

Percepção dos familiares de pacientes com COVID-19 sobre a internação em terapia intensiva adulto

Perception of families of patients with COVID-19 about hospitalization in adult intensive care

Percepción de familiares de pacientes con COVID-19 sobre la hospitalización en cuidados intensivos de adultos

Recebido: 30/08/2022 | Revisado: 26/01/2023 | Aceitado: 03/02/2023 | Publicado: 09/02/2023

Sofia Louise Santin Barilli

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8635-6029>
Hospital Nossa Senhora da Conceição, Brasil
E-mail: enfsofiabarilli@gmail.com

Anelise Kirst da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2247-0471>
Hospital Nossa Senhora da Conceição, Brasil
E-mail: ane.kirst@gmail.com

Veridiana Baldon

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9372-5785>
Hospital Nossa Senhora da Conceição, Brasil
E-mail: veridbaldon@hotmail.com

Anelise Cristina Schmitz Franco

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5826-9307>
Hospital Nossa Senhora da Conceição, Brasil
E-mail: anelisesf@hotmail.com

Lisiane Souza

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5401-9212>
Hospital Nossa Senhora da Conceição, Brasil
E-mail: lisi.sza@gmail.com

Andréia Martins Specht

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8997-3279>
Hospital Nossa Senhora da Conceição, Brasil
E-mail: spechtandrea@gmail.com

Resumo

Objetivo: Conhecer a percepção de familiares de pacientes internados por COVID-19 em Unidade de Terapia Intensiva Adulto sobre o período de internação. **Metodologia:** Estudo descritivo, qualitativo, realizado com familiares adultos de pacientes com COVID-19 internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto de um hospital público, terciário, em Porto Alegre (RS), Brasil. Utilizou-se ficha com dados sociodemográficos e um questionário semiestruturado. As entrevistas foram realizadas entre novembro e dezembro/2020 por chamada telefônica e a amostra foi determinada por saturação dos dados. Foi utilizada análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** Participaram nove familiares com idade entre 23 e 56 anos. Predominaram mulheres, a maioria filhas. O número de dias em isolamento variou de 8 a 31. Emergiram cinco categorias: A Unidade de Terapia Intensiva como sentença de morte; O impacto de uma doença nova; Distância e exclusão da família; Redes de apoio; A iminência da morte. **Conclusão:** As internações em Unidade de Terapia Intensiva por COVID-19 foram permeadas por medo e angústia dos familiares, incrementados por tratar-se de uma doença nova e sem cura. A necessidade de isolamento impossibilitou o contato físico, impactando na compreensão do quadro e na elaboração do luto. O apoio da equipe, de outros familiares e amigos, fé e religiosidade apareceram como mecanismos protetivos. Luto antecipatório, medo da morte sem despedida e perdas múltiplas figuram como centrais no tocante ao luto. Considera-se imprescindível o apoio emocional para os familiares, de forma a favorecer o bem-estar psíquico e prevenir agravos psicológicos e luto complicado.

Palavras-chave: Infecções por coronavírus; Unidades de terapia intensiva; Família; Isolamento de pacientes; Emoções manifestas; Luto.

Abstract

Objective: To know the perception of family members of COVID-19 hospitalized patients about the period of hospitalization in an Adult Intensive Care Unit. **Methodology:** Descriptive and qualitative study with adult family members of patients with COVID-19 admitted to an Adult Intensive Care Unit of a tertiary public hospital in Porto Alegre (RS), Brazil. A sheet with sociodemographic data and a semi-structured questionnaire were used. The

interviews were conducted between November and December/2020 by phone call and the sample was determined by data saturation. Bardin's content analysis was used. Results: Nine family members aged between 23 and 56 years old participated. Predominated women, mostly daughters. The number of days in isolation ranged from 8 to 31. Five categories emerged: The Intensive Care Unit as a death sentence; The impact of a new disease; Family distance and exclusion; Support networks; The imminence of death. Conclusion: Hospitalizations due to COVID-19 in Intensive Care Unit were permeated by fear and anguish of family members, increased because it is a new and incurable disease. The need for isolation made physical contact impossible, impacting the understanding of the condition and the elaboration of mourning. The support of team healthcare, other family members and friends, faith and religiosity emerged as protective mechanisms. Anticipatory grief, fear of death without saying goodbye and multiple losses are central to grief. Emotional support for family members is essential, in order to promote psychological well-being and prevent psychological injuries and complicated grief.

Keywords: Coronavirus infections; Intensive Care Units; Family; Patient isolation; Expressed emotions; Bereavement.

Resumen

Objetivo: Conocer la percepción de los familiares de pacientes hospitalizados por COVID-19 en una Unidad de Cuidados Intensivos Adulto sobre el período de hospitalización. Metodología: Estudio descriptivo y cualitativo, realizado con familiares adultos de pacientes con COVID-19 internados en una Unidad de Cuidados Intensivos Adulto de un hospital público de tercer nivel en Porto Alegre (RS), Brasil. Fue utilizada una ficha de datos sociodemográficos y un cuestionario semiestructurado. Las entrevistas fueron realizadas entre noviembre y diciembre/2020 por llamada telefónica y la muestra fue determinada por saturación. Fue utilizado el análisis de contenido de Bardin. Resultados: Participaron nueve familiares entre 23 y 56 años. Han predominado las mujeres, la mayoría hijas. El número de días de aislamiento varió de 8 a 31. Emergieron cinco categorías: Unidad de Cuidados Intensivos como sentencia de muerte; El impacto de una nueva enfermedad; Distancia y exclusión familiar; Redes de apoyo; La inminencia de la muerte. Conclusión: Las hospitalizaciones en la Unidad de Cuidados Intensivos por COVID-19 fueron permeadas por miedo y angustia de los familiares, incrementados por tratarse de una enfermedad nueva e incurable. La necesidad de aislamiento imposibilitó el contacto físico, impactando la comprensión de la condición y la elaboración de luto. El apoyo del equipo, de otros familiares y amigos, la fe y la religiosidad aparecieron como mecanismos de protección. El luto anticipatorio, el miedo de la muerte sin despedida y las pérdidas múltiples son centrales en el luto. El apoyo emocional a los familiares se considera fundamental para promover el bienestar psicológico y prevenir lesiones psicológicas y lutos complicados.

