

Sintomas psíquicos em familiares de pacientes críticos na pandemia: coorte prospectiva

Psychological symptoms in family members of critically ill patients during the pandemic: a prospective cohort

Síntomas psíquicos en familiares de pacientes críticos en pandemia: cohorte prospectiva

Miguel Lucas Silva da Paixão¹  <https://orcid.org/0000-0002-7467-568X>

Gabriel Fernandes de Gonçalves¹  <https://orcid.org/0000-0002-5097-4052>

Cristhiane de Souza Silveira¹  <https://orcid.org/0000-0001-7924-307X>

Luisa Brehm Santana¹  <https://orcid.org/0000-0001-6856-8864>

Paula Pinheiro Berto²  <https://orcid.org/0000-0003-2559-0898>

Karina de Oliveira Azzolin^{1,2}  <https://orcid.org/0000-0002-2363-2858>

Juliana Petri Tavares^{1,2}  <https://orcid.org/0000-0003-4121-645X>

Como citar:

Paixão ML, Gonçalves GF, Silveira CS, Santana LB, Berto PP, Azzolin KO, et al. Sintomas psíquicos em familiares de pacientes críticos na pandemia: coorte prospectiva. Acta Paul Enferm. 2025;38:eAPE001945.

DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2025A0001945>



Descritores

Pandemia; COVID-19; Cuidados críticos; Unidades de terapia intensiva; Relações familiares; Sintomas psíquicos; Inquéritos e questionários

Keywords

Pandemics; COVID-19; Critical care; Intensive care units; Family relations; Psychic symptoms; Surveys and questionnaires

Descriptores

Pandemias; COVID-19; Cuidados críticos; Unidades de Cuidados Intensivos; Relaciones familiares; Síntomas psíquicos; Encuestas y cuestionarios

Submetido

14 de Agosto de 2024

Aceito

10 de Abril de 2025

Autor correspondente

Juliana Petri Tavares
E-mail: jupetritavares@gmail.com

Editor Associado

Thiago da Silva Domingos
(<https://orcid.org/0000-0002-1421-7468>)
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Objetivo: Avaliar sintomas psíquicos em familiares de pacientes críticos na pandemia.

Métodos: Coorte prospectiva com familiares adultos de pacientes admitidos no Centro de Tratamento Intensivo (CTI) de um hospital universitário, de julho de 2020 a abril de 2022, via contato telefônico imediatamente, seis e 12 meses após a alta do CTI, coletando-se dados sociodemográficos e avaliando sintomas de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático. Para avaliar os sintomas de ansiedade e depressão, foi utilizada a *Hospital Anxiety and Depression Scale* e para sintomas de transtorno de estresse pós-traumático, utilizou-se a *Impact of Event Scale-6*. Realizadas análises estatísticas descritivas e bivariadas.

Resultados: Após a alta, 37,7% dos familiares apresentaram sintomas de ansiedade e, 32,5%, de depressão. Após seis meses, esses índices reduziram para 33,3% e 21,9%, respectivamente, e, após um ano, para 12,3% e 6,1%, respectivamente. Além disso, 30,7% dos familiares relataram sintomas de estresse pós-traumático após seis meses, caindo para 12,3% ao final de 12 meses. O núcleo familiar experienciou percentuais mais elevados de ansiedade ($p<0,001$) e depressão ($p=0,02$) em duas ou mais fases do estudo. Familiares com diagnóstico prévio de ansiedade/pânico ($p=0,002$) ou depressão/bipolaridade ($p=0,01$) apresentaram maiores percentuais de sintomas depressivos em duas ou mais fases.

Conclusão: Familiares do núcleo familiar e do sexo feminino experienciaram sintomas psíquicos mais intensos, especialmente no momento da alta do CTI, perdurando por até 12 meses em alguns indivíduos.

Abstract

Objective: To assess psychological symptoms in family members of critically ill patients during the pandemic.

Methods: This is a prospective cohort study with adult family members of patients admitted to the Intensive Care Unit (ICU) of a university hospital, from July 2020 to April 2022, via telephone contact immediately, six and 12 months after discharge from the ICU, collecting sociodemographic data and assessing symptoms of anxiety, depression and post-traumatic stress. To assess symptoms of anxiety and depression, the Hospital Anxiety and Depression Scale was used and for symptoms of post-traumatic stress disorder, the Impact of Event Scale-6 was used. Descriptive and bivariate statistical analyses were performed.

Results: After discharge, 37.7% of family members presented symptoms of anxiety and 32.5% of depression. After six months, these rates reduced to 33.3% and 21.9%, respectively, and after one year, to 12.3% and 6.1%, respectively. Moreover, 30.7% of family members reported symptoms of post-traumatic stress after six months, falling to 12.3% at the end of 12 months. The family nucleus experienced higher percentages of anxiety ($p<0.001$) and depression ($p=0.02$) in two or more phases of the study. Family members with a

¹Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

²Centro de Tratamento Intensivo, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

previous diagnosis of anxiety/panic ($p=0.002$) or depression/bipolar disorder ($p=0.01$) presented higher percentages of depressive symptoms in two or more phases.

