



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 visita, 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.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a associação entre as necessidades e os sintomas de ansiedade e/ou depressão em familiares de pacientes internados em UTI de hospital público de médio porte do Estado de São Paulo.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar as características clínicas dos pacientes internados na UTI;
- Caracterizar sociodemograficamente os familiares de pacientes internados em UTI;
- Investigar as necessidades, os sintomas de ansiedade/depressão dos familiares e sua associação com variáveis sociodemográficas;
- Compreender as necessidades e fatores contribuintes ao desencadeamento de sintomas depressivos, a partir da experiência de familiares de pacientes internados em UTI.

MATERIAIS E MÉTODOS

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Aspectos éticos

A realização do estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Institucional (CEP) da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, Câmpus de Botucatu, sob o parecer nº 3.744.832 (Anexo A). O desenvolvimento da pesquisa foi autorizado pelo hospital público em que ela seria realizada, após aprovação do CEP (Anexo B).

Quanto à participação dos familiares, foi condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (apêndice A), no qual constam todas as informações e descrições das etapas do estudo.

3.2 Desenho, período e local de estudo

Trata-se de um estudo exploratório misto, realizado no setor da UTI de um hospital público de médio porte do Estado de São Paulo, com familiares de pacientes internados na UTI. A coleta de dados foi realizada no período de janeiro de 2020 a agosto de 2022.

O hospital em questão é uma unidade de saúde geral de média e baixa complexidade, possuindo um total de 123 leitos, sendo 10 destinados à UTI geral. A unidade atende 12 municípios da região e oferece serviços de pronto atendimento, atendimento ambulatorial e possui especialidades como: Ortopedia/Traumatologia, Pediatria, Ginecologia/Obstetrícia, Urologia, Cardiologia e Cirurgia geral.

3.3 População, amostragem: critérios de inclusão e exclusão

Para determinação da representatividade da população, fez-se uso da fórmula de *Freeman*⁽⁴⁰⁾ para análises multivariadas, $n = 10x(k + 1)$, em que k ($k = 13$) é a quantidade de variáveis do instrumento de caracterização dos familiares (Apêndice C), havendo, portanto, a necessidade de no mínimo 140 pessoas da família para proporcionar a resposta por meio do método científico.

Nesse estudo se considerou familiar como sendo a pessoa próxima ao paciente e com estreito relacionamento com ele, tendo ou não consanguinidade.

Foram considerados elegíveis os familiares com doentes internados na UTI, no período compreendido entre 48 horas e sete dias, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, com disponibilidade e condições emocionais autorreferidas, para responder aos instrumentos, e que consentiram em participar, mediante a assinatura do TCLE. Excluíram-se aqueles que não concluíram as entrevistas.

A escolha do período supracitado de 48 horas e sete dias se deu em virtude do interesse em se conhecer as necessidades dos familiares na primeira semana e após transcorridos os primeiros dias de internação. Foram incluídos até dois membros da família de cada paciente, que compareceram à visita na UTI durante o período de coleta dos dados. No período da pandemia de COVID-19, as entrevistas foram realizadas via telefone, após o fornecimento da listagem de visitantes pela instituição.

3.4 Protocolo do estudo

Os dados sociodemográficos e as condições clínicas dos pacientes foram extraídas do prontuário. A coleta de dados dos familiares, por sua vez, foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, com abordagem prévia pela pesquisadora, em forma de convite, e com os devidos esclarecimentos sobre o objetivo da pesquisa.

Para o direcionamento do estudo, seguiram-se as seguintes etapas:

- **Etapla 1:** caracterização clínica dos pacientes, cujas informações obtidas foram extraídas do prontuário;
- **Etapla 2:** caracterização sociodemográfica de familiares dos pacientes internados na UTI, além da aplicação de instrumentos para a identificação de suas necessidades e satisfação (INEFTI) e a análise da existência de sintomas de ansiedade e depressão (HADS);
- **Etapla 3:** análise quantitativa dos dados;
- **Etapla 4:** análise qualitativa, seguindo-se o referencial teórico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), para compreender as experiências de familiares quanto às necessidades e fatores que contribuem para o desencadeamento de sintomas de ansiedade e depressão.

3.4.1 Coleta de dados

Os familiares dos pacientes foram identificados no ato da visita. Como já dito a coleta dos dados se deu por entrevistas semiestruturadas, com abordagem prévia pela pesquisadora, em forma de convite, e com os devidos esclarecimentos sobre o objetivo do estudo. Todas as entrevistas presenciais foram realizadas após a assinatura do TCLE, de forma individual, em sala privativa da instituição, com duração média de 20 minutos.

No período de pandemia houve restrições, e as entrevistas foram realizadas de forma remota, deixando-se esclarecido que a recusa em participar do estudo não implicaria em prejuízo de qualquer natureza na continuidade da assistência recebida pelo paciente.

3.4.2 Caracterização do paciente (Apêndice B)

O instrumento para a caracterização dos pacientes foi elaborado pelo próprio autor, composto por sete itens (Apêndice B), preenchido com as informações obtidas do prontuário do paciente: nome; sexo; tempo de internação (dias); nível de gravidade e diagnóstico médico principal, na internação, com a sua devida classificação.

3.4.3 Caracterização dos familiares (Apêndice C)

O instrumento para a obtenção das características dos familiares foi elaborado pelo próprio autor, composto por 18 itens (Apêndice C), por meio do qual se extraíram as seguintes informações: data de entrevista, nome, sexo, idade, dados de contato, tipo de parentesco com o paciente, município de residência, estado civil, grau de instrução, religião, profissão, ocupação, renda familiar mensal, se reside ou não com o paciente, a quantidade de pessoas que residem na moradia e se o entrevistado já teve experiência de familiares internados em UTI.

Além disso, esse instrumento também apresentou três questões norteadoras, que abordaram as principais necessidades das pessoas da família quando há um membro da família internado em UTI, a saber:

- Na sua opinião, quais são as principais necessidades dos familiares nesse momento?
- De acordo com a sua experiência, como a instituição poderia contribuir para melhorar o atendimento às necessidades dos familiares?
- Na sua opinião, quais são os fatores que podem contribuir para desencadear sintomas de ansiedade e depressão em familiares de pacientes internados na UTI?

3.4.4 Inventário de Necessidade e Estressores de Familiares em Terapia Intensiva – INEFTI (Anexo C)

Em 1979, *Nancy Molter*³ realizou estudo para identificar as necessidades dos familiares de pacientes criticamente doentes, desenvolvendo um questionário com 45 itens, que representava a importância atribuída por pessoas da família a determinadas necessidades⁽⁴¹⁾.

Em 1986, tal questionário foi reestruturado e assim surgiu o *Critical Care Family Needs Inventory* (CCFNI), uma ferramenta que avalia as necessidades dos familiares de pacientes em cuidado crítico. Em 1991, realizou-se um estudo de validação do CCFNI, no qual os 45 itens anteriores foram agrupados em 43 e distribuídos em cinco dimensões: Suporte, Conforto, Informação, Proximidade e Segurança^(41,42).

Internacionalmente, esse instrumento passou por diversos tipos de validação e adaptações. No Brasil, ele foi adaptado culturalmente e nomeado Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares em Terapia Intensiva (INEFTI)⁽⁴³⁾, utilizado nesse estudo, possibilitando a avaliação das necessidades individuais no que tange à importância e satisfação no atendimento de UTI.

As cinco dimensões do INEFTI se organizam como segue:

- **Suporte:** reflete a necessidade de recursos e ajuda especializada por parte do familiar (13 itens: 2 – 7 – 9 – 12 – 18 – 22 – 24 – 25 – 26 – 27 – 30 – 31 – 35);

³Enfermeira norte-americana [acesso em 05 abr.]. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-18042006-163318/publico/KatiaFreitasEEUSP.pdf>.

- **Conforto:** relacionado à infraestrutura e espaço físico (6 itens: 8 – 20 – 21 – 23 – 28 – 32);
- **Informação:** compreende a necessidade da família de acompanhar a condição do paciente (8 itens: 3 – 4 – 11 – 13 – 15 – 16 – 19 – 36);
- **Proximidade:** refere-se à necessidade do familiar de manter o contato com o paciente (9 itens: 6 – 10 – 29 – 34 – 37 – 38 – 39 – 42 – 43) e
- **Segurança:** relacionada à perspectiva de melhora do paciente (7 itens: 1 – 5 – 14 – 17 – 33 – 40 – 41).

Esse instrumento faz uso da escala de *Likert*, desenvolvida nos EUA na década de 30, com questões específicas que apresentam afirmações auto descritivas. Para cada opção de resposta tem-se uma escala de pontos, com descrições verbais que contemplam os extremos. Com isso, é possível determinar diferentes níveis de intensidade da opinião a respeito de um mesmo assunto ou tema.

A escala de *Likert* é adotada pelo INEFTI, com variação de 1 a 4 pontos para os níveis de importância e satisfação, sendo a escala de pontuação crescente, ou seja, quanto maior o valor atribuído ao item, maior é o grau de importância e/ou satisfação, nessa ordem: **1** – Não importante/insatisfeito; **2** – Pouco importante/Pouco satisfeito; **3** – Muito importante/Muito satisfeito e **4** – Importantíssimo/Totalmente satisfeito. A pontuação total de cada parte correspondente ao intervalo de 43 a 172 pontos⁽⁴³⁾.

3.4.5 Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS – Anexo D)

A escala de rastreio de ansiedade e depressão utilizada em ambientes hospitalares é a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), desenvolvida por Zigmond e Sanith⁽⁴⁴⁾, com a versão em português validada por Botega *et al*⁽⁴⁵⁾. Ela é composta por 14 itens, divididos em duas partes iguais, com questões de múltipla escolha sobre sintomas de ansiedade (ímpares) e depressão (pares). A variação é de 0 a 3 para cada parte, perfazendo o intervalo total de 0 a 21.

A interpretação dos pontos do HADS adota um referencial teórico em que a pontuação entre 0 e 7 expressa a ausência de sintomas ansiosos e/ou depressivos, ou seja, a ansiedade e/ou depressão é improvável; a pontuação de 8 a 11 indica possibilidade de sintomas de ansiedade e/ou depressão, e a de 12 a 21, caso provável

de sintomas de ansiedade e/ou depressão⁽⁴⁵⁾.

3.5. Análise dos dados

Nesse tópico será apresentada a forma de análise dos dados obtidos por cada instrumento utilizado.

Para a referida análise, fez-se uso do *Software da International Business Machines (IBM), Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 22⁽⁴⁶⁾.

3.5.1 Análise descritiva: dados sociodemográficos (Apêndices B e C)

Para os pacientes, foi determinada a média de idade e o respectivo desvio padrão, a idade mínima e máxima, bem como as frequências e percentuais por sexo, quadro clínico, diagnóstico médico na internação e a classificação do diagnóstico.

Para os familiares dos pacientes foi determinada a média de idade e o respectivo desvio padrão, a idade mínima e máxima, bem como as frequências e percentuais por sexo, estado civil, religião, escolaridade, renda familiar, local de residência, grau de parentesco, ocupação e experiência prévia com a quantidade de vezes de acompanhamento de familiares internados em UTI.

3.5.2 Análise do INEFTI e do HADS (Anexos C e D)

A consistência interna do instrumento foi analisada por obtenção do coeficiente Alfa de *Cronbach*⁴, sendo considerado aceitável valores acima de 0,70⁽⁴⁷⁾; a análise de normalidade dos instrumentos INEFTI e HADS, por seu turno, realizou-se pelo teste de *Shapiro-Wilk*⁵.

Para o INEFTI foram determinadas as medianas dos escores referentes à cada dimensão e à totalização do instrumento, tanto para o nível de importância quanto para a satisfação, além da determinação dos respectivos desvios padrões.

Na análise do HADS, determinou-se a mediana das amostras para cada

⁴ Método que avalia a confiabilidade de um questionário aplicado em uma pesquisa [acesso em 05 abr. 2024]. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=5005207>..

⁵ Método utilizado para testar a normalidade dos dados [acesso em 05 abr. 2024] Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6350423/>..

questão, considerando-se a soma das questões relacionadas à ansiedade e depressão.

Foram determinados os coeficientes de correlação de *Spearman*⁶ entre os escores dos instrumentos utilizados, INEFTI (Importância e Satisfação) e HADS (Ansiedade e Depressão), sendo considerada fraca a correlação para valores menores que 0,40; moderada para o intervalo entre 0,40 e 0,60 e forte para valores maiores que 0,60.⁽⁴⁸⁾

A associação entre as variáveis preditoras (independentes) dos instrumentos INEFTI e HADS e as variáveis de desfecho (dependentes) foi obtida utilizando-se o Modelo Linear Generalizado (GLM)⁽⁴⁹⁾⁷, com nível de significância estatística de 5%.

As variáveis preditoras ou independentes utilizadas para os dois instrumentos foram: sexo (masculino, feminino); idade (anos completos); parentesco (direto, indireto); estado civil (sem companheiro(a) / com companheiro(a)); escolaridade (ensino fundamental, ensino médio, superior, pós-graduação); religião (católico, não católico); situação de trabalho (empregado, aposentado, desempregado, estudante); se reside ou não com o paciente; se possui experiência prévia com familiar internado em UTI (quantidade de experiências); renda mensal e gravidade do estado de saúde do paciente (estável, grave estável, grave instável, gravíssimo).

No caso das variáveis dependentes, destaca-se que foram avaliados os escores das dimensões em relação à importância e satisfação (INEFTI), bem como os escores totais dos sintomas de Ansiedade e Depressão (HADS).

