



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO

JAQUELINE SENA MUNIZ

**DINÂMICA FAMILIAR APÓS A HOSPITALIZAÇÃO DE UM DOS
SEUS MEMBROS EM TERAPIA INTENSIVA**

FEIRA DE SANTANA

2023



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO

JAQUELINE SENA MUNIZ

**DINÂMICA FAMILIAR APÓS A HOSPITALIZAÇÃO DE UM DOS
SEUS MEMBROS EM TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Epidemiologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Kátia Santana Freitas.

Co-orientador: Prof^o. Dr^o. Aloisio Machado da Silva Filho.

FEIRA DE SANTANA

2023

Ficha catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteado - UEFS

Muniz, Jaqueline Sena

M935d Dinâmica familiar após a hospitalização de um dos seus membros em terapia intensiva / Jaqueline Sena Muniz. – 2023.
84f.: il.

Orientadora: Kátia Santana Freitas
Coorientador: Aloísio Machado da Silva Filho

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Feira de Santana.
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2023.

1. Família. 2. Dinâmica familiar. 3. Unidade de Terapia Intensiva.
4. Saúde mental. I. Freitas, Kátia Santana, orient. II. Silva Filho, Aloísio
Machado da, coorient. III. Universidade Estadual de Feira de Santana.
IV. Título.

CDU: 616-083.98:159.9

JAQUELINE SENA MUNIZ

**DINÂMICA FAMILIAR APÓS A HOSPITALIZAÇÃO DE UM DOS
SEUS MEMBROS EM TERAPIA INTENSIVA**

Defesa da dissertação apresentado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
(Mestrado Acadêmico).

Feira de Santana, Bahia, Aprovada em 27/09/2023

BANCA EXAMINADORA

Kátia Santana Freitas (Orientadora)

Doutora em Enfermagem e docente da Universidade Estadual de Feira de Santana

Aloísio Machado da Silva Filho (Co-orientador)

Doutor em Modelagem Computacional e Tecnologia Industrial e docente da Universidade
Estadual de Feira de Santana

Alyne Henri Motta Coifman (Membro Titular - Externo)

Doutora em Enfermagem - docente da Universidade Federal da Bahia

Cintia Martins (Membro Titular - Interno)

Doutora em Psicologia - docente da Universidade Estadual de Feira de Santana

Paloma Pinho (Membro Suplente - Externo)

Doutora em Saúde coletiva - docente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

AGRADECIMENTOS

Então chegou o momento de encerrar mais uma etapa da minha vida acadêmica, não vou dizer que foi fácil, pelo contrário, nos últimos dois anos, tivemos que reaprender a viver em meio ao caos instalado pela pandemia da Covid-19. Viver o novo normal, foi um desafio, aulas remotas, coleta de dados suspensas, o medo de perder as pessoas que ama, mas também em meio a tantos desafios, tivemos que nos atualizar, reformular o nosso jeito de ser, pensar, agir e por que não também aprender?

Nessas descobertas e redescobertas, a vida assumiu um novo delineamento e comprovamos que SIM, a UNIÃO, faz a FORÇA e o sentimento que transborda é a GRATIDÃO.

Agradeço primeiramente a Deus, por ter guiado, iluminado os meus caminhos, mesmo em dias nebulosos, o SENHOR segurava as minhas mãos.

Agradeço a minha família (SENA, MUNIZ E GONÇALVES), pelo apoio e torcida, em especial a minha mãe ANA HILDA SENA, ao qual dedico e sempre dedicarei todas as minhas conquistas. MÃE, OBRIGADA POR NUNCA TER DEIXADO DE ACREDITAR NOS MEUS SONHOS.

É óbvio que não poderia deixar de citar os meus filhos PET: Japa, Mike, Nino, Nina, Negão e Ted, vocês deixaram e deixam os meus dias mais felizes, amo vocês.

Agradeço a todos (as) amigos (as), que sempre caminharam comigo, apoiando, dando conselhos, que mesmo estando ausente na maioria dos encontros, nunca largaram a minha mão, especialmente a Jaqueline, Jeane, Amanda, Daffine e Wendel, amo vocês. Agradeço também aos meus colegas do mestrado, aos quais compartilhamos momentos de alegrias e tristezas, em especial à Veronica Santos, que mesmo nos momentos de tensão, estava lá me dando suporte.

Agradeço imensamente a Universidade Estadual de Feira de Santana, em especial a direção, docentes e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), por todo conhecimento, apoio e atenção, e a FAPESB, por ter concedido a bolsa, o que tornou viável a minha dedicação exclusiva na realização do estudo.

Agradeço também a CAPES, pelo incentivo, dedicação e suporte principalmente aos novos pesquisadores.

Para a minha orientadora Kátia Freitas, OBRIGADA por todos os ensinamentos, paciência e dedicação, que só fortalecem ao longo desses 10 anos

Ao meu co-orientador e pesquisadores do NIPES, Minha GRATIDÃO ETERNA, sou extremamente feliz, em fazer parte de um núcleo de pesquisa tão dedicado quanto esse, o resultado dessa pesquisa e os frutos que ainda virão, tem um pouco de cada integrante” NIPIANO”, em especial cito Daniela Cunha que estava presente nos momentos de tensão, me ajudando a prosseguir da melhor forma possível, GRATIDÃO.

RESUMO

MUNIZ, J. S. **Dinâmica familiar, após a hospitalização de um dos seus membros em terapia intensiva.** Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, p.84, 2023.

INTRODUÇÃO: A família representa uma organização única, com dinâmica própria, constituindo um sistema que oscila entre momentos de equilíbrio e desequilíbrio. A dinâmica familiar é modificada quando um dos seus membros apresenta um problema de saúde, sendo essa disfuncionalidade proporcional ao nível de gravidade do familiar, o que pode resultar de forma súbita ou tardia, o surgimento de síndromes e transtornos psicológicos. **OBJETIVO.** Analisar a dinâmica familiar após o processo de hospitalização de um dos seus membros na terapia intensiva. **MÉTODO:** Consiste em estudo transversal. O período de execução compreendeu entre janeiro de 2022 até fevereiro de 2023, ao qual foi realizado em um hospital público de grande porte e de referência para atendimento de pessoas em estado crítico de saúde situado no município de Feira de Santana. O estudo teve como público-alvo famílias de pessoas que foram hospitalizadas na UTI e que vivenciaram esse processo junto ao seu familiar. A técnica de amostragem adotada foi a aleatória simples. A coleta de dados foi realizada através da aplicação dos instrumentos: ficha de dados sociodemográficos e clínicos, a subescala da *Family Assessment Device*, denominada de Escala do Funcionamento Geral da Família (FGF), a escala *General Anxiety Disorder-7* (GAD-7) e o questionário *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9)). Os dados foram armazenados no REDCap e analisados no software SPSS. Foram empregadas as análises univariada, bivariada e multivariada, para verificar associações. **RESULTADOS:** Foram entrevistados 310 familiares, aos quais possuíam média de idade de 41,5 anos, sendo predominantemente do sexo feminino (76,7%), com ensino médio (48,7%), casados (36,2%), de religião católica (51,6%), economicamente ativos (27,2, %), não residiam com o familiar internado (54,2%) e ao grau de parentesco, em sua maioria eram filhos (43,5%). A prevalência de disfunção ocorreu em 41% das famílias participantes. Após a análise multivariada, foi verificada associação estatística entre as variáveis escolaridade (RP: 1,43) e ansiedade (RP: 1,40) com o acometimento da disfunção familiar. **CONCLUSÃO:** A avaliação da dinâmica familiar na perspectiva clínica, ainda se mostra incipiente no cenário nacional, o que reforça a importância da presente pesquisa. As alterações relacionais e clínicas, apresentadas nessa pesquisa, demonstra que os familiares que vivenciam essa realidade, sofrem impactos consideráveis em aspectos importantes da sua vida, o que reverbera no equilíbrio e manutenção das interações que são importantes para a homeostase de todo o seu sistema.

Descritores: Família; Dinâmica familiar; Unidade de Terapia Intensiva; Saúde mental.

ABSTRACT

MUNIZ, J. S. **Family dynamics, after the hospitalization of one of its members in intensive care.** Dissertation (master's degree) – Postgraduate Program in Public Health, State University of Feira de Santana, Bahia, p.84, 2023.

INTRODUCTION: The family represents a unique organization, with its own dynamics, constituting a system that oscillates between moments of balance and imbalance. Family dynamics are modified when one of its members presents a health problem, this dysfunction being proportional to the level of severity of the family member, which can result in the sudden or late emergence of syndromes and psychological disorders. **OBJECTIVE:** Analyze family dynamics after the process of hospitalization of one of its members in intensive care. **METHOD:** Consists of a cross-sectional study. The execution period ranged from January 2022 to February 2023, which was carried out in a large public hospital and reference for the care of people in critical health conditions located in the municipality of Feira de Santana. The target audience of the study was families of people who were hospitalized in the ICU and who experienced this process with their family members. The sampling technique adopted was simple random. Data collection was carried out through the application of the following instruments: sociodemographic and clinical data form, the subscale of the Family Assessment Device, called the General Family Functioning Scale (FGF), the General Anxiety Disorder-7 scale (GAD-7) and the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) questionnaire. The data were stored in REDCap and analyzed using SPSS software. Univariate, bivariate and multivariate analysis were used to verify associations. **RESULTS:** 310 family members were interviewed, with an average age of 41.5 years, predominantly female (76.7%), with secondary education (48.7%), married (36.2%), of Catholic religion (51.6%), economically active (27.2%), did not live with the hospitalized family member (54.2%) and according to the degree of kinship, the majority were children (43.5%). The prevalence of dysfunction occurred in 41% of participating families. After multivariate analysis, a statistical association was verified between the variables education (RP: 1.43) and anxiety (RP: 1.40) with the involvement of family dysfunction. **CONCLUSION:** The assessment of family dynamics from a clinical perspective is still incipient in the national scenario, which reinforces the importance of this research. The relational and clinical changes presented in this research demonstrate that family members who experience this reality suffer considerable impacts on important aspects of their lives, which reverberates in the balance and maintenance of interactions that are important for the homeostasis of their entire system.

Descriptors: Family; Family dynamics; Intensive care units; Mental Health

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UTI	Unidade de Terapia Intensiva
PICS-F	<i>Postintensive Care Syndrome – Family</i>
NIPES	Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Estudo em Saúde
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
GAF	Grupo de Apoio à Família
MCSCF	Modelo Circumplexo dos Sistemas Conjugais e Familiares
MMFF	Master Model of Family Functioning
TEPT	Transtorno por Estresse Pós Traumático
SCCM	<i>Society of Critical Care Medicine</i>
FAD	<i>Family Assessment Device</i>
FACES-IV	<i>Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales</i>
SCORE-15	<i>Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation-15</i>
FGF	Funcionamento Geral da Família
FES	<i>Family Environment Scale</i>
FAM	<i>Family Assessment Measure</i>
FACES III	<i>Family Adaptability Cohesion Evaluation Scale III</i>
T0	Pesquisa de linha de base
COVID-19	<i>Coronavirus disease-2019</i>
UAVC	Unidade de Acidente Vascular Cerebral
OMS	Organização Mundial da Saúde
GFF	<i>General Family Functioning</i>
GAD-7	<i>General Anxiety Disorder-7</i>
HGCA	Hospital Geral Clériston Andrade
PHQ-9	<i>Patient Health Questionnaire-9</i>
REDCAP	<i>Research Electronic Data Capture</i>
RP	Razão de Prevalência
X ²	Qui-quadrado de Pearson
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Processo de validação e ou adaptação da subescala FGF no contexto nacional e internacional.	30
Quadro 2	Conhecimento produzido na literatura nacional e internacional sobre a interpretação da FAD e sua subescala FGF	32
Quadro 3	Conhecimento produzido na literatura sobre fatores relacionais, associados a disfunção familiar no contexto do adoecimento crítico e/ou hospitalização de um familiar na UTI	36
Quadro 4	Categorização das variáveis sociodemográficas de interesse para avaliar associação da hospitalização do familiar na UTI com a PICS-F	48

LISTA DE IMAGENS

Figura 1	Resumo esquemático do acometimento familiar pela PICS-F	28
Figura 2	Modelo conceitual: A hospitalização de um familiar na UTI e suas alterações na dinâmica familiar e saúde mental	39
Figura 3	Resumo esquemático da coleta de dados em ambiente hospitalar	47
Figura 4	Caracterização dos familiares, Feira de Santana, Bahia, 2022 a 2023	53
Figura 5	Caracterização dos pacientes, Feira de Santana, Bahia, 2022 a 2023	53
Figura 6	Variáveis selecionadas para compor o modelo multivariado	58
Figura 7	Variáveis independente associadas ao desfecho, após análise multivariada	61
Figura 8	Modelo esquemático da análise multivariada	62

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	OBJETIVOS.....	16
2.1	GERAL.....	16
2.2	ESPECÍFICOS	16
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
3.1	CONCEPÇÕES SOBRE FAMÍLIA E DINÂMICA FAMILIAR.....	17
3.2	O IMPACTO DA HOSPITALIZAÇÃO NA DINÂMICA FAMILIAR.....	23
3.2.1	Síndrome pós-cuidados intensivos em família (PICS-F)	25
3.3	MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO FAMILIAR...	29
4	MÉTODO.....	40
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	40
4.2	PERÍODO E LOCAL DE ESTUDO.....	41
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO E AMOSTRAGEM	42
4.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	42
4.5	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	43
4.6	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	43
4.6.1	Ficha de dados sociodemográficos e clínicos.....	44
4.6.2	Escala do Funcionamento Geral da Família (FGF).....	44
4.6.3	Escala de Transtorno Geral de Ansiedade (GAD-7)	45
4.6.4	Questionário sobre a Saúde do Paciente (PHQ-9)	45
4.7	OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA.....	46
4.8	TRATAMENTO DOS DADOS.....	48
4.8.1	Construção do banco de dados e controle de qualidade.....	48
4.8.2	Variáveis.....	48
4.9	ANÁLISE DOS DADOS.....	51
4.9.1	Análise univariada.....	51
4.9.2	Análise bivariada.....	51
4.9.3	Análise multivariada.....	
4.10	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	52
5	RESULTADOS.....	53
5.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	53
5.2	AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO GERAL DA FAMÍLIA.....	54

5.3	FATORES ASSOCIADOS A DISFUNÇÃO FAMILIAR.....	56
5.3.1	Influência das variáveis independentes na disfunção familiar.....	60
6	DISCUSSÃO.....	63
7	CONCLUSÃO.....	66
	REFERÊNCIAS.....	67
	APÊNDICE A: Ficha de dados sociodemográficos e clínicos.....	78
	APÊNDICE B: Mapa de rastreamento do familiar.....	80
	APÊNDICE C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)...	81
	ANEXO A: Escala de Funcionamento Geral da Família (FGF).....	82
	ANEXO B: Escala de Transtorno Geral de Ansiedade (GAD-7)	83
	ANEXO C: Questionário sobre a Saúde do Paciente (PHQ-9)	84
	ANEXO D: Aprovação do CEP.....	85

1. INTRODUÇÃO

A dinâmica familiar é um termo abordado na literatura sob diferentes perspectivas e definições, em seu sentido mais amplo, se refere a forma como as relações e interações familiares acontecem, seja em seu próprio núcleo, com a comunidade e/ou com o meio ambiente. Dessas simbioses relacionais, podem gerar fatores positivos, que contribuem para um funcionamento familiar saudável/funcional ou o contrário, podem ser desencadeadoras de alterações importante em seu equilíbrio, provocando assim o seu desajustamento (Machado, 2012; Aslan *et al.*, 2018).

Uma dinâmica familiar funcional, está intimamente associada ao seu equilíbrio e manutenção, principalmente aos bons níveis de satisfação e comunicação entre seus membros, esse cenário também reflete na capacidade que os membros da família têm em executar tarefas, que promovam o crescimento e o bem-estar coletivo (Carvalho; Freitas; Leusehner, 2014; Walsh, 2016). Em contraponto a dinâmica assume um caráter disfuncional, quando os padrões familiares não estão dispostos de forma equilibrada, ocasionando uma imersão em sentimentos negativos, proveniente de um ou mais problemas, como é o caso da instalação de uma doença no grupo familiar, sendo esse desequilíbrio proporcional a gravidade do quadro clínico (Walsh, 2016; Inoue *et al.*, 2019).

A hospitalização em uma Unidade de Terapia intensiva (UTI), referência ao tratamento de pacientes em estado crítico de saúde, pode desencadear na família, alterações em sua rede de apoio, comunicação e laços afetivos, constituindo um cenário favorável para o seu desajustamento (Etters; Goodall; Harrison, 2008; Vieira; Waischunng, 2018; Bowman *et al.*, 2020). Além disso, Silveira (2004) relata que a internação e a doença são encaradas como uma ameaça, sendo vivenciadas de forma grupal, fazendo com que a família redirecione papéis e modifique seus hábitos de vida.

No estudo realizado por Bastos e colaboradores (2018), foi evidenciado que essa experiência também exerce influência negativa sobre a qualidade de vida dos familiares, a exemplo da sua produtividade, atividades sociais e vida econômica, o que requer, portanto, um olhar mais sensível a esse público. Essas alterações também foram retratadas no estudo de Montefusco e colaboradores (2011), ao qual foi demonstrado que as relações interpessoais entre os membros das famílias e entre a família e a sociedade podem ser abaladas durante esse processo, comprometendo aspectos importantes da vida em sociedade.

As alterações intrafamiliares que emergem desse cenário, refletem também sobre a saúde mental. Freitas e Mussi (2011) fomentam que os familiares nessa situação, se encontram

numa situação de fragilidade biológica, psíquica e social, podendo desencadear sentimentos negativos, como a ansiedade, insegurança e sensação de desamparo, transformando em um cenário favorável para o aparecimento de síndromes e transtornos psicológicos (Johnson *et al.*, 2019; Shirasaki *et al.*, 2022). Nessa perspectiva destaca-se a Síndrome Pós Terapia Intensiva Familiar (*Post Intensive Care Syndrome -PICS-F*), que consiste em um conjunto de alterações psicológicas, aos quais podem resultar em caráter agudo ou crônico, comprometimentos mentais significativos (Johnson *et al.*, 2019).

Ao considerar os impactos que acometem a família durante o adoecimento e hospitalização de um familiar na UTI, Araújo e Faria (2019) citam que o acolhimento, a inserção dos mesmos no cuidado da equipe de saúde, em especial da enfermagem, que são os profissionais responsáveis por coordenar e gerenciar a unidade, são fatores essenciais para prevenir possíveis danos a sua dinâmica e/ou saúde mental. Nessa perspectiva estudos que enfocam nessa temática, bem como o uso de instrumentos de rastreio para avaliar o grau de disfunção desse público na perspectiva clínica vem ganhando destaque, principalmente no cenário internacional (Byles *et al.*, 1988; Sawyer *et al.*, 1988; Akister; Stevenson-Hinde, 1991; Arrindell, 1993; Wenniger; Hageman; Arrindell, 1993; Emin; Mustafa; Nedim, 2009; Pires *et al.*, 2016; Traebert *et al.*, 2016).

Estudos nacionais e internacionais, centradas no uso de instrumentos de rastreio para avaliar a dinâmica familiar, no contexto clínico, sinalizam que embora a temática seja relevante, no cenário nacional o uso de instrumentos direcionados à comunidade clínica ainda é escasso, o que compromete a inserção desses familiares no processo de cuidado em saúde. (Pires *et al.*, 2016; Traebert *et al.*, 2016; Souza *et al.*, 2020).

Uma busca nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) empregando os descritores: relações familiares, estudos de validação, paciente, adulto e unidade de terapia intensiva, sem estabelecer limite de tempo não revelou nenhum artigo relacionado diretamente à temática, evidenciando a lacuna na produção de estudos nessa perspectiva. Essa escassez, também foi evidenciado no estudo de Souza et al (2020), no qual os autores reiteraram que embora a compreensão e o uso de diferentes instrumentos terapêuticos sejam relevantes e atuais, transformando-se numa importante ferramenta de avaliação clínica desse público, ainda no cenário nacional a sua aplicabilidade é ineficiente, o que compromete a inserção desse público, no processo de cuidado da equipe de saúde.

Ao reconhecer o processo hospitalização como desencadeador de alterações intra e extrafamiliar e a escassez de pesquisas nacionais focadas nessa temática, assumiu-se como objeto de estudo analisar a dinâmica familiar e suas alterações, após o processo de hospitalização de um parente na UTI.

Nesse cenário, a motivação pessoal pela escolha da temática se justifica pelas vivências da autora no cuidado às famílias em situação de hospitalização, durante os anos que fora bolsista do projeto de extensão, intitulado: “Produção do cuidado, para a promoção de conforto de famílias no contexto hospitalar”, vinculado ao Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisa em Saúde (NIPES), da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). As atividades extensionistas foram realizadas em um hospital público do interior da Bahia, ao qual a autora atuou diretamente na produção de tecnologias educativas (Álbuns seriados, vídeos, cartilhas, folders e panfletos), apresentadas pela mesma, durante as reuniões do Grupo de Apoio à Família (GAF-UEFS), ao qual tinha por objetivo promover conforto a esse público, ao esclarecer as suas principais dúvidas referentes a dinâmica da unidade, papel de cada profissional na equipe multiprofissional de saúde e os principais recursos terapêuticos empregados na assistência.

Através de seu estudo a autora vislumbra diminuir a lacuna existente na literatura nacional ao incentivar a formulação de novos estudos sobre a temática na perspectiva clínica, com enfoque nas alterações intra e extrafamiliar, além de reafirmar a importância inserir esse público como parte integrante do cuidado da equipe multiprofissional de saúde.

Diante do que foi exposto, a pesquisa esteve pautada pelas seguintes questões norteadoras: A hospitalização de um parente na UTI pode alterar a dinâmica familiar? Se sim, quais os fatores associados a essa disfuncionalidade?