Palabras clave: Infecciones por coronavirus; Unidades de Cuidados Intensivos; Familia; Aislamiento de pacientes; Emoción expresada; Aflicción.

1. Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, ao final de janeiro de 2020, que o surto da doença causada pelo novo coronavírus constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia (Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2022). O advento da pandemia impôs a necessidade da rápida implementação de restrição de visitas presenciais às Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de forma global (Rose et al., 2022) por fatores como a possibilidade de contaminação e/ou exposição dos familiares, além da falta de equipamentos de proteção individual, com consequente aumento de consumo de recursos já escassos (Wakam et al., 2020).

A internação em UTI é uma experiência geradora de angústia e sofrimento para os pacientes e familiares devido à representação desse ambiente, que envolve cuidados intensivos, alta complexidade de ações e procedimentos, impessoalidade e prognóstico incerto, causando um impacto emocional (Monteiro et al., 2017; Nunes & Gabarra, 2017). Naturalmente, esse cenário é desencadeador de situações estressoras e ansiogênicas para a família (Rose et al., 2019).

Em se tratando de uma internação em UTI por COVID-19, isso ocorre de forma ainda mais exacerbada, devido ao contexto de isolamento, restrição de visitas, incerteza e falta de informação (Rose et al., 2022; Kentish-Barnes et al., 2021). Os familiares podem apresentar altos níveis de sofrimento e estresse psicológico, com estados de ansiedade, angústia e depressão potencializados pela iminente ameaça de contaminação e morte pela COVID-19 (Azoulay et al., 2021; Crepaldi et al., 2020; Sá-Serafim et al., 2020). A impossibilidade de ficar ao lado do ente querido ao longo da internação devido ao isolamento pode

impactar nas tomadas de decisão e trazer consequências prejudiciais a pacientes e familiares (Dantas et al., 2020; Cardoso et al., 2020). Além de todos esses fatores, o boletim médico diário fornecido pela equipe médica às famílias necessitou ser adaptado; na maioria das vezes, a conversa ocorreu por telefone, podendo diminuir a qualidade da comunicação, informação e senso de apoio (Kentish-Barnes et al., 2021).

Nesse artigo, será usado o conceito de família proposto por Souza (2010), que a entende como a unidade social de proximidade diretamente ligada ao paciente por meio do amor, podendo ou não ter laços legais ou de consanguinidade. Dessa forma, considerando a família como a extensão do paciente (Souza et al., 2014) e o seu papel fundamental na recuperação do mesmo, entende-se que conhecer a percepção dos familiares de pacientes internados sobre o período de internação em UTI por COVID-19 e identificar suas principais dificuldades e angústias permite à equipe de saúde criar estratégias para melhorar a interação entre pacientes e familiares em um cenário pandêmico.

Diante deste contexto, este estudo teve como objetivo conhecer a percepção de familiares de pacientes internados por COVID-19 em Unidade de Terapia Intensiva Adulto sobre o período de internação.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, desenvolvido segundo as diretrizes propostas pelo COREQ – Consolidate Criteria for Reporting Qualitative Studies (Tong et al., 2007). Tal método tem como foco de atenção o significado que as participantes dão às coisas e à sua vida, sendo importante a interpretação por parte do pesquisador evidenciando suas opiniões sobre o fenômeno avaliado (Pereira et al., 2018). O estudo foi realizado em uma UTI adulto de hospital público, terciário, referência no atendimento aos pacientes com COVID-19, em Porto Alegre (RS), Brasil. A UTI possui equipe multiprofissional e dispunha de 45 leitos destinados a pacientes com COVID-19. De forma distinta do período que precedeu o surto de COVID-19, quando os pacientes da UTI recebiam visita em três momentos do dia ou estendida (por até 12 horas/dia), durante a pandemia, por medida de restrição sanitária, todas as visitas na UTI foram suspensas, bem como o contato presencial entre familiares e equipes. As informações médicas passaram a ser fornecidas ao familiar de referência por meio telefônico, e um projeto de visitas virtuais foi implementado de forma a possibilitar contato entre pacientes e familiares por chamadas de vídeo, voz ou mensagens de áudio, conforme critérios pré-estabelecidos.

Participaram da pesquisa familiares de ambos os sexos, com 18 anos ou mais, de pacientes diagnosticados com COVID-19 (confirmado por RT-PCR – *reverse-transcriptase polymerase chain*) internados na UTI no momento da entrevista, responsáveis principais pelo paciente durante a internação (aqueles que recebiam as informações médicas via contato telefônico), que aceitassem participar do estudo. Não houve critérios de exclusão.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista individual, entre novembro e dezembro/2020. Utilizou-se uma ficha contendo dados sociodemográficos para caracterização da amostra e um questionário semiestruturado com sete perguntas abertas. Os familiares foram contatados e convidados para a pesquisa através do telefonema de acompanhamento das famílias realizado pela psicóloga da equipe, integrante do estudo. Mediante aceite inicial, agendou-se horário para a entrevista, com ciência dos participantes de que a mesma seria gravada. As entrevistas foram realizadas por chamada telefônica por três pesquisadoras, a partir de aparelhos celulares. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido no início do telefonema e, com o aceite do familiar, dava-se início à entrevista. O TCLE foi enviado a todos os participantes por e-mail. A amostra foi determinada por saturação dos dados. Transcreveram-se as entrevistas integralmente. Para o tratamento, foi utilizado análise de conteúdo de Bardin (2015), seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados.

O estudo seguiu as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, sob número CAAE 38715520.0.0000.5530.

3. Resultados

Participaram nove familiares de pacientes internados na UTI por COVID-19, com idades entre 23 e 56 anos. Predominaram mulheres (7 - 77,8%), a maioria filhas (5 - 55,5%). O nível de escolaridade dos participantes variou do ensino fundamental até o superior incompleto, sendo que quatro (44,4%) declararam ter o ensino médio completo. O período em que o paciente se encontrava em isolamento no momento da entrevista variou de 8 a 31 dias.

A partir da análise dos dados, emergiram as seguintes categorias: A UTI como sentença de morte; O impacto de uma doença nova; Distância e exclusão da família; Redes de apoio; A iminência da morte.