3.5.3 Análise qualitativa (Apêndice C)

Para a análise qualitativa dos dados, que se referem às três questões norteadoras do formulário de caracterização dos familiares (Apêndice C), fez-se uso do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), fundamentado na teoria das representações sociais⁽⁵⁰⁾. Tal proposta se constitui em um método de tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, cuja matéria-prima são os depoimentos, sob a forma de um ou vários discursos-síntese, escritos na primeira pessoa do singular, que expressam o

⁶ Estatística que estima a correlação de duas variáveis, de modo a que possam ser medidas em escala ordinal (Bauer, 2007) [acesso em 06 abr. 2025]. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/11499/000616112.pdf>.

⁷ Modelo eficaz de análise de dados estatísticos (Pérez, 2022) [acesso em 06 abr.2024]. Disponível em: <http://leg.ufpr.br/~lucambio/GLM/GLM.html>.

pensamento da coletividade, como se essa coletividade fosse a emissora do discurso⁽⁵⁰⁾.

Nessa etapa, o sujeito narra e expressa sentidos de forma individual, que são agrupados em categorias, a partir de suas semelhanças. O DSC é estruturado de acordo com a associação de cada categoria aos conteúdos das narrativas de expressões semelhantes, em diferentes depoimentos⁽⁵⁰⁾, e procura responder ao desafio da autoexpressão do pensamento individual, ou da opinião coletiva, respeitando a dupla condição qualitativa e quantitativa de ambos⁽⁵¹⁾.

Assim, o pensamento materializado sob a forma do discurso é uma expressão de variável qualitativa e, como tal, um produto a ser posteriormente qualificado. No caso do pensamento coletivo, tem-se uma variável quantitativa, na medida em que ele expressa as opiniões compartilhadas pelos indivíduos. Nesse caso, os dados quantitativos não se referem às frequências das Ideias Centrais (IC), mas à frequência de respostas que contribuíram para a construção do DSC⁽⁵⁰⁾.

Isso posto, após as entrevistas, foram realizadas a transcrição e a organização dos dados, elencadas de acordo com cada questão norteadora para, posteriormente, serem associadas a um conteúdo.

Para a análise, seguiu-se o referencial teórico do DSC, proposto por *Lefevre*, supracitado, considerando-se que o resultado que surge da entrevista expressa uma manifestação da experiência da vida em sociedade. Depois disso, analisou-se como tais representações sociais são construídas e compartilhadas pelo grupo entrevistado⁽⁵⁰⁾, e foram constituídas três categorias, a partir das IC, de acordo com cada questão norteadora, seguindo-se as etapas metodológicas da referida técnica.

Isso significa que, da obtenção das entrevistas até a síntese dos discursos, incluíram-se a leitura dos depoimentos das entrevistas, bem como da resposta de cada pergunta norteadora, com a seleção das palavras-chave; as identificações de ideias centrais; a análise das expressões e das ideias centrais, com o agrupamento de semelhanças em conjuntos homogêneos; a identificação e nomeação da ideia central do conjunto homogêneo, como síntese das principais ideias de cada discurso e, finalmente, procedeu-se à construção dos DSC, após a identificação das expressões e ideias chave que os nomearam⁽⁵⁰⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nessa seção serão apresentados os resultados, as discussões e as conclusões desse estudo, em formato de dois artigos, sendo o primeiro de abordagem quantitativa e o segundo, qualitativa, como segue:

- **Artigo 1:** “Necessidades e sintomas de ansiedade e depressão em familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva”.
- **Artigo 2:** “Necessidades, ansiedade e depressão na perspectiva de familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva”.

4.1 Artigo quantitativo

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

RESUMO

Objetivos: Identificar as necessidades e os fatores que contribuem para o desencadeamento de sintomas de ansiedade e de depressão em familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Métodos:** Pesquisa quantitativa, realizada com 340 familiares de pacientes em hospital público do Estado de São Paulo, no período entre janeiro de 2020 e agosto de 2022. Fez-se uso do Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares em Terapia Intensiva (INEFTI) e da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), além de um formulário sociodemográfico. **Resultados:** Identificou-se pelo INEFTI que os familiares de pacientes internados atribuíram altíssimo nível de importância para as suas necessidades e, apesar de estarem muito satisfeitos, reconhecem que nem todas foram atendidas. Com a HADS pôde-se constatar prováveis sintomas de ansiedade e depressão nos familiares. **Conclusão:** As necessidades consideradas mais importantes são relacionadas à dimensão Suporte, sendo que o nível de importância foi superior ao de satisfação em todas as dimensões do INEFTI. Pela HADS, pôde-se constatar a necessidade de ações que envolvam cuidados aos familiares, com maior atenção, suporte e acolhimento.

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

Implicações para a prática clínica:

- Conhecer os fatores que envolvem a associação das necessidades à ansiedade e depressão, em familiares de pacientes internados em UTI.
- A família deve estar inclusa nos processos de cuidados, assim como o paciente internado em UTI.

INTRODUÇÃO

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) se distinguem de outras unidades hospitalares por conta do seu complexo arsenal tecnológico, imprescindível para o cuidado a pacientes críticos (Edder et al., 2020).

Normalmente, as internações nessas unidades sobrevivem de modo abrupto, sem tempo suficiente para reorganização familiar, o que contribui para o desamparo e criação de diferentes tipos de necessidades (Al-Akash et al., 2021).

É imperativo compreender a família como elemento relevante desse contexto, não podendo ser dissociada do paciente, mas, sim, percebida com unicidade nas estratégias de cuidados, considerando que o suporte fornecido ao familiar tem repercussão sobre o paciente. Todavia, a realidade existente nas UTIs tem foco no doente, e o cuidado aos familiares fica restrito ao que se presta ao seu ente em estado grave (Machado e Brusamarello, 2020).

O tratamento ofertado a pacientes internados em UTI comumente negligencia a família, em um momento estressante, fruto das incertezas da doença, do medo da perda e, ainda, das restrições impostas no momento das visitas, o que aconteceu durante a pandemia de COVID-19 (Gurbuz e Demir, 2023; Souza et al., 2022; Tabah et al., 2022).

As restrições de presença física do familiar junto ao seu ente, justificadas como medida de contenção da pandemia e de sobrecarga de trabalho dela decorrente, contribuíram para a desumanização do atendimento clínico e se tornaram fontes de preocupação, ansiedade, tristeza, aumento das necessidades, até então inexistentes, tais como mais informações, apoio social e psicológico (Carlucci et al., 2020; Hugelius et al., 2021).

Estudos têm comprovado que a experiência da internação de um parente na UTI pode instigar o desencadeamento de problemas psíquicos, com repercussão na integridade física e mental da família, com probabilidades de desenvolvimento de ansiedade, depressão e, ainda, de estresse pós-traumático, o que coloca os familiares em uma situação dicotômica: lidar com a gravidade da situação do paciente e com sua própria desestruturação (Białek e Sadowski, 2021; Fonseca et al., 2019).

A inobservância de fatores determinantes no desenvolvimento dos sintomas de estresse e depressão abarcam aspectos intrínsecos ao paciente, ao universo da UTI e à família, que aumentam proporcionalmente ao tempo de internação, com maiores picos se o doente for a óbito.

Ademais, a literatura tem mostrado que os estados de ansiedade e depressão vivenciados pelo núcleo familiar são maiores do que aqueles experienciados pelo próprio paciente em sua internação na UTI (Al-Akash et al., 2021; Souza et al., 2022).

Entretanto, mesmo diante da pertinência do tema, as necessidades da família têm sido pouco analisadas pelas pesquisas atuais.

Os estudos, em sua grande parte, abordam temas como visitas (Carlucci et al., 2020; Eugênio et al., 2022; Hugelius et al., 2021); satisfação dos familiares (Midega et al., 2019); comunicação com a família, sobretudo durante a pandemia (Cezar et al., 2023; Tabah et al., 2022); acolhimento de pacientes e dos seus na UTI (Maestri et al., 2012) e nível de conforto (Machado e Brusamarello, 2020; Meneguín et al., 2020).

Como adendo, cumpre destacar que não foram encontradas pesquisas pertinentes à temática das necessidades das famílias dos pacientes de UTI envolvendo o momento da pandemia de COVID-19.

Assim sendo, a hipótese ora destacada é a de que as necessidades/estressores dos familiares são influenciadas pelos sintomas de ansiedade e depressão e, ainda, pelo perfil dos pacientes.

Em face do exposto, esse trabalho teve como objetivos identificar as necessidades/estressores e os sintomas de ansiedade/depressão em familiares de pacientes internados em UTI e analisar as variáveis sociodemográficas que impactam essa relação.

MÉTODOS

Desenho do estudo

Estudo observacional, do tipo transversal, apresentado segundo o *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE). O STROBE é uma diretriz de análise que inclui 22 itens de verificação, considerados fundamentais para o desenvolvimento de um bom relatório de estudos observacionais (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2034723/>, recuperado em 07 de abril, 2024).

População, amostragem, local e período

O estudo foi desenvolvido com familiares de pacientes internados na UTI geral de um hospital público de médio porte do Estado de São Paulo, no período entre janeiro de 2020 a agosto de 2022.

Os critérios de elegibilidade foram: familiares com pacientes internados na UTI, no período compreendido entre 48 horas e sete dias, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, com disponibilidade e condições emocionais autodeclarada para responder aos instrumentos e que consentiram em participar da pesquisa. Foram excluídos os que não concluíram as entrevistas.

Nessa pesquisa, considerou-se familiar a pessoa próxima do paciente, com estreito relacionamento, tendo ou não consanguinidade, com inclusão de até dois familiares por paciente. A escolha do período supracitado para a entrevista decorreu da relevância em identificar as necessidades da família na primeira semana e após os primeiros dias de internação.

Coleta de dados

Os dados sociodemográficos dos familiares foram coletados de modo presencial e individual, em sala privativa da instituição, por meio de entrevistas semiestruturadas, utilizando-se o Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares em Terapia Intensiva (INEFTI) e a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS).

O INEFTI, cuja versão em português é constituída por 43 itens, agrupados em cinco dimensões, quais sejam, Suporte, Conforto, Informação, Proximidade e Segurança, utiliza a escala de *Likert*, com variação de 1 a 4 pontos para os níveis de importância e satisfação, em que 1 é classificado como “não importante/insatisfeito”, e 4, como “importantíssimo/totalmente satisfeito” (Castro, 1999).

A HADS foi o instrumento utilizado no rastreio de ansiedade e depressão. Desenvolvido por Zigmond e Snaith (1983), com a versão em português validada por Botega et al. (1995), apresenta 14 questões de múltipla escolha, divididas igualmente em duas subescalas: ansiedade e depressão.

Cada subescala apresenta pontuação total de 0 a 21, em que o intervalo entre 0 e 7 indica improbabilidade da presença de sintomas ansiosos e/ou depressivos; de 8 a 11, a possibilidade de sintomas de ansiedade e/ou depressão e de 12 a 21, probabilidade de sintomas de ansiedade e/ou depressão (Botega et al., 1995).

Os dados sociodemográficos e as condições clínicas dos pacientes foram extraídas do prontuário, e a classificação do nível de gravidade foi descrita como estável, grave estável, grave instável e gravíssimo. Não houve recusa de familiares em participar da pesquisa.

Análise estatística

Para a análise dos dados fez-se uso do Software da *International Business Machines Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 22 (IBM, 2013). O nível de significância adotado foi de 5%. A normalidade dos dados foi verificada por meio do teste de *Shapiro-Wilk*. A fiabilidade dos questionários foi avaliada pelo *Alfa de Cronbach*, considerando aceitáveis valores acima de 0.70 (Taber, 2018).

Igualmente, foram determinados os coeficientes de correlação de *Spearman* entre os escores dos instrumentos INEFTI (Importância e Satisfação) e HADS (Ansiedade e Depressão), sendo considerada fraca a correlação para valores menores que 0.40; moderadas para o intervalo de 0.40 a 0.60 e fortes para valores maiores que 0.60 (Souza et al., 2017). A variação dos escores para as variáveis sociodemográficas foi estimada pela utilização do Modelo Linear Generalizado (MLG) (Hout et al., 2013).

RESULTADOS

Com base nos critérios de inclusão, foram selecionados 368 participantes, com exclusão de 28, por não concluírem o preenchimento dos instrumentos de avaliação. Assim, a amostra final foi constituída por 340 familiares, correspondentes a 224 pacientes.

A idade média dos pacientes foi de 61.3 (DP=16.3) anos, sexo masculino (n=131, 58.5%), o “diagnóstico clínico” foi predominante na internação (n=213, 95.1%), e o quadro clínico prevalente foi o “grave estável” (n=169, 75.4%). As doenças respiratórias foram o principal diagnóstico médico (n=156, 69.6%).

Quanto aos familiares, a idade média correspondeu a 47 (DP=13.7) anos, sexo feminino (n=237, 69.7%), com companheiro(a) (n=257, 75.6%), ensino médio (n=149, 43.8%), católicos (n=187, 55%), empregados (n=193, 56.8%), com parentesco direto (n=176, 51.8%), não residindo com o paciente (n=206, 60.6%), com experiência anterior de internação de familiar em UTI (n=209, 61.5%) e renda média mensal entre um e três salários mínimos (n=189, 55.6%) (Tabela 1).

Na tabela 2 são apresentados os escores obtidos pelo INEFTI. Os familiares atribuíram altíssimo nível de importância às necessidades (mediana=172); no entanto, admitiram que nem todas elas foram satisfeitas (mediana=116).

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos familiares de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Hospital público do Estado de São Paulo, de 2020 a 2022.

