

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

YASMIN DE FREITAS DIAS

**AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS FAMILIARES DOS PACIENTES COM  
DIAGNÓSTICO DE COVID-19 INTERNADOS NO CENTRO DE TRATAMENTO  
INTENSIVO**

PORTO ALEGRE

2021

YASMIN DE FREITAS DIAS

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS FAMILIARES DOS PACIENTES COM  
DIAGNÓSTICO DE COVID-19 INTERNADOS NO CENTRO DE TRATAMENTO  
INTENSIVO

Trabalho de conclusão apresentado a banca avaliadora como critério para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Karina de Oliveira Azzolin.

PORTO ALEGRE

2021

**Dedico este trabalho de conclusão para todos os sujeitos que tiveram suas vidas alteradas em função da pandemia da COVID-19. A todos que faleceram por esta doença. A todos aqueles que superaram e sobreviveram.**

**Vocês jamais serão esquecidos.**

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a mim mesma por jamais desistir de alcançar este objetivo. Por acreditar, confiar, por ter determinação e resiliência. Por ser quem eu sou hoje.

Agradeço à minha irmã, Pâmela. Obrigada por me mostrar e abrir os caminhos, por sempre estar presente nos momentos em que mais precisei. Se em outras vidas eu pudesse escolher minha irmã, tu serias minha escolha em todas elas. Eu te amo, mana.

Agradeço aos meus pais, Vera e Sérgio. Obrigada pela base que me deram ao longo dos meus 25 anos. Sem o apoio de vocês, nada disso seria possível. Amo vocês eternamente.

Agradeço à Júlia Barbosa, meu amor, minha parceira. Obrigada por me ensinar tanto sobre o amor e mostrar que ele nunca vai embora. Por compartilhar o amor pelo pôr do sol comigo. É um prazer te ter comigo. Eu amo a forma como tu me faz sorrir.

Agradeço também à minha irmã de coração, Fernanda. Obrigada pelos passeios, conversas, amizade, carinho, afeto, mas principalmente por ter me dado meu primeiro livro da graduação. Teu apoio foi essencial durante este percurso.

Quero agradecer às minhas amigas, de longa data e aos que se aproximaram durante esta jornada. Gabriel, Juliana L., Greta, Jéssica, Diogo, Ágatha, Andressa, Juliana B., Laura, Kelly, Julia R., Julia K., Rafaella, Guilherme, Luiza, Letícia, Cristhiane e Luisa S. Agradeço por todas as risadas que demos juntos. Agradeço por aprender tanto com a singularidade de cada um de vocês. Fizem meus dias serem mais leves e divertidos. Sou muito grata por ter vocês na minha história.

Agradeço à UFRGS, por oportunizar o meu crescimento pessoal ao longo dos anos da graduação. Pela diversidade de corpos e pelas trocas de saberes.

Agradeço à minha psicóloga, que durante os momentos de ansiedade e perda de foco me oportunizou a reflexão para que as frustrações pudessem ser superadas e

vencidas, nem os maiores agradecimentos serão suficientes pelo teu carinho, afeto e companheirismo.

Agradeço à minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Karina, que acreditou no projeto, aconselhou e respeitou todas as decisões tomadas neste processo, sem a senhora esta construção não seria possível. Agradeço também às professoras Lurdes e Juliana por aceitar serem membros desta banca, por me acolherem em tempos difíceis, e dividirem as manhãs e as tardes na Chefia de Enfermagem no CTI.

Agradeço ao Serviço de Enfermagem do CTI, em especial à Thais Schmitz, Taís Hochegger, Ruy Barcellos, Shana Marques e Luisa Bardini. Vocês são exemplos de profissionais para mim. As oportunidades que tive nesse espaço foram essenciais para a minha formação profissional e acadêmica. Vocês mudaram a minha vida.

Quero agradecer também à Prof<sup>a</sup> Simone Marcuzzo. Obrigada por acreditar em mim, pela parceria, pelo carinho, pelo apoio, pelos projetos e pela amizade. Obrigada por me mostrar o mundo da Histologia.

E agradeço a todas as pessoas que de alguma forma alavancaram o meu crescimento, tornando possível a chegada neste momento.

**“Aí maloqueiro! Aí maloqueira!**

**Levanta essa cabeça**

**Enxuga essas lágrimas, certo? (Você memo’)**

**Respira fundo e volta pro ringue (Vai)**

**Cê vai sair dessa prisão**

**Cê vai atrás desse diploma**

**Com a fúria da beleza do sol, entendeu?**

**Faz isso por nóiz (Vai)**

**TE VEJO NO PÓDIO!**

**Ano passado eu morri**

**Mas esse ano eu não morro.**

**No caminho da luz, todo mundo é preto**

**E TUDO, TUDO, TUDO, TUDO QUE NÓS TEM É NÓS.”**

**(Trechos das músicas “AmarElo” e “Principia” do cantor e compositor Emicida)**

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>11</b>
2.1	Objetivo geral	11
2.2	Objetivos específicos	11
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA/CONTEXTO TEÓRICO</b>	<b>12</b>
3.1	A unidade de terapia intensiva	12
3.2	Humanização do cuidado em UTI	14
<b>4</b>	<b>MÉTODOS</b>	<b>18</b>
4.1	Tipo de estudo	18
4.2	Local do estudo	18
4.3	População e amostra	18
4.4	Amostra	19
4.5	Variáveis do Estudo	19
4.6	Coleta dos dados	20
4.7	Análise dos dados	20
4.8	Aspectos Éticos	21
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>22</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>23</b>
<b>6</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>24</b>
	<b>RESUMO</b>	<b>24</b>
1	INTRODUÇÃO	26
2	MÉTODO	28
3	RESULTADOS	29
4	DISCUSSÃO	34
5	CONCLUSÃO	37
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>38</b>
	<b>APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS FS-ICU 24</b>	<b>41</b>
	<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	<b>48</b>
	<b>ANEXO A - PARECER DE AVALIAÇÃO DO CEP</b>	<b>50</b>
	<b>ANEXO B - NORMAS DE FORMATAÇÃO PARA SUBMISSÃO À REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM</b>	<b>52</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A internação em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) traz consigo um leque de complicações e dificuldades. Isso se dá devido à complexidade do quadro do paciente, à necessidade do uso de tecnologias duras, ao risco maior de intercorrências quando comparado a outras unidades do hospital, além da quebra da rotina e do ambiente que antes eram comuns ao paciente e aos seus familiares. Para os familiares dos pacientes de UTI, todos esses desafios se mantêm, mas se somam ainda a outros fatores que podem levar à sobrecarga familiar (RAMOS et al, 2014).

A especificidade das rotinas de cuidado, nestas unidades, normalmente exige regras diferentes do restante do hospital, para garantia de segurança dos pacientes e redução dos riscos potenciais à sua estabilidade. Por isso, na maioria das UTIs, os horários de visita tendem a ser menores e apenas uma pessoa pode estar junto ao leito. Estas unidades são destinadas a cuidados críticos, associada à morte e a sequelas nos sobreviventes, que somados com o ambiente fechado, repleto de equipamentos e rotinas restritas, dificultam a adaptação familiar (ROSA et al, 2018).

As estratégias de Visita Estendida buscam reduzir a ansiedade e estranhamento dos familiares em relação à UTI, sendo possível tornar a interação com o paciente o foco do visitante, tendo por objetivo reforçar sua presença e apoio ao ente querido hospitalizado (NASSAR JUNIOR et al, 2018).

Entre os benefícios da implementação de um projeto de visita humanizada no ambiente de terapia intensiva estão menor tempo em ventilação mecânica, menor incidência de *delirium*, menor necessidade de sedação e tempo de internação na UTI, ainda acarreta índices mais altos de satisfação e redução da ansiedade e depressão entre os familiares, além de melhores resultados quanto à cognição dos pacientes a longo prazo. Ademais, existem incertezas em relação a certos resultados da implementação das iniciativas de visita humanizada, uma vez que ainda existe necessidade de elaboração de mais pesquisas e estudos para determinar se a influências na sobrecarga da equipe e dos índices de infecção adquirida na UTI são, predominantemente, negativos ou positivos (ROSA et al, 2018).

No Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), a Visita Estendida foi implementada no Centro de Tratamento Intensivo (CTI), no ano de 2018 através do Projeto de Extensão da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio



Grande do Sul (UFRGS): “Acolhimento de Familiares de Pacientes Internado em um Serviço de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário”.

Inicialmente esta pesquisa trataria da satisfação dos familiares de pacientes do CTI com o projeto de Visita Estendida; no entanto, a pandemia da COVID-19 que chegou ao Brasil no final de fevereiro de 2020 causou a interrupção do projeto e dos horários ampliados no CTI do HCPA.

A COVID-19 é uma doença causada pela infecção pelo vírus SARS-CoV-2. Entre seus sintomas comuns estão: tosse, odinofagia, hipertermia, mialgia e artralgia, fadiga, cefaleia, ageusia e anosmia. Essa semelhança entre os sintomas da COVID-19 e de outros quadros gripais ou alérgicos torna ainda mais difícil a identificação precoce dos casos (STRUYF et al, 2020).

Outras duas grandes preocupações com a doença é a forma como ela pode desenvolver quadros graves em pacientes que não se encaixam nos grupos de risco e os efeitos residuais após a cura. Um estudo em questão mostrou que, em seu grupo alvo, 87,4% dos pacientes continuaram sentindo pelo menos um sintoma após a cura, especialmente fadiga e dispneia (CARFI; BERNABEI; LANDI, 2020).

Frente a essa nova doenças dificuldades do isolamento enfrentadas pelos pacientes diagnosticados com essa nova doença, fez-se necessária a introdução de métodos alternativos e, por meio da tecnologia, possibilitar a aproximação dos pacientes com seus familiares de forma segura, utilizando-se de tablets, smartphones e robôs para fazer videochamadas e diminuir, mesmo que de forma pequena, a angústia pelo afastamento (COLLUCCI 2020).

