento do outro podendo significar a reposição de energia, a busca do equilíbrio e bem-estar.

Nesse sentido, Machado *et al.* (2007) aponta sobre necessidade de um maior acompanhamento pelas equipes de saúde aos cuidadores familiares, posto que a insegurança advinda do vivenciar sentimentos novos e dolorosos envolvidos no cuidado exige um preparo emocional e, por vezes, técnico dos cuidadores. Então, o saber fazer necessita de preparo, de treinamento e nem sempre os cuidadores recebem essa atenção. Na mesma linha, Fratezi e Gutierrez (2011) ressaltam que a proximidade e o tipo de relação afetiva existente entre o cuidador e o paciente, anteriormente à doença, também contribuem no processo de adaptação do cuidador a este papel. A forma como o relacionamento entre as duas partes – paciente e cuidador – for se constituindo influenciará diretamente o convívio entre eles, podendo significar melhor ou pior qualidade na prestação de cuidados.

Por fim, ressalta-se que, consoante Araújo *et al.* (2009), o cuidador familiar normalmente fragilizado nos aspectos físicos, psíquicos e sociais ficam suscetíveis às doenças e por vezes debilitados por causa das alterações físicas do seu familiar doente. Esses são fatores importantes e podem desencadear a depressão e outros sintomas psicológicos no cuidador, em função disso. Logo, fica evidente que é preciso diferenciar as necessidades do cuidador, das necessidades do paciente nessa trajetória.

2.2 A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Ao longo do desenvolvimento da Medicina foi possível observar que o tempo de sobrevivência das pessoas tem se estendido cada vez mais em função de uma ampliação do conhecimento e do controle das doenças. Verifica-se, pois, que tecnologias foram criadas e transformadas, favorecendo o controle das funções corporais e das respostas orgânicas aos procedimentos clínicos adotados no combate às enfermidades. No contexto hospitalar, talvez o avanço mais expressivo seja o desenvolvimento tecnológico e científico encontrado nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Essas unidades têm como objetivo favorecer suporte e promover a recuperação de pessoas adoecidas em condições clínicas graves, contando para isso com técnicas e equipamentos sofisticados (Knobel, Novaes e Bork, 2006).

A ideia da UTI como uma unidade de monitoração de pacientes graves foi idealizada pela enfermeira Florence Nightingale, que, em 1854, transformou a forma de cuidados de enfermagem dispensados aos soldados feridos na Guerra da Criméia, reduzindo enormemente as taxas de mortalidade (Barbosa e Brasil, 2010). Nessa época, as precárias condições da hospitalização geravam alta mortalidade entre os 4000 soldados hospitalizados, com índices de óbitos atingindo os 40%. Diante disso, Florence, ao assumir o atendimento aos feridos nos Campos de Scurati, adotou cuidados simples, como reformas no ambiente e medidas de higiene, derrubando a mortalidade para 2%.

Conforme Barbosa e Brasil (2010), Florence Nightingale foi uma das figuras centrais no desenvolvimento do conceito de cuidados intensivos, sendo respeitada e adorada, ela se tornou importante personagem de uma conduta terapêutica sendo referência entre os combatentes (Weil e Tang, 2011). Isto posto, seguramente sua atuação foi a primeira ação efetiva na direção do que seria hoje chamado de UTI. Assim, surgiu a ideia de classificar os doentes de acordo com o grau de dependência, dispondo-os nas enfermarias, de tal maneira que os mais graves ficassem próximos à área de trabalho das enfermeiras para maior vigilância e melhor atendimento.

Nesse sentido, a Sociedade Americana de Terapia Intensiva – *Society Critical Care and Medicine* (SCCM) – descreve que, em 1914, Dr. Walter Dandy estabeleceu, nos Estados Unidos, a primeira UTI no Hospital Johns Hopkins, sendo esta de três leitos pós-operatórios neurocirúrgicos. Esse foi o estabelecimento do modelo inicial de Unidade de Terapia Intensiva (SCCM, 2019). Por sua vez, no Brasil, apenas em 1970 surgiram as primeiras Unidades de Terapia Intensiva em hospitais privados do Rio de Janeiro e de São Paulo (Haberhorn, 2004).

Ademais, nos últimos anos, foi possível observar um aumento na demanda de pacientes para UTIs, o que pode ser explicado pelo aumento da expectativa de vida da população geral e pela sobrevivência de pacientes, além das oportunidades de restabelecimento da saúde oferecidas com os avanços técnicos ocorridos tanto no diagnóstico quanto no tratamento de inúmeras doenças, antes consideradas incuráveis (Lima e Rosa, 2008).

Hoje, a Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva (SOBRATI, 2019) informa que o pressuposto fundamental da Unidade é monitorizar as funções orgânicas e perceber alterações das mesmas logo no início e, assim, intervir transformando o prognóstico de doentes graves, que sem estes cuidados talvez não tivessem grandes possibilidades de vida. Nesse sentido, a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB, 2019) complementa e considera que além dos doentes graves, os doentes com risco de complicações devem também ser tratados em UTIs. Para Senra Guimarães (2010), a palavra intensiva indica a ideia de intensidade, no caso particular da UTI, da intensidade dos recursos disponíveis para tratar os pacientes ali internados.

Ocorre que, de acordo com Knobel (2010), a sociedade ainda relaciona a UTI com a morte por desconhecimento, pois, segundo ele 90% dos pacientes que passam pela UTI sobrevivem e o período médio de internação é de quatro dias. Contudo, apesar dos esforços atuais para a descaracterização da UTI como local para morrer e da tentativa de mudança de paradigma para um local de maior segurança para o paciente, o que se pode observar nos hospitais é a convivência dos dois aspectos (recuperação e morte) no mesmo ambiente.

Diante do exposto, conclui-se que a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um contexto de alta complexidade, no que diz respeito às tecnologias, ao custo financeiro e à equipe multidisciplinar especializada, destinado a pacientes graves que necessitam desses cuidados (Lima, *et al.*, 2013). Socialmente, é considerada um local pouco acolhedor (Freitas, Mussi e Menezes, 2012) e, frequentemente, está associada à morte ou doença grave. Por outro lado, relacionada com a atenção integral, recuperação e reencontro com a vida (Ismael, 2004; Severo e Girardon-Perlini, 2005). A esse duplo significado presente nessa unidade hospitalar, Nieweglowski e Moré (2008) atribuem a metáfora de “ponte entre a vida e a morte”.

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), por meio da Resolução nº 71, de 08 de novembro de 1995, define a UTI, em seu artigo 1º, como o local dentro do hospital destinado ao atendimento em sistema de vigilância contínua a pacientes graves ou de risco, potencialmente recuperáveis. Adiante, o artigo 2º desta resolução especifica o “paciente grave” como aquele que apresenta instabilidade de algum de seus sistemas orgânicos, devido a alterações agudas ou agudizadas e, o “paciente de risco” como aquele que tem alguma condição potencialmente determinante de instabilidade (CREMESP, 1995).

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

Diante disso, Romano (2007) considera que as estruturas das UTIs são facilitadoras da deflagração de quadros psicopatológicos, nos quais até mesmo os pacientes conscientes podem perder as referências fundamentais para o seu equilíbrio. Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) já reconhece que o desequilíbrio psíquico é uma comorbidade. Portanto, é fundamental a utilização de estratégias que possam amenizar o sofrimento da família, que vivencia a internação de um familiar na terapia intensiva. O acolhimento efetivo desses familiares e pacientes permite uma relação estreita com o profissional de saúde, com o foco centrado no paciente e sua família. Essa prática nas unidades de terapia intensiva deve ser imprescindível, desmitificando a visão de ambiente pouco ou nada acolhedor (Vieira *et al.*, 2013).

O paciente que se encontra nesse contexto de UTI vivencia um momento de extrema vulnerabilidade e frequentemente se sente desamparado devido à situação de saúde instável, a falta de informação sobre o seu estado de saúde e o sofrimento gerado pelo afastamento temporário da família. A internação nesse setor pode provocar sentimento de insegurança e temor não apenas no paciente, mas também nos familiares, que se sentem desamparados e tentam elaborar estratégias para enfrentar essa situação (Reis, Gabarra e More, 2016). Se a internação hospitalar pode significar um acontecimento estressante para a família do paciente, sua ida para uma UTI potencializa este sofrimento. Da mesma forma que o paciente sentiu com sua entrada na UTI uma enorme ruptura em sua vida, a família também a sente.

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

ansiedade e o questionamento do familiar à equipe de saúde (Frizon, Nascimento e Bertoncello, 2012).

Essa restrição de acesso ao paciente na UTI é datada da sua criação na década de 70, quando se acreditava que a presença das visitas poderia ser prejudicial ao estado do paciente, tendo em vista a complexidade da sua condição física e o seu decorrente manejo e tratamento. Hoje em dia, porém, já se sabe que a inserção de familiares no ambiente intensivista ou a ampliação da sua permanência pode ser uma prática efetiva para amenizar o sofrimento de ambos, paciente e família (Inaba, Silva e Telles, 2015), não representando, de fato, nenhum risco para a rotina da UTI e a saúde dos doentes (Montenegro *et al.*, 2016).

Nesse cenário, a presença da família na UTI se concretizou a partir dos esforços de humanizar o ambiente, vindo a conciliar recursos tecnológicos com recursos humanísticos baseados no Programa Nacional de Humanização Hospitalar (PNHAH), instituído pelo Ministério da Saúde, em 2001, para incentivar e disseminar a prática da humanização no setor da saúde bem como melhorar a ofertado serviço à população. Nesse ponto, destaca-se como um dos seus principais objetivos o relacionamento interpessoal entre os profissionais de saúde e a forma como eles se relacionam com a comunidade (Brasil, 2001).

Na tentativa de expandir as ideias propostas pela PNHAH, que abrangia apenas o âmbito hospitalar, a Política Nacional de Humanização (PNH) – Humaniza SUS surgiu, em 2003, ampliando os conceitos já existentes. Segundo Machado e Soares (2016), seu objetivo é atingir todo o cotidiano da rede de saúde do SUS através das modificações nos setores que apresentam cultura institucional cristalizada, atuando desde o atendimento ao usuário até o fortalecimento dos vínculos, da atenção básica até a alta complexidade.

Neste contexto, a presença do acompanhante/familiar na UTI por meio de políticas de visitação tem sido reconhecida como um facilitador do restabelecimento da saúde do paciente, como também da comunicação entre a família e a equipe de saúde, visto que o familiar possui laços mais estreitos de convívio com o doente, sendo detentora de informações importantes para realização do cuidado. As ações de acompanhamento para a família, como o serviço de saúde interage com o familiar dentro da organização dos processos de trabalho e como é o relacionamento com a equipe de saúde durante o acompanhamento nos horários de visita (Mitchell e Aitken, 2017).

Nesse prisma, importa destacar que estudos demonstram que de 30 a 70% dos pacientes internados em UTIs são acometidos com *delirium*, problema de saúde pública definido como disfunção cerebral aguda e caracterizado por distúrbio de consciência, de atenção, de cognição e de percepção que se manifesta por meio de confusão mental. A incidência de *delirium* está

associada ao maior tempo de internação, aos maiores gastos em saúde, ao maior risco de morte e de declínio cognitivo a médio e longo prazos.

Portanto, é indispensável implementar estratégias que possam reduzir a ocorrência de *delirium* dentro da UTI (Associação Hospitalar Moinhos de Vento, 2017). Para isso, a principal estratégia é a presença da família junto ao paciente internado na UTI. Essa medida contribui para sua reorientação temporal e espacial, adesão ao tratamento, controle da dor e minimização do desgaste emocional causado pela internação. Ademais, a visita ampliada é a preferida pela maioria das pessoas internadas, pois a presença do familiar próximo auxilia a equipe a compreendê-los melhor (Associação Hospitalar Moinhos de Vento, 2017).

Contudo, observa-se que, no Brasil, o modelo restritivo ainda prevalece. Em estudo multicêntrico realizado em 2014 com 162 unidades de terapia intensiva para determinar a política de visitação predominante nas UTIs brasileiras e quais comodidades eram proporcionadas aos visitantes, apenas 2,6% das unidades relataram ter políticas liberais de visitação e 45,1% das unidades, possibilitavam dois períodos de visitação. Em situações consideradas especiais, como nos casos de final de vida, 98,7% permitiram visitas em horários flexíveis. No entanto, existe um crescimento quanto a políticas liberais de visita, sendo que a liberação da visita se relaciona com a possibilidade de redução da ansiedade do paciente e melhora dos seus perfis hormonais, assim como a diminuição das complicações cardiovasculares (Ramos *et. al.*, 2014).

Com vistas a melhorar este cenário, a visita ampliada foi proposta, em 2016, pelo Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADISUS) através do Projeto UTI Visitas, com o objetivo de atender melhor a família e o paciente grave, de forma a contribuir com a segurança e qualificação do cuidado (Rosa, Falavigna e Robson, 2018). Entretanto, a visitação em UTI ainda é um assunto controverso e causa muitos debates entre especialistas e equipes. Em seu turno, as equipes têm se justificado quanto à restrição dos horários de visitação, sinalizando que esse processo interfere na realização dos cuidados, principalmente da enfermagem, acarretando aumento da carga de trabalho, devido a perguntas, preocupações e solicitações dos familiares (Farrel, Hunt e Schwartz-Barcott, 2005).

Nesse prisma, Chapmann *et al.*, (2016) evidenciou que os enfermeiros acreditam que a política de visitação liberal interfere no tempo que o enfermeiro dispõe para a assistência ao paciente. Para os profissionais de saúde, os familiares agem como intrusos, atrapalhando os procedimentos que são realizados nos pacientes e esses consideram, também, que muitos familiares acabam invadindo a privacidade do paciente (Di Bernardo *et. al.*, 2015). Com isso,

nas UTIs tradicionais, nas quais o cuidado ainda é centrado somente no paciente e não na sua família e em que os horários de visitação são àqueles horários restritos, têm ocorrido um grau de insatisfação quanto a esse modelo tradicional, pois cada vez mais os familiares têm exigido um envolvimento maior, com ênfase na transparência, com comunicação efetiva e qualidade da atenção à saúde (Liu *et al.*, 2013).

2.3 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO CUIDADOR FAMILIAR

Reconhecendo a importância do papel do apoio familiar nos cuidados, a atenção centrada na família vem sendo priorizada na terapia intensiva. Dessa forma, a prevalência de ansiedade e depressão em membros da família é proposta como marcador para a qualidade do cuidado e da informação fornecida ao familiar (Belayachi *et al.*, 2014; Köse *et al.*, 2015). Nesse sentido, há exemplo de investigações internacionais que relatam a prevalência de ansiedade entre parentes de pacientes de UTI de 72,8% (Rusinova *et. al*, 2014) e prevalência de depressão de 53,6% (Rusinova *et. al.*, 2014) e 53,8% (Kourti, Christofilou e Kallergis, 2015).

Ante esse cenário, Azoulay e colaboradores (2005) aponta que os fatores relacionados aos sintomas de ansiedade variaram, por exemplo, desde questões relacionadas ao próprio paciente (ausência de doença crônica) até questões relacionadas à família (esposa, sexo feminino, desejo por ajuda psicológica profissional, ajuda recebida por profissional generalista) ou ao cuidador (falta de encontros mais frequentes com médicos e enfermeiros, falta de um ambiente que seja utilizado apenas para encontro com familiares). Nas pesquisas do autor, mais de dois terços dos familiares apresentou sintomas de ansiedade e depressão.

Verifica-se, então, que as reações psicológicas de ansiedade, estresse e depressão reativa tanto podem acometer os familiares durante a internação, como podem permanecer ou surgir após a internação, como o TEPT (Transtorno do Estresse Pós-Traumático), pela própria natureza do ambiente da UTI. Tais reações são independentes do fato de ser ou não a primeira internação do paciente, como também, do resultado da internação, sobrevivência ou óbito do paciente (Choi *et. al.*, 2013). O TEPT pode ser considerado uma reação de altas taxas de ansiedade e depressão e baixa qualidade de vida.

Diante disso, destaca-se que, atualmente, o sistema diagnóstico mais utilizado na avaliação de TEPT é o publicado na 4ª edição da Classificação Diagnóstica Americana (DSM-IV) da *American Psychiatric Association*, a qual possui critérios semelhantes aos da Classificação Internacional das Doenças (CID) da Organização Mundial de Saúde (OMS) em sua 10ª edição. Assim, o TEPT é definido como um conjunto de reações associados à memória

do evento traumático, o qual é decorrente de uma vivência de ameaça de morte, por exemplo, acidentes automobilísticos, desastre natural e ser portador de uma doença grave com risco de morte experimentada por membro da família ou pessoa próxima, portanto não sofrida diretamente pelo indivíduo (Kapezinski, 2010).