Variáveis	N (%)
Idade (anos)*	
Média $\pm$ (SD)	47.0 $\pm$ (13.7)
Mínimo – Máximo	18 – 88
Sexo	
Feminino	237 (69.7)
Masculino	103 (30.3)
Estado civil	
Com companheiro	257 (75.6)
Sem companheiro	83 (24.4)
Escolaridade	
Fundamental	95 (28.0)
Ensino médio	149 (43.8)
Superior	79 (23.2)
Pós-graduação	17 (5.0)
Religião	
Católico	187 (55.0)
Não Católico	153 (45.0)
Situação frente ao trabalho	
Aposentado(a)	48 (14.0)
Desempregado(a)	91 (26.8)
Empregado(a)	193 (56.8)
Estudante	8 (2.4)
Grau de parentesco	
Direto	176 (51.8)
Indireto	164 (48.2)
Reside com o paciente	
Sim	134 (39.4)
Não	206 (60.6)
Experiência com internação em UTI	
Sim	209 (61.5)

Variáveis	N (%)
Não	131 (38.5)
Renda (R\$)	
Média	3823.51
Mínimo – Máximo	500.00 – 15000.00
Até 1 salário-mínimo	30 (8.8)
De 1 a 3 salários-mínimos	189 (55.6)
De 3 a 5 salários-mínimos	63 (18.5)
Acima de 5 salários-mínimos	46 (13.5)
Não declarado	12 (3.6)

N: Número; **DP:** Desvio Padrão

Tabela 2 - Resultados da análise descritiva das dimensões do Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares em Terapia Intensiva (INEFTI). Hospital público do Estado de São Paulo, de 2020 a 2022.

Dimensões	Importância			Satisfação		
	Mediana	p25-p75	IQR	Mediana	P25-p75	IQR
Segurança	28	28-28	0	21	18-21	3
Proximidade	36	36-36	0	22	21-25	4
Informação	32	32-32	0	22	20-24	4
Conforto	24	24-24	0	17	16-19	3
Suporte	52	52-52	0	34	32-38	6
Total:	172	172-172	0	116	107-127	20

IQR: Interquartile range; p25-p75: 1st quartile – 3rd quartile.

Na tabela 3 apresentam-se os dados referentes à HADS, com predominância de prováveis sintomas de ansiedade (n=230, 67.7%) e depressão (n=248, 72.9%).

Tabela 3 - Resultado da análise descritiva dos escores da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS). Hospital público do Estado de São Paulo, de 2020 a 2022.

HADS	Improvável		Possível		Provável		Mediana	Quartis	IQR
	N	%	N	%	N	%		p25 - p75	
Ansiedade	48	14.1	62	18.2	230	67.7	14	10 - 16	6
Depressão	43	12.7	49	14.4	248	72.9	15	11 - 17	6

HADS: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

N: Number; **p25 - p75:** 1st quartile – 3rd quartile; **IQR:** Interquartile range

Escala HADS: (0-7) Improvável / (8-11) Possível / (12-21) Provável

Na análise da confiabilidade dos instrumentos, verificada por meio do *Alfa de Cronbach*, obteve-se INEFTI (0.95); INEFTI Importância (0.97); INEFTI Satisfação (0.96); HADS (0.95) e HADS Ansiedade e HADS Depressão (0.91).

Na tabela 4 apresentam-se os dados de correlação entre as variáveis dependentes da escala do INEFTI (Importância e Satisfação) e da HADS (Ansiedade e Depressão). Obteve-se forte correlação entre a HADS Ansiedade e a HADS Depressão ($p > 0.60$) e correlação moderada inversamente proporcional entre o INEFTI Satisfação e as variáveis HADS Ansiedade e HADS Depressão ($0.40 < p < 0.60$).

Na tabela 5 estão dispostos os resultados da análise do Modelo Linear Generalizado (MLG), com as variáveis sociodemográficas e os escores do INEFTI e da HADS.

Tabela 4 - Resultado da análise de correlação entre as variáveis dependentes do Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares em Terapia Intensiva (INEFTI) e da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS). Hospital público do Estado de São Paulo, de 2020 a 2022.

Matriz de Correlação	INEFTI: Rho (p-value)		HADS: Rho (p-value)	
	Importância	Satisfação	Ansiedade	Depressão
INEFTI Importância	-			
INEFTI Satisfação	-0.112 (0.039)	-		
HADS Ansiedade	0.160 (0.003)	-0.479 (<0.001)	-	
HADS Depressão	0.226 (<0.001)	-0.540 (<0.001)	0.858 (<0.001)	-

INEFTI: Critical Care Family Needs Inventory; **HADS**: Hospital Anxiety and Depression Scale

Rho: Correlação de Spearman;

Escala de correlação: Fraca ($Rho < 0.40$) / Moderada ($0.40 < Rho < 0.60$) / Fortes ($Rho > 0.60$)

Tabela 5 - Modelo Linear Generalizado (GLM) para Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares em Terapia Intensiva (INEFTI) e para a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), em familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Hospital público do Estado de São Paulo, de 2020 a 2022.

VARIÁVEIS	INEFTI				HADS			
	Importância		Satisfação		Ansiedade		Depressão	
	Coef. β	ρ	Coef. β	ρ	Coef. β	ρ	Coef. β	ρ
Sexo (ref. Feminino)	0.016	0.157	-0.005	0.745	-0.043	0.026	-0.033	0.038
Idade	0.258	<0.001	0.398	<0.001	0.169	0.005	0.199	<0.001
Parentesco (ref. Direto)	0.011	0.420	0.006	0.742	-0.066	0.004	-0.048	0.013
Estado civil (ref. c/ companheiro(a))	0.038	<0.001	0.055	<0.001	0.013	0.475	0.013	0.402
Escolaridade (ref. Superior)	0.077	<0.001	0.093	<0.001	-0.065	0.041	-0.013	0.637
Religião (ref. Católica)	0.030	0.014	0.044	0.008	0.043	0.037	0.036	0.037

VARIÁVEIS	INEFTI				HADS			
	Importância		Satisfação		Ansiedade		Depressão	
	Coef. β	p	Coef. β	p	Coef. β	p	Coef. β	p
Situação frente ao Trabalho (ref. Empregado)	-0.036	0.009	-0.036	0.052	0.026	0.261	0.030	0.131
Reside com paciente (ref. Não)	0.000	0.976	0.007	0.691	0.066	0.001	0.049	0.004
Experiência previa com internação em UTI (ref. Não)	0.050	0.018	0.059	0.040	0.018	0.622	0.026	0.389
Quantidade de experiência	0.002	0.913	-0.009	0.728	-0.013	0.673	-0.034	0.191
Renda mensal. mais de 2 SM (ref. Até 1 SM)	0.367	<0.001	0.488	<0.001	0.035	0.539	0.038	0.429
Gravidade (ref. Grave estável)	0.010	0.362	0.010	0.486	0.007	0.713	-0.003	0.839
HADS Ansiedade	0.107	0.065	0.199	0.012	-	-	-	-
HADS Depressão	0.137	0.026	-0.258	0.002	-	-	-	-
INEFTI Importância	-	-	-	-	1.915	<0.001	2.004	<0.001
INEFTI Satisfação	-	-	-	-	-1.164	<0.001	-1.317	<0.001

INEFTI: Critical Care Family Needs Inventory; **HADS:** Hospital Anxiety and Depression Scale

Ref: Reference framework; **p:** p-value; **Coef. β :** Beta Coefficient

DISCUSSÃO

A família é reconhecidamente um sistema social básico e fonte de apoio social e psicológico para seus integrantes. Uma das mudanças que pode afetar negativamente tal sistema, causando desordem na sua estrutura, é a internação de um de seus membros na Unidade de Terapia Intensiva (Al-Akash et al., 2021).

Nesse estudo, predominaram pacientes do sexo masculino, com prevalência de doenças do sistema respiratório, que pode estar relacionada ao período da pandemia de COVID-19 (Carlucci et al., 2020; Hugelius et al., 2021), diferindo de estudos em que geralmente há predomínio das doenças cerebrovasculares (Meneguín et al., 2019) e sepse (Kang et al., 2020; Midega et al., 2019).

Os familiares incluídos na pesquisa eram predominantemente do sexo feminino, como evidenciado em outros estudos, corroborando a premissa de que, historicamente, o cuidado se associa à missão da mulher, em ações de assistência e tutela, principalmente nos contextos de adoecimento (Eugênio et al., 2022; Harlan et al., 2020; Woinarovicz e Moreira, 2020).

Embora mais predispostas à ocorrência de sintomas de ansiedade e depressão (Bolosi et al., 2019; Souza et al., 2022), as mulheres são detentoras de maiores níveis de esperança e de resposta, na tomada de decisões, ainda que seja permeada pelo medo (Coelho et al., 2022; Harlan et al., 2020; Woinarovicz e Moreira, 2020).

Quanto ao nível de escolaridade, a maioria possuía o ensino médio e praticavam alguma religião, como evidenciado em outros estudos sobre o tema (Cezar et al., 2023; Midega et al., 2019; Souza et al., 2022; Leong et al., 2023; Woinarovicz e Moreira, 2020).

No que diz respeito à pontuação total do INEFTI, os familiares atribuíram elevados níveis de importância às necessidades, mesmo que nem todas elas tenham sido totalmente satisfeitas.

A necessidade que consideraram mais importante foi a de suporte, que reflete as necessidades de recursos e ajuda especializada. Resultados não evidenciados demonstram, em outras pesquisas, que as necessidades maiores foram as de segurança e informação (Freitas et al., 2007; Coelho et al., 2022; Leong et al., 2023; Kang et al., 2020).

Nesse sentido, é essencial que a instituição de saúde proporcione suporte psicológico diário ao familiar, no horário que antecede o momento da visita, ou quando solicitado, visto que as UTIs de nosso país dispõem de profissionais aptos para tanto.

Ainda em relação ao INEFTI, nesse estudo obteve-se que as dimensões conforto e segurança apresentaram os menores escores de satisfação, principalmente no que diz respeito à perspectiva de melhora e infraestrutura. Destaca-se que o período da pesquisa que coincidiu com o da pandemia de COVID-19 pode ter interferido nesses dados, devido ao momento tenso e de incertezas que o mundo então vivenciava.

Esses dados são corroborados por estudo transversal realizado com 100 familiares, no qual a dimensão conforto foi considerada como a de menor satisfação, principalmente no que tange à estrutura física e ao acolhimento dos familiares (Coelho et al., 2022). Outros autores apresentam associação negativa para as necessidades de conforto, em relação aos horários de visita e condições de infraestrutura (Kang et al., 2020).

Um estudo transversal realizado em hospitais na Arabia Saudita, com 233 familiares, indicou que a dimensão conforto foi a de menor importância para os

familiares, e ressaltou que todas as necessidades identificadas são fundamentais para a assistência à família (Al-Akash et al., 2021).

Dessa forma, dispor de ambiente acolhedor, sala privativa para recebimento de informações e atendimento individualizado são estratégias que podem reduzir as insatisfações dos familiares.

Na mesma medida, uma pesquisa qualitativa realizada com 92 familiares, na região no sul do Brasil, corrobora os achados desse trabalho, ao apontarem precariedade nas condições da infraestrutura. No caso, a situação era tal, que obrigava que as informações dadas aos familiares fossem recebidas nos corredores e sem privacidade (Cezar et al., 2023).

Na pesquisa ora apresentada, evidenciou-se que os participantes indicaram “provável” sintoma de ansiedade e depressão, dados em consonância com outros estudos que avaliaram os fatores determinantes da incidência de ambos em familiares de pacientes internados em UTI, com maior índice de depressão (Cezar et al., 2023; Coelho et al., 2022; Souza et al., 2017). Apenas um estudo mostrou sintomas de ansiedade sobrepostos aos de depressão (Fonseca et al., 2019).

Os membros da família de pacientes em UTI tendem a desenvolver sintomas de ansiedade, que são agravados pela piora na condição do doente e, primordialmente, quando sentem que suas necessidades não são contempladas (Al-Akash et al., 2021; Freitas et al., 2007; Souza et al., 2022). Estudo realizado em 2022 mostrou que a hospitalização de um parente em UTI contribui para aumentar a sobrecarga psicológica nas pessoas da família (Souza et al., 2022).

Nessa perspectiva, a análise de correlação entre as variáveis dependentes do INEFTI e da HADS assinalou que elas possuem correlação estatisticamente significativa, forte entre Ansiedade e Depressão, e inversamente proporcional e moderada entre o INEFTI Satisfação e a HADS Ansiedade e Depressão, coerente com os estudos de Al-Akash et al. (2021); Eugênio et al. (2022); Kang et al. (2020). Entretanto, são escassas as pesquisas que fazem uso concomitante desses dois instrumentos e, quando existem, não realizam a sua correlação (Midega et al., 2019).

Em continuidade, para responder à análise das variáveis sociodemográficas que impactam a relação entre as necessidades/estressores e os sintomas de ansiedade/depressão, utilizou-se o Modelo Linear Generalizado.

O INEFTI importância e satisfação se associaram positivamente com idade, estado civil, escolaridade, religião, renda mensal maior do que dois salários-mínimos,

coincidente com o que estabelece Coelho et al. (2022).

Com relação à experiência prévia com internação, há similaridade com o que propõem Eugênio et.al (2022); Bolosi et al.(2019); Meneguín et al.(2020). Para as variáveis sociodemográficas que influenciaram os escores de importância, algumas não foram corroboradas por outras pesquisas (Al-Akash et al., 2021; Woinarovicz e Moreira, 2020).

Nesse trabalho, familiares com ensino superior atribuíram maior importância e maior satisfação às necessidades. No entanto, Midega et al. (2019) obteve que a menor escolaridade também pode contribuir para uma maior satisfação.

Por outro lado, membros da família com maior nível de escolaridade têm maiores condições de buscar por informações sobre a condição, diagnóstico e manejo do paciente na UTI, além de melhor compreendê-las e, com isso, pode haver redução nos níveis de ansiedade (Al-Akash et al., 2021).