No âmbito da saúde coletiva, ainda se faz necessário ampliar, divulgar e solidificar as ações voltadas para a promoção, proteção, recuperação da saúde desse público, em todos os níveis de atenção e de forma contínua, uma vez que os impactos gerados pela hospitalização, podem reverberar na saúde e qualidade de vida dos mesmos.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a dinâmica familiar após o processo de hospitalização de um dos seus membros na terapia intensiva.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar a prevalência de disfuncionalidade familiar após hospitalização na UTI;
- Identificar fatores associados às alterações disfuncionais na dinâmica familiar.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. CONCEPÇÕES SOBRE FAMÍLIA E DINÂMICA FAMILIAR

O termo família tem passado por diversas mudanças conceituais e organizacionais ao longo dos anos. Essas transformações são provenientes de fatos históricos, que repercutem na subjetividade do homem, que tanto é influenciado pelos acontecimentos como é provocador destes (Roudinesco, 2003).

A compreensão da temática é multifatorial, algumas ciências a entendem e interpretam sob diferentes perspectivas. Para as ciências biológicas o termo família compreende a divisão entre a ordem, gênero e a perpetuação da espécie. A psicologia entende a família como um conjunto de relações que exercem influência recíproca entre seus membros. Para a economia pode ser vista como uma unidade de reprodução econômica. Já para a sociologia representa a principal unidade de socialização dos indivíduos (Antoni, 2005; Dessen; Braz, 2005; Dowbor, 2015).

De forma literal, a família é definida como um sistema de amor, onde os vínculos estabelecidos formam a base das relações (Polster, 1979). É um espaço de convivência humana ao qual cada membro pertence a ela, constituindo, portanto, uma rede de relacionamentos, que definem as faces com as quais cada um participa dos diversos ambientes que frequentam no seu cotidiano, sendo que a simples descrição dos seus elementos são insuficientes para demonstrar a magnitude e complexidade de sua estrutura (Sprovieri; Assumpção Jr, 2001; Petrini, 2003).

Mattos e Maruyama (2009), abordam que a família é um espaço onde as pessoas aprendem e compartilham aprendizagens, constituindo assim um sistema complexo e dinâmico, influenciado pelo meio histórico, social e cultural que vivencia. Ainda para Buscaglia (2010) a família emerge como uma unidade interdependente, nas quais os relacionamentos do círculo familiar influenciam a todos os envolvidos, desse modo qualquer mudança poderá influenciar cada indivíduo e o sistema como um todo.

O termo sistema (*Systema*) tem origem na antiguidade clássica, designando uma quantidade de elementos visto como um todo, constituindo um conjunto, com conexões e relações de interdependência. Devido a sua complexidade e multifatorialidade é um termo que vem sendo aplicado em diferentes setores da sociedade, ganhando destaque nos âmbitos: econômico, social, político, administrativo, educacional e na saúde (Campedelli, 1975; Cotanda, 2014).

Para Bertalanffy (1968, p.30) um sistema pode ser definido como:

Um conjunto de elementos interdependentes que interagem com objetivos comuns formando um todo e onde cada um dos elementos componentes comporta-se, por sua vez, como um sistema cujo resultado é maior do que o resultado que as unidades poderiam ter se funcionassem independentemente.

No contexto da família, o sistema é conceituado como uma organização de crenças e valores, ligadas diretamente às transformações da sociedade, em busca de adaptação e manutenção da vida de seus membros (Minuchin, 1985). As transformações que ocorrem no sistema familiar, podem afetar todos os envolvidos, fazendo com que os mesmos percam o equilíbrio já estabelecido ou estabeleça um novo de acordo com uma situação emergente. (Dessen; Braz, 2005; Valle, 2009).

As relações de interdependências que ocorrem em um sistema vem sendo objeto de estudo em diferentes áreas, entre elas se destacam as ciências biológicas e as exatas, em especial a física quântica que procura estabelecer uma relação entre os fenômenos. A teoria do sistema desenvolvida na década de 30 pelo biólogo Ludwing Von Bertalanffy, pretendia explicar os eventos complexo da humanidade, partindo da premissa que os “organismos” se estabelecem de forma organizada, funcionando como um sistema, que são compostos por elementos interdependentes, que precisam ter sua realidade compreendida de forma conjunta e nunca isolada (Campedelli, 1978; Botti; Almeida, 2008). Para Bertalanffy os organismos vivos são sistemas abertos, que podem se alimentar de um fluxo contínuo de matéria e de energia extraídas e devolvidas ao meio ambiente (Capra, 2012).

Para Oliveira (2015), a família é um sistema aberto devido às trocas emocionais e pelos vínculos afetivos estabelecidos entre os seus membros, além da constante interação entre os subsistemas que compõem o sistema familiar. Ainda para a autora, por ser uma rede de constante interações e aprendizagens, as ações de um familiar podem comprometer todo o comportamento do sistema ou vice-versa.

Na concepção da família, a teoria do sistema, agora denominada de Teoria Sistêmica da Família, analisa como as experiências individuais de cada membro afeta o sistema familiar, além de compreender suas interações e reciprocidades, de acordo com os princípios da globalidade, não-somatividade, homeostase, circularidade, retroalimentação, equifinalidade, morfogênese e o princípio da organização hierárquica (Bouso, 2008; Novaes *et al.*, 2011).

O princípio da globalidade enfatiza que “[..] todo e qualquer sistema se comporta como um todo coeso”. Assim, uma mudança em qualquer parte do sistema, resulta em mudanças no sistema em sua totalidade (Filomeno, 2002, p. 29).

O conceito da não-somatividade afirma que o sistema “[...] não é a soma das partes, devendo-se considerar o todo em sua complexidade e organização”. Nesse contexto considera o princípio da individualidade entre os membros, que mesmo pertencentes a um sistema, possuem características próprias (Gomes *et al.*, 2014, p. 7).

A homeostase é o processo de autorregulação que mantém a estabilidade do sistema preservando seu funcionamento. Mesmo em um contexto de intensa mudança, tal princípio permite que os sistemas funcionem de forma coesa (Gomes *et al.*, 2014). Ainda de acordo com Araújo e Gouvêia (2016) a homeostasia é obtida através dos mecanismos de *feedback*, que permite que o sistema restabeleça seus equilíbrios através de estímulos externos (Comunicação).

A circularidade, também chamada de causalidade circular, bilateralidade ou não-unilateralidade, compreende que dentro de um sistema um comportamento é produto e produtor de outro comportamento, ou seja, uma pessoa afeta e é afetada pelo comportamento de outra pessoa e do contexto em que está inserido (Prioste; Cruz; Narciso, 2010)

A retroalimentação está intimamente ligada ao equilíbrio do sistema, sendo classificada como negativa, o que acontece quando esse mantém a homeostase, ou positiva, que se refere ao fato do sistema responder a um estímulo externo. Assim tal princípio garante o funcionamento circular, pelo mecanismo de *feedback*, seja ele negativo ou positivo (Novais *et al.*, 2011)

O pressuposto da equifinalidade parte do princípio que em um sistema aberto, o seu equilíbrio é determinado pelos parâmetros dos sistemas, o que representa que “[...] diferentes condições iniciais geram igualdade de resultados e diferentes resultados podem ser gerados por diferentes condições iniciais” (Santos *et al.*, 2012, p. 6).

A morfogênese se refere à capacidade que o sistema familiar possui de se reestruturar após uma mudança sofrida. Essas alterações estruturais implicam em novas regras, fazendo com o que o sistema admita uma nova configuração (Melo *et al.*, 2012).

O princípio da organização hierárquica explica a forma que os sistemas se relacionam e estão integrados numa cadeia hierárquica, pela superposição dos sistemas. Nessa perspectiva a hierarquia envolve a compreensão de como a organização familiar é estabelecida (Araújo; Gouveia, 2016).

Ao considerar os princípios da teoria sistêmica da família, para Motta (2008, p. 3):

A família é vista como um todo que é diferente do somatório dos membros individuais, é um sistema em constante transformação, evoluindo com a capacidade de diminuir sua própria estabilidade e recuperá-la através de uma reorganização de sua estrutura com novas bases.

Nessa perspectiva de interdependência e interferência na homeostase do sistema, Aragão, Milagres e Figlie (2009), corroboram ao afirmar que cada um dos membros da família estão conectados entre si, ao ponto que se uma das partes gera uma reação, toda a estrutura será impactada com o efeito. Essas mudanças possuem diferentes níveis, podendo ser classificada como variável, quando as transformações não exigem um alto grau de resolubilidade e desequilíbrio ou irreversível, quando exige uma maior adaptabilidade da família, ocasionando mudanças significativas na dinâmica familiar (Pinto; Montinho; Gonçalves, 2008).

A dinâmica familiar é conceituada por Calil (1987), sob duas perspectivas sociais primárias, que constituem a família de origem e a familiar nuclear. A família de origem é a unidade em que cada indivíduo constituem seus padrões de relacionamento e a nuclear, as relações e os ensinamentos são adquiridos e perpassados entre os membros ao longo do seu desenvolvimento, portanto para o autor a família constitui um campo de relações que nos configuram como um sujeito e é através dessas interações, que a dinâmica é realizada, estruturada e a depender do evento estressor, re-configurada.

Ao considerar um panorama mais amplo, a dinâmica familiar está associada à qualidade de vida na perspectiva sistêmica, por integrar processos relacionados a fatores organizacionais e relacionais entre os membros da família (Schermerhorn; Mark Cummings, 2008). Os autores enfatizam que nessa perspectiva a qualidade de vida é interpretada como bem-estar da família, percebido subjetivamente e informado por seus membros, no qual as necessidades individuais e familiares interagem.

No que tange a avaliação da dinâmica familiar e sua classificação como funcional ou disfuncional, Bray (1995) relata que é algo complexo, pois existem na literatura diferentes concepções sobre a temática, no entanto o autor sugere que seja levada em consideração quatro elementos importantes: a descrição da estrutura e dos elementos que compõe a família, os comportamentos e as interações que servem de base para as relações familiares, os fatores afetivos entre os membros da família e a organização familiar.

A complexidade relatada por Bray, é verificada na literatura, através das tentativas de conceituação do que seria um funcionamento aos quais autores tentam classificar funcional ou disfuncional. Mioto (1998) partindo da perspectiva que a família é um sistema, ao qual sofrem influências do meio interno e externo, a dinâmica funcional caracteriza como o equilíbrio entre acontecimentos novos e a manutenção dos movimentos repetitivos, fazendo com que os familiares redirecione papéis, hábitos e costumes, mas mantêm entre si os laços efetivados ao longo do tempo, já a dinâmica disfuncional, acontecem frente a elementos que comprometem

esse equilíbrio, ocasionando no seio familiar a imersão de sentimentos de não pertencimento. Se transformando em um cenário favorável

Para Tomaz *et al* (2017), os elementos moduladores dos sistemas englobam os recursos disponíveis, a habilidade de comunicação e a sobrecarga de dificuldades a que se encontra sujeita. Nesse contexto Santos *et al* (2012), relatam que o sistema familiar funcional, é aquele em que o grupo familiar, busca soluções por meio de recursos próprios para lidar com os conflitos ou situações críticas e o sistema disfuncional são aqueles nos quais não existe um comprometimento com a dinâmica e a manutenção do sistema por parte de seus membros.

Na investigação de quais os fatores interferem na dinâmica familiar, Olson em 1982, propôs o modelo denominado de Modelo Circumplexo dos Sistemas Conjugais e Familiares (MCSCF), ao qual apresenta três aspectos importantes que interferem de forma direta na dinâmica familiar: a coesão, flexibilidade e comunicação. O modelo considera que as dimensões coesão e flexibilidade, mantêm uma relação curvilínea, ou seja, pouca ou muita coesão e flexibilidade é um parâmetro de alerta para o funcionamento familiar. Já a comunicação se comporta num sentido linear, quanto maior essa dimensão no sistema familiar, menos disfuncional a mesma se tornará (Olson, 2000; Olson; Waldvogel; Schlieff, 2019).

A coesão familiar é definida como o vínculo emocional que os membros da família têm uns com os outros. O foco da construção da coesão é como os sistemas familiares equilibram a separação de seus membros versus a união (Olson, 2000).

Para as autoras Santos, Banzon e Carvalho (2017) a flexibilidade está intimamente ligada a liderança, as funções e as regras exercidas pelos membros das famílias, concerne ao quanto os sistemas adquirem equilíbrio diante de mudanças ou de um evento estressor.

A comunicação é a terceira dimensão do Modelo Circumplexo e é considerada uma dimensão facilitadora, por considerar que as habilidades de comunicação entre os membros da família, permitem que os mesmos ajustem os níveis de coesão e flexibilidade, para se manter em equilíbrio, mesmo sob condições adversas (Olson; Waldvogel; Schlieff, 2019). Nessa perspectiva toda e qualquer modificação na família, seja por motivo pessoal, social e ou biológico, demanda uma readaptação na busca do seu equilíbrio, fazendo necessário um ajuste estrutural e emocional na reconstrução da sua identidade, enquanto sistema (Bossardi *et al.*, 2021).

Já em 1983 foi estabelecido o Modelo Compreensivo do Funcionamento da Família (*McMaster Model of Family Functioning* -MMFF), baseado na teoria do sistema familiar. Esse modelo compreende seis dimensões para o funcionamento saudável da família: A capacidade de resolução de problemas, a comunicação que precisa ser clara para que todos os membros

compreendam a informação socializada, os papéis bem como as normas e regras estabelecidos por cada membro no sistema, a responsabilidade efetiva, o envolvimento afetivo e a última dimensão que compreende o controle de comportamento, ao qual assegura que os posicionamentos dos membros da família são influenciáveis as alterações do meio aos quais estão inseridos, necessitando de mecanismos de enfrentamento frente a uma situação adversa (Epstein; Baldwin; Bishop, 1983).

Ambos modelos Circumplexo e MMFF, convergem ao abordar que existem mecanismos que interferem de forma direta o sistema familiar, nesse contexto Lustosa (2007) relata que o adoecimento interfere de forma substancial o bem-estar de todos os envolvidos, ocasionando mudanças na vida de toda a família, portanto, o adoecer constitui um evento subjetivo, ao qual cada pessoa o vivencia de forma variada, constituindo assim uma realidade multifatorial, que pode resultar na instalação de crise, seja vivenciada de forma individual ou coletiva. Ainda para a autora essa crise ainda pode ser classificada como evolutiva, que assume características normais por estar associada às mudanças da vida e a crise acidental que consistem em alterações da personalidade do indivíduo e de sua família após exposição a um evento estressor.

Para Oliveira (2015), a partir do diagnóstico de uma doença, a família se movimenta em prol de ajudar o ente adoecido, colocando de lado os seus desejos individuais. Tal realidade que por vez pode emergir de forma súbita e inesperada, aglutina de forma rígida todo o núcleo familiar, comprometendo o seu equilíbrio e funcionamento, exigindo assim dos atores envolvidos, novos mecanismos de enfrentamento e defesa (Pinto; Montinho; Gonçalves, 2008). Ainda para Souza *et al* (2020), mesmo vivenciando todas as alterações que o processo de adoecimento provoca, os familiares são importantes no processo de cuidado, pois os mesmos compartilham o cuidado, a internação e o tratamento, tornando-se um elo entre o paciente e a equipe de saúde ao fornecer informações importantes, suporte social e sendo membro ativo do processo de cuidar.

Quando a doença se instala de forma súbita, a família não tem tempo suficiente para se preparar para todas as alterações que essa realidade impõe, podendo ocasionar uma ruptura no equilíbrio familiar, uma vez que tal desequilíbrio pode iniciar na fase diagnóstica e se prolongar após a morte ou cura do paciente (Franco, 2008; Khatri; Chhetri; Thulung, 2018).

3.2. O IMPACTO DA HOSPITALIZAÇÃO NA DINÂMICA FAMILIAR

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI), é um ambiente hospitalar que funciona como um sistema organizado, com a finalidade de oferecer suporte vital de alta complexidade, para manter a vida durante condições clínicas de gravidade extrema e risco de morte por insuficiência orgânica. Essa assistência é prestada de forma contínua, por uma equipe de saúde multidisciplinar especializada (Brasil, 2020). Para Galvan e Cavalcanti (2021), as UTI's fazem parte da rede de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem por objetivo fornecer um atendimento integral e especializado a fim de preservar a saúde e a qualidade de vida do paciente.

A hospitalização de uma pessoa na UTI geralmente ocorre de forma repentina, o que pode resultar no desajustamento familiar, uma vez que tanto o paciente quanto os seus familiares precisam se adequar às normas e rotinas da unidade, que por vezes são consideradas rígidas, além de se adaptar às novas condições imposta pela doença (Muniz *et al.*, 2019). Ao vivenciar essa realidade, os familiares passam a conviver com sentimentos de ansiedade, medo e angústia, que são decorrentes da gravidade do ente hospitalizado, da ruptura dos vínculos afetivos, interrupção na rotina e a incerteza do futuro, podendo resultar a longo prazo em distúrbios emocionais e psicológicos mais severos, caso o evento estressor persista e os atores envolvidos não seja assistido de forma adequada (Lustosa, 2007; Salimena; Andrade; Melo, 2011; Coutinho *et al.*, 2021)

Para Ismael (2004), a hospitalização em unidades de assistência ao paciente crítico pode provocar a instalação da crise no sistema familiar, o que causa uma ruptura nas relações que antes era considerada normal. A crise consiste numa tensão perturbadora de ordem biológica, social, psíquica ou espiritual a uma mudança brusca na vida de uma pessoa ou de um grupo familiar, ou seja, é uma resposta adversa a uma situação que exige dos envolvidos mecanismos de defesa e adaptação. No contexto do adoecimento, a crise instalada pode impulsionar sentimentos como medo, fragilidade e impotência, instalando assim uma ruptura no equilíbrio e nas relações familiares (Horta; Fernandes, 2018).

Para Sell *et al* (2012), as modificações na dinâmica familiar resultante desse processo podem ainda atuar como um fator ansiogênico, uma vez que o adoecimento e a internação na UTI, podem exigir da família uma reorganização abrupta da sua dinâmica, provocando alterações significativas às suas atividades diárias de seus membros.

Estudos nacionais e internacionais relacionados à temática, indicam que as famílias nesse contexto encontram-se vulneráveis, devido ao impacto e a incerteza gerada pela doença,

tais situações podem desencadear sintomas psicológicos, podendo resultar em transtornos de estresse, depressão e ansiedade, o que pode perdurar mesmo após a alta do familiar da UTI, uma vez que a doença e a hospitalização se comportam como eventos estressores (Al-Mutair *et al.*, 2014; Passos *et al.*, 2015; Khatri Chhetri; Thulung, 2018; Moraes *et al.*, 2018; Sá *et al.*, 2021). Para Pettengil e Ângelo (2005), a vulnerabilidade é definida como ameaça à autonomia em face da interação com a doença, com a própria família e com a equipe de saúde. Nesse sentido, a vulnerabilidade revela-se como condição existencial humana, que se manifesta em diferentes graus a depender da situação, em todos os seres humanos.

Um estudo realizado por Santana *et al* (2017), buscou conhecer os aspectos biopsicossociais do adoecimento em familiares de pacientes hospitalizados, os dados obtidos demonstraram que os familiares que vivenciaram esse processo, tiveram ruptura em sua dinâmica, resultando no aumento de brigas e falta de atenção nos relacionamentos. Fato esse também relatado no estudo de Sá *et al* (2021), que evidenciaram que a hospitalização além de provocar uma sobrecarga psicológica nos familiares, também é responsável por alterações nas relações interpessoais. Nessa perspectiva, esse processo pode alterar a equilíbrio da família, pois os familiares precisam se readaptar ao cenário imposto pela doença, uma vez que o adoecimento apresenta uma nova realidade para esse sistema, que no primeiro momento se desequilibra, fazendo emergir uma situação de crise, mas ao longo do processo podem adquirir habilidades para superar essa adversidade (Nunes *et al.*, 2017).

As reconfigurações familiares ocasionadas pela hospitalização de um parente na UTI e a sua interferência na dinâmica familiar, foi tema central do estudo de Oliveira (2015). Foram evidenciados que diante do adoecimento, os sentimentos negativos acometem de forma direta o familiar, alterando a sua rotina e instaurando uma nova configuração nas suas relações. Nesse contexto, a autora enfatiza que quanto maior o grau de parentesco desse familiar com o doente hospitalizado, maior será a sua reação emocional.

Para Pinto *et al* (2008), a família nessa situação convive com duas realidades que interferem de forma direta no seu modo de ser, pensar e agir, que consiste nas necessidades do doente e a do sistema familiar. Em relação ao doente os autores citam as necessidades biológicas, psicológicas, espirituais e sociais, já no âmbito coletivo relatam as dificuldades enfrentadas pela família para se adequar às novas necessidades do familiar doente, bem como se adequar à nova rotina e exigências que exigem novas modalidades de respostas.

Compreender o sistema familiar e todo o seu delinear estrutural e organizacional, se faz necessário para entender como o mesmo se organiza frente a uma situação adversa. Traebert *et al* (2016) enfatizam que o estudo sobre o funcionamento de famílias tem ganhando cada vez

mais espaço na literatura científica, principalmente com o enfoque na dinâmica, na influência das variáveis psicossociais e na identificação de doenças e desordens psiquiátricas, no entanto as autoras Faria, Lima e Silva (2019) relatam que a compreender a influência da doença no sistema familiar embora seja fundamental para a prestação de cuidados centrados na família, ainda a sua aplicabilidade e entendimento pode gerar confusão o que faz necessário um entendimento mais claro sobre seu conceito, o que pode trazer desenvolvimentos da prática em saúde.

3.2.1. Síndrome pós-cuidado intensivo em família (PICS-F)

Os familiares que vivenciam o processo de hospitalização de um parente na UTI, podem ser acometidos por alterações psicológicas ao longo do tempo, sendo as mais comuns a ansiedade, depressão, luto complicado e o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Tais manifestações podem ser o resultado da ameaça à vida de um ente querido, do início súbito da doença, da ruptura no equilíbrio familiar e da gravidade do caso clínico (Zante *et al.*, 2020).

A ansiedade para Frota *et al* (2022) é definida com um sentimento negativo, desconfortável, que se manifesta sob reações físicas e mentais, desencadeadas quando a pessoa tem pensamentos indesejáveis sobre um futuro que por vezes é incerto. Já a depressão é caracterizada por alterações psicopatológicas, que podem diferir em variados quadros sintomatológicos, gravidade e prognóstico. Os indivíduos que são acometidos por essa síndrome, podem ter alterações de humor, irritabilidade e alterações no sono (Del Porto, 1999; Istilli *et al.*, 2010; Etapechusk; Fernandes, 2018).