Narra Kapezinski (2010) que o indivíduo pode apresentar vivência persistente e intensa das memórias do evento traumático que se manifestam de maneira intrusiva, gerando sofrimento psicológico, manifestações fisiológicas, semelhantes às ocorridas durante o evento, comportamento de esquiva e excitabilidade persistentes. Segundo o autor, os sintomas habitualmente aparecem depois de um mês e até três meses do evento traumático. Por sua vez, Pochard *et. al.* (2005) entrevistaram familiares e encontraram sintomas que demonstram risco moderado a alto de desenvolver TEPT em 33,1% dos familiares.

Nesse estudo, 48,8% dos familiares relataram que as informações da UTI eram incompletas e estes apresentaram taxas mais elevadas de sintomas de TEPT. Dos achados, 47,8% eram relativos aos familiares tomadores de decisão, 50% foram relacionado a familiares cujo paciente foi a óbito na UTI, 60% dos respondentes era familiar de pacientes que morreram após decisões de fim de vida e 81,8% das pessoas foram responsáveis pelas decisões relativas ao fim de vida. Logo, TEPT é uma reação comumente encontrada em familiares de pacientes de UTI, sobretudo, nos familiares responsáveis pelas decisões de fim de vida. Porém, são necessárias mais pesquisas para que se possa focar na detecção precoce bem como na prevenção do transtorno (Pochard *et.al.* 2005).

Em seu turno, Davidson, Jones e Bienvenu (2012) pontuam que familiares de pacientes críticos têm alto risco de apresentarem quadros de ansiedade e depressão, incluindo Transtorno do Estresse Pós-Traumático e luto complicado. Face a isso, a *CriticalCare Medicine* de Chicago (2010) propôs um novo termo para tais complicações, *Post-Intensive Care Syndrome Family* (PICS-F), entendida como Síndrome Pós Cuidados Intensivos em Familiares. Porém, ainda existem muitas questões a respeito de quais são as melhores maneiras para reduzir ou prevenir a PICS-F e como identificar os sujeitos mais propensos a desenvolverem a mesma.

Nesse prisma, ressaltam-se como principais fatores de risco para o PICS-F a má comunicação entre os funcionários, estar em um papel de tomada de decisão, baixo nível de escolaridade e ter um ente querido que morreu ou estava perto da morte. Nesses casos, os problemas mais comuns experimentados por membros da família incluem privação de sono, ansiedade, depressão, luto complicado e TEPT. Portanto, a PICS-F refere-se aos efeitos psicológicos agudos e crônicos da doença crítica na família do paciente e inclui os sintomas

que são experimentados por membros da família durante a doença crítica, bem como aqueles que ocorrem após a morte ou alta de um ente querido da UTI.

Sob essa ótica, foi observado que até 30% da família ou dos cuidadores vivenciam estresse, ansiedade, depressão e luto complicado (Schmidt; Azoulay, 2012). Ademais, em um estudo com familiares de pacientes adultos internados na UTI correlacionando um distúrbio agudo fisiológico com ansiedade subsequente, os resultados confirmaram que, após a admissão de um ente querido na UTI, o familiar fica propenso a apresentar ansiedade, quadro com características físicas e psicológicas.

Nesse cenário, os autores do estudo sugerem que o estresse fisiológico agudo (medido pelo cortisol na saliva) pode identificar o risco de ansiedade pós UTI. Desta forma, as estratégias específicas de suporte podem ser utilizadas a fim de reduzir o estresse fisiológico e de diminuir a ansiedade pós UTI (Beesley *et. al.*, 2018). Noutro turno, em estudos conduzidos na França, por exemplo, Pochard *et.al.* (2005) descobriram que 69% desses familiares apresentavam ansiedade e 35% depressão no início da permanência de seu parente na UTI, enquanto 73% apresentavam ansiedade e 35% depressão nos dias anteriores à alta ou à morte de seu parente. Concluíram, pois, que, após a alta ou óbito do paciente, os familiares desenvolvem estresse pós-traumático relacionado à experiência na UTI, e os familiares enlutados estão sob risco de luto complicado.

Além disso, os estudos realizados por Pochard *et.al.* (2005) e Azoulay *et.al.* (2005) também demonstraram que quase metade de todos os cuidadores familiares e tomadores de decisão experimentam sintomas significativos de ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático. Logo, cuidar também está associado ao aumento da mortalidade do cuidador (Siegel *et.al.*, 2010) e, apesar das cargas emocionais e de saúde de ser um cuidador familiar, muitos médicos e sistemas de saúde não consideram a família como o foco de seus cuidados (Truog *et al.*, 2008).

Por isso, Choi *et al.* (2013) apontam que, durante a internação em UTI, os cuidadores familiares dos pacientes passam a prestar menos atenção às suas próprias necessidades de saúde física e emocional, o que pode influenciar no aparecimento de sintomas orgânicos e psicológicos e, com isso, prejudicar sua capacidade para prestar apoio ao paciente. Segundo os autores, estes sintomas podem ocorrer durante a internação ou até três meses após a estada independentemente de o paciente ter ido ou não a óbito, pois a própria UTI pode ter sido um evento traumatizante.

2.4. ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO

Ao fim da década de 1950 e durante toda a década de 1960, no Brasil, a Psicologia foi progressivamente entrando no contexto hospitalar, segundo Chiattonne (2000), respondendo às novas tendências que evidenciavam a necessidade de expansão do saber biopsicossocial na compreensão do fenômeno da doença, visando modificar as concepções habituais, cristalizadas pelo modelo biomédico. Para Angerami-Camon (2010), os primeiros registros da psicologia em hospitais encontrados no Brasil datam de 1954 em São Paulo.

Nessa época, no Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IOTHC), Mathilde Neder deu início a essa atividade pioneira. Nesse ponto, destacam-se as primeiras atividades de Mathilde, as quais consistiam em prestar consultas psicológicas a crianças submetidas a cirurgias de coluna, bem como a seus familiares. Esse acompanhamento era realizado tanto no pré, quanto no pós-operatório. Tal experiência inovadora deu início as atividades de psicologia desenvolvidas em hospitais no Brasil e, depois dela, outras experiências pontuais em outros hospitais foram acontecendo. Porém, somente três décadas depois, em 1983, deu-se um marco histórico que pretendeu agregar os profissionais que atuavam na área, o I Encontro de Psicólogos da área Hospitalar, em São Paulo, com organização de Belkiss Romano e outros profissionais.

Nessa perspectiva, de acordo com Fossi e Guareschi (2004), os psicólogos se inseriram nesse contexto considerando as necessidades da instituição relacionadas à psicologia. No entanto, a demanda hospitalar não era unicamente clínica, mesmo levando-se em conta que esta prática tenha sido o marco da afirmação profissional do psicólogo. Portanto, questões relativas ao funcionamento institucional mereceram a atenção do profissional da psicologia, proporcionando uma escuta que transcendia a clínica.

Diante do surgimento de uma área nova dentro da psicologia, suscitou-se, como afirmam Fossi e Guareschi (2004, p. 33), “a utilização de recursos técnicos e metodológicos de diversas áreas do saber psicológico, não se restringindo apenas a clínica, mas também a organizacional, social e educacional”. Assim, foi se criando um conhecimento mais específico sobre essa nova área, possibilitando uma maior união entre o psíquico e o biológico, dentro do contexto hospitalar. No mesmo sentido, Simonetti (2004, p. 15), anuncia que, mais que uma atuação determinada por uma localização, a psicologia hospitalar “é o campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento”, aquele em que se “dá quando

o sujeito humano, carregado de subjetividade, esbarra em um ‘real’, de natureza patológica, denominado doença”.

Nesse ponto, cabe ressaltar que, frente à inexistência de um paradigma claro para a Psicologia Hospitalar como afirmam Angerami-Camon (2010) e Chiatone (2000), muitos psicólogos acabaram por tentar transpor ao hospital o modelo clínico tradicional aprendido. Com isso, em um primeiro momento, muitas experiências foram malsucedidas, pois esses novos profissionais acabaram por distanciarem-se da realidade institucional. Hoje, sabe-se que as funções do psicólogo hospitalar estão dirigidas à melhora da qualidade dos cuidados ao paciente e à sua família e a favorecer o apoio à equipe de saúde.

Nessa linha, Sebastiani e Chiatone (2000) afirmam que o psicólogo não está apenas atrás de um diagnóstico no sentido formal e acadêmico do termo, mas sim, à busca da visão ampla possível de quem é e como está o paciente frente ao seu processo de doença, internação hospitalar e tratamento, tendo como o principal objetivo resgatar a visão do indivíduo como um todo, como um ser biopsicossocioespiritual. Com isso em vista, Campos (2004) pontua que o psicólogo deve ir ao encontro do paciente e não apenas esperar que um outro profissional o encaminhe, pois com seu preparo e sensibilidade, deve também detectar os pacientes que deverão ser acompanhados.

Por sua vez, Alamy (2005) defende que, na atuação hospitalar, o psicólogo deve observar os doentes, seus familiares, a ação das pessoas naquele lugar, informando-se do diagnóstico, do prognóstico e tratamento, grau de risco de vida, previsão do tempo de internação e cuidados especiais requeridos em cada caso, para, então, “planejar seu atendimento psicológico e suas técnicas auxiliares, pois, na maioria das vezes, não será o paciente a chegar ao psicólogo, mas o inverso”. Diante disso, Castro (2006) afirma que a psicologia tem importância em todas as situações relacionadas à saúde do ser humano e o psicólogo, como um profissional da promoção da saúde, deve atuar tanto na prevenção como no tratamento, visando um relacionamento humano saudável, procurando dialogar com o paciente, seus familiares e com a equipe multidisciplinar.

Ocorre que, em meio à pandemia do novo coronavírus, que afetou o modo como as instituições de saúde funcionam e demandou uma nova organização dos serviços para a assistência aos acometidos pela SARS-CoV-2, a Psicologia Hospitalar, como uma das áreas de atuação no campo da saúde, deparou-se com uma nova realidade e necessitou rearranjar suas intervenções tendo em vista a adequação às demandas urgentes do atual contexto. Nesse contexto, a atuação foi pautada na emergência das demandas decorrentes do intenso sofrimento

de usuários, familiares e profissionais de saúde que, conjuntamente, enfrentam uma pandemia sem precedentes.

Além disso, o profissional psicólogo teve que lidar com os impactos das medidas de isolamento, com a necessidade de uso de equipamentos de proteção individual, além do estresse ocupacional e do sofrimento de toda sociedade diante da pandemia. Portanto, trata-se de uma situação excepcional que mudou a maneira de atuação das equipes de Psicologia Hospitalar, pois a psicologia deve proporcionar, dentro das possibilidades, o contato virtual entre paciente e família, visando minimizar o desamparo vivenciado por aqueles pacientes diagnosticados, bem como trabalhar os pensamentos e sentimentos decorrentes da experiência, especialmente os pensamentos catastróficos, comuns em situações de adoecimento, em especial às vítimas da pandemia, incluindo usuários e familiares, sempre pautando-se em evidências científicas.

O profissional de psicologia, por fazer parte da equipe de saúde que atua em diversos setores de um hospital, tem como uma de suas funções a atuação na UTI que dar-se em uma tríade constituída de: paciente, sua família e a própria equipe de saúde, todos envolvidos, mas cada um compondo um dos ângulos desse processo (Sebastiani, 2010). Nesse sentido, Di Biagi e Sebastiani (2007) afirmam que fatores que mobilizam sentimentos e sensações perturbadoras são referidos por pacientes, familiares e equipe de saúde constantemente.

Esses são sentimentos angustiantes permanentemente presentes, mas podem ser compreendidos e neutralizados pela pronta intervenção psicológica. Logo, a inserção do psicólogo junto a equipe intensivista, visa justamente somar com o seu saber e fazer aos demais cuidados para que possa promover um amplo suporte a vida do paciente e de sua família. Nesse sentido, em um olhar contemporâneo sobre a UTI, pode-se constatar que gradativamente a Psicologia com seus saberes e suas práticas foi sendo inserida na concepção ampla de ações intensivistas.

O atendimento ao paciente crítico demanda discussões multidisciplinares que abrangem desde os aspectos arquitetônicos até as ações de apoio destinadas a ele e seus familiares (AMIB, 2004). Nesse prisma, denomina-se psicólogo intensivista o psicólogo hospitalar que atua na Unidade de Terapia Intensiva. Essa inserção do psicólogo nas Unidades de Terapia Intensiva foi regulamentada pela Portaria Ministerial nº 1071, de 04 de julho de 2005, a qual prevê a obrigatoriedade de um psicólogo disponível em UTI. Já o reconhecimento da especialidade intensivista para o psicólogo se deu por meio do Instituto Brasileiro de Terapia Intensiva (IBRATI), Portaria de nº 17 de 28 de agosto de 2009.

Uma das mais importantes funções do psicólogo intensivista é propiciar um preparo para que as limitações advindas da doença não tragam ao paciente sentimento de menos valia

para si e para o mundo (Pereira e Feliciano, 2012). Ademais, aplicar instrumentos de avaliação psicológica quando necessários para incrementar intervenções em sua atuação clínica. Portanto, realizar estudos e pesquisas, ter o compromisso de participar de transformações sociais, viabilizar campo para estágio, contribuindo com a formação de novos profissionais, sem perder de vista a qualidade da assistência e o cuidado humanizado para com pacientes e familiares, são algumas das funções do psicólogo intensivista (Kitajima *et al.*, 2014).

Todavia, perceber a importância da presença da família na UTI, seja para conversar, tocar ou simplesmente observar seu ente querido, mesmo que esteja inconsciente é poder concretizar o que de fato está acontecendo. Se for preciso, o psicólogo além das orientações permanece junto com o paciente e a família na UTI pelo tempo que for necessário, até que percebam que estejam seguros. Além disso, elege-se junto com a família o membro mais fortalecido emocionalmente para ser o interlocutor da mesma junto à equipe e vice-versa (Ismael, 2004; Saboya *et. al.*, 2014).

2.5. A COVID-19

O vírus SARS-Cov-2, aparentemente surgiu na cidade chinesa de Wuhan em dezembro de 2019. Trata-se de um vírus do tipo RNA pertencente à família dos Coronavírus (CoV), a qual se constitui de seis vírus cujos quadros clínicos por eles causados pode variar em gravidade. No caso do SARS-Cov-2, pode haver infecção assintomática ou pode causar uma doença multisistêmica podendo se manifestar com: sintomas respiratórios leves a graves, febre, tosse, dor torácica, falta de ar, anosmia, alteração do paladar, tremores de repetição, calafrios, dor muscular, náuseas, vômitos, dor abdominal, diarreia, inapetência, cansaço, neuropatias dentre outros (Wu *et al*, 2020).

A transmissão do SARS-CoV-2 se dá, predominantemente, por meio de gotículas contaminadas de secreções da orofaringe de uma pessoa infectada para uma pessoa livre da infecção, seja de forma local ou de forma sustentada. Os sinais clínicos podem ser assintomáticos ou oligossintomáticos, leve ou gravemente. Destaca-se, ainda, que a transmissibilidade dos pacientes infectados é de, em média, 7 dias após o início dos sintomas, todavia podem ocorrer mesmo sem o aparecimento dos sinais e sintomas. Ocorre que, em 2020 e até os dias atuais, não há tratamento medicamentoso específico e de total eficácia comprovada para tratar a infecção pelo coronavírus. Por meses, testes foram realizados a fim de localizar um antiviral específico, porém as pesquisas não obtiveram o sucesso desejado (Ferreira; Andricopulo, 2020).

O período de incubação do SARS-Cov-2 varia entre 2 e 14 dias, com média de 5,2 dias, embora possa chegar a 24 dias. Dentre os indivíduos que foram acometidos pela doença 80% tem quadros leves ou é assintomático e 20% restantes precisam de internação hospitalar, podendo necessitar de cuidados intensivos e até mesmo de suporte respiratório invasivo, conforme dados da OMS (2020). Sua rápida propagação, considerando as taxas de internações e necessidade de cuidados intensivos, fez com que a OMS (2020), a definisse como uma ameaça pandêmica em março de 2020.

O significativo número de casos que demandam internação hospitalar (Duan e Zhu, 2020), incluindo cuidados em unidade de terapia intensiva, bem como a ausência de intervenções farmacológicas eficazes e seguras, gerou um colapso no sistema de saúde em diferentes nações (Ferguson *et al.*, 2020). Especialmente na América Latina, o primeiro caso foi registrado no Brasil, em 25 de fevereiro de 2020, pelo Ministério da Saúde do Brasil.

Nessa linha, importa ressaltar que dados publicados em estudos na China (Fauci, Lane e Redfield, 2020) mostraram que, em adultos, a hospitalização se fez necessária em torno de 20% dos casos confirmados, sendo que destes, 5% em UTI e 2,3% com a instituição de ventilação mecânica. No mesmo sentido, um levantamento feito pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB, 2021), em parceria com a *Epimed Solutions*, indicam que cerca de 1 em cada 5 indivíduos infectados é hospitalizado e desses 1 em cada 10 pode ser internado em uma unidade de terapia intensiva (UTI), em sua maioria apresentando síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) e exigindo ventilação mecânica.

