

RESSALVA

Atendendo solicitação do(a) autor(a), o texto completo desta tese será disponibilizado somente a partir de 23/02/2025.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA

Marcia Cristina Nobukuni

Necessidades, ansiedade e depressão em familiares de
pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva

Tese apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de
Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para
obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Botucatu / SP
2024

Marcia Cristina Nobukuni

Necessidades, ansiedade e depressão em familiares de pacientes
internados em Unidade de Terapia Intensiva

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade Estadual Paulista “Júlio de
Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para
obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Associada Silmara Meneguim

Botucatu / SP
2024

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: MARIA CAROLINA A. CRUZ E SANTOS-CRB 8/10188

Nobukuni, Marcia Cristina.

Necessidades, ansiedade e depressão em familiares de
pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva /
Marcia Cristina Nobukuni. - Botucatu, 2024

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de
Botucatu

Orientador: Silmara Meneguín
Capes: 40400000

1. Ansiedade. 2. Depressão mental. 3. Família - Saúde
Mental. 4. Unidades de Terapia Intensiva. 5. Pacientes
Internados.

Palavras-chave: Ansiedade; Depressão; Familiares;
Necessidades; Unidade de Terapia Intensiva.

Autora: Marcia Cristina Nobukuni

Título: Necessidades, ansiedade e depressão em familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva.

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Associada Silmara Meneguim

COMISSÃO EXAMINADORA

Presidente e titular 01:

Prof^a Dr^a Silmara Meneguim

Instituição:

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP), Faculdade de Medicina – Câmpus Botucatu, Departamento de Enfermagem.

Titular 02:

Prof^a Dr^a Maria Helena Borgato

Instituição:

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP, Faculdade de Medicina – Câmpus Botucatu, Departamento de Enfermagem.

Titular 03:

Prof^a Dr^a Silvia Cristina Mangini Bocchi

Instituição:

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP, Faculdade de Medicina – Câmpus Botucatu, Departamento de Enfermagem.

Titular 04:

Prof^a Dr^a Camila Fernandes Pollo

Instituição:

Clínica Dermatológica Dr^a Laura Bariquelo.

Titular 05:

Prof^a Dr^a Maria Belén Salazar Posso

Instituição:

Universidade de Taubaté – UNITAU, Departamento de Enfermagem.

Botucatu, ____de ____de 2024.

DEDICATÓRIA

Em especial, dedico esse trabalho a todos os familiares dos pacientes que estiveram internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e, principalmente, aos que não conseguiram finalizar a entrevista, mesmo tentando...ou enfrentando as angústias e desesperos naquele período conturbado de tantas incertezas...tentando superar o isolamento, a ausência de visitação, as normas de restrições, as necessidades não atendidas... por todos os momentos de ansiedade, o estresse na espera de um telefonema, de uma informação... o cancelamento da visita por intercorrências... Para cada familiar, o meu mais sincero respeito e gratidão! A todos os pacientes que faleceram, a todos aqueles que superaram e sobreviveram. Espero que esse estudo contribua para melhorar o atendimento aos familiares.

A minha mãe, Santana Pirotta Nobukuni (*in memoriam*), tão amada, querida, companheira, exemplo de determinação, uma guerreira, que partiu nessa pandemia de modo lamentável, deixando um vazio infinito e muitas saudades. Gratidão eterna, por todo o amor, dedicação, carinho e por cada ensinamento sobre respeito e caráter.

Ao meu querido pai, Tocio Nobukuni (*in memoriam*), que lutou por dezessete anos com Alzheimer, sendo um guerreiro diante de tantas intercorrências. Também partiu nessa pandemia, deixando um vazio e muitas boas recordações! Obrigada por toda confiança que sempre depositou em mim, ainda que confuso.

A minha segunda mãe, “Tia Sônia” (*in memoriam*). Sem você, nada seria possível. Minha eterna gratidão, por sempre me apoiar.

Ao meu esposo, Wilson José da Silva, pela paciência, apoio e incentivo ao estudo, em todos os momentos de incertezas!

Por todos os momentos em que não foi possível retribuir o carinho e a atenção solicitada, a você, Nicolas Silva Nobukuni, meu filho. Sua existência é luz no meu caminho. Quando iniciei o estudo, você tinha apenas dois anos e hoje, aos sete anos, compreende um pouquinho a minha ausência, meu maior tesouro. Obrigada por me ensinar tanto!

