



OPEN ACCESS

Autoria

Luana Santos Chagas da Paixão^{1*}

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-1004-3845>

Jucinei Araujo de Jesus²

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3159-4273>

*Correspondente: luanacpaixão7@gmail.com

Instituição

¹Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde, Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, São Paulo, Brasil.

²Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Como citar este artigo • Copyright[©]

Paixão LSC, Jesus JA. Vivências e Impactos do Processo de Hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva para o Acompanhante Familiar. Rev. Tec. Cient. CEJAM. 2026;5:e202650048. DOI: <https://doi.org/10.59229/2764-9806.RTCC.e202650048>.

Editores

Abel Silva de Meneses • Editor Chefe

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1632-2672>

André Ramalho • Editor Científico

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8099-3043>

Submetido

22-09-2025

Aceito

26-10-2025

Artigo Original

Vivências e Impactos do Processo de Hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva para o Acompanhante Familiar

Experiences and Impacts of the Process of Hospitalization in an Intensive Care Unit for Family Members

Experiencias e Impactos del Proceso de Hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos para el Familiar Acompañante

Resumo

Objetivo: Analisar o impacto emocional e o sofrimento dos familiares acompanhantes decorrentes da internação de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulta e relacionar os cuidados prestados pela equipe multiprofissional aos princípios da Política Nacional de Humanização. **Método:** Estudo de campo, de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, realizado entre junho e agosto de 2025, com acompanhantes de pacientes em risco iminente de morte internados na Unidade de Terapia Intensiva Adulta de um Hospital Municipal de São Paulo. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e analisados segundo o método de análise de conteúdo e a qualidade metodológica se deu pelo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*. **Resultados:** Os familiares enfrentam intenso sofrimento emocional, expresso por medo, ansiedade e luto antecipado. A visita mostrou-se essencial para o vínculo afetivo, enquanto a comunicação da equipe influenciou diretamente a percepção de acolhimento. A espiritualidade destacou-se como recurso de apoio e ressignificação, reforçando a importância de práticas humanizadas. **Conclusão:** Acompanhar um ente querido em estado crítico na UTI é uma experiência desgastante, marcada por incertezas, restrições de visita e dificuldade de acesso a informações claras. Conclui-se que é essencial incorporar práticas multiprofissionais humanizadas que incluam também o cuidado aos familiares.

Descritores: Hospitalização; Unidade de Terapia Intensiva; Família; Sofrimento Emocional; Luto Antecipado.

Abstract

Objective: To analyze the emotional impact and suffering of accompanying family members resulting from the hospitalization of patients in the adult Intensive Care Unit (ICU) and relate the care provided by the multidisciplinary team to the principles of the National Humanization Policy. **Method:** A qualitative, descriptive, and exploratory field study was conducted between June and August 2025 with family members accompanying patients at imminent risk of death admitted to the Adult Intensive Care Unit of a municipal hospital in São Paulo. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed using content analysis, and methodological quality was assessed using the Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research. **Results:** Family members experience intense emotional suffering, expressed through fear, anxiety, and anticipatory grief. Visits proved essential for emotional bonding, while communication from the team directly influenced the perception of acceptance. Spirituality stood out as a resource for support and reframing, reinforcing the importance of humanized practices. **Conclusion:** Accompanying a loved one in critical condition in the ICU is a stressful experience, marked by uncertainty, visiting restrictions, and difficulty accessing clear information. We conclude that it is essential to incorporate humanized multidisciplinary practices that also include care for family members.

Descriptors: Hospitalization; Intensive Care Unit; Family; Emotional Distress; Anticipatory Grief.

