

## **Familiares enquanto usuários de uma UTI COVID-19: o que mudou?**

### **Family members as users of a UTI COVID-19: what has changed?**

DOI:10.34117/bjdv8n11-192

Recebimento dos originais: 14/10/2022

Aceitação para publicação: 16/11/2022

#### **Fernanda Daltro Tourinho da Fonseca**

Psicóloga Especialista pelo Programa de Residência Multiprofissional em Terapia Intensiva

Instituição: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Escola Superior de Ciências da Saúde

Endereço: Asa Norte, Brasília - DF, CEP: 70710-907

E-mail: fernandadtourinhof@gmail.com

#### **Lígia Tristão Casanova**

Especialista em Psicoterapia na Análise do Comportamento pela Universidade Estadual de Londrina (UEL)

Instituição: Estado de Saúde do Distrito Federal, Escola Superior de Ciências da Saúde

Endereço: Asa Norte, Brasília - DF, CEP: 70710-100

E-mail: ligiatcasanova@yahoo.com.br

#### **Stela Maria Santos de Lemos**

Mestre em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações pela Universidade de Brasília (UNB)

Instituição: Hospital Anchieta, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Escola Superior de Ciências da Saúde

Endereço: Área Especial 8, 9, 10, St. C Norte QNC, Taguatinga, Brasília – DF, CEP: 72115-700

E-mail: stela.de.lemos@gmail.com

#### **Bruno Sousa Lopes**

Doutor em Gerontologia pela Universidade Católica de Brasília (UCB)

Instituição: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Endereço: Paranoá, Brasília - DF, CEP: 71570-130

E-mail: brunoslopesfisio@gmail.com

### **RESUMO**

**Introdução:** As limitações em um hospital devido a COVID-19 influenciam a vivência da família de um doente crítico. **Método:** Este estudo é uma análise retrospectiva de questionários de familiares de pacientes internados na UTI COVID-19 durante o período da segunda onda da pandemia no Brasil. Utilizou-se as respostas de 19 familiares do Questionário de Necessidades e Estressores de Familiares em Terapia Intensiva e os dados sociodemográficos deles. **Resultados:** Todas as necessidades questionadas foram qualificadas como importantes e as das categorias de informação, segurança e proximidade estão entre as dez mais importantes. Encontrou-se altos índices de satisfação, contudo quatro estressores foram evidenciados. **Conclusão:** Há uma alteração no perfil das necessidades e estressores dos familiares enquanto usuários de uma UTI

COVID-19. Apesar disso, foi avaliado uma baixa exigência da prestação de serviço e ajustamento a situação de pandemia por parte dos familiares.

**Palavras-chave:** família, necessidades, UTI, COVID-19.

## ABSTRACT

**Introduction:** The limitations in a hospital due to COVID-19 impact the experience of the family of a critically ill patient. **Method:** This study is a retrospective analysis of questionnaires from family members of patients admitted to the COVID-19 ICU during the period of the second wave of the pandemic in Brazil. The answers of 19 family members to the Questionnaire on Needs and Stressors of Family Members in Intensive Care and their sociodemographic data were used. **Results:** All the needs questioned were classified as important and those in the categories of information, security and proximity are among the ten most important. High levels of satisfaction were found, however four stressors were evidenced. **Conclusion:** There is a change in the profile of the needs and stressors of family members as users of a COVID-19 ICU. Despite this, a low demand for service provision and adjustment to the pandemic situation on the part of family members was evaluated.

**Keywords:** family, needs, UCI, COVID-19.

## 1 INTRODUÇÃO

Nos últimos dois anos a hospitalização pela COVID-19 de um ente em uma UTI foi uma condição de muitas famílias no Brasil e no mundo. Devido a alta transmissibilidade do vírus ocorreram importantes mudanças no setor hospitalar, como a restrição extrema do acesso da família ao hospital. Desta forma, ficaram proibidas as visitas aos pacientes diagnosticados com a COVID-19 nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e o contato da família com o paciente e equipe de saúde passou a acontecer através de aparelhos eletrônicos.

Diferente do esperado pelas autoridades e população, a pandemia se tornou uma condição crônica, sem conhecimento de quando terminará (Akbari, Seydavi, and Zamani 2021), exigindo da população uma adaptação ao contexto diante da significativa alteração da forma de se viver (Uchoa Reale 2021). Sendo assim, se tornou necessário que as unidades de saúde considerem a situação como permanente visando estratégias que diminuam os danos causados pelo contexto imposto da família de um doente crítico pela COVID-19.

Mesmo em condições anteriores a pandemia, os membros de uma família já eram afetados negativamente com a internação de um ente em UTI, sendo a restrição dos horários para visitar o paciente uma condição estressora nas unidades pouco flexíveis

quanto a presença e acesso da família. Além disso, frequentemente os familiares são os responsáveis pelas tomadas de decisões tendo em vista que muitos pacientes estão demasiadamente doentes para isso. Portanto, o cuidado centrado a família, que se atenta as necessidades e valores individuais do grupo familiar, está inserido no cuidado global ao paciente. (Davidson et al. 2017).

Muitos estudos foram publicados revelando necessidades e satisfação dos familiares que possuem um ente criticamente enfermo (Fortunatti 2014; Freitas, Kimura, and Ferreira 2007; Kynoch et al. 2016; Lemos 2020; Schwarzkopf et al. 2013). Esses índices podem variar de acordo com características culturais e sociodemográficas das pessoas. Apesar disso, Fortunatti (2014) encontrou que de uma forma geral as necessidades principais de uma família de um doente crítico estão inseridas em categorias de informação e segurança. Comumente, as famílias têm um baixo nível de compreensão sobre a UTI, e a equipe pode não atender à necessidade de informação esperada pelos familiares (Schwarzkopf et al. 2013).

Cuthbertson, Mitzi e Streat (2000) encontraram que a maioria das reclamações apresentadas por familiares de pacientes estavam relacionadas a restrições de acesso e comunicação deficitária, de modo que a quantidade de médicos e enfermeiros envolvidos no cuidado ao paciente era inversamente proporcional à satisfação dos familiares, concluindo que esse dado estava ligado à consistência na comunicação. Segundo os autores, a consistência na comunicação (que potencialmente é maior quanto menor o número de profissionais assistentes) seria a chave para a satisfação dos familiares.

Em uma pesquisa mais recente sobre as necessidades dos familiares de pacientes hospitalizados (LEMOS, 2020), em um hospital público de média complexidade no DF, identificou por meio do Questionário de Necessidades e Estressores de Familiares em Terapia Intensiva (QNEFTI) que a necessidade menos importante foi receber informações por telefone. Entre as dez principais necessidades encontradas pela autora cinco eram da categoria de segurança, quatro da de informação e apenas uma da de proximidade.

Ponderando as necessidades dos familiares, intervenções estruturadas são necessárias para diminuir os efeitos que a hospitalização de um ente pode causar (Davidson et al. 2017). Diante de grandes mudanças, como as restrições de visitas, os protocolos de uma unidade precisam ser bem definidos e claros, com a intenção de atenuar reclamações, ansiedade e estresse (Rogers 2004).

Considerando as novas variáveis que surgiram para a família de um doente crítico internado em uma UTI pela COVID-19 e a importância de organizar uma rotina considerando as necessidades dos familiares, essa pesquisa teve como objetivo identificar as principais necessidades dos familiares de pacientes internados pela COVID-19 em uma UTI adulto de hospital público de média complexidade do Distrito Federal bem como o seu grau de satisfação com relação ao atendimento das necessidades primordiais.

## 2 MÉTODO

Este é um estudo quantitativo, retrospectivo, de caráter exploratório, realizado em uma UTI COVID-19 de um hospital público de média complexidade do DF. A amostra foi de conveniência e do tipo não probabilística, e a pesquisa obteve a amostra de 19 familiares de referência de pacientes internados na UTI COVID-19. Do total de participantes, 84,2% eram do sexo feminino e 15,8% do masculino. Quanto ao vínculo dos respondentes com o paciente 26,3% eram companheiros, 26,3% filhos, 21,1% irmãos, 21,1% outros familiares e 5,3% genitores. Os informantes que tinham experiência anterior em UTI formaram o total de 31,6%, sendo que desses, 40% em hospital público e 60% em privado.