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter-me concedido o dom da vida e a satisfação de viver esse momento.

À minha Orientadora, Silmara Meneguim, tão admirada e determinada, responsável diretamente pela realização e concretização desse estudo, por toda a condução, dedicação, paciência e incentivo. Eterna gratidão por seus ensinamentos e por acreditar que eu seria capaz, em meio a tantas turbulências ocorridas nesse período.

A minha irmã querida, Maria Inez Nobukuni Jorgetto, por me incentivar a ser forte, pelas orações que me fortaleceram a seguir o caminho e a todos os familiares.

À Prof.^a Dr^a Sílvia Cristina Mangini Bocchi, Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (Doutorado), pela minha aceitação no processo seletivo do Curso de Doutorado em Enfermagem, parceria entre a UNESP - Câmpus de Botucatu e o CEETEPS/SP; por todo acolhimento e incentivo.

Ao Cesar Eduardo Guimarães, oficial Administrativo da Unesp, seção Técnica de Pós-graduação, pela atenção e prontidão às solicitações e a toda a equipe.

Gratidão aos professores do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu, pelos conhecimentos compartilhados.

Ao Grupo de estudos “Métricas em Saúde”, e em Especial à Dr^a Camila Fernandes Pollo, sempre me motivando e disponível a contribuir com suas ideias, apontamentos e expertise e à querida amiga Aniele Deplácido de Leo, pelo incentivo e amizade.

Ao Centro de Educação Tecnológica Paula Souza-SP (CEETEPS), pela oportunidade na realização do Doutorado e à Direção da Escola Técnica Estadual de Ilha Solteira/SP, Prof.^a Monique Dias.

Aos membros da banca examinadora, aos gestores e equipe de saúde da Instituição na qual o estudo foi realizado, por toda a colaboração e apoio.

Meu muito obrigada!

*“Cada boa ação que você pratica é uma luz
que você acende em torno dos próprios
passos”.*

(Chico Xavier)

RESUMO

Nobukuni, MC. **Necessidades, ansiedade e depressão em familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva.** 2024. 83f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2024.

Objetivo: Identificar as necessidades e os fatores que contribuem para o desencadeamento de sintomas de ansiedade e depressão em familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital público de médio porte do Estado de São Paulo. **Métodos:** Trata-se de um estudo exploratório, de abordagem mista. Fez-se uso da estratégia metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), do Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares em Terapia Intensiva (INEFTI) e da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), realizado com 340 familiares de 224 pacientes internados na UTI de um hospital público do interior do Estado de São Paulo, no período de janeiro de 2020 a agosto de 2022. **Resultados:** Em relação ao INEFTI, os familiares atribuíram altíssimo nível de importância para as necessidades (mediana=172) e, apesar de estarem “muito satisfeitos”, disseram que nem todas as necessidades foram atendidas (mediana=116). Destaca-se com maior importância a dimensão Suporte (mediana=52) e, com menor satisfação, a dimensão Conforto (mediana=17) e segurança (mediana=21). Por meio da HADS, obteve-se que os familiares apresentaram “provável” sintoma de ansiedade (67,7%) e de depressão (72,9%). Utilizando o DSC, identificou-se que as necessidades dos familiares se atrelaram à falta de acolhimento, apoio psicológico, ambiência desumanizada, despreparo dos profissionais para comunicação e restrições às visitas. Como fatores desencadeantes de sintomas de ansiedade/depressão, consideraram as incertezas a respeito do quadro clínico, a ausência de informações adequadas, de suporte psicológico e restrições de proximidade. **Conclusões:** Com o estudo, evidenciou-se a necessidade de ações que envolvam cuidados aos familiares, com maior atenção, suporte e acolhimento, além de reais políticas públicas que possam transpor barreiras da desumanização, despersonalização e de comunicação, que contribuirão a seu curso para minimizar os sintomas de ansiedade e/ou depressão.

Palavras-Chave: Ansiedade; Depressão; Família; Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde; Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

Nobukuni, M.C. Needs, anxiety, and depression in family members of patients admitted to an Intensive Care Unit. 2024. 83f. Thesis (Doctorate degree in Nursing) – Faculty of Medicine of Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2024.

