



Limitação de suporte de vida e o enfrentamento familiar em UTI oncológica

Limitation of life support and family coping in oncology ICU

Lisa Nathália de Souza RAMOS¹  

Mariana DUCATTI¹  

¹ Hospital de Câncer de Barretos – HCB, Departamento Psicologia. Barretos, SP, Brasil.

Correspondência:

Lisa Nathália de Souza Ramos
ramos-lisa@hotmail.com

Recebido: 28 jan. 2025

Revisado: 16 jul. 2025

Aprovado: 17 jul. 2025

Como citar (APA):

Ramos, L. N. S., & Ducatti, M. (2025). Limitação de suporte de vida e o enfrentamento familiar em UTI oncológica. *Revista da SBPH*, 28, e033. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.2025.v28.800>.

Financiamento:

Financiamento próprio

Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver conflito de interesses.



Resumo

A internação de um paciente oncológico e a limitação de suporte de vida na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) são más notícias que podem causar diversas reações em um familiar, que necessita mobilizar estratégias de enfrentamento para lidar com tal situação. Este estudo teve como objetivo identificar estratégias de enfrentamento utilizadas por familiares de pacientes em situações de limitação de suporte, seu perfil sociodemográfico e correlacionar tais dados. Nesta pesquisa original 39 familiares responderam uma ficha de dados do paciente, seus próprios dados sociodemográficos e a Escala Modos de Enfrentamento de Problema (EMEP), que compreende quatro estratégias de enfrentamento. Os dados foram analisados por estatística descritiva e os resultados evidenciaram que as estratégias de enfrentamento mais utilizadas foram as focalizadas no problema e em práticas religiosas e/ou pensamento fantasioso, sendo desempenhadas em sua maioria por mulheres maiores de 40 anos, filhas, com ensino médio e de religião católica. O perfil de paciente se dá por homens, maiores de 40 anos, de procedência clínica, em tratamento de aparelho digestivo alto, com óbito na UTI. A partir dos achados evidenciou-se que o adoecimento gera diversas reações emocionais e as estratégias de enfrentamento podem oscilar a depender do familiar e momento que está vivenciando. Neste sentido, ressalta-se a importância da assistência psicológica aos familiares na UTI, bem como a necessidade de um instrumento padronizado para este contexto.

Descritores: Enfrentamento; Unidades de terapia intensiva; Neoplasias; Psicologia hospitalar; Família.

Abstract

The admission of a cancer patient and the limitation of life support in the ICU are bad news that cause several reactions in a family member, who needs to mobilize coping strategies to deal with this situation. This study had how objective identify the coping strategies used by family members of patients in situations of limitation of life support, their sociodemographic profile and correlate such data. In this original research 39 family members responded a patient data sheet, their own sociodemographic data and the Ways of Coping Inventory Scale - (WCIS), which comprises four coping strategies. The datas was analyzed by describable statistic and the results evidenced that the most used coping strategies were those focused on the problem and on religious practices and/or fanciful thinking, being performed mostly by women over 40 years old, daughters, with high school and Catholic religion. The patient profile is male, over 40 years old, from a medical background, being treated for high digestive tract disease, and having died in the ICU. From the findings it was evident that the illness generates several emotional reactions and the coping strategies may vary depending on the family member and the moment they are going through. In this sense, is highlighted the importance of psychological assistance to family members in the ICU, as well as the need for a standardized instrument for this context.

Descriptors: Coping behavior; Intensive care units; Neoplasms; Hospital psychology; Family.

INTRODUÇÃO

O câncer é conhecido por diversas doenças nocivas à saúde, que tem como semelhança a multiplicação de células ofensivas invadindo tecidos e/ou órgãos do corpo. Não há uma causa única para o seu surgimento, podendo estar associado a fatores externos como hábitos de vida e ambiente laboral, mas também pode estar associado a fatores hereditários e ao processo de envelhecimento (Instituto Nacional de Câncer [INCA], 2022a, 2022b, 2022c). Estima-se que no Brasil no triênio de 2023 a 2025 haverá cerca de 704 mil novos casos de câncer (INCA, 2022d).

Entre os tratamentos do câncer estão a ressecção cirúrgica, principal e primeiro método curativo utilizado na história da oncologia; a radioterapia, que se dá recebimento de radiações ionizantes no tumor com o intuito de eliminar células cancerígenas; a quimioterapia, realizada através do uso de substâncias químicas intravenosas, orais e/ou locais com objetivo de remissão total ou parcial da doença, bem como o alívio de sintomas e sobrevida e; em determinados casos o transplante de células-tronco hematopoiética, que se dá pelo reestabelecimento da função medular por meio da substituição da medula óssea por outra (Carvalho et al., 2008; INCA, 2022e).