O luto é uma resposta à ruptura de um vínculo afetivo, seja ele proveniente do óbito, da instalação de uma doença, da separação conjugal e ou mudanças geográficas, ao qual diante desse cenário o enlutado vivencia uma série de mudanças relacionadas principalmente aos meios social, familiar e econômico. O luto pode ser classificado como “normal” ou complicado. Para Braz e Franco (2017) o luto normal é o processo ao qual o indivíduo sente e manifesta a perda ou distanciamento do ente querido, mas consegue administrar as mudanças provenientes da situação, já o luto complicado consiste numa desorganização prolongada frente ao processo de perda, ao qual a pessoa não consegue equilibrar a sua rotina e há uma somatização de sentimentos negativos, entre eles se destacam os sintomas depressivos, baixa autoestima e pensamento autodestrutivo.

O TEPT constitui um conjunto de sinais e sintomas emocionais, fisiológicos e comportamentais que ocorrem após exposição a situações que possam a vir a ameaçar a

integridade física do indivíduo ou colocá-lo sob exposição a um evento estressor (Teixeira; Rosa, 2018). Ainda para Peixoto *et al* (2021), tal transtorno psicológico pode ser desencadeado após exposição única ou prolongada a um ou mais eventos traumáticos, que possa a vir a colocar a própria vida em risco ou de outrem, ou que ofereça risco a integridade física, mental e ou moral de um indivíduo.

Em 2012, a *Society of Critical Care Medicine* (SCCM), organizou uma força tarefa com a finalidade de compreender a fisiopatologia e instituir medidas preventivas para esse conjunto de alterações psicológicas, ao qual foi posteriormente denominado de Síndrome familiar pós cuidado intensivos (*Postintensive care syndrome family* -PICS-F) (Davidson; Jones; Bienvenu, 2012; Zante; Camenisch; Schefold, 2020).

A PICS-F consiste nos efeitos psicológicos adversos, sejam eles de caráter agudo ou crônico, que podem acometer os familiares de pacientes sob cuidados críticos. A instalação e manifestação dos sintomas psicológicos, pode ter início entre 24 a 48 horas após a admissão do familiar na UTI e em alguns casos os efeitos subsequentes são visualizados mesmo anos após alta (Rawal; Yadav; Kumar, 2017).

Em seu estudo Van Beusekom *et al* (2015), demonstraram que as prevalências dos sintomas da PICS-F são maiores no momento da admissão do paciente e diminui com o tempo, exceto para TEPT. Fato esse também observado nos estudos de Schimit, Azoulay e Harvey (2012; 2012) ao quais foram relatados que até 50% dos familiares de pacientes nos primeiros meses após internação foram diagnosticados com sintomas de TEPT, até 75% com sintomas de ansiedade e 40% com sintomas depressivos.

A prevalência mais significativa no quadro de ansiedade também foi visualizada em outros estudos. Fonseca e colaboradores (2019) realizou uma pesquisa que objetivou analisar a prevalência de ansiedade e depressão em familiares de pacientes internados nas UTI's de um hospital público de grande porte do interior da Bahia. Dos 135 participantes, 39,3% apresentaram sintomas de ansiedade e 28,9%, sintomas de depressão. A prevalência de ansiedade nos familiares que vivenciou o processo de hospitalização de um parente na UTI, também foi maior no estudo de Białek e Sadowski, (2021) que evidenciou que dos 37 participantes, cerca de 38% e 33%, experimentaram altos níveis de ansiedade e depressão, respectivamente.

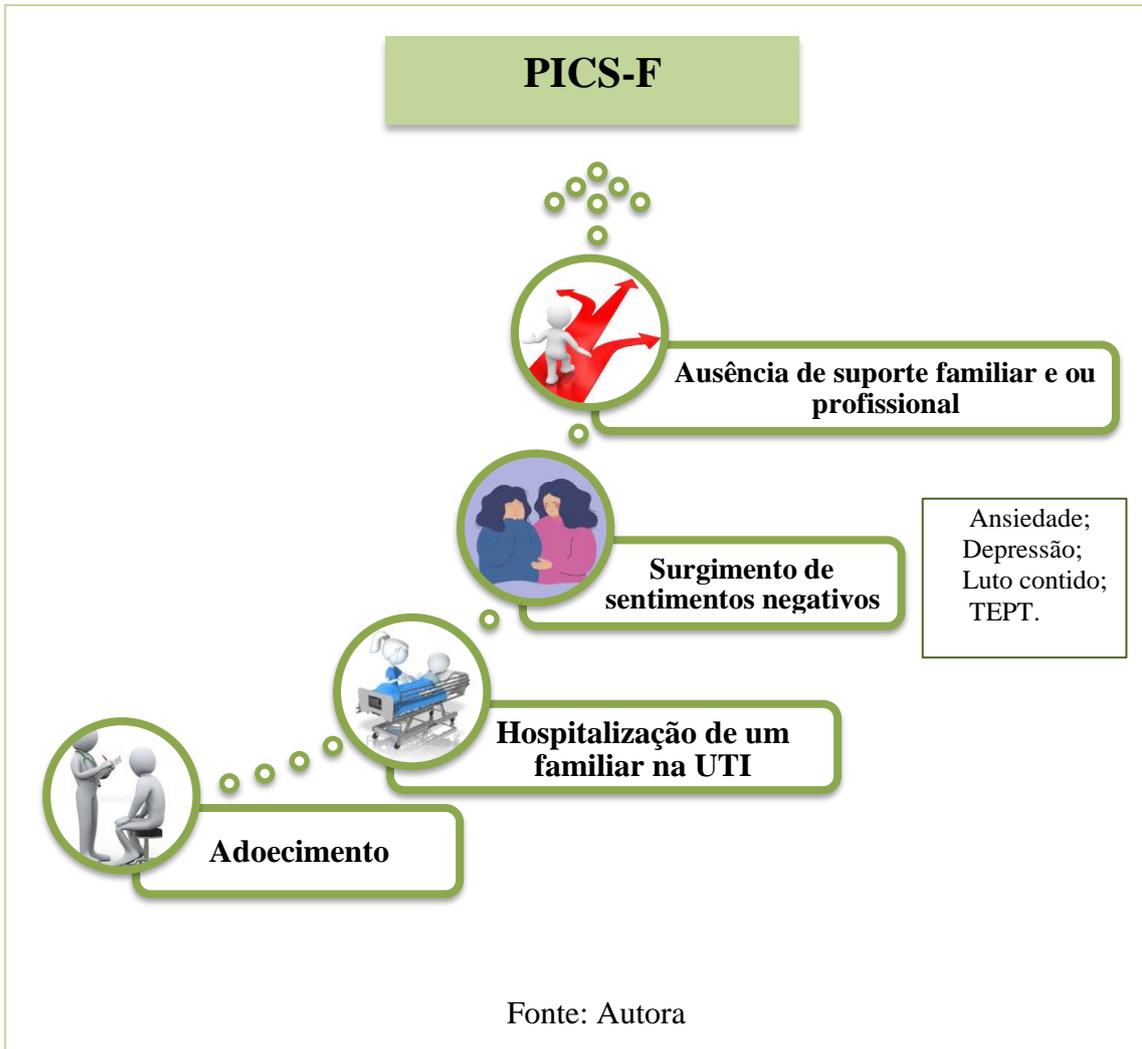
Para Matias e Rezende (2018) a ansiedade desenvolvida pelos familiares nesse contexto, é o resultado do enfrentamento da doença e a consequente preocupação com a recuperação do familiar hospitalizado, dos conflitos emocionais decorrentes da ruptura da sua rotina, bem como do impacto na condição financeira. Ainda para Salimena, Andrade e Melo (2011),

desconhecimento da real condição clínica do seu parente, as possibilidades de recuperação, do tratamento e a mudança para um ambiente onde as normas e rotinas são estranhas, potencializam esse quadro psicológico.

Há um consenso na literatura que, os principais fatores de risco associado à PICS-F, envolvem variáveis relacionadas ao paciente e familiares. Ao paciente estão associados ser do sexo masculino, ser jovem, natureza do diagnóstico e sua gravidade, além do tempo de permanência na UTI. Aos familiares envolvem ser mulher, cônjuge ou familiar mais próximo do paciente, ser um membro de família mais jovem, residir próximo ao local de internamento, residir na mesma casa com o paciente, menor nível de escolaridade e condições financeiras. Outros fatores de risco incluem preexistência de ansiedade ou depressão ou ambos, bem como história familiar de ansiedade, depressão, doença mental ou doença mental grave. (Davidson; Jones; Bienvenu, 2012; Belayachi *et al.*, 2014; Wang *et al.*, 2018; Fonseca *et al.*, 2019; Johnson *et al.*, 2019; Białek; Sadowski, 2021; Shirasaki *et al.*, 2022).

Ao reconhecer o impacto e os fatores atenuantes para o agravamento da síndrome, medidas de intervenções estão sendo adotadas pela equipe multiprofissional de saúde, com a finalidade de oferecer suporte a esse público, durante e após a alta do seu familiar da UTI. Para Lautrette e colaboradores (2007) uma comunicação eficaz entre os profissionais e os familiares, uso de materiais educativos e suporte ao familiar a longo prazo contribuem para a diminuição dos sentimentos negativos provenientes do internamento. Ainda para os autores, o suporte psicológico por via remota, pode ser uma alternativa de inserir esse público no processo de cuidado dos profissionais de saúde. Além dessas intervenções, outras como reuniões familiares com a equipe de saúde, política de visitação mais flexível, uso de folhetos educativos e diários tem se mostrado eficaz no suporte aos familiares, embora não seja realizado de forma rotineira pela equipe da UTI e, portanto, o seu delineamento necessita ser mais aprofundado (Bibas *et al.*, 2019; Garrouste-Orgeas *et al.*, 2019; Klimasiński, 2021; Miyamoto *et al.*, 2021).

Figura 1. Resumo esquemático do acometimento familiar pela PICS-F



3.3. MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO FAMILIAR

A compreensão da dinâmica familiar é uma tarefa complexa, relevante e atual, por isso se faz necessário a elaboração de ferramentas para avaliá-la, sob diferentes perspectivas. O emprego de instrumentos terapêuticos e de medidas que auxiliam os profissionais que se dedicam a esse público alvo, estão cada vez mais ganhando destaque no cenário nacional e internacional (Morris, 1990; Bihum *et al.*, 2002; Barroilhet *et al.*, 2009; Emin; Mustafa; Nedim, 2009; Pires *et al.*, 2016; Traebert *et al.*, 2016).

Um estudo realizado por Santos e colaboradores (2021), objetivou identificar quais os principais instrumentos de avaliação do funcionamento familiar na perspectiva clínica e comunitária mais utilizados na Europa e Brasil, nos últimos 11 anos. Após análises, foram identificados o *Family Assessment Device* (FAD), *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales IV* (FACES-IV) e o *Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation-15* (SCORE-15).

O FAD é um instrumento de autorrelato, criado nos Estados Unidos, que descreve as estruturas, organizações e as inter-relações das famílias, objetivando identificar áreas problemáticas do seu funcionamento. Possuem 60 itens, que mensuram sete dimensões do funcionamento familiar, baseado em um grande modelo denominado de *McMaster Model of Family Functioning* (MMFF) podendo ser aplicado em pessoas a partir de 12 anos (Epstein, Bishop; Levin, 1978).

O *MacMaster Model* é baseado em sistemas, regras e teorias da comunicação, com o foco em famílias não clínicas. Um aspecto relevante sobre esse instrumento é que as famílias podem referir um funcionamento saudável em algumas dimensões e experiências negativas em outras (Chen *et al.*, 2003). Os instrumentos derivados desse modelo, são mais utilizados, com grande relevância em estudos desenvolvidos na Ásia, Europa e Oceania (Akister, Stevenson, 1991; Chen *et al.*, 2003; Barroilhet *et al.*, 2009; Aslan *et al.*, 2018)

As dimensões do FAD compreendem os questionamentos sobre as habilidades da família em resolver problemas (Dimensão I: Resolução de problemas); da apreciação da qualidade de comunicação transmitida na família (Dimensão II: Comunicação); da avaliação dos padrões de comportamento dos indivíduos no funcionamento familiar (Dimensão III: Papéis familiares); da percepção das habilidades da família ao demonstrar sentimentos afetivos apropriados de acordo com as experiências vividas (Dimensão IV: Responsividade afetiva), da compreensão da frequência, grau de interesse e interações entre os familiares (Dimensão V: Envolvimento afetivo); do dimensionamento das manifestações efetivas transmitidas frente às

situações estressantes (Dimensão VI: Controle de comportamento) e avaliação global do funcional da família (Dimensão VIII: Funcionamento Geral da Família -FGF) (Pires *et al.*, 2016; Souza *et al.*, 2020). Para Sousa (2011, p.53) “[...] Essa última dimensão é frequentemente utilizada de modo independente relativamente à escala total, dado que os 12 itens que a compõem representam, de forma significativa, o funcionamento geral da família’.

Pires *et al* (2016) publicou um trabalho sobre a adaptação transcultural da subescala do FAD sobre o Funcionamento Geral da Família, para o contexto nacional. Após análises, foi verificado que os achados indicam a aplicabilidade do instrumento na população brasileira, sendo uma ferramenta de fácil compreensão e eficaz na avaliação do construto de interesse. Fato esse também constatado no estudo de Traebert *et al* (2016), que objetivou realizar as etapas preliminares da adaptação transcultural do FAD para o contexto nacional, além de analisar a sua confiabilidade. Tais resultados demonstraram que os processos de tradução e adaptação transcultural foram bem-sucedidos (Quadro 1), mas também sinalizaram as dificuldades em mensurar um construto tão complexo quanto o funcionamento familiar.

Quadro 1. Processo de validação e ou adaptação da subescala FGF no contexto nacional e internacional.

Título	Autor (es)- Ano/ Tipo de estudo	Local	Amostra	Resultados
Ontario child health study: reliability and validity of the general functioning subscale of the mcmaster family assessment device	Byles <i>et al.</i> , 1988 Transversal	Canadá	A escala foi aplicada em uma grande amostra aleatória (n = 1.869) de famílias de Ontário que participaram do <i>Ontario Child Health Study</i> .	Os resultados suportam a confiança na validade de construto da escala FGF como medida de funcionamento familiar
Reliability and validity of a short version of the general functioning subscale of the mcmaster family assessment device	Boterhoven de Haan <i>et al.</i> , 2015 Coorte	Austrália	O número total de participantes utilizados neste estudo foi de 3.225.	As propriedades psicométricas permitem avaliar de forma satisfatória o funcionamento familiar.

Cross-cultural adaptation of the general functioning scale of the family.	Pires <i>et al.</i> , 2016 Transversal	Brasil	A amostra consistiu em 500 responsáveis de crianças do segundo ano do ensino fundamental de escolas públicas do município de São Gonçalo, Rio de Janeiro.	O instrumento demonstrou validade de construto e adaptação transcultural satisfatórias.
General Family Functioning as a predictor of quality of life in parents of children with cancer	Modanloo <i>et al.</i> , 2019 Transversal	Irã	Amostra constituída de 62 pares de pais de crianças com câncer (n = 124)	Consistência interna e confiabilidade eficaz na análise do construto.
Validação do Family Assessment Device (FAD) numa amostra de jovens portugueses	Patrão <i>et al.</i> , 2020 Transversal	Portugal	Participaram 1265 jovens, com média de idades de 15 anos.	O instrumento possui boas capacidades psicométricas para ser usado em jovens portugueses.
Propriedades psicométricas da adaptação portuguesa do General Functioning of Family Assessment Device: Um estudo comparativo	Almeida <i>et al.</i> , 2020 Comparativo	Portugal	Participaram 100 famílias (pais) com adolescentes diabéticos de tipo I e 106 famílias (pais) com adolescentes saudáveis.	A consistência interna em ambas as amostras foi satisfatória, sendo ligeiramente superior nos pais de adolescentes saudáveis.
Cross-cultural adaptation of the General Functioning Scale of the family into the Malay language	Babar <i>et al.</i> , 2021 Validação	Malásia	Amostra constituída de 251 pais que tinham crianças matriculadas na pré-escola	Consistência interna e confiabilidade eficaz na análise do construto.

Para melhor analisar o ponto de corte do instrumento, bem como sua aplicabilidade nas populações comunitárias e clínicas, foi realizada uma revisão na literatura, ao qual constou da avaliação de 15 artigos na íntegra (Quadro 2). Os artigos foram publicados em idiomas distintos e em períodos que compreendeu os anos de 1983-2020. Dados referentes à validação e interpretação do FAD e sua subescala FGF, foram relevantes para a compreensão do seu delineamento metodológico e interpretação estatística.

Quadro 2. Conhecimento produzido na literatura nacional e internacional sobre a interpretação da FAD e sua subescala FGF.

Título	Autor (es)/Ano	Local	Interpretação do instrumento
The McMaster family assessment device*.	Epstein; Baldwin; Bishop, 1983	EUA	<ul style="list-style-type: none"> ○ Opção de resposta: (1) concordo totalmente, (2) concordo, (3) discordo (4) discordo totalmente.
The McMaster family assessment device: reliability and validity	Miller <i>et al.</i> , 1985	EUA	<ul style="list-style-type: none"> ○ Opção de resposta: (1) concordo totalmente, (2) concordo, (3) discordo (4) discordo totalmente; ○ Ponto de corte: Uma média superior a 2,0 indica que um número maior de itens foi endossado em uma direção não saudável do que em uma direção saudável.
Family functioning and the course of major depression	Keiner <i>et al.</i> , 1987	EUA	<ul style="list-style-type: none"> ○ Opção de resposta: (1) concordo totalmente, (2) concordo, (3) discordo (4) discordo totalmente; ○ Interpretação: Escores mais altos refletem pior funcionamento.
Ontario child health study: reliability and validity of the general functioning subscale of the McMaster family assessment device	Byles <i>et al.</i> , 1988	EUA	<ul style="list-style-type: none"> ○ Opção de resposta: (1) concordo totalmente, (2) concordo, (3) discordo (4) discordo totalmente; ○ Interpretação: A soma dos escores são divididos por 12 para dar uma pontuação total que varia de 1,0 a 4,0. Quanto maior a pontuação, maior a patologia familiar.

A cross-cultural study of major depression and family functioning	Keitner <i>et al.</i> , 1991	EUA	Não consta no artigo.
Across-national validity of dimensions of family functioning: first experiences with the dutch version of the mcmaster family assessment device (FAD)	Wenniger; Hageman; Arrindell, 1993	EUA	<ul style="list-style-type: none"> ○ Opção de resposta: Cada item é avaliado em um continuum de 4 pontos variando de “concordo totalmente” (1) a “discordo totalmente” (4).
The McMaster approach to families: theory, assessment, treatment and research	Miller <i>et al.</i> , 2000	EUA	<ul style="list-style-type: none"> ○ Opção de resposta: (1) concordo totalmente, (2) concordo, (3) discordo (4) discordo totalmente; ○ Escala invertida para os itens negativos; ○ Interpretação: As pontuações das escalas individuais variam de 1,0 (melhor funcionamento) a 4,0 (pior funcionamento).
The mcmaster model of family functioning	Epstein <i>et al.</i> , 2003	EUA	Não consta no artigo.
Emotional and behavioural difficulties in children of parents with multiple sclerosis	Diareme <i>et al.</i> , 2006	EUA	<ul style="list-style-type: none"> ○ Opção de resposta: (1) concordo totalmente, (2) concordo, (3) discordo (4) discordo totalmente; ○ Interpretação: Pontuações mais altas no instrumento indicam um maior grau de disfunções familiares.
A spanish version of the family assessment device.	Barroilhet <i>et al.</i> , 2009	Espanha	<ul style="list-style-type: none"> ○ Opção de resposta: As categorias das respostas variam de 1 a 4; ○ Ponto de corte: 2; ○ Interpretação: Uma média da subescala inferior a 2,0 indica que um maior número de itens foi direcionado em uma direção funcional, assim como

			um valor superior a 2,0 sugere dificuldades nesta área de atuação.
Cultural appropriateness of the family assessment device (fad) in the case of ethnic armenian adolescents in lebanon	Kazarian, 2010	Líbano	<ul style="list-style-type: none"> ○ Opção de resposta: O instrumento é pontuado pela soma das respostas endossadas (1-4); ○ Interpretação: Pontuações mais altas indicando pior funcionamento familiar.
Reliability and validity of a short version of the general functioning subscale of the mcmastr family assessment device	Boterhoven de Haan <i>et al.</i> , 2015	EUA	<ul style="list-style-type: none"> ○ Opção de resposta: (1) concordo totalmente, (2) concordo, (3) discordo (4) discordo totalmente; ○ Escala Invertida para os itens redigidos negativamente (1, 3, 5, 7, 9 e 11); ○ Interpretação: A pontuação total é dividida pelo número de itens na subescala dando uma pontuação total que varia de 1,0 (melhor funcionamento) a 4,0 (pior funcionamento).
Cross-cultural adaptation of the general functioning scale of the family.	PIRES <i>et al.</i> , 2016	Brasil	<ul style="list-style-type: none"> ○ Opção de resposta: 1. Concordo totalmente; 2. Concordo, 3. Nem concordo e nem discordo, 4. Discordo, 5. Discordo totalmente, 9. Não sabe; ○ Interpretação: Valores maiores significando melhor funcionamento familiar.
Preliminary stages of crosscultural adaptation of the Brazilian portuguese version of mcmastr family assessment device	Traebert <i>et al.</i> , 2016	Brasil	<ul style="list-style-type: none"> ○ Opção de resposta: Concordo fortemente (1), concordo (2), discordo (3) e discordo fortemente (4); ○ Interpretação: Os escores são calculados somando as pontuações e dividindo pela soma de afirmações.
Validação do family assesement device (FAD) numa amostra de jovens portuguese	Patrão <i>et al.</i> , 2020	Portugal	<ul style="list-style-type: none"> ○ Opção de resposta: 1: “Discordo Plenamente” a 4: “Concordo Plenamente”; ○ Escala subdividida em itens positivos e negativos; ○ Interpretação: Será necessário calcular os escores das duas dimensões,

			<p>assim, quanto maior o escore na dimensão funcionalidade, maior a funcionalidade familiar do sujeito; e quanto maior o escore na dimensão disfuncionalidade, maior a disfuncionalidade familiar do sujeito.</p>
--	--	--	---

Fonte: Autora

O FACES-IV tem por base o Modelo Circumplexo dos Sistemas Conjugal e Familiar, que objetiva avaliar o funcionamento familiar, considerando três dimensões: a coesão, a flexibilidade e a comunicação. Esse modelo, tem passado por mudanças ao longo dos anos, a versão mais recente é de 2011, ao qual o instrumento conta com 42 itens, podendo ser utilizado em contexto clínico e de pesquisa, destinados aos membros da família acima de 12 anos (Olsen, 2011; Santos *et al.*, 2021).