Essa alteração na rotina do CTI acarreta, inevitavelmente, na necessidade de alterar o tema desta pesquisa. A pandemia da COVID-19 arrasou o mundo com suas altas taxas de infecção e com a incerteza de se lidar com um vírus novo e que, quase diariamente, apresenta novidades em relação à melhor forma de manejo de pacientes graves, grupos de risco e sobre as medidas de prevenção contra a infecção. Ainda hoje, um ano após a chegada do vírus ao país, ainda seguimos aprendendo mais sobre a doença.

A COVID-19 apresentou aos pacientes do CTI uma nova complicação, tendo em vista que boa parte deles faz parte do grupo de risco para desenvolvimento de um caso grave, também apresentou à equipe de profissionais intensivistas um novo

desafio. A alta letalidade da COVID-19 no ambiente de cuidado intensivo traz consigo um fator estressor que colabora para a sobrecarga profissional.

O familiar do paciente com COVID-19 internado no CTI sofre com todas as dificuldades enfrentadas antes da pandemia e com algumas novas: a grande incerteza sobre o desfecho clínico do quadro e das sequelas para os sobreviventes, a impossibilidade de ver e tocar o familiar, o medo de que ele ou mais pessoas da família também sejam infectados no dia a dia, além dos impactos econômicos e sociais da pandemia.

Portanto, considerando-se as mudanças ocorridas, desde o início da pandemia, o estudo tem como questão norteadora: Como está a satisfação de familiares de pacientes diagnosticados com COVID-19 internados no CTI de um hospital universitário.

## **2 OBJETIVO**

### **2.1 Objetivo geral**

Avaliar a satisfação dos familiares de pacientes críticos com diagnóstico de COVID-19 quanto aos contatos virtuais com equipe assistencial.

### **2.2 Objetivos específicos**

Caracterizar o perfil sociodemográfico dos familiares de pacientes críticos com diagnóstico de COVID-19;

Descrever a Satisfação Total, Com Cuidados, Tomada de decisão e Final de vida dos familiares de pacientes críticos com diagnóstico de COVID-19.

### **3 REVISÃO DA LITERATURA/CONTEXTO TEÓRICO**

A nova pandemia da COVID-19 causada pelo SARS-CoV-2 apresenta para o ambiente de terapia intensiva um novo desafio. A UTI, que já era uma unidade associada com quadros graves e alta mortalidade, com a introdução desta doença altamente contagiosa também se tornou um ambiente ainda mais fechado. A pandemia impossibilitou que os familiares visitassem os pacientes e adicionou um novo fator limitante para a satisfação da família com o serviço.

Os projetos e iniciativas de visita humanizada, que visavam tornar o ambiente de cuidado intensivo mais receptivo para os familiares, tiveram que ser, em grande parte, interrompidos ou adaptados para atender as novas medidas de segurança contra a pandemia. No CTI do HCPA, foram introduzidas as vídeo chamadas como uma maneira de possibilitar interação entre familiar e paciente. Todavia, mesmo com essa nova ferramenta, é de se esperar que o afastamento da família no processo de cuidado do paciente da UTI venha a acarretar em impactos negativos para a evolução dos pacientes e para a satisfação do familiar com o serviço de saúde, tendo em vista que a literatura apontava o maior tempo de permanência do familiar à beira do leito como um fator potencializador para a recuperação mais rápida da maioria dos pacientes, além de menor sofrimento para os pacientes em cuidados paliativos em UTIs (NASSAR JR. et al, 2018).

#### **3.1 A unidade de terapia intensiva**

Félix e colaboradores descrevem a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) como o espaço caracterizado pela maior complexidade do cuidado no conjunto hospitalar. Ela é o campo de concentração dos esforços da assistência, tanto humanos quanto tecnológicos, com o objetivo de possibilitar ao paciente crítico um retorno ao seu estado de saúde normal ou, caso essa não seja uma opção, proporcionar o maior conforto e redução de danos relacionados a condição que causou a internação na UTI em primeiro lugar (FÉLIX et al, 2014).

Em 2007, Silva e Contrin assinalam como fatores estressores para o paciente: o uso de tecnologias duras e desconhecidas para a população leiga, os horários de

visita restritos, o som de alarmes e as rotinas diferenciadas da unidade. Características essas que fazem com que o ambiente de terapia intensiva seja, frequentemente, visto como um ambiente de cuidado menos humanizado e, em certos casos, hostil do ponto de vista dos pacientes e familiares (SILVA; CONTRIN, 2007).

Em seu estudo descritivo exploratório, Beccaria e colaboradores destacaram a impossibilidade de se falar do cuidado em saúde sem dar a devida importância à humanização desse cuidado. Sendo assim, não é possível oferecer assistência completa ao paciente sem considerá-lo um ser complexo e único, com necessidades específicas a ele, necessidades essas que permeiam as esferas fisiológicas, biológicas e psíquicas do paciente e que, demandam a consideração dos costumes, limites e vontades individuais. No artigo, se define como objetivo do cuidado humanizado a conciliação do conhecimento técnico-científico com o respeito e acolhimento das características singulares que definem o paciente como um inteiro e, para isso, é necessário que exista a troca de informações e sentimentos entre o cuidador e o cuidado (BECCARIA et al, 2008).

No entanto, na UTI esse tipo de cuidado acaba, com frequência, ficando em segundo plano, uma vez que a atenção normalmente está voltada ao cuidado do paciente em estado crítico e ao emprego de técnicas e equipamentos complexos. Essas mesmas medidas que buscam garantir conforto e estabilidade físicas aos pacientes, muitas vezes, acabam levando à negligência do conforto e das necessidades psicossocioespirituais do paciente internado na UTI e, também, de seus familiares, que além de terem que enfrentar a situação de saúde que levou à internação, tem que lidar com o ambiente desconhecido e desconfortável, com a quebra da rotina familiar e com a introdução das rotinas de cuidado intensivo (BECCARIA et al, 2008).

Na pesquisa realizada no ano de 2005 em um hospital universitário do noroeste paulista, foram entrevistados 41 familiares de pacientes internados na UTI da emergência da instituição e se levantou que 43,9% entrevistados negaram ter recebido orientações sobre as rotinas de funcionamento da UTI, sendo que os psicólogos da unidade foram os profissionais identificados com maior frequência por terem passado informações aos 23 familiares que receberam orientações sobre as rotinas. Dos entrevistados, 70,7% afirmaram não conhecer o enfermeiro da unidade e, mesmo entre os 12 familiares que afirmaram conhecer o enfermeiro, nenhum

relatou saber o nome do profissional. Em relação ao tempo de duração da visita na UTI, 65,9% dos familiares demonstraram satisfação com a duração de 1 hora, padrão da unidade da pesquisa, sendo seguidos pela opção de 2 horas com 17% das respostas. Ainda em relação aos tempos de visita, 75,6% dos familiares disseram que gostariam de ter maior flexibilidade nos horários de visita em casos especiais, identificando essas situações como: visitas feitas por parentes de outra cidade ou quando o estado de saúde do paciente é muito grave. Por fim, os familiares sugeriram como formas de melhorar o atendimento na unidade: possibilitar a presença de uma pessoa religiosa durante o horário da visita, maior tempo de visita, ter comunicados diários sobre o estado de saúde do paciente e que um profissional permanecesse ao lado do familiar no início da visita, informando sobre como o paciente passou o dia e dando orientações sobre o cuidado em casa, após a alta hospitalar (BECCARIA et al, 2008).

### **3.2 Humanização do cuidado em UTI**

Em 2018, Nassar Jr. e colaboradores realizaram um estudo comparando os resultados de unidades com políticas de visitação flexíveis e restritas para pacientes, familiares e profissionais de UTIs. Foram analisados 16 estudos na revisão sistemática e sete na meta análise e os resultados mostraram associação entre os sistemas de visita flexível e a diminuição da incidência de *delirium* e sintomas de ansiedade dos pacientes, também mostrando aumento da satisfação com o sistema de visitas e não sendo possível associar o sistema de visita flexível com mudanças nos índices de mortalidade ou infecções adquiridas na UTI. Quanto aos familiares dos pacientes, foi possível identificar melhora na satisfação com o serviço após a implementação da visita flexível; no entanto, não foram encontrados artigos avaliando as taxas de sintomas de depressão e ansiedade em familiares de pacientes na UTI. Por fim, em relação aos profissionais os achados foram que, predominantemente, a inclusão da visita flexível aumentou os sintomas de ansiedade e níveis de sobrecarga profissional, também demonstrando uma taxa maior de satisfação com o sistema entre médicos do que entre enfermeiros. Houve, também, um destaque para a diferença dos dados analisados entre cada um dos estudos inseridos em sua pesquisa e concluiu-se que, apesar de a visita flexível demonstrar potencial quando os assuntos

são a humanização do cuidado prestado e o bem-estar e satisfação dos pacientes e familiares, ainda é necessário realizar mais estudos que avaliem os reais impactos desse tipo de sistema de visita na UTI para o serviço como um todo (NASSAR JR. et al, 2018).

Um estudo francês de 2014 analisou e avaliou em uma pesquisa qualitativa a experiência de 32 familiares dos pacientes em uma UTI francesa, tendo como foco da abordagem os diários utilizados pelos profissionais do serviço e familiares para registrar os acontecimentos e expectativas em relação à internação do paciente. A conclusão da pesquisa foi que, essa iniciativa de cuidado humanizado, refletiu positivamente na experiência dos familiares durante a internação de seus entes queridos, proporcionando uma forma de estabelecer e fortalecer o vínculo entre profissionais e familiares, facilitar o entendimento dos familiares sobre o estado de saúde do paciente, além de servir como uma forma de expor as preocupações e a ansiedade da família (GARROUSTE-ORGEAS et al, 2014).