Conclusion: Female family members experienced more intense psychological symptoms, especially at the time of discharge from the ICU, lasting for up to 12 months in some individuals.

Resumen

Objetivo: Evaluar síntomas psíquicos en familiares de pacientes críticos en pandemia.

Métodos: Cohorte prospectiva con familiares adultos de pacientes ingresados al Centro de Tratamiento Intensivo (CTI) de un hospital universitario, de julio de 2020 a abril de 2022, mediante contacto telefónico inmediatamente después del alta del CTI y 6 y 12 meses después. Se recopilaron datos sociodemográficos y se evaluaron síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático. Para evaluar los síntomas de ansiedad y depresión, se utilizó la *Hospital Anxiety and Depression Scale* y para los síntomas de trastorno de estrés postraumático, se utilizó la *Impact of Event Scale-6*. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos y bivariados.

Resultados: Después del alta, el 37,7 % de los familiares presentó síntomas de ansiedad y el 32,5 % de depresión. Luego de seis meses, los índices se redujeron a 33,3 % y 21,9 % respectivamente, y después de un año, a 12,3 % y 6,1 %. Además, el 30,7 % de los familiares relataron síntomas de estrés postraumático después de seis meses, que se redujo a 12,3 % al concluir 12 meses. El núcleo familiar tuvo porcentajes más elevados de ansiedad ($p<0,001$) y depresión ($p=0,02$) en dos o más fases del estudio. Familiares con diagnóstico previo de ansiedad/pánico ($p=0,002$) o depresión/bipolaridad ($p=0,01$) presentaron mayores porcentajes de síntomas depresivos en dos o más fases.

Conclusión: Familiares del núcleo familiar y de sexo femenino presentaron síntomas psíquicos más intensos, especialmente en el momento del alta del CTI, que perduraron durante 12 meses en algunos individuos.

Introdução

Familiares de pacientes internados em Centro de Tratamento Intensivo (CTI) podem sofrer alterações psíquicas, levando ao desenvolvimento ou agravamento de sintomas de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), ansiedade e depressão. Esse fenômeno é caracterizado como síndrome pós-cuidados intensivos-família (PICS-F), e traz sofrimento e transtornos para o dia a dia dessas famílias.⁽¹⁾

Durante a pandemia de COVID-19, protocolos de distanciamento social foram implementados objetivando evitar novos casos da doença, tendo em vista a superlotação das unidades, falta de equipamentos de proteção individual e insegurança acerca dos riscos de infecção.⁽²⁾ Estudo turco com familiares de pacientes internados em CTI evidenciou que essas restrições de visitas foram um fator agravante para o desenvolvimento de sintomas de depressão, assim como a internação durante o cenário de pandemia acentuou os sintomas de ansiedade.⁽³⁾

Neste contexto, autores holandeses, embora não tenham avaliado os primeiros seis meses após a alta, ressaltaram que, um ano após a internação de pacientes críticos, alguns dos familiares ainda experienciavam sintomas psíquicos relacionados à ansiedade, depressão e TEPT.⁽⁴⁾ Contudo, na literatura brasileira, são escassos os estudos de coorte relacionados à PICS-F no seguimento de 12 meses,⁽⁵⁾ e nenhum até o momento considerou o período pandêmico.

Desta forma, caracteriza-se uma lacuna na literatura nacional e internacional acerca dos impactos tardios que a internação no CTI traz para os familiares de pacientes críticos no contexto da pandemia de COVID-19. Ter esse conhecimento é crucial para o delineamento da prática de profissionais de saúde, que podem mitigar os sintomas dos acompanhantes, tanto em pandemias quanto em momentos de crises sanitárias. Portanto, o objetivo deste estudo foi avaliar sintomas psíquicos em familiares de pacientes críticos na pandemia.

Métodos

Trata-se de estudo de coorte prospectivo, realizado no sul do Brasil, desenvolvido segundo as diretrizes do *STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology* (STROBE), um *checklist* para estudos observacionais.⁽⁶⁾

A coorte prospectiva foi realizada de julho de 2020 a abril de 2022 em hospital público universitário de grande porte localizado na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. A instituição é um centro de saúde de alta complexidade do sul do país, e foi referência para o atendimento de pacientes críticos durante a pandemia de COVID-19, chegando a 105 leitos de CTI.

Foram incluídos familiares com idade igual ou maior a 18 anos de pacientes com necessidade de internação

em CTI adulto por mais de 48 horas e uso de ventilação mecânica durante a pandemia de COVID-19.