O instrumento utilizado no estudo foi o Questionário de Necessidades e Estressores de Familiares em Terapia Intensiva – QNEFTI (Anexo I). O QNEFTI é uma adaptação de Lemos (2020) do Inventário de Necessidades e Estressores de Familiares em Terapia Intensiva (INEFTI), para aplicação na unidade hospitalar deste estudo. O questionário conta com dados sociodemográficos dos familiares e 25 itens fechados, agrupados em 4 categorias: Informação, Segurança, Proximidade e Suporte.

Tabela 1. Distribuição dos itens do QNEFTI de acordo com as categorias teóricas das necessidades

<b>Categorias</b>	<b>Nº de itens</b>	<b>Itens</b>
Segurança	5	1, 2, 3, 4, 5
Proximidade	8	6, 7, 8, 9, 10, 13, 26, 27
Informação	7	12, 14, 15, 17, 18, 19, 20
Suporte	7	11, 16, 21, 22, 23, 24, 25

Não foram questionados três itens do QNEFTI, relacionados às visitas presenciais (Itens 6, 11 e 24) tendo em vista que as visitas estavam totalmente suspensas durante todo o período da coleta de dados. Ao final do instrumento, foram acrescentados dois novos itens, submetendo à avaliação dos respondentes a apresentação de mensagens de áudio e a

realização de videochamadas com os pacientes em função da inserção desses recursos no protocolo de atendimento da unidade.

A aplicação dos questionários fazia parte da rotina da unidade como um instrumento de pesquisa de opinião. Foram utilizados nesta pesquisa aqueles respondidos nos meses de março e abril de 2021 e que foram aplicados entre o 10º e 20º dia de internação do doente na UTI, e questionários incompletos ou rasurados não foram utilizados. Os potenciais participantes foram convidados por meio de contato telefônico a participarem da pesquisa. Nos casos em que houve interesse, o TCLE foi enviado pelo aplicativo *WhatsApp*. O TCLE foi na modalidade *online* e enviado através do *Google Forms*, e disponibilizado também para download.

Os dados foram colocados em uma planilha de Excel e na sequência transportados para uma planilha do SPSS 25.0. Para a análise descritiva dos dados foram utilizadas médias, mediana, desvios e frequências. Em seguida, foi utilizado o teste de qui-quadrado para relacionar as variáveis com as importâncias e satisfações do questionário. Para todas as análises foi considerado significância de 95%.

Para interpretação dos resultados, considerou-se como **necessidades primordiais** aquelas avaliadas como *importante* e *muito importante*, (i.e., aquelas que obtiveram média  $\geq 3$ ) e **necessidades acessórias** aquelas avaliadas como *não é importante*, *pouco importante* ou *indiferente* (i.e., aquelas que obtiveram média  $< 3$ ). As necessidades primordiais que foram satisfeitas (avaliadas com *satisfeito* e *muito satisfeito*) foram consideradas como **necessidades atendidas** (i.e., aquelas que obtiveram média  $\geq 3$ ), enquanto as que não foram satisfeitas (avaliadas com *insatisfeito* e *pouco satisfeito*) são consideradas **potenciais estressores** (i.e., aquelas que obtiveram média  $< 3$ ).

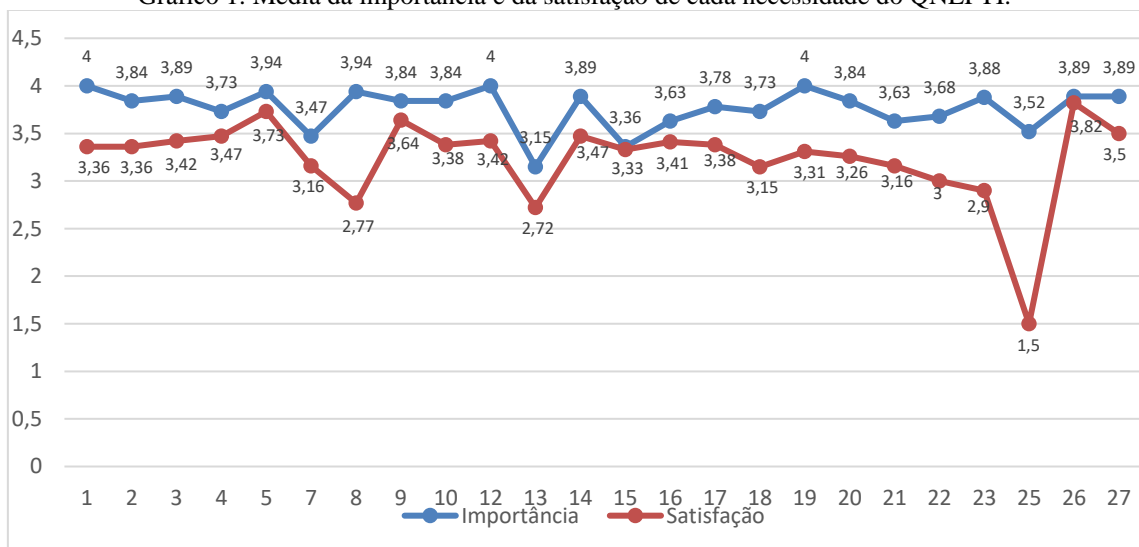
### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de 28/02 a 02/04/2021, foram admitidas 36 pessoas na UTI COVID-19 pesquisada, sendo que dessas, apenas cinco tiveram alta até o 10º dia de hospitalização, sendo quatro por óbito. Dentre os 31 restantes, nove familiares não foram abordados para responder o QNEFTI por apresentarem fragilidade emocional significativa. Dos 22 familiares abordados durante o período para responder o QNEFTI, três questionários não foram analisados pois estavam incompletos - critério de exclusão. O total analisado nesta pesquisa foi de 19 questionários.

### 3.1 NECESSIDADES PRIMORDIAIS

Todas as necessidades do QNEFTI foram consideradas como primordiais – i.e. foram classificadas como “muito importantes” ou “importantes” – pelos respondentes deste estudo. Três itens foram avaliados com *muito importante* por todos os respondentes ( $\mu=4,00$ ): “Ser informado sobre as chances de melhora do paciente” (segurança), “Poder conversar com o médico todos os dias” (informação), “Saber qual(is) tratamento(s) estão sendo dado(s) ao paciente” (informação) (Tabela 1). As médias da importância e da satisfação das necessidades que os participantes da pesquisa atribuíram por meio do QNEFTI estão dispostas no Gráfico 1.

Gráfico 1. Média da importância e da satisfação de cada necessidade do QNEFTI.



Este dado difere daqueles encontrados na literatura internacional, os quais apontam que as famílias tendem a graduar suas necessidades em diferentes níveis (Fortunatti 2014; Redley and Beanland 2004). Lemos (2020), em pesquisa análoga no mesmo cenário, mas em contexto anterior ao de pandemia, encontrou resultados semelhantes ao deste estudo: a autora descreveu apenas uma necessidade apontada como acessória pelos respondentes (“receber informações por telefone”). No entanto, observa-se que a média geral foi maior no presente estudo ( $\mu=3,76$  neste estudo e  $\mu=3,63$  em Lemos, 2020), indicando que os respondentes tenderam a atribuir maior nível de importância aos itens. A média geral de importância também foi maior do que no estudo de Freitas (2005) -  $\mu=3,59$  no hospital público, contudo

O elevado nível de importância atribuído a todos os itens do QNEFTI pode ser justificado pelo distanciamento obrigatório ao qual as famílias foram submetidas tanto do

paciente com COVID-19, quanto da equipe multiprofissional e do ambiente da UTI. O contexto de privação do contato físico, com toda a comunicação realizada unicamente por telefone, sem conhecimento das rotinas e procedimentos inerentes a uma UTI – 68,4% da amostra não possuía experiência prévia em UTI – pode ter levado os respondentes a qualificarem todas as necessidades como importantes ou muito importantes por não terem conhecimento anterior para graduá-las.