Objective: To identify the needs and factors that contribute to the triggering of symptoms of anxiety and depression in family members of admitted patients to the Intensive Care Unit (ICU) of a medium-sized public hospital in São Paulo State.

Methods: This is an exploratory study, with a mixed approach. We used the methodological strategy of the Collective Subject Discourse (DSC), the Inventory of Needs and Stressors of Family Members in Intensive Care (INEFTI) and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), carried out with 340 family members of 224 hospitalized patients in the ICU of a public hospital in the interior of São Paulo State, from January 2020 to August 2022. **Results:** In relation to INEFTI, family members attributed a very high level of importance to the needs (median=172) and, despite of being “very satisfied”, they said that not all needs were met (median=116). The Support dimension (median=52) stands out with greater importance and, with less satisfaction, the Comfort dimension (median=17) and security (median=21). Using the HADS, it was found that family members presented “probable” symptoms of anxiety (67.7%) and depression (72.9%). By the of the DSC, it was identified that the needs of family members were linked to the lack of reception, psychological support, dehumanized environment, unpreparedness of professionals for communication and restrictions on visits. As triggering factors for anxiety/depression symptoms, they considered uncertainties regarding the clinical picture, the lack of adequate information, psychological support, and proximity restrictions. **Conclusions:** The study highlighted the need for actions that involve caring for family members, with greater attention, support, and reception, in addition to real public policies that can overcome barriers of dehumanization, depersonalization and communication, which will contribute to the course of minimize symptoms of anxiety and/or depression.

Keywords: Anxiety; Depression; Family; Needs and demands for health services; Intensive Care Unit.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCFNI	<i>Critical Care Family Needs Inventory</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa Institucional
CROSS	Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde
DP	Desvio padrão
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
ECH	Expressão-Chave
EUA	Estados Unidos da América
GLM	Modelo Linear Generalizado
HADS	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
IC	Ideias Centrais
INEFTI	Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares em Terapia Intensiva
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNESP	Universidade Estadual Paulista
UNIMED	Confederação Nacional das Cooperativas Médicas
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2. OBJETIVOS	19
2.1 Objetivo geral	19
2.2 Objetivos específicos	19
3. MATERIAIS E MÉTODOS	21
3.1 Aspectos éticos	21
3.2 Desenho, período e local de estudo	21
3.3 População, amostragem: critérios de inclusão e exclusão	21
3.4 Protocolo do estudo	22
3.4.1 Coleta de dados	23
3.4.2 Caracterização do paciente (Apêndice B)	23
3.4.3 Caracterização dos familiares (Apêndice C).....	23
3.4.4 Inventário de Necessidade e Estressores de Familiares em Terapia Intensiva – INEFTI (Anexo C)	24
3.4.5 Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS – Anexo D)	25
3.5. Análise dos dados	26
3.5.1 Análise descritiva: dados sociodemográficos (Apêndices B e C).....	26
3.5.2 Análise do INEFTI e do HADS (Anexos C e D)	26
3.5.3 Análise qualitativa (Apêndice C).....	27
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES	30
4.1 Artigo quantitativo	31
4.2 Artigo qualitativo.....	47
5. REFERÊNCIAS	66
6. ANEXOS.....	72
Anexo A – Parecer consubstanciado do CEP (p.1/5).	72
Anexo B – Autorização institucional.	77
Anexo C – Inventário das Necessidades e Estressores de Familiares em Terapia Intensiva (INEFTI).	78
Anexo D – Escala HAD: Avaliação do nível de sintomas de Ansiedade e Depressão.....	79

7. APÊNDICES	81
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	81
Apêndice B – Caracterização de pacientes.....	82
Apêndice C – Caracterização de familiares.....	83

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, o modelo de atenção e cuidados à saúde de paciente crítico foi iniciado na Inglaterra, no século XIX, com as ações de *Florence Nightingale*¹, durante a guerra da Criméia (1853-1856). Naquela época, surgiu a ideia de classificar² os enfermos de acordo com o grau de dependência, dispondo-os mais próximos das equipes de saúde, para maior vigilância e melhor atendimento⁽¹⁾.