O SCORE-15, é um instrumento destinado à avaliação familiar no aspecto clínico, consistindo numa intervenção terapêutica, ao qual é um recurso aplicado na perspectiva de investigação em população não clínica. O SCORE-15 permite essa análise levando em consideração a comunicação, as dificuldades e os recursos da família ao promover bem-estar entre os seus membros, uma vez que é considerado que os relacionamentos familiares se comportam de forma central, resultando no bem-estar a todos os envolvidos (Vilaça *et al.*, 2015).

Além desses instrumentos mencionados na revisão de Santos *et al* (2021), há estudos que contemplam outras ferramentas de avaliação do funcionamento familiar, demonstrando assim a diversidade de compreensão do constructo (Sousa, 2011; PIRES *et al.*, 2016).

O *Family Environment Scale* (FES) é um instrumento de 90 itens, agregados em 10 subescalas, desenvolvido para avaliar os aspectos sociais das famílias. O FES possibilita aos pesquisadores avaliar as percepções de cada membro das famílias, sob três perspectivas: o real, o ideal e o esperado. A dimensão real se refere ao funcionamento da família como ela é na sua essência e como seria em uma situação perfeita (ideal) e como provavelmente será em novas situações (esperada) (Insel; Moos, 1974; Chen *et al.*, 2003).

O instrumento *Family Assessment Measure* (FAM), fornece índices quantitativos que avaliam os pontos fortes e fracos da família. A FAM possui três componentes: uma escala geral que tem o foco na família como um sistema, a escala de relacionamentos e a escala de autoavaliação, integrando diferentes abordagens de terapia familiar e pesquisa (Skinner; Steinhauer; Santa-Barbara, 1983)

A *Family Adaptability Cohesion Evaluation Scale III* (FACES III), foi elaborada para avaliar duas grandes dimensões do modelo Circumplex: adaptação e coesão da família. O FACES III permite avaliar o funcionamento da família em todo o ciclo da vida (Olsen, 1985).

A escala *Family Perceptions Scale* é constituída de 75 itens e baseia-se na compreensão de diferentes realidades subjetivas da família que possuem filhos adolescentes, avaliando o desempenho de papéis, valores e normas, comunicação, envolvimento afetivo e resolução de problemas (Tiffin; Kaplan; Place, 2011).

Diante do que foi exposto ao decorrer dos referenciais, o quadro 3 sintetiza os principais fatores relacionais, associados à disfunção familiar no contexto do adoecimento crítico e/ou hospitalização de um familiar na UTI, alterações essas identificadas por meios dos instrumentos de rastreios.

Quadro 3. Conhecimento produzido na literatura sobre fatores relacionais, associados a disfunção familiar no contexto do adoecimento crítico e/ou hospitalização de um familiar na UTI.

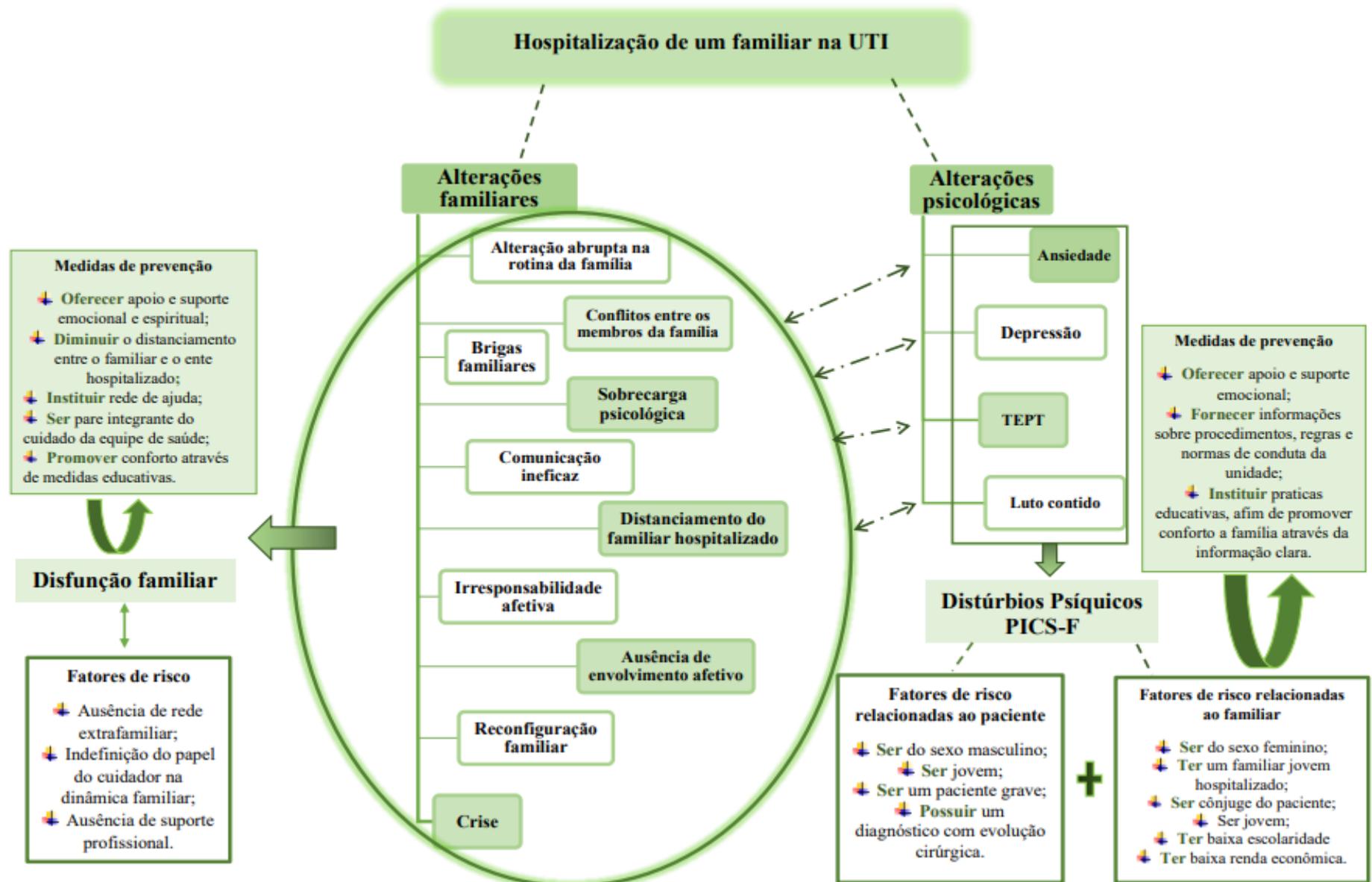
Título	Autor (es) /Ano	Local	Fatores associados
The McMaster Family Assessment Device	Epstein; Baldwin; Bishop, 1983	EUA	Ausência de envolvimento afetivo
A família do paciente internado	Lustosa, 2007	Brasil	Crise
Alterações na dinâmica familiar com a hospitalização em unidade de terapia intensiva	Sell <i>et al.</i> , 2012	Brasil	Alteração abrupta na rotina da família
A dinâmica familiar frente ao risco de morte – uma análise sistêmica do processo de hospitalização	Nunes <i>et al.</i> , 2017	Brasil	Reconfiguração familiar
Aspectos biopsicossociais do adoecimento por câncer para familiares de pacientes hospitalizados	Santana <i>et al.</i> , 2017	Brasil	Brigas familiares

Perception of Nurses on Needs of Family Members of Patient Admitted to Critical Care Units of Teaching Hospital, Chitwan Nepal: A Cross-Sectional Institutional Based Study	Khatri Chhetri; Thulung, 2018	EUA	Conflitos entre os membros da família
M. Circumplex Model of Marital and Family Systems: An Update	Olson; Waldvogel; Schlieff, 2019	EUA	Comunicação ineficaz
Modelos teóricos utilizados por enfermeiros para avaliação da família: reflexão teórica	Souza <i>et al.</i> , 2020	Brasil	Irresponsabilidade afetiva
Suporte Psicológico para familiares de pacientes internados na UTI	Coutinho <i>et al.</i> , 2021	Brasil	Distanciamento do familiar hospitalizado
Convivência com o câncer pediátrico: o impacto psicossocial nos familiares cuidadores	Sá <i>et al.</i> , 2021	Brasil	Sobrecarga psicológica

Fonte: Autora

A compreensão da dinâmica, frente ao processo de adoecimento e hospitalização envolvem fatores intrínsecos e extrínsecos ao ambiente familiar, nessa perspectiva foi elaborado um modelo teórico (Figura 2) que ilustra os fatores atenuantes para a disfunção familiar, além de identificar medidas preventivas para tal cenário.

Figura 2. Modelo Teórico: A hospitalização de um familiar na UTI e suas alterações na dinâmica familiar e saúde mental.



4. MÉTODO

Consiste em estudo transversal aninhado à coorte prospectiva “Saúde Mental e qualidade de vida de pessoas hospitalizadas e seus familiares”, desenvolvida pelo NIPES-UEFS. A coorte em questão, tem por intuito de acompanhar os pacientes e familiares ao longo de doze meses, subdividido em quatro intervalos/tempos: T0 – Após alta imediata do paciente da UTI (com intervalo de até cinco dias); T1: Trinta dias após abordagem de T0; T2: Três meses após a abordagem de T0; T3: Seis meses após T0 e para finalizar T4: doze meses após a primeira abordagem. O estudo em questão contemplou o primeiro tempo (T0).

4.1. TIPO DE ESTUDO

O estudo transversal é uma pesquisa em que a relação exposição-doença é investigada em uma determinada população ou amostra, na qual a causa e efeito é observada num mesmo seguimento de tempo. Esse tipo de estudo tem sido utilizado com sucesso para detectar a ocorrência de um determinado agravo à saúde e de fatores de risco, segundo características das pessoas ou variáveis tradicionalmente atribuídas ao indivíduo, aos locais e período de ocorrência (Pereira, 2012; Merchán-Hamann; Tauil, 2021). Já os estudos de coorte são caracterizados como estudos observacionais, em que a situação dos participantes, quanto à exposição de interesse determina sua seleção para o estudo, os indivíduos são monitorizados ao longo do tempo para avaliar o desfecho de interesse (Medronho *et al*, 2008; Almeida; Filho; Barreto, 2011).

Os estudos que envolvem esses dois delineamentos metodológicos, são chamados de híbridos ou estudo de prevalência em coorte, que é caracterizado quando os estados de exposição são detectados nos indivíduos participantes numa coorte original. A presença da doença poderá ser identificada com um estudo transversal, somente algum tempo após a detecção inicial dos estados de exposição dos indivíduos (Medronho *et al.*, 2008).

4.2. PERÍODO E LOCAL DE ESTUDO

O período de execução do estudo compreendeu o intervalo de 10 de janeiro de 2022 até 10 de fevereiro de 2023. A coleta da pesquisa de linha de base (T0), foi realizada predominantemente em um hospital público de grande porte e de referência para atendimento de pessoas em estado crítico de saúde situado no município de Feira de Santana. Este hospital é pactuado com 127 municípios, através da Secretaria Municipal de Saúde, atendendo a uma população estimada, entre residente e flutuante, em torno de quatro milhões de pessoas. Possui cinco unidades de terapia intensiva, totalizando 68 leitos, sendo vinte destes especializados em atendimento das demandas da neurologia clínica e cirúrgica, dez para neuro clínicos pós-trombólise, vinte para as demandas da cirurgia geral e dezoito para perfil de paciente adulto geral (Bahia, 2020).

A equipe multidisciplinar de cada UTI do hospital é composta por: um médico intensivista, dois enfermeiros assistenciais, cinco técnicos de enfermagem, um auxiliar administrativo responsável por dez leitos a cada turno de trabalho, além de um nutricionista, um fisioterapeuta, um psicólogo, uma fonoaudióloga, médico diarista, fisioterapeuta diarista e uma coordenadora de enfermagem, aos quais cumprem turnos de doze ou vinte e quatro horas.

As visitas aos pacientes acontecem na modalidade social, que consiste na visita de familiares e amigos, por um período de sessenta minutos, ao qual geralmente acontecem no período vespertino. Durante o período pandêmico, mas especificamente em março de 2020, as visitas presenciais foram suspensas, seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) adotando assim a modalidade de visita remota.

Foram alcançados os familiares de pacientes que estiveram internados na UTI 1 (geral), UTI 2 (geral), UTI 4 (neurológica) e UTI 5 (cirúrgica), que obedeceram aos critérios de inclusão na pesquisa. A UTI 3 não foi incluída na pesquisa, pois na pandemia foi utilizada para o atendimento de pacientes suspeitos ou já diagnosticados para *coronavirus disease-2019* (COVID-19) e posteriormente tornou-se Unidade de atendimento para pacientes com diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral (UAVC), especializada em pós trombólise cerebral.

4.3. PARTICIPANTES DO ESTUDO E AMOSTRAGEM

O estudo contou com a participação de 310 familiares, que possuíam proximidade/convivência/relacionamento estreito com a pessoa hospitalizada, aos quais vivenciaram o processo de hospitalização, seja através da visita, recebimento de boletim e/ou tomada de decisão frente às demandas do internamento, considerando o tempo máximo de abordagem até o quinto dia pós alta do familiar da UTI.

A técnica de amostragem adotada foi a aleatória simples (probabilística), aos quais os participantes que atendiam os critérios de elegibilidade foram selecionados aleatoriamente por meio do cadastro de saídas das UTIs. Entende-se por amostragem probabilística, o processo para obtenção de amostras, caracterizado por garantir, a priori, que todo indivíduo pertencente ao universo de estudo possua probabilidade conhecida e diferente de zero, de pertencer à amostra sorteada (Silva, 2001).

Com 5% de significância, considerando as 310 unidades amostrais, o poder do teste foi de 35,4%, o que denota a probabilidade de rejeitar a hipótese nula, sendo ela realmente falsa. O cálculo do poder do teste foi obtido pela linguagem computacional e estatística R com a biblioteca “pwr” (Siqueira; Sakurai; Souza, 2001). É relevante relatar que, no cálculo do poder do teste, foi considerada também a proporção de 0,50 já que não foram encontrados estudos que utilizaram o mesmo método de investigação na perspectiva clínica.

4.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

PRIMEIRA ENTREVISTA (AMBIENTE HOSPITALAR - T0)
<ul style="list-style-type: none"> ● Familiares de ambos os sexos, maiores de 18 anos; ● Possuir parente que foi internado na UTI, com o tempo mínimo de permanência na unidade de 48 horas; ● Ter realizado pelo menos uma visita na UTI (virtual ou presencial) ou ter acompanhado o processo de internação no ambiente hospitalar; ● Possuir contato telefônico ativo.

4.5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Condições específicas do paciente, observadas durante o rastreamento das altas nas UTI's, reverberaram também na exclusão do seu familiar no estudo, nessa perspectiva os critérios de exclusão envolveram dados referente ao paciente e familiar.

T0- Critérios relacionados ao paciente
<ul style="list-style-type: none"> ● Óbito do paciente; ● Alta hospitalar; ● Transferência externa (para outras unidades hospitalares) ou interna (entre as UTI's do local de estudo).

T0- Critérios relacionados ao familiar
<ul style="list-style-type: none"> ● Participante com déficit cognitivo ou distúrbios psicológicos/psiquiátricos preexistente; ● Não possuir condições emocionais para responder o questionário, durante a abordagem do pesquisador.

4.6. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os participantes do estudo responderam a uma ficha de dados sociodemográficos e clínicos (APÊNDICE A) e instrumentos de aferição da dinâmica familiar e de desfechos em saúde mental.

Foram utilizados a subescala da *Family Assessment Device*, denominada de *General Family Functioning* (GFF), adaptada e validada para o contexto brasileiro, ao qual foi denominada de Escala do Funcionamento Geral da Família (FGF) (ANEXO A), a escala *General Anxiety Disorder-7* (GAD-7) (ANEXO B) e o questionário *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) (ANEXO C), aos quais na versão brasileira foram denominadas de escala de Transtorno geral de ansiedade e Questionário sobre a saúde do paciente, respectivamente.

4.6.1. Ficha de dados sociodemográficos e clínicos

O instrumento teve por finalidade coletar dados específicos do binômio (familiar e seu parente hospitalizado), que serviram de base para extração de variáveis que integraram análise do estudo. Os dados consistiam na identificação pessoal, aspectos relacionais e clínicos, informações sobre trabalho/ocupação, nível de instrução, experiência anteriores com internamento de familiar na UTI e elementos adicionais para posterior contato. Essas variáveis foram incluídas no instrumento, após um levantamento na literatura, aos quais demonstraram a sua possível associação com a temática em questão.

4.6.2. Escala do Funcionamento Geral da Família (FGF)

A FGF é uma subescala de triagem, que compõem o instrumento FAD, composta por 12 itens, seis itens que refletem o funcionamento familiar saudável (Itens positivos) e os outros seis que refletem o funcionamento não saudável (itens negativos).

Estudos nacionais e internacionais demonstram que esse instrumento vem sendo aplicado em amostra comunitária e clínica, em vários países, aos quais alcançaram resultados significativos na avaliação do funcionamento familiar (Babar et al., 2021; Patrão *et al.*, 2020; Modanloo et al., 2019, Pires et al., 2016).

A interpretação do instrumento é realizada através da análise da pontuação, ao qual consiste em uma escala de 4 pontos (de 1 para concordo totalmente a 4 para discordo totalmente) com a escala invertida para os itens redigidos negativamente (1,3,5,7,9 e 11). A pontuação total é dividida pelo número de itens, obtendo uma pontuação que varia de 1,0 (melhor funcionamento) a 4,0 (pior funcionamento) (Epstein; Baldwin; Bishop, 1983; Byles *et al.*, 1988; Miller *et al.*, 2000; Boterhoven de Haan *et al.*, 2015).

O instrumento FGF possui seis itens redigidos numa perspectiva de interpretação positiva (itens pares) e seis negativas (itens ímpares), com as seguintes opções de resposta: 1 concordo totalmente, 2- concordo, 3- discordo e 4 discordo totalmente. Para análise dos itens positivos tal organização do score permanece, com a maior pontuação (4) na opção de discordo totalmente, no entanto para análise dos itens negativos essa interpretação é invertida, assim se fez necessário realizar uma recodificação das variáveis, assumindo o seguinte rearranjo: 1- discordo totalmente, 2- discordo, 3 – concordo e 4- concordo totalmente, com a maior pontuação (4) na opção concordo totalmente, assim todas as variáveis passaram a ter um único direcionamento, possibilitando a análise do instrumento de forma geral, sem considerar análises das dimensões isoladas.

Alguns autores sugerem um ponto de corte para classificar a dinâmica familiar com funcional/saudável ou disfuncional. Como as categorias das respostas de cada item variam de 1 a 4, uma média da subescala inferior a 2,0 indica que um maior número de itens foi direcionado em uma direção funcional, assim como um valor superior a 2,0 sugere dificuldades nesta área de atuação (Keiner *et al.*, 1987; Byles *et al.*, 1988; Diareme *et al.*, 2006; Barroilhet *et al.*, 2009). Portanto, do ponto de vista teórico, 2,0 seria o ponto de corte ideal para cada subescala (Miller *et al.*, 1985; Barroilhet *et al.*, 2009). Após análises foi verificado que na presente pesquisa, o ponto de corte 2,01 foi mais efetivo na distinção da família funcional e disfuncional, portanto até 2,0 a amostra foi considerada funcional e a partir de 2,01 disfuncional.

4.6.3. Escala de transtorno geral de ansiedade (GAD-7)

A GAD-7 foi elaborada por Spitzer e colaboradores em 2006 e validado no ano seguinte por Kroenke e colaboradores (Moreno *et al.*, 2016). Consiste num instrumento de autorrelato breve, composto de 7 itens, dispostos em uma escala de quatro pontos: 0 (nenhuma vez) a 3 (quase todos os dias), com pontuação que varia de 0 a 21, ao medir frequência de sinais e sintomas de ansiedade nas últimas duas semanas. Os escores 5, 10 e 15 são considerados como pontos de corte para ansiedade leve, moderada e grave respectivamente (Bergerot; Laros; Araujo, 2014). Na pesquisa é utilizado o escore igual ou maior que 10, como um sinalizador positivo para o rastreio de ansiedade (Spitzer *et al.*, 2016).

4.6.4. Questionário sobre a saúde do paciente (PHQ-9)

O PHQ-9 é indicado para avaliação da depressão (Pendlebury *et al.*, 2012), é um questionário que pode ser autoadministrado ou pode ser aplicado por entrevistadores treinados, com o objetivo de diagnosticar algum tipo de transtorno mental comum. Constituído de nove perguntas que avaliam a presença de sintomas que caracterizam o transtorno depressivo maior.

Os nove sintomas consistem em: humor deprimido, anedonia (perda de interesse ou prazer em fazer as coisas), problemas com o sono, cansaço ou falta de energia, mudança no apetite ou peso, sentimento de culpa ou inutilidade, problemas de concentração, sentir-se lento ou inquieto e pensamentos suicidas. A frequência de sintomas é investigada em relação às duas últimas semanas, e é avaliada em uma escala *Likert* de 0 a 3, correspondendo respectivamente às seguintes respostas: “nenhuma vez”, “vários dias”, “mais da metade dos dias” e “quase todos os dias” (Santos, *et al.*, 2013).

Para a análise dos dados, considera-se que a depressão pode ser definida através de um escore do PHQ-9 ≥ 10 , que possui uma sensibilidade de 88% e uma especificidade de 88% para a depressão maior, e representa depressão clinicamente significativa. O ponto de corte para rastreio da depressão é mantido em 10 pontos (Kroenke *et al.*, 2009).