Estudos mostram que, apesar de essencial na medicina intensiva, a comunicação é frequentemente relatada como deficitária pelos familiares (Mistraletti et al. 2017; Verhaeghe et al. 2005) e que o nível de compreensão da situação de UTI é geralmente baixo (Rodriguez et al. 2008). Mesmo em contextos nos quais os familiares podem frequentar a UTI, a comunicação se mostra um desafio constante para as equipes dada a sua complexidade, seja pelas peculiaridades do ambiente (presença de equipamentos complexos e desconhecidos pela maioria da população, procedimentos invasivos, ruídos e alarmes constantes, pacientes nus), pelas repentinas mudanças que podem ocorrer na condição clínica dos pacientes ou pela fragilidade emocional comumente apresentada pelos familiares em resposta à grave condição de saúde de um ente querido.

Isto posto, hipotetiza-se que vivenciar a internação de um ente em UTI apenas por meio das descrições verbais fornecidas pela equipe, sem contato presencial com o ambiente, tem o potencial de dificultar ainda mais a compreensão do contexto como um todo e conseqüentemente, tende a aumentar a percepção de que todas as necessidades questionadas são importantes.

### 3.2 NECESSIDADES MAIS IMPORTANTES

Com relação à gradação da importância, a literatura evidencia consistentemente que as necessidades das dimensões de informação, segurança e proximidade tendem a ser qualificadas pelas famílias como mais importantes (AZOULAY *et al.*, 2005; DAVIDSON, 2009; FORTUNATTI, 2014; LAM; BEAULIEU, 2004; MAXWELL; STUENKEL; SAYLOR, 2007). Fortunatti (2014) em revisão de literatura mostra que a forma como as famílias organizam suas necessidades é influenciada por variáveis como nível educacional e socioeconômico, sexo, religião e experiência prévia em UTI, contudo, as necessidades da dimensão segurança tendem a não ter sua priorização afetada, por serem independentes do perfil demográfico ou cultural das famílias. Dentre as dez necessidades avaliadas como mais importantes, duas não foram atendidas “ser



comunicado sobre possíveis transferências” (5<sup>a</sup>) e “conversar sobre a possibilidade de morte do paciente” (10<sup>a</sup>).

Corroborando o exposto acima, Lemos (2020) encontrou que as dez primeiras necessidades pertenciam às três categorias anteriormente citadas, sendo cinco da categoria segurança, quatro de informação e uma de proximidade. Neste estudo, no contexto de pandemia, figuraram entre as dez mais importantes três necessidades da categoria de proximidade, três de informação, três de segurança e uma da categoria suporte.

O aumento na quantidade de itens da categoria de proximidade pode ser justificado pela restrição total de acesso ao paciente, o que pode ter levado as famílias a valorarem mais os itens que indicassem necessidade de estreitamento de vínculo entre a tríade paciente-família-equipe.

Os itens da categoria proximidade considerados mais importantes foram aqueles relacionados à comunicação quanto às transferências, que será discutido mais adiante, e aqueles sobre as visitas virtuais.

Visando mitigar o estresse causado pelo distanciamento entre pacientes e famílias, foram adotados protocolos de visitas virtuais, que incluíam a possibilidade dos familiares enviarem mensagens de voz – mesmo para pacientes sedados – e a realização de vídeo chamadas com os pacientes que não apresentassem alteração cognitiva importante.

A transmissão de mensagens de voz aos pacientes de seus familiares mostra-se uma estratégia efetiva, principalmente em momentos de restrição de visitas. O envio de áudios pode aumentar o envolvimento da família em prol da recuperação do paciente, além da possibilidade em atenuar a ansiedade ou quadros de delirium nos pacientes (Freeman-Sanderson, Rose, and Brodsky 2020).

As visitas virtuais por meio de vídeo chamadas foram amplamente utilizadas como estratégia de cuidado centrado na família desde o advento da situação de pandemia, com variações quanto à sua indicação: algumas unidades realizavam visitas com pacientes inconscientes, outras não (ROSE *et al.*, 2021), carecendo de regulamentação sobre o tema.

### 3.3 NECESSIDADES ATENDIDAS

Com relação à satisfação, tem-se que 20 necessidades foram satisfatoriamente atendidas, i.e. obtiveram  $\mu \geq 3$ ), conforme demonstrado na Tabela 3.



A necessidade com maior média de satisfação foi “Poder enviar mensagens de voz ao paciente” ( $\mu=3,82$ ). “Poder fazer vídeo chamada com o paciente” ocupou a quarta posição ( $\mu=3,5$ ). Esses dados refletem que tais estratégias são eficientes para promover participação familiar no cuidado ao paciente. A segunda maior média de satisfação foi quanto a “perceber que o pessoal do hospital se interessa pelo paciente” o que demonstra que a implantação das visitas virtuais melhora a satisfação com a equipe, conforme sugerido por (Rose et al. 2021).

Vale ressaltar que no item relativo à realização de vídeo chamadas, expressiva quantidade de familiares respondeu “não se aplica”, deixando de pontuar uma possível insatisfação com os critérios estabelecidos pela unidade para a realização das visitas virtuais. Isso pode ser devido à compreensão e aceitação das políticas restritivas.

Os resultados identificaram por meio do qui-quadrado que familiares que possuíam experiência prévia com UTI estavam mais satisfeitos em “ter as perguntas respondidas com franqueza” ( $p=0,03$ ) e “receber informações sobre os cuidados dispensados ao paciente” ( $p=0,04$ ) em comparação àqueles que não tinham essa vivência.

Esse resultado pode ser justificado pela falta de conhecimento prévio das especificidades de uma UTI e da rotina de cuidados ao paciente pelos respondentes sem experiência anterior, que provavelmente careciam de mais informações. Uma vez que os respondentes estavam proibidos de adentrar a unidade, supõe-se que aqueles que tinham experiência anterior conseguiam compreender melhor a rotina de cuidados por já terem tido contato com o ambiente. Davidson *et al.* (2017) apontam que o acesso livre ou flexível dos familiares à unidade auxilia na familiaridade com o ambiente e melhora a compreensão do quadro e do tratamento do paciente.

Respondentes com experiência prévia poderiam também estar mais familiarizados com termos técnicos ou jargões médicos, compreendendo melhor as informações e aumentando a percepção de que as perguntas haviam sido respondidas com franqueza (SOARES, 2007)

### 3.4 POTENCIAIS ESTRESSORES

Os respondentes tenderam a atribuir altos índices de satisfação à maioria (83,33%) dos itens submetidos a julgamento, o que é comum quando a satisfação é avaliada por meio de questionários (Hekkert et al. 2009). Resultados semelhantes foram encontrados

em estudos que avaliaram a satisfação de familiares (Osborn et al. 2012; Ramos et al. 2022; Schwarzkopf et al. 2013; Stricker et al. 2011; Wall et al. 2007).

Foram identificados quatro estressores – i.e. necessidades primordiais que não foram atendidas aquelas com  $\mu < 3$  – conforme exposto na Tabela 4, sendo que dois deles (“ser comunicado sobre possíveis transferências” – 5ª e “conversar sobre a possibilidade de morte do paciente” – 10ª) figuram dentre as dez avaliadas como mais importantes. Pesquisas mostram que profissionais de saúde e familiares tendem a atribuir diferentes níveis de importância às necessidades das famílias. Deste modo, as famílias podem não receber a atenção requerida pelo fato de que suas necessidades são frequentemente avaliadas incorreta e imprecisamente pela equipe de saúde (Davidson 2009; Shorofi et al. 2016).