Farias e colaboradores, em seu estudo de 2013, realizaram uma pesquisa qualitativa com profissionais da UTI de uma instituição pública no estado do Maranhão buscando levantar suas percepções sobre a humanização do cuidado na área intensivista e, também, sobre quais eram as dificuldades, em seu ponto de vista, para a introdução de um modelo de cuidado mais humanizado. Os profissionais entrevistados afirmaram acreditar que a humanização do cuidado contribui, significativamente, na recuperação do paciente crítico, mas destacaram como desafios na transição: a sobrecarga e baixa remuneração da equipe, além de recursos insuficientes, falta de educação continuada e dificuldades na interação com os familiares dos pacientes (FARIAS et al, 2013).

A revisão integrativa brasileira de 2014, realizada por Félix e colaboradores, abordou a humanização da visita em UTI. Dos 8 artigos incluídos no artigo, 7 foram publicações desenvolvidas exclusivamente por enfermeiros. Destacou-se, também, a escassez de estudos nas regiões norte, nordeste e centro-oeste do país, sendo que todos os artigos revisados eram produções da região sul e sudeste. Entre os pontos levantados, foram estabelecidos critérios para a insatisfação dos familiares com o serviço: falta de empatia dos profissionais, pouca valorização da experiência e pouco apoio da instituição. Além disso, identificou-se na literatura que o não esclarecimento das rotinas da UTI é uma conduta prejudicial ao paciente e aos seus familiares, uma

vez que esse esclarecimento pode reduzir a ansiedade relacionada à internação no ambiente de terapia intensiva. Entre as ações para humanização da visita na UTI sugeridas pelos familiares entrevistados estavam: adicionar mais horários de visita e permitir a entrada de mais familiares em casos de maior gravidade, assim como de pessoas que ofereçam conforto espiritual ao paciente e à família (FÉLIX et al, 2014).

No estudo descritivo exploratório realizado em um hospital universitário do noroeste paulista no ano de 2008 foram entrevistados 41 familiares de pacientes internados na UTI da emergência da instituição e se levantou que 43,9% entrevistados negaram ter recebido orientações sobre as rotinas de funcionamento da UTI, sendo que os psicólogos da unidade foram os profissionais identificados com maior frequência por terem passado informações aos 23 familiares que receberam orientações sobre as rotinas. Dos entrevistados, 70,7% afirmaram não conhecer o enfermeiro da unidade e, mesmo entre os 12 familiares que afirmaram conhecer o enfermeiro, nenhum relatou saber o nome do profissional. Em relação ao tempo de duração da visita na UTI, 65,9% dos familiares demonstraram satisfação com a duração de 1 hora, padrão da unidade da pesquisa, sendo seguidos pela opção de 2 horas com 17% das respostas. Ainda em relação aos tempos de visita, 75,6% dos familiares disseram que gostariam de ter maior flexibilidade nos horários de visita em casos especiais, identificando essas situações como: visitas feitas por parentes de outra cidade ou quando o estado de saúde do paciente é muito grave. Por fim, os familiares sugeriram como formas de melhorar o atendimento na unidade: possibilitar a presença de uma pessoa religiosa durante o horário da visita, maior tempo de visita, ter comunicados diários sobre o estado de saúde do paciente e que um profissional permanecesse ao lado do familiar no início da visita, informando sobre como o paciente passou o dia e dando orientações sobre o cuidado em casa, após a alta hospitalar (BECCARIA et al, 2008).

O estudo transversal descritivo de Costa e colaboradores listou 25 fatores estressantes para sua amostra de 53 familiares de pacientes em estado grave internados na UTI de um hospital escola brasileiro. Os fatores sinalizados como mais estressantes foram os relacionados diretamente ao paciente, como ver o paciente contido, sem roupa, entubado ou em coma e o tempo de internação. Além disso, foi destacado como fator muito estressante a impossibilidade de permanecer junto ao paciente como acompanhante. O ambiente da UTI, ver outros pacientes e não



conhecer os membros da equipe foram citados como fatores de estresse em grau médio ou baixo. O mesmo artigo destaca como motivos para o afastamento entre equipe e família: medo de passar informações equivocadas ou preocupantes, barreiras culturais, excesso de carga de trabalho, falta de atividades de sensibilização e capacitação e concepção de que a tarefa de interação e passagem de informações é uma atribuição do médico (COSTA et al, 2010).

## **4 MÉTODOS**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo transversal, aninhado a um estudo de coorte prospectivo intitulado “AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO E PERFIL PSICOLÓGICO DOS FAMILIARES DOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE COVID-19 ADMITIDOS NO CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE “.

### **4.2 Local do estudo**

O estudo foi realizado no Centro de Tratamento Intensivo Adulto (CTI) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), um hospital geral público e universitário, integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação e Cultura (MEC) e vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). É um hospital de nível terciário e de grande porte, que é responsável por serviços de relevância social, além de ser referência na atenção à saúde da população do Rio Grande do Sul, atendendo majoritariamente usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). O CTI, que oferece 40 leitos, é distribuído em três Unidades de Terapia Intensiva (UTI), sendo: UTI 1, com 21 leitos, UTI 2, com 13 leitos, UTICARD, com 6 leitos. Com a chegada da pandemia pela COVID-19, foram abertos 10 Clusters de UTI no Prédio Anexo B do HCPA para atendimento de pacientes suspeitos ou confirmados de COVID, totalizando hoje 105 leitos de UTI. O CTI recebe pacientes com necessidades de saúde de alta complexidade, pós-operatório de grandes cirurgias, transplantes (pulmonar, hepático, rim-pâncreas e cardíaco), e terapias hemodialíticas.

### **4.3 População e amostra**

Familiares de pacientes com necessidade de admissão por mais de 48 horas em unidade de terapia intensiva adulto e ter necessitado uso de ventilação mecânica, durante a pandemia de COVID-19.

*Critérios de inclusão:* Idade  $\geq$  18 anos; ser familiar próximo\* de paciente internado na UTI. \*familiar com procuração judicial, cuidador principal, familiar responsável (preferencialmente nesta ordem: esposo(a), filho(a) adulto(a), pai/mãe, irmão/irmã, avô/avó, neto(a)). Em caso de o paciente possuir mais de um familiar elegível, será selecionado aquele que mantém maior vínculo com o paciente e equipe médica. Os familiares de pacientes que falecerem durante a internação na UTI também serão incluídos no estudo e serão acompanhados pela psicologia clínica da CTI.

*Critérios de exclusão:* dificuldade de comunicação (afasia, déficit auditivo grave, não falar português). Paciente com alta da UTI há 96 horas.

#### **4.4 Amostra**

A amostra foi composta por 150 familiares de pacientes com a COVID-19 admitidos no CTI do HCPA.

#### **4.5 Variáveis do Estudo**

Foram coletadas variáveis sociodemográficas, bem como perguntas sobre diagnóstico prévio de transtornos de depressão ou ansiedade dos familiares. Também foram coletados dados clínicos dos pacientes. O desfecho principal foi a satisfação dos familiares com o cuidado oferecido na UTI, coletada através do *Family Satisfaction with the ICU Survey (FS-ICU24)* (ANEXO A) adaptado. Este formulário é estruturado em três seções: cuidados prestados pela equipe, satisfação com a tomada de decisão e avaliação do atendimento em final de vida. A avaliação das respostas foi em escala Likert, com variação de 1 a 5 pontos para uma escala de 0% a 100%, sendo: 1- excelente (100%), 2- muito bom (75%), 3- bom (50%), 4- médio (25%), 5- ruim (0%). Por conta das mudanças na forma de atendimento na pandemia, com o isolamento dos pacientes e distanciamento social para a diminuição do contágio, o formulário foi adaptado, sendo retiradas questões que não se enquadravam nas circunstâncias e

não poderiam ser respondidas pelos familiares, como avaliação do tratamento da dor, agitação e do ambiente da UTI. Ainda foram acrescentadas 4 perguntas específicas para avaliação da satisfação com os contatos virtuais, estas foram elaboradas pelo grupo de comunicadores da instituição (ANEXO A). Foram considerados contatos virtuais toda a forma de comunicação não presencial, como contatos online (Whatsapp e vídeo chamadas) e ligações por telefone.

#### **4.6 Coleta dos dados**

A coleta de dados foi realizada por meio de ligação telefônica por 5 acadêmicas da UFRGS, previamente treinadas pela equipe de pesquisa acompanhadas de um dos membros da equipe de pesquisa. Os familiares dos pacientes que preencheram critérios de elegibilidade e aceitaram a participação através da assinatura do Termo de consentimento (TCLE) foram incluídos no estudo. O TCLE foi coletado por via telefônica com os familiares elegíveis e enviado por e-mail para os mesmos.

O estudo original foi desenvolvido em 2 fases. Sendo a fase 1 a alta ou o óbito do paciente internado na UTI, e a fase 2 o seguimento em 3, 6 e 12 meses após a alta ou óbito da UTI. Os dados estão sendo coletados de agosto de 2020 a agosto de 2021. Para este estudo, foi utilizado somente a fase 1.

#### **4.7 Análise dos dados**

Os dados foram digitados em planilha Excel® e analisados no programa estatístico SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences v.18*. Para a análise da distribuição dos dados foram realizados os testes de Shapiro-Wilk, e valores de assimetria e curtose. As variáveis contínuas foram expressas por medidas de tendência central e dispersão. As variáveis categóricas foram apresentadas em número absoluto e relativo.

#### **4.8 Aspectos Éticos**

O estudo respeitará as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, que consta na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Este estudo faz parte de um estudo maior denominado “AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO E PERFIL PSICOLÓGICO DOS FAMILIARES DOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE COVID-19 ADMITIDOS NO CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE”, que foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, sendo a pesquisadora responsável a Professora Doutora Juliana Petri Tavares.