4.7. OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA

A pesquisa em T0 engloba as seguintes etapas: Etapa 1: Treinamento da equipe de coleta, Etapa 2 – Rastreamentos dos possíveis participantes da pesquisa, Etapa 3 – Triagem dos familiares e apresentação da pesquisa, Etapa 4– Aplicação do TCLE, Etapa 5 – Entrevista, como demonstrado na figura 3.

Etapa 1: A equipe de coleta, englobam acadêmicos bolsistas do NIPES, graduandas, mestrandas e doutorandas da UEFS. O treinamento foi processado de maneira presencial com apresentação do manual do coletador, incluindo o passo-a-passo de todo o percurso da coleta desde o manuseio dos instrumentos até a aplicabilidade de pré-teste por um período de 30 dias. Depois da aplicação do pré-teste, foram realizadas as alterações necessárias, para que a pesquisa ao ser iniciada obedecesse ao rigor metodológico, objetivando diminuir os possíveis vieses na execução da coleta.

Etapa 2: Consistiu na busca ativa diária das altas das UTI's (1, 2, 4 e 5), através do censo diário das unidades, aos quais foram registradas no instrumento denominado de mapa de rastreamento (APÊNDICE B). O mapa possuía campos referente ao paciente, que também foram preenchidos, pois ajudará a pesquisadora a melhor analisar os dados coletados.

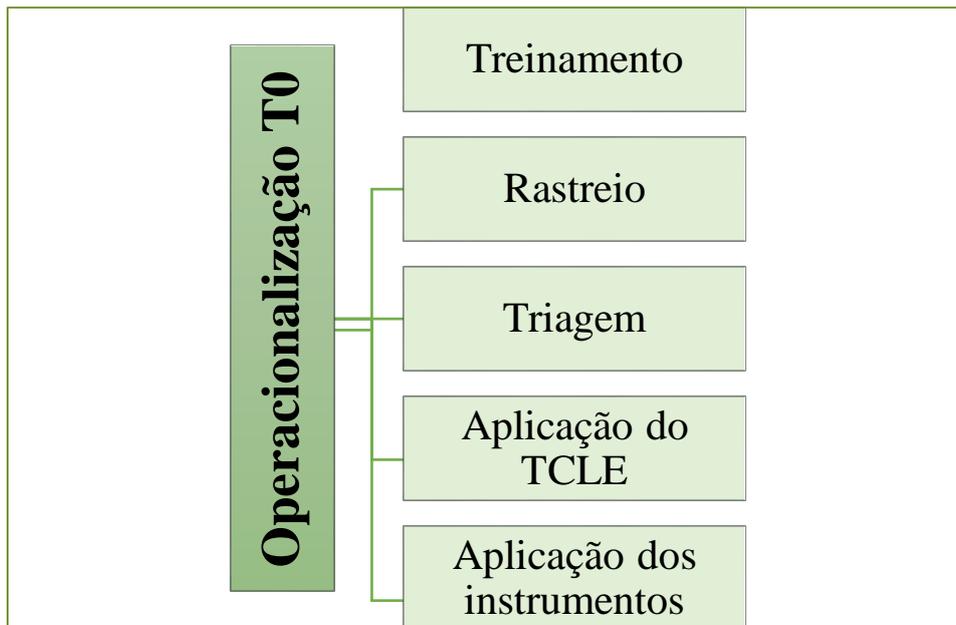
Etapa 3 De posse do mapa de rastreio, iniciava-se a busca desses participantes nas unidades de internação, que englobam as clínicas: médica, cirúrgica, vascular, ortopédica e neurológica, com a finalidade de apresentar a pesquisa e verificar se os mesmos atendiam os critérios de inclusão. Essa abordagem teve o limite de tempo máximo de até 5 dias após alta do paciente da UTI.

Etapa 4. Após a apresentação da pesquisa e verificação dos critérios de elegibilidade, iniciava-se o processo de obtenção do consentimento, através da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Caso contrário, a recusa era notificada no mapa de rastreio.

Etapa 5: Após aceite e assinatura do TCLE (APÊNDICE C), era iniciada a primeira entrevista, presencial (TO) e para isso foi aplicada a ficha de dados sociodemográficos e clínicos e os instrumentos FGF, GAD -7 e PHQ-9.

As coletas foram realizadas nas enfermarias, à beira leito, respeitando a privacidade dos participantes. Os relatórios de pesquisa (Virtual e manuscrito) são realizados diariamente após cada período.

Figura 3. Resumo esquemático da coleta de dados em ambiente hospitalar



Fonte: Autora

4.8. TRATAMENTO DE DADOS

4.8.1. Construção do banco de dados e controle de qualidade

A elaboração do banco de dados foi de responsabilidade das discentes do mestrado acadêmico, mestrado profissional e doutorado da UEFS, que foram devidamente treinadas para a sua inserção. Os dados obtidos foram armazenados no gerenciador de dados *Research Electronic Data Capture* (REDCap). O controle de qualidade foi realizado por meio da conferência dos questionários preenchidos e análise de relatórios de campo impresso (livros de registro) e relatórios diários online, ocorrendo a verificação de incoerência nas respostas e dados ausentes.

4.8.2. Variáveis

Quanto ao plano para análise dos dados, as variáveis foram classificadas em dependentes e independentes. A disfuncionalidade familiar foi classificada como a variável dependente ou desfecho, ao qual foi mensurado pelo instrumento FGF,

As variáveis independentes foram selecionadas com base nas evidências da literatura científica, aos quais foram categorizadas em: dados relacionados à pessoa internada (sexo, idade, tempo de internação, nível de gravidade), dados relacionados ao familiar (sexo, idade, anos de estudo, escolaridade, cidade onde reside, estado civil, religião, situação de trabalho, grau de parentesco com a pessoa internada e se reside com o ente), dados clínicos do familiar (problema de saúde físico e problema de saúde psíquica) e dados da experiência do familiar na UTI (experiência anterior de parente em UTI, se conhece o serviço de psicologia e se é familiar participante da visita ampliada), conforme apresentados no quadro 4.

Quadro 4. Categorização das variáveis sociodemográficas de interesse para avaliar associação da hospitalização do familiar na UTI com a PICS-F.

Variáveis relacionados ao familiar		Referência
Sexo	Masculino (0) Feminino (1)	Wang <i>et al.</i> , 2018 Johnson <i>et al.</i> , 2019 Białek; Sadowski, 2021
Idade	A partir de 40 anos (0) Até 39 anos (1)	Wang <i>et al.</i> , 2018; Johnson <i>et al.</i> , 2019

Escolaridade	Ensino médio, superior e pós-graduado (0) Não estudou ou fundamental (1)	Białek; Sadowski, 2021
Residência	Feira de Santana (0) Salvador e outras localidades (1)	Belayachi et al., 2014 Zante; Camenisch; Schefold, 2020
Estado civil	Solteiro (a), divorciado (a) ou viúvo (a) (0) Casado (a), União consensual (1)	Wang <i>et al.</i> , 2018
Religião	Evangélico (a), católico (a), espírita ou outras: (0) Nenhuma (1)	Choi <i>et al.</i> , 2012
Trabalho/ ocupação/ estudo	Ativo com vínculo empregatício, ativo sem vínculo empregatício/ autônomo, aposentado por idade ou aposentado por invalidez estudante (0) Nunca trabalhou, desempregado (a), estudante ou dona de casa (1)	Johnson <i>et al.</i> , 2019
Reside com o familiar hospitalizado	Não (0) Sim (1)	Białek; Sadowski, 2021
Grau de parentesco	Irmão (ã) ou outros: (0) Conjuge, pai, mãe, filho (1)	Wang <i>et al.</i> , 2018; Białek; Sadowski, 2021
Comorbidades	Sem comorbidades (0) Com comorbidades (1)	Douglas <i>et al.</i> , 2010
Problema de saúde psíquico prévio	Não (0) Sim (1)	Wang <i>et al.</i> , 2018
Suporte da equipe de saúde multiprofissional	Sim (0) Não (1)	Białek; Sadowski, 2021
Experiências anteriores com outros familiares em UTI's	Sim (0) Não (1)	Fonseca <i>et al.</i> , 2019;
Visita/boletim	Sim (1) Não (0)	Fumis <i>et al.</i> , 2015
Ansiedade	GAD-7 negativo para ansiedade (0)	Fumis <i>et al.</i> , 2009

Ponto de corte =10	GAD-7 positivo para ansiedade (1)	Fumis <i>et al.</i> , 2015
Depressão Ponto de corte =10	PHQ-9 negativo para depressão (0) PHQ-9 positivo para depressão (1)	Fumis <i>et al.</i> , 2015 Fumis <i>et al.</i> , 2009
Variáveis relacionadas ao paciente		Referência
Sexo	Feminino (0) Masculino (1)	Fumis <i>et al.</i> , 2015
Idade	A partir de 60 anos (0) Menor que 59 anos (1)	Wang <i>et al.</i> , 2018; Inoue <i>et al.</i> , 2019
Tempo de Internação	Menos de 4 dias (0) A partir de 5 dias (1)	Belayachi <i>et al.</i> , 2014
Natureza do diagnóstico	Clínico, cirúrgico eletivo (0) Cirúrgica urgência, clínico que evoluiu para cirúrgico (1)	Fonseca <i>et al.</i> , 2019
Nível de gravidade	Estável (0) Grave estável, grave instável, gravíssimo (1)	Inoue <i>et al.</i> , 2019
Variável dependentes		Referência
Dinâmica familiar	Dinâmica saudável (0) FGF < 2 Disfunção familiar (1)	FGF > 2

<p>Legenda (0) Não exposto; (1) Exposto</p>
--

Fonte: Autora

4.9. ANÁLISE DOS DADOS

4.9.1. Análise univariada

Foi empregada a estatística descritiva, para a caracterização da amostra estudada. As variáveis classificadas como categóricas foram analisadas em frequências absolutas e relativas e as classificadas como quantitativas foram analisadas por medidas descritivas de centralidade (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão).

Foram calculados os escores dos instrumentos FGF, GAD e PHQ-9 considerando a média e o desvio padrão de cada item. Essa análise foi processada pelo *software Statistical Package for the Social Science (SPSS®)* versão 22.0 plataformas Windows.

4.9.2. Análise bivariada

As associações entre a variável dependente e as variáveis independentes foram analisadas por meio do teste do Qui-quadrado de Pearson (X^2), com a finalidade de identificar as variáveis candidatas a compor o modelo multivariado. Foi considerado o nível descritivo do teste igual ou menor a 0,20 ($p \leq 0,20$) para entrada das variáveis no modelo.

A seguir foram estimadas a prevalência e a razão de prevalência (RP) para a avaliação da magnitude e direção da associação, considerando os respectivos intervalos de confiança de 95% para as variáveis selecionadas no teste Qui-quadrado de independência. Essa análise foi processada pelo *software Stata*, versão 14.

4.9.3. Análise multivariada

Foi empregada a análise de regressão multivariada de Poisson com variância robusta. Essa modelagem foi realizada, utilizando de forma conjunta, as variáveis independentes que estiveram mais fortemente associadas com a disfunção familiar, durante a análise bivariada. Para o modelo final, considerou-se um nível de significância de 0,05 ($p \leq 0,05$). Essa análise foi processada pelo *software Stata*, versão 14.

4.10. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O estudo apresentado respeitou os princípios estabelecidos pela resolução nº 496/2012 (Brasil, 2012), nº 510/2016 (Brasil, 2016) e nº 580/2018 (Brasil, 2018) do Conselho Nacional de Saúde. A resolução 466/2012, apresenta as diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos, respeitando os princípios básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, visando garantir os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos do estudo e ao Estado (Brasil, 2012). Ainda em observação à Resolução 466/12 foi utilizado o TCLE para que os participantes conhecessem de forma completa e pormenorizada a natureza da pesquisa, objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta viesse acarretar.

No que tange a resolução 510/2016, foram considerados também as responsabilidades e os aspectos éticos referente à conduta do pesquisador antes e após a coleta dos dados, respeitando os princípios organizacionais e doutrinários do SUS, bem como as orientações éticas de como conduzir pesquisas em instituições de saúde pública, disposta na resolução 580/2018 (Brasil, 2016, 2018). Nesse contexto, foram cumpridos os preceitos de Boas Práticas Clínicas e ao que está exposto na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Brasil, 2018a; 2019), assegurando anonimato e proteção aos dados dos participantes.

O presente estudo é um recorte da pesquisa intitulada “Saúde mental, conforto e qualidade de vida de pessoas hospitalizadas e seus familiares”, realizado pelo NIPES que tem aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEFS, com número de CAEE: 13234419.9.0000.0053 (ANEXO D).

5. RESULTADOS

5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Foram entrevistados 310 familiares, durante o corte temporal estabelecido no estudo. Os entrevistados possuíam média de idade de 41,5 anos ($\pm 11,7\%$), sendo predominantemente do sexo feminino (76,7%), com ensino médio (48,7%), casados (36,2%), de religião católica (51,6%), economicamente ativos (27,2%), não residiam com o familiar internado (54,2%) e ao grau de parentesco, em sua maioria eram filhos (43,5%) - (Figura 4).

Variáveis relacionadas a problemas psíquicos prévios, experiências com internamentos anteriores de familiares em UTI e suporte profissional, também foram analisados, numa tentativa de melhor compreender o seu nível de associação com o desfecho estudado, assim 89,9% referiram não possuir problemas psíquicos prévios, 66,9% não tiveram experiências anteriores com internamento em UTI, 82,2% relataram que durante esse processo, não receberam suporte profissional, em especial do psicólogo da unidade. Os sintomas de ansiedade e depressão foram detectados respectivamente em 43,4% e 27,3% da amostra analisada. Ao considerar também variáveis do parente hospitalizado, que pode estar associado a disfunção familiar, foi verificado a caracterização do mesmo. Os pacientes possuíam idade média de 54,3 anos ($\pm 18,9$), sendo o maior quantitativo representado pelo sexo masculino (58,4%), residentes em Feira de Santana (40,6%), grave estável (49,1%) e com diagnóstico de natureza clínica (47,2%) e com tempo de internação médio de 6,9 dias ($\pm 5,4$) - (Figura 5).

Figura 4: Caracterização dos familiares, Feira de Santana, Bahia, 2022 a 2023.

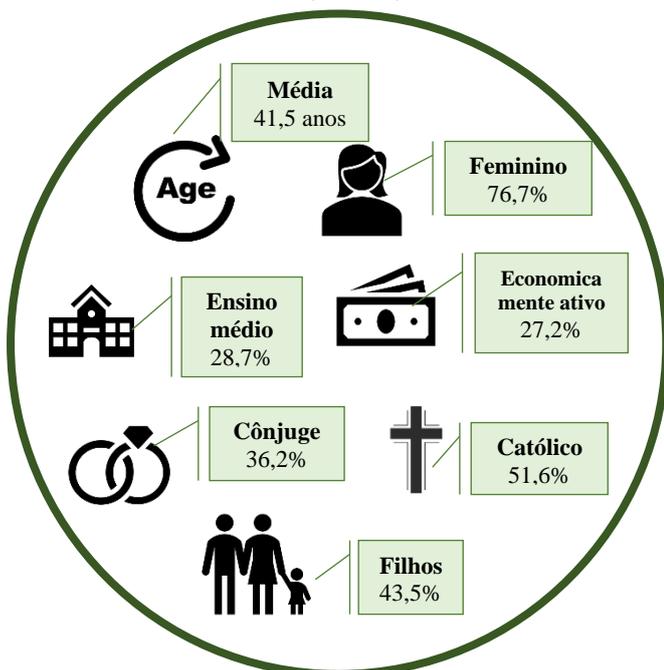
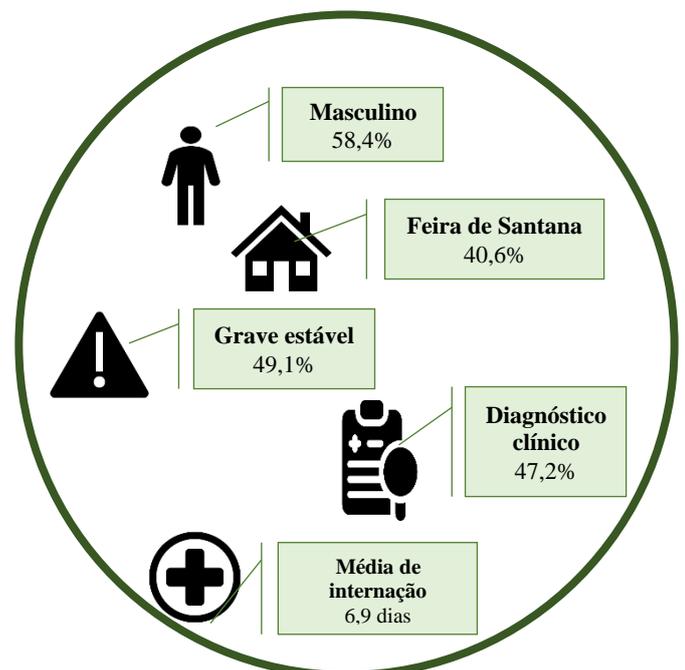


Figura 5: Caracterização dos pacientes, Feira de Santana, Bahia, 2022 a 2023.



5.2. AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO GERAL DA FAMÍLIA

A classificação do funcionamento familiar, como funcional ou disfuncional foi verificada através da aplicação do instrumento FGF, como resultado foi verificado que 59% da amostra obteve um direcionamento funcional, enquanto 41% foram caracterizadas como disfuncional (Tabela 1).

Tabela 1: Classificação do funcionamento familiar segundo FGF, Feira de Santana – BA, 2023.

Classificação familiar	n	%
Família funcional	183	59,0
Família disfuncional	127	41,0
Total	310	100,0

Fonte: Autora

Partindo do pressuposto teórico, que os 12 itens do instrumento, referem-se aos domínios: comunicação (4 itens), envolvimento afetivo (3 itens), resolução de problemas (1 item), papéis familiares (2 itens), responsividade afetiva (1 item) e controle de comportamento (1 item). Na amostra estudada, os itens que tiveram médias acima do ponto de corte estabelecido no estudo como funcional, foram os itens: 5 (2,5) e 3 (2,7), que se referem ao **domínio comunicação**, item 7 (2,2) que representa o domínio **envolvimento afetivo**, item 9 (2,2) domínio **resolução de problemas** e item 1 (2,1) domínio **papéis familiares**. Destes itens, o 5 que discorre sobre o receio dos familiares em discutir seus medos ou preocupações, obteve a maior média, denotando um cenário favorável para a disfunção familiar, como demonstrado na tabela 2.

Tabela 2: Médias dos itens do FGF, de acordo com os familiares das pessoas internadas na UTI do HGCA, Feira de Santana – BA, 10 de janeiro de 2022 a fevereiro 2023.

Itens do FGF	Médias	Desvio-padrão
5. Vocês evitam discutir seus medos ou preocupações	2,5	± 0,8
7. Existem muitos sentimentos ruins na sua família	2,2	± 0,9
9. Tomar decisões é um problema para a sua família	2,2	± 0,9
3. Vocês não podem conversar entre vocês sobre a tristeza que sentem.	2,7	± 0,9
1. É difícil planejar atividades familiares porque vocês se desentendem entre si	2,1	± 0,9
4. Cada pessoa da família é aceita pelo que ela é	1,8	± 0,7
11. Vocês não se dão bem juntos	1,7	± 0,9

10. Vocês são capazes de tomar decisões sobre como resolver os problemas	1,7	± 0,7
12. Vocês confiam uns nos outros	1,7	± 0,7
2. Em tempo de crise, vocês podem buscar ajuda uns nos outros	1,6	± 0,7
6. Vocês mostram sentimentos uns com os outros	1,6	± 0,9
8. Vocês se sentem aceitos pelos que são	1,6	± 0,7

Fonte: Autora

5.3 FATORES ASSOCIADOS A DISFUNÇÃO FAMILIAR

A análise da disfunção foi mediada pelo cruzamento do instrumento FGF e as variáveis independentes relacionadas tanto ao familiar, quanto à pessoa hospitalizada.

No âmbito familiar, a disfunção foi mais prevalente no sexo masculino (41,3%), em pessoas com faixa etária até 39 anos (43,4%), residentes em Feira de Santana (41,1%), com baixo nível de escolaridade (52,8%), sem envolvimento afetivo (46,2%) e credo religioso (50%), não ativo no mercado de trabalho (44,0%), não morar junto ao familiar hospitalizado (43,4%) e convivência emocional mais distante com o mesmo (47,6%). Além desses aspectos, possuir problemas psíquicos prévios (51,6%), não ter recebido assistência profissional durante o internamento (41,2%), já ter vivenciado hospitalizações anteriores de familiares na UTI (45,5%) e ter pontuado positivamente nos instrumentos de rastreio para ansiedade (47,8%) e depressão (50,0%), foram também prevalentes para tal desfecho. Destas variáveis, apenas nível de escolaridade (p-valor: 0.007), ter positivado para ansiedade (p-valor:0,002) e para depressão (p-valor: 0,047), tiveram valores estatisticamente significantes (Tabela 3).

Tabela 3. Prevalência de disfunção familiar, segundo características sociodemográficas dos familiares que possuem um dos seus membros hospitalizados em UTI. Feira de Santana, Bahia, 2022 a 2023.