Tabela 4. Análise descritiva dos estressores

Item	Necessidade	Importância			Satisfação		
		Média	Mediana	DP	Média	Mediana	DP
8	Ser comunicado sobre possíveis transferências para outros setores ou unidades	3,94	4	0,22	2,77	3	1,2
13	Poder conversar com o(s) mesmo(s) médico(s) todos os dias	3,15	4	1,2	2,72	3	0,82
23	Conversar sobre a possibilidade de morte do paciente	3,88	4	0,32	2,9	3	0,7
25	Ser informado sobre serviços religiosos	3,52	4	0,61	1,5	1,5	0,7

Com relação às frequências de resposta de cada estressor, tem-se que 33% estavam insatisfeitos quanto à necessidade de “ser comunicado sobre possíveis transferências para outros setores”, 39% quanto a “poder conversar com o mesmo médico todos os dias”, 27% quanto a “poder conversar sobre a possibilidade de morte do paciente” e 50% quanto a “ser informado sobre serviços religiosos”.

Com relação à questão das transferências, o impedimento que os familiares acompanhassem fisicamente seus entes, aliada aos vínculos frágeis com as equipes de saúde, era fator gerador de grande apreensão, de forma que as famílias se mantinham sempre temerosas quanto à possibilidade de uma transferência não avisada. No período pesquisado, a constante sobrecarga na demanda por assistência hospitalar ocasionava falhas nos fluxos de trabalho, de modo que, por vezes, a unidade recebia pacientes cujas famílias não tinham sido avisadas quanto à transferência e o pessoal da UTI, por sua vez, só fazia o primeiro contato por ocasião da transmissão do boletim médico – o que em

alguns casos, podia chegar a quase 24 horas. Shorofi *et al.* (2016) em estudo comparativo sobre as percepções de enfermeiros e familiares quanto às necessidades psicossociais, encontrou que os profissionais de saúde tendem a dar menos importância à necessidade de avisar sobre as transferências do que os familiares, o que pode levá-los a negligenciar parcialmente o seu atendimento.

Já com relação a “poder conversar sobre a possibilidade de morte do paciente”, ressalta-se que durante o período estudado não ocorreram reuniões familiares nas quais fosse possível abordar o assunto de forma mais ampla e com maior suporte operacional e emocional. A comunicação familiar-médico era realizada por telefone. Essa condição pode ter sido um dificultador para que houvesse comunicação clara quanto ao tema da terminalidade. Outro dificultador era a sobrecarga de trabalho, que, muitas vezes, não permitia que o médico dedicasse o tempo que a família necessitava para poder falar sobre o assunto, dificultando ainda mais a formação de vínculo significativo.

Sob circunstâncias normais, familiares e profissionais de saúde constroem importantes vínculos que possibilitam discussões sensíveis tais como a indicação de tratamentos agressivos ou a necessidade ética de suspensão de tratamentos para permitir a morte do paciente (Newcombe *et al.* 2020). Soares (2007) e Newcombe *et al.* (2020) apontam que a complexidade para abordar a família quanto a uma morte próxima é maior quando não há uma relação prévia entre médico e família.

Além disso, há que se considerar as limitações impostas pela comunicação feita apenas por telefone (na qual o contato “olho no olho” com os familiares era perdido impacta negativamente a transmissão da mensagem, visto que as conversações em terapia intensiva são normalmente complexas e cheias de nuances que só podem ser percebidas por pequenas reações detectadas na expressão facial e linguagem corporal (Newcombe *et al.* 2020).

Freeman-Sanderson, Rose e Brodsky (2020) indicam que o uso de novas tecnologias, tais como vídeo chamadas, podem diminuir essa limitação por permitirem a visualização do interlocutor com suas expressões faciais e entonação da voz, potencialmente melhorando a qualidade da comunicação e o estreitamento dos vínculos. Muito embora o uso desses recursos tecnológicos para realização de reuniões familiares ainda careça de evidências e esteja sujeito a falhas na conectividade, dificuldades de uso pelos envolvidos e não substituam o contato presencial, eles se mostram factíveis e efetivos, sendo observados benefícios que incluem a possibilidade de realização de rituais

religiosos e melhor compreensão da condição do paciente (Jess, Timm, and Dieperink 2019; Kuntz et al. 2020).

Outro estressor identificado foi a falta de informação sobre serviços religiosos. Entretanto, vale destacar que significativa parcela (89%) dos familiares respondeu “não se aplica” neste item. Avaliou-se que os respondentes da pesquisa demonstravam aceitação das restrições impostas pela situação de pandemia e das regras da unidade, não as questionando ou demonstrando sua insatisfação. Essa situação de aceitação das restrições de contato pode ser devida à ampla difusão da recomendação de redução máxima dos contatos interpessoais, de modo que as restrições e seus motivos eram claros e inequívocos. Deste modo, acredita-se que os respondentes se abstiveram de se manifestar por preverem que não seria possível.

Muito embora a espiritualidade seja reconhecidamente um dos aspectos importantes para a preservação do bem-estar global, com potencial para aumentar a resiliência em condições estressoras (Silva, Santos, and Oliveira 2020) e que haja recomendação para que cuidado espiritual por meio de um capelão ou conselheiro espiritual seja ofertado aos familiares (Davidson et al. 2017), a suspensão das atividades religiosas presenciais foi incluída nas políticas de restrições da unidade pesquisada.

Diante de situações de surto de doenças, a atenção global ao paciente e a humanização do cuidado ficam ameaçados, se tornando grandes desafios às instituições (COSTANTINI *et al.*, 2020; CREPALDI *et al.*, 2020), que precisam apresentar respostas rápidas para atender às necessidades de cuidado espiritual dos familiares e pacientes (COSTANTINI *et al.* 2020). Considera-se que a oferta de rituais religiosos alternativos, tais como visitas virtuais religiosas durante o período de hospitalização, poderia minimizar a insatisfação apontada pelos respondentes.

A outra necessidade não satisfeita foi “poder conversar com o(s) mesmo(s) médico(s) todos os dias”. No espaço para que manifestassem livremente suas opiniões, foi frequente que os respondentes apontassem preferência por determinados médicos, priorizando aqueles com os quais possuíam maior familiaridade e destacando aspectos pessoais, como a paciência ou disponibilidade para conversar. A necessidade de proximidade com um médico específico também foi identificada como um estressor por Lemos (2020) em período anterior à situação de pandemia.

### 3.5 COMPARATIVO DAS NECESSIDADES DOS FAMILIARES

Mudanças expressivas aconteceram na ordem de importância atribuída pelos respondentes deste estudo em comparação ao estudo de Lemos (2020), com destaque para os itens 9, 12 e 14, que foram considerados substancialmente mais importantes neste estudo do que no anterior, como pode ser observado na Tabela 8.

Os itens “poder conversar com o médico todos os dias” (item 12) e “ser informado sobre possíveis mudanças na condição do paciente” (item 9) passaram do 15º lugar para o 2º e do 23º lugar para o 12º respectivamente. Essa variação pode ser justificada pela restrição de acesso ao paciente, de forma que a única fonte de informações clínicas era o médico em contato que era iniciado pelo profissional, já que a unidade não dispunha de uma linha telefônica para que os respondentes pudessem fazer contato.

Interessantemente, a única necessidade avaliada como acessória (25º lugar,  $\mu=2,60$ ) no estudo de Lemos (2020), passou a ser considerada uma necessidade primordial neste estudo (7º lugar,  $\mu=3,84$ ). Essa mudança simboliza uma significativa alteração no perfil das necessidades dos familiares de uma UTI COVID-19, tendo em vista que o principal meio de comunicação utilizado nesse contexto era o telefone e não mais a transmissão do boletim médico no formato presencial.

Tabela 8. Comparação entre a ordem de importância neste estudo e em Lemos, 2020.