Com o objetivo de reduzir os impactos da pandemia, diminuindo o pico de incidência e o número de mortes, alguns países adotaram medidas como o isolamento de casos suspeitos, fechamento de escolas e universidades, distanciamento social de idosos e outros grupos de risco, bem como quarentena de toda a população (Brooks *et al.*, 2020; Ferguson *et al.*, 2020). Diante disso, a pandemia afetou, dentre outras coisas, o modo como às instituições de saúde funcionam e demandou uma nova organização dos serviços para a assistência aos acometidos pela doença e seus familiares.

Considerando a Lei 13.979, de 06 de fevereiro de 2020 (Brasil, 2020), que dispõe sobre medidas para enfrentamento da emergência em saúde pública de importância internacional decorrente do COVID-19 e as recomendações do Ministério da Saúde para acompanhantes e/ou visitantes nos serviços de atenção especializada em saúde, durante pandemia, houve a suspensão de circulação de pessoas em áreas hospitalares, observando-se a necessidade de cancelar visitas aos pacientes. No Estado do Maranhão, tal medida é evidenciada no Decreto nº 35.677, de 21 de março de 2020 (Maranhão, 2020).

O novo Vírus do Coronavírus SARS-Cov-2, pela sua elevada transmissibilidade levou governantes de muitos países adotarem outras medidas na tentativa de conter o avanço acelerado desse vírus como de distanciamento social, evitando aglomerações a fim de manter no mínimo um metro e meio de distância entre as pessoas, como também a proibição de eventos que ocasionem um grande número de indivíduos reunidos em escolas, universidades, shows, shoppings, academias esportivas, eventos esportivos, entre outros (Reis-Filho e Quinto, 2020).

Em contrapartida, em casos extremos é adotado o Isolamento Social (IS), conceitualmente, quando as pessoas não podem sair de suas casas como forma de evitar a proliferação do vírus. Dessa forma, há ainda a recomendação de que as pessoas suspeitas de possuírem o vírus, permaneçam em quarentena por quatorze dias, pois este é o período de incubação do SARS-CoV-2 (Oliveira, 2020).

Nesse prisma, a Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020, define que isolamento é a medida de separação de pessoas que estão doentes, ou contaminadas, de bagagem, meios de transporte, mercadorias ou encomendas postais de outras pessoas, de maneira a evitar a contaminação ou a propagação do Coronavírus. Ademais, define que quarentena serve como restrição de atividades ou a separação de casos suspeitos de contaminação de pessoas não contaminadas e para bagagens, contêineres, meios de transporte, mercadorias suspeitas e até animais, com o objetivo de evitar a propagação desta doença.

Por sua vez, a Portaria nº 356, de 11 de março de 2020, dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei 13.979/2020, que prevê e possui critérios necessários para se estabelecer quarentena no país definindo por exemplo e que o prazo adotado deverá ser de 40 dias, podendo ser estendida pelo tempo necessário com o objetivo de reduzir a transmissão comunitária da doença, e também garantir a manutenção dos serviços de saúde em todo o território.

Esperava-se, com tais medidas, “achatar a curva” de infecção ao favorecer um menor pico de incidência em um dado período, reduzindo as chances de que a capacidade de leitos hospitalares, respiradores e outros suprimentos sejam insuficientes frente ao aumento repentino da demanda, o que se associaria à maior mortalidade (Ferguson *et al.*, 2020). Ocorre que, devido ao rápido avanço da doença e ao excesso de informações disponíveis, algumas vezes discordantes, formou-se um ambiente favorável para alterações comportamentais impulsionadoras de adoecimento psicológico, que podem gerar consequências graves na Saúde Mental (SM) do indivíduo (Lima *et al.*, 2020).

Em linhas gerais, na vigência de pandemias, a saúde física das pessoas e o combate ao agente patogênico são os focos primários de atenção de gestores e profissionais da saúde, de

modo que as implicações sobre a saúde mental tendem a ser negligenciadas ou subestimadas (Ornell *et al.*, 2020). Contudo, medidas adotadas para reduzir os impactos psicológicos da pandemia não podem ser desprezadas nesse momento (Brooks *et al.*, 2020; Xiao, 2020). Se isso ocorre, geram-se lacunas importantes no enfrentamento dos desdobramentos negativos associados à doença, o que não é desejável, sobretudo porque os impactos psicológicos podem ser mais duradouros e prevalentes que o próprio acometimento pela COVID-19, com ressonância em diferentes setores da sociedade (Ornell *et al.*, 2020).

Apesar de o isolamento social ser uma medida muito empregada no contexto de saúde pública para a preservação da saúde física do indivíduo, é fundamental pensar em saúde mental e bem-estar das pessoas submetidas esse período de isolamento. Essa medida pode causar problemas físicos em pacientes, como aponta estudos que abordam o tema de isolamento social do ponto de vista endócrino e a importância para o cérebro em manter as conexões sociais com as demais pessoas (Cacioppo *et al.*, 2015). Ademais, pode causar e agravar enfermidades cardiovasculares e mentais, havendo a necessidade de mais estudos com o objetivo de identificá-los auxiliando ainda mais as pessoas nessas condições (Leigh-Hunt *et al.*, 2017).

Dentro deste contexto, a saúde mental é um componente essencial para saúde, pois, conforme a OMS, trata-se de um estado de bem-estar no qual um indivíduo realiza suas próprias habilidades, pode lidar com o estresse normal da vida, trabalhar produtivamente e é capaz de contribuir com sua comunidade (Galderisi *et al.*, 2015). Nessa perspectiva, pode-se afirmar que, juntamente com a pandemia de COVID-19, surge um estado de pânico social em nível global e a sensação do isolamento desencadeia os sentimentos, como angústia, insegurança e medo, os quais podem se estender até mesmo após o controle do vírus (Hossain *et al.*, 2020).

Portanto, a crise de saúde no mundo pode afetar de forma significativa questões mentais e sociais à semelhança do que ocorreu em Wall Street, em 1929, ou, em 1973, com a crise do petróleo na Rússia e na crise financeira, em 2008, ou em Países europeus que, em 2010, tomaram medidas de austeridade e causaram grandes perdas, registrando mais de 10.000 suicídios adicionais, além do agravamento de saúde causados pelo uso do álcool e drogas (Lemos, Almeida-Filho, Firmo, 2020).

Nessa linha, uma pesquisa com 116 participantes com câncer no Hospital do Câncer de Zhejiang, China, concluiu que 40,7% dos pacientes sofriam com depressão em razão da pandemia de Coronavírus, sendo 28,6% de forma moderada e 71,4% na forma leve. Esse estudo foi realizado usando a Escala de Depressão de Autoavaliação e os autores concluíram que provavelmente a prevalência de SARS-Cov-2 aumentaria a incidência de depressão em pacientes. Noutro prisma, o estudo psicológico realizado por Duarte e Colaboradores (2015)

buscou analisar em âmbito hospitalar as repercussões psicológicas que o isolamento de contato, corroborando os achados da maioria dos estudos publicados até então constatando a presença de sintomas como como depressão, ansiedade, sentimento de raiva, estigmatização e solidão entre outros.

Segundo Zhang e Colaboradores (2020), a patologia pode provocar diferentes níveis de sofrimento psicológico em pessoas portadoras ou para o público em geral nas situações de quarentena, podendo ser atribuída a diferentes fatores, como gênero, experiências com a infecção pelo SARS-Cov-2 exposições à mídia e isolamento social. Esses autores sugerem o desenvolvimento de intervenções psicológicas para indivíduos em epidemias e situações de doenças contagiosas emergentes (Zhang *et al.*, 2020a). Apesar disso, estudos sobre implicações na saúde mental em decorrência da pandemia do novo coronavírus ainda são escassos, por se tratar de fenômeno recente, mas apontam para repercussões negativas importantes.

Além disso, pesquisas anteriores sobre outros surtos infecciosos revelaram desdobramentos desadaptativos, em curto, médio e longo prazo, para a população geral e para os profissionais da saúde (Jiang *et al.*, 2020; Taylor, 2019). Na mesma linha, existem sugestões para o tratamento psicológico da população como a abordagem utilizando a Terapia Cognitiva Comportamental com auxílio de técnicas como a psicoeducação, que supostamente possibilitaria o tratamento de tais sintomas (Ho *et. al*, 2020). Por sua vez, Zanon e colaboradores (2020) sugerem estratégias como a de *mindfulness*, com o intuito de desenvolver habilidades de empatia, gratidão e generosidade durante o período de pandemia, além da psicologia positiva no tratamento de sintomas considerados adversos com o fim de promover aumento na qualidade de vida e redução nos sintomas psicológicos da doença.

De forma geral, esses autores também chamaram atenção aos comportamentos positivos que a situação atual pode proporcionar como a possibilidade (a) dos indivíduos em passar mais tempo voltando para si próprio e refletindo sobre estratégias que possibilitem a autorrealização, (b) estar mais próximo de familiares e a probabilidade e maior tempo para escutar o relato de emoções, bem como a sua compreensão, (c) a visualização criativa do futuro, permitindo que o indivíduo imagine a situação pós pandemia (Zanon *et. al.*, 2020).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, do tipo descritivo e com delineamento transversal. O foco da pesquisa qualitativa demanda compreender e aprofundar o conhecimento sobre os fenômenos desde a percepção dos participantes ante um contexto natural e relacional da realidade que os rodeia com base em suas experiências, opiniões e significados, de modo a exprimir suas subjetividades (Minayo, 2014).

3.1. LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida na Unidade de Terapia Intensiva Covid do Hospital São Domingos, na cidade de São Luís, estado do Maranhão. Trata-se de uma UTI adulta composta de 35 leitos destinados ao Covid e onde são assistidos os pacientes que recebem medidas plenas de suporte de vida, como drogas vasoativas e ventilação mecânica. Nesta UTI, é permitida a presença do acompanhante, porém, dentro do contexto de pandemia, a troca estava sendo permitida somente a cada cinco dias, de forma a reduzir a circulação de pessoas.

3.2. PARTICIPANTES

Os participantes do estudo foram compostos pelos cuidadores familiares que estiverem desempenhando suas atividades de acompanhamento aos pacientes na UTI Covid, sendo escolhido um cuidador familiar por paciente hospitalizado no período de janeiro a agosto de 2021 e que tiveram como desfecho clínico a alta hospitalar. Neste estudo, entende-se por cuidadores os familiares como um grupo de indivíduos com vínculos emocionais, afetivos, ligados ou não por consanguinidade e que tenham convivência com o paciente previamente à internação. Nesse sentido, o número de entrevistas foi baseado mediante o critério de saturação, em que ocorre a suspensão de inclusão de novos participantes à medida que os dados obtidos passam a apresentar determinada redundância ou repetição.

3.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos no estudo os cuidadores familiares de pacientes com Covid positivo internados na UTI, maiores de 18 anos, os quais permaneceram por pelo menos cinco dias no

acompanhamento ao paciente e apresentarem concordância em participar da pesquisa. Ademais, foram excluídos os cuidadores profissionais ou contratados para o cuidado com o paciente.

3.4. INSTRUMENTOS

Para a realização da pesquisa, foram utilizados: a) Questionário Sociodemográfico e de Saúde (Apêndice A) contendo itens relativos ao perfil sociodemográfico (sexo, idade, grau de escolaridade, estado civil, filhos, ocupação, religião, grau de parentesco com o doente, tempo de internação do paciente, além de outras informações complementares ao estudo), bem como dados de saúde (sono, transtorno psiquiátrico, atividade física, uso de álcool e drogas); b) Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada (Apêndice B) contendo três questões norteadoras sobre a vivência durante o acompanhamento na UTI Covid para identificação de temas relacionados à UTI, ao papel de cuidar e ao pós-alta.

3.5. PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Inicialmente, foi enviada uma solicitação de autorização para a realização da pesquisa ao Hospital São Domingos. Em seguida, o projeto foi submetido para apreciação no Comitê de Ética em Pesquisa da referida instituição, de acordo com normas vigentes nas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde. Destaca-se que a coleta de dados teve início somente após a aprovação do projeto, momento em que foi feito, primeiramente, um levantamento dos participantes que correspondem aos critérios de inclusão na pesquisa e, em seguida, o contato do familiar de referência que esteve acompanhando o paciente no período da internação, controle realizado pelo Serviço de Psicologia da unidade a cada admissão na UTI Covid.

Diante do cenário pandêmico encontrado, durante a realização da pesquisa, seguiram-se as recomendações propostas pelo Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS (Brasil, 2021), que norteia os procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. Nesse sentido, os familiares foram convidados a participarem das entrevistas por meio de ligação telefônica, sendo informados acerca da pesquisa, bem como dos objetivos dela. Após o aceite, foi enviado ao número do entrevistado, através do aplicativo de mensagens Whatzapp, um formulário, da plataforma *google forms*, para consentir com o Termo de consentimento livre

e esclarecido e, na sequência, foi feito o agendamento do melhor dia e horário para o familiar para que a entrevista fosse realizada de forma segura e confortável para todos.

A entrevista telefônica semiestruturada e o questionário sociodemográfico/saúde foram realizados pela pesquisadora, que possui experiência e formação especializada em Psicologia Hospitalar. Por fim, destaca-se que todas as entrevistas telefônicas foram gravadas em áudio e, depois, transcritas na íntegra.

3.6. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados nas entrevistas e nas questões pertinentes ao Questionário Sociodemográfico e de Saúde foram descritos e analisados de forma qualitativa a partir de categorias importantes para a discussão do tema. Essa análise dos dados foi realizada com base na abordagem metodológica qualitativa, a qual, para Minayo (2012), tem um objeto de estudo com questões muito particulares. Desta forma, a pesquisa qualitativa reflete as realidades que não podem ser quantificadas e/ou traduzidas em números.

Na primeira fase, Minayo (2011) destaca que, em geral, organiza-se o material a ser analisado. Nesse momento, de acordo com os objetivos e questões de estudo, são definidas as unidades de registro, as unidades de contexto, os trechos significativos e as categorias. Para isso, faz-se necessária uma leitura do material no sentido de ter contato com sua estrutura, descobrir as orientações para a análise e registrar impressões sobre a mensagem.

Por sua vez, a segunda fase de exploração do material, segundo Minayo (2001), é considerada a fase mais longa, na qual são efetivadas as decisões elaboradas na fase anterior e pode haver necessidade de realização de várias leituras de um mesmo material. Nessa etapa, os dados brutos são transformados de maneira organizada e são definidas as categorias, ou seja, são constituídos os sistemas de codificação em que os dados são agrupados por terem as mesmas características, além de serem identificadas as unidades de registro permitindo uma descrição das características gerais do conteúdo analisado.

Na última etapa, Minayo (2011) indica que é a fase de tratamento dos resultados obtidos e a interpretação consiste no tratamento estatístico simples dos resultados, permitindo a elaboração de tabelas que condensam e destacam as informações fornecidas para análise. A partir das classificações elaboradas, pode-se fazer inferências, interpretar os dados e descobrir o que está escondido em relação aos documentos que foram selecionados na primeira fase.

3.7. ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto de pesquisa se orientou pelos preceitos do Conselho Nacional de Saúde (CNS) em relação às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016), sendo enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São Domingos para aprovação (ANEXO A). Ademais, a participação na pesquisa será voluntária e a coleta de dados só foi realizada após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa.

Nessa linha, destaca-se que a coleta de dados se iniciou com a assinatura do TCLE (APÊNDICE C), após a exposição e informação sobre os objetivos e procedimento de pesquisa para os participantes, bem como da possibilidade de desistência na participação a qualquer momento e sem qualquer prejuízo. Por fim, foi assegurado o sigilo das informações coletadas.

Apesar de a participação no preenchimento dos instrumentos possuir risco mínimo, caso houvesse alguma reação por parte das respondentes, como demonstração de profundo sofrimento e mobilização emocional, esta seria acolhida e, caso necessário, encaminhada para avaliação e acompanhamento psicológico viabilizando encaminhamentos para serviços de saúde necessários. Além disso, também foram informados os contatos da pesquisadora responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para que os participantes entrassem em contato e solucionar possíveis dúvidas quanto aos elementos éticos do estudo.

Como benefícios desse trabalho, além da ampliação do escopo científico teórico e interventivo a respeito das variáveis que são objetivos dessa pesquisa, proporcionou-se devolutiva dos resultados do estudo para aprimorar a prática assistencial.

Por fim, ressalta-se que a participação nesse estudo não propiciou nenhum custo e benefício financeiro às participantes, sendo os resultados divulgados no trabalho de Dissertação da pesquisadora no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão e através da publicação de artigos científicos e de apresentações em eventos científicos.