Famíliares com idade ≥ 18 anos, próximos de paciente internado no CTI (familiar com procuração judicial, cuidador principal, familiar responsável, preferencialmente nesta ordem: esposo(a), filho(a) adulto(a), pai/mãe, irmão/irmã, avô/avó, neto(a)) foram incluídos. Em caso de o paciente possuir mais de um familiar elegível, foi selecionado aquele que mantinha maior vínculo com o paciente e a equipe de saúde. Os familiares de pacientes que foram a óbito durante a internação no CTI também foram incluídos no estudo e foram acompanhados pela psicologia clínica do hospital.

Famíliares com dificuldade de comunicação (afasia, déficit auditivo grave, não falar língua portuguesa) de paciente com alta do CTI há mais de 96 horas foram excluídos.

Foram coletados dados sociodemográficos (idade, sexo, grau de parentesco, estado civil, anos de estudo, renda familiar e número de dependentes, situação laboral, responsabilidade pelas decisões de cuidado do paciente, residência e acompanhamento do paciente, religião) e clínicos (diagnósticos prévios de depressão ou bipolaridade, ansiedade ou pânico, tratamento com psicoterapia, tratamento medicamentoso) dos familiares, além de dados clínicos do paciente (classificação de capacidade funcional e atividades diárias). Os desfechos analisados neste estudo foram ansiedade, depressão e TEPT.

Para avaliar os sintomas de ansiedade e depressão, foi utilizada a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), na sua versão brasileira.⁽⁷⁾ É composta por duas subescalas - uma para ansiedade e uma para depressão - e cada uma é composta por sete questões do tipo Likert graduadas de 0 a 3. A pontuação global em cada subescala varia de 0 a 21, sendo 0 a 7 improvável, 8 a 11, possível caso, e 12 a 21, caso provável. Os pontos de cortes apontados durante a validação da escala no Brasil para ambas as subescalas foram ≥ 9 .⁽⁷⁾

Para sintomas de TEPT, foi utilizada a *Impact of Event Scale-6* (IES-6), com intervalo total de 0 a 24 pontos. O escore para cada questão varia de 0 a 4 pontos, e o cálculo do escore é obtido por meio da soma entre as pontuações de cada uma das questões

que compõem a escala, desconsiderando aquelas não respondidas. Não há consenso na literatura nacional e internacional acerca de um ponto de corte definitivo para a IES-6,⁽⁸⁻¹³⁾ que pode variar entre as diferentes populações e desfechos estudados. Dessa forma, o ponto de corte utilizado foi de $\geq 12,5$, segundo a validação portuguesa⁽¹³⁾ da escala. Considerou-se esta versão como a mais adequada, pois há aplicabilidade desse escore para investigação do TEPT em famílias que perderam seus entes queridos, sendo o óbito um desfecho investigado no presente estudo.

A coleta de dados foi realizada por meio de ligações telefônicas por acadêmicos previamente treinados pela equipe de pesquisa, no período de julho de 2020 a abril de 2022, com os familiares dos pacientes que preencheram os critérios de elegibilidade. O estudo foi composto por três fases.

Na primeira delas (fase 1), realizou-se a identificação dos familiares elegíveis para o estudo após 48 horas de admissão, através de *screening* feito diariamente pela lista de internações nas Unidades de Tratamento Intensivo de atendimento à COVID-19 e gerais. Em seguida, foi realizado contato telefônico com os familiares selecionados em até 96 horas após a alta ou óbito do paciente do Centro de Tratamento Intensivo (CTI) para inclusão no estudo. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi enviado para o familiar por via eletrônica. A coleta de dados foi realizada por meio de ligação telefônica por equipe treinada, avaliando-se sintomas de ansiedade e depressão através da HADS.

Após a primeira etapa, foi realizado acompanhamento através de ligações telefônicas nos segmentos de seis (fase 2) e 12 meses (fase 3) posteriores à saída do CTI. Nessas ligações, verificaram-se sintomas de ansiedade e depressão segundo a mesma escala aplicada na fase 1. Além disso, nas fases 2 e 3, também foi avaliado o desenvolvimento de sintomas de TEPT com a aplicação da IES-6.

Um dos possíveis vieses deste trabalho foi o erro de digitação na confecção do banco de dados. Para redução dos riscos de viés, todos os participantes do estudo foram codificados, e os dados foram submetidos à dupla digitação. Além disso, parearam-se os dados obtidos entre as fases, garantindo um adequado acompanhamento dos respondentes nos diferentes seguimentos.

Foram incluídos os familiares de pacientes com mais de 48 horas de admissão no CTI durante a pandemia de COVID-19, por meio de amostragem consecutiva. Considerou-se um α -bicaudal de 0,05 e um poder de 80%, além de perda de segmento em 10%, com prevalência de desfechos de 32% para sintomas de ansiedade, 16%, para depressão, e 15%, para TEPT.⁽¹⁴⁾ Diante desse cálculo, a amostra mínima para a realização da coorte seria de 41 familiares de pacientes internados no CTI em cada uma das três fases. A amostra final do presente estudo, no entanto, foi de 114 familiares por fase.