Durante o tratamento oncológico pode ser necessário a utilização da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), que tem como objetivo disponibilizar suporte avançado de vida para pacientes, oferecendo assistência no intuito de que o quadro clínico de cada paciente possa se reestabelecer e evoluir de forma positiva. Este ambiente é composto por equipe multiprofissional treinada e especializada para o cuidado desses doentes. Estas unidades podem ser identificadas como gerais ou mistas, bem como receber pacientes clínicos e/ou cirúrgicos (Conselho Federal de Medicina [CFM], 2020). Em pacientes oncológicos, as internações em UTI se dão frequentemente para cuidados pós-operatório ou intercorrências referentes ou não ao tratamento oncológico (Amêndola et al., 2018).

É um procedimento institucional comum e frequente dentro das UTIs a comunicação diária da equipe com a família acerca do quadro clínico dos pacientes, a fim de proporcionar informações sobre o tratamento e prognóstico, bem como esclarecer dúvidas e aliviar aflições de quem está presente (Amêndola et al., 2018). Entre as comunicações utilizadas, se usa o termo “comunicação de más notícias” para situações em que a comunicação da equipe médica vai contra as expectativas da família (Victorino et al., 2007). Indica-se que estas comunicações sejam realizadas em um ambiente apropriado e à indivíduos que possam desempenhar o papel de interlocutor para os demais familiares (Moritz et al., 2008).

Com o objetivo de realizar uma comunicação de más notícias adequada, foram criados protocolos a fim de auxiliar o profissional. Entre os mais utilizados está o protocolo SPIKES, que separa a comunicação de más notícias em termos como preparação, percepção, convite, transmissão da notícia, expressão de emoções e organização de estratégias, garantindo uma comunicação assertiva ao familiar que a receberá (Baile et al., 2000; Cruz & Riera, 2016). Entre as comunicações de más notícias realizadas pela equipe médica às famílias de pacientes internados em UTI está a “Limitação de Suporte Avançado de Vida”, também conhecida como limitação de esforço terapêutico. Sabe-se que com o desenvolvimento de novas tecnologias a serviço da saúde notou-se que pacientes graves permanecem por mais tempo em UTIs, prolongando o morrer e consequentemente aumentando o sofrimento do doente e da família. É dever da equipe médica a orientação adequada à família nos casos em que os investimentos terapêuticos não têm dado a resposta esperada ao quadro clínico do paciente, inserindo a limitação de suporte e orientando sobre o impacto no desenvolvimento da doença mediante a gravidade atual (Paranhos & Rego, 2014; Santos & Bassitt, 2011).

Neste sentido, a limitação de suporte se dá principalmente por medidas que envolvam a suspensão de investimentos terapêuticos invasivos como uso de drogas vasoativas, ventilação mecânica, terapia dialítica e reanimação cardiopulmonar. Seu estabelecimento envolve pontos que se relacionam ao prognóstico da doença, as comorbidades causadas por ela e a obstinação terapêutica, devendo ser realizada pela equipe médica após comunicação efetiva e compreensão dos familiares (Palhares et al., 2016; Santana et al., 2017). Segundo a resolução do CFM nº 1805/06 (2006), o médico tem permissão para suspensão e/ou limitação de intervenções que estendam a vida do paciente em fase terminal de vida mediante comunicação ao paciente e à família. Além disso, a resolução prevê que seja assegurado ao paciente e a sua rede de apoio a continuidade de meios para alívio de sofrimento e dor, bem como qualidade de vida preservada. Tal resolução respalda por meio de lei e código de bioética a equipe médica para a realização da ortotanásia, ou seja, a morte digna e sem sofrimentos.

Diante desse contexto observa-se a fragilidade dos familiares, deparando-se com diversas reações emocionais como medo, ansiedade, estresse, tristeza e insegurança (Santana et al., 2017). A partir disso, são elaboradas estratégias de enfrentamento associadas à religião, busca por suporte social, resolução de problemas e com foco nas emoções (Woinarovicz & Moreira, 2020) para lidar com a situação. Ao compreender tais reações emocionais e buscar por estratégias de enfrentamento diante de tal momento, a família tem também que lidar com o luto antecipatório (Monteiro et al., 2017).

No presente estudo objetivou-se identificar o perfil do familiar que acompanha o paciente em limitação de suporte na UTI e as principais estratégias de enfrentamento utilizadas por estes, além de avaliar a correlação entre os dados obtidos. A partir da análise de dados coletados, discute-se os principais dados evidenciados, destacando-se a relevância do estudo a partir da escassez de instrumentos padronizados e temática pouco discutida, de forma que seus achados se mostrem relevantes para a comunidade científica e de assistência à saúde.