Compete salientar que a associação negativa de importância para a variável “situação frente ao trabalho” pôde ser atribuída ao fato de que familiares que exerciam alguma atividade profissional, durante a pandemia, talvez tivessem outras prioridades além da internação do ente querido na UTI e possivelmente menos tempo para acompanhá-lo.

Em relação à HADS, a associação positiva foi identificada entre as variáveis idade, religião católica, residir com o paciente e o escore do INEFTI importância. Estudos apontam que a prevalência de depressão é menor para os familiares que não residem com o paciente (Fonseca et. al., 2019; Souza et al., 2022), contrapondo aos resultados ora obtidos, pelos quais não residir com o doente indicou prevalência de maior ansiedade.

Nessa linha, a associação negativa foi identificada entre HADS ansiedade/depressão nas variáveis sexo feminino e parentesco direto; sendo a escolaridade de nível superior apenas para a HADS ansiedade, identificando-se que quanto maior o nível de escolaridade, melhor o entendimento e compreensão das informações recebidas e, por conseguinte, menor a ansiedade.

Para Bolosi et al. (2019), o ensino superior também foi associado à redução da taxa de ansiedade, já que os participantes com maior escolaridade tenderam a ter redução de ansiedade de 46% na primeira semana da internação.

Os resultados do presente estudo apontaram que o sexo feminino tende a ter menos sintomas de ansiedade e depressão; entretanto, estudo correlato não

identificou diferença estatística em termos de idade, sexo, intimidade e nível educacional (Gubuz H. e Demir N., 2023). Todavia, destaca-se que em outra pesquisa, a depressão foi prevalente em mulheres com idade inferior a 40 anos e com presença de problemas psíquicos anterior à internação (Souza et al., 2022).

Nessa ideia, Fonseca et al. (2019) aponta que, com a utilização da HADS, os familiares apresentaram sintomas de ansiedade e depressão, demonstrando a influência da hospitalização na saúde mental da família.

Em síntese, os resultados obtidos nessa pesquisa corroboram e oferecem subsídios aos profissionais e gestores, suscitando importantes tópicos passíveis de intervenções, além de despertar maiores reflexões no processo de cuidar, no que se relaciona à dos familiares.

LIMITAÇÕES

As limitações dos resultados se referem inicialmente ao período em que a pesquisa foi realizada, ou seja, durante o período da pandemia do COVID-19. Além disso, pode-se citar como limitação o ato de a realização do estudo ter sido em um único lugar que, por sua vez, pode possuir suas próprias particularidades. Por fim, ainda houve como fator limitante a impossibilidade de aplicar os instrumentos desse estudo em outros momentos, o que retrata a vivência e dificuldade do familiar nesse período.

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

- Al-Akash, H., Maabreh, R., AbuRuz, M., Khader, K., Shajrawi, A., 2021. Jordanian patients' family members need perceptions in the critical care settings: nurses' perspectives versus family members' perspectives in the context of health informatics. *J Healthc Eng.* 2021 Nov 27; 2021:4071523. Retraction in: *J Healthc Eng.* 2023 Dec 6; 2023: 9859024.
- Białek K, Sadowski M. Stress, anxiety, depression and basic hope in family members of patients hospitalised in intensive care units-preliminary report. *Anaesthesiol Intensive Ther.* 2021 Jan 53, 34-140.
- Bolosi, M., Peritogiannis, V., Tzimas, P., Margaritis, A., Milios, K., Rizos, D.V., 2019. Depressive and anxiety symptoms in relatives of intensive care unit patients and the perceived need for support. *J Neurosci Rural Pract.* 9, 522-528.
- Botega, N.J., Bio, M.R., Zomignani, M.A., Garcia Jr., C., Pereira, W.A.B., 1995. Mood disorders among medical in-patients: a validation study of the hospital anxiety and depression scale (HAD). *Rev Saude Publica.* 29, 355-363.
- Carlucci, M., Carpagnano, L.F., Dalfino, L., Grasso, S., Migliore, G., 2020. Standby by me 2.0. Visits by family members at Covid-19 time. *Acta Biomed.* 91, 71-74.
- Castro, D. S. Estresse e estressores dos familiares de pacientes com traumatismo crânio-encefálico em terapia intensiva. 1999. Rio de Janeiro, 144p.

- Cezar, A.G., Castanhel, F.D., Grosseman, S., 2023. Needs of family members of patients in intensive care and their perception of medical communication. *Crit Care Sci.* 35, 73-83.
- Coelho, A.C., Lopes, C.T., Lopes, J. de L., Santos, V.B., Barros A.L.B., 2022. Needs of family members of patients in a coronary care unit. *Einstein* 20:eAO6258.
- Edeer A.D., Bilik Ö., Kankaya E.A., 2020. Thoracic and cardiovascular surgery patients: Intensive care unit experiences. *Nurs Crit Care.* 25; 206–213.
- Eugênio, C.S., Haack, T. da S.R., Teixeira, C., Rosa, R.G., Souza, E.N., 2022. Comparison between the perceptions of Family members and health professionals regarding a flexible visitation model in an adult intensive care unit: a cross-sectional study. *Rev Bras Intensiva.* 34, 374-379.
- Fonseca, G.M., Freitas, K.S., Filho, A.M. da S., Portela, P.P., Fontoura, E.G., Oliveiras, M.A.N., 2019. Anxiety and depression in Family members of people hospitalized in an intensive care unit. *Psicol Teor Prat.* 21, 328-343.
- Freitas, K.S., Kimura, M., Ferreira, K.A.S.L., 2007. Family members' needs at intensive care units: comparative analysis between a public and a private hospital. *Rev Latino-Am Enferm.* 15, 84-92.
- Gurbuz, H., Demir, N., 2023. Anxiety and depression symptoms of family members of intensive care unit patients: a prospective observational study and the lived experiences of the family members [Internet]. *Avicenna J Med.* 13, 89-96.
- Harlan, E.A., Miller, J., Costa, D.K., Fagerlin, A., Iwashyna, T.J., Chen, E.P., et al., 2020. Emotional experiences and coping strategies of family members of critically ill patients [Internet]. *Crit Care.* 158, 1464-1472.
- Hout, M.C., Papesh, M.H., Goldinger, S.D., 2013. Multidimensional scaling. *Wiley Cognit Sci.* 4, 93-103.
- Hugelius, K., Harada, N., Marutani, M., 2021. Consequences of visiting restrictions during the COVID-19 pandemic: An integrative review. *Int J Nurs Stud.* 121, 104000.
- IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Kang, J., Cho, Y., Choi, S., 2020. State anxiety, uncertainty in illness, and needs of family members of critically ill patients and their experiences with family-centered multidisciplinary rounds: A mixed model study. *J PLoS One.* 15:e0234296.
- Leong, E., Chew, C., Ang, J., Lojikip, S., Devesahayam, P., Foong, K., 2023. 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.* 23, 627-638.

- Machado E.M., Brusamarello T. Nível de conforto na dimensão segurança de familiares de paciente internados em unidade de terapia intensiva. *Enferm em Foco*. 2020, 11(3): 218-223.
- Maestri, E., Nascimento, E.R.P., Bertencello, K.C.G., Martins, J. de J., 2012. Evaluation of the welcoming strategies in the Intensive Care Unit. *Rev Esc Enferm. USP* 46, 75-81.
- Meneguim, S., Nobukuni, M.C., Bravin, S.H.M., Benichel, C.R., Matos, T.D.D.S., 2019. O significado de conforto na perspectiva de familiares de pacientes internados em UTI. *Rev Nurs*. 22, 2882-2886.
- Meneguim S., Matos, T.D.D.S., Miot, H.A., Pollo, C.F., 2019. Association between comfort and needs of ICU patients' family members: A cross-sectional study. *J Clin Nurs*. 28(3-4):538-544. doi: 10.1111/jocn.14644.
- Meneguim, S., Pollo, C.F., Benichel, C.R., Cunha, L.K., Miot, H.A., 2020. Comfort and religious-spiritual coping of intensive care patients' relatives. *Intensive Crit Care Nurs*. 58:102805.
- Midega, T.D., Oliveira, H.S.B., Fumis, R.R.L., 2019. Satisfaction of family members of critically ill patients admitted to a public hospital intensive care unit and correlated factors. *Rev Bras Ter Intensiva*. 31, 147-155.
- Souza, A.C., Alexandre, N.M.C., Guirarbello, E.B., 2017. Psychometric Properties in instruments evaluation of reliability and validity. *Epidemiol Serv*. 26, 649–659.
- Souza, L.M., Freitas, K.S., Filho, A.M. da S., Teixeira, J.R.B., Souza, G.S.S.; Fontoura, E.G., et al., 2022. Prevalence and factors associated with symptoms of depression in family members of people hospitalized in the intensive care unit. *Rev Bras Ter Intensiva*. 34, 499-506.
- Tabah, A., Elhadi, M., Ballard, E., Cortegiani, A., Cecconi, M.; Unoki, T., 2022. Variation in communication and Family visiting policies in intensive care within and between countries during the Covid-19 pandemic: The COVISIT international survey. *J Crit Care*. 71:154050.
- Taber, K.S., 2018. The use of Cronbach's Alpha when developing and reporting research instruments in science education. *Res Sci Educ*. 48, 1273–1296.
- Woinarovicz, B.P., Moreira, M.C., 2020. Estratégias de Enfrentamento de Familiares de Pacientes em UTI: Uma Revisão Sistemática da Literatura. *Rev SBPH*, 23, 126-138.
- Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 67, 361-370.

4.2 Artigo qualitativo

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

RESUMO

Objetivo: Compreender as necessidades e fatores contribuintes ao desencadeamento de sintomas depressivos, a partir da experiência de familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Método:** Pesquisa qualitativa, realizada com 340 familiares de hospital público do Estado de São Paulo, no período de janeiro de 2020 a agosto de 2022. As entrevistas foram transcritas e analisadas utilizando-se a estratégia metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). **Resultados:** As necessidades se atrelaram à falta de acolhimento, apoio psicológico, ambiência desumanizada, despreparo dos profissionais para comunicação e restrições às visitas. Consideraram-se as incertezas a respeito do quadro clínico, a ausência de informações adequadas e de suporte psicológico, além de restrições de proximidade como fatores desencadeantes de ansiedade/depressão. **Considerações finais:** Os resultados evidenciam a necessidade de políticas públicas reais, que possam transpor as barreiras da desumanização, despersonalização e de comunicação com familiares, que contribuirão a seu curso para minimizar os relatos de ansiedade e depressão.

Descritores: Ansiedade; Depressão; Familiares; Necessidades e Demandas de serviços de saúde; Unidade de Terapia Intensiva.

INTRODUÇÃO

As Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) são consideradas estruturas hospitalares destinadas à prestação de assistência especializada a pacientes em estado crítico de saúde, que necessitem de controle rigoroso de parâmetros vitais e assistência multidisciplinar contínua. Nessas unidades, os recursos tecnológicos, o intervencionismo e a promoção de um cuidado especializado são características emblemáticas, destinadas à manutenção e ao prolongamento da vida⁽¹⁾.

No entanto, essa modalidade de assistência acaba impondo medidas restritivas que, além de não permitir a dedicação aos pacientes em todas as suas dimensões, desconsidera as necessidades do familiar enquanto pessoa e sujeito também passível de cuidados. A família deve ser considerada como uma unidade social integrada ao doente, independentemente dos laços de consanguinidade. Ademais, ela é uma aliada importante da equipe de saúde durante o período de internação⁽²⁾.

Contudo, a internação de um ente querido na UTI provoca alterações não somente na rotina diária das famílias, mas também na sua convivência, interrompida subitamente, o que acaba contribuindo de certo modo para que suas necessidades sejam modificadas, a cada instante.

No caso dos familiares, a angústia gerada pela possibilidade da perda/separação, atrelada às incertezas diárias e ao tempo de internação dos pacientes críticos, são fatores que podem interferir nas necessidades sentidas pelos membros das famílias^(3,4).

Além disso, outro fator agravante se atém às restrições às visitas, existentes na maioria das UTIs do país, geralmente pouco informadas e, vinculadas ao ambiente hostil dessas unidades, também contribuem para agravar o estresse emocional⁽⁵⁾. Desse modo, entende-se que tais restrições apresentam consequências desfavoráveis, tanto para a saúde do paciente como para o bem-estar de sua família⁽⁶⁾.

De acordo com a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico (PNAPC), deve ser assegurado aos familiares pelo menos três visitas diárias e um momento presencial com o médico. No entanto, a inviabilidade dessa normativa é muitas vezes justificada pela intensa demanda de cuidados e pela gravidade dos pacientes. Com isso, há uma ruptura nessa proposta de relacionamento^(7,8).

No momento da internação de uma pessoa na UTI, a atenção dos familiares

fica centrada na condição de ameaça à vida e na evolução do seu estado de saúde. Esse fato pode contribuir para desencadear necessidades até então inexistentes, em virtude das mudanças de rotina na vida diária, privação do sono, ansiedade por informações, bem como a vivência de sentimentos como medo, dúvida, angústia e impotência^(9,10).

Nesse sentido, a tensão emocional a que o familiar é exposto ao ter um paciente gravemente enfermo na UTI representa um risco para o desencadeamento de transtorno de estresse pós-traumático e transtorno de ansiedade e depressão, que podem variar, de acordo com o nível de enfrentamento da família⁽⁵⁾.

Estudos têm mostrado que pelo menos um terço dos familiares de pacientes de UTI apresentam sintomas de ansiedade e depressão, durante o período de internação na UTI^(11,12). Tais resultados são potencializados quando o familiar é a mãe de recém-nascidos internados em UTI neonatal, como mostram pesquisas recentes⁽¹³⁾. No entanto, a literatura tem destacado que esses sintomas também podem ser afetados pelos fatores da idade, sexo, nível de escolaridade, doença mental prévia e gravidade da doença⁽¹⁴⁾.