Os dados foram digitados em planilha Excel® e analisados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) v.18. Agruparam-se os familiares em dois grupos, conforme seu grau de parentesco com o paciente, sendo eles núcleo familiar (pai, mãe e filho) e demais familiares (cônjuge, irmão, neto). Para análise da distribuição dos dados, foi realizado o teste de Shapiro-Wilk. As variáveis contínuas foram expressas por medidas de tendência central e dispersão. As variáveis categóricas foram apresentadas em número absoluto e relativo. Foi elaborado um diagrama de Sankey a partir do site SankeyMATIC®, visando melhor apresentação da comparação da distribuição dos familiares de acordo com os desfechos do estudo. Para a associação entre as variáveis categóricas, foi realizado o teste qui-quadrado, ou teste exato de Fisher, quando alguma célula apresentou frequência esperada menor do que cinco, e para comparar grupos dependentes, teste de McNemar. Foram considerados como diferenças estatisticamente significativas os dados com valor de p bicaudal menor que 0,05, ou com Intervalo de Confiança de 95%.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, sob Certificado de Apresentação de Apreciação Ética 31773420.3.0000.5327 (Parecer: 4.090.877). Foi aplicado TCLE na primeira ligação telefônica, com cópia para o familiar por e-mail.

Resultados

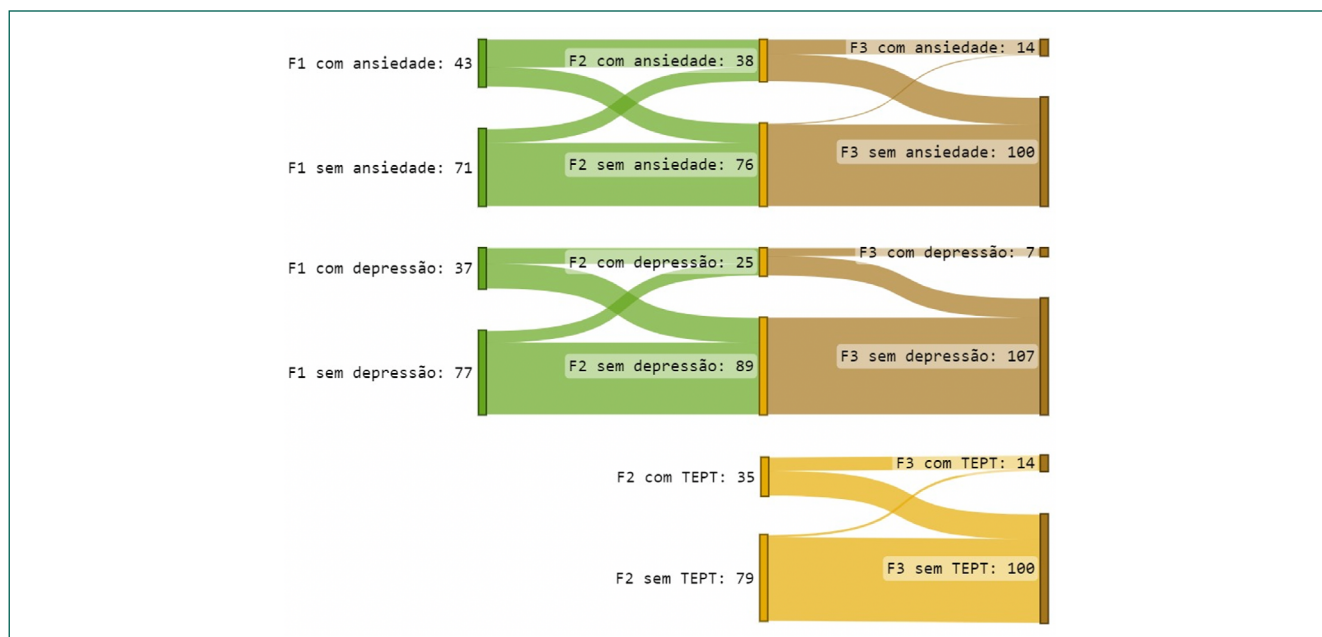
A amostra da primeira coleta contou com 199 participantes. Durante a segunda coleta, 25 desses não