Variáveis	P	p-valor*	RP	IC 95%
Sexo (n=310)		0,892		0,74-1,41
Feminino (238)	41,2		1,02	
Masculino (72)	40,3			
Idade (n=309)		0,425		0,85-1,46
Até 39 anos (129)	43,4		1,12	
A partir de 40 anos (180)	38,9			
Residência (n=309)		0,993		0,76-1,31
Salvador e outros (185)	41,1		1,00	
Feira de Santana (124)	41,1			
Escolaridade (n=308)		0,007		1,12-1,91
Não estudou, ensino fundamental (92)	52,2		1,46	
Médio, superior e pós graduação (216)	35,6			

Estado civil (n= 309)		0,087	0,61-1,03
Casado (a) e união consensual (176)	36,9		0,79
Solteiro (a), divorciado (a), viúvo (a) (133)	46,6		
Religião (n= 308)		0,241	0,88-1,77
Nenhuma (38)	50,0		1,25
Evangélico (a), católico (a), espírita e outros (270)	40,0		
Trabalho (n=309)		0,439	0,85-1,46
Nunca trabalhou, desempregado (a) e dona de casa (109)	44,0		1,11
Ativo com e sem vínculo empregatício, aposentado (a) por idade ou invalidez e autônomo (a) (200)	39,5		
Reside com o familiar (n=310)		0,333	0,67-1,15
Sim (142)	38,0		0,87
Não (168)	43,4		
Grau de parentesco (n=310)		0,157	0,61-1,07
Cônjuge, pai, mãe e filho (a) (228)	38,6		0,81
Irmão (a) e outros (82)	47,6		
Problema de saúde psíquico (n=309)		0,210	0,89-1,87
Sim (31)	51,6		1,29
Não (278)	39,9		
Suporte multiprofissional (n=292)		0,53	0,76-1,66
Não (240)	41,2		1,13
Sim (52)	36,5		
Experiência de internação com outros parentes na UTI's (n=306)		0,241	0,64-1,11
Não (205)	38,5		0,85
Sim (101)	45,5		

Ansiedade (n=309)		0,002	1,15-1,96
Positivo (134)	50,7		1,50
Negativo (175)	33,7		
Depressão (n=308)		0,047	1,01-1,75
Positivo (84)	50,0		1,33
Negativo (224)	37,5		

Fonte: banco de dados da pesquisa.

P = Prevalência;

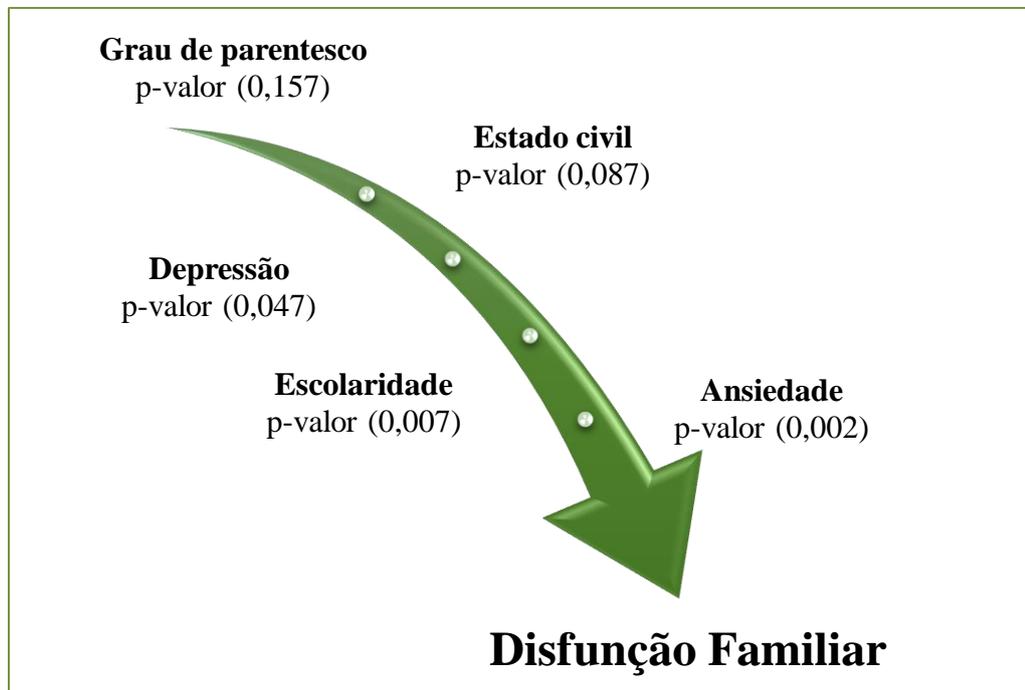
RP = Razão de Prevalência;

IC 95% = Intervalo de Confiança de 95%.

*Teste do Qui-quadrado de independência de Pearson (X^2)

A análise multivariada foi realizada, considerando as variáveis que tiveram um p-valor $\leq 0,20$, desta forma apenas grau de parentesco (0,157), estado civil (0,087), depressão (0,047), escolaridade (0,007) e depressão (0,002), foram elegíveis para tal análise (Figura 6).

Figura 6: Variáveis selecionadas para compor o modelo multivariado



Fonte: Autora

Quanto as variáveis relacionadas ao paciente, o grau da disfunção foi mais prevalente no sexo masculino (42,3%), faixa etária a partir dos 60 anos (42,7%), tempo de internação a partir de 5 dias (47,2%), com a natureza do diagnóstico cirúrgico de urgência ou clínico que evoluiu para cirúrgico (46,1%), ao nível de gravidade, os pacientes graves (40,3%) foram os mais susceptíveis a exposição (Tabela 4). Destas variáveis apenas tempo de internação, obteve um p-valor $\leq 0,20$, ao qual seria elegível para compor a análise do modelo multivariado, mas considerando o seu quantitativo (n) reduzido, sua inclusão foi desconsiderada.

Tabela 4. Prevalência de disfunção familiar, segundo características sociodemográficas e clínicas do parente hospitalizado. Feira de Santana, Bahia, 2022 a 2023.

Variáveis	P	p-valor*	RP	IC 95%
Sexo (n=133)		0,490		0,75-1,80
Masculino (78)	42,3		1,16	
Feminino (55)	36,4			
Idade (n=132)		0,377		0,53-1,28
Menor que 59 anos (57)	35,1		0,82	
A partir de 60 anos (75)	42,7			
Tempo de internação (n=130)		0,095		0,90-3,76
A partir de 5 dias (72)	47,2			
Menos de 4 dias (58)	32,8		1,84	
Natureza do diagnóstico (n=125)		0,412		0,78-1,85
Cirúrgica urgência. Clínico que evoluiu para cirúrgico (39)	46,1		1,20	
Clínico, cirúrgico eletivo (86)	38,4			
Nível de gravidade (n=114)		0,829		0,66-1,68
Grave estável, grave instável, gravíssimo (67)	40,3		1,052	
Estável (47)	38,3			

P = Prevalência;

RP = Razão de Prevalência;

IC 95% = Intervalo de Confiança de 95%.

*Teste do Qui-quadrado de independência de Pearson (X^2)

5.3.1 A influência das variáveis independentes na disfunção familiar

A análise do modelo multivariado foi composta pelas seguintes variáveis relacionadas ao familiar: escolaridade, estado civil, grau de parentesco, ansiedade e depressão. Destas variáveis apenas escolaridade (p-valor: 0,008) e ansiedade (p-valor: 0,024) tiveram associações estatisticamente significante na ocorrência da disfunção familiar (tabela 5). Além desses aspectos, os resultados demonstraram que os familiares que possuem menor nível instrucional, tem 1,43 vezes mais de chances de serem acometidos pela disfunção familiar, ao ser comparado com os familiares que possuem ao mínimo o ensino médio, fato esse também verificado nos familiares que pontuaram positivamente para o rastreio da ansiedade, aos quais esses tem 1.40 vezes a mais de chances de serem acometidos pela disfunção familiar, se comparado aos familiares que não pontuaram no rastreio para ansiedade (figura 7).

Tabela 5. Análise de regressão logística das variáveis elegíveis para compor o modelo multivariado. Feira de Santana, Bahia, 2023.

Variáveis	RP	p-valor*	IC 95%
Escolaridade (n=308)	1,43	0,008	1,09-1.87
Estado civil (n= 309)	0,80	0,098	0,61- 1.042
Grau de parentesco (n=310)	0,84	0,197	0.64- 1,09
Ansiedade (n=309)	1,40	0,024	1,04- 1,87
Depressão (n=308)	1,14	0,386	0,85- 1,53

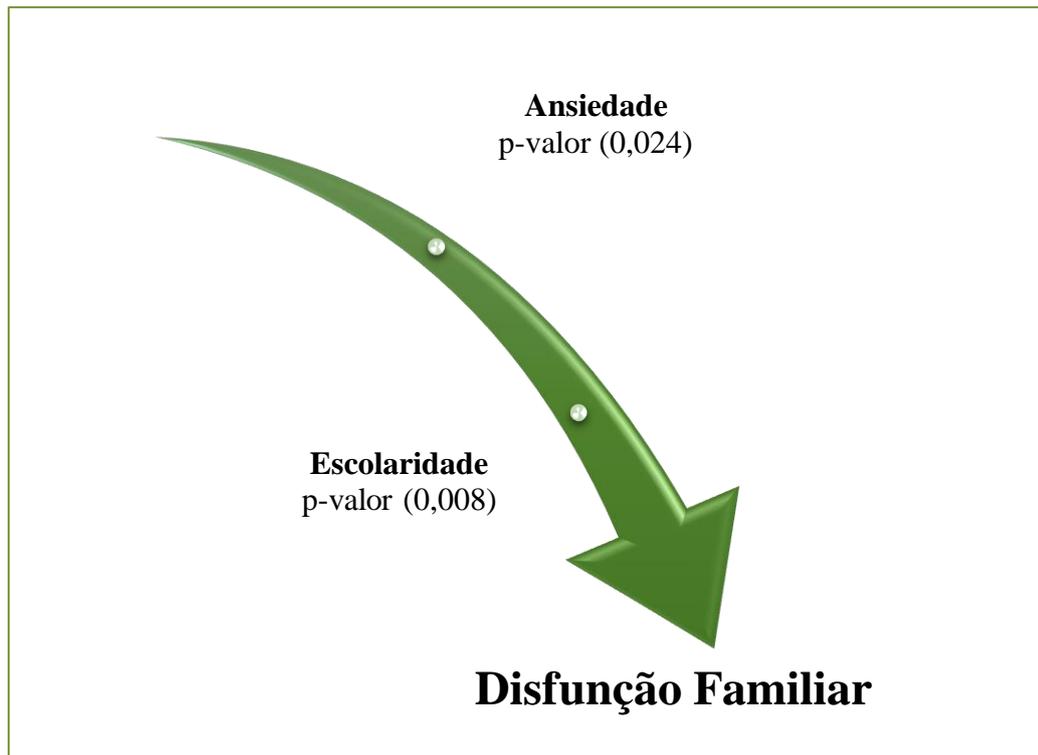
Fonte: banco de dados da pesquisa.

RP = Razão de Prevalência

IC 95% = Intervalo de Confiança de 95%.

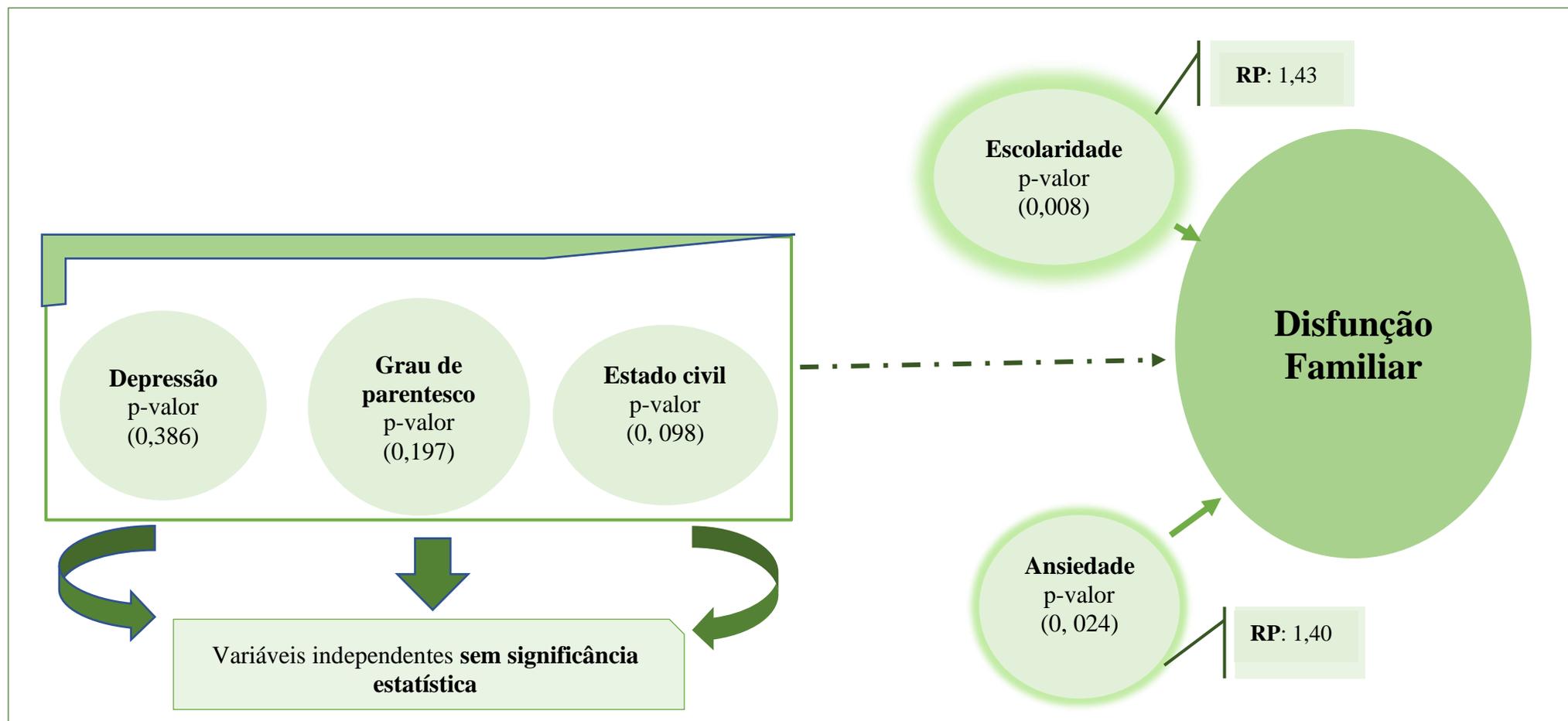
*Teste do Qui-quadrado de independência de Pearson (X^2)

Figura 7: Variáveis independente associadas ao desfecho, após análise multivariada.



Fonte: Autora

Para melhor analisar as influências das variáveis no acometimento da disfunção familiar, foi elaborado um modelo esquemático (Figura 8), que ilustra de forma didática as variáveis que tiveram associação com o desfecho do estudo.

Figura 8. Modelo esquemático da análise multivariada

Fonte: Autora

6. DISCUSSÃO

O processo de hospitalização, envolve fatores que influenciam de forma direta no equilíbrio da família. Os familiares que vivenciam essa realidade, tornam-se vulneráveis, o que pode resultar no aparecimento de alterações em sua dinâmica e distúrbios psíquicos, nessa perspectiva, estudos sobre a temática vem ganhando espaço na literatura, aos quais autores fazem inferências as principais variáveis envolvidas nesse processo, embora no contexto brasileiro esse tipo de investigação ainda se mostra incipiente (Souza *et al.*, 2020).

A análise dos itens do instrumento FGF, demonstrou que o domínio comunicação foi o mais afetado pela hospitalização. A comunicação é a responsável por definir papéis e comportamentos, fazendo com que o relacionamento entre os familiares seja fluido e harmonioso, caso contrário pode comprometer seu funcionamento saudável (Leão; Ferreira; Cenci, 2014).

Os dois itens que representam tal domínio, tiveram média acima do ponto de corte estabelecido no estudo como funcional (2.01). O **item 5** que discorre sobre a dificuldade de conversar com os outros membros sobre os seus medos ou preocupação, obteve a maior média (2,55), assim como o **item 3** que enfatiza a dificuldade que os familiares, possui ao falar sobre seus sentimentos negativos, em especial sobre a tristeza que sentem, também teve um direcionamento disfuncional com média de 2,2.

A comunicação clara, direcionada e com uma linguagem acessível, torna-se responsável por promover integração, a fim de evitar possíveis crises. Ao vivenciar situações com elevado nível de estresse, por um período de tempo prolongado, as famílias necessitam encontrar subsídios para ajustar seu funcionamento, caso o contrário, pode resultar em sobrecarga e desgastes em suas interrelações (Schlithler; Ceron; Gonçalves, 2010; Braga *et al.*, 2020).

Para De Brito e Faro (2016), o estresse pode estar associado também ao nível de caos instalado na família, ao qual pode resultar em alterações significativas em sua comunicação, nas relações intrafamiliares, no papel desempenhado por cada membro no sistema e na dificuldade de gerir conflitos. As informações citadas por De Brito e Faro corroboram com os achados da análise do instrumento FGF, aos quais os itens: 7 que representa o **domínio envolvimento afetivo** (2,2), item 9 – **domínio resolução de problemas** (2,2) e item 1- **domínio papéis familiares** (2,1) tiveram um direcionamento disfuncional, sendo, portanto, as afetadas pelo processo de hospitalização.

A instalação da doença, exige que os membros da família, principalmente aqueles com laços afetivos mais estreitos, reestruturem suas configurações, redefinindo novos papéis,

principalmente no que tange a tomada de decisão para a resolução de problemas, entretanto tais mudanças, nem sempre são experienciadas como algo positivo, podendo ser um desencadeador de crises familiares (Santos *et al.*, 2012).

As situações que emergem dessa experiência podem ser classificadas sob duas perspectivas: situações que contribuem para que a família consiga sair desse processo mais fortalecidos, entre os fatores destacam-se a flexibilidade para mudanças de papéis, comunicação efetiva, principalmente entre os membros da família e acesso a informações claras sobre a terapêutica e evolução do quadro clínico do seu familiar (Franco, 2008). Em contraponto, o autor cita também situações que podem comprometer toda a homeostase do sistema, entre elas destaca-se a dificuldade na resolução de problemas, crises e comunicação ineficaz entre os familiares e a equipe de saúde. Assim, as informações relatadas por Franco também corroboram com os achados da análise do instrumento FGF.

Associações importantes também foram verificadas, entre variáveis sociodemográficas e clínicas na avaliação do desfecho proposto. À análise da prevalência da ansiedade, demonstrou que 50,7% dos familiares, possuíam tal sintoma, taxa essa elevada se comparado à sua prevalência atual na população brasileira, que de acordo com a OMS é de 9,8% (Brasil, 2023).

Estudos nacionais e internacionais relacionados à terapia intensiva, com ênfase no familiar, sinalizam que o aparecimento de sintomas psicológicos, podem perdurar por meses até anos após a alta do seu parente da unidade, o que compromete aspectos importantes da sua vida pessoal e social (Davidson; Jones; Bienvenu, 2012; Belayachi *et al.*, 2014; Neves *et al.*, 2018; Inoue *et al.*, 2019; Labuzetta; Rosand; Vranceanu, 2019; Białek; Sadowski, 2021).

A ansiedade manifestada é uma resposta normal ao estresse, sensação de desamparo, insegurança e rede de apoio ineficaz e/ou inexistente, (Muniz *et al.*, 2019). Ainda para as autoras Fonseca e colaboradores (2018), esse distúrbio psicológico pode ainda estar associado a apreensão advinda da tensão, desconforto e principalmente da antecipação do sentimento de perigo contínuo desencadeada pelo desconhecido.

Ao considerar a familiar como uma unidade interdependente e dinâmica, onde influências internas e/ou externas podem provocar alterações em seu equilíbrio, a instalação da ansiedade no ambiente familiar, pode ser responsável por modificações de papéis, comprometendo em especial a comunicação entre os membros (Emerick; Rosso, 2020).

O presente estudo, também evidenciou uma associação estatisticamente significativa (*p*-valor: 0,007) entre o nível de escolaridade dos familiares com a ocorrência de disfunção, sendo, portanto, uma parcela representativa (52,2%), que se encontra num maior estado de

vulnerabilidade (RP: 1,43). Nessa perspectiva a vulnerabilidade é compreendida como uma dificuldade de compreensão e /ou tomada de decisão frente a terapêutica empregada, além de reverberar na resolução e/ou condução de problemas familiares, decorrente do processo de hospitalização (Bezerra *et al.*, 2019; Fonseca; Freitas, 2019; Souza *et al.*, 2022; Batista *et al.*, 2023).

Em consonância com os resultados do presente estudo, outros autores citados no decorrer da dissertação ressaltam que a dinâmica familiar é um mecanismo complexo, onde diversos fatores podem comprometer o seu equilíbrio e como num sistema as diversas subunidades precisam estar em perfeita conexão para um bom funcionamento, caso contrário o desequilíbrio pode ser instalado, comprometendo em especial a interação entre os mesmos (Tomaz *et al.*, 2017; Modanloo *et al.*, 2019). Assim a participação das variáveis ansiedade e escolaridade no surgimento da disfunção familiar, está intimamente interligada as suas interferências na comunicação, resultando em desequilíbrios em domínios essenciais para a homeostase do sistema.

Os resultados aqui apresentados, poderá influenciar a comunidade clínica, ao sinalizar que a hospitalização impacta a vida dos familiares em todos níveis da sua vida, sendo responsáveis por aparecimento de doenças psíquicas até alterações no relacionamento intra familiar, portanto, esse público necessita ser acolhido e cuidado pela equipe de saúde multiprofissional em todos os níveis de assistência, seja através de educação em saúde, através de uso de tecnologias educativas, debatendo sobre a temática até atendimento com profissionais para reduzir e/ou tratar os danos já instalados.

7. CONCLUSÃO

A avaliação da dinâmica familiar na perspectiva clínica, bem como o emprego de instrumentos de rastreio que visam a classificar essas interrelações como funcionais ou disfuncionais, ainda se mostra incipiente no cenário nacional, o que contribui para a importância da presente pesquisa.

Ao considerar a amostra analisada, 41% dos entrevistados que vivenciaram o processo de hospitalização de um parente na UTI, tiveram alterações em domínios importantes para vida intra e extrafamiliar, entre eles destacaram-se a comunicação, que foi o domínio mais afetado, seguido do envolvimento afetivo, resolução de problemas e alterações nos papéis familiares.

Através dos resultados da pesquisa, foi apresentado um breve panorama sobre a saúde mental dos participantes, com a aplicação dos instrumentos de rastreio para ansiedade e depressão, ao quais foram identificados que 50,7% dos familiares, apresentaram sintomas característicos de ansiedade, fator esse que está intrinsecamente ligado a alterações nos padrões relacionais, tornando um cenário favorável para o seu desajustamento.

O presente estudo teve duas limitações, uma associada à coleta de dados e a outra relacionada ao instrumento utilizado para avaliar a dinâmica familiar. A coleta de dados sofreu um atraso significativo, devido à redução no número de visitas, consequência essa do cenário ainda vivenciado pelo período pandêmico, quanto ao instrumento, conforme mencionado no decorrer do estudo, não há uma padronização de como interpretar os scores e ponto de corte do mesmo, o que pode gerar divergências ao ser comparado a outros estudos.