Ademais, sabe-se que, quando não se presta assistência emocional adequada aos familiares, sobretudo nos casos de luto, esse período pode se estender por cerca de um ano após a perda. Há estudos que mostram que 40% das famílias dos pacientes terminais apresentaram doenças psiquiátricas, como ansiedade generalizada, transtorno depressivo ou complicações relacionadas a esse momento⁽¹⁵⁾.

Nesse contexto, é fundamental que os membros das famílias sejam reconhecidos como sujeitos que necessitam de ações de cuidados em UTI, pois sofrem com as consequências da internação de seu ente querido⁽¹⁶⁾.

Todavia, apesar da relevância dessa temática, as necessidades dos membros das famílias de pacientes em UTI têm sido pouco exploradas na literatura nos últimos anos. A maioria dos estudos abordam o tipo de visita^(6,8,17,18), o nível de conforto⁽⁹⁾, a satisfação dos familiares⁽¹⁹⁾, a comunicação em UTI^(20,21), a humanização do setor, bem como as experiências emocionais e estratégias de enfrentamento⁽²²⁾. Como complemento, salienta-se que não foram encontrados estudos sobre o tema, considerando o período da pandemia.

Assim sendo, a presente investigação pretende valorizar a singularidade do familiar que teve um ente querido internado em uma UTI durante a pandemia e, dessa

forma, contribuir para a construção do conhecimento na área a respeito de cuidados necessários, a partir das vivências dos familiares.

A proposta do estudo foi, então, responder às seguintes questões norteadoras:

- Quais são as necessidades de familiares de pacientes internados em UTI?
- Na perspectiva das famílias, o que pode contribuir para desencadear sintomas de ansiedade e depressão?
- Considerando a experiência dos familiares, como a instituição poderia contribuir para atender as suas necessidades?

Assim sendo, essa pesquisa objetivou compreender as necessidades e fatores contribuintes ao desencadeamento de sintomas depressivos, a partir da experiência de familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva.

MÉTODO

Desenho do estudo, local e período

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que utilizou a estratégia metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), fundamentada na teoria das Representações Sociais⁽²³⁾. O estudo foi desenvolvido com familiares de pacientes internados em UTI geral, de hospital público do Estado de São Paulo, no período de janeiro de 2020 a agosto de 2022. Para tanto, seguiu as diretrizes do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)*⁽²⁷⁾.

População e amostragem

Foram adotados os seguintes critérios de elegibilidade: familiares com pacientes internados na UTI no período compreendido entre 48 horas e sete dias, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, com disponibilidade e condições emocionais autorreferidas para responder aos instrumentos e que consentiram em participar da pesquisa. Foram excluídos os que não concluíram as entrevistas.

Nesse estudo, considerou-se familiar a pessoa próxima ao paciente, com estreito relacionamento, tendo ou não consanguinidade. A escolha do período

supracitado para a entrevista se deu em virtude do interesse em se conhecer as necessidades das famílias na primeira semana e após transcorridos os primeiros dias de internação na UTI. Foram incluídos até dois familiares por paciente.

A amostragem foi não probabilística, correspondente ao número total de familiares que visitaram os pacientes, no período da coleta de dados.

Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, utilizando-se um instrumento com dados sociodemográficos e as seguintes questões norteadoras:

- Na sua opinião, quais são as principais necessidades dos familiares nesse momento?
- Na perspectiva das famílias, o que pode contribuir para desencadear sintomas de ansiedade e depressão?
- Considerando a experiência dos familiares, como a instituição poderia contribuir para atender as suas necessidades?

Os dados sociodemográficos e as condições clínicas dos pacientes foram extraídos do prontuário. Todas as entrevistas foram presenciais, áudio gravadas, realizadas em sala privativa da instituição, sem a presença de acompanhante, com duração média de 20 minutos.

A informação a respeito dos pesquisadores foi transmitida aos familiares no momento do convite para participar da pesquisa e constou do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que explicava que os autores eram professores e aluno de Pós-graduação do Curso de Graduação em Enfermagem. Não houve a possibilidade de as transcrições das entrevistas retornarem aos participantes para comentários e, também, não houve recusa para participar.

Análise e tratamento dos dados

Ao término das entrevistas, houve a sua transcrição e elas foram submetidas à análise manual por um dos pesquisadores do estudo, com experiência em operacionalizar a estratégia metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)⁽²³⁾.

O método do DSC procura responder ao desafio da autoexpressão do pensamento ou da opinião coletiva, respeitando a dupla condição qualitativa e quantitativa de ambos. Assim, o pensamento materializado sobre a forma do discurso é uma forma de variável qualitativa e um produto a ser posteriormente qualificado.

O pensamento coletivo, por sua vez, é uma variável quantitativa, na medida em que expressa as opiniões compartilhadas pelos indivíduos, ou seja, não se refere às frequências das Ideias Centrais (IC), mas à frequência de respostas que contribuíram para a construção do DSC⁽²⁴⁾.

De acordo com a Teoria das Representações Sociais, as representações são criadas pelos seres humanos para que entendam o mundo a sua volta, seu comportamento, informações, domínio físico e intelectual. Nessa perspectiva, entende-se que elas sejam sociais, porque o mundo é partilhado entre as diversas pessoas que o compõem, que se apoiam umas às outras, muitas vezes de forma convergente, outras, conflituosa, de modo a compreendê-lo, administrá-lo ou enfrentá-lo⁽²⁵⁾. Essa dinâmica tem seu lugar no cotidiano dos indivíduos, em todos os espaços em que sujeitos se reúnem para falar e dar sentido ao cotidiano⁽²⁶⁾.

Os passos metodológicos dessa técnica, seguidos desde as entrevistas até a síntese dos discursos, foram: leitura dos depoimentos das entrevistas, bem como da resposta de cada pergunta norteadora, com a seleção das palavras-chave; as identificações de ideias centrais; a análise das expressões e das ideias centrais, com o agrupamento de semelhanças em conjuntos homogêneos; a identificação e nomeação da ideia central do conjunto homogêneo, como síntese das principais ideias de cada discurso e, finalmente, procedeu-se à construção dos DSC, após a identificação das expressões e ideias chave que os nomearam⁽²⁴⁾.

Aspectos éticos

A realização do estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa Institucional (parecer nº 3.744.832), no ano de 2019, e seguiu todas as recomendações da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. A participação foi condicionada à assinatura do TCLE, no qual constam todas as informações e descrições das etapas de realização.

RESULTADOS

Com base nos critérios de inclusão, foram selecionados 368 participantes, dos quais 28 foram excluídos por não terem concluído o preenchimento do instrumento de coleta de dados. Desse modo, a amostra final foi constituída de 340 familiares, correspondentes a 224 pacientes.

A média de idade dos pacientes internados na UTI foi de 61.3 anos (SD=16.28), com prevalência do sexo masculino (n=131, 58.5%), “diagnóstico clínico” predominante na internação (n=213, 95.1%), e o quadro prevalente foi o “grave estável” (n=169, 75.5%). O principal diagnóstico médico dos pacientes se referiu às doenças do sistema respiratório (n=156, 69.6%).

No que se refere aos familiares houve predomínio do sexo feminino (n=237, 69.7), com companheiro(a) (n=257, 75.6%), praticantes do catolicismo (n=187, 55%), com ensino médio (n=149, 43.8%), renda média mensal entre um e três salários-mínimos (n=189, 55.6%) e média de idade de 47 anos (SD=13.67). Praticamente a metade (n=176, 51.8%) tinha parentesco direto, residia com o paciente (n=134, 39.4%), e a maioria relatou possuir experiência prévia com parentes internados na UTI (n=209, 61.5%).

A partir da análise das transcrições das entrevistas, foram identificadas as ideias centrais, as expressões-chave e, na sequência, foram organizados os discursos, a partir dos três temas que emergiram das questões norteadoras, conforme apresentado na sequência:

Tema 1: Necessidades dos familiares

Ideias centrais

- A) Insatisfação com o atendimento;
- B) Mais contato, atenção;
- C) Informações pouco compreensivas e insuficientes;
- D) Atendimento desumanizado, falta de acolhimento;
- E) Falta de apoio psicológico;
- F) Mais visitas, ficar junto;
- G) Atendimento médico desqualificado.

DSC1 – *Fui bem atendida, acho que o atendimento foi ótimo, para mim está tudo certo, todas as demandas foram atendidas, não tenho o que reclamar. O atendimento é nota mil. Por outro lado, deveria ter mais informação médica, mais comunicação por parte da equipe e não apenas uma vez por dia. A informação tinha que ser mais detalhada e passarem a evolução. Precisa mais atenção. Eles demoram muito para passarem a informação, que também poderia ser dada por telefone. Além disso, poderiam passar as informações com um vocabulário mais compreensível. As informações tinham que ser mais claras, mais corretas, mais verdadeiras. As informações médicas não podem ser duvidosas, precisam ser mais precisas e transmitidas com educação. Às vezes, as escritas são muito técnicas ou então escrevem que o estado é grave e instável e não sabemos o que isso significa. Também acho que precisa ter acolhimento e cuidado. Seria bom se tivesse apoio de psicóloga, senti necessidade de apoio psicológico. Eu ia ficar mais tranquila, pois a gente fica desestruturada e precisamos de mais apoio emocional. Eu acho que precisam melhorar a estrutura física da UTI, falta um local mais aconchegante para acolher o familiar e liberar visitas. O tempo de visita é curto, poderia ter mais horários de visita, é muito pouco, só uma vez por dia. Queria ficar junto, mais próximo, acompanhar. Aguardar 24 horas para ter notícias é muito angustiante. Tenho necessidade de ouvir a voz da pessoa, ter ligação de vídeo. Me deixaram esperando lá fora angustiada e não me passaram informações. Queria ter recebido um atendimento melhor. Penso que poderia ter médicos mais preparados em conduzir o tratamento com pacientes graves, com mais visitas quando a condição é de quase morte, assim ia ter menos angústia. Nessas condições o atendimento médico é péssimo, são grosseiros e mal-educados com os familiares.*

Tema 2: Fatores desencadeantes de ansiedade e depressão

Ideias centrais

- A) Medo de perder o familiar, medo da morte;
- B) Falta de informação/comunicação;
- C) Falta de acolhimento e humanização da assistência;
- D) Falta de informações precisas e claras;
- E) Não poder visitar o familiar, ficar junto;
- F) Atendimento médico problemático;
- G) Espera por melhora.

DSC2 – *Acho que o medo de perder é o pior. O medo da morte e saber que não podemos ficar junto neste momento tão difícil. Tenho medo dele morrer. Tem a angústia do medo da perda. A espera por notícias e saber que talvez não volte para casa. Medo de que pode acontecer algo ruim abala muito. Há falta de notícias e de informação, falta de comunicação dos médicos. Penso que a falta ou a demora em receber as informações nos leva ao sentimento de desespero. Poderiam aumentar o número de informações, já que uma vez só e sem saber se a informação chegará amanhã ou a tarde é angustiante. A falta de informação e a própria fragilidade emocional em que ficamos dão um estado de choque. Falta acolhimento humanizado e isso gera angústia. A gente fica muito fragilizado e, então, poderia ter mais humanização. Péssimo acolhimento. Na minha opinião, há falta de informações corretas, precisas e claras e informações duvidosas. O medo, a incerteza dão muita insegurança e crise de desespero. A angústia da espera por informações sobre o boletim deixa a gente com dúvidas e há muita ansiedade por não saber o quadro clínico, pela espera da melhora do quadro, e que não acontece. Também ficamos angustiados por não estar junto e poder visitar mais vezes. Além disso, é muito pouco tempo de visita. Poderia ter vidro separando para a gente ver mesmo, mesmo que seja à distância, sem o contato. Muita tristeza pela internação, mas sei que é para um bom tratamento, acho que o atendimento está ótimo, mas por ser covid não temos informações. Falta tratamento médico adequado, o atendimento médico hospitalar é ruim, é um profissional que mal deixa perguntar. Como não sou da área teria que tirar dúvidas. Tinha plantão que dava para perceber que a equipe era bem-organizada e outro que a equipe estava perdida. Falta de apoio psicológico, de religião. Falta de um orientador religioso. O pior é a solidão e falta de um abraço.*

Tema 3: Contribuições da Instituição

Ideias centrais

- A) Melhorias do ambiente e infraestrutura da UTI;
- B) Possibilidade de mais visitas;
- C) Melhor atendimento da equipe médica;
- D) Receber mais informações;
- E) Apoio, acolhimento, psicólogos;
- F) Informações mais claras;
- G) Vídeo chamada e utilização do *WhatsApp*.