Os anos passaram e, com o avanço da tecnologia e a necessidade de maiores cuidados aos pacientes, sobretudo durante o período pós-operatório, desenvolveram-se as unidades especiais de terapia, que dispõem de monitoramento e atendimento ininterrupto, 24 horas por dia^(2,3).

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em específico foi criada a partir da evolução das unidades especiais de terapia, na década de 20 do século XIX, para pacientes submetidos à neurocirurgia no hospital *Johns Hopkins*, nos Estados Unidos da América (EUA)⁽⁴⁾.

No Brasil, a implantação da primeira UTI ocorreu na década de 70, no hospital Sírio-Libanês, no município de São Paulo, e ela foi constituída para a assistência a pacientes graves e instáveis, com monitoramento contínuo e suporte às funções vitais⁽⁵⁾.

A Unidade de Terapia Intensiva é um setor diferenciado no contexto hospitalar, pela necessidade que possui de equipamentos e tecnologias avançadas, destinadas ao atendimento a pacientes em estado crítico e, também, à garantia de rapidez no diagnóstico, no tratamento e intervenção, provendo a redução de riscos ao doente⁽⁶⁻⁸⁾.

Devido a sua finalidade, tal setor se torna de alta complexidade e de difícil ambientação para os pacientes e seus familiares. As características do ambiente, as rigorosas normas, a insegurança do desconhecido e a falta de privacidade acabam impactando as famílias diante das adversidades enfrentadas no momento de doença, tornando o ambiente agressivo⁽⁹⁻¹¹⁾.

¹ *Florence Nightingale* (1820-1910), destacada enfermeira britânica, precursora do tratamento dos feridos nas batalhas [acesso em 31 mar 2024]. Disponível em: <https://www.britannica.com/biography/Florence-Nightingale>.

² Centro médico, sem fins lucrativos, localizado em Baltimore, Maryland (EUA) [acesso em 05 abr 2024]. Disponível em: <https://www.hopkinsmedicine.org/the-johns-hopkins-hospital>.

O princípio da assistência médica imperativa nas UTIs brasileiras acaba impondo medidas restritivas, que podem interferir no cuidado integral ao paciente, como também ignorar necessidades dos familiares, enquanto sujeitos passíveis de atenção^(12,13).

No entanto, também existem preocupações de que a família possa interromper a prestação de cuidados, contribuindo para promover estresse psicológico indevido ao paciente, resultando em desgaste⁽¹⁴⁾. De modo geral, as restrições apresentam consequências desfavoráveis, tanto para a saúde do doente como para a saúde e bem-estar dos familiares⁽¹⁵⁾.

Estudos internacionais destacam que as visitas às UTIs para adultos, ainda que sejam minoritárias, sofreram lacuna em sua progressão, por conta da pandemia de COVID-19, o que também ocorreu nas unidades mundiais que permitem visita aberta. Nesse momento, as propostas foram de visita virtual, o que não supria a ausência familiar⁽¹⁶⁾, cuja presença tem a capacidade de aumentar a satisfação de pacientes e mitigar a ansiedade e depressão dos familiares^(17,18).

Nas UTIs, o afastamento entre paciente e familiar é praticamente imposto pelas circunstâncias criadas pela internação e por rotinas de visitas, muitas vezes rígidas, que fazem com que a família seja mantida à distância. Essa separação gera angústia e sofrimento, que se acentuam pelos horários reduzidos de visita e a impossibilidade de permanência ao lado do doente^(19,20).

Quase sempre a internação de um indivíduo tende a desestruturar a organização dos papéis ocupados por cada membro de sua família, posicionando-os em uma situação de fragilidade diante do medo da perda do ente querido^(20,21).

Nesse contexto, ter alguém internado em UTI ocasiona grande impacto emocional e psíquico ao seu familiar, que passa por um processo de insegurança e estresse, por vivenciar algo novo, desconhecido e incerto, e começa a ter uma série de necessidades que, em não atendidas, podem propiciar o desencadeamento de sintomas de ansiedade e/ou depressão⁽¹⁹⁾.

Na verdade, é comum familiares apresentarem sintomas de ansiedade e depressão e passarem a transferir suas preocupações e tristezas para o paciente, interferindo de forma negativa no tratamento e na recuperação⁽²²⁾.