atenderam e 60 desistiram. Na terceira fase, todos os 114 participantes restantes atenderam e responderam à pesquisa, perfazendo uma amostra total de 114 familiares. A amostra foi composta predominantemente pelo sexo feminino (75,4%, $n=86$), com mediana de idade igual a 42,5 anos (32-55,25). Entre os participantes, 40% ($n=46$) eram filhos do paciente que havia internado no CTI. Cerca de 50% ($n=58$) não possuíam companheiro; 87,7% ($n=100$) possuíam religião; e 54,4% residiam com o paciente. Os familiares que possuíam diagnóstico prévio de bipolaridade/depressão somaram 22,8% ($n=26$) da amostra, e 19,3% ($n=22$) possuíam diagnóstico prévio de ansiedade/pânico. Além disso, as medianas de escolaridade e de renda financeira eram, respectivamente, de 11 anos de estudo e R\$3.000,00. Na primeira fase, 37,7% ($n=43$) dos familiares apresentaram sintomas de ansiedade, e 32,5% ($n=37$) manifestaram sintomas de depressão. Na segunda fase, esses números caíram para 33,3% ($n=38$) e 21,9% ($n=25$), respectivamente. Já na terceira fase, os percentuais reduziram ainda mais, com 12,3% ($n=14$) apresentando ansiedade, e 6,1% ($n=7$), depressão. Quanto ao TEPT, 30,7% ($n=35$) dos participantes apresentavam sintomas na segunda fase, e 12,3% ($n=14$) na terceira. Esses dados estão dispostos de forma gráfica e dinâmica no diagrama de Sankey (Figura 1).

A partir da análise da figura 1, observa-se que os maiores percentuais de ansiedade e depressão ocorreram logo após a alta do paciente. A tabela 1 apresenta os dados referentes à associação entre variáveis sociodemográficas e clínicas com os sintomas de ansiedade.

Entre as variáveis analisadas, notou-se que o grau de parentesco dos familiares com o paciente apresentou diferença estatisticamente significativa para sintomas de ansiedade ($p<0,001$), evidenciando que pais, mães e filhos foram os familiares que experienciaram mais sintomas de ansiedade. A tabela 2 apresenta os dados referentes às análises bivariadas das variáveis com o desfecho de depressão.

Acerca dos sintomas de depressão, observou-se que familiares do sexo feminino, pertencentes ao núcleo familiar e/ou com diagnóstico



Nota: F1 - fase 1; F2 - fase 2; F3 - fase 3

Figura 1. Distribuição de familiares de acordo com sintomas de ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático ao longo das fases

Tabela 1. Análise bivariada das variáveis sociodemográficas e clínicas com os escores de sintomas de ansiedade nos familiares

Variáveis	Em nenhuma ou uma das fases f(n)	Em duas ou três das fases f(n)	p-value
Sexo do familiar			0,11
Masculino	82,1(23)	17,9(5)	
Feminino	66,3(57)	33,7(29)	
Grau de parentesco			<0,001
Núcleo familiar	53,8(28)	46,2(24)	
Demais familiares	83,9(52)	16,1(10)	
Familiar possui religião			0,17
Sim	68(68)	32(32)	
Não	85,7(12)	14,3(2)	
Diagnóstico prévio de ansiedade/pânico			0,07
Sim	54,5(12)	45,5(10)	
Não	73,9(68)	26,1(24)	
Diagnóstico prévio de depressão/bipolaridade			0,27
Sim	61,5(16)	38,5(10)	
Não	72,7(64)	27,3(24)	
Paciente foi a óbito			0,24
Sim	63,2(24)	36,8(14)	
Não	73,7(56)	26,3(20)	
Paciente com COVID-19			0,76
Sim	69,4(59)	30,6(26)	
Não	72,4(21)	27,6(8)	

Tabela 2. Associação das variáveis sociodemográficas e clínicas com os escores de depressão nos familiares

Variáveis	Em nenhuma ou uma das fases f(n)	Em duas ou três das fases f(n)	p-value
Sexo do familiar			0,05
Masculino	96,4(27)	3,6(1)	
Feminino	81,4(70)	18,6(16)	
Grau de parentesco			0,02
Núcleo familiar	76,9(40)	23,1(12)	
Demais familiares	91,9(57)	8,1(5)	
Familiar possui religião			0,17
Sim	85,7(12)	14,3(2)	
Não	68(68)	32(32)	
Diagnóstico prévio de ansiedade/pânico			0,002
Sim	63,6(14)	36,4(8)	
Não	90,2(83)	9,8(9)	
Diagnóstico prévio de depressão/bipolaridade			0,01
Sim	69,2(18)	30,8(8)	
Não	89,8(79)	10,2(9)	
Paciente foi a óbito			0,19
Sim	78,9(30)	11,8(9)	
Não	88,2(67)	21,1(8)	
Paciente com COVID-19			0,84
Sim	84,7(72)	15,3(13)	
Não	86,2(25)	13,8(4)	

Discussão

prévio de transtorno mental apresentaram mais sintomas de depressão. Por fim, as análises bivariadas das variáveis com o desfecho de TEPT não apresentaram associação estatisticamente significativa ($p>0,05$).