Resumen

Objetivos: Analizar el impacto emocional y el sufrimiento de los familiares acompañantes derivados de la hospitalización de pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para adultos y relacionar los cuidados prestados por el equipo multidisciplinario con los principios de la Política Nacional de Humanización. **Método:** estudio de campo, de enfoque cualitativo, descriptivo y exploratorio, realizado entre junio y agosto de 2025, con acompañantes de pacientes en riesgo inminente de muerte ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos para adultos de un hospital municipal de São Paulo. Los datos se recopilaron mediante entrevistas semiestructuradas y se analizaron según el método de análisis de contenido, y la calidad metodológica se evaluó mediante los Criterios Consolidados para la Presentación de Informes de Investigación Cualitativa. **Resultados:** Los familiares enfrentan un intenso sufrimiento emocional, expresado por miedo, ansiedad y duelo anticipado. Las visitas resultaron esenciales para el vínculo afectivo, mientras que la comunicación del equipo influyó directamente en la percepción de acogida. La espiritualidad se destacó como un recurso de apoyo y resignificación, reforzando la importancia de las prácticas humanizadas. **Conclusión:** Acompañar a un ser querido en estado crítico en la UCI es una experiencia agotadora, marcada por incertidumbres, restricciones de visita y dificultad para acceder a información clara. Se concluye que es esencial incorporar prácticas multiprofesionales humanizadas que incluyan también el cuidado de los familiares.

Descriptores: Hospitalización; Unidades de Cuidados Intensivos; Familia; Sofrimento Emocional; Aflicción.

INTRODUÇÃO

A hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma experiência complexa e estressante que afeta não apenas o paciente, mas também seus familiares. O contexto de gravidade clínica, risco iminente de morte e falta de informações claras intensifica sentimentos de medo, angústia e impotência, impactando diretamente o bem-estar emocional dos acompanhantes⁽¹⁻²⁾.

Os familiares, frequentemente assumindo o papel de cuidadores, enfrentam elevada carga de estresse e fragilidade emocional, o que pode gerar alterações na dinâmica familiar. Nesse cenário, torna-se fundamental reconhecer sua importância no processo de cuidado e ampliar as estratégias de humanização que incluam suporte e acolhimento também para os acompanhantes⁽³⁾.

Apesar disso, a família muitas vezes é negligenciada em ambientes hospitalares, prevalecendo uma assistência centrada exclusivamente no paciente⁽⁴⁾. A qualidade da comunicação e da relação com a equipe multiprofissional é determinante: quando clara e empática, contribui para o enfrentamento, minimizando os danos emocionais; quando falha, amplia o sofrimento⁽⁵⁾.

A espiritualidade também surge como recurso central de enfrentamento, funcionando como fonte de conforto, ressignificação e sustentação diante da incerteza⁽⁶⁾. Sua relevância, embora reconhecida na literatura, ainda é pouco explorada nas práticas hospitalares, especialmente no contexto da UTI⁽⁷⁾.

Nesse processo, a atuação da equipe multiprofissional, em especial da psicologia hospitalar, é estratégica para promover acolhimento, escuta qualificada e apoio emocional. O psicólogo atua como mediador entre equipe, paciente e familiares, favorecendo a comunicação e a elaboração do sofrimento vivenciado⁽⁸⁾.

À luz do modelo biopsicossocial⁽⁹⁾ e das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH)⁽¹⁰⁾, torna-se indispensável compreender o impacto da hospitalização também sob a perspectiva familiar, ampliando práticas que integrem cuidado técnico e suporte emocional.

Assim, este estudo tem como objetivo analisar os impactos emocionais e o sofrimento vivenciado por familiares acompanhantes de pacientes internados em UTI adulta, relacionando-os ao cuidado multiprofissional e aos princípios da Política Nacional de Humanização.

MÉTODO

Desenho, Período e Cenário

Trata-se de um estudo qualitativo de campo, de natureza descritiva e exploratória, realizado na UTI Adulta do Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha, hospital público localizado em São Paulo. A unidade dispõe de 20 leitos, sendo dois de isolamento, e recebe pacientes das áreas clínica e cirúrgica.

A pesquisa foi conduzida entre junho e agosto de 2025, tendo como participantes os acompanhantes familiares de pacientes classificados pela equipe médica como em situação de risco iminente de morte. Essa condição foi definida a partir de critérios clínicos, como necessidade de ventilação mecânica invasiva, escore elevado na escala SOFA, gravidade do prognóstico ou indicação de cuidados paliativos.

Para assegurar a qualidade metodológica e a transparência da pesquisa, o estudo seguiu as diretrizes da ferramenta *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).