4 RESULTADOS

Foram entrevistados 3 familiares de pacientes que se encontravam internados na UTI da COVID-19. Inicialmente foi realizada a caracterização do perfil sociodemográfico dos familiares acompanhantes, com a finalidade de conhecer os participantes do estudo (Quadro 1). Concluiu-se que, no grupo, as idades variaram 40 a 45 anos e todos os participantes foram do sexo feminino. Todas eram casadas e possuem filhos. Quanto ao grau de escolaridade, duas participantes possuíam nível superior e uma, nível médio. O tempo de convivência com os pacientes variou de 12 a 20 anos. Quanto a profissão, todas as participantes possuem emprego. Quanto a religião, houve uma diversidade maior: católica, evangélica e espírita.

Quando perguntado sobre as condições de saúde, duas participantes afirmaram que não estavam com a saúde boa, ambas se encontram em acompanhamento psiquiátrico e psicológico. As mesmas afirmam dificuldade em conciliar o sono. Quando questionadas sobre a prática de atividade física, somente uma das participantes estava praticando, conforme demonstrado no Quadro 2.

Quanto aos dados dos pacientes dos familiares participantes, a idade variou de 41 a 54 anos, todos passaram pela experiência da intubação, com tempo de internação de 12 a 35 dias.

Quadro 1: Caracterização quanto aos dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa. São Luís, MA, 2024.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
Sexo	Feminino: 3 participantes
Idade	Variou entre 40 e 45 anos
Escolaridade	Nível Superior: 2 participantes Nível Médio: 1 participante
Estado civil	Casada: 3 participantes
Filhos	Sim: 3 participantes
Grau de Parentesco	Esposas: 3 participantes
Tempo de convivência	Variou entre 12 e 20 anos
Vínculo empregatício	Empregadas: 3 participantes
Religião	Católica: 1 participante Evangélica: 1 participante Espírita: 1 participante

Quadro 2: Caracterização quanto as condições de saúde dos participantes da pesquisa. São Luís, MA, 2024.

DADOS DE SAÚDE	
Condições de Saúde	Ruim: 2 participantes Boa: 1 participante
Realiza atividade física	Sim: 1 participante Não: 2 participantes
Dificuldade com o sono	Sim: 2 participantes Não: 1 participante
Transtorno psiquiátrico	Sim: 2 participantes Não: 1 participante
Acompanhamento psicológico e psiquiátrico	Sim: 2 participantes Não: 1 participante

Levando em consideração os objetivos do estudo e baseado nos conteúdos encontrados a partir das falas dos entrevistados, foram criadas três categorias temáticas com base nos aspectos psicológicos relativos ao antes, durante e depois do internamento na UTI. Suas descrições e análises são apresentadas a seguir:

● **Categoria 1: Considerações sobre a internação em UTI:**

Nesta categoria, os entrevistados ressaltam aspectos referentes à sua visão da UTI e dos procedimentos inerentes ao ambiente.

Impotência diante necessidade da intubação

A internação na UTI pode acarretar um desequilíbrio emocional nos familiares do paciente. É muito difícil encontrar pessoas que estejam adequadamente preparados para essa situação, sendo comum o surgimento de apreensões e inquietações nas famílias.

Durante os 36 dias, recorro vividamente o dia da intubação do W., um momento de extrema tensão e emoção.
Lembro-me de sentir meu corpo tremendo, principalmente as pernas, em uma sensação de flutuação, onde o chão parecia não existir. Este episódio inicialmente assustador me levou a correr para o sofá-cama, permanecendo ali até o dia seguinte (F1).

Foram em média 12 dias na intubação, parece poucos dias, mas estando lá, eu sentia que parecia um século e que o tempo parecia não passar (F3).

Para eles, a rotina e as condutas dentro do ambiente de UTI apesar de estarem voltadas para a proteção e cuidados ao paciente internado, acabam por vezes gerando a sensação de isolamento, afastamento e exclusão. Logo, pelos relatos fica explícita a dificuldade de exercer este papel sozinho.

Além da apreensão em relação ao desconhecimento da doença, há a sensação de perda de controle e ausência de garantias.

Medo da morte

Em geral, a internação em UTI é repentina e inesperada, restando pouco tempo para o ajustamento familiar. A família pode estar despreparada para lidar com a ansiedade e tensão criadas pela situação estressante e ameaçadora de uma doença e, também, pela internação em UTI em si. Além disso, há uma associação entre a ida para a UTI e a ideia de terminalidade, como um lugar aonde se vai para morrer, o que evidencia a crença de que tal internação agrave ou provoque a piora de algo já existente, trazendo à cena fantasias negativas sobre o ambiente da UTI.

As terapias não estavam surtindo efeito, resultando na necessidade da UTI. Ele já estava com problemas renais, foi cogitado a ideia de hemodiálise. Eu pedi força pra Deus para enfrentar a possível perda de W. e ter capacidade de cuidar das nossas duas crianças (F1).

Ele é teimoso só foi para o hospital quando já estava com quadro grave, tinha que ir para UTI, eu achava que ia perdê-lo (F3).

O impacto de ter um familiar internado na UTI é, por si só, gerador de angústia e sofrimento, incrementados pelo fato de tal internação ocorrer em razão da COVID-19, uma doença nova e sem cura. Com isso, o familiar pode experimentar o sentimento de desamparo e vulnerabilidade, não havendo registros anteriores para fornecer subsídios ou ferramentas para o enfrentamento dessa situação.

● **Categoria 2: A relação do familiar com o papel do cuidador**

Outro aspecto significativo apontado por alguns entrevistados acerca do período de internamento foi a presença dos familiares, que, conforme demonstram os relatos, facilitaram a recuperação e favoreceram o enfrentamento do tratamento intensivo e da própria doença. Ressalta-se que, no cenário do presente estudo, a UTI estava passando por um processo de significativa flexibilização do tempo de permanência de visita dos familiares.

Papel do cuidador

O incentivo à aproximação dos familiares nesse momento foi uma das estratégias utilizadas para melhora do bem-estar tanto do familiar quanto do paciente, que se encontram em um momento difícil. Essa aproximação da família com o ambiente de UTI também se faz positiva para a quebra do paradigma existente da UTI de que a mesma é um ambiente aonde se vai para passar os últimos dias de vida. Assim a família acaba percebendo que os cuidados intensivos se fazem necessários e são positivos ao familiar, afirmativa essa ratificada por meio de suas falas:

Em diversos momentos percebi a necessidade de uma presença envolvida, onde o acompanhante não só responde as indicações do monitor, mas também desempenha um papel proativo, chamando a equipe para ajustes da alimentação, substituição de medicamentos e observação atenta aos sinais vitais. Este comprometimento é exigido de maneira contínua. Eu atribuo as mínimas sequelas que meu esposo teve a esse acompanhamento diligente, evidenciando que não se trata de qualquer companhia, nem de um cuidador passivo que só assiste televisão (F2).

Eu tinha um cuidado intenso, com isso, tinha a certeza de que ele sairia de lá (F3).

Vê-se, pois, que a maioria dos familiares afirmou perceber a situação como difícil e delicada, bem como demonstrou conhecimento da gravidade do caso, do motivo determinante da internação do paciente na UTI e do risco de morte ou sequelas.

É possível observar o desconforto expresso na impossibilidade da continuidade da vida pessoal e familiar como ocorria antes da entrada de um de seus entes na UTI. A debilidade emocional que surge após a internação hospitalar, pode deixar o familiar facilmente abalado, o que torna a falta de seu ente querido dolorosa no dia-a-dia. Através deste percebe-se a desestruturação da rotina de vida do familiar visitante, dado que a atenção deste se encontra no risco a vida de seu familiar internado e em sua recuperação, exigindo deste a adequação de sua vida social e profissional para assim poder estar próximo de seu parente e acompanhar a evolução do quadro clínico de forma mais adequada. A rotina hospitalar passa a incorporar a vida da família, que vivencia de diferentes formas, um desligamento de seu dia-a-dia, deixando para segundo plano as preocupações cotidianas.

O contexto ao redor a amizade com outros acompanhantes

Ter um ente querido internado na UTI e vivenciar os medos e as aflições resultantes desse processo pode alterar o estado emocional da família. Nesses casos, a presença de redes

de apoio permite que os familiares compartilhem seus anseios, suas angústias e até mesmo o medo da morte. O apoio de outros familiares faz com que aqueles que são responsáveis pela internação se sintam amparados e acolhidos.

Juntamente com os outros familiares, fizemos um grupo e, um apoiava o outro, nos unimos (F3).

Durante os dias de intubação, aprendi a priorizar o descanso, manter contato apenas com a família via WhatsApp e cultivei amizades com outros acompanhantes (F1).

As dificuldades e o sofrimento que se fizeram presentes nesse processo de enfrentar a internação, foram amenizados pela união dos laços entre familiares. As narrativas expressam que a união e o apoio foram essenciais para enfrentar esse momento, além disso, o afeto entre os familiares ficou mais evidente, impulsionando a unidade dentro da UTI.

Nesse sentido, a troca de informações com os outros familiares ajudou a diminuir o estresse emocional vivenciado, isto é, foi feito uso da interação social, por meio da fala, para trocar informações com outros acompanhantes e, com isso, a rotina passou a ficar mais confortável.

Portanto, à medida que a interação e a troca de experiências ocorrem, dentro do contexto hospitalar, o sentimento de alívio, causado pela consciência do que está acontecendo, pode vir à tona, permitindo a libertação de emoções negativas vivenciadas no processo de internamento. Além disso, a troca de informações permite a obtenção de *insights*. Assim, o que os participantes nomeiam como distração pode significar um espaço de formação de rede de apoio e, portanto, elaboração de conteúdos psíquicos.

Confiança na equipe

Nesta subcategoria, percebe-se que os participantes, ao falarem sobre o tempo de internação na UTI, referiram sentimentos de cuidado, de segurança e de proteção, sendo possível observar uma forte relação entre tais sentimentos com as ações da equipe de saúde.

A equipe foi bem atenciosa. São bem treinados. O médico foi incrível me ajudou de forma tremenda (F3).

A equipe desempenhou um papel crucial, acalmando-me e elucidando a importância dos procedimentos, pois W.. já estava atingindo um nível crítico de sofrimento (F1).

As Dificuldades

As falas dos entrevistados confirmam que as informações por parte da equipe de saúde precisam ser priorizadas, e vão além quando afirmam que estas precisam ser acessíveis e claras, ou seja, o conteúdo da informação necessita estar alinhada à forma de comunicação.

As orientações fornecidas pelos profissionais são compostas por termos médicos complexos, causando incerteza e medo na família. A comunicação de qualidade permite que a família não apenas compreenda a situação, mas também se sinta acolhida, apoiada e confiante

Passavam as informações de forma técnica e eu não entendia muita coisa. Gostaria que as informações pudessem ter sido mais comuns (F1).

A médica foi grosseira, eu via que ele precisava ser mais hidratado e ela não soube me atender naquela ocasião quando reclamava (F3).

Em relação aos recursos humanos, ficou evidente que os familiares/acompanhantes reconhecem o empenho e a competência dos profissionais da equipe de enfermagem bem como identificam a escassez destes para a realização dos cuidados.

Eu cansei de ver pessoas com os monitores acusando a necessidade e havia uma demora. E essa demora as vezes é crucial porque pode baixar muito a pressão de um paciente, a depender de outros condicionantes, ele pode não conseguir sobreviver (F2).

Percebi a falta de mais colaboradores dentro da UTI para resolver questões de atividades da rotina da própria UTI, em especial nos turnos da noite (F3).

Quando se trata da falta de um profissional no posto de trabalho, esta afeta toda a equipe e sobrecarrega os profissionais, que, de forma linear reflete na assistência ao paciente. Nessa lógica, a problemática se multiplica quando se trata de uma crise sanitária de saúde como a pandemia.

Fé e religiosidade

A fé e a religiosidade também foram mencionadas como importantes fontes de apoio para todas as participantes. Denota-se que o apoio na fé pode servir como mecanismo para amenizar o sofrimento e reforçar a esperança, sendo reconhecido como estratégia de enfrentamento. Além disso, representa uma forma de encontrar forças para seguir adiante neste momento difícil da internação em UTI.

Senti a mão de Deus durante os dias no hospital. Foi muito incrível saber que Deus sempre está ao nosso lado dando força e sustento (F1).

Reconheço que muitas pessoas investiram recursos, mas compreendo que sem a intervenção divina, nada disso teria relevância (F2).

Minha fé, aliada as orações desviaram meu foco do cenário desanimador (F3).

Ao se deparar com uma situação inesperada e incerta, como é a internação de um familiar na UTI, a família busca meios para encarar e suportar todo esse processo. A fé em Deus constituiu a base de sustentação para o enfrentamento dos colaboradores dessa pesquisa.

Muitas vezes o familiar, ao entrar na UTI projeta que, já não há mais esperança de vida para o seu ente querido e acaba se apegando a fé. O acreditar em um ser superior proporcionou paz e o apoio necessário para a convivência com uma doença grave.

● **Categoria 3: Considerações após o internamento**

Nesta categoria, analisa-se o relato dos participantes acerca do significado atribuído à UTI após a experiência de internação neste setor.

Cura e recuperação

Nessa subcategoria pode-se perceber uma mudança no relato de alguns dos entrevistados cerca da UTI, que antes referenciada como um lugar para se morrer e após a internação, passou a ser vista como um lugar de cura e recuperação, conforme demonstram as falas:

Ele se recuperou bem. Algumas coisas mudaram e tivemos que nos organizar na nova rotina Pós-Covid, estamos nos cuidando mais, principalmente quanto a obesidade, temos o acompanhamento do nutricionista (F1).

Depois da cura, voltamos a rotina com um pouco de dificuldade por causa da sensibilidade e fraqueza dele para realizar certas tarefas básicas. Precisou fazer fisioterapia por um mês até ter condições de voltar a trabalhar (F3).

Os dados presentes nessa subcategoria convergem para a compreensão de que a internação na UTI pode ser relacionada à possibilidade de vida e cura, desde que essa vivência esteja associada a uma percepção de dedicação dos profissionais, familiares e à possibilidade de um tratamento humanizado.

Para os participantes, apesar das limitações encontradas no momento da alta, associam a hospitalização na UTI à perspectiva de melhora e recuperação.

Cuidado e acolhimento

Muitos entrevistados, ao refletirem sobre as impressões deixadas pela UTI, descreveram-na como um lugar seguro e acolhedor, onde se é possível atenuar o sofrimento humano decorrente da doença e do próprio tratamento por meio de uma relação de cuidado e sensibilidade.

Nós conseguimos sair, ele não tem sequelas e o período que estive na UTI recebeu todo suporte, não faltou nada a ele, só tenho a agradecer (F2).

Percebe-se que os participantes, ao falarem sobre o tempo de internação na UTI, referiram sentimentos de cuidado, de segurança e de proteção, sendo possível observar uma forte relação entre tais sentimentos com as ações da equipe de saúde.

5 DISCUSSÃO

Nas entrevistas, restou claro o impacto psicológico da internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) não só para os pacientes, mas para os familiares e amigos, nas circunstâncias de acompanhante, que viveram as emoções e enfrentaram o período de internação com seus desafios. Esse impacto, porém, pode ser subdividido em: a) causado durante a internação; b) causado sobre a relação ente familiar e cuidador; c) causado após a internação.

No primeiro caso, os entrevistados relataram impotência diante da necessidade de intubação e medo da morte. Os participantes demonstraram vulnerabilidade quanto ao ambiente da UTI por associá-lo à ideia de terminalidade e morte, potencializada pelo cenário de gravidade e incerteza imposto pela COVID-19. Para muitos pacientes e familiares consideravam que a intubação é sinônimo de que não irá resistir à covid-19.

Em estudo de coorte realizado com pacientes que necessitaram de 14 ou mais dias de Ventilação Mecânica Invasiva -VMI (intubação), foram identificados sintomas de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático com relativa frequência (Cabral *et al.*, 2019). Deste modo, enquanto um evento disparador de estressores intensos, a VMI é um procedimento que merece a atenção dos psicólogos inseridos nessas unidades, sobretudo quando se soma esse procedimento específico a todos os outros elementos ansiogênicos, inerentes ao contexto da UTI. A hospitalização, por si só, causa um impacto emocional, podendo gerar uma crise no ambiente familiar. Quando em UTI, isso é ainda mais exacerbado, devido à crença de que esse é um local onde se vai para morrer (Nunes e Gabarra, 2017).

Esse cenário se agrava e ganha novas particularidades com a pandemia do Coronavírus (Covid-19), que tem sido responsável por um aumento significativo na demanda de ventilação mecânica por pacientes que apresentam os sintomas mais graves da doença. Dentre as especificidades do paciente internado em UTI com Covid, cabe destacar o medo relacionado à própria enfermidade, considerando a alta taxa de mortalidade nos picos da pandemia (Yki e Schug, 2020).

Ferreira (2021) elucida quanto ao processo de luto diante da Covid-19. Diante das incertezas o luto antecipado tornou-se frequente para as pessoas, principalmente as que possuem entes internados em estado grave de saúde, dados também encontrados na pesquisa. Os familiares podem estar despreparados para lidar com a ansiedade e tensão criadas pela situação estressante e ameaçadora de uma doença e também pela internação em UTI em si, com todas as crenças e fantasias que estão associadas a ela. Com isso, podem ficar imobilizados por

sentimentos como medo, choque e desesperança, em estado de desorganização e desamparo (Carrias *et al.*, 2018), o que ficou evidenciado nas falas das participantes.