De forma a preservar o anonimato e o sigilo dos participantes, os nomes foram suprimidos e substituídos por F (familiar) e o número de cada um.

A UTI como sentença de morte: “esse lugar”

Em geral, a internação em UTI é repentina e inesperada, restando pouco tempo para o ajustamento familiar. A família pode estar despreparada para lidar com a ansiedade e tensão criadas pela situação estressante e ameaçadora de uma doença e também pela internação em UTI em si, como relata a participante:

“...foi uma coisa inesperada, a gente não estava esperando que fosse acontecer, porque a gente tomava todos os cuidados (...) A gente ficou abalado mesmo. Não esperava que fosse acontecer.” (F1)

Soma-se a isso a crença de que a UTI é um lugar para pacientes terminais, tornando a experiência ainda mais geradora de angústia, como exemplificam os familiares:

“Acho que no primeiro instante é isso, a gente leva esse choque, tu já acha que vai perder a pessoa, porque a palavra UTI, para mim, pelo menos, é bem... está na UTI, já pensa que está nos finalmentes. Basicamente é isso, uma notícia muito chocante com um familiar teu indo para esse lugar...”. (F3)

“Logo que ela foi para a UTI eu pensei um monte de coisa ruim, porque aí tu vê um monte de gente que entra com uma coisinha de nada e acaba saindo morto de lá de dentro, aí você já pensa um monte de coisa negativa.” (F9)

Além da associação entre a ida para a UTI e a ideia de terminalidade, como um lugar aonde se vai para morrer, também se evidencia a crença de que tal internação agrave ou provoque a piora de algo já existente, trazendo à cena fantasias negativas sobre o ambiente da UTI.

O impacto de uma doença nova: “o medo pelo desconhecido”

O impacto de ter um familiar internado na UTI é, por si só, gerador de angústia e sofrimento, incrementados pelo fato de tal internação ocorrer por COVID-19. Por se tratar de uma doença nova e sem cura, o familiar pode experimentar o sentimento de desamparo e vulnerabilidade, não havendo registros anteriores para fornecer subsídios ou ferramentas para o enfrentamento dessa situação.

O medo do desconhecido, juntamente com os riscos prévios sabidamente associados à doença, foi relatado pela totalidade dos entrevistados:

“É o medo pelo desconhecido, porque apesar de a gente tentar se informar e isso ser falado muito pela mídia e a gente pesquisar, a gente tem muito medo do que possa acontecer, porque a gente ouve muito que as pessoas, principalmente da idade dele, do meu pai que está internado, é complicado de salvar.” (F6)

O medo de haver sequelas pela COVID-19 e a possibilidade de agravo em virtude de doenças previamente conhecidas foram comumente encontrados nas falas:

“(...) se ela conseguir, a gente não sabe como ela vai estar de sequelas (...). Então, a gente não sabe. E o problema dela ainda não é só o Covid, então, a gente não sabe o que vai acontecer, e isso preocupa muito a gente.” (F4)

Além da apreensão em relação ao desconhecimento da doença, há a sensação de perda de controle e ausência de garantias:

“Que a gente não tem uma garantia de nada... E a gente fica na expectativa de saber se vai dar tudo certo, porque é uma doença nova.” (F2)

Distância e exclusão da família: “a gente do lado de fora”

Com a pandemia, o distanciamento entre paciente e familiares, já comumente encontrado nas UTIs, ficou ainda mais evidente pela necessidade de isolamento imposta pelo risco de contaminação. Nas entrevistas, foram achados frequentes os sentimentos de impotência, incapacidade, inutilidade e perda de controle diante da distância e da necessidade de afastamento provocadas pela internação. Com isso, os familiares podem experimentar o sentimento de abandono, tanto por sentirem-se excluídos e apartados dos cuidados com seu ente, como também por sentir que estão abandonando o paciente no hospital:

“(...) porque é muito cruel a pessoa ficar lá se sentindo abandonada e a gente do lado de fora sofrendo sem poder fazer nada.” (F4)

O “lado de lá” significa o lado do hospital, do cuidado técnico. O “lado de fora” é o experienciado pelos familiares, que ficam sem poder acessar seu ente querido, vê-lo ou tocá-lo. A impossibilidade das visitas e do contato visual impõe dificuldades para a compreensão do estado de saúde do paciente pelo seu familiar. A restrição das visitas acarretou mudanças também na forma de transmissão das notícias médicas aos familiares. Antes presenciais, passaram a ser fornecidas pelo telefone, permitindo um acompanhamento apenas à distância, sem que o familiar pudesse registrar uma imagem e construir sua própria impressão sobre o quadro do paciente a partir do elemento visual:

“É bem complicado, porque como ele está na UTI a gente não tem noção de como ele está, porque a gente não pode ver ele (...) e como a gente não tinha como ver, a gente ficava bem apreensiva, não tinha como ver, de fato, como ele estava.” (F8)

Outro aspecto evidenciado pela ausência de visita presencial é a impossibilidade de os familiares auxiliarem de alguma forma durante a internação. Sentem que são privados da única coisa que podem oferecer nesse momento, que é a presença, o afeto, o toque e a participação em ações da rotina do cuidado do paciente:

“É muito importante o contato físico. Quando a pessoa está debilitada, doente, acho importante ela ver que a pessoa está ali do seu lado, nem que seja para segurar a mão. É um momento muito difícil, a separação e o não contato físico. Se eu pudesse, eu ia tentar ajudar ele a comer.” (F3)

Entretanto, ao passo que se sentem do “lado de fora” por não poder participar como gostariam, reconhecem que isso é necessário no contexto da pandemia. Receiam ainda pela possível interferência da sua presença na recuperação do paciente, temendo, por vezes, que possa lhe ser prejudicial:

“É não conseguir ver ele, mas, ao mesmo tempo, eu entendo que é necessário. Eu sei que ele está bem emotivo e eu acho que se a gente fosse fazer visita, isso não ia ser bom para ele, porque ele ia se emocionar e talvez faltasse o ar que tanto ele precisa.” (F6)