Participantes da Pesquisa

Os participantes foram selecionados mediante convite, realizado durante os horários de visita, sendo abordados pela pesquisadora, que explicou os objetivos da pesquisa e esclareceu eventuais dúvidas. Todos os familiares convidados concordaram em participar e formalizaram sua adesão por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Crítérios de Inclusão e Exclusão

Participaram do estudo acompanhantes familiares que mantinham presença constante junto ao paciente durante a internação, por um período mínimo de 48 horas, e que possuíam vínculo parental direto com o mesmo. Foram excluídos os acompanhantes remunerados ou contratados que não apresentavam relação de parentesco com o paciente.

Coleta de Dados

A coleta de dados envolveu entrevistas semiestruturadas com familiares e levantamento de informações nos prontuários dos pacientes, para caracterização clínica (diagnóstico principal, tempo de internação e suporte ventilatório).

A coleta de dados foi realizada na sala de acolhimento destinada aos acompanhantes, localizada dentro da UTI. Foi entrevistado apenas um acompanhante por paciente. Todos os familiares receberam e assinaram o TCLE, responderam a um questionário sociodemográfico (idade, sexo, parentesco, escolaridade, ocupação, religião, estado civil e tempo de internação) e participaram de entrevistas semiestruturadas.

Foram realizadas seis entrevistas, cada uma com duração entre 8 e 33 minutos, conduzidas pelo pesquisador — psicólogo residente do último ano, atuante na UTI. Os familiares foram abordados em horário de visita e convidados a participar do estudo, sendo que todos aceitaram. As entrevistas foram áudio-gravadas e transcritas na íntegra.

Foram registrados diário reflexivo, utilizado para apoiar a supervisão, foi utilizado como ferramenta para apoiar a supervisão, refletir sobre possíveis vieses interpretativos e garantir maior rigor na análise dos dados. Nele foram registradas observações sobre o comportamento e as emoções dos participantes durante as entrevistas, reflexões acerca da atuação do pesquisador e das possíveis interferências decorrentes de seu vínculo profissional com a UTI, decisões tomadas ao longo do processo de coleta e análise de dados, bem como notas sobre reações inesperadas, dificuldades ou dúvidas interpretativas. A utilização desse diário permitiu minimizar vieses relacionados à atuação do pesquisador, conferindo maior transparência metodológica e aumentando a confiabilidade na interpretação das entrevistas.

A amostragem foi intencional, composta por familiares acompanhantes de pacientes em risco iminente de morte. O número de entrevistas (n=6) foi definido por saturação temática, identificada a partir da análise iterativa dos discursos. As categorias temáticas exploradas incluíram: sofrimento emocional, visita familiar, relação com a equipe de saúde, espiritualidade e comunicação.

Análise de Dados

A análise dos dados seguiu a metodologia de análise de conteúdo categorial temática proposta por Bardin⁽¹¹⁾, com apoio do software *MaxQDA*.

O processo envolveu leitura exaustiva, codificação das unidades de significado, agrupamento em categorias temáticas e interpretação dos núcleos de sentido, em abordagem predominantemente indutiva, orientada por dimensões previamente reconhecidas na literatura sobre hospitalização em UTI.

As entrevistas foram transcritas literalmente (*verbatim*) pelo pesquisador entre junho e agosto de 2025, revisadas por um segundo pesquisador para garantir a fidelidade do conteúdo.

Aspectos Éticos e de Integridade

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Municipal Dr. Fernando Mauro Pires da Rocha, registrado na Plataforma Brasil sob o CAAE 77947324.6.0000.5452, com parecer nº 7.252.006.

Todos os participantes receberam informações detalhadas sobre a pesquisa, assinaram TCLE e tiveram assegurado o direito de recusa ou desistência em qualquer momento, sem prejuízo ao atendimento.

Os dados foram armazenados em pasta eletrônica protegida por senha, acessível somente ao pesquisador, e serão mantidos por cinco anos, conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Após esse período, os arquivos serão destruídos. Todas as etapas respeitaram a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018), garantindo a anonimização das informações e a proteção da identidade dos participantes.

Em casos de sofrimento emocional identificado durante ou após a entrevista, os familiares foram encaminhados para suporte psicológico ofertado pelo serviço de psicologia da própria instituição.

RESULTADOS

Os entrevistados foram identificados apenas por códigos ("F1", "F2", "F3", "F4", "F5" e "F6"), assegurando anonimato e confidencialidade. No quadro 1 é apresentada a caracterização sociodemográfica dos familiares que compuseram a amostra.