Nesse aspecto, a atribuição e a missão da equipe de enfermagem têm evidência, para além de todos os processos do cuidar, principalmente no que se refere às ações de comunicação entre o paciente e sua família, mesmo que o doente não

compreenda a diferenciação entre a enfermagem e os médicos, inferindo a mesma capacidade às duas categorias ⁽²³⁾.

Para a equipe de enfermagem, três afirmações estão inseridas nas habilidades que lhe cabem, quanto ao aspecto da comunicação: o defrontamento com o impremeditado, o aprendizado que se dá nas experiências diárias e a efetiva observação da comunicação entre família e paciente como vital à qualidade dos cuidados ofertados, conferindo, assim, maior legitimidade às ações, extremamente singular na internação do paciente em UTI⁽²⁴⁾.

A confiabilidade no ato de cuidar pela enfermagem, como profissão permanente à beira do leito do paciente em UTI e que detém, desse modo, maior quantidade e qualidade das informações, redundando em significativos aumentos nos níveis de conforto, segurança do doente e no acolhimento e integração da família, durante a fase de internação^(25,26).

No setor da UTI, um lugar duro e pouco acolhedor, é necessário perceber a família como uma unidade de cuidado, intrinsecamente agregada ao paciente e, como tal, que demanda atenção, por suas necessidades físicas e emocionais, ansiedade, medo e, assim como o doente, também acaba por inspirar cuidados⁽²⁵⁻²⁷⁾.

Nessa perspectiva, entende-se que diversos fatores podem ser responsáveis pelo desencadeamento de distúrbios psiquiátricos em familiares, como ansiedade e depressão, quais sejam, a condição de saúde do paciente, o medo da perda, as mudanças dinâmicas do cotidiano, o próprio ambiente da UTI e sua infraestrutura e, principalmente, a falta de cuidados a eles direcionados⁽²⁸⁾.

Nesse sentido, é importante que os familiares sejam reconhecidos como sujeitos no processo de cuidado em UTI e que sejam compreendidos como uma extensão conectada ao paciente, pois também sofrem com as consequências diretas da internação⁽²⁹⁾.

Diversos estudos têm sido desenvolvidos, com o objetivo de identificar as necessidades de familiares de pacientes internados em UTI⁽³⁰⁻³²⁾ e, por meio deles, são apresentados resultados relacionados ao tipo de visita desse setor ^(14,15,33,34); ao nível de conforto⁽³⁵⁾; à satisfação dos familiares ⁽²²⁾; à comunicação^(19,36); humanização do setor⁽³⁷⁾; experiências emocionais e estratégias de enfrentamento⁽³⁸⁾ e intervenções de enfermagem⁽¹⁰⁾, além das percepções da família e dos profissionais de saúde⁽³⁹⁾.

No que tange às necessidades dos familiares de pacientes internados em UTI, a sua associação com os sintomas de ansiedade e/ou depressão é um tema pouco explorado na literatura, a despeito dos estudos supracitados, e, também, não há pesquisas recentes sobre a temática.

Sendo assim, a partir da hipótese de que as necessidades/estressores dos familiares são influenciadas pelos sintomas de ansiedade e depressão, bem como pelo perfil dos pacientes, esse estudo se torna relevante, sobretudo por atuar na construção de conhecimentos que poderão prover melhorias na assistência às famílias de pacientes internados em UTI.

CONCLUSÃO

Os resultados alcançados indicaram que as necessidades mais importantes dos familiares estão relacionadas à dimensão Suporte, sendo que o nível de importância foi superior ao de satisfação em todas as dimensões do INEFTI, indicando que as necessidades não foram totalmente satisfeitas.

Por meio da HADS, pôde-se constatar que os familiares participantes apresentaram provável sintomas de ansiedade e depressão, constatando-se a necessidade de ações que envolvam maiores cuidados às pessoas da família do doente, maior atenção, suporte e acolhimento.

Logo, conclui-se que os sintomas de ansiedade e depressão estão associados diretamente à importância das necessidades, ao mesmo tempo em que se associam de modo inverso à satisfação.

FONTE DE FINANCIAMENTO

Essa pesquisa não recebeu nenhuma subvenção específica de agências de financiamento, seja nos setores públicos, comercial ou sem fins lucrativos.

CONFLITO DE INTERESSES

Nenhum.