A presente coorte prospectiva mostrou que elevado percentual dos familiares de pacientes que passaram por internação no CTI durante a pandemia de COVID-19 experienciou sintomas psíquicos negativos relacionados ao TEPT, depressão e ansiedade.

Destaca-se que os maiores percentuais de sentimentos de ansiedade e depressão ocorreram logo após a alta do CTI, quando foi realizada a primeira ligação aos familiares.

Uma das possíveis explicações para este fato pode estar no caráter ansiogênico que o momento da alta do CTI pressupõe, uma vez que se inicia a transição dos cuidados para a família do paciente ainda na unidade de internação e completamente após a alta hospitalar. Por vezes, os pacientes críticos retornam aos seus lares com importantes sequelas. Portanto, cabe à equipe multidisciplinar assegurar que os familiares estejam devidamente inseridos e preparados para os cuidados, especialmente pela equipe de enfermagem, cujas orientações reduzem os níveis de ansiedade de familiares.⁽¹⁵⁾ Estudos internacionais demonstraram que a capacitação para alta adequada foi prejudicada durante a pandemia, devido à suspensão das visitas presenciais, momentos esses de extrema importância para as orientações e treinamento dos familiares.⁽¹⁶⁾ Esses dados corroboram os achados do estudo.

Mesmo seis meses após o CTI, familiares ainda apresentavam sintomas de ansiedade, especialmente mães, pais e filhos. Na literatura, nota-se que a presença de filhos acompanhando pacientes internados em CTI é comum, e esses frequentemente são os que mais sofrem com sintomas de ansiedade e depressão.⁽¹⁷⁾ Usualmente, o familiar de referência, durante a internação, é responsável pelo cuidado ao paciente em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, alterando o estilo de vida e impactando a rotina de trabalho e lazer, visto que é necessário suprir a demanda de cuidados do familiar. Assim, o retorno ao domicílio acaba gerando estresse e ansiedade nos familiares.⁽¹⁸⁾

Além disso, a maioria era mulheres com mediana de 42,5 anos de idade, perfil frequente em investigações com acompanhantes de pacientes internados, sendo as mais frequentes cuidadoras.^(19,20) No atual estudo, evidenciou-se associação entre familiares mulheres e maiores prevalências de sintomas de depressão. Outros autores, porém, não encontraram tal relação, embora também possuíssem uma amostra majoritariamente feminina,⁽⁴⁾ evidenciando a necessidade de maior atenção às familiares mulheres.

Outro achado interessante é o fato de que familiares que possuíam diagnóstico prévio de transtorno psicológico estavam associados a maior sintomatologia de depressão, provavelmente porque já possuíam diagnóstico e necessitavam de cuidados especializados, tornando-os mais vulneráveis a desequilíbrios e desenvolvimento desses sintomas em períodos estressantes como a internação de um familiar no CTI.⁽¹⁷⁾

Não houve diferença nos sintomas psíquicos entre familiares com e sem religião, corroborando estudos brasileiros.^(21,22) Contudo, internacionalmente, pode haver influência positiva ou negativa, conforme demografia e crença dos familiares.⁽²³⁾ Ademais, pode haver sofrimento emocional quando as necessidades espirituais não são atendidas, demandando atenção da equipe multidisciplinar a esta área do cuidado.⁽²³⁾

Também não foram encontradas associações entre óbito e os transtornos avaliados. No entanto, a literatura aponta que a morte do paciente causa angústia e sofrimento nos familiares,⁽²⁴⁾ que podem desenvolver sequelas psicológicas após o óbito no CTI.⁽²⁵⁾ Além disso, identifica-se que suporte social-familiar e qualidade do vínculo família-equipe propiciaram comportamento resiliente nas famílias.⁽²⁴⁾ Dessa forma, ao identificar o processo de luto, os profissionais podem mitigar sequelas nos familiares por meio de orientações e suporte emocional.⁽²⁶⁾

As famílias também enfrentaram TEPT seis meses após a alta. Na literatura, estudo relacionou o desenvolvimento de sintomas de TEPT com o sexo do familiar e uso e ventilação mecânica, podendo tratar-se de diferença na amostra do estudo, explicitando a necessidade de mais investigações acerca do tema para esclarecer os fatores associados.⁽²⁷⁾

Nota-se que os familiares enfrentam sintomas negativos que podem persistir por meses após a alta, sendo a falta de comunicação entre equipe e familiares um dos potencializadores,⁽²⁸⁾ especialmente quando há linguagem inacessível, local inadequado e tempo limitado.⁽²⁹⁾ Na pandemia, a comunicação foi ainda mais impactada devido às rápidas mudanças na clínica dos pacientes e à restrição de visitas, limitando-a ao contato telefônico, que não supriu as necessidades dos familiares.⁽³⁰⁾ Portanto, compreende-se que é essencial estimular a presença

oportuna e segura dos acompanhantes durante a internação de seus entes queridos, visando melhorias na comunicação e preparo para a alta, podendo mitigar sintomas negativos nos familiares.⁽²⁸⁾