Quadro 1 - Perfil sociodemográfico dos familiares, São Paulo, Brasil, 2025.

Família	Tempo de Internação	Parentesco	Sexo	Idade	Escolaridade	Religião	Profissão	Estado Civil
1	14 dias	Neta	F	33	Ensino médio completo	Cristã	Dona de casa	Solteira
2	9 dias	Pai	M	69	Ensino médio completo	Cristão	Aposentado	Casado
3	90 dias	Mãe	F	61	Ensino médio completo	Cristã	Dona de casa	Casada
4	6 dias	Neta	F	23	Ensino fundamental	Umbandista	Cabeleireira	Solteira
5	15 dias	Prima	F	32	Ensino superior	Católica	Enfermeira	Solteira
6	7 dias	Esposa	F	48	Ensino superior	Cristã	Professora	Casada

Legenda: F = Feminino; M = Masculino.

Fonte: Elaboração do autor

A análise sociodemográfica revelou predomínio feminino (83%), em sua maioria adultos em idade produtiva (30 a 60 anos). Houve diversidade de vínculos familiares (netas, esposa, pai, mãe e prima) e presença marcante da religiosidade (5 cristãos e 1 umbandista). Esses elementos evidenciam o papel central das mulheres no cuidado, a pluralidade de laços familiares e a espiritualidade como recurso de enfrentamento.

A análise de conteúdo das entrevistas permitiu identificar cinco núcleos temáticos centrais, apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 - Resumo das entrevistas categorizadas pela dimensão da análise, subtemas e produto gerado, São Paulo, Brasil, 2025.

Análise categorial das entrevistas com familiares de pacientes internados em UTI		
Dimensão de Análise	Indicadores (Subtemas)	Evidências das Entrevistas
Sofrimento Emocional	Medo, angústia, impotência, ansiedade, luto antecipado	"Sinto como se estivesse perdendo ele aos poucos" (F6); "A ansiedade me consome" (F2).
Visita Familiar	Expectativa, demonstrações de afeto, despedida simbólica	"A visita é o único momento em que consigo tocá-lo" (F3); "Falei que podia descansar, que a gente ia ficar bem" (F6).
Relação com a Equipe de Saúde	Acolhimento, escuta ativa, críticas pontuais	"A médica foi muito clara comigo, isso me ajudou" (F4); "Senti falta de retorno dos enfermeiros" (F5).
Espiritualidade	Crença em milagre, entrega a Deus, resignação com fé	"A última palavra é de Deus" (F6); "Rezo muito, sei que Ele pode tudo" (F2).
Comunicação	Clareza, empatia, insuficiência de informações	"Faltou explicarem melhor o que está acontecendo" (F3); "Me senti acolhida pela psicóloga" (F6).

Fonte: Elaboração do autor

Núcleos de sentido das entrevistas com familiares de pacientes críticos em UTI.

Sofrimento Emocional

Todos os familiares participantes relataram níveis elevados de sofrimento psíquico durante o período de internação. Os principais sentimentos identificados foram:

- Medo: presente em 100% dos participantes (6/6);
- Ansiedade: relatada por 83% (5/6);
- Luto antecipado: mencionado por 50% (3/6);
- Angústia e impotência: assinalados por 66% (4/6).

Este núcleo evidencia que a experiência de acompanhamento de pacientes críticos na UTI está fortemente marcada por intenso impacto emocional, permeado por sentimentos de apreensão, vulnerabilidade e antecipação de perdas.

Participantes com um elevado nível de sofrimento psíquico, marcado por medo, angústia, ansiedade e tristeza profunda. Esse sofrimento oscilou entre a esperança de recuperação e a antecipação da perda, configurando um processo de luto antecipado.

Nas entrevistas iniciais (F1, F2), predominaram ansiedade e expectativa de melhora; em F3 e F4, observaram-se sinais de exaustão emocional; em F5 e F6, surgiram maior resignação e aceitação da possibilidade de perda.

Visita Familiar

Foi descrito como momento intensamente aguardado o período de visita, permeado por forte carga emocional. Foram relatadas manifestações de afeto, orações, palavras de encorajamento e despedidas simbólicas.