Ao considerar a sua importância, esse tema abre espaço para novas pesquisas, direcionadas a avaliação da dinâmica familiar na perspectiva clínica, em especial aos familiares que possuem um parente hospitalizados na UTI, tendo em vista a lacuna existente no cenário nacional, a fim de cada vez mais compreender o impacto desencadeado por essa experiência na vida dos familiares, ao qual servirá de base para que a equipe de saúde reconheça a importância de integrar esses familiares no seu processo de cuidado em saúde, atentando não somente as alterações clínicas, mas também estarem atentando para as modificações em todo o sistema familiar, ao qual acarreta em mudanças importantes na qualidade de vida e saúde mental desse público alvo.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. P. D. A. Quando o vínculo é doença: a influência da dinâmica familiar na modalidade de aprendizagem do sujeito. **Rev. psicopedag.** São Paulo, v. 28, n. 86, p. 201-213. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=>. Acesso em 15 de janeiro de 2022.
- ALMEIDA FILHO, N; BARETTO, M. L. Epidemiologia e saúde: fundamentos, métodos e aplicações. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2011.
- ARRINDELL, W. A. The fear of fear concept: Evidence in favour of multidimensionality. **Behaviour Research and Therapy**, v.31, n. 5, p.507–518.1993.
- AL-MUTAIR, A. S. et al. Needs and experiences of intensive care patients’ families: a Saudi qualitative study: Family needs and experiences. **Nursing in Critical Care**, v. 19, n. 3, p. 135–144, maio 2014.
- ASLAN, B. I. et al. Family Functions and Life Quality of Parents of Children With Cleft Lip and Palate: **Journal of Craniofacial Surgery**, v. 29, n. 6, p. 1614–1618, set. 2018.
- AKISTER, J; STEVENSON, J. Identifying families at risk: exploring the potential of the McMaster Family Assessment Device. **Journal of Family Therapr.** v.13, n. 41, págs 411-421. 1991.
- ARAÚJO, A. C. M; GOUVEIA, L. B. Uma revisão sobre os princípios da teoria geral dos sistemas. **Estação Científica**, Juiz de Fora, nº 16, julho – dezembro, 2016.
- ARAGÃO, A. T. M; MILAGRES, E; EIGLIE, N. B. Qualidade de vida e desesperança em familiares de dependentes químicos. **Psico-USF**, v. 14, n. 1, p. 117-123, jan./abr. 2009.
- ANTONI, DE C. **Coesão e hierarquia em famílias com história de abuso físico**. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia. Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento. 212f. 2005.
- BASTOS, A, et.al. Qualidade de vida de familiares de pessoas hospitalizadas na Unidade De Terapia Intensiva. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.42, n.0, pags 1-15, 2018.
- BATISTA, J. D. S. et al. A experiência dos familiares frente à participação em visitas virtuais aos pacientes internados na UTI-COVID durante a pandemia. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 2, p. e14612240082, 30 jan. 2023.
- BARROILHET, S et al. “A Spanish version of the Family Assessment Device.” **Social psychiatry and psychiatric epidemiology.** v. 44, n. 12, págs. 1051-65. 2009. Disponível em <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19288035/>>. Acesso em: 10 de abril de 2022.
- BAHIA. Secretária da Saúde do Estado da Bahia. **Hospital Geral Clériston Andrade**. Feira de Santana, 2020. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br>. Acesso em: 02 fevereiro de 2020.
- BRASIL. **Resolução nº 2.271, de 14 de fevereiro de 2020**. Define as unidades de terapia

intensiva e unidades de cuidado intermediário conforme sua complexidade e nível de cuidado. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 de abril de 2020. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.271-de-14-de-fevereiro-de-2020-253606068>>. Acesso em 6 de março de 2022.

_____. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2022.

_____. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016.** Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>> Acesso em: 10 de fevereiro de 2022.

_____. **Resolução nº 580, de 22 de março de 2018.** Dispões sobre as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 jul. 2018. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2022.

_____. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018.** Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Brasília: 2018a.

_____. **Lei nº 13.853, de 08 de julho de 2019.** Altera a Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018, para dispor sobre a proteção de dados pessoais e para criar a Autoridade Nacional de Proteção de Dados; e dá outras providências. Brasília: 2019.

BERGEROT, C. D.; LAROS, J. A.; ARAUJO, T. C. C. F. Avaliação de ansiedade e depressão em pacientes oncológicos: comparação psicométrica. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 19, n. 2, p. 187-197, maio/ago. 2014.

BERTALANFFY, L. V. **The meaning of general system theory.** New York, p. 30-53, 1968.

BIAŁEK, K.; SADOWSKI, M. Stress, anxiety, depression and basic hope in family members of patients hospitalised in intensive care units – preliminary report. **Anaesthesiology Intensive Therapy**, v. 53, n. 2, p. 134–140, 2021.

BELAYACHI, J. et al. Psychological burden in inpatient relatives: the forgotten side of medical management. **QJM**, v. 107, n. 2, p. 115–122, 1 fev. 2014.

BIBAS, L. et al. Association of Surrogate Decision-making Interventions for Critically Ill Adults With Patient, Family, and Resource Use Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. **JAMA network open**, v. 2, n. 7, p. e197229, 3 jul. 2019.

BIHUM, J. T. et al. Can the Family Assessment Device (FAD) Be Used with School Aged Children? **Family Process**, v. 41, n. 4, p. 723–731, dez. 2002.

BOWMAN, B. A. et al. Crisis Symptom Management and Patient Communication

Protocols Are Important Tools for All Clinicians Responding to COVID-19. **Journal of Pain and Symptom Management**. New York, v. 60, n. 2, p. 98-100, 2020.

BOTERHOVEN DE HAAN, K. L. et al. Reliability and Validity of a Short Version of the General Functioning Subscale of the McMaster Family Assessment Device. **Family Process**, v. 54, n. 1, p. 116–123, mar. 2015.

BOUSSO, R. S. Family systems theory as a theoretical reference for research with families who experience illness and death. **Rev. Min. Enfermagem**, v. 12, n.2, p. 257-261, abr./jun., 2008,

BOSSARDI, C. N, et. al. Funcionamento Familiar e Deficiência: Um estudo com pessoas com deficiência física adquirida na região do Vale do Itajaí (SC). **Psicologia: Ciência e Profissão**. v. 41, n. 3, p. 1-15. 2021.

BOTTI, N. C. L.; ALMEIDA, K. M. The development of subjectivity psychotic according to the Theory Systemic. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 3, n. 1, p. 131, 30 dez. 2008.

BUSCAGLIA, L. **Os deficientes e seus pais: um desafio ao aconselhamento**. Rio de Janeiro: Record, 6ª edição, p. 313, 2010.

BYLES, J. et al. Ontario Child Health Study: Reliability and Validity of the General Functioning Subscale of the McMaster Family Assessment Device. **Family Process**, v. 27, n. 1, p. 97–104, mar. 1988.

BRAY, J. H. Family assessment current issues in evaluating familie. **Family Relatins**. v. 44. p. 469-477. 1995.

BRAZ, M. S.; FRANCO, M. H. P. Profissionais Paliativistas e suas Contribuições na Prevenção de Luto Complicado. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 37, n. 1, p. 90–105, jan. 2017.

CALIL, V. L. **Terapia familiar e de casal**. Summus, São Paulo. 1987.

CAPRA, F. **A Teia da Vida: Uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. Tradução: Newton Roberval Eichenberg. 1. ed. São Paulo: Cultrix, 2012.

CARVALHO, J. C.; FREITAS, P.; LEUSCHNER, A. O doente com esquizofrenia e com filhos. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, n.12, 2014.

CAMPEDELLI, M. C. A TEORIA DE SISTEMAS APLICADA À SAÚDE. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 12, n. 2, p. 109–115, ago. 1978.

CHEN, J.L et.al. Culturally Appropriate Family Assessment: Analysis of the Family Assessment Device in a Pediatric Chinese Population. **Journal of Nursing Measurement**. v.11, n.1. 2003.

COTANDA, F. C. A polissemia dos conceitos e suas implicações para a sociologia: os usos do termo “sistema”. **Educação & Sociedade**, v. 35, n. 128, p. 829–842, set. 2014.

COUTINHO, M. Suporte Psicológico para familiares de pacientes internados na UTI. **Revista Científica BSSP**. Goiânia.v.2, n. 1, p. 1-18. 2021.

CHOI, J. et al. Patterns of depressive symptoms in caregivers of mechanically ventilated critically ill adults from intensive care unit admission to 2 months postintensive care unit discharge: A pilot study*. **Critical Care Medicine**, v. 40, n. 5, p. 1546–1553, maio 2012.

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

DESSEN, M. A; BRAZ, M. P. A família e suas inter-relações com o desenvolvimento humano. Porto Alegre: **Artmed**, p.1-19, 2005.

DE BRITO, A.; FARO, A. Estresse parental: Revisão sistemática de estudos empíricos. **Revista Psicologia em Pesquisa**, v. 10, n. 1, 21 dez. 2016.

DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. suppl 1, p. 06–11, maio 1999.

DIAREME, S. et al. Emotional and behavioural difficulties in children of parents with multiple sclerosis: A controlled study in Greece. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 15, n. 6, p. 309–318, set. 2006.

DOWBOR, L. A Economia da Família. **Psicologia USP**, v. 26, n. 1, p. 15–26, abr. 2015.

DOUGLAS, S. L. et al. Depression among white and nonwhite caregivers of the chronically critically ill. **Journal of Critical Care**, v. 25, n. 2, p. 364.e11-364.e19, jun. 2010.

ETTERS, L; GOODALL; D HARRISON, B. E. Caregiver burden among dementia patient caregivers: a review of the literature. **J Am Acad Nurse Pract**, v. 20, n. 8, pgs. 423- 428. 2008.

EPSTEIN, N. B; BISHOP, D. S; LEVIN, S. The McMaster Model of Family Functioning. **Journal of Marriage and Family Counseling**. v. 4, n. 4, págs. 19–31. 1978. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1980-05310-001>. Acesso em:05 de abril de 2022.

EPSTEIN, N. B.; BALDWIN, L. M.; BISHOP, D. S. THE McMASTER FAMILY ASSESSMENT DEVICE*. *Journal of Marital and Family Therapy*, v. 9, n. 2, p. 171–180, abr. 1983.

EPSTEIN, N. B. et al. THE McMASTER MODEL. Em: WALSH, F. (Ed.). **NORMAL FAMILY PROCESSES**. Abingdon, UK: Taylor & Francis, 2003.

EMIM, O; MUSTAFA, S; NEDIM, S. Psychological stress and family functioning in mothers of children with allergic rhinitis. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, v. 73, p. 1795–1798. 2009.

ETAPECHUSK, J; FERNANDES, L. R. S. Depressão sob o olhar gestáltico. **Psicologia Pt**. 2018.

EMERICK, A. S. V.; ROSSO, M. L. A relação da estrutura familiar e o desenvolvimento da ansiedade infantil i the relationship of family structure and the development of childhood anxiety. Universidade do Sul de Santa Catarina, 2020

EMIN, O.; MUSTAFA, S.; NEDIM, S. Psychological stress and family functioning in mothers of children with allergic rhinitis. **International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology**, v. 73, n. 12, p. 1795–1798, dez. 2009.

FARIA, L. G. F; LIMA, P. M. R; SILVA, A.L.P. Resiliência familiar diante do diagnóstico da doença de Parkinson na velhice. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, [S. l.], v. 14, n. 1, p. 1–18, 2019. Disponível em: http://www.seer.ufsj.edu.br/revista_ppp/article/view/1875. Acesso em: 15 setembro. 2022.

FREITAS, K. S; MUSSI, F. C. Fontes de suporte definidas como conforto por familiares com um ente na UTI. **Rev Paraninfo Digital**, v.4. 2011. Disponível em: <http://www.index-f.com/para/n14/174d.Php>, Acesso em: 20 de janeiro de 2022.

FRANCO, M. A família em psico-oncologia. Temas em psico-oncologia. São Paulo: **Summus**. 2008.

FROTA, I. J. et al. Transtornos de ansiedade: histórico, aspectos clínicos e classificações atuais. **J. Health Biol Sci**. v.10, n.1, p.1-8. 2022.

FILOMENO, K. **Da cibernética à teoria familiar sistêmica um resgate dos pressupostos**. Monografia. Instituto e Clínica Sistêmica de Florianópolis. 34f. 2002.

FONSECA, G. M.; FREITAS, K. S. Ansiedade e depressão em familiares de pessoas internadas em terapia intensiva. *Psicologia: Teoria e Prática*. **São Paulo**, v.21, n.1, p.312-327, jan-abr.2019.

FUMIS, R. R. L. et al. Anxiety, depression, and satisfaction in close relatives of patients in an open visiting policy intensive care unit in Brazil. *Journal of Critical Care*. V. 30, n. 2, p. 440-446. Abr. 2015a

FUMIS, R. R. L.; DEHEINZELIN, D. Family members of critically ill cancer patients: assessing the symptoms of anxiety and depression. *Intensive Care Medicine*. V. 35, n. 5, p. 899-902.2009.

GARROUSTE-ORGEAS, M. et al. Effect of an ICU Diary on Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Among Patients Receiving Mechanical Ventilation: A Randomized Clinical Trial. **JAMA**, v. 322, n. 3, p. 229–239, 16 jul. 2019.

GALVAN, A. L.; CAVALCANTI, T. O que pode a psicologia hospitalar diante da morte encefálica na uti: um relato de experiência. **Resapi**. 2021.

GOMES, L. B. et al. As Origens do Pensamento Sistêmico: Das Partes para o Todo. p. 14, 2014.

HARVEY, M. A. The truth about consequences—Post-intensive care syndrome in intensive

care unit survivors and their families*: **Critical Care Medicine**, v. 40, n. 8, p. 2506–2507, ago. 2012.

HORTA, A. L. DE M.; FERNANDES, H. Family and crisis: contributions of the systemic thinking for family care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 2, p. 234–235, abr. 2018.

ISTILLI, P. T. et al. Antidepressants: knowledge and use among nursing students. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 421–428, jun. 2010.

INSEL, P. M.; MOOS, R. H. Psychological environments: Expanding the scope of human ecology. *American Psychologist*, v.29, n. 3, p.179–188.1974.

INOUE, L et al. Percepções de vida e perspectivas de futuro de usuários de drogas: compreender para cuidar. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 52-59, abr. 2019. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/>>. Acesso em 14 outubro de 2022.

ISMAEL, S. M. C. **A família do paciente em UTI**. Casa do psicólogo, São Paulo. 2004.

JOHNSON, C. C. et al. Psychological Sequelae in Family Caregivers of Critically Ill Intensive Care Unit Patients. A Systematic Review. **Annals of the American Thoracic Society**, v. 16, n. 7, p. 894–909, jul. 2019.

KAZARIAN, S. S. Cultural Appropriateness of the Family Assessment Device (FAD) in the Case of Ethnic Armenian Adolescents in Lebanon. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 56, n. 3, p. 230–238, maio 2010.

KHATRI CHHETRI, I.; THULUNG, B. Perception of Nurses on Needs of Family Members of Patient Admitted to Critical Care Units of Teaching Hospital, Chitwan Nepal: A Cross-Sectional Institutional Based Study. **Nursing Research and Practice**, v. 2018, p. 1–7, 26 jun. 2018.

KEINER, G. I. et al. Family functioning and the course of major depression. **Comprehensive Psychiatry**, v. 28, n. 1, p. 54–64, jan. 1987

KLIMASIŃSKI, M. W. Spiritual care in the intensive care unit. **Anaesthesiology intensive therapy**, v. 53, n. 4, p. 350–357, 2021.

KROENKE, K. et al. The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. **Journal of Affective Disorders**. v. 114, p. 163–173, 2009.

LAUTRETTE, A, et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. **N Engl J Med**. v.356, n.5, p. 469-78. 2007.

LABUZETTA, J. N.; ROSAND, J.; VRANCEANU, A.-M. Review: Post-Intensive Care Syndrome: Unique Challenges in the Neurointensive Care Unit. **Neurocritical care**, v. 31, n. 3, p. 534–545, dez. 2019.

LEÃO, L. C. A.; FERREIRA, V. R. T.; CENCI, C. M. B. Avaliação Clínica de Relações Familiares com a Utilização da Entrevista Familiar Estruturada (EFE): Estudo de Caso. **Mudanças - Psicologia da Saúde**, v. 22, n. 1, p. 1–7, 30 jun. 2014.

LUSTOSA, M. A. A Família do Paciente Internado. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 3-8, jun. 2007.

MATTOS, M. de; MARUYAMA, S. A. T. A experiência em família de uma pessoa com diabetes mellitus e em tratamento por hemodiálise. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, Goiás, Brasil, v. 11, n. 4, p. 971–81, 2009. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/33253>>. Acesso em: 05 set. 2022.

MACHADO, M. Compreender a terapia familiar. Portal Psicologia. 2012.

MATIAS, L. C; RESENDE, M. C. Ansiedade e religiosidade de familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **Perspectivas em Psicologia**. 2018.

MELO, et.al. O Funcionamento familiar do paciente com câncer. Revista, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 73-89, abr. 2012

MERCHÁN-HAMANN, E.; TAUILL, P. L. Proposta de classificação dos diferentes tipos de estudos epidemiológicos descritivos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 1, p. e2018126, 2021.

MEDRONHO, R. A. *et al.* **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2 ed. 2008.

MINUCHIN, P. families and individual development: provocations from the field of family therapy. *child development*, v. 56, p.289-302, 1985.

MILLER, I. W. et al. THE McMASTER FAMILY ASSESSMENT DEVICE: RELIABILITY AND VALIDITY*. **Journal of Marital and Family Therapy**, v. 11, n. 4, p. 345–356, out. 1985.

MILLER, I. W. et al. The McMaster Approach to Families: theory, assessment, treatment and research. *Journal of Family Therapy*, v. 22, n. 2, p. 168–189, maio 2000.

MIYAMOTO, Y. et al. Association between intensive care unit admission of a patient and mental disorders in the spouse: a retrospective matched-pair cohort study. **Journal of Intensive Care**, v. 9, n. 1, p. 69, dez. 2021.

MONTEFUSCO, S. R. A. et al Tensão do papel de cuidador: ocorrência em familiares de pessoas com doenças crônicas hospitalizadas. **Ciência, Cuidado & Saúde**, Maringá, v. 10, n. 4, p. 828-835. 2011. Disponível em: <<http://repositorio.bc.ufg.br/handle/ri/17829>>. Acesso em: 28 de janeiro de 2022.

MOTTA, M. D. C. **Teoria sistêmica e família, pontos e contrapontos**. XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2008.

MORAES, A. D. S. et al. Alterações no desempenho ocupacional de pessoas com doença renal crônica em diálise peritoneal. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 6, 13 ago. 2018.

- MORENO, A. L. et al. Factor structure, reliability, and item parameters of the brazilian-portuguese version of the GAD-7 questionnaire. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 1, p. 367-376, 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid= Acesso em: 14 março. 2022.
- MORRIS, T. M. Culturally Sensitive Family Assessment: An Evaluation of the Family Assessment Device Used with Hawaiian-American and Japanese-American Families. **Family Process**, v. 29, n. 1, p. 105–116, mar. 1990.
- MODANLOO, S. et al. General Family Functioning as a Predictor of Quality of Life in Parents of Children With Cancer. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 44, p. e2–e8, jan. 2019.
- MUNIZ, J. S. et al. Validação de cartilha para promoção do conforto de familiares com parentes hospitalizados. **Rev Rene**, v. 20, p. e41399, 22 out. 2019.
- NEVES, L. et al. The impact of the hospitalization process on the caregiver of a chronic critical patient hospitalized in a Semi-Intensive Care Unit. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 2, 5 mar. 2018.
- NOVAIS, N. N. Fatores relacionais intrafamiliares na qualidade de vida e saúde de cuidadores de idosos mais idosos – um enfoque sistêmico. **São Paulo**, p. 23-37, 2011.
- NUNES et.al. A dinâmica familiar frente ao risco de morte – uma análise sistêmica do processo de hospitalização. **Cienc Cuid Saude**. v.16, n.3, págs. 1-9. 2017.
- OLIVEIRA, A.M. Reconfigurações familiares no contexto do adoecimento. **Psicologia PT**. 2015.
- OLSON, D. H. **FACES III (Escala de Adaptação e Coesão Familiar)**. Universidade de Minnesota. 1985.
- OLSON, D. H. Modelo Circunplexo de Sistemas Conjugais e Familiares. **Journal of Family Therapy**, v. 22, n.2, p.144–167, 2000.
- OLSON, D. H.; WALDVOGEL, L.; SCHLIEFF, M. Circumplex Model of Marital and Family Systems: An Update. **Journal of Family Theory & Review**, v. 11, n. 2, p. 199–211, jun. 2019.
- PATRÃO, Ivone., et.al. Validação do Family Assessment Device (FAD) numa amostra de jovens portugueses. **13º Congresso Nacional de Psicologia**. 30 de janeiro. 2020.
- PASSOS, S. S. S. et al. O acolhimento no cuidado à família numa unidade de terapia intensiva. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 23, n. 3, 29 jul. 2015.
- PETRINI, J. C. **Notas para uma Antropologia da Família**. In: Cogo, L.; Chaves, C.C.C. (orgs.). **Família: primeiro sujeito educativo**. Belo Horizonte. 2003.
- PETTENGILL, M. A. M; ANGELO, Margareth. Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. São Paulo, v. 13, n. 6, p. 982-988, nov./dez. 2005.

PENDLEBURY et al. MoCA, ACE-R, and MMSE Versus the National Institute of Neurological Disorders and Stroke–Canadian Stroke Network Vascular Cognitive Impairment Harmonization Standards Neuropsychological Battery After TIA and Stroke. *v.43, n. 2, págs - 464-9.2012.*

PEREIRA, M.G. *Epidemiologia: Teoria e Prática*. São Paulo: Guanabara Koogan (Grupo Gen). 15^a ed. 2012.

PIRES, T et al. Cross-Cultural adaptation of the General Functioning Scale of the Family. **Revista de Saúde Pública [online]**. *v. 50, págs. 1-11. 2016.* Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518>. Acesso em 09 de abril de 2022.