O trabalho foi encaminhado para avaliação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP-UFRGS), e CEP do HCPA, CAAE 31773420.3.0000.5327 (ANEXO B). Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos familiares. As informações somente serão divulgadas de forma anônima. O material coletado será destruído após cinco anos de publicação do estudo.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A pandemia da COVID-19, que atingiu o contexto global, impactando significativamente as nações em diversos âmbitos, ainda tem assolado a humanidade e, no Brasil, mesmo diante do início da vacinação, a situação é grave e inspira preocupação pelos índices recordes de novos casos e óbitos registrados por dia. Por isso, faz-se necessárias pesquisas e publicações de novas pesquisas sobre o vírus SARS-CoV2, como também realizar estudos sobre o processo de humanização em UTIs e como estabelecer uma relação adequada e adaptada com os familiares no fornecimento de informações, e conexão paciente-familiar.

## REFERÊNCIAS

BECCARIA, Lucia Marinilza et al . Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo , v. 21, n. 3, p. 276-282, Aug. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-507X2009000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2009000300007&lng=en&nrm=iso), Acesso em: 19 nov, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012. Acesso em:

CARFÌ, Angelo; BERNABEI, Roberto; LANDI, Francesco. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. **Journal of American Medical Association**. Roma, p. 603-605. ago. 2020. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2768351/>. Acesso em: 20 fev. 2021.

COLLUCCI, Cláudia. Hospitais usam tablets e robôs para aproximar pacientes com coronavírus de suas famílias. **Folha de São Paulo**, 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/04/hospitais-usam-tablets-e-robos-para-aproximar-pacientes-com-coronavirus-de-familias.shtml>

COSTA, Jaquiline Barreto da et al. Fatores estressantes para familiares de pacientes criticamente enfermos de uma unidade de terapia intensiva. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [s.l.], v. 59, n. 3, p.182-189, 2010. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0047-20852010000300003>, Acesso em: 06 dez 2019.

FARIAS, Flávia et al. Humanized Care in the ICU: Challenges from the Viewpoint of Health Professionals. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [s.l.], v. 5, n. 4, p.635-642, 1 out. 2013. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2013v5n4p635>, Acesso em: 06 dez 2019.

FÉLIX, Tamires Alexandre et al. Prática da Humanização na Visita em Unidade de Terapia Intensiva. - **Revista Enfermagem Contemporânea**., Salvador, v. 2, n. 3, p.143-153, dez. 2014. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/381>, Acesso em: 11 nov 2019.

GARROUSTE-ORGEAS, Maité, et al. Writing In and Reading ICU Diaries: Qualitative Study of Families' Experience in the ICU. *PLoS ONE* 9(10): e110146. doi:10.1371/journal.pone.0110146. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4199718/>, Acesso em: 11 nov 2019.

HULLEY, Stephen B. et al. *Delineando a pesquisa clínica*. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. Acesso em: 20 out 2019.

NASSAR JUNIOR, Antonio Paulo et al. Flexible Versus Restrictive Visiting Policies in ICUs: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Critical Care Medicine**. Mount Prospect, Il, p. 1175-1180. jul. 2018. Acesso em: 20 out 2019.

RAMOS, Fernando José da Silva et al. Políticas de visitação em unidades de terapia intensiva no Brasil: um levantamento multicêntrico. **Rev Bras Ter Intensiva**, São Paulo, v. 6, n. 24, p.339-346, ago. 2018. Acesso em: 20 out 2019.

ROSA, Regis Goulart 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**, n. e021193, p.1-11, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021193> Acesso em: 11 nov 2019.

SILVA, Natalia D.; CONTRIN, Ligia M.. Orientações do enfermeiro dirigidas aos familiares dos pacientes internados na UTI no momento da visita. **Arq Ciênc Saúde**, São José do Rio Preto, v. 3, n. 14, p.148-152, jul. 2007. Acesso em: 06 dez 2019.



## 6 RESULTADOS

### AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS FAMILIARES DE PACIENTES COM COVID-19

#### NO CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO

#### ASSESSMENT OF SATISFACTION IN FAMILY MEMBERS OF PATIENTS WITH

#### COVID-19 IN INTENSIVE CARE UNIT

#### EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN DE FAMILIARES DE PACIENTES CON COVID-19

#### EN EL CENTRO DE TRATAMIENTO INTENSIVO

Yasmin de Freitas Dias

Karina de Oliveira Azzolin

### RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a satisfação dos familiares de pacientes críticos com diagnóstico de COVID-19 referente aos contatos virtuais com a equipe assistencial. **Método:** Trata-se de um estudo transversal. Realizado no CTI de um hospital público e universitário e, com amostra de 150 familiares de pacientes com a COVID-19. A coleta foi realizada por meio de ligação telefônica. A satisfação foi avaliada pelo FS-ICU adaptado. Realizou-se análise de dados descritivo. Estudo aprovado pelo CEP nº 4.090.877. **Resultados:** Predominaram mulheres (77,2%), filhas de pacientes (40,3). A satisfação média geral atingiu 80,6 % com uma variação entre 60,9%(Final de vida) e 87,8% (Satisfação com os cuidados’). **Conclusão:** A satisfação média total de 80,6% é considerada excelente. Destaca-se a importância da comunicação ativa entre o familiar e os membros da equipe.

**Palavras Chaves:** UTI. COVID-19. Cuidados Paliativos. Humanização.

### RESUME

**Objective:** To assess the satisfaction of family members of critically ill patients diagnosed with COVID-19 regarding virtual contacts with the care team. **Method:** This is a cross-sectional study

nesting with a prospective cohort study. Performed at the ICU of a public and university hospital and with a sample of family members of patients with COVID-19. The collection was carried out by means of a telephone call. Satisfaction was assessed by the adapted FS-ICU. Data analysis is descriptive. Study approved by CEP No. 4,090,877. **Results:** 150 family members were evaluated, predominantly women, daughters of patients. Overall average satisfaction reached 80.6%, with a variation between 60.9% and 87.8%. **Conclusion:** The average total satisfaction of 80.6% is considered excellent. The importance of active communication between the family member and the team members is highlighted.

**Keywords:** ICU. COVID-19. Palliative care. Humanization.

## **RESUMEN**

**Objetivo:** Evaluar la satisfacción de los familiares de pacientes críticos diagnosticados de COVID-19 con respecto a los contactos virtuales con el equipo de atención. **Método:** Se trata de un estudio transversal anidado con un estudio de cohorte prospectivo. Realizado en la UCI de un hospital público y universitario y con una muestra de familiares de pacientes con COVID-19. La recogida se realizó mediante llamada telefónica. La satisfacción fue evaluada por la FS-ICU adaptada. El análisis de datos es descriptivo. Estudio aprobado por CEP No. 4.090.877. **Resultados:** se evaluaron 150 familiares, predominantemente mujeres, hijas de pacientes. La satisfacción media global alcanzó el 80,6%, con un rango entre el 60,9% y el 87,8%. **Conclusión:** La satisfacción total promedio del 80,6% se considera excelente. Se destaca la importancia de la comunicación activa entre el miembro de la familia y los miembros del equipo.

**Palabras clave:** UCI. COVID-19. Cuidados paliativos. Humanización.

## 1. INTRODUÇÃO

A pandemia da COVID-19 afeta o Brasil desde o final de fevereiro de 2020, e ainda tem causado infecções em brasileiros. É uma doença causada pelo vírus SARS-CoV-2, causando sintomas semelhantes à de quadros gripais, que complica a identificação precoce dos casos<sup>3</sup>. Há uma taxa elevada de sujeitos que persistem com sintomas após a cura, principalmente fadiga e dispneia<sup>4</sup>.

Os Centros de Terapia Intensiva (CTI) sofreram mudanças diante da pandemia da COVID-19. Sendo inevitavelmente, a rotina do espaço e a relação paciente/ familiar. O contato dos familiares com o paciente se tornou virtual, através de chamadas de vídeos, diante do perigo de contágio<sup>5</sup>.

Os contatos virtuais até então não recomendados para comunicação com famílias de doentes críticos, passou a fazer parte importante no processo de humanização e recuperação dos pacientes com COVID 19 que não podem receber visitas de seus familiares. Nesse contexto, a tecnologia se desdobra como saída e, muitos hospitais têm-se valido do uso de tablets, smartphones e robôs para aproximar estes pacientes de seus familiares através das videochamadas, aliviando a angústia do isolamento e incertezas<sup>6</sup>.

A Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) é o espaço de maior complexidade no conjunto hospitalar. É uma unidade associada com quadros graves e alta mortalidade, sendo um espaço de alta assistência humana e tecnológica para possibilitar ao paciente crítico um retorno ao seu estado de saúde normal, ou proporcionar o maior conforto e redução de danos relacionados a condição que causou a internação<sup>1</sup>. É um espaço que pode causar estresse no paciente, através dos fatores: uso de tecnologias desconhecidas, horários de visita restritos, tornando restrito o contato com familiares, o som de alarmes e as rotinas diferenciadas. O ambiente é interpretado como um espaço de cuidado menos humanizado do ponto de vista de pacientes e familiares<sup>2</sup>.

Na UTI, em decorrência da atenção voltada ao tratamento do paciente; O cuidado humanizado é a conciliação do conhecimento técnico-científico com o respeito e acolhimento das características singulares e das necessidades psicossocioespirituais do paciente internado. Nesta perspectiva, o estudo alinhou-se com a humanização dos cuidados com pacientes e familiares, tendo como objetivo avaliar a satisfação dos familiares de pacientes críticos com diagnóstico de COVID-19.<sup>5</sup>

## **2. MÉTODO**

Trata-se de um estudo transversal, aninhado a um estudo de coorte prospectivo intitulado “Avaliação de satisfação e perfil psicológico dos familiares dos pacientes com diagnóstico de covid-19 admitidos no centro de tratamento intensivo do hospital de clínicas de porto alegre”.

O estudo foi realizado em um hospital público e universitário do Sul do Brasil. Esta instituição possui atualmente 10 UTI's com 105 leitos críticos na pandemia da COVID 19.