Nas entrevistas iniciais, prevaleceram sentimentos de nervosismo e esperança; nos relatos finais (F6), emergiram serenidade e gestos de despedida. A visita representou oportunidade de preservar vínculos afetivos diante das restrições impostas pela internação.

Relação com a Equipe de Saúde

As experiências em relação à equipe foram heterogêneas. Houve críticas à enfermagem, associadas à ausência de acolhimento e de informações, enquanto médicos e psicólogos foram lembrados como fontes de empatia e suporte.

Em F1 e F4, foram relatadas experiências positivas de acolhimento; em F5, críticas mais incisivas à enfermagem; em F6, destacou-se o papel do suporte psicológico como fundamental em momentos de fragilidade.

Espiritualidade

A fé e a espiritualidade emergiram como recursos centrais de enfrentamento, relatados por todos os familiares. As manifestações variaram da esperança em um milagre até a aceitação da vontade divina.

Em alguns relatos, a espiritualidade foi apontada como mediadora do sofrimento emocional, conferindo conforto e sustentação diante da incerteza e da possibilidade de perda.

Comunicação

A comunicação foi descrita como fator determinante da experiência. Quando clara e empática, foi associada à redução da angústia e à construção de confiança. Quando vaga ou insuficiente, gerou insegurança e ampliou o sofrimento.

Além das falas de F3 e F6, outros relatos reforçaram esse achado: *'Eu não entendia os termos médicos e saía mais preocupada'* (F1); *'Gostaria que tivessem explicado melhor os exames'* (F2); *'Faltou retorno em alguns momentos'* (F3); *'Nem sempre consegui falar com alguém da equipe'* (F4). Esses exemplos reforçam a comunicação como moduladora da relação entre familiares e equipe de saúde.

DISCUSSÃO

A hospitalização em UTI impacta significativamente não apenas os pacientes, mas também seus familiares acompanhantes, gerando repercussões emocionais profundas. Os resultados deste estudo revelaram sofrimento psíquico intenso, presença de luto antecipado, oscilações entre esperança e aceitação da gravidade do quadro clínico, dificuldades de comunicação com a equipe de saúde e a utilização da espiritualidade como recurso de enfrentamento. Esses achados corroboram pesquisas que destacam a experiência familiar como parte integrante do processo de cuidado hospitalar⁽¹²⁻¹⁵⁾.

O sofrimento emocional manifestou-se de forma heterogênea, variando entre medo, ansiedade, angústia e tristeza, refletindo a percepção da finitude e o luto antecipatório⁽¹⁶⁾. Esse fenômeno foi marcado pela alternância entre esperança de recuperação e aceitação gradual da possibilidade de perda, evidenciando a complexidade do enfrentamento familiar em situações críticas. Estudos recentes mostram que esse processo pode ter repercussões prolongadas, associando-se ao desenvolvimento da *Post-Intensive Care Syndrome – Family*⁽¹⁷⁾, o que reforça a relevância do suporte contínuo aos familiares.

A visita hospitalar constituiu um momento de relevância afetiva e simbólica, funcionando como espaço de preservação de vínculos e expressão de afeto. As manifestações verbais e não verbais demonstraram que esse contato manteve a coesão emocional entre paciente e familiares, mesmo diante da iminência da morte, corroborando a literatura clássica sobre a importância do vínculo na elaboração do luto⁽¹⁸⁾. Revisões recentes reforçam esse achado, apontando a visita como estratégia essencial para o cuidado e suporte familiar em UTIs⁽¹⁹⁾.

Entre os cinco núcleos centrais identificados, dois se destacaram como determinantes para o sofrimento do acompanhante em UTI: a relação heterogênea com a equipe de saúde e a comunicação como fator determinante da experiência. Esses aspectos estão intimamente relacionados a atores organizacionais e institucionais, como cultura, missão, visão e valores da instituição, modelo de atenção e condições de trabalho oferecidas. Tais elementos influenciam diretamente a qualidade das relações profissionais, o agir ético dos profissionais da saúde e a efetividade da comunicação.

Quando a cultura organizacional é orientada predominantemente para o desempenho técnico e centrada na doença, tende a reproduzir relações assimétricas e hierárquicas entre profissionais, pacientes e familiares. Em contrapartida, instituições que promovem uma cultura de colaboração, cooperação e cuidado centrado no paciente tendem a favorecer comportamentos empáticos e acolhedores, reduzindo desigualdades e ampliando a qualidade da comunicação entre equipe e acompanhantes.