Faz-se necessário ressaltar a importância da assistência e cuidado da equipe de saúde em relação aos familiares dos pacientes internados em UTI, devido as experiências vivenciadas causadoras de abalo emocional. Zwielewski *et al.* (2020) apontam em seu estudo o quão importante é o acompanhamento psicológico diante da vivência em pandemia com inúmeros gatilhos capazes de afetar a mente.

Em síntese, sobre o primeiro ponto, faz-se importante discutir que, nestes casos, o cuidador também requer cuidado por um agente de cuidados e, a tarefa deste, é a de dar sustentação. Em uma linguagem coloquial, o cuidador, seja do paciente ou do familiar cuidador, ‘segura a barra’, geralmente sendo esse apoiador constituído pela família, amigos, grupos e instituições. Esse suporte, quando exercido de maneira eficaz e satisfatório, gera no sujeito de cuidados ânimo e conforto, causando uma melhora no bem-estar como também na sua qualidade de vida (Figueiredo, 2012).

Quanto aos aspectos relacionados ao papel de cuidador, os discursos refletem a percepção das famílias quanto a possibilidade de acompanhar momentos importantes do tratamento do paciente e participar ativamente e afetivamente do cuidado. Uma vez que a internação em UTI sabidamente causa impactos emocionais nos familiares e na dinâmica da família (Goularte, Gabarra, More, 2020), a sensação de proximidade e de participação podem auxiliar no enfrentamento dos mesmos, na medida que resgatam a sensação de pertencimento e podem diminuir a sensação de impotência. Camargo (2022) afirma o quanto a família é importante e o quanto ser rede de apoio nesse momento faz diferença na vivência de internação.

Foi consenso entre os familiares do estudo que sua presença na UTI contribuía para a recuperação do paciente, oportunizando o estreitamento dos laços familiares e permitindo que a família acompanhasse todo o desenrolar do processo de hospitalização. Na concepção deles, este é um fator decisivo para a melhora do estado clínico e a recuperação do paciente, enfatizando assim a importância da UTI aberta. Em um estudo realizado por Khaleghparast *et al.*, (2016) também evidenciou essa percepção de que a presença do familiar a beira leito proporciona calma, melhorando a condição física e mental dos pacientes e dos familiares por receberem mais informações sobre o paciente.

Um aspecto imposto pelo isolamento da COVID -19 em muitos hospitais, foi a impossibilidade da família em oferecer apoio ao paciente internado, fazendo com que se sentissem privados de tal oportunidade. Tal achado está em consonância com a literatura (Carrias *et al.*, 2018) que aponta que a privação do papel de cuidador é um dos principais

estressores dos familiares de pacientes em UTI. Sabe-se que não poder estar ao lado do paciente e não ser incluído nos cuidados pode gerar sentimento de culpa por não cuidar do conforto e da dignidade do familiar durante o período de internação (Azoulay, Curtis, Kentish-Barnes, 2021). Para tanto, A estratégia de manter acompanhante podem oferecer conforto e alívio, contudo, considera-se fundamental o apoio e o suporte emocional para os membros da família nesse contexto.

Para os familiares participantes, o cuidador não poderia descuidar do paciente, temendo o agravamento do quadro a qualquer instante. Nessa linha, importa destacar que Gomes, Silva, Batista (2018) e Figueiredo (2012) apontavam que o cuidador não poderia descansar e descuidar da sua função de cuidado, o que enfatiza seu cansaço psíquico. Nessa função, o cuidador deveria estar sempre pronto para testemunhar e refletir, prestando atenção contínua naquele que está sob seus cuidados.

Logo, consoante a literatura, é comum que os cuidadores enfrentem uma carga emocional significativa que pode acarretar esgotamento psicológico e físico, especialmente diante da imprevisibilidade das condições de saúde do paciente e da pressão constante para fornecer assistência contínua. A falta de oportunidades para descansar e cuidar de si pode aumentar a probabilidade de desenvolvimento de sintomas relacionados ao estresse e à ansiedade, evidenciando a necessidade essencial de um sistema de suporte robusto para esses cuidadores (Figueiredo, 2012).

Por todo o exposto, fica evidente que, para fornecer o suporte adequado às necessidades do paciente hospitalizado, a família também precisa ser atendida em suas próprias necessidades, seja por familiares, amigos ou pela própria equipe de saúde, Isto é, o cuidador também precisa ser olhado como único, posto que uma comunicação eficaz e uma parceria entre paciente, família e equipe de saúde pode reduzir o nível de ansiedade dos cuidadores, familiares e até do paciente, bem como promover uma maior propensão do envolvimento destes e, por consequência, favorecer a adesão ao tratamento. Desta forma, o familiar cuidador poderá cooperar, investir, colaborar e participar de todo o tratamento do paciente de melhor maneira (Melo *et al.*, 2014; Barreto *et al.*, 2016).

Esse suporte, inclusive, conforme relato dos cuidadores, se deu entre os próprios acompanhantes e entre estes e suas famílias. De acordo com os entrevistados, foi um momento em que a família se uniu em prol da superação do temor que os afligia. Nesse sentido, destaca-se que vivenciar a situação de doença de um familiar, somado ao medo da morte sempre presente, podem fazer com que haja maior união e companheirismo entre os membros da família (Monteiro *et al.*, 2017).

Segundo Alcantara *et al.* (2013), essa convivência com um grupo de pessoas que vivem situações semelhantes pode ser uma experiência com valor terapêutico para aqueles que estão vivenciando o mesmo momento, pois, esse suporte mútuo entre as pessoas oportuniza a troca de experiência e possibilita ofertar um suporte a outras pessoas. Portanto, a rede de apoio facilita no processo de internação, tornando-o mais tranquilo e positivo. Pode-se compreender também esta rede de apoio como a soma das relações em que o sujeito, neste caso, o cuidador, reconhece como significativa para si, seja ela a família, o grupo social, seus pares (outros cuidadores) e até a própria equipe de saúde (Fassarella *et al.*, 2019).

Esse resultado vai de encontro com a pesquisa de Molina *et al.* (2014), onde os entrevistados como adequação a rotina na UTI, utilizaram como mecanismo de enfrentamento da dor e do sofrimento por meio do compartilhamento de experiências. À medida que a interação e a troca de experiências, dentro do contexto hospitalar, ocorrem, sentimento de alívio causados pela consciência do que está acontecendo podem vir à tona, permitindo a elaboração de emoções negativas vivenciadas no processo de internamento. Além disso, a troca de informações permite a obtenção de insights.

Além da rede de apoio que encontram em familiares, os participantes também se sentem amparados e confortados pela equipe, considerada um elo entre o paciente e a família nesse período de isolamento. A confiança e a sensação de proteção e segurança transmitidas pela equipe de saúde foi essencial para os acalmar e esclarecer o quadro clínico e as opções de evolução, seja positivamente ou negativamente. Nesse ponto, importa esclarecer o papel tranquilizador dos profissionais de saúde. Vejamos:

Os profissionais de saúde estão tão habituados ao ambiente de trabalho que esquecem que tudo pode ser estranho e atemorizante para os familiares do paciente. Ajudá-los a familiarizarem-se com os ambientes físicos e proporcionar-lhes explicações, acerca das rotinas e procedimentos comuns em determinado tipo de serviço de saúde, ajudaria a contornar muitos dos problemas por eles vivenciados. (Almeida *et al.*, 2009, p. 848)

Diante do distanciamento do suporte psicossocial dos familiares, nota-se que a equipe pode auxiliar os pacientes neste período transitório. Moreira e Costa (2018) abordaram na sua pesquisa como a equipe multiprofissional tem potencial para reduzir os efeitos negativos da experiência do paciente. Uma postura acolhedora, empática e respeitosa possibilita a minimização do sofrimento, amenizando o medo e a solidão, tornando-se um apoio emocional.

O trabalho do psicólogo possibilita um espaço de acolhimento e favorece a expressão dos sentimentos em curso na UTI. Desse modo, a assistência psicológica pode auxiliar o paciente a entrar em contato com tais sentimentos e mobilizar recursos de enfrentamento diante da internação. Conforme Scannavino *et al* (2013), o psicólogo tem um papel aqui de auxiliar a pessoa na adaptação ao novo ambiente, resgatando elementos de personalidade presentes quase que exclusivamente no diálogo.

Assim como a confiança na equipe foi um fator protetivo, contudo, uma das dificuldades mencionadas esteve relacionado como a equipe se comunicava, em especial no cenário da pandemia, onde as vivências são novas e desconhecidas, o que pode gerar ruídos, dúvidas e fantasias.

Nesse contexto, o psicólogo faz papel fundamental na facilitação da comunicação entre equipe, família e paciente. Ainda no que se refere à melhoria dos processos e práticas assistenciais, Medeiros e Lustosa (2011), compreendem que o psicólogo pode aparecer no cenário da UTI como um agente facilitador da relação equipe/paciente/família, propiciando um espaço condizente para que as emoções desencadeadas no processo de internação possam se expressar e serem entendidas e acolhidas.

Sob essa ótica, Reis, Gabarra e Moré (2016), constataram que a forma como a comunicação é exercida poderá exacerbar ou minimizar o sofrimento dos familiares e ressaltam a relevância de se atentar para a capacidade de explicações claras sobre procedimentos terapêuticos, necessidade de uma postura aberta da equipe para esclarecimento de dúvidas e desenvolvimento da confiança com aqueles envolvidos nos cuidados assistenciais, como fatores capazes de proporcionar tranquilidade, conforto e esperança.

A comunicação entre familiares e equipe é um aspecto relevante para a redução do sofrimento, caracterizando-se como ponto chave para a satisfação da família com o cuidado prestado pela equipe multiprofissional (Souza *et al.*, 2014). Esse canal comunicativo, quando dotado de qualidade, permite que a família não apenas compreenda a situação, mas também se sinta acolhida, apoiada e confiante, o que a distância impôs como um desafio para as equipes (Azoulay, Curtis, Kentish-Barnes, 2021). Dada a sua importância para o ente familiar, é essencial garantir a boa comunicação por parte da equipe, devendo esta ser incorporada aos protocolos de atendimento, tal qual apontado por Cardoso *et al.* (2020).

Isto pois, conforme relatado e consoante os estudos sobre o tema, a comunicação, quando de forma clara, coesa, coerente e responsiva às necessidades tranquiliza e acalma os familiares, podendo reduzir o risco de desenvolver ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático (Azoulay, Curtis, Kentish-Barnes, 2021), além de contribuir para um melhor

preparo para morte, sendo considerada um fator de proteção para luto complicado (Braz e Franco, 2017). Nesse sentido, aponta Almeida *et. al* (2009) que o esclarecimento das dúvidas dos familiares sobre o estado do paciente e o tratamento fornecido é importantíssimo para a minimização ou até a eliminação da preocupação.

A ausência de profissionais se tornou a principal dificuldade mencionada pelos participantes. Diante o cenário pandêmico, é imprescindível destacar que existem amplas evidências de que os profissionais estão altamente expostos e contaminados pelo COVID-19.

No Brasil, bem como em outros países, milhares de profissionais de saúde foram afastados das atividades profissionais por terem adquirido a infecção e muitos morreram em consequência da COVID-19. Na Itália, 20% dos profissionais de saúde que estavam trabalhando na linha de frente do atendimento a COVID-19 tiveram a infecção e muitos morreram (Medeiros, 2020).

O aumento na taxa de absenteísmo como indicador vai ao encontro com os dados apresentados por estudo brasileiro no qual em uma instituição hospitalar do sul do país a taxa de absenteísmo da enfermagem no período da pandemia foi maior do que na pré-pandemia, visto que, houve a necessidade de afastamento dos profissionais que apresentassem sintomas sugestivos de COVID-19 (Tangerino, *et.al.*, 2022). Desta forma, o desfalque na equipe de saúde acaba gerando uma sobrecarga sobre os profissionais atuantes aumentando ainda mais os níveis de exaustão e implica no nível de segurança do paciente (Araujo, Bohomol e Teixeira, 2020).

Ainda acerca do processo de internação, os entrevistados destacaram a importância da fé e da religião. Nestes contextos, a religiosidade e/ou a espiritualidade tendem a ser recursos importantes para as famílias no enfrentamento aos desafios, na adaptação e na resiliência às perdas (Walsh, 2016). Isso porque a religião facilita a significação do momento vivenciado e a ordenação da vida do sujeito, proporcionando um alívio do sofrimento e um conforto a quem se utiliza dessa estratégia em momentos de dificuldade (Souza, Carvalho, Scorsolini-Comin, 2020). Nessa linha, Almeida *et. al* (2009), ao dissertar sobre o impacto da religião para os familiares em leitos de UTI afirma:

A religião proporciona um conformismo inestimável em face da sua situação e existência, uma múltipla paz do coração, um enobrecimento da sua obediência, além de uma felicidade e uma dor mais iguais às dos seus, e uma espécie de transfiguração e de embelezamento, uma espécie de justificação de toda a vida quotidiana, de toda a baixeza, de toda a pobreza quase animal da sua alma. (Almeida *et. al*, 2009, p. 848).

A fé e a religiosidade foram os principais recursos de enfrentamento mencionados por todos os participantes. As falas ainda ratificam os resultados de estudos que descrevem a relação da espiritualidade com a manutenção da esperança e a atribuição de significados para a doença

e para a vida, uma vez que ela pode fornecer senso de controle e amenizar o sofrimento vivido (Benites, Neme e dos Santos, 2017; Esperandio *et al.*, 2017).

Os entrevistados não trouxeram em suas falas conteúdos relacionados ao conforto das instituições relacionado às instalações, dificuldade de acesso ao tratamento ou de ordem financeira, que pudessem repercutir no enfrentamento do adoecimento. Em pesquisa realizada por Rezende et al. (2010) os resultados demonstraram que um dos fatores que mais contribuiu para o bem-estar global dos familiares cuidadores foi a constatação de que o quarto do paciente estava tranquilo, evidenciando a preocupação com a qualidade das instalações hospitalares, o ambiente, iluminação e silêncio. Para esses pesquisadores, o ambiente reflete um tipo de acolhimento, importante para quem já se encontra cansado e sensível. Porém, esses aspectos não foram mencionados pelos participantes da atual pesquisa, podendo estar associado a todo contexto implicado na pandemia.

Por fim, no tocante à fase pós-internação, os participantes apontam para os planos que surgiram para depois da alta da UTI e do hospital. Apesar de os entrevistados demonstrarem vivenciar momento em que toda a sua atenção estava voltada para a internação, alguns planos emergiram e dizem respeito desde a construção de projetos de vida com o próprio paciente até ao planejamento para possíveis mudanças, como o afastamento do trabalho e reeducação alimentar, ambos relacionados ao pós-alta hospitalar.

Sendo assim, o adoecimento de uma pessoa e sua internação na UTI também implica numa modificação da dinâmica familiar, existindo estresse por conta do hospital, da doença e das sequelas. Além disso, também há uma rotina incompreensível para os familiares, uma vez que eles passam por uma série de sentimentos – inquietação, ansiedade, impotência e angústia – diante de uma situação tão difícil. Com isso, os próprios familiares não estão aptos para auxiliarem os enfermos após alta da UTI, demonstrando a importância de cuidados especializados para a reabilitação desses pacientes (Lucchesi *et al.*, 2008).

Segundo Rosa (2018), entre 25% e 50% dos pacientes que sobreviveram a UTI requerem apoio familiar a longo prazo que pode aparecer da carga de cuidados que se observa em outras doenças crônicas. Achado esse também presente nesta pesquisa com os relatos dos participantes. Por sua vez, os cuidadores podem experimentar novos sintomas psicológicos, denominados coletivamente síndrome pós cuidados intensivos da família (PICS-F). A prevalência é muito variável, oscilando entre 6% e 69% nos primeiros 6 meses e pode durar anos. Os antecedentes mais comuns incluem ansiedade, depressão e TEPT.

Os modelos de clínica e ambulatório pós-UTI são considerados uma oportunidade para oferecer intervenções para a prevenção e gestão dos problemas psicológicos da PICS-F, mas o

cuidado centrado na família nessa perspectiva ainda é incipiente. Ainda há falta de uma orientação formal que esclareça quais profissionais de saúde têm a responsabilidade primária de cuidar dos familiares após a UTI e como prestar esse cuidado. Dado que os efeitos dos problemas de saúde mental podem durar anos e impactar profundamente a qualidade de vida desses cuidadores, é urgente desenvolver diretrizes sobre o cuidado neste cenário (Teixeira e Rosa, 2018).

Apesar das manifestações de planos pós-alta, percebe-se que eles se mantêm relacionados ao doente e à doença, demonstrando que a atenção dos participantes durante a internação na UTI permanece focada na situação de adoecimento.