Item	Necessidade familiar	Média/DP		Dimensão	Posição	Posição em Lemos
		Média/DP	em Lemos			
1	Ser informado sobre as chances de melhora do paciente	4,00 ± 0	3,97 ± 0,18	Segurança	1°	2°
12	Poder conversar com o médico todos os dias	4,00 ± 0	3,76 ± 0,43	Informação	2°	15°
19	Saber qual(is) tratamento(s) estão sendo dado(s) ao paciente	4,00 ± 0	3,93 ± 0,26	Informação	3°	7°
5	Perceber que o pessoal do hospital se interessa pelo paciente	3,95 ± 0,23	3,87 ± 0,35	Segurança	4°	10°
8	Ser comunicado sobre possíveis transferências para outros setores ou unidades	3,95 ± 0,23	3,93 ± 0,25	Proximidade	5°	6°
3	Se sentir seguro que o melhor tratamento possível está sendo dado ao paciente	3,89 ± 0,31	3,87 ± 0,35	Segurança	6°	9°
14	Receber informações por telefone	3,89 ± 0,31	2,60 ± 1,40	Informação	7°	25°
27	Poder fazer vídeo chamada com o paciente	3,89 ± 0,31	n/a	Proximidade	8°	-
26	Poder enviar mensagens de voz ao paciente	3,89 ± 0,46	n/a	Proximidade	9°	-
23	Conversar sobre a possibilidade de morte do paciente	3,88 ± 0,32	3,66 ± 0,81	Suporte	10°	16°
2	Ter suas perguntas respondidas com franqueza	3,84 ± 0,37	3,90 ± 0,30	Segurança	11°	8°
9	Ser avisado por telefone sobre possíveis mudanças relevantes na condição do paciente	3,84 ± 0,37	3,00 ± 1,50	Proximidade	12°	23°
10	Se sentir bem-vindo(a) pelas pessoas do quadro de funcionários do hospital	3,84 ± 0,37	3,83 ± 0,47	Proximidade	13°	12°
20	Ser informado sobre o que está sendo feito para o paciente	3,84 ± 0,37	3,97 ± 0,18	Informação	14°	4°
17	Saber o motivo pelo qual determinados tratamentos foram realizados com o paciente	3,78 ± 0,53	3,93 ± 0,25	Informação	15°	5°
4	Receber explicações que você consegue compreender	3,73 ± 0,45	4,00 ± 0	Segurança	16°	1°
18	Saber quais são os profissionais que estão cuidando do paciente	3,73 ± 0,45	3,61 ± 0,83	Informação	17°	17°
22	Ter uma pessoa para orientar em caso de problemas sociais	3,68 ± 0,58	3,43 ± 1,20	Suporte	18°	20°
21	Poder falar sobre suas preocupações relacionadas ao que está acontecendo	3,63 ± 0,60	3,80 ± 0,76	Suporte	19°	13°
16	Saber o papel dos profissionais não-médicos	3,63 ± 0,60	3,47 ± 1,04	Suporte	20°	19°
25	Ser informado sobre serviços religiosos	3,52 ± 0,61	3,00 ± 1,40	Suporte	21°	22°
7	Receber informações sobre os cuidados dispensados ao paciente	3,47 ± 1,07	3,83 ± 0,38	Proximidade	22°	11°
15	Saber quem pode dar a informação que você precisa	3,36 ± 1,25	3,53 ± 1,04	Informação	23°	18°
13	Poder conversar com o(s) mesmo(s) médico(s) todos os dias	3,15 ± 1,46	3,00 ± 1,53	Proximidade	24°	24°
11	Receber orientações gerais sobre a UTI na primeira visita	n/a	3,97 ± 0,18	Suporte	-	3°
6	Ter o horário de visita modificado em casos especiais	n/a	3,77 ± 0,77	Proximidade	-	14°
24	Fazer rodízio de visitantes durante o horário de visita	n/a	3,20 ± 1,12	Suporte	-	21°

Há que se considerar também que os questionários analisados foram os aplicados durante os meses de março e abril de 2021, período da segunda onda do COVID-19 no Brasil, a qual teve seu início em novembro de 2020, com a crescente curva do número de óbitos. A semana de 3 a 10 de março de 2021 foi considerada o ápice da segunda onda e observou-se um leve aumento do número de hospitalizações em comparação com a primeira onda (Moura et al. 2021). Nesse momento, as pessoas já se mostravam mais ajustadas à situação de pandemia, com maior compreensão e aceitação das políticas restritivas.

Além disso, o período foi marcado por uma grande fila de espera para um leito de UTI COVID-19. Em 25 de março de 2021, no Brasil mais de seis mil pessoas aguardavam uma vaga em UTIs. Nesse contexto, para muitos familiares, conseguir a vaga na UTI foi motivo de comemoração e conforto de que foi tentado tudo que era possível. Ainda que o contexto geral da pandemia não fosse favorável os respondentes apresentaram médias de satisfação mais altas em comparação com outros estudos ( $\mu=3,23$  neste estudo,  $\mu=2,96$  em Lemos, 2020 e  $\mu=2,96$  no hospital público em Freitas, 2005).

À exceção da necessidade “poder conversar com o(s) mesmo(s) médico(s) todos os dias”, os demais estressores identificados neste estudo e no de Lemos (2020) foram diferentes, no entanto, em ambos os estudos, os estressores estão enquadrados nas categorias de suporte e proximidade.

A diferença entre os estressores nos dois estudos pode ser atribuída à variação na rotina e nos protocolos da unidade em razão das restrições impostas pela situação de pandemia, ressaltando que as necessidades dos familiares não são estanques e variam de acordo com o contexto, como consistentemente mostrado na literatura (Davidson 2009; Davidson et al. 2017; Fortunatti 2014; Shorofi et al. 2016).

Tabela 9. Análise comparativa das necessidades não atendidas em UTI Geral e UTI COVID-19.

<b>UTI Geral (LEMOS, 2020)</b>	<b>UTI COVID-19</b>
Poder conversar com o(s) mesmo(s) médicos todos os dias	Poder conversar com o(s) mesmo(s) médico(s) todos os dias
Receber informações sobre os cuidados dispensados ao paciente (troca de curativo, banho, conforto)	Ser comunicado sobre possíveis transferências para outros setores ou unidades
Ter o horário de visita modificado em casos especiais	Conversar sobre a possibilidade de morte do paciente
Ter uma pessoa para orientar em caso de problemas sociais (financeiros, INSS, saque em conta, etc)	Ser informado sobre serviços religiosos
Fazer rodízio de visitantes durante o horário de visita	
Ser avisado por telefone sobre possíveis mudanças relevantes na condição do paciente	

Duas necessidades não pesquisadas, mas que apareceram constantemente nos comentários livres como insatisfeitas se relacionavam à frequência e à ausência de horário



fixo para a transmissão do boletim médico. Como dito anteriormente, os contatos originados pela equipe de saúde eram o único meio de contato disponível, e, em geral, os pacientes apresentavam grande instabilidade clínica. Aziz *et al.* (2020) publicaram um rápido *guideline* para enfrentamento do surto de COVID-19 no qual recomendaram a disponibilização de uma linha telefônica disponível ininterruptamente para que as famílias pudessem direcionar suas questões, preocupações e pedidos como forma de aprimorar a comunicação.

Com relação à ausência de horário fixo para a transmissão do boletim médico, Rogers (2004) em artigo com reflexões quanto às políticas restritivas adotadas para mitigar o surto de SARS em 2003, ressalta que nessas situações, os protocolos devem ser claros e cumpridos pela equipe, bem como amplamente divulgados, visando diminuir reclamações, ansiedade e estresse. Na unidade estudada, a sobrecarga de trabalho em função do *status* de gravidade dos pacientes, não permitia o estabelecimento de um horário fixo para a comunicação com os familiares.

Foram identificadas relações de significância ( $p < 0,05$ ) entre os dados sociodemográficos dos participantes e apenas três itens do QNEFTI, sendo um quanto à importância e dois quanto à satisfação.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando confrontado com pesquisas de período anterior a pandemia, esse estudo mostrou que mudanças significativas ocorreram relativas à importância e satisfação de necessidades de familiares de uma UTI COVID-19. No estudo foi discutida a forte influência da ausência da família na unidade – com as restrições extremas de visitas - e a informação focada unicamente no médico, repercutindo diretamente na vivência dos familiares do paciente crítico. A presença da família na UTI além de trazer diversos benefícios como já expostos pela literatura pode aumentar a satisfação com o serviço prestado.

Entretanto, é importante destacar que o período analisado foi o pico da segunda onda, no qual foi percebida grande compreensão e poucas exigências realizadas por parte dos familiares. Considerando o tempo prolongado e as diferenças entre os momentos desta pandemia, sugere-se que novos estudos sejam realizados visando a comparação das necessidades e satisfação entre as ondas distintas da pandemia.