Por fim, estuda-se a PICS-F internacionalmente visando promoção de suporte para os familiares.⁽²⁰⁾ Na literatura, evidencia-se que os sintomas psíquicos negativos surgem a partir de um processo multifatorial ligado a aspectos dos indivíduos, da instituição e da equipe, bem como externos.⁽³¹⁾ Neste estudo, foi possível identificar variáveis do familiar que influenciaram sua experiência, indo ao encontro daquelas observadas em estudos internacionais.⁽³²⁾ É imprescindível retomar, também, o impacto que a pandemia teve na saúde física e mental dos familiares, dos pacientes e dos próprios profissionais de saúde, sendo este um fenômeno que pode repercutir por um longo período de tempo.⁽³³⁾

Conclusão

Um grupo considerável dos familiares de pacientes críticos admitidos no CTI durante a pandemia experienciou depressão, ansiedade e TEPT, especialmente no momento imediato após a alta do CTI. Destaca-se que participantes mulheres pertencentes ao núcleo familiar do paciente (mãe, filha) apresentaram sintomas psíquicos mais intensos, perdurando por até 12 meses em alguns familiares. Tais dados explicitam a necessidade de acompanhar esses familiares e prepará-los para os cuidados com o paciente após a internação no CTI. Sugere-se a realização de estudos de intervenção que objetivam preparar os familiares para o cuidado após a alta do CTI, verificando potenciais fatores protetivos para promoção da saúde mental e qualidade de vida dos familiares.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia (CNPq) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela fomentação de, respectivamente, bolsas de iniciação científica e de mestrado ao autor.

Colaborações

Paixão MLS, Gonçalves GF, Silveira CS, Santana LB, Berto PP, Azzolin KO e Tavares JP participaram das etapas de concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; redação do manuscrito ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Pšenička O, Křížová J. Syndrom post-intenzivní péče [Post-intensive care syndrome]. *Vnitř Lek*. 2021 Winter;67(E-6):8-12. Czech.
2. Sola PP, Souza C, Rodrigues EC, Santos MA, Oliveira-Cardoso EA. Family grief during the COVID-19 pandemic: a meta-synthesis of qualitative studies. *Cad. Saúde Pública*. 2023;39(2):e00058022
3. Kosovoali BD, Mutlu NM, Gonen CC, Peker TT, Yavuz A, Soyol OB, et al. Does hospitalisation of a patient in the intensive care unit cause anxiety and does restriction of visiting cause depression for the relatives of these patients during COVID-19 pandemic? *Int J Clin Pract*. 2021;75(10):e14328.
4. Heesakkers H, van der Hoeven JG, Corsten S, Janssen I, Ewalds E, Burgers-Bonthuis D, et al. Mental health symptoms in family members of COVID-19 ICU survivors 3 and 12 months after ICU admission: a multicentre prospective cohort study. *Int. Care Med*. 2022;48(3):322–31.
5. Viana DR, Santana LB, Azzolin KO, Berto PP, Tavares JP, Teixeira C, et al. Quality of Life and Satisfaction of Relatives of Patients Admitted to Intensive Care Units. *Cogitare Enferm*. 2023;28(1):e91079.
6. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MM, Silva CM. STROBE initiative: guidelines on reporting observational studies. *Rev Saude Publica*. 2010;44(3):559–65.
7. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Jr C, Pereira WA. Mood disorders among medical in-patients: a validation study of the hospital anxiety and depression scale (HAD). *Rev Saude Publica*. 1995;29(5):359–63.
8. T'ng K, Kenardy J, Hartanto A. Evaluating mental health outcomes in COVID-19 ICU survivors: a scoping review of measurement tools. *J Clin Med*. 2024;13(11):3191.
9. Rosa RG, Dietrich C, Valle ELT, Souza D, Tagliari L, Mattioni M, et al. The 6-Minute Walk Test predicts long-term physical improvement among intensive care unit survivors: a prospective cohort study. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2021;33(3):374–83.
10. Urzal M, Donas- Boto I, Moreira M, Nogueira P, Vian J. Prevalence and associated factors of symptoms of anxiety, depression and post-traumatic stress disorder in healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *RPSO - Rev Port Saúde Ocup*. 2021;11(1):1-23.
11. Thoresen S, Tambs K, Hussain A, Heir T, Johansen VA, Bisson JL. Brief measure of posttraumatic stress reactions: Impact of Event Scale-6. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009;45(3):405–12.
12. Jeong J, Kim AR, Hilton C, Hong I. Impact of Event Scale-6 (IES-6) for U.S. adults who experienced the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):490.