A amostra foi composta por familiares de pacientes críticos com COVID 19, com necessidade de admissão por mais de 48 horas em unidade de terapia intensiva adulto e ter necessitado uso de ventilação mecânica. Os critérios de inclusão foram Idade  $\geq$  18 anos; ser familiar próximo\* de paciente internado na UTI. \*familiar com procuração judicial, cuidador principal, familiar responsável (preferencialmente nesta ordem: esposo(a), filho(a) adulto(a), pai/mãe, irmão/irmã, avô/avó, neto(a). Em caso de o paciente possuir mais de um familiar elegível, será selecionado aquele que mantém maior vínculo com o paciente e equipe médica. Os familiares de pacientes que falecerem durante a internação na UTI também serão incluídos no estudo e serão acompanhados pela psicologia clínica da CTI.

Já os critérios de exclusão, respectivamente, dificuldade de comunicação (afasia, déficit auditivo grave, não falar português). Paciente com alta da UTI há 96 horas.

Foram avaliadas as variáveis sociodemográficas, bem como cuidados prestados pela equipe, satisfação com a tomada de decisão e avaliação do atendimento em final de vida. O formulário FS

ICU 24<sup>6</sup> adaptado para pandemia contém perguntas referentes aos cuidados prestados pela equipe, satisfação com a tomada de decisão, avaliação do atendimento em final de vida e mais 4 perguntas adicionais referentes a avaliação da satisfação com os contatos virtuais, confeccionadas pela equipe de comunicadores do hospital. Como não havia contato direto da família com paciente e equipe por conta da pandemia, visando a diminuição de contágio, as questões referentes à avaliação do tratamento da dor, agitação e do ambiente da UTI foram retiradas.

Os entrevistados que aceitaram a participação no estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, enviado por e-mail. Foram respeitados os preceitos de acordo com a resolução 466/2012.

### **3. RESULTADOS**

A amostra foi composta por 150 familiares, sendo 77,2% composta do sexo feminino e 40% eram Filhos (as) dos pacientes internados, 84% não tinham nível superior completo e 59,3% estavam trabalhando no momento da coleta. Além disso, 53,3% moravam com o paciente e 90,7% eram responsáveis pelas decisões relacionadas aos cuidados de seu familiar. Estes dados estão descritos na Tabela 1 abaixo.

**Tabela 1-** Características sociodemográficas dos familiares de pacientes críticos → média de idade, sexo, grau de parentesco, mora com o paciente.

Características		Frequência	%
Sexo	Feminino	115	77,2
Grau de Parentesco	Filho (a)	60	40,3
	Cônjuge	46	30,9
	Irmão (ã)	22	14,8
	Outros	13	8,6
	Pai/Mãe	8	5,4
	Não Identificado*	1	
Nível superior completo	Não	127	84,7
Trabalhando atualmente	Sim	89	59,3
Mora com o paciente	Sim	80	53,3
Responsável pelas decisões relacionadas ao cuidado do paciente	Sim	136	90,7

Fonte: Dados da Autora (2021) \*um missing

Nesta pandemia, as UTIs ficaram com visitaç o restrita, sendo adaptadas para contatos virtuais, tanto para informa es quanto para visita es. Dos 150 familiares que responderam ao question rio FS-ICU 24<sup>o</sup> adaptado, 117 tiveram a oportunidade de realizar o contato virtual. Dentre esses, 52,1% demonstraram-se muito satisfeitos com a troca do contato presencial pelo contato virtual. A tabela 2 apresenta dados referentes a satisfa o destes familiares com essa nova forma de comunica o.

**Tabela 2** - Contatos virtuais: impressões dos familiares

Questões	n	Muito satisfeito (%)	Satisfeito (%)	Pouco satisfeito (%)	Insatisfeito (%)
<i>Informações clínicas e de visitas virtuais por chamadas de vídeo</i>	118	72,0	27,1	0,0	0,8
<i>Informações compartilhadas desta maneira</i>	118	62,7	35,6	0,8	0,8
<i>Acha que o paciente ficou satisfeito em vê-lo</i>	99	60,6	31,3	1,0	7,1
<i>Grau de satisfação</i>	117	52,1	41,9	3,4	2,6

Fonte: Dados da Autora (2021)

Em relação à satisfação da família com os cuidados na UTI, 68,7% pontuaram que o cuidado com o paciente foi excelente. E 71,3% pontuaram que o cuidado com o familiar também foi excelente, com cortesia, respeito e compaixão. A tabela 3 apresenta dados referentes à satisfação da família com os cuidados na UTI.

**Tabela 3** - Respostas ao Questionário FS-ICU 24: Satisfação da Família com os Cuidados na UTI

Questões	N	Excelente (%)	Muito bom (%)	Bom (%)	Médio (%)	Ruim (%)	N/A (%)
<b><i>Cuidado com o paciente</i></b>							
<i>Cortesia, respeito e compaixão com o paciente</i>	150	68,7	21,3	8,0	0,7	0,0	1,3
<b><i>Cuidados com a família</i></b>							
<i>Avaliação de suas necessidades</i>	150	72,7	17,3	8,0	2,0	0,0	0,0
<i>Suporte emocional</i>	150	64,0	20,7	10,0	3,3	0,7	1,3
<i>Coordenação do cuidado</i>	150	69,3	18,0	10,0	0,7	0,7	1,3
<i>Cortesia, respeito e compaixão com o familiar</i>	150	71,3	16,7	10,0	1,3	0,7	0,0
<b><i>Atmosfera da UTI</i></b>							
<i>Satisfação geral com os cuidados</i>	150	55,3	24,7	15,3	2,0	2,7	

Fonte: Dados da Autora (2021)

A tabela 4, traz-se as respostas referentes à satisfação da família com a tomada de decisão. Em que, o amparo quanto à tomada de decisão obteve a menor porcentagem de excelente; em contrapartida, a maioria dos familiares considerou excelente a compreensão de informações fornecidas aos mesmos. Além disso, é importante salientarmos que o *Tempo para Tomada de Decisão* era dicotômico; logo, foi classificado em Bom ou Ruim.

**Tabela 4** - Respostas ao Questionário FS-ICU 24: Satisfação da família com a Tomada de Decisão

Questões	N	Excelente (%)	Muito bom (%)	Bom (%)	Médio (%)	Ruim (%)	N/A (%)
<b><i>Informações necessárias</i></b>							
<i>Frequência das informações</i>	150	71,3	19,3	7,3	1,3	0,7	0,0
<i>Facilidade de obter informações</i>	150	72,7	18,7	6,0	2,0	0,0	0,7
<i>Compreensão da informação</i>	150	74,7	15,3	6,7	2,7	0,7	0,0
<i>Honestidade da informação</i>	150	72,7	14,4	6,7	4,7	0,7	0,7
<i>Integridade da informação</i>	150	68,7	20,0	7,3	4,0	0,0	0,0
<i>Consistência da informação</i>	150	68,7	20,7	7,3	2,7	0,7	0,0
<b><i>Processo de tomada de decisão</i></b>							
<i>Incluído na tomada de decisão</i>	150	54,7	29,3	12,7	1,3	2,0	
<i>Amparado na tomada de decisão</i>	150	44,7	39,3	10,7	4,7	0,7	
<i>Controle sobre o cuidado do familiar</i>	150	68,0	0,0	18,7	5,3	8,0	

Fonte: Dados da Autora (2021)

Salienta-se que *Tempo para tomada de decisões* era dicotômico.



Dos 150 familiares incluídos na amostra, 35 perderam seus familiares internados. Destes, 77,1% classificaram como bom o prolongamento da vida do paciente. 37,1% sentiram-se amparados pela equipe e apontam excelente e muito bom, conforme demonstrado na tabela 5 a seguir.

**Tabela 5** - Respostas ao questionário FS-ICU 24: Satisfação da família com os cuidados em final de vida

Questões	n	Excelente (%)	Muito bom (%)	Bom (%)	Médio (%)	Ruim (%)	N/A (%)
<i>Visão quanto ao prolongamento da vida do paciente</i>	35	8,6	5,7	77,1	5,7	2,9	0,0
<i>Visão quanto ao conforto do paciente em suas últimas horas de vida</i>	35	17,1	17,1	40,0	14,3	11,4	0,0
<i>Sentimento quanto ao amparo realizado pela equipe de saúde nas horas finais de vida/óbito do paciente</i>	35	37,1	37,1	20,0	5,7	0,0	0,0

Fonte: Dados da Autora (2021)

Por fim, na tabela 6 são apresentadas as médias dos escores com seus respectivos desvios padrões e intervalos de confiança. Observa-se que a maior satisfação foi na parte dos cuidados e a menor foi quanto ao final de vida. Já a satisfação total foi de 80,6, demonstrando que esses familiares ficaram muito satisfeitos com o serviço prestado no CTI.

**Tabela 6** – Médias dos escores finais de Satisfação dos Familiares

Questões	N	Média	Desvio Padrão	IC 95%
Satisfação Total	150	80,6	14,4	74,2 - 87,1
Satisfação com os Cuidados	150	87,8	3,2	85,3 - 90,4
Satisfação na Tomada de Decisão	150	82,2	14,3	73,4 - 91,1
Satisfação Final de Vida	35	60,9	13,4	45,8 - 76,1

Fonte: Dados da Autora (2021)

#### 4. DISCUSSÃO

Este estudo mostrou que a satisfação dos familiares de pacientes críticos com diagnóstico de COVID-19 quanto aos contatos virtuais com equipe assistencial foi excelente.