DSC3 – Querida que o hospital tivesse um ambiente melhor, com a estrutura física adequada para atender melhor os pacientes. Eles deviam deixar visitar mais, aumentar o número e o tempo das visitas, pois uma vez por dia e por dez minutos é muito pouco. Além disso, temos que esperar 24 horas para ter informações. A enfermeira foi maravilhosa, mas a equipe médica poderia ser mais organizada, porque meu pai estava com pressão alta e não haviam medicado. Fui questionar e falaram que a família não mandou medicamentos de uso contínuo, sendo que entregamos e perderam. Recebemos ligações de médicos, em que alguns diziam que estava estável para ficarmos tranquilo, e outro já falava que estava em um quadro bem grave, por que uns omitem e outros falam? Eles deveriam contratar equipe médica mais capacitada e humanizada para atender pacientes graves exigindo um melhor acolhimento, de forma humanizada por parte dos médicos que não dão explicação. Poderiam selecionar melhor os médicos do pronto atendimento que deveriam dar uma atenção melhor para os pacientes da hemodiálise, não fizeram os exames solicitados e esperaram o quadro agravar. Deveriam agilizar os exames e os procedimentos e, deste modo, o atendimento no pronto atendimento. Poderia ter mais comunicação, com mais informações diárias do que vem acontecendo dentro da UTI. Só gostaria de ter informações por telefone, pois moro e trabalho em outro município, acho importante também aumentar o tempo de visita, dez minutos é desumano. Para mim seria importante também ter um psicólogo para nos ligarem e não só informar sobre o paciente, mas também conversar e aliviar nossas angústias. Todos deveriam exigir que a equipe médica atenda os familiares com atendimento humanizado e passe informações mais claras e verdadeiras dos pacientes sem deixar dúvidas. Fizeram chamadas por vídeo e pude ter o contato com o familiar, e isso já foi um alívio para o aperto dentro do peito. As videochamadas são ótimas e gostamos muito de poder vê-lo e ouvi-lo. É preciso fazer videochamadas para a família ver e saber como está e não apenas por informação. Como não está tendo visita liberada, podiam fazer vídeo chamada por WhatsApp, assim poderíamos ver a pessoa e sentir mais aliviada.

DISCUSSÃO

Nesse estudo, observou-se que os pacientes internados na UTI eram predominantemente do sexo masculino, com média de idade acima dos sessenta anos, ratificando algumas pesquisas^(11,19), mas discordando de outras que indicam maior número de mulheres internadas⁽²⁸⁾ e de pacientes jovens⁽¹⁾.

No que tange ao diagnóstico, esse estudo corrobora os achados em outras pesquisas^(1,20) sobre a prevalência das doenças respiratórias; entretanto, destaca-se que as complicações cerebrovasculares ainda estão no topo das causas de internação em UTI⁽²⁹⁾.

O predomínio das mulheres como cuidadoras nos adventos de internação em UTI, a exemplo do que foi verificado nessa investigação, foi identificado em diversos estudos^(10,15,18,30). Afinal, elas detêm sentimentos de emoções negativas mais robustos, com sintomas mais acentuados de depressão e nervosismo^(14,29), na casa do dobro, em comparação aos homens⁽²⁸⁾.

Ademais, são apontadas como detentoras de maior grau de esperança básica, externando, assim, maior compreensão quanto aos processos que envolvem a permanência do ente na UTI e maior número de estratégias retificadoras no trato com a situação⁽¹¹⁾.

Outro dado de interesse se refere ao fato de não haver recusa dos familiares em participar da pesquisa, o que pode ser atribuído ao período de pandemia, quando as famílias vulnerabilizadas pelo aumento incisivo dos casos graves e de mortes foram impedidas de visitar seus familiares e, nesse caso, o entendimento pode ter sido o de que a participação na pesquisa contribuiria para que pudessem expor suas necessidades, muitas vezes veladas em situações estressantes^(8,17,21,31).

Todavia, as necessidades sentidas pelos familiares nesse estudo são condizentes com outras investigações que apresentam que as maiores carências, durante o período de internação, são relacionadas à proximidade, entendimento da condição do paciente e informação^(3,10,11,22,28,30,32).

Uma pesquisa realizada com 100 familiares de pacientes internados em UTI coronariana mostrou que as principais necessidades foram aquelas relacionadas à segurança e à informação⁽³⁰⁾. A comunicação em UTI é o meio pelo qual se estabelecem relações interpessoais e em que são transmitidos conhecimentos, experiências, desejos, emoções e sentimentos entre as pessoas⁽³²⁾.

Nessa ideia, esse estudo então desvela a importância do cuidado humanizado ao familiar, com promoção do bem-estar e acolhimento em UTIs, para atendimento de suas necessidades.

A prática assistencial em UTI mostra o quão incontestável é a necessidade de acolhimento aos usuários, tendo em vista as suas fragilidades, expectativas e necessidades⁽³³⁾.

Nesse esteio, um estudo que objetivou compreender o processo interpessoal de acolhimento entre enfermeiros e família em UTI adulta do Estado da Bahia, Brasil, evidenciou que as concepções atribuídas por esses profissionais ao acolhimento foram positivas, demonstrando intencionalidade em realizá-lo. No entanto, houve apontamentos sobre encontrar dificuldades formadoras e experienciais referentes a essa prática, ao relacionamento interpessoal e, conseqüentemente, ao acolhimento à família⁽³⁴⁾.

Outro aspecto evidenciado nessa investigação foi a falta de apoio psicológico aos familiares, durante um período em que foram impedidos de realizar visita presencial, por conta da pandemia.

Estudos têm demonstrado que a oferta de apoio psicológico aos familiares, como o aconselhamento, formas de gestão do estresse, reconhecimento das inquietudes e aflições, oferecimento de cuidados e conforto básicos⁽⁸⁾, além de desenvolvimento de estratégias de enfrentamento⁽³⁵⁾, contribuem não somente para sanar as necessidades, mas também na redução da alta prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em membros das famílias de pacientes internados em UTI ⁽¹⁹⁾.

Quando indagados a respeito dos fatores desencadeantes de sintomas de ansiedade e depressão, observa-se nas falas dos participantes o medo da morte do paciente, que se agrava com a inefetividade da comunicação e falta de acolhimento. Para tanto, a literatura tem mostrado que as UTIs devem desenvolver políticas para lidar com questões sobre o compartilhamento de informações, incluindo estratégias para responder a consultas telefônicas e métodos para dar informações sobre os doentes, com respeito a legislação de cada país⁽³⁶⁾.

Por outro lado, a experiência prévia do familiar com internação em UTI, como evidenciado pela maioria dos participantes desse estudo, pode ter sido um agravante na composição dos sintomas de ansiedade e depressão ou, ainda, na intensificação dos sintomas de estresse, principalmente quando a nova internação ocorreu em um período menor que dois anos⁽¹¹⁾.

Ademais, o grau de parentesco direto, principalmente entre cônjuges e filhos⁽¹⁴⁾, também atua para tornar os familiares mais vulneráveis a sintomas de depressão e estresse, bem como o sentimento de impotência, dúvidas, experimentação de angústia com a alteração da rotina e o aumento da ansiedade⁽¹⁰⁾.

Um dado importante é que, na percepção das famílias, as restrições às visitas também foram contribuintes para desencadear sintomas de ansiedade e depressão. Nos últimos anos, diversos estudos têm mostrado a importância de intervenções para minimizar tais sintomas, muitas vezes desencadeados pela inefetividade da comunicação e restrições de visitas ^(10,18,20).

Uma revisão de literatura recente sobre visitação em UTI descreve que pacientes, familiares e equipe de enfermagem estão mais propensos à visita aberta; entretanto, a equipe médica prefere melhoria da qualidade do horário de visitas⁽³⁷⁾.

Há estudos que se contrapõem à flexibilização do horário de visitas entre familiares e equipe de saúde, justificando que a permanência da família interfere nos cuidados diretos ao paciente^(18,37). Entretanto, um estudo realizado entre familiares, pacientes e médicos, com o intuito de verificar essa flexibilização, evidenciou que essa ideia foi incisiva na redução dos escores de depressão e ansiedade⁽³⁸⁾.

Para tanto, são necessárias ações conjuntas da equipe multidisciplinar, com intervenções capazes de reduzir o estresse, a ansiedade e a depressão, seja durante a internação, ou após, no intento de também se evitar a síndrome pós-terapia intensiva⁽¹¹⁾.

No que se refere às contribuições da instituição para a melhoria da assistência, desvelou-se a necessidade de melhoramento do ambiente e da infraestrutura ofertada, cabendo a rememoração de que a pesquisa foi realizada em tempos de pandemia da COVID-19, em um período mais tenso e com elevado índice de pacientes graves.

Estudos mostraram que, nesse período, o fato de muitos parentes não visitarem seus familiares, devido ao risco de transmissão da COVID-19, contribuiu para o agravamento dos sentimentos de tristeza, desânimo e desesperança^(13,31,32). A intrínseca necessidade de estar junto ao paciente, descrita nas falas dos participantes, justifica-se pelo período em que as UTIs adotaram medidas restritivas para visitas.

Há também uma recente revisão sistemática de literatura que mostrou que as consequências das restrições de visitas nas UTIs, impostas durante o curso da pandemia, provocaram preocupação, ansiedade e insegurança, ampliando a

necessidade de maiores informações para a equipe cuidadora⁽⁸⁾.

Percebeu-se também, nos discursos dos participantes desse estudo, que o atendimento e relacionamento com a equipe médica se impõe como imprescindível, uma vez que está atrelado à esperança de informações sobre o ente querido, nem sempre transmitidas de forma clara e objetiva. O ato de comunicar tanto as boas como as más notícias é de responsabilidade da equipe médica, que deve estar atenta e ser sensível às reações manifestadas pelo familiar e, assim, oferecer o suporte necessário para o enfrentamento desse momento⁽³⁹⁾.

Outra proposição de melhoria ateu-se à possibilidade de utilização do telefone celular para a realização de videochamadas, o que tem sido controverso na literatura, pois, apesar de alguns a considerarem excelente meio de comunicação com a família, muitas vezes o paciente está inábil para a realização da respectiva chamada, e isso deve ser observado. Além disso, é importante saber se a família tem potencial tecnológico para uso efetivo^(8,21,31).

Por fim, os resultados alcançados com essa pesquisa suscitam importantes tópicos que, por sua vez, impactam todas as instâncias envolvidas no processo do cuidar. Porém, trata-se de um estudo com limitações, ao se considerar o momento em que foi executado, no caso, durante a pandemia, como já dito.

De todo modo, espera-se que tais resultados contribuam para direcionar as práticas assistências em UTI, marcadamente como uma política institucional, intencionando que o trabalho seja centrado na família e no paciente, em unicidade, com ampliação do horário de visitas, possibilidade de permanência do familiar junto ao leito, melhoria dos locais de espera, atendimento à família pela equipe multidisciplinar e, primordialmente, aprimoramento da comunicação entre médicos e familiares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desse estudo refletem a extensão das necessidades dos familiares com paciente internado em UTI, durante a pandemia da COVID-19. Certamente, esse é um cenário que contribui para expor ainda mais as necessidades de falta de acolhimento, de apoio psicológico, a ambiência desumanizada e o despreparo de profissionais para a comunicação com a família, além das restrições às visitas impostas pela pandemia.

Igualmente, os discursos também evidenciaram que as incertezas vivenciadas a respeito do quadro clínico, a ausência de informações adequadas, de suporte psicológico e as restrições de proximidade impostas foram fatores contribuintes ao desencadeamento de sintomas depressivos nos membros das famílias.

Por outro lado, as sugestões de melhoria da assistência sob a ótica dos entrevistados foram pautadas em intervenções direcionadas para melhoramento do ambiente e infraestrutura; visita aberta; melhor atendimento da equipe médica; suporte psicológico; acolhimento e utilização de tecnologias para facilitar a comunicação com o paciente.

Ademais, o estudo mostrou a necessidade de reais políticas públicas, que possam transpor as barreiras da desumanização, despersonalização e da comunicação com familiares, haja vista que, na realidade, ainda não se têm avanços concretos nesses aspectos, a despeito das medidas regulatórias no país.

REFERÊNCIAS

1. Singh M, Maharaj R, Allorto N, Wise R. Profile of referrals to an intensive care unit from a regional hospital emergency centre in KwaZulu-Natal. *Afr J Emerg Med*. 2021 Dec 1;11(4):471–6. doi: <http://doi.org/10.1016/j.afjem.2021.07.006>.
2. Epps F, Skemp L, Specht JK. How Do We Promote Health?: From the Words of African American Older Adults With Dementia and Their Family Members. *Res Gerontol Nurs*. 2016 Set;9(6):278-287. doi: <http://doi.org/10.3928/19404921-20160928-01>.
3. Puggina AC, Ienne A, Carbonari KFBS da F, Parejo LS, Sapatini TF, Silva MJP. Perception of communication, satisfaction and importance of family needs in the Intensive Care Unit. *Esc. Anna Nery Rev de Enferm*. 2014 Jan 1;18(2):277-83. doi: <http://doi.org/10.5935/1414-8145.20140040>.
4. Duggal A, Mathews KS. Impact of ICU strain on outcomes. *Curr Opin Crit Care*. 2022 Dec;28(6):667-73. doi: <http://doi.org/10.1097/MCC.0000000000000993>.
5. Anderson WG, Arnold RM, Angus DC, Bryce CL. Passive decision-making preference is associated with anxiety and depression in relatives of patients in the intensive care unit. *J Crit Care*. 2009 Jun 1; 24(2):249-54. doi: <http://doi.org/10.1016/j.jcrc.2007.12.010>.
6. Dragoi L, Munshi L, Herridge MS. Visitation policies in the ICU and the importance of family presence at the bedside. *Intensive Care Med*. 2022 Aug 17;48(12):1790-2. doi: <http://doi.org/10.1007/s00134-022-06848-1>.