Identificou-se uma mudança nos relatos, os quais passaram a enxergar a UTI como ambiente de cura e recuperação, ressignificando o temor pela morte que enfrentaram durante os dias de internação. Para além disso, ressaltaram que a unidade de terapia intensiva, por seus agentes de saúde, seria um lugar acolhedor e seguro, onde nada que fosse necessário ao tratamento deixaria de ser feito em prol da melhor recuperação do paciente. A surpresa de ser bem acolhido favorece a humanização e resulta em uma percepção positiva da Unidade por parte da família (Lima *et al.*, 2013).

Tendo como objetivo compreender as repercussões para os familiares do processo de internação em UTI, Reis, Gabarra e Moré (2016) entrevistaram 12 familiares de pacientes, em um hospital público universitário. A experiência de hospitalização na UTI foi caracterizada como sendo marcada pela imprevisibilidade, decorrente da constante incerteza em relação ao quadro clínico do paciente. O discurso dos familiares apontou uma associação da unidade de terapia intensiva com a temática da vida e da morte, destacando-se uma ambivalência entre esses dois aspectos. Sob este prisma, evidenciou-se tanto o medo da morte suscitado pela permanência na UTI, como a possibilidade de recuperação em função do internamento nesta unidade.

Conforme observado por Castro e Rosero (2015), mesmo quando o contato inicial com a UTI desperta emoções e sentimentos desagradáveis, uma recepção acolhedora e respeitosa por parte da equipe é capaz de diminuir os níveis de ansiedade do paciente, alterando, assim, a função potencialmente aversiva deste ambiente. A competência dos profissionais, o cuidado, a assistência prestada e a atenção dispensada foram citadas por pacientes como essenciais para a manutenção do conforto na internação e para a recuperação (Nogueira *et al.*, 2017).

Focalizando o impacto sobre os familiares da notícia acerca da necessidade de hospitalização do paciente na UTI, Fonseca (2015) encontrou resultados semelhantes aos de Reis, Gabarra e Moré (2016), indicando que os familiares vivenciam uma condição de estresse

e uma ambivalência associada à unidade de terapia intensiva como local de morte e de recuperação do paciente.

Embora algumas pesquisas (Crepaldi *et al.*, 2020; Dantas *et al.*, 2020; Cardoso *et al.*, 2020) indiquem a impossibilidade de rituais de despedida como dificultadores para a elaboração do luto, não foram encontrados nesse estudo dados relativos a esse aspecto. Considera-se como hipótese o fato de adaptação das políticas de visita/acompanhamento da referida instituição. A visita e o contato pessoal com o paciente são elementos importantes para a elaboração do luto, impondo às equipes de saúde a necessidade de novas ferramentas para possibilitar essa conexão (Crepaldi *et al.*, 2020; Fontes *et al.*, 2020).

Para além dos aspectos qualitativos, importa analisar o perfil dos entrevistados. Verifica-se, nesta toada, que a maioria absoluta dos acompanhantes era do sexo feminino, o que corresponde ao encontrado na literatura sobre o tema, uma vez que, historicamente, atribui-se à mulher a função de cuidado. Isso se assevera com a pesquisa de Araújo *et. al* (2008, p. 34), que afirma ser esse cenário também “identificado na escolha das profissões, aquelas vinculadas aos cuidados são marcadamente exercidas, na sua maioria, por mulheres”.

Por sua vez, a faixa etária dos acompanhantes variou bastante, entre 41 e 54 anos, enquanto a faixa etária dos pacientes pertenceu a um intervalo mais restrito (40 a 45 anos). Sobre isso, ressalta-se que esse fator possivelmente foi influenciado pelo grau de risco a que estavam submetidos os pacientes durante a COVID-19, posto que, normalmente, os acompanhantes são membros da família e, no caso de serem filhos, logicamente seriam mais jovens que os pacientes, ou são cônjuges e irmãos, por exemplo (Araújo *et. al*, 2008). Portanto, justificado o intervalo identificado.

Quanto a saúde dos cuidadores os dados encontrados coincidem na literatura que indicam predominância de casos de ansiedade, depressão e distress em cuidadores. Em alguns casos as psicopatologias antecederam o início do acompanhamento e foram agravadas com o declínio funcional do paciente (Delalibera *et al.*, 2015; Maffei *et al.*, 2019). Nos últimos anos, vários estudos encontraram uma alta taxa de sofrimento psíquico entre familiares de pacientes críticos (Cameron *et. al*, 2016). Além disso, alguns estudos encontraram uma associação significativa entre a sobrecarga de cuidado e a depressão entre os membros da família (Pochard, 2005).

Portanto, verifica-se que as entrevistas permitiram conhecer a percepção dos familiares de pacientes sobre o período de internação em UTI, em decorrência da COVID-19, no contexto da pandemia. Com isso, foi possível perceber o quanto as internações, as relações de cuidado e

as interações entre pacientes, familiares e equipe foram afetadas negativamente, mas que os acompanhantes se sentiram amparados pela equipe médica.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de todo o exposto, há que se concluir o que se segue. Em primeira análise, destaca-se que, em que pese variar a definição de família, o presente estudo adotou uma abordagem sistêmica, segundo a qual a família não se limita ao núcleo biológico, podendo incluir outros laços afetivos. Esses entes familiares, em casos de adoecimento de algum dos membros, desempenham papel crucial no suporte emocional e prático, porém muitas vezes são negligenciados no ambiente hospitalar, onde enfrentam desafios emocionais e físicos significativos, destacando-se a necessidade de apoio e treinamento adequado por parte das equipes de saúde.

Esse cenário se destaca quando se fala nas Unidades de Terapia Intensiva. Nesse prisma, ressalta-se que a evolução das UTIs acompanha o avanço médico, proporcionando suporte vital a pacientes graves. Inicialmente idealizada por Florence Nightingale, a UTI moderna surgiu em 1914 nos EUA e 1970 no Brasil. Apesar de associada à morte, a UTI é vital na recuperação de pacientes críticos, exigindo equipamentos sofisticados e equipe multidisciplinar. Ocorre que sua estrutura tecnológica e complexidade implicam em desafios humanitários, demandando esforços para torná-la mais acolhedora e centrada no paciente e sua família.

Com isso em vista, percebe-se que a internação na UTI implica um período de extrema vulnerabilidade para o paciente e sua família, com restrições ao contato e desconforto emocional. Embora antes as visitas fossem limitadas, estudos recentes indicam que a presença da família é benéfica, reduzindo a ansiedade e melhorando a comunicação com a equipe de saúde. No entanto, o modelo restritivo ainda prevalece no Brasil, apesar das evidências de seus benefícios. Além disso, os cuidadores familiares enfrentam riscos significativos de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático, o que destaca a necessidade de apoio adequado durante e após a internação na UTI.

Esse apoio, por meio da Psicologia Hospitalar teve suas raízes no Brasil na década de 1950, com Mathilde Neder sendo a pioneira na oferta de consultas psicológicas em um hospital em São Paulo. Em 1983, o I Encontro de Psicólogos Hospitalares marcou a consolidação da área. Assim, com foco multidisciplinar, a atuação do psicólogo se estendeu além da clínica, buscando compreender o paciente como um ser biopsicossocial. Especialmente na UTI, o psicólogo intensivista desempenha um papel crucial no suporte emocional ao paciente, família e equipe de saúde, promovendo cuidado humanizado e adaptando-se às demandas contemporâneas, como durante a pandemia de COVID-19.

No cenário pandêmico, o vírus SARS-CoV-2, originado em Wuhan, China, em 2019, destacou-se como um tipo de RNA pertencente à família dos Coronavírus cuja infecção pode variar de assintomática a doença grave e sua transmissão ocorre principalmente por gotículas contaminadas, com período de incubação de 2 a 14 dias. Ocorre que a falta de tratamento específico levou a um colapso nos sistemas de saúde e, por isso, medidas como distanciamento social foram adotadas globalmente, o que afetou a saúde mental, com aumento da depressão e ansiedade, fazendo-se necessárias estratégias de intervenção psicológica para lidar com o impacto psicossocial da crise.

Diante disso, o presente estudo, do tipo qualitativo, descritivo e transversal foi realizado na Unidade de Terapia Intensiva Covid do Hospital São Domingos, São Luís/MA. Na ocasião, os participantes foram cuidadores familiares de pacientes hospitalizados de janeiro a agosto de 2021 e selecionados por critérios específicos, sendo entrevistados por telefone. Após, os dados foram coletados mediante questionário e entrevistas, com análise metodológica qualitativa. Ademais, destaca-se que o projeto seguiu normas éticas e assegurou a confidencialidade dos participantes.

Sinteticamente, o estudo entrevistou 3 familiares de pacientes na UTI Covid-19, todos do sexo feminino, com idades entre 40 e 45 anos, e empregou questionamentos de categorias temáticas criadas com base em aspectos psicológicos antes, durante e após a internação. Durante as entrevistas, os familiares expressaram impotência diante da necessidade de intubação e medo da morte, destacando a importância do papel do cuidador e da fé durante o processo.

Após a internação, muitos entrevistados mudaram sua percepção da UTI, vendo-a como um local de cura e recuperação, ademais a equipe de saúde foi elogiada por sua atenção e cuidado, embora algumas dificuldades, como a falta de comunicação clara e recursos humanos insuficientes, tenham sido observadas. De forma geral, a fé e o apoio mútuo entre familiares foram fundamentais para enfrentar os desafios emocionais durante o processo de internamento e recuperação.

Diante das discussões, verificou-se que o impacto psicológico da internação na Unidade de Terapia Intensiva não afeta apenas os pacientes, mas também seus familiares e amigos, especialmente os acompanhantes que enfrentam desafios emocionais significativos durante o período de internação. Esses desafios podem ser divididos em três categorias: os causados durante a internação, os relacionados à função de cuidador dos familiares e os decorrentes do período pós-internação.

Durante a internação, os entrevistados expressaram sentimento de impotência diante da necessidade de intubação dos pacientes, bem como a ansiedade constante e o temor da morte, especialmente devido à associação da UTI com a ideia de terminalidade. Amplo aspecto, os cuidadores enfrentam uma carga emocional intensa, sem oportunidades adequadas de descanso ou autocuidado, o que pode levar ao esgotamento físico e psicológico.

No entanto, a presença familiar durante o tratamento intensivo foi percebida como fundamental para a recuperação do paciente, enquanto a confiança na equipe de saúde proporcionou conforto e segurança aos familiares. Além disso, o apoio mútuo entre os acompanhantes e suas famílias ajudou a enfrentar o medo e a ansiedade durante o período de internação. Por fim, após a alta, os entrevistados passaram a ver a UTI como um local de cura e recuperação, ressignificando a experiência vivida durante a hospitalização.

Em síntese, diante das considerações tecidas ao longo deste estudo, torna-se patente a complexidade e a importância dos desafios enfrentados pelos familiares de pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva, posto que se verificou não apenas a sobrecarga emocional vivenciada durante a internação, mas também a resiliência e a força inerentes aos laços familiares. Nesse prisma, o papel crucial desempenhado pelos cuidadores, aliado à necessidade premente de apoio psicológico especializado, ressalta a urgência de políticas e práticas que promovam uma abordagem mais humanizada no ambiente hospitalar, especialmente em tempos de crise, como a pandemia de COVID-19.

As limitações do estudo referem-se ao fato de ter sido realizada em um único centro, que pode não ser representativo de outros locais, bem como de se tratar de familiares de pacientes com desfecho favorável, podendo a amostra ser ampliada para trabalhos futuros.

Portanto, é imperativo que se ampliem os esforços no sentido de reconhecer e endereçar as necessidades emocionais e psicológicas não apenas dos pacientes, mas também de seus familiares, visando a uma experiência de cuidado mais integral e compassiva que colabore para o atendimento ótimo de saúde e para a preservação da saúde mental dos envolvidos no ambiente hospitalar, seja parte da equipe multidisciplinar, seja acompanhante ou paciente.

REFERÊNCIAS

- ALAMY, S. A Prática Hospitalar – Como é a Atuação do Psicólogo? **PSICÓPIO: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, Jan-Jun 2005.
- ALCANTARA L.S., *et al.* Adoecimento e finitude: considerações sobre a abordagem interdisciplinar no Centro de Tratamento Intensivo oncológico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.9, p. 2507-2514, 2013.
- ALMEIDA, A.S. *et al.* Sentimento dos familiares em relação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 6, p. 844–849, nov. 2009.
- AMARO, F. **Introdução à sociologia da família**, Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, 2006.
- ANDRADE, A.; MARTINS, R. **Funcionalidade familiar e qualidade de vida dos idosos**. Millenium, nº 40, 2011.
- ÂNGELO, M; *et.al.* Atitudes de enfermeiros em face da importância das famílias nos cuidados de enfermagem em pediatria. **Rev Esc Enferm. USP**. v.48, p. 75-8, 2014.
- ANGERAMI-CAMON, V. A. O psicólogo no hospital. In: Angerami-Camon, V.A. (org.). **Psicologia hospitalar: teoria e prática**. 2º Ed.–São Paulo: Revista e ampliada. Cengage Learning, 2010.
- ARAÚJO, L.Z.S. *et al.* Cuidador principal de paciente oncológico fora de possibilidade de cura, repercussões deste encargo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 1, p. 32–37, jan. 2009.
- ARAÚJO P.; BOHOMOL E.; TEIXEIRA T. Gestão da Enfermagem em Hospital Geral público acreditado no enfrentamento da pandemia por COVID-19. **Enfermagem em foco**. v. 11, n. 1, p. 193-195, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3650/826>. Acesso em: 30 mar. 2024.
- ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. **Humanização em cuidados intensivos**. Rio de Janeiro (RJ): Revinter, 2004.
- ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. **Recomendações para triagem de pacientes em UTIs no atual momento da pandemia** – CEM-Covid_AMB, 2019.
- ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR MOINHOS DE VENTO. **Uti Visitas - A visita familiar ampliada gerando benefícios para a recuperação de pacientes**. Porto Alegre: Hospital Moinhos de Vento. ABRHRS, 2017. Disponível em: <http://www.advb.com.br/topdemarketing/cases2017/hmv.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2021.
- AZOULAY, E. *et al.* Risk of Post- traumatic Stress Symptoms in Family Members of Intensive Care Unit Patients. **Am J Respir Crit Care Med**, New York, v. 9, n. 171, p. 987-984, mai. 2005.

AZOULAY, E., CURTIS, J. R., KENTISH-BARNES, N. Ten reasons for focusing on the care we provide for family members of critically ill patients with COVID-19. **Intensive Care Medicine**, 47(2), 230-233, 2021. DOI: 10.1007/s00134-020-06319-5. Acesso em: 01 abr. 2024.

BALIEIRO, C.R.B.; CERVENY, C.M.O. **Família e doença**. In: CERVENY, C.M.O. (Org). Família e doença, 2ª Ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005, p.148-161.

BARBOSA, E.M.A; BRASIL, V.V. Boletim Informativo em UTI: percepção de familiares e profissionais de saúde. **Rev Eletr Enfermagem**. v.9, n.2, p. 315-28, 2010.

BARRETO, T.S.M., *et al.* Experience of parents of children with congenital heart disease: feelings and obstacles. **Revista Rene**, v.17, n.1, p. 128-136, 2016.
<https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000100017>

BEESELEY, S.J. *et al.* Acute physiologic stress and subsequent anxiety among family members of ICU patients. **Crit.Care Med**. v. 46, p. 229–35, 2018.

BELAYACHI, J. *et al.* Psychological burden in patient relatives: The forgotten side of medical management. **QJM**, v.107, n. 2, p. 115–122, 2014.

BENITES, A.; NEME, C.; DOS SANTOS, M. Significados da espiritualidade para pacientes com câncer em cuidados paliativos. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v.34, n.2, p. 269-279, 2017. doi:10.1590/1982-02752017000200008. Acesso em: 30 mar. 2024.

BOENTE, L.M. Realidade familiar atual: necessidade de respeito à autonomia privada. **Seara Jurídica**, v.1, n. 7, jan - jun 2012.

BRAZ, M.S., FRANCO, M.H.P. Profissionais paliativos e suas contribuições na prevenção de luto complicado. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 37, n. 1, p. 90-105, jan./mar. 2017. DOI 10.1590/1982- 3703001702016. Acesso em 10 mar. 2024.

BROOKS, S.K. *et al.* The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The Lancet**, 395(102227), 912-920, 2020.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8). Acesso em: 01 mar. 2023.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: [s. n.], 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 28 fev. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS) - **Resoluções Nº 466/2012**. Brasília, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS) - **Resoluções nº 510/2016**. Brasília, 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Ministério da Saúde - **Ofício Circular Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS**, Brasília, 2021.

BRASIL, Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. **Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019**. *Diário Oficial da União* Brasília.

Disponível em: <<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.979-de-6-de-fevereiro-de-2020-242078735>>. Acesso: 25 abr. 2020.