O acolhimento diferenciado entre categorias profissionais, particularmente entre médicos e enfermeiros, também merece destaque. A Enfermagem, por permanecer de forma mais constante na UTI e lidar diretamente com as demandas emocionais dos pacientes e familiares, está mais exposta a

estressores ocupacionais intensos, como sobrecarga de trabalho, escassez de recursos e ausência de apoio psicoemocional institucional. Esses fatores contribuem para comportamentos menos afetivos e para a dificuldade de manutenção de uma postura humanizada contínua.

Dessa forma, a comunicação prejudicada e o desequilíbrio na relação acompanhante-médico/acompanhante-enfermagem devem ser compreendidos como expressões de um contexto organizacional que ainda carece de integração, empatia institucional e práticas colaborativas interdisciplinares. O fortalecimento de políticas institucionais de humanização, formação comunicacional e suporte emocional aos profissionais poderia mitigar essas desigualdades e promover uma atuação mais ética, sensível e centrada nas necessidades do paciente e do acompanhante.

A relação com a equipe de saúde emergiu como fator determinante na experiência dos acompanhantes. A comunicação clara, a empatia e a escuta ativa foram percebidas como elementos facilitadores do enfrentamento emocional, enquanto lacunas informacionais intensificaram sentimentos de insegurança e desamparo. Esse dado converge com os princípios da PNH⁽¹⁰⁾ e com estudos que evidenciam a comunicação como eixo central do cuidado em contextos críticos⁽²⁰⁻²¹⁾. A pandemia de COVID-19 ressaltou ainda mais esse aspecto: a ausência de contato presencial e a comunicação insuficiente agravaram a angústia e o sofrimento familiar⁽²²⁾.

A espiritualidade destacou-se como recurso psíquico e simbólico relevante, mobilizando esperança, resignação e atribuição de sentido ao sofrimento. Seja por meio de crenças religiosas ou práticas de oração, os familiares relataram que a fé contribuiu para ressignificação da experiência e manutenção da esperança, mesmo diante da gravidade clínica. Esse achado está em consonância com estudos que apontam a espiritualidade como mediadora do sofrimento em UTIs, favorecendo a elaboração emocional e a resiliência⁽¹⁵⁾.

Por fim, a atuação do psicólogo hospitalar revelou-se essencial na mediação do sofrimento familiar, fornecendo escuta qualificada, informações claras e suporte emocional contínuo. Pesquisas recentes confirmam que práticas humanizadas em UTIs, centradas no acolhimento multiprofissional, fortalecem vínculos e reduzem a sobrecarga emocional dos familiares⁽¹²⁾.

Em síntese, os resultados indicam que o impacto da hospitalização em UTI vai além do paciente, envolvendo dimensões emocionais, relacionais, espirituais e organizacionais que moldam a experiência familiar.

A análise evidenciou cinco núcleos centrais: (1) sofrimento emocional marcado pelo luto antecipado; (2) a visita como espaço privilegiado de vínculo; (3) relação heterogênea com a equipe de saúde; (4) espiritualidade como recurso de enfrentamento; e (5) comunicação como fator determinante da experiência. Tais achados reforçam a necessidade de práticas multiprofissionais que promovam acolhimento, comunicação efetiva e suporte integral, alinhadas a políticas de humanização e à produção científica recente⁽¹⁹⁾.

Limitações do Estudo

Entre as limitações, destacam-se o número reduzido de participantes (n=6) e a realização em único centro, o que restringe a generalização dos resultados. Existe ainda possibilidade de viés de seleção, já que apenas familiares presentes durante o período de visita foram incluídos.

A condução das entrevistas pelo próprio pesquisador, que atuava na unidade, pode ter influenciado as respostas. Além disso, não foi realizada triangulação documental sistemática, o que limita a ampliação das análises.

Contribuições para a Ciência

O estudo contribui para a ciência ao ampliar a compreensão sobre os impactos da hospitalização em UTI nos acompanhantes familiares, evidenciando necessidades de apoio psicossocial e subsidiando práticas de cuidado mais humanizadas e integradoras.