Apontam, ainda, para a importância de ações que possibilitem o contato mesmo que de forma remota ou virtual, como relata a seguinte familiar, referindo-se à visita virtual realizada pela equipe:

“Eu achei muito bom a gente conversar todos os dias, a gente poder ver [em videochamada] nem que seja por um momento, a gente se sente próximo.” (F3)

Redes de apoio: “eles todos em volta”

Ter um ente querido internado na UTI e vivenciar os medos e as aflições resultantes desse processo pode alterar o estado emocional da família. Nesses casos, a presença de redes de apoio permite que os familiares compartilhem seus anseios, suas angústias e até mesmo o medo da morte. O apoio de outros familiares faz com que aqueles que são responsáveis pela internação se sintam amparados e acolhidos, como se observa a seguir:

“Minhas filhas, elas me ajudam, elas que tomam conta de mim, perguntam por ela todo dia, a gente fala dela todo dia. É isso que me conforta agora, nesse momento: eles todos em volta.” (F5)

Por vezes, a vivência da doença e da situação crítica despertada por ela podem fazer com que haja uma aproximação de familiares que, em algum momento, estiveram afastados:

“E a união da família. Eu e a minha irmã não éramos tão unidas como a gente ficou nesse momento. Eu e ela éramos até bem mais afastadas, nossa... Mas a gente se uniu muito para cuidar do pai e da mãe, e ela está sendo maravilhosa também...” (F6)

Além da rede de apoio que encontram em familiares, os participantes também se sentem amparados e confortados pela equipe, considerada um elo entre o paciente e a família nesse período de isolamento. Os familiares reconhecem o

empenho dos profissionais e desejam força e proteção à equipe, numa demonstração de afeto e solidariedade, considerando-se os riscos impostos pela pandemia para todos os envolvidos:

“Eu até fiquei bastante... Satisfeita, me senti mais acalmada, mais acolhida, quando soube que ia ter uma pessoa que ia me ligar todos os dias, que ia me dar notícias todos os dias... Eu fiquei bem confortada nessa questão de saber que tem uma equipe que se preocupa com o paciente, que está lutando.” (F3)

“Imagino para as pessoas que tratam e estão ali, tendo que se cuidar, para também não levar a doença para seu próprio familiar também.” (F2)

A fé e a religiosidade também foram mencionadas como importantes fontes de apoio:

“Na verdade eu sou uma pessoa de fé, eu sou (...) cristão, então eu me apoio muito na Bíblia, na palavra de Deus (...) A fé é que te fortalece, te dá ânimo, te dá apoio psicologicamente, emocionalmente, espiritualmente. É nisso que a gente se apega.” (F9)

Denota-se que o apoio na fé pode servir como mecanismo para amenizar o sofrimento e reforçar a esperança, sendo reconhecido como estratégia de enfrentamento. Além disso, representa uma forma de encontrar forças para seguir adiante neste momento difícil da internação em UTI.

A iminência da morte: “o que vai ser”

A internação de um ente querido na UTI por COVID-19 coloca os familiares em contato com a iminência da morte, tanto pela gravidade dos casos quanto pelos medos e fantasias inerentes à internação nesse local. Tais situações trazem para perto algo com o qual os familiares entrarão em contato de forma mais ou menos direta, incrementado pelo desafio de lidar com a distância e o isolamento, como exemplificam os participantes:

“A minha preocupação mesmo é ela morrer. Minha preocupação maior agora é essa.” (F5)

“É de meu pai vir a óbito e eu não conseguir ver ele.” (F7)

Evidenciou-se a importância afetiva da pessoa internada, fazendo com que inevitavelmente alguma reorganização familiar fosse necessária para dar conta dessa ausência, seja provisoriamente, por ocasião da internação, seja pelo fato de esse familiar já estar em situação de preparação para a perda:

“...porque a gente tinha uma vida que um cuidava o outro. Um chegava próximo quando ela [a filha] chega da escola, um saía mais próximo de quando ela estava indo. Um cuidado todo.” (F2)

Lidar com a iminência da morte e pensá-la como possibilidade real, mobilizando recursos para seu enfrentamento e, ao mesmo tempo, marcada pela ambivalência, é exemplificada pelas falas, caracterizando o que se chama de luto antecipatório:

“A preocupação é aquela que a gente sabe, o risco é grande da pessoa não voltar, e aí o medo da saudade, da ausência, do que vai ser. Isso também me preocupa: qual o próximo passo se a pessoa não voltar?” (F3)

A pandemia trouxe ainda o desafio de se confrontar com perdas múltiplas e em sequência. Muitos familiares vivenciaram a experiência de ter mais de um membro internado, resultando na possibilidade de perder mais de um ente querido em um curto espaço de tempo:

“Isso é uma doença muito complicada e leva a gente até ao desespero, a gente enterrar um familiar em um dia, e no outro dia outro da família... Muitas vezes eu me escondi para não chorar perto da família. É muito triste.” (F4)

Outro aspecto evidenciado pelos participantes diz respeito à dificuldade ou mesmo impossibilidade em haver despedidas, pela necessidade de atendimento imediato e de a internação ocorrer de forma rápida, a fim de prover suporte adequado. Devido ao isolamento, é frequente que os familiares tenham visto seu ente querido pela última vez em casa, antes de ir ao hospital, ou na entrada da Emergência, gerando uma interrupção de contato que pode se estender por dias ou semanas:

“[Ele] estava tão mal que eu só queria que colocasse ele pra respirar, porque estava com muita falta de ar. Então, eu fiquei tão desesperado que eu não abracei ele, não disse que eu amava ele, sabe? E isso tudo me corrói por dentro. Pode ser que tenha sido a última vez que eu vi ele e eu não fiz isso.” (F7)

Entretanto, encontrou-se também nas entrevistas o desejo de que o familiar não sofresse, apesar da expectativa de recuperação e melhora, a partir da percepção da demora na recuperação e irreversibilidade do quadro, conforme evidencia a fala:

“Na hora da coisa toda, que ele conseguisse entender que chegou o seu momento e não sofresse tanto. Tudo na vida tem um momento. Quando termina de viver, tu não tem que te apegar a nada.” (F2)

4. Discussão

As entrevistas permitiram conhecer a percepção dos familiares de pacientes sobre o período de internação em UTI por COVID-19 no contexto da pandemia. Percebeu-se o quanto as internações, as relações de cuidado e interações entre pacientes, familiares e equipe foram afetadas, mais especificamente no que se considera a primeira onda da pandemia, período em que a pesquisa foi realizada. Outro ponto a ser considerado é que as entrevistas com os familiares foram realizadas enquanto o paciente encontrava-se internado e cujo desfecho era incerto, caracterizando, portanto, uma situação de crise.