BRASIL, Ministério da Educação, **Portaria normativa nº 17, de 28 de dezembro de 2009**. Disponível em: Edição Número (sobati.com.br). Acesso: 22 mar 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria nº 356, de 11 de março de 2020. **Medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19)**. Brasília, 2020.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde: a humanização como eixo norteador das práticas e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

BRASIL, Medicina Intensiva, **Portaria 1071 04/julho/2005 anexo VII das unidades assistenciais para adultos**. Disponível em: [portaria 1071 04/julho/2005 \(medicinaintensiva.com.br\)](http://portaria.1071.04/julho/2005(medicinaintensiva.com.br)) Acesso: 22 mar. 2024.

MARANHÃO. Decreto nº 35.677, de 21 de março de 2020. **Medidas de prevenção do contágio e de combate à propagação da transmissão da COVID-19, infecção humana causada pelo Coronavírus (SARSCoV-2)**. Maranhão, 2020.

CABRAL, C. *et al.* Desfechos de mortalidade, morbidade e qualidade de vida em pacientes que necessitaram de 14 ou mais dias de ventilação mecânica: estudo de coorte de 12 meses após a unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v.31, n.3, p. 425-427, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507x.20190046>. Acesso em: 01 abr. 2024.

CACIOPPO, J. *et al.* The Neuroendocrinology of Social Isolation. **Annual Review of Psychology**, v. 66, p. 733–767, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010814-015240>> Acesso em: 25 mar. 2024.

CAMARGO, R. G. O cenário da intubação. In: Simonetti, A. & Barreto, J. (orgs). **Intervenções psicológicas na intubação: da clínica do agora à clínica do depois**. Belo Horizonte: Artesã, p. 55-71, 2022.

CAMPOS, E.P. Suporte social e família. In: MELLO FILHO, J.; BURD, M. (Orgs.). **Doença e família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p.141-161.

CARDOSO, E. *et al.* Efeitos da supressão de rituais fúnebres durante a pandemia de COVID-19 em familiares enlutados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, p. e3361, 2020. Disponível: DOI:10.1590/1518-8345.4519.3361. Acesso em: 30 mar. 2024.

CARRIAS, F. M. S. *et al.* Visita humanizada em uma Unidade de Terapia Intensiva: um olhar interdisciplinar. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v.11, n.2, p. 103-112, 2018. <https://doi.org/10.18569/tempus.v10i4.1966>. Acesso em: 01 abr. 2024.

CASTRO, E.K. Resenha sobre o livro: O Psicólogo no ambiente hospitalar. **Revista PSICO**, Porto Alegre, PUCRS, v. 37, n. 2, p.199-200, mai./ago. 2006. Disponível em: <http://www.revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1435/1128>
Acesso em: 20 de Abril de 2023

, E.S.; ROSERO, E.V. Experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo coronario de Barranquilla. **Avances en Enfermería**, v.33, n.3, p. 381-390, 2015.

CHAPMAN, D.K. *et al.* Satisfaction with elimination of all visitation restrictions in a mixed-profile intensive care unit. **American Journal of Critical Care**, v. 25, n. 1, Jan. 2016.

CHIATTONE, H.B.C. A significação da Psicologia no contexto hospitalar. In V. A. Angerami-Camon (Ed.), **Psicologia da Saúde - Um novo significado para a prática clínica** (pp. 73-165). São Paulo, SP: Pioneira Psicologia, 2000.

CHOI, J.Y. *et al.* Health Risk Behaviors in Family Caregivers During Patients' Stay in UCI: A pilot Analysis. **Am J Crit. Care**, v.22, p. 41-45, 2013; doi: 10.4037/ajcc 2013830. Disponível em: <<http://www.ajconline.org>>. Acesso em: 03 Jun. 2021.

COELHO, A.; FRANÇA N. **Vivenciando o Estresse por Familiares ou Acompanhantes de Portadores de C.A** Juver, E. S. Cuidados Paliativos em Oncologia. Rio de Janeiro: Senac, 2008.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (Brasil.). **Resolução CREMESP nº 71**, de 08 de novembro de 1995. Define e regulamenta as atividades de terapia intensiva. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br>

CREPALDI, M. *et al.* Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. **Estudos de Psicologia**, v.37, p. e200090, 2020. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200090>. Acesso em: 30 Mar. 2024.

DANTAS, C. *et al.* O luto nos tempos da COVID-19: desafios do cuidado durante a pandemia. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v.23, n.3, p. 509-533, 2020. Disponível: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2020v23n3p509.5>. Acesso em: 30 Mar. 2024

DAVIDSON, J.E.; JONES, C.; BIENVENU, O.J. Family response to critical illness: postintensive care syndrome-family. **Critical Care Medicine**, Nova York, v. 40, n. 2, p. 618-624, 2012.

DELALIBERA, M.; *et al.* Sobrecarga no cuidar e suas repercussões nos cuidadores de pacientes em fim de vida: revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 9, p. 2731-2747. 2015. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015209.09562014>. Acesso em: 22 mar. 2024

DI BERNARDO, V. *et al.* Sharing intimacy in “open” intensive care units. **Journal of Critical Care**, v. 30, p. 866-870, 2015.

DIBIAGI, T.; SEBASTIANI, R.W. **Atuação do Psicólogo em Unidade de Terapia Intensiva – Adultos**. Alapsa - Asociación Latinoamericana de Psicología de La Salud. Retirado em 6 de

Novembro de 2007, Disponível em: <HTTP://www.alapsa.org/boletin/terapiaintensivaBrasilDic2002.htm>.

DUAN, L.; ZHU, G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. **The Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 4, p. 300-302, 2020. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0)>. Acesso em: 12 jan. 2024.

DUARTE, M. de Q. *et al.* COVID-19 e os impactos na saúde mental: Uma amostra do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3401–3411, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.16472020>>. Acesso em: 10 dez 2023.

DUARTE, T.L. *et al.* Repercussões psicológicas do isolamento de contato: Uma revisão. **Psicologia Hospitalar**, v. 13, p. 88–113, 2015.

ESPERANDIO, M. *et al.* Coping religioso/espiritual na antessala da UTI: reflexões sobre a integração da espiritualidade nos cuidados em saúde. **Interações**, v.12, n.22, p. 303-322, 2017. Disponível em: doi: 10.5752/P.1983 2478.2017v12n22p303. Acesso em: 30 mar. 2024.

FARRELL, M.; HUNT, D.; SCHWARTZ-BARCOTT, D. Visiting hours in the ICU: finding the balance among patient, visitor, and staff needs. **Nurs Forum**. v. 40, n. 1, p. 18-28, 2005.

FASSARELLA, B.P.A, *et. al.* Equipe de enfermagem x acompanhante na pediatria: o impacto dessa parceria na assistência pediátrica. **Nursing** v.22, n.258, p. 3319–3324, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/nursing.2019v22i258p3319-3324>. Acesso em: 12 mar. 2023.

FAUCI A.S; LANE H.C.; REDFIELD R.R. COVID-19 - Navigating the Uncharted. **N Engl J Med.**; v. 382, p. 1268-1269, 2020.

FERGUSON, N. M. *et al.* Report 9 - **Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand** | Faculty of Medicine | Imperial College London. Imp. Coll. COVID Response Team, March, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.25561/77482>>. Acesso em: 20 dez. 2023.

FERREIRA, C. Processo de Luto e Humanização da morte: A importância dos cuidados paliativos no contexto da Covid-19. **Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências e Educação**, v. 7, n. 6, p. 711–724, 2021. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/1426>. Acesso em: 01 abr. 2024.

FERREIRA, L.L.G.; ANDRICOPULO, A.D. Medicamentos e tratamentos para a Covid-19. **Estudos Avançados**. v. 34, n. 100, p. 7–27, 2020.

FIGUEIREDO, L. C. M. **As diversas faces do cuidar**: novos ensaios de psicanálise contemporânea (2ª ed.). Escuta. 2012.

FONSECA, R. **E aí a porta fechou... O impacto da informação na internação compulsória em unidade de terapia intensiva adulto para o familiar do paciente**. (Dissertação de mestrado), 2015. Pontífica Universidade Católica de São Paulo, SP, Brasil. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/15404>. Acesso em: 01 abr. 2024.

FONTES, W. *et al.* Perdas, mortes e luto durante a pandemia de Covid-19: uma revisão da literatura. ID on line. **Revista de psicologia**, v.14, n.51, p. 303-317, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.14295/online.v14i51.2557>. Acesso em: 30 mar. 2024.

FOSSI, L.B.; GUARESCHI, N.M.F. A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. **Revista SBPH**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 29-43, jun. 2004.

FRIZON, G.; NASCIMENTO, E.; BERTONCELLO, K. Necessidades dos familiares na sala de espera de uma Unidade de Terapia Intensiva. **Cogitare enferm**, Curitiba, v. 17, n. 4, p. 683-689, 2012. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141485362012000400011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 18 abr. de 2021.

FREITAS, K.S; MENEZES, I.G; MUSSI, F.C. Conforto na perspectiva de familiares de pessoas internadas em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Texto Contexto Enferm**, v.21, n.4, p. 896-904, 2012.

FRATEZI, F.; GUTIERREZ, B. Cuidador familiar do idoso em cuidados paliativos: o processo de morrer no domicílio. **Ciênc. Saúde Coletiva**, 2011.

GALDERISI, S. *et al.* Toward a new definition of mental health. **In World Psychiatry**, v. 1, n. 2, p. 231–233, 2015. Disponível em: <doi: <https://doi.org/10.1002/wps.2023>>. Acesso: 21 nov. 2023.

GOMES, M.L.P., SILVA, J.C.B.; BATISTA, E.C. Escutando quem cuida: quando o cuidado afeta a saúde do cuidador em saúde mental. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 10, n.1, p. 03-07, 2018. Disponível: <https://dx.doi.org/10.20435/pssa.v10i1.530>. Acesso em: 20 mar. 2024

GOULARTE, P.N.; GABARRA, L.M.; MORE, C.L.O.O. A visita em Unidade de Terapia Intensiva adulto: perspectiva da equipe multiprofissional. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 12, n. 1, p. 157-170, mar, 2020.

HABERKORN, A. Atuação psicológica na UTI. In: BRUSCATO, W. L.; BENEDETTI, C.; LOPES, S. R. A. (org), **A prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 99-107, 2004.

HO, C.S.; CHEE, C.Y.; HO, R.C. Mental health strategies to combat the psychological impact of COVID-19 beyond paranoia and panic. **Ann Acad Med Singapore**, v. 49, n.1, p. 1–3, 2020.

HOSSAIN, M. M.; SULTANA, A.; PUROHIT, N. Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: A systematic umbrella review of the global evidence. **PsyArXiv Preprints**, v. 42, p. e2020038, 2020. Disponível em: <doi:<https://doi.org/10.31234/OSF.IO/DZ5V2>>. Acesso em: 15 out. 2023.

ISMAEL, S.M.C. A família do paciente em UTI. In: MELLO FILHO, J.; BURD, M. (Orgs.). **Doença e família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 251-257, 2004.

INABA, L.C.; SILVA, M.J.P.D.; TELLES, S.C.R. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 39, n.4, p. 423-429, 2005.

JIANG, X. Psychological crisis intervention during the outbreak period of new coronavirus pneumonia from experience in Shanghai. **Psychiatry Research**, v. 286, n. 112903, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112903>>. Acesso em: 05 mar. 2024.

KAPCZINSKI, F. Posttraumatic stress disorder: diagnostic criteria. **Rev Bras Psiquiatr.** v. 25, Suppl 1, p. 3-7, 2010.

KITAJIMA, K. *et al.* **O papel do psicólogo intensivista junto à equipe de saúde**, In: Psicologia em unidade de terapia intensiva: critérios e rotina de atendimento. Kathia Kitajima (Org) 1 Ed. Rio de Janeiro: Revinter, cap. 3, p. 39-67, 2014.

KNOBEL, E.; NOVAES, M.A.F.P.; BORK, A.M. **Humanização dos CTIs**. In: Manual de condutas de pacientes graves. Atheneu, São Paulo, 2006.

KNOBEL, E. **A vida por um fio e por inteiro**. São Paulo: Atheneu, 2010.

KÖSE, I. *et.al.* Factors affecting anxiety and depression symptoms in relatives of intensive care unit patients. **Journal of Intensive Care Medicine**, v.31, n. 9, p. 611–617, 2015.

KOURTI, M.; CHRISTOFILOU, E.; KALLERGIS, G. Anxiety and depression symptoms in family members of ICU patients. **Avances en Enfermería**. v.33, n1, p. 47-54, 2015.

KOURY, M. G. P. **Tempos de pandemia**: reflexões sobre o caso Brasil. João Pessoa: GREM-GREI; Florianópolis: Tribo da Ilha, 2020.

LEIGH-HUNT, N. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. **Public Health**, v. 152, p. 157–171, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>>. Acesso: 12 dez. 2023.

LEMONS, P.; ALMEIDA-FILHO, N.; FIRMO, J. COVID-19, desastre do sistema de saúde no presente e tragédia da economia em um futuro bem próximo. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 2, n. 4, p. 39–50, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2020v2n4p39-50>>. Acesso: 06 mar. 2024.

LIU, V. *et al.* Visitation policies and practices in US ICUs. **Critical Care**, v. 7. 2013.

LIMA, A.B.; ROSA, D.O.S. O sentido de vida do familiar do paciente crítico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 42, n. 3, p. 547-553, 2008.

LIMA, F.A. *et al.* **Sons and daughters with a parent hospitalized in an Intensive Care Unit**. Estudos de Psicologia (Campinas). 2013.

LIMA, C.K.T *et.al.* The emotional impact of coronavirus 2019-Ncov (new Coronavirus Disease). **Psychiatry Research**; 287, 2020.

LUCCHESI, F., *et al.* Saúde mental na unidade de terapia intensiva. **Revista da SBPH**, v.11, n.5, p. 19-30, 2008.

LUCY, C.S.; ROSA, T. C. Dificuldades e adaptações dos cuidadores informais ao seu familiar oncológico. **Anuário da Produção Acadêmica Docente** Vol. 5, Nº. 12, Ano 2011.

MACHADO, A.; MERLO, A. Cuidadores: seus amores e suas dores. **Rev. Psicologia & Sociedade**, v.20, n3, p. 444-452, 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scieloOrg/php/similar.php?lang=pt&text=Cuidadores:%20seus%20amores%20e%20suas%20dores>. Acesso em: 10 mar. 2023

MACHADO, A.L.G.; FREITAS, C.H.; JORGE M.S.B. O fazer do cuidador familiar: significados e crenças. **Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn**, v. 60 n. 5, Brasília, Set-Out, 2007.

MACHADO, E.R.; SOARES, N. V. Humanização em UTI: Sentidos e significados sob a ótica da equipe de saúde. **Rev Enferm Cent O Mim.** v. 6, n. 3, p. 2342-2348, 2016. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1011>>. Acesso em: 04 mar. 2024.

MAFFEI, B.; *et al.* Estratégias de enfrentamento de cuidadores de pacientes em cuidados paliativos no domicílio. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 21, n.3, p. 303-322. 2019. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v21n3p303-322>. Acesso em: 22 mar. 2024

MARTINS, A.; SILVA, A.I.; NÊVEDA, R. Ajustamento psicológico de doentes com insuficiência respiratória crônica em ventilação mecânica domiciliária. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, v. 7, n. 1–2, p. 125–137, 2005.

MARTINS, M. **Enfermagem de família**: atitudes dos enfermeiros face à família. Estudo comparativo nos CSP e no Hospital. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2010, p. 20-31.

R.; GALDEANO, L. E.; FARAH, O. G. D. Ansiedade e depressão em familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. **Acta Paulista de Enfermagem**. v.21, n.4, p.536–542, 2008.

MEDEIROS, E.A. A luta dos profissionais de saúde no enfrentamento da COVID-19. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, v. 33, p. e–EDT20200003, 2020.

MEDEIROS, L.A.; LUSTOSA, M.A. A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. **Revista SBPH**, v. 14, n. 2, p. 203-227, 2011. Disponível em: pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582011000200013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 jun. 2023.

MELLO FILHO, J. Doença e família. In: MELLO FILHO, J.; BURD, M. (Orgs.). **Doença e família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, p. 43-56.

MELO, E., et. al., Participación de los padres en los cuidados de la salud de niños hospitalizados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.22, n.3, p. 432–439, 2014. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3308.2434>. Acesso em: 01 mar. 2024.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, 2012.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis (RJ): Editora Vozes Limitada, 2011.

MITCHELL, M.L.; AITKEN, L.M. Flexible visiting positively impacted on patients, families and staff in an Australian Intensive Care Unit: A before-after mixed method study. **Aust. Crit. Care**. v.30, n2, p. 91-97, 2017.

MONTEIRO, M. C, et, al. A morte em cena na UTI: a família diante da terminalidade. **Temas em Psicologia**, v.25, n.3, p. 1285-1299, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.9788/TP2017.3-17Pt>. Acesso em 01 mar. 2024

MONTENEGRO, P.A. *et al.* Visita restrictiva / visita no restrictiva en una unidad de paciente crítico adulto. **Aquichan.**, v.16, n.3, p. 340-358, 2016.