METODOLOGIA

Esta pesquisa configura-se como transversal, de caráter descritivo-exploratório e apoiada na metodologia quantitativa de pesquisa. A coleta de dados ocorreu entre os meses de janeiro a junho de 2022, na qual após leitura e consentimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram incluídos 39 familiares de pacientes em condição de limitação de suporte de vida (LSV) internados numa UTI oncológica. Utilizou-se como critérios de inclusão familiares de primeiro grau, maiores de 18 anos, e que estavam cientes da LSV aos seus entes. Os critérios de exclusão foram: familiares com sofrimento emocional que impedisse a coleta de dados e/ou com comprometimento cognitivo que prejudicasse a comunicação.

Os instrumentos utilizados para coleta de dados foram ficha padronizada que compreende dados sociodemográficos do familiar, dados do paciente e a Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) (Seidl et al., 2001), que compreende quatro principais estratégias de enfrentamento utilizadas, sendo: focalizadas no problema, focalizadas na emoção, focalizadas em religião e/ou pensamento fantasioso e focalizadas no suporte social. Ressalta-se que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos e seguiu todas as orientações da resolução CNS nº 466/12 (Ministério da Saúde [MS], 2012).

Os dados coletados foram registrados na plataforma REDCap 11.1.182 (Harris et al., 2009) e a análise de dados foi realizada pelo software estatístico *Statistical Package for te Social Sciences* (SPSS) 27.0, com um nível de significância de um valor de 0,05 (5%). A amostra foi caracterizada por meio de tabelas de frequências para as variáveis categóricas e usando medidas de tendência central para as quantitativas. Para verificar a associação univariada

entre perfil sociodemográfico do familiar utilizou-se os testes Qui-quadrado ou Exato de Fisher para as perguntas do questionário.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 39 familiares de pacientes em LSV na UTI e os resultados obtidos foram organizados nos subtópicos “Perfil do paciente em LSV”, “Perfil do familiar”, “Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos familiares”, “Tempo entre a coleta de dados e o status final do paciente em LSV na UTI”, “Correlação entre as estratégias de enfrentamento e o perfil do familiar” e “Correlação entre as estratégias de enfrentamento e o status final do paciente em LSV na UTI”.

PERFIL DO PACIENTE EM LSV

A coleta de dados evidenciou uma amostra equivalente entre pacientes do sexo masculino (51%) e feminino (49%). Em relação à idade, os pacientes tinham predominantemente de 40 anos ou mais (87,2%). No que diz respeito ao motivo da internação em UTI, a maioria se deu por pacientes clínicos (76,9%), comparado aos pacientes de procedência cirúrgica (23,1%). Dentre as especialidades de tratamento dos pacientes em LSV na UTI, a pesquisa evidenciou que a maioria se deu por pacientes que realizavam tratamento no aparelho digestivo alto (28,2%), seguido por pacientes do aparelho digestivo baixo (12,8%), neurocirúrgicos (12,8%), tórax (12,8%), hematologia (10,3%), urologia (10,3%), ginecologia (5,0%), cabeça e pescoço (2,6%), mama (2,6%) e melanoma/sarcoma (2,6%). A coleta de dados destacou ainda que o status final destes pacientes foi o óbito na UTI (66,7%) em comparação à alta para enfermaria (33,3%) após ser instituída a limitação de suporte de vida. Na Tabela 1 são expostos os dados do perfil dos pacientes em LSV.

Tabela 1. Perfil dos pacientes em limitação de suporte de vida

Variável	Categoria	Frequência	%
Idade	Menor ou igual 40 anos	5	12,80%
	Maior que 40 anos	34	87,20%
Sexo	Feminino	19	49,00%
	Masculino	20	51,00%
Procedência	Clínico	30	76,90%
	Cirúrgico	9	23,10%
Especialidade de tratamento	Cabeça e Pescoço	1	2,60%
	Digestivo Alto	11	28,20%
	Digestivo Baixo	5	12,80%
	Ginecologia	2	5,00%
	Hematologia	4	10,30%
	Mama	1	2,60%
	Melanoma/sarcoma	1	2,60%
	Neurocirurgia	5	12,80%
	Tórax	5	12,80%
	Urologia	4	10,30%

Continua

Continuação

Status do paciente	Alta	13	33,30%
	Óbito	26	66,70%

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

PERFIL DO FAMILIAR

O perfil dos familiares de pacientes em LSV na UTI se deu predominantemente por maiores de 40 anos (76,9%) e a variável sexo demonstrou predominância feminina (64,1%). Com relação ao grau de parentesco destes familiares, o perfil de filhos (53,9%) foi o mais frequente, seguido de cônjuges (41,0%) e pais (5,1%). A coleta revelou uma frequência semelhante entre os graus de escolaridade dos familiares, sendo a maior frequência para indivíduos que realizaram o ensino médio (41,0%). Já em relação à religião destes familiares, houve predominância de católicos (69,2%). Resultados detalhados podem ser evidenciados na Tabela 2.