Os participantes demonstraram vulnerabilidade quanto ao ambiente da UTI por associá-lo à ideia de terminalidade e morte, potencializada pelo cenário de gravidade e incerteza imposto pela COVID-19. A hospitalização, por si só, causa um impacto emocional, podendo gerar uma crise no ambiente familiar. Quando em UTI, isso é ainda mais exacerbado, devido à crença de que esse é um local onde se vai para morrer (Nunes & Gabarra, 2017; Ferreira & Mendes, 2013). Os familiares podem estar despreparados para lidar com a ansiedade e tensão criadas pela situação estressante e ameaçadora de uma doença e também pela internação em UTI em si, com todas as crenças e fantasias que estão associadas a ela. Com isso, podem ficar imobilizados por sentimentos como medo, choque e desesperança, em estado de desorganização e desamparo (Carrias et al., 2018), dados também encontrados na pesquisa.

Mesmo num cenário pré-pandêmico, a ansiedade e o estresse já figuravam entre as principais reações encontradas entre os membros da família durante a internação em UTI. Os efeitos psicológicos a longo prazo (ansiedade, depressão e sintomas de estresse pós-traumático) nos familiares são similares ou até maiores do que os experimentados pelos pacientes

internados em UTI (Rose et al., 2019; Eugênio et al., 2017). Autores enfatizam a importância do olhar cuidadoso para os familiares, considerando que paciente e família compõem uma unidade de cuidado (Braz & Franco, 2017). Assim, o cuidado ao paciente não pode prescindir do apoio familiar, sendo este considerado um dos elementos mais importantes do cuidado global dos pacientes internados (Monteiro et al., 2017).

Em geral, a internação de um familiar por COVID-19 é acompanhada de surpresa e perplexidade, o que agrava o sofrimento devido à perda da fantasia de invulnerabilidade (Cardoso et al., 2020), dado também encontrado nas entrevistas. Em um cenário de pandemia, deparar-se com uma doença nova e sem cura contribui para a instauração de uma atmosfera de medo e incertezas do futuro e do que está por vir (Cardoso et al., 2020; Fontes et al., 2020). O medo de algo ainda desconhecido e, ao mesmo tempo, tão noticiado pela mídia, permeou as falas de todos os entrevistados, englobando aspectos relativos ao risco de sequelas e de morte, e também às sensações de perda de controle e de ausência de garantias.

Um dos impactos mais fortemente sentidos e relatados pelos participantes da pesquisa diz respeito à restrição das visitas e o distanciamento de seu ente querido internado, gerando altos níveis de sofrimento psicológico, corroborando achados de pesquisas internacionais e brasileiras. É fato que as preocupações sobre a transmissão da doença levaram a restrições importantes nos hospitais (Social Science in Humanitarian Action [SSHAP], 2020). No entanto, estudo de Rose et al. (2022) evidencia que o isolamento e a restrição das visitas influenciaram de forma negativa o bem-estar psicológico dos familiares, gerando aumento da prevalência de ansiedade e depressão com níveis superiores a 83 e 73%, respectivamente (Cattelan et al., 2021) e também de sintomas de transtorno de estresse pós-traumático (Azoulay et al., 2022). Assim, tanto a pandemia propriamente dita quanto as medidas adotadas para contê-la podem impactar a saúde mental, com estados de ansiedade, angústia e depressão desencadeados e potencializados pela iminente ameaça de contaminação e morte pela COVID-19 (Crepaldi et al., 2020; Sá-Serafim et al., 2020).

Somam-se a isso a incerteza e a falta de informação, ambas agravadas pela separação forçada das restrições de visita (Kentish-Barnes et al., 2021). Os achados das entrevistas evidenciaram que a ausência de proximidade física e de contato visual trouxe dificuldades para a compreensão do estado de saúde do ente querido, dado encontrado na literatura. Azoulay et al. (2021) lembram que não ver o paciente pode incrementar fantasias e dúvidas, uma vez que imaginá-lo na UTI pode ser pior do que vê-lo de fato. Além disso, não acompanhar visualmente a evolução do quadro clínico do seu familiar internado também pode dificultar o processo de aproximação e de preparação para a morte (Dantas et al., 2020; Cardoso et al., 2020).

Outro aspecto imposto pelo isolamento citado pelos participantes foi a impossibilidade de oferecer apoio ao paciente internado, fazendo com que se sentissem privados de tal oportunidade. Tal achado está em consonância com a literatura (Carrias et al., 2018), que aponta que a privação do papel de cuidador é um dos principais estressores dos familiares de pacientes em UTI. Sabe-se que não poder estar ao lado do paciente e não ser incluído nos cuidados pode gerar sentimentos de culpa por não cuidar do conforto e da dignidade do familiar durante o período de internação (Azoulay et al., 2021). Para tanto, considera-se fundamental o apoio e o suporte emocional para os membros da família nesse contexto.

Estratégias que visem diminuir o distanciamento podem ter um impacto positivo na saúde mental dos familiares e, devido a isso, muitos países implementaram abordagens para favorecer um nível de conexão entre os pacientes e seus familiares, como circuitos internos de TV, videochamadas entre pacientes e suas famílias e envio de mensagens de áudio a pacientes sem condições de se comunicar (Crepaldi et al., 2020; Fontes et al., 2020; SSHAP, 2020; Crispim et al., 2022). As visitas virtuais, apesar de não substituírem as presenciais, podem oferecer conforto e alívio às famílias especialmente se forem seguidas boas práticas como inclusão, acessibilidade e flexibilidade, além de um bom preparo da família e do paciente (Rose et al., 2022; Braz & Franco, 2017).