O estudo apresentou limitações relacionadas ao número de participantes, uma vez que pela alta demanda de trabalho dos psicólogos na unidade, a aplicação do questionário não pôde ser priorizada. Para tanto, essa avaliação enquanto rotina da equipe precisa ser bem estabelecida e controlada. O uso dos relatórios produzidos a partir dessas avaliações gera insumos importantes para um *feedback* seguro e consequente melhoria do cuidado centrado na família em contexto de pandemia ou em situações similares.

O alto índice de satisfação dos respondentes pode ser em parte atribuído ao viés de desejabilidade, que é comum dado que os questionários foram aplicados na vigência das internações. Além disso, a pesquisa foi conduzida em momento em que havia grande valorização dos profissionais da saúde que atuavam no enfrentamento à COVID-19 – amplamente divulgados como “heróis” pela mídia tradicional. Passos e Prazeres (2020) publicaram reflexão quanto a essa modificação na opinião das pessoas sobre a atuação dos profissionais e do sistema de saúde. Talvez esse momento possa ter levado os respondentes a superestimarem suas respostas.

Estudos recentes (Ramos et al. 2022; Rodriguez-Ruiz et al. 2021) apontam que as estratégias de cuidado centrado na família utilizando recursos tecnológicos mostraram-se factíveis e avaliadas com altos scores de satisfação pelos familiares. Contudo, ainda são pior avaliadas quando comparadas com estratégias com contato presencial. Mais estudos ainda são necessários para o aprimoramento dessas estratégias de modo a permitir maior adaptação dos profissionais de saúde.

## REFERÊNCIAS

Adelman, Ronald D., Lyubov L. Tmanova, Diana Delgado, Sarah Dion, and Mark S. Lachs. 2014. "Caregiver Burden: A Clinical Review." *JAMA - Journal of the American Medical Association* 311(10):1052–59.

Akbari, Mehdi, Mohammad Seydavi, and Elahe Zamani. 2021. "The Mediating Role of Personalized Psychological Flexibility in the Association between Distress Intolerance and Psychological Distress: A National Survey during the Fourth Waves of COVID-19 Pandemic in Iran." *Clinical Psychology and Psychotherapy* 28(6):1416–26.

Aziz, Shadman, Yaseen M. Arabi, Waleed Alhazzani, Laura Evans, Giuseppe Citerio, Katherine Fischkoff, Jorge Salluh, Geert Meyfroidt, Fayez Alshamsi, Simon Oczkowski, Elie Azoulay, Amy Price, Lisa Burry, Amy Dzierba, Andrew Benintende, Jill Morgan, Giacomo Grasselli, Andrew Rhodes, Morten H. Møller, Larry Chu, Shelly Schwedhelm, John J. Lowe, Du Bin, and Michael D. Christian. 2020. "Managing ICU Surge during the COVID-19 Crisis: Rapid Guidelines." *Intensive Care Medicine* 46(7):1303–25.

Azoulay, Elie, Frédéric Pochard, Nancy Kentish-Barnes, Sylvie Chevret, Jérôme Aboab, Christophe Adrie, Djilali Annane, Gérard Bleichner, Pierre Edouard Bollaert, Michael Darmon, Thomas Fassier, Richard Galliot, Maité Garrouste-Orgeas, Cyril Goulenok, Dany Goldgran-Toledano, Jan Hayon, Mercé Jourdain, Michel Kaidomar, Christian Laplace, Jérôme Larché, Jérôme Liotier, Laurent Papazian, Catherine Poisson, Jean Reignier, Fayçal Saidi, and Benoît Schlemmer. 2005. "Risk of Post-Traumatic Stress Symptoms in Family Members of Intensive Care Unit Patients." *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 171(9):987–94.

Costantini, Massimo, Katherine E. Sleeman, Carlo Peruselli, and Irene J. Higginson. 2020. "Response and Role of Palliative Care during the COVID-19 Pandemic: A National Telephone Survey of Hospices in Italy." *Palliative Medicine* 34(7):889–95.

Cuthbertson, Sidney J., Mitzi A Margetts, and Stephen J. Streat. 2000. "Special Articles Bereavement Follow-up after Critical Illness." *Critical Care Medicine* (4).

Davidson, Judy E. 2009. "Family-Centered Care: Meeting the Needs of Patients' Families and Helping Families Adapt to Critical Illness." *Critical Care Nurse* 29(3):28–34.

Davidson, Judy E., Rebecca A. Aslakson, Ann C. Long, Kathleen A. Puntillo, Erin K. Kross, Joanna Hart, Christopher E. Cox, Hannah Wunsch, Mary A. Wickline, Mark E. Nunnally, Giora Netzer, Nancy Kentish-Barnes, Charles L. Sprung, Christiane S. Hartog, Maureen Coombs, Rik T. Gerritsen, Ramona O. Hopkins, Linda S. Franck, Yoanna Skrobik, Alexander A. Kon, Elizabeth A. Scruth, Maureen A. Harvey, Mithya Lewis-Newby, Douglas B. White, Sandra M. Swoboda, Colin R. Cooke, Mitchell M. Levy, Elie Azoulay, and J. Randall Curtis. 2017. "Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU." *Critical Care Medicine* 45(1):103–28.

Fortunatti, Cristóbal Felipe Padilla. 2014. "Most Important Needs of Family Members of Critical Patients in Light of the Critical Care Family Needs Inventory." *Investigación y Educación En Enfermería* 32(2):306–16.

Freeman-Sanderson, Amy, Louise Rose, and Martin B. Brodsky. 2020. "Coronavirus

Disease 2019 (COVID-19) Cuts Ties with Patients' Outside World." *Australian Critical Care*, 397–98.

Freitas, K. S. 2005. "NECESSIDADES DE FAMILIARES EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: Análise Comparativa Entre Hospital Público e Privado." Universidade de São Paulo.

Freitas, Kátia Santana, Miako Kimura, and Karine Azevedo São Leão Ferreira. 2007. "Necessidades de Familiares de Pacientes Em Unidades de Terapia Intensiva: Análise Comparativa Entre Hospital Público e Privado." *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 15(1):84–92.

Hekkert, Karin Dorieke, Sezgin Cihangir, Sophia Martine Kleefstra, Bernard van den Berg, and Rudolf Bertijn Kool. 2009. "Patient Satisfaction Revisited: A Multilevel Approach." *Social Science and Medicine* 69(1):68–75.

Jess, Mia, Helle Timm, and Karin B. Dieperink. 2019. "Video Consultations in Palliative Care: A Systematic Integrative Review." *Palliative Medicine* 33(8):942–58.

Kuntz, Joanne G., Dio Kavalieratos, Gregory J. Esper, Noble Ogbu, Julie Mitchell, Cameron M. Ellis, and Tammie Quest. 2020. "Feasibility and Acceptability of Inpatient Palliative Care E-Family Meetings During COVID-19 Pandemic." *Journal of Pain and Symptom Management* 60(3):e28–32.

Kynoch, Kate, Anne Chang, Fiona Coyer, and Annie McArdle. 2016. "The Effectiveness of Interventions to Meet Family Needs of Critically Ill Patients in an Adult Intensive Care Unit: A Systematic Review Update." *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* 14(3):181–234.

Lemos, Stela Maria Santos de. 2020. "FAMILIARES ENQUANTO USUÁRIOS DA UTI : UMA AVALIAÇÃO DE SUAS NECESSIDADES." Escola Superior de Ciências da Saúde.

Limcaoco, Rosario, Enrique Mateos, Juan Matias Fernandez, and Carlos Roncero. 2020. "Anxiety , Worry and Perceived Stress in the World Due to the Covid-19 Pandemic." *Med Rxiv* (Jan):1.

Maxwell, Karen Elizabeth, Diane Stuenkel, and Coleen Saylor. 2007. "Needs of Family Members of Critically Ill Patients: A Comparison of Nurse and Family Perceptions." *Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care* 36(5):367–76.