CONCLUSÃO

Este estudo qualitativo evidenciou os impactos emocionais vivenciados por familiares acompanhantes de pacientes internados em UTI adulta. O sofrimento psíquico mostrou-se marcado por medo, ansiedade, luto antecipado e exaustão, em um movimento oscilante entre esperança de recuperação e aceitação da perda.

A visita ao paciente foi descrita como espaço central de vínculo e expressão afetiva, assumindo também caráter de despedida simbólica em situações críticas. A comunicação estabelecida com a equipe de saúde modulou diretamente a experiência familiar: quando clara e empática, proporcionou acolhimento; quando insuficiente, intensificou sentimento de insegurança.

A relação com a equipe de saúde mostrou-se determinante para o acolhimento e o suporte emocional, composta tanto pela comunicação verbal quanto não verbal — predominante na linguagem afetiva e capaz de influenciar comportamento e atitude individual e grupal.

Quando clara e empática, essa relação favoreceu o vínculo e o bem-estar biopsicossocial; quando insuficiente, intensificou sentimentos de insegurança e desamparo.

A atuação articulada da equipe multiprofissional — médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e outros profissionais — alinhada aos princípios da PNH, evidenciou-se essencial para oferecer suporte contínuo ao paciente e à família.

A espiritualidade emergiu como recurso fundamental de enfrentamento, favorecendo ressignificação do sofrimento e sustentação emocional diante da finitude. A presença do psicólogo hospitalar mostrou-se estratégica, ao oferecer escuta qualificada e suporte emocional.

Do ponto de vista prático, os resultados reforçam a necessidade de ampliar o cuidado em UTI para além do paciente, incluindo os familiares como sujeitos igualmente impactados pelo processo de adoecimento.

Estratégias multiprofissionais que priorizem escuta ativa, comunicação qualificada e suporte emocional e espiritual configuram-se como pilares para uma assistência humanizada.

Estratégias multiprofissionais que priorizem escuta ativa, comunicação relacional humanizada, suporte emocional e espiritual configuram-se como pilares para uma assistência humanizada, cumprindo o objetivo do estudo de analisar o impacto emocional dos familiares, compreender o estresse associado à hospitalização e demonstrar como os cuidados prestados pela equipe multiprofissional, integrados aos princípios da PNH, favorecem um atendimento humanizado e de suporte contínuo ao paciente e à família.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Transparência na contribuição dos autores segundo a Taxonomia [CRediT](#).

Conceitualização	Luana Santos Chagas da Paixão; Jucinei Araujo de Jesus
Curadoria de dados	Não aplicável
Análise formal	Luana Santos Chagas da Paixão
Aquisição de financiamento	Não aplicável
Investigação	Luana Santos Chagas da Paixão
Metodologia	Luana Santos Chagas da Paixão; Jucinei Araujo de Jesus
Administração do projeto	Luana Santos Chagas da Paixão
Recursos	Luana Santos Chagas da Paixão
Software	Não aplicável
Supervisão	Jucinei Araujo de Jesus
Validação	Luana Santos Chagas da Paixão
Visualização	Luana Santos Chagas da Paixão
Escrita - esboço original	Luana Santos Chagas da Paixão
Escrita - revisão e edição	Luana Santos Chagas da Paixão; Jucinei Araujo de Jesus

DECLARAÇÕES

Conflitos de interesse	Não aplicável
Financiamento	Não aplicável
Aprovação ética	Não aplicável
Agradecimentos	Não aplicável
Preprint	Não aplicável
Inteligência Artificial	Não aplicável