É fundamental que os familiares se sintam apoiados pela equipe de saúde da UTI, o que apareceu nas falas dos entrevistados quando se referiram aos profissionais como parte da sua rede de apoio. Este foi considerado um dos mecanismos

protetivos utilizados pelos familiares com vistas à diminuição do sofrimento causado pela situação, evidenciando a importância do estabelecimento de uma relação de confiança entre família e profissionais de saúde, particularmente no que se refere à transmissão de informações. Braz e Franco (2017) reforçam que uma equipe acessível às necessidades, emoções e dúvidas da família contribui para o desenvolvimento e a construção de um vínculo de confiança. Os participantes mencionaram a importância do apoio da equipe como um todo que, além de transmitir informações médicas, ofereceu suporte emocional através de acompanhamento psicológico por meio telefônico, o que está em conformidade com os achados de Azoulay et al. (2021).

A comunicação entre familiares e equipe é um aspecto relevante para a redução do sofrimento, caracterizando-se como ponto-chave para a satisfação da família com o cuidado prestado pela equipe multiprofissional (Souza et al., 2014). A comunicação de qualidade permite que a família não apenas compreenda a situação, mas também se sinta acolhida, apoiada e confiante, o que a distância impôs como um desafio para as equipes (Kentish-Barnes et al., 2021). Dada a sua importância para o familiar, e isso também fica explícito nas falas, é essencial garanti-las, incorporando-as aos protocolos de atendimento, tal qual apontado por Cardoso et al. (2020). A comunicação, quando de forma clara, coesa, coerente e responsiva às necessidades tranquiliza e acalma os familiares, podendo reduzir o risco de desenvolver ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático (Azoulay et al., 2021), além de contribuir para um melhor preparo para morte, sendo considerada um fator de proteção para luto complicado (Braz & Franco, 2017). Também foi possível perceber nas entrevistas a preocupação dos familiares com a equipe e os trabalhadores ao lembrar que esses também corriam o risco de infectar-se e por conseguinte seus familiares, gerando apoio e solidariedade mútuos.

Além do elo desenvolvido com os profissionais de saúde, os familiares explicitaram o apoio recebido de amigos e outros familiares, achados consonantes com a literatura, que aponta o suporte social e familiar como determinante em situações de adoecimento e perdas. Vivenciar a situação de doença de um familiar, somado ao medo da morte sempre presente, podem fazer com que haja maior união e companheirismo entre os membros da família (Monteiro et al., 2017; Ferreira & Mendes, 2013).

Outras estratégias apontadas pelos participantes para amenizar o sofrimento foram a fé e a religião. Nestes contextos, a religiosidade e/ou a espiritualidade tendem a ser recursos importantes para as famílias no enfrentamento aos desafios, na adaptação e na resiliência às perdas (Walsh, 2016). A espiritualidade pode ajudar os envolvidos no enfrentamento de situações de crise, de doença grave e do processo de fim de vida, oferecendo alívio do sofrimento, conforto e um significado para tal, resgatando sentidos de vida e morte e atenuando a dor da perda (Souza et al., 2014; Biondo et al., 2017). Tal como evidenciado nas falas dos participantes, a fé e a religião se configuram como um suporte para que a família seja capaz de acompanhar o doente ao longo da hospitalização e do curso da doença e reforçam o sentimento de esperança de que a situação irá melhorar, sendo importantes para obter forças em tempos de dificuldade (Monteiro et al., 2017; Ferreira & Mendes, 2013; Paul Victor & Treschuk, 2020).

Ao longo do processo de adoecimento até a morte propriamente dita, os familiares vivenciam muitas perdas: da saúde, da convivência, do senso de controle e segurança (Monteiro et al., 2017). A pandemia de COVID-19 afetou profundamente as experiências de cuidado, morte e luto dos familiares, tanto durante a internação na UTI quanto após a morte do paciente (Kentish-Barnes et al., 2021; SSHAP, 2020). Segundo Parkes (2009), o luto se refere ao rompimento de vínculos significativos e tem relação com o grau de investimento afetivo estabelecido pelo enlutado. Quanto maior a vinculação, maior a energia necessária para o desligamento no caso de perda. Pôde-se perceber nas entrevistas o denominado luto antecipatório, mecanismo adaptativo que permite que a pessoa viva e experimente a perda sem ela ter ocorrido efetivamente (Braz & Franco, 2017), preparando os familiares cognitivamente e emocionalmente para a necessidade de redistribuição de papéis e a adaptação à nova realidade (Monteiro et al., 2017; Ferreira & Mendes, 2013).

Fatores presentes no cenário da pandemia como morte repentina, em circunstâncias de isolamento, de intenso sofrimento e de dor física, tempo insuficiente para elaborar a perda e impossibilidade de participar de rituais de despedida devido às medidas de isolamento podem dificultar a elaboração e o processo de luto (Crepaldi et al., 2020; Cardoso et al., 2020; SSHAP, 2020). As entrevistas evidenciaram o sofrimento dos familiares ao se depararem com a possibilidade real de morte de seu ente querido sem despedidas adequadas ou conversas importantes (Cardoso et al., 2020; Fontes et al., 2020), gerando a sensação de terem tido momentos roubados junto de seu familiar (Kentish-Barnes et al., 2021).

Não ter a chance de se despedir é um fator de risco conhecido para o desenvolvimento de luto complicado por parte dos familiares (Dantas et al., 2020) e, embora a adaptação das políticas de visitas fosse indubitavelmente necessária, impedir que as famílias vissem seus entes queridos também era altamente prejudicial. Devido a isso, muitos hospitais modificaram suas restrições quando os pacientes se encontravam em situação de fim de vida, permitindo assim que os familiares vissem seus entes queridos e se despedissem (Azoulay et al., 2021; SSHAP, 2020). Aponta-se a necessidade de diretrizes específicas centradas na família, considerando fundamental preservar o vínculo entre família e paciente e manter a possibilidade de visita familiar em situações críticas (Kentish-Barnes et al., 2021).

A visita e o contato pessoal com o paciente são elementos importantes para a elaboração do luto, impondo às equipes de saúde a necessidade de criar novas ferramentas para possibilitar essa conexão, mesmo de forma remota ou virtual, como já citado anteriormente (Crepaldi et al., 2020; Fontes et al., 2020; SSHAP, 2020; Crispim et al., 2022). Também encontrou-se na pesquisa o tema das perdas múltiplas em sequência e seus impactos, seja de integrantes da mesma família ou do seu círculo de relações, apontando para a questão do excesso, o que ultrapassa a capacidade de lidar com a dor e a adversidade, apontadas na literatura (Dantas et al., 2020).