APROVAÇÃO ÉTICA

Os dados foram obtidos após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Institucional, sob o parecer de nº 3.744.832 e, também, depois de os participantes terem assinado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

REFERÊNCIAS

5. REFERÊNCIAS

1. Nightingale F. Notes on Hospitals. 1st ed. New York: Dover; 2015.
2. Cardoso S. B, Oliveira IC, Souza TV, Carmo SA. Pediatric Intensive Care Unit: reflection in the light of Florence Nightingale's Environmental Theory. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(5):e20201267. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1267>.
3. Rohrig SAH, Lance MD, Faisal Malmstrom M. Surgical intensive care - current and future challenges? *Qatar Med J.* 2019; 2019(2):3. doi: 10.5339/qmj.2019.qccc.3.
4. Weil MH, Planta MV; Rackow EC. Terapia Intensiva: introdução e retrospectiva histórica. In: Schoemaker WC et al. Tratado de terapia intensiva. São Paulo: Interameric; 1992. 1:1-4.
5. Cheregatti AL, Amorin CP. Enfermagem em unidade de terapia intensiva. 2nd ed. São Paulo: Martinari; 2011.
6. Heydari A, Sharifi M, Bagheri Moghaddam A. Challenges and Barriers to Providing Care to Older Adult Patients in the Intensive Care Unit: A Qualitative Research. *Open Access Maced J Med Sci.* 2019 Oct. 13; 7(21):3682-90. doi: 10.3889/oamjms.2019.846.
7. Atumanya P, Sendagire C, Wabule A, Mukisa J, Ssemogerere L, Kwizera A, et al. Assessment of the current capacity of intensive care units in Uganda: A descriptive study. *J Crit Care.* 2020 Feb; 55:95-99. doi: 10.1016/j.jcrc.2019.10.019.
8. Brunner LB, Boncyk CS, Rengel KF, Hughes CG. Elderly Patients and Management in Intensive Care Units (ICU): Clinical Challenges. *Clin Interv Aging.* 2023 Jan 22; 18:93-112. doi: 10.2147/CIA.S365968.
9. Leong EL, Chew CC, Ang JY, Lojikip SL, Devesahayam PR, Foong KW. The needs and experiences of critically ill patients and family members in intensive care unit of a tertiary hospital in Malaysia: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2023 Jun 13; 23(1):627. doi: 10.1186/s12913-023-09660-9.
10. Coventry A, Gerdtz M, McInnes E, Dickson J, Hudson P. Supporting families of patients who die in adult intensive care: A scoping review of interventions. *Intensive and Critical Care Nursing.* 78. 2023. doi: 10.1016/j.iccn.2023.103454.
11. Duggal A, Mathews KS. Impact of ICU strain on outcomes. *Curr Opin Crit Care.* 2022 Dec 1; 28(6): 667-673. doi: <https://doi.org/10.1097/MCC.0000000000000993>.

12. Al-Mutair, A.S., Plummer, V., Clerehan, R., O'Brien, A., 2014. Needs and experiences of intensive care patients' families: a Saudi qualitative study. *Nurse Crit. Care* 9, 135–144.
13. Twohig, B., Manasia, A., Bassily-Marcus, A., et al., 2015. Family experience survey in the surgical intensive care unit. *Appl. Nurs. Res.* 28, 281–284.
14. Dragoi L, Munshi L, Herridge M. Visitation policies in the ICU and the importance of Family presence at the bedside. *Intensive Care Med* 48,1790-1792(2022). doi: <https://doi.org/10.1007/s00134-022-06848-1>.
15. Hugelius K, Harada N, Marutani M. Consequences of visiting restrictions during the COVID-19 pandemic: An integrative review. *Int J Nurs Stud.* 2021 Sep; 121:104000. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2021.104000.
16. Milner KA. Evolution of Visiting the Intensive Care Unit. *Crit Care Clin.* 2023 Jul; 39(3):541-558. doi: 10.1016/j.ccc.2023.01.005.
17. Ning J, Cope V. Open visiting in adult intensive care units – A structured literature review. *Intensive and Critical Care Nursing* [Internet]. 2019 Oct; 102763. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339719303507>.
18. Rosa RG, Falavigna M, da Silva DB, Sganzerla D, Santos MMS, Kochhann R, et al. Effect of Flexible Family Visitation on Delirium Among Patients in the Intensive Care Unit: The ICU Visits Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2019 Jul 16; 322(3):216-228. doi: 10.1001/jama.2019.8766.
19. Cezar AG, Castanhel FD, Grosseman S. Needs of family members of patients in intensive care and their perception of medical communication. *Crit Care Sci.* 2023 Jan-Mar; 35(1): 73–83. doi:10.5935/2965-2774.20230374-en.
20. Abdul Halain A, Tang LY, Chong MC, Ibrahim NA, Abdullah KL. Psychological distress among the family members of Intensive Care Unit (ICU) patients: A scoping review. *J Clin Nurs.* 2022 Mar; 31(5-6):497-507. doi:10.1111/jocn.15962.
21. Bolosi M, Peritogiannis V, Tzimas P, Margaritis A, Milios K, Rizos DV. Depressive and Anxiety Symptoms in Relatives of Intensive Care Unit Patients and the Perceived Need for Support. *J Neurosci Rural Pract.* 2018 Oct-Dec; 9(4):522-528. doi: 10.4103/jnrp.jnrp_112_18.
22. Midega TD, Oliveira HSB, Fumis RRL. Satisfação dos familiares de pacientes críticos admitidos em unidade de terapia intensiva de hospital público e fatores correlacionados. *Rev Bras Ter intensiva.* 2019 Apr; 31(2):147–55. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190024>.