Mistraletti, Giovanni, Michele Umbrello, Elena Silvia Mantovani, Benedetta Moroni, Paolo Formenti, Paolo Spanu, Stefania Anania, Elisa Andrichi, Alessandra Di Carlo, Federica Martinetti, Irene Vecchi, Alessandra Palo, Cristina Pinna, Riccarda Russo, Silvia Francesconi, Federico Valdambri, Enrica Ferretti, Giulio Radeschi, Edda Bosco, Paolo Malacarne, and Gaetano Iapichino. 2017. "A Family Information Brochure and Dedicated Website to Improve the ICU Experience for Patients' Relatives: An Italian Multicenter before-and-after Study." *Intensive Care Medicine* 43(1):69–79.

Moura, Erly Catarina, Everton Nunes, Mauro Niskier Sanchez, Fabrício Vieira Cavalcante, Luciana Gonzaga De Oliveira, Aimê Oliveira, Gustavo Saraiva Frio, Leonor

Maria, and Pacheco Santos. 2021. *Disponibilidade de Dados Públicos Em Tempo Oportuno Para a Gestão: Análise Das Ondas Da COVID-19*.

Newcombe, Virigia, Timothy Baker, Rowan Burnstein, Rosie Tasker, and David Menon. 2020. "Clinical Communication with Families in the Age of Covid-19: A Challenge for Critical Care Teams - The BMJ." Retrieved January 15, 2022 (<https://blogs.bmj.com/bmj/2020/08/11/clinical-communication-with-families-in-the-age-of-covid-19-a-challenge-for-critical-care-teams/>).

Osborn, Tristan R., J. Randall Curtis, Elizabeth L. Nielsen, Anthony L. Back, Sarah E. Shannon, and Ruth A. Engelberg. 2012. "Identifying Elements of ICU Care That Families Report as Important but Unsatisfactory: Decision-Making, Control, and ICU Atmosphere." *Chest* 142(5):1185–92.

Palmiero, Andrew J., Daniel Symons, Judge W. Morgan III, and Ronald E. Shaffer. 2016. "Facemasks and Air-Purifying Respirators." *Journal of Occupational and Environmental Hygiene* 13(12):960–68.

Passos, Lígia, and Filipe Prazeres. 2020. "A Mão Que Agrediu Agora Aplauda: A Imagem Dos Profissionais de Saúde Frente à Pandemia COVID-19." *Gazeta Médica*, 1–2.

Ramos, Juliano, Caio Westphal, Aline Peluso Fezer, Mayara Schirmer Moerschberger, and Glauco Adrieno Westphal. 2022. "Effect of Virtual Information on the Satisfaction for Decision-Making among Family Members of Critically Ill COVID-19 Patients." *Intensive Care Medicine* 10–12.

Redley, Bernice, and Christine Beanland. 2004. "Revising the Critical Care Family Needs Inventory for the Emergency Department." *Journal of Advanced Nursing* 45(1):95–104.

Rodriguez-Ruiz, Emilio, Maitane Campelo-Izquierdo, Ana Estany-Gestal, Antonio Rodríguez-Núñez, and Jos M. Latour. 2021. "Impact of Different Visiting Policies on Family Satisfaction in Two Spanish ICUs before and during COVID-19." *Intensive Care Medicine* 47(10):1165–66.

Rodriguez, Robert M., Eduardo Navarrete, Jason Schwaber, William McKleroy, Amy Clouse, Sandra F. Kerrigan, and Jonathan Fortman. 2008. "A Prospective Study of Primary Surrogate Decision Makers' Knowledge of Intensive Care." *Critical Care Medicine* 36(5):1633–36.

Rogers, Sharon. 2004. "Why Can't I Visit? The Ethics of Visitation Restrictions - Lessons Learned from SARS." *Critical Care* 8(5):300–302.

Rose, Louise, Lisa Yu, Joseph Casey, Amelia Cook, Victoria Metaxa, Natalie Pattison, Anne Marie Rafferty, Pam Ramsay, Sian Saha, Andreas Xyrichis, and Joel Meyer. 2021. "Communication and Virtual Visiting for Families of Patients in Intensive Care during the COVID-19 Pandemic: A UK National Survey." *Annals of the American Thoracic Society* 18(10):1685–92.

Schwarzkopf, Daniel, Susanne Behrend, Helga Skupin, Isabella Westermann, Niels C. Riedemann, Rüdiger Pfeifer, Albrecht Günther, Otto W. Witte, Konrad Reinhart, and

Christiane S. Hartog. 2013. "Family Satisfaction in the Intensive Care Unit: A Quantitative and Qualitative Analysis." *Intensive Care Medicine* 39(6):1071–79.

Shorofi, SeyedAfshin, Yadollah Jannati, HosseinRoohi Moghaddam, and Jamshid Yazdani-Charati. 2016. "Psychosocial Needs of Families of Intensive Care Patients: Perceptions of Nurses and Families." *Nigerian Medical Journal* 57(1):10.

Silva, Cleiton, Luiz Braga, and Adriane Wollmann. 2019. "QUALIDADE DE VIDA DO CUIDADOR EM UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM UM HOSPITAL GERAL." *Cadernos Da Escola de Saúde* (1996):1–22.

Silva, Hengrid Graciely Nascimento, Luís Eduardo Soares dos Santos, and Ana Karla Sousa Oliveira. 2020. "Efeitos Da Pandemia Do Novo Coronavírus Na Saúde Mental de Indivíduos e Coletividades." *Journal of Nursing and Health* 10(4).

Stricker, K. H., O. Kimberger, L. Brunner, and H. U. Rothen. 2011. "Patient Satisfaction with Care in the Intensive Care Unit: Can We Rely on Proxies?" *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 55(2):149–56.

Uchoa Reale, Maria Júlia de O. 2021. "Perdas, Luto E Transformações Em Tempos De Covid-19." *Revista Baiana de Enfermagem* 35(2):2–4.

Verhaeghe, Sofie, Tom Defloor, Florence Van Zuuren, Mia Duijnste, and Mieke Grypdonck. 2005. "The Needs and Experiences of Family Members of Adult Patients in an Intensive Care Unit: A Review of the Literature." *Journal of Clinical Nursing* 14(4):501–9.

Wall, Richard J., Ruth A. Engelberg, Lois Downey, Daren K. Heyland, and J. Randall Curtis. 2007. "Refinement, Scoring, and Validation of the Family Satisfaction in the Intensive Care Unit (FS-ICU) Survey." *Critical Care Medicine* 35(1):271–79.

**WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2019 novel coronavirus (2019-nCoV): Strategic preparedness and response plan.** Geneva, 2020a.

**WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020.** Disponível em: <<https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>>. Acesso em: 20 nov. 2021. 2020b.



**ANEXOS****QUESTIONÁRIO DE NECESSIDADES E ESTRESSORES DE FAMILIARES EM TERAPIA INTENSIVA**

Leia cada pergunta e faça um “X” na afirmação que melhor indicar como você se sente hoje com relação à importância e à satisfação de suas necessidades.