Por fim, evidenciou-se nas entrevistas o desejo de que o familiar internado não sofresse, apesar da expectativa de recuperação e de melhora. Tal constatação se dá, muitas vezes, a partir da percepção da demora na recuperação e irreversibilidade do quadro. Esses achados corroboram estudo que aponta que os familiares enfatizam a necessidade do alívio da dor do paciente, bem como o anseio de que o paciente tenha uma morte digna e com menos sofrimento (Souza et al., 2014).

Embora algumas pesquisas (Crepaldi et al., 2020; Dantas et al., 2020; Cardoso et al., 2020) indiquem a impossibilidade de rituais de despedida como dificultadores para a elaboração do luto, não foram encontrados nesse estudo dados relativos a esse aspecto. Considera-se como hipótese o fato de a entrevista ter sido feita enquanto o paciente ainda encontrava-se internado, não tendo havido, portanto, desfecho do quadro até o momento.

As limitações do estudo referem-se ao tamanho da amostra e ao fato de ter sido realizada em um único centro, que pode não ser representativo de outros locais. Além disso, o fato de a participação na pesquisa ser voluntária pode indicar um viés, uma vez que familiares com dificuldades em expressar-se em relação ao tema podem não ter sido incluídos.

5. Considerações Finais

O estudo possibilitou conhecer a percepção dos familiares de pacientes sobre o período de internação em UTI por COVID-19. Evidencia-se a necessidade de entender a família como extensão do paciente e considerar que, para o cuidado global, é imprescindível o cuidado com os familiares.

As internações em UTI por COVID-19 foram permeadas por sentimentos de medo e angústia, principalmente por se estar diante de uma doença ainda desconhecida e com impacto tão severo na população mundial, como noticiado pela mídia. As necessidades impostas pela pandemia, como o isolamento e as restrições das visitas, acarretaram prejuízos ao bem-estar familiar, por impossibilitar o contato com o paciente e dificultar a compreensão do quadro, a participação no cuidado e a elaboração do processo de terminalidade e luto de forma adequada. Estratégias visando aproximação com o ente querido

internado, mesmo que de forma virtual, são fundamentais nesse cenário. As videochamadas e o envio de mensagens de áudio aos pacientes proporcionam proximidade, contato visual, quando possível, e a oportunidade de oferecer apoio e incentivo, dizer o quanto os amam ou mesmo despedir-se, podendo, algumas vezes, ser a última oportunidade para tais palavras.

É fundamental que a família se sinta amparada pela equipe da UTI, tanto por meio de notícias claras e diárias sobre o estado de saúde do paciente, quanto por meio de suporte às suas necessidades emocionais. Junto a outros familiares e amigos, fé e religiosidade são consideradas mecanismos protetivos no enfrentamento da doença, compondo estratégias que minimizam o sofrimento e a angústia. A situação crítica vivenciada pelos familiares trouxe também apoio e solidariedade para com a equipe e os trabalhadores.

A pandemia e as internações decorrentes de COVID-19 afetaram duramente as experiências de terminalidade e luto dos familiares, mesmo em situações em que o paciente ainda encontrava-se internado. Vivências de luto antecipatório, o medo da morte sem despedida e conversas importantes, perdas múltiplas e o desejo de que o paciente não sofresse figuraram como centrais no que concerne ao tema do luto, gerando intensa angústia e sofrimento. Diante disso, considera-se imprescindível o apoio e suporte emocional para os membros da família durante o período de internação de forma a propiciar o bem-estar psíquico e prevenir agravos psicológicos no enfrentamento da doença grave, bem como o luto complicado.

Agradecimentos

As autoras agradecem aos familiares dos pacientes que participaram deste estudo que, mesmo vivenciando momentos difíceis, se disponibilizaram a participar e a contribuir com a produção do conhecimento, visando à melhoria dos atendimentos e dos cuidados prestados em saúde.

Referências

- Azoulay, E., Curtis, J. R., & Kentish-Barnes, N. (2021). Ten reasons for focusing on the care we provide for family members of critically ill patients with COVID-19. *Intensive Care Medicine*, 47(2), 230-233. DOI: 10.1007/s00134-020-06319-5
- Azoulay, E., Resche-Rigon, M., Megarbane, B., Reuter, D., Labbé, V., Cariou, A., Géri, G., Van der Meersch, G., Kouatchet, A., Guisset, O., Bruneel, F., Reignier, J., Soupart, V., Barbier, F., Argaud, L., Quenot, J. P., Papazian, L., Guidet, B., Thiéry, G., & Klouche, K., et al. (2022). Association of COVID-19 acute respiratory distress syndrome with symptoms of posttraumatic stress disorder in family members after ICU discharge. *Journal of American Medical Association*, 327(11), 1042-1050. DOI: 10.1001/jama.2022.2017
- Bardin, L. (2015). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Biondo, C. S., Ferraz, M. O. A., Silva, M. L. M., & Yarid, S. D. (2017). Espiritualidade nos serviços de urgência e emergência. *Revista Bioética*, 25(3), 596-602. <https://dx.doi.org/10.1590/1983-80422017253216>
- Braz, M. S., & Franco, M. H. P. (2017). Profissionais paliativistas e suas contribuições na prevenção de luto complicado. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(1), 90-105. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001702016>
- Cardoso, E. A. O., Silva, B. C. A., Santos, J. H., Lotério, L. S., Accaroni, A. G., & Santos, M. A. (2020). Efeitos da supressão de rituais fúnebres durante a pandemia de COVID-19 em familiares enlutados. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, e3361. DOI:10.1590/1518-8345.4519.3361
- Carrias, F. M. S., Sousa, G. M., Pinheiro, J. D., Lustosa, M. A., Pereira, M. C. M., & Guimarães, A. E. V. (2018). Visita humanizada em uma Unidade de Terapia Intensiva: um olhar interdisciplinar. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, 11(2), 103-112. <https://doi.org/10.18569/tempus.v10i4.1966>
- Cattelan, J., Castellano, S., Merdji, H., Audusseau, J., Claude, B., Feuillassier, L., Cunat, S., Astríe, M., Aquin, C., Buis, G., Gehant, E., Granier, A., Kercha, H., Le Guillou, C., Martin, G., Roulot, K., Meziani, F., Putois, O., & Helms, J. (2021). Psychological effects of remote-only communication among reference persons of ICU patients during COVID-19 pandemic. *Journal of Intensive Care*, 9(1), 5. DOI: 10.1186/s40560-020-00520-w
- Crepaldi, M. A., Schmidt, B., Noal, D. S., Bolze, S. D. A., & Gabarra, L. M. (2020). Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. *Estudos de Psicologia*, 37, e200090. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200090>.
- Crispim, D., Silva, M. J. P., Cedotti, W., Câmara, M., & Gomes, S. A. (2022). Visitas virtuais durante a pandemia de COVID-19: recomendações práticas para comunicação e acolhimento. <https://ammg.org.br/wp-content/uploads/Visitas-virtuais-COVID-19.pdf>.
- Dantas, C. R., Azevedo, R. C. S., Vieira, L. C., Côrtes, M. T. F., Federmann, A. L. P., Cucco, L. M., Rodrigues, L. R., Domingues, J. F. R., Dantas, J. E., Portella, I. P., & Cassorla, R. M. S. (2020). O luto nos tempos da COVID-19: desafios do cuidado durante a pandemia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 23(3), 509-533. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2020v23n3p509.5>