23. Bernild C, Missel M, Berg S. COVID-19: Lessons Learned About Communication Between Family Members and Healthcare Professionals-A Qualitative Study on How Close Family Members of Patients Hospitalized in Intensive Care Unit With COVID-19 Experienced Communication and Collaboration With Healthcare Professionals. *Inquiry*. 2021 Jan-Dec; 58:469580211060005. doi: 10.1177/00469580211060005.
24. Yoo HJ, Lim OB, Shim JL. Critical care nurses' communication experiences with patients and families in an intensive care unit: A qualitative study. *PLoS ONE* 15(7): e0235694. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235694>.
25. Au SS, Roze des Ordon AL, Amir Ali A, Soo A, Stelfox HT. Communication with patients' families in the intensive care unit: A point prevalence study. *J Crit Care*. 2019 Dec; 54:235-238. doi: 10.1016/j.jcrc.2019.08.031.
26. Machado EM, Brusamarello T. Nível de conforto na dimensão segurança de familiares de paciente internados em unidade de terapia intensiva. *Enferm em Foco*. 2020, 11(3): 218-24. doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n3.3198>.
27. Coelho AC, Lopes CT, Lopes J de L, Santos VB, Barros ALBL de. Needs of family members of patients in a coronary care unit. *einstein (São Paulo)* [Internet]. 2022; 20:eAO6258. Available from: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2022AO6258.
28. Zante B, Camenisch SA, Schefold JC. Interventions in Post-Intensive Care Syndrome-Family: A Systematic Literature Review. *Crit Care Med*. 2020 Sep; 48(9):e835-e840. doi: 10.1097/CCM.0000000000004450.
29. Woinarovicz BP, Moreira MC. Estratégias de Enfrentamento de Familiares de Pacientes em UTI: Uma Revisão Sistemática da Literatura. *Rev. SBPH* [Internet]. 2020 Dez; 23(2):126-138. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582020000200012&lng=pt.
30. Meneguim S, Nobukuni MC, Bravin SHM, Benichel CR, Matos TDDS. O significado de conforto na perspectiva de familiares de pacientes internados em UTI. *Nursing (São Paulo)* [Internet]. Maio 2019; 22(252):2882-6. Disponível em: <https://revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/311>. doi: <https://doi.org/10.36489/nursing.2019v22i252p2882-2886>.
31. Büyükçoban S, Mermi Bal Z, Oner O, Kilicaslan N, Gökmen N, Çiçeklioğlu M. Needs of family members of patients admitted to a university hospital critical care unit, Izmir Turkey: comparison of nurse and family perceptions. *PeerJ*. 2021 Mar 25; 9:e11125. doi: 10.7717/peerj.11125.