13. Lopes AL. Validity of Impact of Event Scale-Revised and Impact of Event Scale-6 Portuguese Version [thesis]. Portugal. Instituto Superior de Ciências da Saúde Norte - Psicologia Clínica e da Saúde; 2013 [cited 2025 Mar 24]. Available from: <https://repositorio.cespu.pt/bitstream/handle/20.500.11816/280/Tese%20de%20Mestrado%20-%20Ana%20Luisa%20Teixeira%20da%20Cunha%20Lopes.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
14. Beesley SJ, Hopkins RO, Holt-Lunstad J, Wilson EL, Butler J, Kuttler KG, et al. Acute physiologic stress and subsequent anxiety among family members of ICU patients. *Crit Care Med*. 2018;46(2):229–35.
15. Cuzco C, Torres-Castro R, Torralba Y, Manzanares I, Muñoz-Rey P, Romero-García M, et al. Nursing Interventions for patient empowerment during intensive care unit discharge: a systematic review. *International J Environ Res Pub Health*. 2021;18(21):11049.
16. Mottaghi K, Hasanvand S, Goudarzi F, Heidarizadeh K, Ebrahimzadeh F. The role of the ICU liaison nurse services on anxiety in family caregivers of patients after ICU discharge during COVID-19 pandemic: a randomized controlled trial. *BMC Nursing*. 2022;21(1):253.
17. Souza LM, Freitas KS, Silva AM, Teixeira JR, Souza GS, Fontoura EG, et al. Prevalence and factors associated with symptoms of depression in family members of people hospitalized in the intensive care unit. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2022 ;34(4):499–506.
18. Tejero-Aranguren J, García Del Moral R, Poyatos-Aguilera ME, Colmenero M. Family burden after critical illness: the forgotten caregivers. *Med Intensiva (Engl Edition)*. 2024;48(2):69–76.
19. Moreira MM, Silva NE, Araújo GH, Fiorini NC, Oliveira MD, Júdice WA, et al. Common mental disorders in patients caregivers in short and midterm hospital admission, a cross-sectional study. *Rev Multidebates* 2020;4(2):189–97
20. Putowski Z, Rachfalska N, Majewska K, Megger K, Krzych ŁJ. Identification of risk factors for post-intensive care syndrome in family members (PICS-F) among adult patients: a systematic review. *Anaesthesiol Intensive Ther*. 2023 ;55(3):168–78.
21. Matias LC, Resende MC. Ansiedade e religiosidade de familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Perspect Psicol*. 2018 ;22(1):38–53.
22. Schleder LP, Parejo LS, Puggina AC, Silva MJ. Spirituality of relatives of patients hospitalized in intensive care unit. *Acta Paul Enferm*. 2013;26(1):71–8.
23. Badanta B, Rivilla-García E, Lucchetti G, Diego-Cordero R. The influence of spirituality and religion on critical care nursing: an integrative review. *Nurs Crit Care*. 2022;27(3):348–366.
24. Monteiro MC, Magalhães AS, Machado RN. Death on stage in the ICU: family facing terminal condition. *Trends Psychol*. 2017 ;25(3):1285–90.
25. La IS, Scharf B, Zhu S, Mooney-Doyle K, Friedmann E, Wiegand DL. Family bereavement adaptation after death of a loved one in an intensive care unit. *J Hosp Palliat Nurs*. 2020;22(6):512–22.
26. DeSanto-Madeya S, Willis D, McLaughlin J, Boslet A. Healing experience for family caregivers after an intensive care unit death. *BMJ Support Palliat Care*. 2019;12(4):578–84.
27. Andresen M, Guic E, Orellana A, Diaz MJ, Castro R. Posttraumatic stress disorder symptoms in close relatives of intensive care unit patients: Prevalence data resemble that of earthquake survivors in Chile. *J Crit Care*. 2015;30(5):1152.e7–11.
28. Ostermann M, Vincent JL. ICU without borders. *Crit Care*. 2023;27(1):186.
29. Cezar AG, Del Castanhel F, Grosseman S. Needs of family members of patients in intensive care and their perception of medical communication. *Crit Care Sci*. 2023;35(1):73–83.
30. Boulton AJ, Jordan H, Adams CE, Polgarova P, TRIC Network (Corporate Author), WMTRAIN (Corporate Author), Morris AC, Arora N. Intensive care unit visiting and family communication during the COVID-19 pandemic: a UK survey. *J Intensive Care Soc*. 2022;23(3):293–6.
31. Ripardo WJ, Silva SR, Cardoso DM, Cárdenas AM, Mello MV. The family through hospitalizations in the intensive care unit. *Enferm Foco*. 2021;12(1):86–92.
32. Lee M, Kang J, Jeong YJ. Risk factors for post-intensive care syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Aust Crit Care*. 2020;33(3):287–94
33. Moore B. Dying during Covid-19. *Hastings Center Report*. 2020;50(3):13–5.