7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.071, 4 Jul 2005. Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. Diário Oficial da União [Internet]. 2005 [citado 28 de dezembro de 2023];1:48. Disponível em: <https://www.sobрати.com.br/ms-politica-anexo-VII.htm>.
8. Hugelius K, Harada N, Marutani M. Consequences of visiting restrictions during the COVID-19 pandemic: An integrative review. *Int J Nurs Stud*. 2021 Sep 1;121:104000. doi: <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104000>.
9. Meneguim 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 1;58:102805. doi: <http://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102805>.
10. Meneguim S, Nobukuni MC, Bravin SHM, Benichel CR, Matos TDDS. O significado de conforto na perspectiva de familiares de pacientes internados em UTI. *Rev Nurs*. 2023 Mai 1;22(252):2882-6. doi: <http://doi.org/10.36489/nursing.2019v22i252p2882-2886>.
11. Białek K, Sadowski M. Stress, anxiety, depression and basic hope in family members of patients hospitalised in intensive care units-preliminary report. *Anaesthesiol Intensive Ther*. 2021 Jan 1;53(2):134-140. doi: <http://doi.org/10.5114/ait.2021.105728>.
12. Fonseca GM, Freitas KS, Silva Filho AM da, Portela PP, Fontoura EG, Oliveira MAN. Ansiedade e depressão em familiares de pessoas internadas em terapia intensiva. *Rev Psicol Teor Prat* [Internet]. 2019 Abr; 21(1):328-43. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1516-368720190001&lng=en&nrm=iso.
13. Souza LG de, Queiroz VC de, Andrade SS da C, César ESR, Melo VFC de, Oliveira SH do S. Anxiety and depression in mothers of newborns in intensive care units. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021 Dec;42:1-15. doi: <http://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200388>.
14. Köse I, Zincircioğlu Ç, Öztürk YK, Çakmak M, Gündoğan EA, Demir HF, et al. Factors Affecting Anxiety and Depression Symptoms in Relatives of Intensive Care Unit Patients. *J Intensive Care Med*. 2016 Jul;31(9):611-17. doi: <http://doi.org/10.1177/0885066615595791>.
15. Schmidt M, Azoulay E. Having a loved one in the ICU: the forgotten family. *Curr Opin Crit Care*. 2012 Oct 1;18(5):540-7. doi: <http://doi.org/10.1097/MCC.0b013e328357f141>.
16. 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):126-38. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v23n2/12.pdf>.
17. 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*. 2020 May 11;91(2):71-4. doi: <http://doi.org/10.23750/abm.v91i2.9569>.

18. Eugênio CS, Haack T da SR, Teixeira C, Rosa RG, Souza EN de. 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: <http://doi.org/10.5935/0103-507X.20220114-pt>.
19. Midega TD, Oliveira HSB de; 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;31(2):147–55. doi: <http://doi.org/10.5935/0103-507X.20190024>.
20. Cezar AG de, Castanhel F, Grosseman S. Needs of family members of patients in intensive care and their perception of medical communication. *Crit Care Sci*. 2023 Jan;35(1):73–83. doi: <http://doi.org/10.5935/2965-2774.20230374-en>.
21. 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* [Internet]. 2023 May;36(3):350-360. doi: <http://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.03.003>.
22. Harlan EA, Miller J, Costa DK, Fagerlin A, Iwashyna TJ, Chen EP, et al. Emotional Experiences and Coping Strategies of Family Members of Critically Ill Patients. *Chest*. 2020 May;158(4):1464-72. doi: <http://doi.org/10.1016/j.chest.2020.05.535>.
23. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O Discurso do Sujeito Coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa; desdobramentos [Internet]. 2003. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001347796>.
24. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Discourse of the collective subject: social representations and communication interventions. *Texto contexto - Enferm*. 2014 Apr;23(2):502–7. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000000014>.
25. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, Denise (Org.). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 2001. p. 31- 61.
26. Jovchelovitch S. Representações sociais e esfera pública: a construção simbólica dos espaços públicos no Brasil. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000. 232 p.
27. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007 Dec;19(6):349-57. doi: 10.1093/intqhc/mzm042. Epub 2007 Sep 14. PMID: 17872937.
28. Souza LM de, Freitas KS, Silva Filho AM da, Teixeira JRB, Souza GSS, Fontoura EG, et al. Prevalência e fatores associados a sintomas de depressão em familiares de pessoas hospitalizadas em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2022 Oct;34(4):499–506. doi: <http://doi.org/10.5935/0103-507X.20220080-pt>.

29. Gürbüz 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. *Avicenna J Medic*. 2023 Jun;13(2):89-96. doi: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0043-1769933>.
30. Coelho AC, Lopes CT, Lopes JL, Santos VB, Barros ALBL. Needs of family members of patients in a coronary care unit. *Einstein (São Paulo)*. 2022 Mar;20:eAO6258. doi: http://doi.org/10.31744/einstein_journal/2022AO6258.
31. Tabah A, Elhadi M, Ballard E, Cortegiani A, Cecconi M, Unoki T, et al. Variation in communication and family visiting policies in intensive care within and between countries during the Covid-19 pandemic: The COVISIT international survey. *J Critic Care*. 2022 Oct 1;71:154050. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2022.154050>.
32. Segovia C. Comunicação em situações críticas (3a ed). Porto Alegre, RS: Hospital Moinhos de Vento. 2019. Recuperado de https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comunicacao_situacoes_criticas.pdf.
33. Sili EM, Nascimento ERP do, Malfussi LBH de, Hermida PMV, Souza AIJ de, Lazzari DD, et al.. Humanized care in the Intensive Care Unit: discourse of Angolan nursing professionals. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2023;76(2):e20220474. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0474>.
34. Oliveira CN, Nunes EDCA. Caring for family members in the ICU: challenges faced by nurses in the interpersonal praxis of user embracement. *Texto contexto - enferm [Internet]*. 2014Oct;23(4):954–63. Available from: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014003590013>.
35. Leong, EL., Chew, CC., Ang, JY. et al. 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* 23, 627 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09660-9>.
36. Francis L, Vorwaller MA, Aboumatar H, Frosch DL, Halamka J, Rozenblum R, et al. Libretto Consortium of the Gordon and Betty Moore Foundation. A Clinician's Guide to Privacy and Communication in the ICU. *Crit Care Med*. 2017 Mar;45(3):480-485. doi: 10.1097/CCM.0000000000002190.
37. Cappellini E, Bambi S, Lucchini A, Milanesio E. Open intensive care units: a global challenge for patients, relatives, and critical care teams. *Dimens Crit Care Nurs*. 2014 Jul-Aug;33(4):181-93. doi: <http://doi.org/10.1097/DCC.000000000000052>.
38. Rosa RG, Falavigna M, Robinson CC. The ICU Visits Study Group Investigators and the BRICNet, et al. Study protocol to assess the effectiveness and safety of a flexible family visitation model for delirium prevention in adult intensive care units: a cluster-randomised, crossover trial (The ICU Visits Study) *BMJ Open* 2018;8:e021193. doi: 10.1136/bmjopen-2017-021193.
39. Haas KDC, Brust-Renck PG. A comunicação de más notícias em Unidade de Terapia Intensiva: um estudo qualitativo com médicos experientes e novatos. *Psicol USP [Internet]*. 2022;33:e220006. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-6564e220006>.

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.

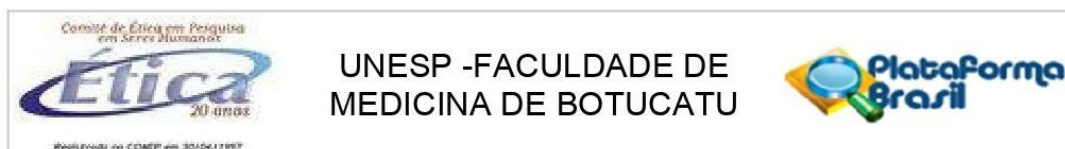
32. Gurbuz H, Demir N. Anxiety and Depression Symptoms of Family Members of Intensive Care Unit Patients: A Prospective Observational Study and the Lived Experiences of the Family Members. 2023 June; 13(2):89-96. doi: <https://doi.org/10.1055/s-0043-1769933>. ISSN 2231-0770.
33. Carlucci M, Carpagnano 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 visitação 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>.

Anexos

6. ANEXOS

Anexo A – Parecer consubstanciado do CEP (p.1/5).



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: NECESSIDADES, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Pesquisador: MARCIA CRISTINA NOBUKUNI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 26065819.9.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.744.832

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa para obtenção do título de doutor do Programa de Pós Graduação da Enfermagem - UNESP.

Na UTI, a separação do paciente de sua família é praticamente imposta pelas circunstâncias criadas pela internação e por rotinas de visitas que fazem com que os familiares sejam mantidos à distância.

Essa separação gera angústia e sofrimento ao familiar que se acentuam pelos horários de visita reduzidos e a impossibilidade de permanência ao lado do paciente.

Nesse ambiente há uma mistura de sentimentos, como de angústias, esperanças e incertezas, pois o setor da UTI se destina ao tratamento de enfermidades graves, sendo o último lugar do hospital o qual o paciente crítico pode recorrer.

Segundo a pesquisadora, na maioria das vezes, a equipe de enfermagem volta à atenção para o cuidado, a assistência ao paciente, não proporcionando acolhimento aos familiares, e estes em suas angustias, medo do desconhecido, não são assistidos em suas necessidades, ocasionado maior sofrimento, o que pode favorecer ansiedade e depressão. O sofrimento dos familiares interfere diretamente na recuperação dos pacientes e na saúde física e mental de ambos.

Essa pesquisa tem como objetivo identificar a associação entre as necessidades e o grau de

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

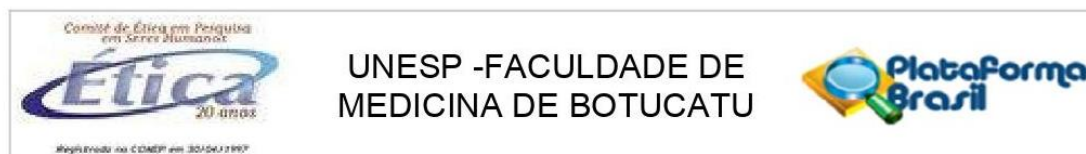
Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br

Anexo A – Parecer consubstanciado do CEP (p. 2/5).



Continuação do Parecer: 3.744.832

ansiedade e depressão em familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

A pesquisa será realizada com familiares de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Regional de Ilha Solteira (HR), que possui 10 leitos para atendimento geral, clínico e cirúrgico.

Serão incluídos 200 familiares que atendam os seguintes critérios de inclusão:

- ter idade igual ou superior a 18 anos;
- possuir familiar internado na UTI no período de 72 horas a 7 dias,
- ter condições emocionais autorreferidas para participar da entrevista
- concordar em participar da referida pesquisa mediante a assinatura do TCLE.

O instrumento de coleta de dados elaborado constará das seguintes etapas:

- coleta de dados referente as características clínicas dos pacientes internados
- dados sociodemográficos
- Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares em Terapia Intensiva (INEFTI)
- Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD)
- 03 questões abertas sobre as necessidades dos familiares.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL:

Identificar a associação entre as necessidades e o grau de ansiedade e depressão em familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Descrever as características clínicas dos pacientes internados;
- Identificar as características sociodemográficas dos familiares de pacientes internados na UTI;

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

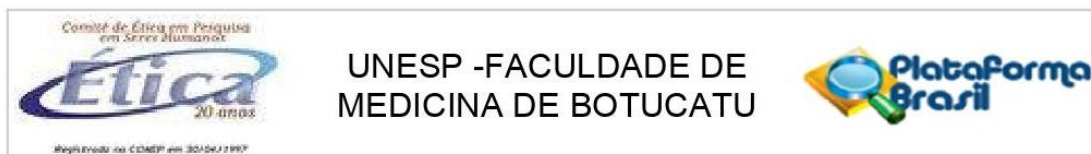
Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br

Anexo A – Parecer consubstanciado do CEP (p. 3/5).



Continuação do Parecer: 3.744.832

- Identificar as necessidades dos familiares de pacientes internados na UTI;
- Determinar o grau de ansiedade e depressão dos familiares de pacientes internados na UTI;
- Identificar as variáveis clínicas e sociodemográficas relacionadas às necessidades, ansiedade e depressão dos familiares de pacientes internados na UTI;
- Desvelar as principais necessidades sentidas pelos familiares e os fatores desencadeantes de ansiedade e depressão;
- Otimizar estratégias para minimizar as necessidades, ansiedade e depressão dos familiares internados em UTI

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: relacionados aos sentimentos dos familiares que podem ser mobilizados durante avaliação, que devem ser acolhidos por profissionais da área.

BENEFÍCIOS: melhorar a compreensão das condições emocionais de familiares de pacientes assistidos em uma UTI, para elaborar estratégias que atendam também esses familiares.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo exploratório descritivo de abordagem quali-quantitativa.

O objetivo do estudo, bem como procedimento de coleta e análise de dados estão devidamente descritos no projeto de pesquisa.

O TCLE está em forma de convite, linguagem acessível e descreve os procedimentos para a participação no estudo.

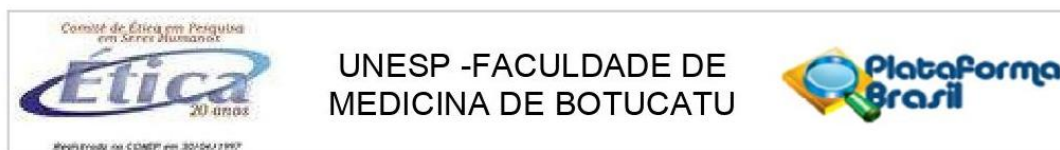
Os pesquisadores apresentaram orçamento estimado em R\$1.000,00 e será realizada com orçamento próprio.

O cronograma de execução atende as condições preconizadas pelo colegiado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os pesquisadores apresentaram todos os documentos exigidos para a realização do estudo:

Endereço: Chácara Butignolli, s/n		CEP: 18.618-970
Bairro: Rubião Junior		
UF: SP	Município: BOTUCATU	
Telefone: (14)3880-1609		E-mail: cep@fmb.unesp.br

Anexo A – Parecer consubstanciado do CEP (p. 4/5).

Continuação do Parecer: 3.744.832

- Folha de Rosto
- Termo de Anuência Institucional - FMB
- Termo de Anuência Institucional - Hospital Regional de Ilha Solteira
- Projeto de Pesquisa
- TCLE

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise em REUNIÃO ORDINÁRIA, o Colegiado deliberou APROVADO o projeto de pesquisa apresentado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme deliberação do Colegiado, em REUNIÃO ORDINÁRIA do Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP, realizada em 02/12/2019, o Projeto de Pesquisa encontra-se APROVADO.