MOREIRA, A.O; COSTA, O.R. Percepções de pacientes sobre internação em unidade de terapia intensiva. **Revista Ciências em Saúde**, v.8, n 1, p. 6–11, 2018.

MOREIRA, C.W; SOUSA, R.A; NOBREGA, S.S.P.M. Adoecimento mental na população geral e em profissionais de saúde durante a covid-19: scoping review. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 29, p.1-17, maio 2020.

NEVES, Leticia *et al.* O impacto do processo de hospitalização para o acompanhante familiar do paciente crítico crônico internado em Unidade de Terapia Semi-Intensiva. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S141481452018000200202&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 14 mar. 2019.

NIEWEGLOWSKI, V.H.; MORÉ, C.L.O.O. Comunicação equipe-família em unidade de terapia intensiva pediátrica: Impacto no processo de hospitalização. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v.25, n.1, p.111-122, 2008.

NOGUEIRA, J. *et al.* Fatores agravantes e atenuantes à percepção de morte em UTI: A visão dos pacientes. **Cuidado é fundamental**, v.9, n.1, p. 51-56, 2017.

NUNES, M.E.P.; GABARRA, L.M. Percepção de familiares sobre visitas a pacientes e regras em Unidade de Terapia Intensiva. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 24, n.3, p. 84-88, 2017. DOI: 10.17696/2318-3691.24.3.2017.66. Acesso em: 01 abr. 2024.

OLIVEIRA, E.C.N.O psicólogo na UTI: reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 30-41, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard**. Genebra: OMS, 2020. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 18 out. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Histórico da pandemia de COVID 19**, 2020. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>>. Acesso: 14 mar. 2019.

ORNELL, F. *et al.* “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. **Brazilian Journal of Psychiatry Retrieved from**, 2020. Disponível em: <<https://www.rbppsiatry.org.br/details/943/en-US/-pandemic-fear--and-covid-19--mental-health-burden-and-strategies>>. Acesso: 20 mar. 2019.

PEREIRA, H.; FELICIANO, R.M.H. **A importância da psicologia intensivista no contexto hospitalar**. Dissertação (Mestrado). Instituto Brasileiro de Terapia Intensiva (IBRATI). Brasília, 2012.

POCHARD, F. *et al.* Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death: A prospective multicenter study. **Journal of Critical Care**, v.20, n. 1, p. 90-96, 2005.

RAMOS, F.J.D.S. *et al.* Políticas de visitação em unidades de terapia intensiva no Brasil: um levantamento multicêntrico. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, v.26, n.4, p. 339-346, 2014.

REIS-FILHO, J. A.; QUINTO, D. The COVID-19, social isolation, artisanal fishery and food security: How these issues are related and how important is the sovereignty of fishing workers in the face of the dystopian scenario. **SciELO Preprints**, 2020. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.54. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/54>. Acesso em: 24 may. 2024.

REIS, L.; GABARRA, L.; MORE, C. As repercussões do processo de internação em UTI adulto na perspectiva de familiares. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 3, p. 815-828, set. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X2016000300003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 maio. 2021.

RIBEIRO, E.G. *et al.* Saúde Mental na Perspectiva do Enfrentamento à COVID -19: Manejo das Consequências Relacionadas ao Isolamento Social. **Rev. Enfer. e Saúde Coletiva**, v. 5, p. 47-5, 2020.

ROMANO, W.B. **Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais**. 4 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007

ROMAGNOLI, R.C. O pensamento institucionalista e a transformação da família. In: CERVENY, C.M.O. (Org.). **Família em Movimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

ROSA, R.G.; FALAVIGNA, M.; ROBINSON, C.C., The ICU Visits Study Group Investigators and the BRICNeT. Study protocol to assess the effectiveness and safety of a flexible family visitation model for delirium prevention in adult intensive care unit: a cluster-randomised, crossover Trial (The ICU Visits Study). **BMJ Open**, v. 8, n. 4, 2018.

RUSINOVA, K. *et al.* Limited family members/staff communication in intensive care units in the Czech and Slovak Republics considerably increases anxiety in patients relatives: The DEPRESS study. **BMC Psychiatry**, v.14, n.21, p.1-7, 2014.

SABOYA *et al.* O papel do psicólogo junto aos familiares. In: KITAJIMA, K. (Org.). **Psicologia em Unidade de Terapia Intensiva: Critérios e Rotinas de Atendimento**. Rio de Janeiro: Revinter, 2014, p.23-38.

SCANNAVINO, C.S.S. *et al.* Psico-oncologia: Atuação do psicólogo no Hospital de Câncer de Barretos. **Psicologia USP**, v. 24, n1, p. 35-53, 2013. doi: 10.1590/S0103-65642013000100003 » <https://doi.org/10.1590/S0103-65642013000100003>. Acesso em: 01 abr. 2024.

SCHMIDT, M.; AZOULAY, E. Having a loved one in the ICU: The forgotten family. **Current Opinion in Critical Care**, v.18, n. 5, p. 540–547, 2012.

SEBASTIANI, R. W. Atendimento psicológico no Centro de Terapia Intensiva. In V. A. Angerami- Camon (Org.). **Psicologia hospitalar: teoria e prática**. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

SEBASTIANI, R. W; CHIATTONE, H. B. C. **Curso de introdução em psicologia hospitalar**. São Paulo: Nêmeton, 2000.

SENRA, D.F.; GUIMARÃES, C.P.A. UTI de cirurgia cardíaca. In: RIBEIRO, A.L.A.; GAGLIANI, M.L. (Orgs.). **Psicologia e Cardiologia: Um desafio que deu certo**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2010, p.113-121.

SEVERO, G.C.; GIRARDON-PERLINI, N.M.O. Estar internado em Unidade de Terapia Intensiva: Percepção de pacientes. **Scientia Medica**, v.15, n1, p. 21-29, 2005.

SIEGEL, D.J. **The mindful therapist: a clinician's guide to mindfulness and neural integration**. New York, W.W. Norton, 2010.

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE TERAPIA INTENSIVA (SOBRATI). **Política Nacional de Atenção ao paciente crítico**. Disponível em: <http://www.sobrat.com.br/ms-politica-critico.html>. Acesso em: 23 abr. 2021.

SOCIETY of CRITICAL MEDICINE - SCCM – USA. **“History of Critical Care”**. Disponível em: <http://www.sccm.Org>, 2019.

SOUZA, J.L; GOMES, G.C; BARROS, E.J.L. O cuidado à pessoa portadora de estomia: o papel do familiar cuidador. **Rev Enferm UERJ**, v.17, p.550-55, 2009.

SOUZA, D.C.; CARVALHO, P.P.; SCORSOLINI-COMIN, F. A religiosidade /espiritualidade no contexto hospitalar: reflexões e dilemas a partir da prática profissional. Mudanças – **Psicologia da Saúde**, v. 28, n. 1, p. 55-61, 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/muda/v28n1/v28n1a08.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2024

TANGERINO J. *et al.* Infecções relacionadas a assistência à saúde e COVID-19: Impacto nos desfechos clínicos e perfil microbiológico em unidades de terapia intensiva da cidade de Araras-SP. **Braz. J. Infect.** v.26, p. 102250, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016%2Fj.bjid.2021.102250>. Acesso em: 01 abr 2024.

TAYLOR, S. **The psychology of pandemics:** preparing for the next global outbreak of infectious disease Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing, 2019.

TEIXEIRA, C.; ROSA, R.G. Post-intensive care outpatient clinic: is it feasible and effective? A literature review. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n 1, p. 98-111, 2018.

TRUOG, R. *et al.* Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. **Critical Care Medicine:** v. 36, n. 3, p. 953-963, 2008. Disponível em: <https://jhu.pure.elsevier.com/en/publications/recommendations-for-end-of-life-care-in-the-intensive-care-unit-a-5>>. Acesso: 22 mar. 2024.

VIEIRA, J.M. *et al.* Sentimentos vivenciados por familiares de pacientes internados no centro de terapia intensiva adulto. **Revista Cubana de Enfermeria**, v.29, n1, p. 18-28, 2013.

WALSH, F. **Processos normativos da família:** Diversidade e complexidade (4a ed.). Artmed. 2016.

WANDERLEY, M.B. *et al.* **Publicização do papel do cuidador domiciliar.** São Paulo: IEE/PUC-SP; Brasília: Secretaria de Assistência Social/MPAS; 1998.

WEIL, M.H; TANG, W. From Intensive Care to Critical Care Medicine. A Historical Perspective. **Am J Respir Crit Care Med**, Ney York, v.183, p.1451-1453, 2011.

WU, H. *et al.* Clinical and Immune Features of Hospitalized Pediatric Patients With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Wuhan, China. **JAMA Network Open**, v. 3, n. 6, p. e2010895-e2010895, 2020. Acesso em 15 dez 2022.

YUKI, M.; SCHUG, J. Psychological consequences of relational mobility. **Current Opinion in Psychology**, v. 32, p. 129–132, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.07.029>>. Acesso: 02 mar 2024.

ZANON, C. *et al.* COVID-19: implicações e aplicações da Psicologia Positiva em tempos de pandemia. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 37, p. e200072, 2020.

ZHANG, J. *et al.* The differential psychological distress of populations affected by the COVID-19 pandemic. **Brain, Behavior, and Immunity**, v. 87, p. 49-50, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.031>>. Acesso: 05 fev 2023.

ZHANG, J. *et al.* Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. **Precision Clinical Medicine**, v. 3, n1, p. 3-8, 2020a.

ZWIELEWSKI, G. *et al.* Protocolos para tratamento psicológico em pandemias: as demandas em saúde mental produzidas pela Covid-19. **Debates em Psiquiatria**, v. 10, n. 2, p. 30-37, 2020. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/article/view/36/24>. Acesso em: 23 set. 2021.

APÊNDICE A – Questionário Sociodemográfico e de Saúde

Identificação do Paciente

Nome (iniciais): _____; Sexo: _____; Idade: _____;
 Estado Civil: _____; Nº de filhos: _____; Grau de Escolaridade: _____;
 Cidade que reside: _____
 Início do tratamento: _____; Tempo de internação: _____;
 Foi intubado? Sim () Não ()

Identificação do Cuidador

Nome: _____; Sexo: _____; Idade: _____;
 Estado Civil: _____; Nº de filhos: _____; Grau de Escolaridade: _____;
 Parentesco: _____ Tempo de convivência com o paciente: _____;
 Cidade que reside: _____ Ocupação: _____
 Religião _____;
 Tem experiência anterior em UTI? Sim () Não ()

Dados Relativos à Saúde

-Como você avalia sua saúde física? Ótima () boa () ruim () péssima ()
 -Realiza atividades físicas? Sim () Não ()
 Se Sim, Quantas vezes _____ Quando iniciou? _____
 -Tem alguma doença crônica? Sim () Não () Qual _____
 -Tem problemas com sono? Sim () Não ()
 -Faz uso de medicação? Sim () Não () Para que _____
 -Tem algum transtorno psiquiátrico atual? Sim () Não ()
 Se Sim, qual _____ Quando iniciou? _____
 -Faz tratamento psiquiátrico? Sim () Não ()
 Se Sim, qual _____ Quando iniciou? _____
 -Tem acompanhamento psicológico? Sim () Não ()
 Se Sim, Quando iniciou? _____
 -Faz uso de álcool? Frequentemente () as vezes () socialmente () Não ()

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista Semiestruturada

1 – UTI

Questão norteadora: Você pode me contar como foi o tempo em que você ficou acompanhando seu familiar na UTI.

Temas a serem abordados:

- a) Significado da UTI;
- c) Aspectos emocionais (sentimentos) relacionados a internação na UTI;
- b) Experiência da internação na UTI, lembranças relacionadas ao dia-a-dia.

2- Papel de Cuidador

Questão norteadora: Como foi cuidar do seu familiar com COVID?

Temas a serem abordados:

- a) Como foi receber o diagnóstico;
- b) Que cuidados conseguiu prestar ao paciente durante a permanência como acompanhante;
- c) Quais as dificuldades vivenciadas;
- d) Alterações provocadas em sua vida em função do adoecimento do paciente;
- e) Como foi sua relação com a equipe.

3- Após alta

Questão norteadora: Conte-me um pouco sobre como está sua vida após saída da UTI.

Temas a serem abordados:

- a) Sentimentos e manejo das situações consecutivas à doença grave e internação na UTI;
- b) Necessidades e dificuldades apresentadas, mudanças na sua vida decorrente do adoecimento.

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA MESTRADO EM PSICOLOGIA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O (a) Senhor(a) está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada **VIVÊNCIAS DE CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EM UTI COVID-19**, realizada pela Mestranda em Psicologia Erika Arana Arraes Fonseca, sob a orientação da Prof. Dra. Jena Hanay Araújo de Oliveira. Nesta pesquisa o objetivo é Compreender a experiência vivida pelos cuidadores familiares em relação ao acompanhamento de pacientes internados em UTI Covid.

O Sr(a) está sendo convidado (a) a responder por, via telefone e após agendamento prévio, a um Questionário contendo dados sócio-demográficos e de saúde (idade, gênero, estado civil, escolaridade, ocupação, entre outros) e uma entrevista relacionada a sua vivência durante permanência na UTI Covid. O tempo gasto para essa entrevista é mínimo, em torno de 10 minutos. Não é obrigatório responder a todas as perguntas se assim você o desejar, podendo ser interrompida a qualquer momento.

O(a) senhor(a) ao aceitar participar da pesquisa deverá: eletronicamente aceitar participar da pesquisa, o que corresponderá à assinatura do TCLE. Ao assinar este termo de consentimento livre e esclarecido, cópia do mesmo será automaticamente enviada para seu endereço eletrônico informado.

Em nenhum momento você será identificado e todas as informações obtidas através dos questionários permanecerão confidenciais. Sua participação na pesquisa será voluntária, não tendo nenhum gasto e também nenhum ganho financeiro. Os dados que você fornecerá serão confidenciais e divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, sempre de forma anônima, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar; Caso você se sinta desconfortável ou incomodado, por qualquer motivo, será possível interromper a participação a qualquer momento, sem nenhum tipo de penalidade ou prejuízo;

. Este estudo envolve riscos mínimos. O preenchimento dos formulários poderá expor os participantes a cansaço, desconforto pelo tempo gasto no preenchimento do questionário, e ao relembrar algumas sensações diante do vivido com situações altamente desgastantes. Se isto

ocorrer, você poderá interromper o preenchimento dos instrumentos e retomá-los posteriormente, se assim o desejar. Além disso, caso haja alguma reação por parte dos participantes, que demonstrem sofrimento e/ou mobilização emocional, a pesquisadora fará o acolhimento e avaliará a necessidade de outros encaminhamentos, fornecendo uma assistência integral e imediata, gratuita, pelo tempo que for necessário. Todos os cuidados éticos serão tomados, a saber: possibilidade de escuta, suporte emocional e respeito incondicional ao tempo de resposta.

Não há benefícios diretos ou imediatos ao participar da pesquisa. Os resultados alcançados poderão contribuir para uma melhor compreensão de sinais indicativos de alterações psicológicas e emocionais em familiares de pacientes internados em UTI. Bem como, proporcionar maior conhecimento sobre os cuidados e intervenções necessárias em termos de promoção da saúde dessa população.

Remotamente as pessoas que estarão acompanhando os procedimentos serão as pesquisadoras: Orientadora Profa. Dra. Jena Hanay Arujo de Oliveira e aluna do Mestrado em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão e Erika Arana Arraes Fonseca, que são as responsáveis pela pesquisa, estarão disponíveis para tirar dúvidas ou qualquer outro esclarecimento a qualquer momento. O telefone para contato é (98- 98782-1438) e o endereço de e-mail (erika_arraes@hotmail.com). O(a) Sr(a) também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São Domingos, no telefone (98) 3216-8107. Você ainda pode ir pessoalmente à sede do CEP, que fica localizado na Avenida Jerônimo de Albuquerque, nº 540, Bequimão, São Luis-MA.

Ciente com o que foi anteriormente exposto, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

São Luís, ____ de _____ de 2022

(Participante da pesquisa)

(Pesquisador responsável)

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP

HOSPITAL E MATERNIDADE
SÃO DOMINGOS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: VIVÊNCIAS DE CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EM UTI COVID-19

Pesquisador: ERIKA ARANA ARRAES FONSECA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65481022.0.0000.5085

Instituição Proponente: Hospital São Domingos/ HSD

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.822.624

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos “Apresentação do Projeto”, “Objetivo da pesquisa” e “Avaliação dos riscos e benefícios” foram retiradas do arquivo informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_VIVÊNCIAS DE CUIDADORES FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EM UTI COVID-19, de 25/11/2022): RESUMO, HIPÓTESE, METODOLOGIA, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO e CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.