REFERÊNCIAS

- Digby R, et al. Family experiences and perceptions of intensive care unit care and communication during the COVID-19 pandemic. *Aust Crit Care* 2023;36(3):350-60. doi: 10.1016/j.aucc.2022.03.003.
- Lima Junior JRM, et al. Percepção da espiritualidade e religiosidade de pacientes hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva. *Contribuciones a las Ciencias Sociales* 2024;17(9):e10779. doi: 10.55905/revconv.17n.9-261.
- Vieira AG, Waischunng CD. A atuação do psicólogo hospitalar em Unidades de Terapia Intensiva: a atenção prestada ao paciente, familiares e equipe, uma revisão da literatura. *Rev SBPH* 2018;21(1):51-66. doi: 10.57167/Rev-SBPH.21.269.
- Cobo MA, Moscardi R, Ortega J. Impacto psicológico en los cuidadores principales de familiares bajo tratamiento paliativo: una revisión sobre la calidad de vida. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba*. 2024;81(2):415-431. doi: 10.31053/1853.0605.v81n.2.44824.
- Midega TD, Oliveira HSB de, Fumis RRL. Satisfação dos familiares de pacientes críticos admitidos em unidade de terapia intensiva pública e fatores correlacionados. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2019;31(2):147-155. doi: 10.5935/0103-507X.20190024.
- Neves JL, Schwartz E, Echevarría-Guanilo ME, Spagnolo LML, Bazzan JS, Lise F. From the waiting room to the bed: Observation of families on the Intensive Care Unit. *Res Soc Dev*. 2021;10(1):e12111. doi: 10.33448/rsd-v10i1.12111.
- Sampaio AA, Zonta JB, Ferreira FY, Okido ACC. Cuidado centrado na família em unidade de terapia intensiva pediátrica: percepção dos profissionais. *Rev Rene (Online)*. 2017;18(4):515-520. doi: 10.15253/2175-6783.2017000400013.
- Digby R, Manias E, Haines KJ, Orosz J, Ihle J, Bucknall TK. Family experiences and perceptions of intensive care unit care and communication during the COVID-19 pandemic. *Aust Crit Care* 2023 May;36(3):350-60. doi: 10.1016/j.aucc.2022.03.003.
- Lima Junior JRM, Mendes CdeJL, Santos KCB, Medeiros THReS, Santos DLN, Gouveia AJG, Oliveira RDN, Gonçalves EdS. Percepção da espiritualidade e religiosidade de pacientes hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva. *Contrib Cienc Soc*. 2024;17(9):e10779. doi: 10.55905/revconv.17n.9-261.
- Brasil. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 20 ago. 2025.
- Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
- Maynart WH, Albuquerque MC, Brêda MZ, Jorge JS. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. *Acta Paul Enferm* 2014;27(4):300-3. doi: 10.1590/1982-0194201400051.
- Silva MA, Morais JD, Batista AAF. Humanização ao paciente e família na unidade de terapia intensiva (UTI). *Rev JRG Est Acad* 2024;7(15):e1625. doi: 10.55892/jrg.v7i15.1625.
- Meneguín S, Pollo CF, Benichel CR, Cunha LK, Miot HA. Comfort and religious-spiritual coping of intensive care patients' relatives. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2020;58:102805. doi: 10.1016/j.iccn.2020.102805
- Silva MA da, Morais JD, Batista AAF. Humanização ao paciente e família na unidade de terapia intensiva. *Rev JRG Est Acad*. 2024;7(15):e1625. doi: 10.55892/jrg.v7i15.1625.
- Mussart KM. Implementação de diário em terapia intensiva: percepção de familiares e da equipe de enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2024;28(1):e20230172. doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2023-0172pt.
- Delgado LD, Rincón Elvira EE, León Gómez VE. Apoyo emocional de las familias a los pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos: revisión bibliográfica. *Rev Enferm Soc Canar*. 2020;14(3):1-10.
- Smith AC, Ferguson HN, Russell RM, Savsani P, Wang S. Post-Intensive Care Syndrome Family. *Crit Care Clin* 2025 Jan;41(1):73-88. doi: 10.1016/j.ccc.2024.08.008.
- Vieira AR. A humanização do cuidado hospitalar e a atuação das equipes multiprofissionais. *Cad Saude Publica* 2018;34(3):e00123417. doi: 10.1590/0102-311X00123417.
- Dural G. Spiritual care experiences of nurses working in intensive care units: a qualitative study. *Nurs Crit Care* 2024 May;29(3):545-54. doi: 10.1111/nicc.12975.
- Dural G. Spiritual care experiences of nurses working in intensive care units: a qualitative study. *Nurs Crit Care* 2024;29(3):545-54. doi: 10.1111/nicc.12975.
- Checa-Checa A, et al. Family support strategies during intensive care unit: a systematic review. *Inquiry* 2025;62:469580251368654. doi: 10.1177/00469580251368654.