O Projeto de Pesquisa deverá ser iniciado após aprovação do CEP.

Ao final da execução da Pesquisa, o Pesquisador deverá enviar o Relatório Final de Atividades, na forma de Notificação, via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1369578.pdf	22/11/2019 16:30:05		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rostoassinada.pdf	22/11/2019 16:24:38	MARCIA CRISTINA NOBUKUNI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Final.pdf	22/11/2019 15:39:14	MARCIA CRISTINA NOBUKUNI	Aceito
Outros	TermoDeAnuencialInstitucional.pdf	22/11/2019 15:25:32	MARCIA CRISTINA NOBUKUNI	Aceito

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

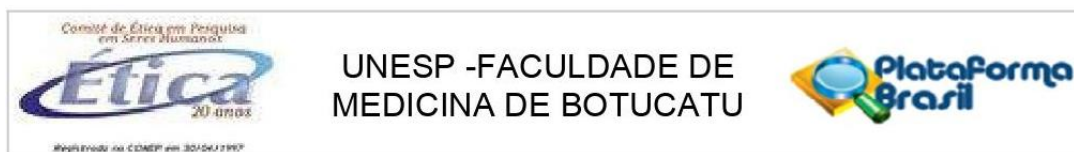
CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br

Anexo A – Parecer consubstanciado do CEP (p. 5/5).

Continuação do Parecer: 3.744.832

Outros	AI.jpg	31/05/2019 13:30:33	MARCIA CRISTINA NOBUKUNI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	31/05/2019 13:29:35	MARCIA CRISTINA NOBUKUNI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

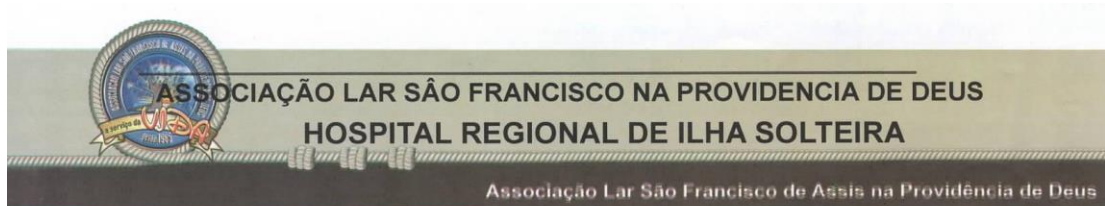
Não

BOTUCATU, 04 de Dezembro de 2019

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
 (Coordenador(a))

Endereço: Chácara Butignolli, s/n**Bairro:** Rubião Junior**UF:** SP**Município:** BOTUCATU**CEP:** 18.618-970**Telefone:** (14)3880-1609**E-mail:** cep@fmb.unesp.br

Anexo B – Autorização institucional.



AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

DECLARAÇÃO

Declaro que tenho ciência e autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulado: **“Necessidades, ansiedade e depressão em familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva”**, a ser conduzido pela pesquisadora **Marcia Cristina Nobukuni** e sob a orientação da **Prof.^a Dr^a Silmara Meneguim**, junto a esta Instituição, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Declaro também que conheço e farei cumprir os requisitos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, e tendo esta Instituição condições para o desenvolvimento deste Projeto de Pesquisa, autorizo sua execução.

Ilha Solteira, 24 de fevereiro de 2019.

FREI JESSE- Denis Rodrigues Lima
Administrador da Unidade Hospitalar
Ilha Solteira- SP
RG: 001.768.683 CPF: 016. 351. 681-20

Anexo C – Inventário das Necessidades e Estressores de Familiares em Terapia Intensiva (INEFTI).

ITEM		(A) Importância				(B) Satisfação			
		1	2	3	4	1	2	3	4
1	Saber quais as chances de melhora do paciente								
2	Ter orientações gerais sobre a UTI na primeira visita								
3	Poder conversar com os médicos todos os dias								
4	Ter uma pessoa que possa dar informações por telefone								
5	Ter perguntas respondidas com franqueza								
6	Ter horário de visita modificado em casos especiais								
7	Falar sobre sentimentos negativos relacionados ao que está acontecendo								
8	Ter uma boa lanchonete no hospital								
9	Ser informado sobre o que fazer quando estiver ao lado do paciente								
10	Ser permitido visitar o paciente a qualquer hora								
11	Saber quem pode dar a informação que necessito								
12	Ter amigos por perto para apoiá-lo								
13	Saber por que determinados tratamentos foram realizados com o paciente								
14	Sentir que há esperança de melhora do paciente								
15	Saber quais os profissionais que estão cuidando do paciente								
16	Saber que tratamento médico está sendo dado ao paciente								
17	Estar seguro de que o melhor tratamento possível está sendo dado ao paciente								
18	Ter um lugar em que possa ficar sozinho(a) enquanto estiver no hospital								
19	Saber exatamente o que está sendo feito para o paciente								
20	Ter móveis confortáveis na sala de espera da UTI								
21	Sentir-se aceito pelas pessoas do quadro de funcionários do hospital								
22	Ter uma pessoa para orientar em caso de problemas financeiros								
23	Ter um telefone perto da sala de espera								
24	Ter a visita de alguém da religião à qual pertença								
25	Conversar sobre a possibilidade de morte do paciente								
26	Ser acompanhado por profissional, amigo ou familiar durante a visita								
27	Ter alguém que se preocupa com a minha saúde								
28	Ter a certeza de que tudo está bem para deixar o hospital por algum tempo								
29	Conversar com a mesma enfermeira todos os dias								
30	Sentir-se à vontade para demonstrar meus sentimentos e emoções								
31	Saber quais os outros profissionais que podem me ajudar								
32	Ter um banheiro perto da sala de espera								
33	Receber explicações que possam ser compreendidas								
34	Começar a visita na hora marcada								
35	Ser informado sobre os serviços religiosos								
36	Ajudar a cuidar do paciente na UTI								
37	Ser comunicado sobre possíveis transferências								
38	Ser avisado em casa sobre mudanças na condição do paciente								
39	Receber informações sobre o paciente no mínimo uma vez ao dia								
40	Sentir que o pessoal do hospital se interessa pelo paciente								
41	Ser informado a respeito de tudo que se relacione a evolução do paciente								
42	Ver o paciente frequentemente								
43	Ter sala de espera perto do paciente								

(A) Importância: 1 - Não importante; 2 - Pouco importante; 3 - Muito importante; 4 - Importantíssimo

(B) Satisfação: 1 - Insatisfeito; 2 - Pouco satisfeito; 3 - Muito satisfeito; 4 - Totalmente satisfeito

Anexo D – Escala HAD: Avaliação do nível de sintomas de Ansiedade e Depressão.

Assinale com "X" a alternativa que melhor descreve sua resposta a cada questão

1. Eu me sinto tensa(o) ou contraída(o):			
☐ A maior parte do tempo [3]	☐ Boa parte do tempo [2]	☐ de vez em quando [1]	☐ Nunca [0]
2. Eu sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:			
☐ sim, do mesmo jeito antes [0]	☐ não tanto quanto antes [1]	☐ só um pouco [2]	☐ já não sinto mais prazer em nada [3]
3. Eu sinto uma espécie de medo, com se alguma coisa ruim fosse acontecer:			
☐ sim, e de um jeito muito forte [3]	☐ sim, mas não tão forte [2]	☐ um pouco, mas isso não me preocupa [1]	☐ não sinto nada disso [0]
4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:			
☐ do mesmo jeito que antes [0]	☐ atualmente um pouco menos [1]	☐ atualmente bem menos [2]	☐ não consigo mais [3]
5. Estou com a cabeça cheia de preocupações:			
☐ a maior parte do tempo [3]	☐ boa parte do tempo [2]	☐ de vez em quando [1]	☐ raramente [0]
6. Eu me sinto alegre:			
☐ nunca [3]	☐ poucas vezes [2]	☐ muitas vezes [1]	☐ a maior parte do temp [0]
7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:			
☐ sim, quase sempre [0]	☐ muitas vezes [1]	☐ poucas vezes [2]	☐ nunca [3]
8. Eu estou lenta(o) para pensar e fazer coisas:			
☐ quase sempre [3]	☐ muitas vezes [2]	☐ poucas vezes [1]	☐ nunca [0]
9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:			
☐ nunca [0]	☐ de vez em quando [1]	☐ muitas vezes [2]	☐ quase sempre [3]
10. Eu perdi o interesse em cuidar de minha aparência:			
☐ completamente [3]	☐ não estou mais me cuidando, com eu deveria [2]	☐ talvez não tanto com antes [1]	☐ me cuido do mesmo jeito que antes [0]
11. Eu me sinto inquieta(o), como se eu não pudesse ficar parado(a) em lugar nenhum:			
☐ sim, demais [3]	☐ bastante [2]	☐ um pouco [1]	☐ não me sinto assim [0]
12. Fico esperando animada(o) as coisas boas que estão por vir:			
☐ do mesmo jeito que antes [0]	☐ um pouco menos que antes [1]	☐ bem menos que antes [2]	☐ quase nunca [3]
13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:			
☐ a quase todo momento [3]	☐ várias vezes [2]	☐ de vez em quando [1]	☐ não sinto isso [0]
14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:			
☐ quase sempre [0]	☐ várias vezes [1]	☐ poucas vezes [2]	☐ quase nunca [3]

RESULTADO DO TESTE:

Observações: * Possível (questionável ou duvidoso)	ANSIEDADE: Questões: 1,3,5,7,9,11, e 13	DEPRESSÃO: Questões: 2,4,6,8,10,12, e 14	Score (Pontos) 0-7: Improvável 8-11: Possível 12-21: Provável
Aplicado por:	Data:		

REFERÊNCIAS

Zigmond, A. S. 7 Snaith, R. P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. Acta Psychiatrica Scandinavica 1983; 67, 361-370.

Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia JR C, Pereira W. AB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. Revista de Saúde Pública, 29(5): 355-63, 1995.

APÊNDICES

7. APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - RESOLUÇÃO 466/2012

CONVIDO, o Senhor (a) para participar do Projeto de Pesquisa intitulado “Necessidades, ansiedade e depressão em familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva”, que será desenvolvido por mim: **Marcia Cristina Nobukuni**, durante o curso de **Doutorado em Enfermagem**, com orientação do profissional **Docente do Departamento de Enfermagem, Professora Dr^a. Silmara Meneguim** da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP-SP.

Estou estudando sobre as necessidades e o grau de ansiedade e depressão em familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), e durante este estudo serão aplicados instrumentos sobre este tema e coletados dados por meio de questionários/entrevistas. Informo que os riscos provenientes desta pesquisa são apenas relacionados ao sentimento dos participantes (anseios, medos) frente às respostas ou o uso das mesmas, os quais são amenizados pela explicação quanto ao sigilo dos dados.

Solicito também seu consentimento para consultar o prontuário médico de internação, para coletar outras informações lá contidas como (tempo de internação, diagnóstico e gravidade).

A coleta de dados terá duração de 30 minutos, dividida em 15 minutos para o questionário e 15 minutos para a entrevista.

Seu benefício em participar, está principalmente relacionado aos futuros pacientes e familiares no que diz respeito à um melhor acolhimento aos usuários da UTI e seus familiares.

Fique ciente de que sua participação neste estudo é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você poderá retirá-lo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em 2 vias de igual teor, o qual 01 via será entregue ao Senhor (a) devidamente rubricada, e a outra via será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2^a a 6^a feira das 8:00 às 12:00 e das 13:30 às 17 horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descritos:

Após terem sido sanadas todas as dúvidas a respeito deste estudo, **CONCORDO** em participar de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados em revistas científicas, dentre outros meios de divulgação.

Botucatu, ____/____/____

Pesquisadora

Participante da Pesquisa

Apêndice C – Caracterização de familiares.

E.1	Data da entrevista:	Nome:	Iniciais:
E.2	Tempo de internação do paciente (dias):		
E.3	Sexo:	Feminino: ()	Masculino: ()
E.4	Idade (anos):	Telefone:	e-mail:
E.5	Tipo de parentesco com o paciente internado:		
	Cônjuge: ()	Pai: ()	Mãe: ()
	Filho(a): ()	Outro: ()	Especificar: ()
E.6	Cidade em que reside:		
E.7	Estado Civil:	Com companheiro(a): ()	Sem companheiro(a): ()
E.8	Grau de instrução:		
	Analfabeto: ()	Fundamental Incompleto: ()	Fundamental Completo: ()
	Ensino médio completo: ()	Ensino médio Incompleto: ()	Ensino médio completo: ()
	Superior completo: ()	Pós-graduação: ()	
E.9	Religião		
	Católico ()	Espírita ()	Evangélico ()
	Protestante ()	Não declarado ()	
E.10	Profissão:		
E.11	Ocupação (Frente de trabalho):		
	Empregado(a): ()	Desempregado(a): ()	
	Do lar: ()	Autônomo(a): ()	
	Aposentado: ()	Outro(s): ()	
E.12	Renda mensal familiar (R\$):		
E.13	Reside com o paciente:	Sim ()	Não ()
E.14	Quantidade de pessoas na moradia:		
E.15	Você já teve alguma experiência de internação co parentes em UTI?:		
	Sim ()	Não ()	Se sim quantas vezes:
E.16	Na sua opinião, quais são as principais necessidades dos familiares nesse momento?		
E.17	Na sua percepção, como a instituição poderia contribuir para melhorar nas necessidades dos familiares?		
E.18	Na sua opinião, o que mais contribui para desencadear quadros de ansiedade e depressão dos familiares quando o familiar está internado?		