Este fato vai ao encontro de estudos que avaliaram a satisfação de familiares de pacientes críticos na modalidade presencial, como em sua pesquisa mais recente, de 2021, em que os autores buscaram avaliar a efetividade do uso de meios virtuais para possibilitar o contato entre pacientes e familiares durante a pandemia da COVID-19. O estudo foi realizado em dois hospitais do estado americano de Nova Iorque e incluiu 49 participantes. Os resultados apontaram que, nos serviços que buscaram o uso de métodos alternativos para disponibilizar o contato do paciente com familiares, houve uma boa aceitação (média de 3,37 no escore de 1 a 4 adotado pela pesquisa). Apontam ainda que as plataformas de comunicação adotadas obtiveram sucesso na oferta de apoio emocional e construção de uma ponte entre as barreiras de comunicação apresentadas pelos pacientes e seus familiares.<sup>7</sup>

Em contraposto, um estudo de 2021 explora o impacto das novas medidas de restrição da visitação em 32 hospitais americanos. Os resultados apontam que, em média, a pandemia levou a impactos negativos na performance dos hospitais quando comparados com resultados prévios. Mas que, nos hospitais que interromperam a presença de familiares e cuidadores nos serviços de saúde, esse impacto negativo foi mais significativo. Entre os impactos negativos nesses serviços, destacam-se: avaliação do tempo de resposta da equipe pelo paciente, incidência de quedas e de sepse. Em alguns dos hospitais que mantiveram as políticas de visitação inalteradas ou realizaram restrição parcial das visitas, houve prevalência de índices de performance similares aos observados antes da pandemia e, em alguns casos, observou-se melhora desses índices. O estudo reforça os dados encontrados previamente na literatura sobre os impactos positivos da interação de familiares e cuidadores com o paciente para o quadro de saúde, qualidade de vida e para a oferta de cuidado de qualidade.<sup>8</sup>

Destaca também que, mesmo em momentos como a pandemia, os serviços devem avaliar a retirada ou restrição das visitas, ofertando medidas alternativas em casos em que essa mudança de rotina precisa ser tomada, como foi o caso da pandemia da COVID-19.

Um relato de experiência de 2021 descreve o caso de infecção por COVID-19 de sua mãe, fala sobre a internação e sobre as dificuldades encontradas pelas quatro filhas da paciente em manter boa comunicação com a equipe do hospital e receberem notícias sobre a paciente com frequência. Seis meses após a internação da mãe da autora, ela faleceu por complicações de saúde após ter diagnóstico de COVID-19. As autoras destacam que as poucas ligações que conseguiram manter com a paciente durante o período de internação e os dias de contato presencial na última semana de vida da paciente foram fundamentais para auxiliar no processo de luto e aceitação do fim da vida, tanto para a família quanto para a paciente. Além disso, o relato explora uma reunião feita com a direção do hospital e destaca o quão rápido os protocolos para abordagem do paciente com COVID-19 tem mudado em função de novas descobertas, sendo assim, é necessário que os serviços de saúde se adaptem para ofertar um cuidado humanizado aos pacientes e familiares, respeitando as medidas de segurança necessárias para o enfrentamento da pandemia.<sup>9</sup>

Em 2019, uma revisão integrativa buscou o processo de viver e morrer, especialmente no que toca a enfermagem no cuidado de pacientes críticos. Entre os resultados da pesquisa destacam-se a importância da garantia de conforto e higiene do paciente, manejo da dor, acolhimento do familiar na unidade e comunicação entre profissional, paciente e familiares. Os cuidados paliativos e o final da vida são coisas que participam da realidade de uma Unidade de Cuidado Intensivo com frequência. A literatura aponta que a participação ativa da família na beira do leito no ambiente de terapia intensiva influencia positivamente o conforto e a aceitação do paciente em seus últimos momentos e facilita o processo de luto e perda da família. A pandemia da COVID-19 impossibilitou essa presença física à beira do leito durante o final da vida do paciente e, mesmo com a adoção de meios alternativos para interação entre o paciente e sua família, os dados apontam que a satisfação

dos familiares em casos de morte do paciente no CTI tem sido baixa quando comparados aos outros índices de satisfação do serviço.<sup>10</sup>

Sendo assim, ainda são necessárias mais pesquisas com foco no tema e implementação de medidas que atendam melhor ao paciente e ao familiar que enfrenta o final da vida no CTI durante a pandemia da COVID-19.

Na pesquisa, houve limitações: não ter o cálculo amostral, escala adaptada sem validação para uso durante Pandemia por COVID-19 e que os insatisfeitos provavelmente não participaram do estudo.

## **5 CONCLUSÃO**

O presente estudo mostrou que o impacto da comunicação por contatos virtuais não teve impacto negativo na satisfação dos familiares em relação ao processo de cuidado crítico. Observa-se que a Satisfação Total foi excelente, em relação a Satisfação com os Cuidados Virtuais, obteve-se 52,1% para muito satisfeito, e em relação a Satisfação no Final de Vida, obteve-se uma média de 60,9% mostrando a importância da assistência ao cuidado paliativo em UTI.

Destaca-se que as práticas de humanização aos pacientes, tais como a da comunicação com a equipe assistencial, e o contato com o seu familiar internado na UTI, seja presencial ou virtual, trazem resultados positivos em relação à satisfação e, conseqüentemente, à recuperação do paciente. A pandemia da COVID-19 exigiu mudanças no ambiente hospitalar por conta dos protocolos de segurança, mas os contatos virtuais adotados no mundo inteiro possibilitaram a comunicação entre pacientes e familiares de forma jamais aplicada e, mostrou-se adequada ao momento pandêmico e eficaz.

## REFERÊNCIAS

- <sup>1</sup> FÉLIX, Tamires Alexandre et al. Prática da Humanização na Visita em Unidade de Terapia Intensiva. • **Revista Enfermagem Contemporânea.**, Salvador, v. 2, n. 3, p.143-153, dez. 2014. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/381>, Acesso em: 11 nov 2019.
- <sup>2</sup> SILVA, Natalia D.; CONTRIN, Ligia M.. Orientações do enfermeiro dirigidas aos familiares dos pacientes internados na UTI no momento da visita. **Arq Ciênc Saúde**, São José do Rio Preto, v. 3, n. 14, p.148-152, jul. 2007. Acesso em: 06 dez 2019.
- <sup>3</sup> STRUYF, Thomas et al. Signs and symptoms to determine if a patient presenting in primary care or hospital outpatient settings has COVID-19 disease (Review). **Cochrane Library**. p. 1-96. jul. 2020. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013665/epdf/full>. Acesso em: 20 fev. 2021.
- <sup>4</sup> CARFÌ, Angelo; BERNABEI, Roberto; LANDI, Francesco. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. **Journal of American Medical Association**. Roma, p. 603-605. ago. 2020. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2768351/>. Acesso em:20 fev. 2021.
- <sup>5</sup> BECCARIA, Lucia Marinilza et al . Eventos adversos na assistência de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo , v. 21, n. 3, p. 276-282, Aug. 2009. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-07X2009000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-07X2009000300007&lng=en&nrm=iso), Acesso em: 19 nov, 2019.

<sup>6</sup> HEYLAND, Daren k. TRANMER, Joan E. Measuring family satisfaction with care in the intensive care unit: The development of a questionnaire and preliminary results. **Journal of Critical Care**. Elsevier, Volume 16, Issue 4, December 2001, Pages 142-149. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0883944101700123?via%3Dihub>

<sup>7</sup> BURSHTEIN, Diane; POWERS, Donna. An evaluation of the effectiveness of a unique patient experience response program that provided virtual, visual and emotional connectivity to patients and families during the COVID-19 crisis. **Patient Experience Journal**. Nashville, p. 40-44. 2021. Disponível em: <https://pxjournal.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1567&context=journal>. Acesso em: 14 maio 2021.

<sup>8</sup> SILVERA, *et al.* The influence of COVID-19 visitation restrictions on patient experience and safety outcomes: a critical role for subjective advocates. **Patient Experience Journal**. Nashville, p. 30-39. 2021. Disponível em: <https://pxjournal.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1596&context=journal>. Acesso em: 14 maio 2021.

<sup>9</sup> SCHLIMGEN, Jennifer; FRYE, Amy. No visitors allowed: how health systems can better engage patients' families during a pandemic. **Patient Experience Journal**. Nashville, p. 11-15. 2021. Disponível em: <https://pxjournal.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1553&context=journal>. Acesso em: 14 maio 2021.

**10** RIBEIRO, Kaiomax Renato Assunção *et al.* Enfermagem nos cuidados paliativos aos pacientes críticos: revisão integrativa. **Enfermagem Revista**, Belo Horizonte, v. 22, n. 1, p. 112-122, maio 2019. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/20191>. Acesso em: 14 maio 2021.





**9. O familiar tem ou teve diagnóstico médico de depressão ou bipolaridade?**

SIM  NÃO

Se sim, responder abaixo:

9.1. Faz tratamento com medicamento?

SIM  NÃO

9.2. Faz tratamento com psicoterapia?

SIM  NÃO

**10. O familiar tem ou teve diagnóstico médico de ansiedade ou pânico?**

SIM  NÃO

Se sim, responder abaixo:

10.1. Faz tratamento com medicamento?

SIM  NÃO

10.2. Faz tratamento com psicoterapia?

SIM  NÃO

**11. O familiar possui alguma religião ou crença religiosa?**

SIM  NÃO

Se sim, responder abaixo:

11.1 O familiar é praticante desta religião ou crença religiosa?

SIM  NÃO

Questões contatos online  
PARA FAMILIARES DE PACIENTES COVID

Foram realizados contatos online (WhatsApp, videochamada) entre você, a equipe de saúde e seu familiar durante a internação dele?

Sim  
Não

1. Você está satisfeito em receber informações clínicas e de visitas virtuais por meio de chamadas de vídeo?

0 Insatisfeito  
1 Pouco satisfeito  
2 Satisfeito  
3 Muito satisfeito

2. Você está satisfeito com as informações compartilhadas desta maneira?

0 Insatisfeito  
1 Pouco satisfeito  
2 Satisfeito  
3 Muito satisfeito

3. Você acha que seu familiar ficou satisfeito em vê-lo durante as visitas virtuais?

0 Insatisfeito  
1 Pouco satisfeito  
2 Satisfeito  
3 Muito satisfeito

4. Qual o seu grau de satisfação ao substituir sua presença durante a transmissão de informações clínicas e visitas virtuais?