- Eugênio, C. S., Beck Filho, M. C., & Souza, E. N. (2017). Visita aberta em UTI adulto: utopia ou realidade? *Revista de Enfermagem da UFSM*, 7(3), 539-549. DOI: 10.5902/2179769222692
- Ferreira, P. D., & Mendes, T. N. (2013). Família em UTI: importância do suporte psicológico diante da iminência de morte. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 16(1), 88-112. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582013000100006&lng=pt&nrm=iso. ISSN 1516-0858
- Fontes, W., Assis, P., Santos, E., Maranhão, T., Lima-Júnior, J., & Gadelha, M. (2020). Perdas, mortes e luto durante a pandemia de Covid-19: uma revisão da literatura. ID on line. *Revista de psicologia*, 14(51), 303-317. DOI: <http://dx.doi.org/10.14295/online.v14i51.2557>
- Kentish-Barnes, N., Cohen-Solal, Z., Morin, L., Souppart, V., Pochard, F., & Azoulay E. (2021). Lived experiences of family members of patients with severe COVID-19 who died in Intensive Care Units in France. *Journal of American Medical Association Network Open*, 4(6), e2113355. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.13355
- Monteiro, M. C., Magalhães, A.S., & Machado, R.N. (2017). A morte em cena na UTI: a família diante da terminalidade. *Temas em Psicologia*, 25(3), 1285-1299. <https://doi.org/10.9788/TP2017.3-17Pt>
- Nunes, M. E. P., & Gabarra, L. M. (2017). Percepção de familiares sobre visitas a pacientes e regras em Unidade de Terapia Intensiva. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 24(3), 84-88. DOI: 10.17696/2318-3691.24.3.2017.669
- Organização Pan-Americana da Saúde (2022). Histórico da pandemia de COVID-19. <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>
- Parkes, C. M. (2009). *Amor e perda: as raízes do luto e suas complicações*. São Paulo: Summus.
- Paul Victor, C. G., & Treschuk, J. V. (2020). Critical literature review on the definition clarity of the concept of faith, religion, and spirituality. *Journal of Holistic Nursing*, 38(1), 107-113. DOI: 10.1177/0898010119895368
- Pereira, A. S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J., & Shitsuka, R. (2018). *Metodologia da pesquisa científica [recurso eletrônico]*. Santa Maria: UFSM.
- Rose, L., Graham, T., Xyrichis, A., Pattison, N., Metaxa, V., Saha, S., Ramsay, P., & Meyer, J. (2022). Family perspectives on facilitators and barriers to the set up and conduct of virtual visiting in intensive care during the COVID-19 pandemic: a qualitative interview study. *Intensive and Critical Care Nursing* [In Press].
- Rose, L., Muttalib, F., & Adhikari, N. K. J. (2019). Psychological consequences of admission to the ICU: helping patients and families. *Journal of American Medical Association*, 322(3), 213-215. DOI: 10.1001/jama.2019.9059. Erratum in: *Journal of American Medical Association*, 322(12), 1215.
- Sá-Serafim, R. C. N., Do Bú, E., & Lima-Nunes, A. V. (2020). Manual de diretrizes para atenção psicológica nos hospitais em tempos de combate ao Covid-19. *Revista Saúde e Ciência online*, 8(2), suppl 2. Available from: <https://rsctemp.sti.ufcg.edu.br/index.php/RSC-UFEG/article/view/876/456>
- Social Science in Humanitarian Action. (2020, abril). Key considerations: dying, bereavement and mortuary and funerary practices in the context of COVID-19. <https://www.ids.ac.uk/publications/key-considerations-dying-bereavement-and-mortuary-and-funerary-practices-in-the-context-of-covid-19-april-2020/>
- Souza, R. P. (2010). *Rotinas de humanização em medicina intensiva*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Souza, T. L., Barilli, S. L. S., & Azeredo, N. S. G. (2014). Perspectiva de familiares sobre o processo de morrer em Unidade de Terapia Intensiva. *Texto & Contexto Enfermagem*, 23(3), 751-757. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014002200012>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal of Quality in Health Care*, 19(6), 349-57. DOI: 10.1093/intqhc/mzm042.
- Wakam, G. K., Montgomery, J. R., Biesterveld, B. E., & Brown, C. S. (2020). Not dying alone – modern compassionate care in the Covid-19 pandemic. *The New England Journal of Medicine*, 382(24), e88. DOI: 10.1056/NEJMp2007781
- Walsh, F. (2016). A dimensão espiritual da vida familiar. In: Walsh, F. (Ed). *Processos normativos da família: diversidade e complexidade* (pp 347-371). Porto Alegre: Artmed.