32. Gurbuz H, Demir N. Anxiety and Depression Symptoms of Family Members of Intensive Care Unit Patients: A Prospective Observational Study and the Lived Experiences of the Family Members. 2023 June; 13(2):89-96. doi: <https://doi.org/10.1055/s-0043-1769933>. ISSN 2231-0770.
33. Carlucci M, Carpagnano LF, Dalfino L, Grasso S, Migliore G. Stand by me 2.0. Visits by family members at Covid-19 time. *Acta Biomed* [Internet]. 2020 May 11; 91(2):71-74. Available from: <https://www.mattioli1885journals.com/index.php/actabiomedica/article/view/9569>.
34. Eugênio CS, Haack TSR, Teixeira C, Rosa RG, Souza EN. Comparação entre as percepções de familiares e as de profissionais de saúde a respeito de um modelo de visita flexível em uma unidade de terapia intensiva adulto: estudo transversal. *Rev Bras Ter intensiva*. 2022 Jul; 34(3):374–9. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20220114-pt>.
35. Meneguín S, Pollo CF, Benichel CR, Cunha LK, Miot HA. Comfort and religious-spiritual coping of intensive care patients' relatives. *Intensive Crit Care Nurs*. 2020 Jun; 58:102805. doi: 10.1016/j.iccn.2020.102805.
36. Digby R, Manias E, Haines KJ, Orosz J, Ihle J, Bucknall TK. Family experiences and perceptions of intensive care unit care and communication during the COVID-19 pandemic. *Aust Crit Care*. 2023 May; 36(3):350-360. doi: 10.1016/j.aucc.2022.03.003.
37. Luiz FF, Caregnato RCA, Costa MR da. Humanization in the Intensive Care: perception of family and healthcare professionals. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 Sep; 70(5):1040–7. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0281>.
38. Harlan EA, Miller J, Costa DK, Fagerlin A, Iwashyna TJ, Chen EP, Lipman K, Valley TS. Emotional Experiences and Coping Strategies of Family Members of Critically Ill Patients. *Chest*. 2020 Oct; 158(4):1464-1472. doi: 10.1016/j.chest.2020.05.535.
39. Al-Akash H, Maabreh R, AbuRuz M, Khader K, Shajrawi A. Jordanian Patients' Family Members Need Perceptions in the Critical Care Settings: Nurses' Perspectives versus Family Members' Perspectives in the Context of Health Informatics", *Journal of Healthcare Engineering*, vol. 2021, Article ID 4071523, 8 pages, 2021. <https://doi.org/10.1155/2021/4071523>.
40. Mitchell HK. *Multivariable Analysis: A Practical Guide for Clinicians and Public Health Researchers*. 3rd ed. Cambridge University Press, 2011; 2011. doi: <https://doi.org/10.1017/CBO9780511974175>.
41. Molter NC. Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study. *Heart Lung*. 1979 Mar-Apr; 8(2):332-9. PMID: 253712.

42. Leske JS. Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory. *Heart Lung*. 1991 May; 20(3): 236-44. PMID: 2032860.
43. Castro DS. Estresse e estressores dos familiares de pacientes com traumatismo crânio encefálico em terapia intensiva. [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem/UFRJ; 1999.
44. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983, 67, 361-370.
45. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Jr. C, Pereira WAB. Mood disorders among medical in-patients: a validation study of the hospital anxiety and depression scale (HAD). *Rev saúde pública* [Internet]. 1995 Oct.1; 29(5):359-63. Available from: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/24135>
46. IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.
47. Taber, KS. The Use of Cronbach's Alpha When Developing and Reporting Research Instruments in Science Education. *Res Sci Educ*. 2018, 48, 1273–1296. doi: <https://doi.org/10.1007/s11165-016-9602-2>.
48. Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. *Epidemiol. Serv Saúde*. 2017; 26(3):649–59. doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>.
49. Hout MC, Papesh MH, Goldinger SD. Multidimensional scaling. *Wiley Interdiscip Rev Cogn Sci*. 2013 Jan; 4(1):93-103. doi: 10.1002/wcs.1203.
50. Lefevre F, Lefevre AMC. Discourse of the collective subject: social representations and communication interventions. *Texto contexto – Enferm*. [Internet]. 2014 Apr; 23(2):502–7. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000000014>.
51. Figueiredo MZA, Chiari BM, Goulart BNG. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa quali-quantitativa. *Distúrb Comun* [Internet]. 27º de abril de 2013; 25(1). Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/14931>.