0 Insatisfeito  
1 Pouco satisfeito  
2 Satisfeito  
3 Muito satisfeito

**Formulário Familiar**  
**Satisfação da Família com os cuidados na Unidade de Terapia Intensiva**

Código do Familiar:

Paciente COVID ( ) Sim ( ) Não

Data da avaliação  /  /

Pesquisador: ..... Assinatura: .....

Seu familiar esteve presente nesta UTI e sua opinião é muito importante. As próximas perguntas são destinadas a VOCÊ, com o objetivo de saber sua opinião sobre a internação mais recente de seu familiar. Nós entendemos que existem muitos médicos, enfermeiros e outros colaboradores cuidando de seu familiar e sabemos que podem haver exceções, mas estamos interessados na sua avaliação geral da qualidade dos cuidados que nós fornecemos. Entendemos que este foi um momento difícil para você e seus familiares. Gostaríamos muito que você dispusesse um pouco do seu tempo para nos dar sua opinião. Esteja certo de que todas as suas respostas são confidenciais.

**Parte 1: Satisfação com o tratamento**

**→ Como nós tratamos o seu familiar ( o Paciente)**

1. Como você avalia a preocupação e cuidados da UTI, incluindo cortesia, respeito e compaixão dada aos seu familiar?

( ) Excelente ( ) Bom ( ) Ruim  
( ) Muito Bom ( ) Médio ( ) N/A

**→ Como Você foi tratado**

2. Avaliação de suas necessidades: como a equipe da UTI demonstrou interesse quanto às suas necessidades

( ) Excelente ( ) Bom ( ) Ruim  
( ) Muito Bom ( ) Médio ( ) N/A

3. Suporte emocional: Como a equipe da UTI lhe ofereceu suporte emocional

( ) Excelente ( ) Bom ( ) Ruim  
( ) Muito Bom ( ) Médio ( ) N/A

4. Coordenação de Cuidados: O Trabalho de toda a equipe da UTI que cuidou de seu familiar

( ) Excelente ( ) Bom ( ) Ruim  
( ) Muito Bom ( ) Médio ( ) N/A

5. Cuidado e preocupação pela equipe da UTI: cortesia, respeito e compaixão com você:

( ) Excelente ( ) Bom ( ) Ruim  
( ) Muito Bom ( ) Médio ( ) N/A

6. Algumas pessoas querem todo o possível sendo realizado em relação aos seus problemas de saúde, enquanto outras não querem tudo sendo feito. Quão satisfeito você está com o nível ou quantidade de cuidado recebido por seu familiar na UTI?
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Muito insatisfeito        | <input type="checkbox"/> Muito satisfeito         |
| <input type="checkbox"/> Ligeiramente insatisfeito | <input type="checkbox"/> Completamente Satisfeito |
| <input type="checkbox"/> Satisfeito                |   |

**Parte 2: Satisfação familiar com as decisões de cuidado do paciente criticamente enfermo**

Instruções

Esta parte do questionário é designada a medir como você se sente sobre o seu envolvimento nas decisões relacionadas aos cuidados com a saúde do seu familiar. Na Unidade de terapia intensiva (UTI) seu familiar pode ter recebido cuidados de diferentes pessoas. Nós gostaríamos de saber sobre os cuidados que seu familiar recebeu, através das seguintes questões.

Por favor, assinale a resposta que melhor descreva seus sentimentos

Sobre Informações

7. Frequência de comunicação com os médicos da UTI: quão frequente os médicos se comunicavam com você a respeito da condição de seu familiar
- |                                    |                                |                               |
|------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Excelente | <input type="checkbox"/> Bom   | <input type="checkbox"/> Ruim |
| <input type="checkbox"/> Muito Bom | <input type="checkbox"/> Médio | <input type="checkbox"/> N/A  |
8. Facilidade de obter informações: Boa vontade da equipe da UTI em responder às suas perguntas
- |                                    |                                |                               |
|------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Excelente | <input type="checkbox"/> Bom   | <input type="checkbox"/> Ruim |
| <input type="checkbox"/> Muito Bom | <input type="checkbox"/> Médio | <input type="checkbox"/> N/A  |
9. Entendimento da Informação: O quão bem a equipe da UTI forneceu explicações que você compreendeu
- |                                    |                                |                               |
|------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Excelente | <input type="checkbox"/> Bom   | <input type="checkbox"/> Ruim |
| <input type="checkbox"/> Muito Bom | <input type="checkbox"/> Médio | <input type="checkbox"/> N/A  |
10. Honestidade das informações: Como você considera a honestidade das informações fornecidas a você?
- |                                    |                                |                               |
|------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Excelente | <input type="checkbox"/> Bom   | <input type="checkbox"/> Ruim |
| <input type="checkbox"/> Muito Bom | <input type="checkbox"/> Médio | <input type="checkbox"/> N/A  |
11. Integridade das informações: Quão bem a equipe da UTI informou você sobre os acontecimentos relacionados ao seu familiar e como os procedimentos estão sendo realizados?
- |                                    |                                |                               |
|------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Excelente | <input type="checkbox"/> Bom   | <input type="checkbox"/> Ruim |
| <input type="checkbox"/> Muito Bom | <input type="checkbox"/> Médio | <input type="checkbox"/> N/A  |
12. Consistência das informações: a consistência das informações fornecida a você sobre a condição de seu familiar (você obteve história semelhante dos médicos, enfermeiros, etc)?
- |                                    |                                |                               |
|------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Excelente | <input type="checkbox"/> Bom   | <input type="checkbox"/> Ruim |
| <input type="checkbox"/> Muito Bom | <input type="checkbox"/> Médio | <input type="checkbox"/> N/A  |





**Caso o seu familiar tenha falecido durante a estadia na UTI, por favor, responda as seguintes questões:**

19. Qual das seguintes afirmações melhor descreve sua visão?
- ( ) Eu senti que a vida de meu familiar foi desnecessariamente prolongada
  - ( ) Eu senti que a vida de meu familiar foi levemente desnecessariamente prolongada
  - ( ) Eu senti que a vida de meu familiar não foi prolongada e nem encurtada de forma desnecessária.
  - ( ) Eu senti que a vida de meu familiar foi levemente encurtada desnecessariamente.
  - ( ) Eu senti que a vida de meu familiar foi encurtada desnecessariamente
20. Durante as horas finais de vida de seu familiar, qual das seguintes melhor descreve sua visão?
- ( ) Eu me senti que ele estava muito desconfortável.
  - ( ) Eu me senti que ele estava ligeiramente desconfortável.
  - ( ) Eu me senti que ele estava confortável na maior parte do tempo.
  - ( ) Eu me senti que ele estava muito confortável.
  - ( ) Eu me senti que ele estava totalmente confortável.
21. Durante as últimas horas antes da morte de seu familiar, qual das seguintes melhor descreve sua visão
- ( ) Eu me senti muito abandonado pela equipe de saúde.
  - ( ) Eu me senti abandonado pela equipe de saúde.
  - ( ) Eu me senti nem abandonado nem amparado pela equipe de saúde.
  - ( ) Eu me senti amparado pela equipe de saúde.
  - ( ) Eu me senti muito amparado pela equipe de saúde.

## **APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) FAMILIAR**

**Título do projeto: AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO E PERFIL PSICOLÓGICO DOS FAMILIARES DOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE COVID-19 ADMITIDOS NO CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 1**

Nº do projeto GPPG ou CAAE 31773420.3.0000.5327

Título do Projeto: Avaliação de satisfação e perfil psicológico dos familiares dos pacientes com diagnóstico de COVID-19 admitidos no Centro de Tratamento Intensivo do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é Avaliar a satisfação e alterações psíquicas dos familiares dos pacientes que apresentaram infecção por COVID-19 admitidos no Centro de Tratamento Intensivo (CTI) de um hospital universitário durante um ano. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Serviço de Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar o convite, sua participação na pesquisa envolverá participar de uma entrevista telefônica na alta da UTI e mais outras três entrevistas de acompanhamento após três, seis e doze meses. Na primeira entrevista você responderá um questionário sobre sua satisfação com diversos aspectos do atendimento durante o período em que esteve acompanhando o seu familiar que estava internado na UTI e também perguntas destinadas a você familiar sobre sintomas de ansiedade e depressão. Nas demais entrevistas por telefone você responderá novamente perguntas sobre sintomas de ansiedade e depressão, e estresse pós-traumático. As ligações serão realizadas por uma pessoa da equipe do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, devidamente treinada para lhe proporcionar o melhor conforto possível e manusear suas informações de forma sigilosa e confidencial. A duração aproximada de cada entrevista será de 15 minutos.

Além das entrevistas, serão coletados dados clínicos do prontuário do paciente (seu familiar). *Se você aceitar o convite para participar da pesquisa, gostaríamos de sua autorização para acessar o prontuário e consultar as seguintes informações:* atividades diárias, comorbidades e dados referentes a internação na UTI.

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da sua participação na pesquisa são a possibilidade de emocionar-se ou constranger-se no momento da coleta dos dados mediante contato telefônico. Acredita-se que o desconforto poderá ser minimizado com a possibilidade de agendar outro horário para continuar ou desistir em qualquer momento. Os pesquisadores também comprometem-se em auxiliar àqueles participantes que entrarem em contato, apresentando algum risco maior e necessitando encaminhamento para atendimento psicológico.



Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa são a possibilidade de realizar um diagnóstico da satisfação dos familiares de pacientes que apresentaram infecção por COVID-19, mediante as alterações de rotina no CTI pela pandemia, e buscar melhores formas de acolhimento com familiares, a fim de reduzir sintomas de psíquicos.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas em relação a esta pesquisa ou a este Termo, antes de decidir participar você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Juliana Petri Tavares, pelo telefone (51) 9.8197-0099, com o pesquisador Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Karina de Oliveira Azzolin, pelo telefone (51) 9. 91494521 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, email [cep@hcpa.edu.br](mailto:cep@hcpa.edu.br) ou no 2º andar do HCPA, sala 2229, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Este Termo foi enviado aos participantes por meio eletrônico. Os pesquisadores armazenarão registro eletrônico (arquivo, imagem ou áudio) da concordância em participar do estudo. Sugere-se que os participantes armazenem este arquivo eletrônico (salvar imagem ou arquivo em pdf) ou ainda imprimam este Termo.

## ANEXO A - PARECER DE AVALIAÇÃO DO CEP

UFRGS - HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE DO SUL  
HCPA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliação de satisfação e perfil psicológico dos familiares dos pacientes com diagnóstico de COVID-19 admitidos no Centro de Tratamento Intensivo do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Pesquisador:** Juliana Petri Tavares

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 31773420.3.0000.5327

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.090.877

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto vinculado ao Serviço de Psicologia do HCPA. Os autores propõem avaliar a satisfação dos familiares dos pacientes com diagnóstico COVID-19 admitidos na UTI e com acompanhamento por 1 ano.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Comparar a satisfação dos familiares dos pacientes com diagnóstico de COVID-19 pacientes sem o diagnóstico de COVID-19 admitidos no Centro de Tratamento Intensivo (CTI) de um hospital universitário durante a pandemia.

**Objetivo Secundário:**

Avaliar a satisfação dos familiares dos pacientes com diagnóstico de COVID-19 e pacientes admitidos por outras causas no CTI.

Observar o desenvolvimento de sintomas psicológicos nos familiares de pacientes admitidos na UTI durante a pandemia de COVID-19 no momento da alta do CTI.

Comparar sintomas psicológicos dos familiares de pacientes com e sem diagnóstico de COVID-19.

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229

**Bairro:** Santa Cecília

**CEP:** 90.035-903

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3359-7640

**Fax:** (51)3359-7640

**E-mail:** cep@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE DO SUL  
HCPA



Continuação do Parecer: 4.090.877

Outros	CARTA2.docx	11:55:20	Tavares	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1e2.docx	12/06/2020 11:54:12	Juliana Petri Tavares	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetosatNOVO2.docx	12/06/2020 11:53:40	Juliana Petri Tavares	Aceito
Outros	CARTA.doc	09/06/2020 13:10:36	Juliana Petri Tavares	Aceito
Outros	Atividades.pdf	13/05/2020 20:33:45	Juliana Petri Tavares	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto.pdf	11/05/2020 13:46:02	Juliana Petri Tavares	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 16 de Junho de 2020

---

**Assinado por:**  
**Têmis Maria Félix**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229  
**Bairro:** Santa Cecília **CEP:** 90.035-903  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

## ANEXO B - NORMAS DE FORMATAÇÃO PARA SUBMISSÃO À REVISTA GAÚCHA DE ENFERMAGEM

### FORMA E PREPARAÇÃO DOS MANUSCRITOS

Para a preparação dos manuscritos, recomenda-se a consulta aos guidelines do Equator Network (<http://www.equator-network.org/>). Ainda, a RGE recomenda enfaticamente aos autores evitar a fragmentação de resultados, aspecto que poderá prejudicar a avaliação do manuscrito.

O texto do artigo deve ser formatado em Word for Windows (.doc), fonte Times New Roman 12, espaçamento duplo (inclusive os resumos), com todas as páginas numeradas na margem inferior direita, configurados em papel A4 e com as quatro margens de 2,5 cm. Sem itálicos. Referências deverão ser formatadas pelo marcador de numeração do Word. Nenhuma informação deve ser apresentada no texto que possa identificar os autores.

A redação deve ser clara e concisa. A argumentação deve estar fundamentada em evidências bem justificadas, utilizando-se da literatura científica nacional e internacional. A RGE não assume a responsabilidade por equívocos gramaticais, e se dá, portanto, o direito de decidir quanto a alterações e correções. Recomenda-se previamente a submissão a revisão gramatical e ortográfica por profissional habilitado, devendo ser anexado nos documentos suplementares a declaração do revisor.

Os títulos das seções textuais devem ser destacados gradativamente, sem numeração, alinhados a esquerda do texto. O título do artigo e o resumo deve estar em caixa-alta e em negrito (ex.: **TÍTULO; RESUMO**); abstract e resumen, em caixa-alta e negrito (ex.: **ABSTRACT; RESUMEN**); seção primária, em caixa-alta e negrito (ex.: **INTRODUÇÃO**); e seção secundária, em caixa-baixa e negrito (ex.: **Histórico**). Evita o uso de marcadores ao longo do texto (ex.: -, \*, etc.] e alíneas [a), b), c)...

#### Os manuscritos devem conter:

**Título:** deve ser coerente com os objetivos do estudo e identificar o conteúdo do artigo, em até 15 palavras. Os três títulos (português, inglês e espanhol) devem ser redigidos em caixa alta, centralizados, em negrito e sem itálico. Os artigos apresentados em idioma diferente do português devem apresentar primeiro o idioma original seguido dos demais.

**Resumo:** o primeiro resumo deve ser apresentado no idioma do manuscrito, conter até 150 palavras, e ser acompanhado de sua versão para os demais idiomas. Deve estar estruturado, justificado, sem siglas, apresentando as seguintes informações: Objetivo: em linguagem coerente com tipo estudo e igual ao apresentado no corpo do texto. Método: tipo do estudo, amostra, período, local da pesquisa, coleta de dados e análise dos dados. Resultados: principais achados. Conclusão: deve responder ao(s) objetivo(s).

**Palavras-chave/keywords/palabras clave:** apresentar termos em número de três conforme os "Descritores em Ciências da Saúde - DeCS" (<http://decs.bvs.br>), em português, inglês e espanhol; e três termos conforme MeSH (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>) que permitam identificar o assunto do manuscrito. Apresentam a primeira letra de cada palavra-chave em caixa alta separadas por ponto.

**Introdução:** apresenta o problema de pesquisa, a justificativa, a revisão da literatura (pertinente e relevante), a questão norteadora do estudo e/ou hipótese e o(s) objetivo(s) coerentes com a proposta do estudo.

**Método:** apresenta tipo de estudo, local de pesquisa, referencial metodológico utilizado, população e amostra (identificada, coerente e cálculo amostral quando indicado), critérios de elegibilidade (inclusão

e exclusão - atentar para não considerar uso de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido como critério de inclusão), período e estratégia de coleta de dados, análise dos dados, e aspectos éticos (incluir nº CAAE registrado na Plataforma Brasil e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa).

Os textos dos artigos devem seguir os guias da Rede Equator (<https://www.equator-network.org/>) conforme tipo de estudo realizado, que serão anexados nos documentos suplementares uma versão preenchida pelos autores:

Para todos os tipos de estudos usar o guia Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence (SQUIRE 2.0 – checklist).

Para ensaio clínico randomizado usar o seguir CONSORT (checklist e fluxograma).

Para revisões sistemáticas e metanálises seguir o guia PRISMA (checklist e fluxograma).

Para estudos observacionais em epidemiologia seguir o guia STROBE (checklist).

Para estudos qualitativos seguir o guia COREQ (checklist).

Para estudos de caso usar o CARE: (<https://static1.squarespace.com/static/5db7b349364ff063a6c58ab8/t/5db7bf175f869e5812fd4293/1572323098501/CARE-checklist-English-2013.pdf>)

Para estudos de acurácia diagnóstica usar checklist e fluxograma STARD

(<https://www.equator-network.org/wp-content/uploads/2015/03/STARD-2015-checklist.pdf>)

Melhorar a qualidade e a transparência da pesquisa em investigação em saúde (<http://www.equator-network.org/resource-centre/authors-of-research-reports/authors-of-research-reports/#auwrit>). Pode ser usado para todos os tipos de pesquisas em saúde.

**Resultados:** apresentam-se em sequência lógica e deverão estar separados da discussão quando se tratar de artigos originais resultantes de estudos com abordagens quantitativas. Utiliza-se tempo verbal no passado para descrição dos resultados. Quando apresentar tabelas (conforme normas IBGE) e ilustrações (conforme normas ABNT), totalizar no máximo de 5. O texto complementa e não repete o que está descrito nestas. A tabela deve ser mencionada no texto que a antecede.

**Discussão:** pode ser redigida junto com os resultados nas pesquisas qualitativas. Deve conter comparação dos resultados com a literatura e a interpretações dos autores, apontando o avanço do conhecimento atual.

**Conclusão ou Considerações finais:** respondem pontualmente aos objetivos e apresentam limitações do estudo, contribuições e inovações para ensino, pesquisa, gestão e/ou assistência em enfermagem e saúde.

**Referências:** devem ser apresentadas de acordo com o limite de cada categoria do manuscrito. As referências, de abrangência nacional e internacional, devem ser atualizadas (no mínimo 75% dos últimos três a cinco anos), sendo aceitáveis fora desse período no caso de constituírem referencial primário ou clássico sobre um determinado assunto. No caso de teses e dissertações, recomenda-se que sejam citados, preferencialmente, os autores/artigos utilizados nas mesmas.

Devem ser digitadas em espaço simples e separadas por um espaço simples, numeradas na ordem em que aparecem no texto e formatadas pelo marcador numérico do Word. Utiliza-se nessa seção o título “Referências”. A lista de referências deve ser composta por todas as obras citadas.

Deve-se utilizar o estilo de referências Vancouver, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), disponível em: [https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html), adaptado pela RGE (cf. exemplos de referências).

Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o NLM Catalog: Journals referenced in the NCBI Databases, disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>. Para os periódicos que não se encontram neste site, poderão ser utilizadas as abreviaturas do Portal de Revistas Científicas em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br/> e do Catálogo Coletivo Nacional de Publicações Seriadas (CCN), do IBICT, disponível em: <http://ccn.ibict.br/busca.jsf>.