PINTO, J. M.; MONTINHO, L. M. S.; GONÇALVES, P. R. C. O Doente Queimado e a Dinâmica Familiar: O Impacto da Doença na Família. *p. 9, 2008.*

PRIOSTE, A.; CRUZ, D.; NARCISO, I. Circularidade Relacional: Padrões De Funcionalidade Familiar Percebidos e o Ajustamento Psicológico Em Adolescentes. **Psychologica**, *n. 52– I, p. 447–467, 1 jan. 2010.*

POLSTER, E. M. *Gestalt Terapia Integrada*. Interlivros, Minas Gerais, 1979.

RAWAL, G.; YADAV, S.; KUMAR, R. Post-intensive care syndrome: An overview. **Journal of Translational Internal Medicine**, *v. 5, n. 2, p. 90–92, 30 jun. 2017.*

ROUDINESCO, E. *A família em desordem*. Rio de Janeiro. **Jorge Zahar Editor**, 199f. 2003.

SÁ et.al. Convivência com o câncer pediátrico: o impacto psicossocial nos familiares cuidadores. **JNT-Facit Business and Technology Journal**, *v.1. n.23, págs. 222-237. 2021.*

SANTOS, A. DE L. et al. Conhecendo a funcionalidade familiar sob a ótica do doente crônico. **Texto & Contexto - Enfermagem**, *v. 21, n. 4, p. 879–886, dez. 2012.*

SALIMENA, A. M. O; ANDRADE, P. M; MELO, M. C. S C. Familiares na sala de espera do centro cirúrgico: sentimentos e percepções. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, *v.10, n.4, p.773-780. 2011.*

SANTANA, I. T, et.al. Aspectos biopsicossociais do adoecimento por câncer para familiares de pacientes hospitalizados **Ciência, Cuidado e Saúde**, *v. 16, n. 1, 1 jun. 2017.* Disponível em: periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude. Acesso em 20 de fevereiro de 2022.

SANTOS, I. S. et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, *v. 29, n. 8, p. 1533-1543, ago. 2013.*

SANTOS, M et al. **Funcionamento Familiar: Revisão de Estudos Empíricos sobre Medidas de Avaliação (FAD, FACES-IV e SCORE-15)**. *v. 61., págs.49-64. 2021.*

SANTOS, P. L; BAZON, M. R; CARVALHO, A. M. P. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale IV (FACES IV): adaptação brasileira. **Aval. psicol.**, Itatiba, *v. 16, n. 2, p. 120-127, abr. 2017.* Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org>>. acessos em 15 setembro.

2022.

SELL, C. L., et al. Alterações na dinâmica familiar com a hospitalização em unidade de terapia intensiva. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 488-92, 2012.

SKELTON, J. A., et al. Where are family theories in family-based obesity treatment? conceptualizing the study of families in pediatric weight management. **Int J Obes (Lond)**, v. 36, n.7, p. 891–900, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22531090>. Acesso em: 14 de fevereiro de 2022.

SILVEIRA, E. P. A. **Compreendendo os sentimentos do visitante portador de AIDS**. Dissertação (Mestrado). 2004. 94f. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. São Paulo. 2004.

SILVA, Nilza Nunes da. Amostragem Probabilística: um curso introdutório. 2. ed. São Paulo: EDUSP, 2001.

SIQUEIRA, A. L.; SAKURAI, E.; SOUZA, M. C. F. M. Dimensionamento de amostras em estudos clínicos e epidemiológicos. Salvador: Associação Brasileira de Estatística, 2001.

SHIRASAKI, K. et al. Postintensive Care Syndrome-Family Associated With COVID-19 Infection. **Critical Care Explorations**, v. 4, n. 7, p. e0725, 30 jun. 2022.

SCHERMERHORN, A. C.; MARK CUMMINGS, E. Transactional Family Dynamics: A New Framework for Conceptualizing Family Influence Processes. Em: **Advances in Child Development and Behavior**. Elsevier, 2008. v. 36p. 187–250.

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

SOUZA, J, et. al. Avaliação do funcionamento familiar no contexto da saúde mental. **Archives of Clinical Psychiatry** (São Paulo) [online], v. 38, n. 6, pgs.1-6. 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-60832011000600007>>. Acesso em: 25 de janeiro de 2022.

SOUZA, T. V. DE et al. Modelos teóricos utilizados por enfermeiros para avaliação da família: reflexão teórica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 4, p. e2614, 12 mar. 2020.

SPROVIERI, M. H. S.; ASSUMPÇÃO JR, F. B. Dinâmica familiar de crianças autistas. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 59, n. 2A, p. 230–237, jun. 2001.

SAWYER, M. G. et al. Family assessment device: reports from mothers, fathers, and adolescents in community and clinic families. **Journal of Marital and Family Therapy**, v. 14, n. 3, p. 287–296, jul. 1988.

SKINNER, H. A.; STEINHAUER, P. D.; SANTA-BÁRBARA, J. The Family Assessment Measure. *Canadian Journal of Community Mental Health*. v.2, n.2, p.91-103. 1983.

SCHLITHLER, A.C.B; CERON, M; GONÇALVES, D.A. **Famílias em situação de vulnerabilidade ou risco psicossocial**. Universidade Federal de São Paulo. Especialização em saúde

da família, Modulo Psicossocial, unidade 18, 2010.

TRAEBERT, E. et al. Internal construct validity of a Brazilian version of the McMaster Family Assessment Device. **J Bras Psiquiatr**, v. 65, n.4, págs. 309-13. 2016.

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

TIFFIN, P.A; KAPLAN, C; PLACE, M. Brief report: Development of the family perceptions scale; a novel instrument for evaluating subjective functioning in the families of adolescents. **Journal of Adolescents**. v.34, n.3, págs 1-5. 2011.

TOMAZ, R. V. V. et al. Impacto da deficiência intelectual moderada na dinâmica e na qualidade de vida familiar: um estudo clínico-qualitativo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 11, 21 nov. 2017.

VALLE, T. G. M. DO (ED.). **Aprendizagem e desenvolvimento humano: avaliações e intervenções**. São Paulo, SP: Cultura Acadêmica Editora, 2009.

VAN BEUSEKOM, I. et al. Reported burden on informal caregivers of ICU survivors: a literature review. **Critical Care**, v. 20, n. 1, p. 16, dez. 2015.

VIEIRA, A. G; WAISCHUNNG, C. D. A atuação do psicólogo hospitalar em Unidades de Terapia Intensiva: a atenção prestada ao paciente, familiares e equipe, uma revisão da literatura. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 132-153, jun. 2018. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>>. Acesso em 1 fevereiro de 2022.

VILAÇA, M. et al. The 15-item Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE-15) Scale: Portuguese Validation Studies. **The Spanish Journal of Psychology**, v. 18, p. E87, 2015.

WANG, S. et al. Aging and Post–Intensive Care Syndrome: A Critical Need for Geriatric Psychiatry. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 26, n. 2, p. 212–221, fev. 2018.

WALSH, F. Resiliência familiar: uma estrutura de sistemas de desenvolvimento. **Jornal Europeu de Psicologia do Desenvolvimento**. v.13, n. 3, p.313–324, 2016.

WENNIGER, W. F. M; HAGEMAN, W. J. J. M; ARRINDELL, W.A. Cross-national validity of dimensions of family functioning: first experiences with the dutch version of the mcmaster family assessment device (FAD). **Person. individ**. v. 14, n. 6, p. 769-781. 1993.

ZANTE, B.; CAMENISCH, S. A.; SCHEFOLD, J. C. Interventions in Post-Intensive Care Syndrome-Family: A Systematic Literature Review. **Critical Care Medicine**, v. 48, n. 9, p. e835–e840, set. 2020.

APÊNDICE A: Ficha de dados sociodemográficos e clínicos

QUESTIONÁRIO T0– após alta imediata– FAMÍLIA		
 		
UEFS - DEPARTAMENTO DE SAÚDE - NÚCLEO INTERDISCIPLINAR DE PESQUISAS E ESTUDOS EM SAÚDE PROJETO: SAÚDE MENTAL E QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS HOSPITALIZADAS E SEUS FAMILIARES		
Número na planilha de seguimento: _____	Número no RedCap: _____	
Entrevistador: _____	Data: ___/___/___	
Hora de início: ____:____		
IDENTIFICAÇÃO		
Nome do familiar: _____	Iniciais do familiar: _____	
Número de identificação do paciente: _____	Paciente incluído? <input type="radio"/> 0. Não <input type="radio"/> 1. Sim	
Nome do paciente: _____		
Local de coleta: <input type="radio"/> 1. Clínica médica <input type="radio"/> 2. Clínica Cirúrgica <input type="radio"/> 3. Outra: _____	Leito: _____	
Origem: <input type="radio"/> 1. UTI geral 1 <input type="radio"/> 2. UTI geral 2 <input type="radio"/> 3. UTI geral 3 <input type="radio"/> 4. UTI neurológica <input type="radio"/> 5. UTI cirúrgica <input type="radio"/> 6. Outra. Qual? _____		
CONTATO		
Nº para contato 1: _____	Nome: _____	Parentesco: _____
Nº para contato 2: _____	Nome: _____	Parentesco: _____
Nº para contato 3: _____	Nome: _____	Parentesco: _____
Nº para contato 4: _____	Nome: _____	Parentesco: _____
Nº para contato 5: _____	Nome: _____	Parentesco: _____
E-mail: _____		
Endereço: _____		
DADOS PESSOAIS		
Idade: ____anos	Sexo: <input type="radio"/> 1. Masculino <input type="radio"/> 2. Feminino	
Cor da pele declarada: <input type="radio"/> 1. Preta <input type="radio"/> 2. Parda <input type="radio"/> 3. Branca <input type="radio"/> 4. Outra: _____		
Reside: <input type="radio"/> 1. Feira de Santana <input type="radio"/> 2. Salvador <input type="radio"/> 3. Santo Antônio de Jesus <input type="radio"/> 4. Outra: _____		
Escolaridade: (marcar a série que parou se for incompleto) <input type="radio"/> 1. Não estudou <input type="radio"/> 2. Fundamental <input type="radio"/> 3. Médio <input type="radio"/> 4. Superior <input type="radio"/> 5. Pós-graduado (a)		
Estado civil: <input type="radio"/> 1. Solteiro(a) <input type="radio"/> 2. Casado(a) <input type="radio"/> 3. União consensual <input type="radio"/> 4. Separado(a) <input type="radio"/> 5. Viúvo(a)		
Religião: <input type="radio"/> 1. Evangélico(a) <input type="radio"/> 2. Católico(a) <input type="radio"/> 3. Espírita <input type="radio"/> 4. Nenhuma <input type="radio"/> 5. Outro: _____		
DADOS SOCIOECONÔMICOS (TRABALHO/OCUPAÇÃO/ESTUDO)		
Atividade : <input type="radio"/> 1. Nunca trabalhou <input type="radio"/> 2. Desempregado (a) <input type="radio"/> 3. Ativo COM vínculo empregatício <input type="radio"/> 4. Ativo SEM vínculo empregatício <input type="radio"/> 5. Aposentado(a) por idade <input type="radio"/> 6. Aposentado(a) por invalidez Causa: _____ <input type="radio"/> 7. Dona(o) de casa <input type="radio"/> 8. Autônomo(a) <input type="radio"/> 9. Estudante <i>Se responder item 2, pergunte ▲ e ● Se responder item 3 ou 4, pergunte ■ e ◆ Se responder item 9, pergunte ♣ e ▼</i>		
▲ Perdeu o emprego/trabalho?	<input type="radio"/> 0. Não <input type="radio"/> 1. Sim: durante o internamento	
● Parou de trabalhar?	<input type="radio"/> 0. Não <input type="radio"/> 1. Sim: durante o internamento	
■ Reduziu o horário de trabalho?	<input type="radio"/> 0. Não <input type="radio"/> 1. Sim: durante o internamento	
♣ Reduziu o horário de estudo?	<input type="radio"/> 0. Não <input type="radio"/> 1. Sim: durante o internamento	
◆ Consegue se concentrar no trabalho?	<input type="radio"/> 0. Não <input type="radio"/> 1. Sim	
▼ Consegue se concentrar no estudo?	<input type="radio"/> 0. Não <input type="radio"/> 1. Sim	
Profissão: _____		
Ocupação: _____ Horas de trabalho por semana: _____		
Qual sua renda mensal? (Entrevistador, marque as alternativas abaixo conforme o entrevistado informar sua renda. OBS: o valor do salário mínimo é R\$1.212, 00)		
<input type="radio"/> 1. Menor que 1 salário mínimo <input type="radio"/> 2. Entre 1 e 3 salários mínimos <input type="radio"/> 3. Entre 4 e 7 salários mínimos <input type="radio"/> 4. Acima de 8 salários mínimos <input type="radio"/> 5. Não quer informar		
Você considera: <input type="radio"/> A. Satisfatória <input type="radio"/> B. Insatisfatória		

DADOS DE RELACIONAMENTO COM O FAMILIAR	
Mora com o familiar internado:	<input type="radio"/> 1. Sim <input type="radio"/> 2. Não
Grau de parentesco:	<input type="radio"/> 1. Cônjuge <input type="radio"/> 2. Pai <input type="radio"/> 3. Mãe <input type="radio"/> 4. Filho(a) <input type="radio"/> 5. Irmão(a) <input type="radio"/> 6. Outro
DADOS CLINICOS DO FAMILIAR	
Problema de Saúde Física:	<input type="radio"/> 0. Não <input type="radio"/> 1. Sim Quais? _____
Comorbidades:	<input type="radio"/> 1. Hipertensão Arterial <input type="radio"/> 2. Diabetes Mellitus <input type="radio"/> 3. Cardiopatias <input type="radio"/> 4. Câncer
Desenvolvimento:	<input type="radio"/> 0. Antes da internação <input type="radio"/> 1. Depois da internação
Problema de Saúde Psíquico:	<input type="radio"/> 0. Não <input type="radio"/> 1. Sim Quais? _____
Desenvolvimento:	<input type="radio"/> 1. Antes da internação <input type="radio"/> 2. Depois da internação
Uso de medicamento regular?	<input type="radio"/> 0. Não <input type="radio"/> 1. Sim Quais? _____
DADOS DA EXPERIENCIA DO FAMILIAR NA UTI	
Experiência de internação com outros parentes em UTIs?	Visita virtual? <input type="radio"/> 0. Não <input type="radio"/> 1. Sim
<input type="radio"/> 0. Não <input type="radio"/> 1. Sim. Quantas vezes? _____	Visita social? <input type="radio"/> 0. Não <input type="radio"/> 1. Sim
Em que ano e mês foi a última vez? _____	Quantas visitas? _____
Conhece o serviço de psicologia da UTI? <input type="radio"/> 0. Não <input type="radio"/> 1. Sim	Boletim por telefone? <input type="radio"/> 0. Não <input type="radio"/> 1. Sim
Foi atendido pelo psicólogo da unidade? <input type="radio"/> 0. Não <input type="radio"/> 1. Sim	

APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) Sr. Ou Sr^a está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “**SAÚDE MENTAL E QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS HOSPITALIZADAS E SEUS FAMILIARES**”, que será realizada pela equipe de pesquisa do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisas e Estudos em Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana. Essa pesquisa tem como objetivo conhecer a qualidade de vida e o estado emocional da família, durante e após a internação de um parente uma UTI. E conhecer a saúde mental física e social de vocês após viver essa experiência. Nós iremos acompanhar, você e seu parente, por um ano. A cada três meses entraremos em contato para saber como vocês estão.

O benefício esperado com este estudo é que os profissionais de saúde poderão reconhecer algum prejuízo na saúde mental e/ou na qualidade de vida de pacientes em estado crítico e de seus familiares, e instituir medidas para prevenção e redução dos sintomas.

Em nenhum momento o seu nome será divulgado, garantimos o sigilo de suas informações e você não receberá dinheiro por suas participações; não haverá custo financeiro da sua parte.

Se o (a) senhor (a) concordar em participar serão feitas várias perguntas sobre diferentes aspectos de sua vida, como: sua idade, cidade onde mora, escolaridade, dentre outras. Neste momento será apresentada pelo (a) pesquisador (a) algumas escalas com várias perguntas em que o Sr (a) poderá informar se está vivenciando essas situações e com que frequência elas se apresentam. Caso não queira, poderá recusar responder qualquer questão. O (a) Sr. (a) receberá uma ligação nos próximos 30 dias e depois a cada 3 meses a fim de concluir as etapas dessa pesquisa

Os dados referentes à sua pessoa serão confidenciais durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dela em revistas, apresentação em congresso. Esse termo e os dados coletados a partir dos questionários serão guardados no NIPES/DSAU/UEFS por cinco anos. Você poderá tirar qualquer dúvida ou desistir de participar a qualquer momento sem que isso lhe prejudique.

Após ter lido e entendido todas as informações, e caso aceite participar desta pesquisa por livre e espontânea vontade, solicitamos ao senhor (a) que assine este termo de consentimento. Em caso de dúvida os pesquisadores estarão à sua disposição, na Universidade Estadual de Feira de Santana, Campus Universitário, S/N, no NIPES, localizado no Módulo VI, sala MT63, ou pelo telefone Tel.: (75) 3161-8260. Dúvidas sobre as questões éticas relativas à pesquisa poderá entrar em contato com o Comitê de Ética situado no módulo I, MA 17, Campus Universitário da UEFS, pelo telefone Tel.: (75) 3161-8067, de segunda a sexta-feira, pela manhã, ou pelo site: <http://cepuefs.wixsite.com/cepuefs>.

Feira de Santana, BA, _____ de _____ de 2022.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinatura do participante: _____



ANEXO A: Escala de Funcionamento Geral da Família

ESCALA DE FUNCIONAMENTO GERAL DA FAMÍLIA (FGF)				
As frases dizem respeito ao funcionamento da sua família após a internação do seu parente na UTI. Peço que diga o quanto concorda com estas situações, caso elas aconteçam com a sua família.	Concorda Totalmente	Concorda	Discorda	Discorda Totalmente
1 - É difícil planejar atividades familiares porque vocês se desentendem entre si.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
2 - Em tempo de crise, vocês podem buscar ajuda uns nos outros.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
3 - Vocês não podem conversar entre vocês sobre a tristeza que sentem.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
4 - Cada pessoa da família é aceita pelo que ela é.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
5 - Vocês evitam discutir seus medos ou preocupações.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
6 - Vocês mostram sentimentos uns com os outros.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
7 - Existem muitos sentimentos ruins na sua família.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
8 - Vocês se sentem aceitos pelo que são.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
9 - Tomar decisões é um problema para a sua família.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
10 - Vocês são capazes de tomar decisões sobre como resolver os problemas.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
11 - Vocês não se dão bem juntos.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
12 - Vocês confiam uns nos outros.	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Total: _____				


ANEXO B: Escala de Transtorno Geral de Ansiedade (GAD-7)

GAD-7: Agora vamos falar sobre seu estado emocional após a alta da UTI.				
O (A) senhor (a) responderá com que frequência foi incomodado por alguns sintomas que eu direi desde o período que ficou na UTI. Lembrando que o(a) senhor(a) está aqui há ____ dias. OBS: Entrevistador, mostre a regua numérica e oriente o entrevistado como usá-la.	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
	1 - Sentir-se nervoso (a), ansioso (a) ou muito tenso (a)	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>
2 - Não ser capaz de impedir ou controlar as preocupações	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
3 - Preocupar-se muito com diversas coisas	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
4 - Dificuldade para relaxar	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
5 - Ficar tão agitado (a) que se torna difícil permanecer sentado (a)	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
6 - Ficar facilmente aborrecido (a) ou irritado (a)	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
7 - Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
ATENÇÃO: Se pontuação ≥ 10 entrar em contato com a coordenação.	Total: _____			



ANEXO C: Questionário sobre a Saúde do Paciente (PHQ-9)

PHQ-9: O(A) senhor(a) tem sentido...				
	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1 - Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
2 - Se sentir "para baixo", deprimido (a) ou sem perspectiva	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
3 - Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormir mais do que de costume	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
4 - Se sentir cansado (a) ou com pouca energia	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
5 - Falta de apetite ou comendo demais	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
6 - Se sentir mal consigo mesmo (a) ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo (a)	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
7 - Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
8 - Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto, estar tão agitado (a) que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que o costume	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
9 - Pensa em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto (a)	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>

Total: _____

ATENÇÃO: Se pontuação ≥ 10 entrar em contato com a coordenação.

Hora do término: _____ | Duração total: _____

Ass. do investigador: _____ | Data: ____/____/____

Observação: _____



ANEXO D: Aprovação do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: SAÚDE MENTAL E QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS HOSPITALIZADAS E SEUS FAMILIARES

Pesquisador: Katia Santana Freitas

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 13234419.9.0000.0053

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
Universidade Estadual de Feira de Santana

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.719.452

Apresentação do Projeto:

Trata-se de apreciação de solicitação de emenda para ampliação tanto da equipe executora quanto da cidade e local.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo CEP UEFS parece nº3.527.238 de 23/08/2019.

As informações nos itens "Apresentação do Projeto"; "Objetivo da Pesquisa"; e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo "_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1996732_E1.pdf" anexado em 28/09/2022.

Novo cronograma de execução indicando 2022 a 2026 e novo orçamento no valor total de R\$12.524,19 com contrapartida da UEFS.

O projeto é apresentado no resumo: "Estudos relacionados a cuidados intensivos e família indicam que seus membros vivenciam sintomas psicológicos que podem culminar em transtornos de estresse, ansiedade e depressão. Segundo McAdam e Puntillo (2009), os membros da família que possuem um ente internado em UTI frequentemente apresentam sintomas de transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), ansiedade e depressão, sendo que as prevalências relatadas variam de 30 a 100%. Trata-se de um estudo de métodos mistos, de acordo com objetivos propostos. O objeto dessa investigação é a experiência de saúde mental e qualidade de vida de pessoas hospitalizadas e seus familiares nas Unidades de Terapia Intensiva e Emergência

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS
Bairro: Módulo I, MA 17 **CEP:** 44.031-460
UF: BA **Município:** FEIRA DE SANTANA
Telefone: (75)3161-8124 **E-mail:** cep@uefs.br

Página 01 de 09

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FEIRA DE SANTANA, 24 de Outubro de 2022

Assinado por:
Wânia Silveira da Rocha
(Coordenador(a))