**1. Quanto você considera importante ser informado sobre as chances de melhora do paciente?**

( ) não é importante    ( ) pouco importante    ( ) indiferente    ( ) importante    ( ) muito importante

**- Quanto satisfeito você está com isso?**

( ) não se aplica    ( ) insatisfeito    ( ) pouco satisfeito    ( ) satisfeito    ( ) muito satisfeito

**2. Quanto você considera importante ter suas perguntas respondidas com franqueza?**

( ) não é importante    ( ) pouco importante    ( ) indiferente    ( ) importante    ( ) muito importante

**- Quanto satisfeito você está com isso?**

( ) não se aplica    ( ) insatisfeito    ( ) pouco satisfeito    ( ) satisfeito    ( ) muito satisfeito

**3. Quanto você considera importante se sentir seguro que o melhor tratamento possível está sendo dado ao paciente?**

( ) não é importante    ( ) pouco importante    ( ) indiferente    ( ) importante    ( ) muito importante

**- Quanto satisfeito você está com isso?**

( ) não se aplica    ( ) insatisfeito    ( ) pouco satisfeito    ( ) satisfeito    ( ) muito satisfeito

**4. Quanto você considera importante receber explicações que você consegue compreender?**

( ) não é importante    ( ) pouco importante    ( ) indiferente    ( ) importante    ( ) muito importante

**- Quanto satisfeito você está com isso?**

( ) não se aplica    ( ) insatisfeito    ( ) pouco satisfeito    ( ) satisfeito    ( ) muito satisfeito

**5. Quanto você considera importante perceber que o pessoal do hospital se interessa pelo paciente?**

( ) não é importante    ( ) pouco importante    ( ) indiferente    ( ) importante    ( ) muito importante

**- Quanto satisfeito você está com isso?**



não se aplica       insatisfeito       pouco satisfeito       satisfeito       muito satisfeito

**6. Quanto você considera importante ter o horário de visita modificado em casos especiais?**

não é importante       pouco importante       indiferente       importante       muito importante

**- Quão satisfeito você está com isso?**

não se aplica       insatisfeito       pouco satisfeito       satisfeito       muito satisfeito

**7. Quanto você considera importante receber informações sobre os cuidados dispensados ao paciente? (troca de curativo, banho, conforto)**

não é importante       pouco importante       indiferente       importante       muito importante

**- Quão satisfeito você está com isso?**

não se aplica       insatisfeito       pouco satisfeito       satisfeito       muito satisfeito

**8. Quanto você considera importante ser comunicado sobre possíveis transferências para outros setores ou unidades?**

não é importante       pouco importante       indiferente       importante       muito importante

**- Quão satisfeito você está com isso?**

não se aplica       insatisfeito       pouco satisfeito       satisfeito       muito satisfeito

**9. Quanto você considera importante ser avisado por telefone sobre possíveis mudanças relevantes na condição do paciente?**

não é importante       pouco importante       indiferente       importante       muito importante

**- Quão satisfeito você está com isso?**

não se aplica       insatisfeito       pouco satisfeito       satisfeito       muito satisfeito

**10. Quanto você considera importante se sentir bem-vindo(a) pelas pessoas do quadro de funcionários do hospital?**

não é importante       pouco importante       indiferente       importante       muito importante

**- Quão satisfeito você está com isso?**

não se aplica       insatisfeito       pouco satisfeito       satisfeito       muito satisfeito

**11. Quanto você considera importante receber orientações gerais sobre a UTI na primeira visita?**

não é importante     pouco importante     indiferente     importante     muito importante

**- Quanto satisfeito você está com isso?**

não se aplica     insatisfeito     pouco satisfeito     satisfeito     muito satisfeito

**12. Quanto você considera importante poder conversar com o médico todos os dias?**

não é importante     pouco importante     indiferente     importante     muito importante

**- Quanto satisfeito você está com isso?**

não se aplica     insatisfeito     pouco satisfeito     satisfeito     muito satisfeito

**13. Quanto você considera importante poder conversar com o(s) mesmo(s) médico(s) todos os dias?**

não é importante     pouco importante     indiferente     importante     muito importante

**- Quanto satisfeito você está com isso?**

não se aplica     insatisfeito     pouco satisfeito     satisfeito     muito satisfeito

**14. Quanto você considera importante receber informações por telefone?**

não é importante     pouco importante     indiferente     importante     muito importante

**- Quanto satisfeito você está com isso?**

não se aplica     insatisfeito     pouco satisfeito     satisfeito     muito satisfeito

**15. Quanto você considera importante saber quem pode dar a informação que você precisa?**

não é importante     pouco importante     indiferente     importante     muito importante

**- Quanto satisfeito você está com isso?**

não se aplica     insatisfeito     pouco satisfeito     satisfeito     muito satisfeito

**16. Quanto você considera importante saber o papel dos profissionais não-médicos?**

não é importante     pouco importante     indiferente     importante     muito importante

**- Quanto satisfeito você está com isso?**

não se aplica       insatisfeito       pouco satisfeito       satisfeito       muito satisfeito

**17. Quanto você considera importante saber o motivo pelo qual determinados tratamentos foram realizados com o paciente?**

não é importante       pouco importante       indiferente       importante       muito importante

**- Quão satisfeito você está com isso?**

não se aplica       insatisfeito       pouco satisfeito       satisfeito       muito satisfeito

**18. Quanto você considera importante saber quais são os profissionais que estão cuidando do paciente?**

não é importante       pouco importante       indiferente       importante       muito importante

**- Quão satisfeito você está com isso?**

não se aplica       insatisfeito       pouco satisfeito       satisfeito       muito satisfeito

**19. Quanto você considera importante saber qual(is) tratamento(s) estão sendo dado(s) ao paciente?**

não é importante       pouco importante       indiferente       importante       muito importante

**- Quão satisfeito você está com isso?**

não se aplica       insatisfeito       pouco satisfeito       satisfeito       muito satisfeito

**20. Quanto você considera importante ser informado sobre o que está sendo feito para o paciente?**

não é importante       pouco importante       indiferente       importante       muito importante

**- Quão satisfeito você está com isso?**

não se aplica       insatisfeito       pouco satisfeito       satisfeito       muito satisfeito

**21. Quanto você considera importante poder falar sobre suas preocupações relacionadas ao que está acontecendo?**

não é importante       pouco importante       indiferente       importante       muito importante

**- Quão satisfeito você está com isso?**

não se aplica       insatisfeito       pouco satisfeito       satisfeito       muito satisfeito

**22. Quanto você considera importante ter uma pessoa para orientar em caso de problemas sociais (financeiros, INSS, saque em conta, etc)?**

não é importante     pouco importante     indiferente     importante     muito importante

**- Quão satisfeito você está com isso?**

não se aplica     insatisfeito     pouco satisfeito     satisfeito     muito satisfeito

**23. Quanto você considera importante conversar sobre a possibilidade de morte do paciente?**

não é importante     pouco importante     indiferente     importante     muito importante

**- Quão satisfeito você está com isso?**

não se aplica     insatisfeito     pouco satisfeito     satisfeito     muito satisfeito

**24. Quanto você considera importante fazer rodízio de visitantes durante o horário de visita?**

não é importante     pouco importante     indiferente     importante     muito importante

**- Quão satisfeito você está com isso?**

não se aplica     insatisfeito     pouco satisfeito     satisfeito     muito satisfeito

**25. Quanto você considera importante ser informado sobre serviços religiosos?**

não é importante     pouco importante     indiferente     importante     muito importante

**- Quão satisfeito você está com isso?**

não se aplica     insatisfeito     pouco satisfeito     satisfeito     muito satisfeito

**26. Quanto você considera importante poder enviar mensagens de voz ao paciente?**

não é importante     pouco importante     indiferente     importante     muito importante

**- Quão satisfeito você está com isso?**

não se aplica     insatisfeito     pouco satisfeito     satisfeito     muito satisfeito

**27. Quanto você considera importante poder fazer vídeo chamada com o paciente?**

não é importante     pouco importante     indiferente     importante     muito importante

**- Quão satisfeito você está com isso?**

não se aplica     insatisfeito     pouco satisfeito     satisfeito     muito satisfeito

**Agora, gostaríamos de saber um pouco mais sobre você:**

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Sexo:** ( ) Masculino ( ) Feminino

**Situação de trabalho:**

1. ( ) Empregado                      5. ( ) Autônomo

2. ( ) Desempregado                6. ( ) Estudante

3. ( ) Aposentado                  7. ( ) Informal

4. ( ) Dona de casa

**Escolaridade:**

1. ( ) Ensino Fundamental Incompleto            5. ( ) Superior Incompleto

2. ( ) Ensino Fundamental Completo            6. ( ) Superior Completo

3. ( ) Ensino Médio Incompleto                7. ( ) Pós-Graduação

4. ( ) Ensino Médio Completo                 8. ( ) Outros \_\_\_\_\_

**Vínculo do informante com o paciente:** \_\_\_\_\_

**Possui experiência anterior em UTI?**

1. Sim ( )                      2. Não ( )

→ Quantas Vezes ? \_\_\_\_\_

( ) Público ( ) Particular