Tabela 2. Perfil dos familiares

Variável	Categoria	Frequência	%
Idade	Menor ou igual 40 anos	9	23,10%
	Maior que 40 anos	30	76,90%
Sexo	Feminino	25	64,10%
	Masculino	14	35,90%
Grau de parentesco	Cônjuge	16	41,00%
	Filho(a)	21	53,80%
	Pai/Mãe	2	5,10%
Escolaridade	Ensino fundamental	10	25,60%
	Ensino médio	16	41,00%
	Ensino superior	13	33,30%
Religião	Católico	27	69,20%
	Evangélico	9	23,10%
	Espírita	1	2,60%
	Messiânico	1	2,60%
	Ateu	1	2,60%

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO UTILIZADAS PELOS FAMILIARES

Nota-se predominância de estratégias de enfrentamento focalizadas (48,7%) juntamente às estratégias focalizadas em práticas religiosas e/ou pensamento fantasioso (48,7%). Na Tabela 3 são expostos os dados acerca das estratégias de enfrentamento.

Tabela 3. Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos familiares

Variável	Categoria	Frequência	%
Estratégias de enfrentamento	Focalizadas no problema	19	48,70%

Continua

Continuação

Focalizadas na emoção	1	2,60%
Focalizadas em práticas religiosas e/ou pensamento fantasioso	19	48,70%
Focalizadas no suporte social	0	0,00%

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

TEMPO ENTRE A COLETA DE DADOS E O STATUS FINAL DO PACIENTE EM LSV NA UTI

A coleta de dados evidenciou que o tempo entre a coleta de dados com os familiares e o status final do paciente na UTI foi de no máximo cinco dias e mínimo zero dias. A média e desvio padrão entre este dado se deu por dois dias, com mediana de um dia. A Tabela 4 expõe os dados acerca do tempo entre a coleta de dados e o status final.

Tabela 4. Tempo entre coleta de dados e status final do paciente

Variável	Freq.	Media	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Data coleta x status	39	2	2	1	0	5

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

CORRELAÇÃO ENTRE AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E O PERFIL DO FAMILIAR

De acordo com a variável sexo, a estratégia de enfrentamento focalizada no problema teve frequência similar entre mulheres (52,6%) e homens (47,4%), não evidenciando diferença significativa. A estratégia de enfrentamento focalizada na religião e/ou pensamento fantasioso evidenciou uma amostra maior em pessoas do sexo masculino (57,9%). Já a estratégia de enfrentamento focalizada na emoção foi apresentada somente por mulheres (100%). Este dado revelou um p-valor significativo (0,025).

A variável idade evidenciou que a estratégia de enfrentamento focalizada no problema apresentou maior frequência em pessoas com idade maior que 40 anos (84,6%). A estratégia de enfrentamento focalizada na religião e/ou pensamento fantasioso evidenciou frequência similar às estratégias focalizadas no problema, apresentando maior frequência entre pessoas com idade maior que 40 anos (89,5%). A estratégia de enfrentamento focalizada na emoção foi apresentada por somente um indivíduo com idade maior que 40 anos (100%). A correlação entre estratégias de enfrentamento e idade dos familiares revelou um p-valor não significativo ($>0,99$), considerando a predominância de indivíduos maiores de 40 anos.

Em seguida, a análise da variável grau de parentesco destaca que as estratégias de enfrentamento focalizadas no problema foram mais utilizadas por cônjuges (52,6%), seguida dos filhos (42,1%) e pais (5,3%), não demonstrando diferença significativa entre os primeiros citados. Já as estratégias de enfrentamento focalizadas na religião e/ou pensamento fantasioso demonstraram maior frequência para filhos (63,2%), seguido de cônjuges (31,6%) e por último pais (5,3%), apresentando diferença significativa entre os dados. As estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção foram utilizadas apenas por filhos (100%), não

sendo apresentada por cônjuges (0,0%) ou pais (0,0%). Este dado revelou um p-valor não significativo (0,502), levando em consideração a amostra predominante de cônjuges e filhos.

Após a análise da variável religião, tem-se que as estratégias de enfrentamento focalizadas no problema foram apresentadas por católicos (73,7%), seguido de evangélicos (26,3%) – diferença significativa. Não houve frequência desta estratégia por pessoas de religião espírita (0,0%), messiânicos (0,0%) e ateus (0,0%). As estratégias de enfrentamento focalizadas na religião e/ou pensamento fantasioso também revelaram diferenças significativas, expondo maior frequência em católicos (68,4%), seguido de evangélicos (21,1%), espíritas (5,3%) e messiânicos (5,3%). Não houve frequência de tal estratégia de enfrentamento por ateus (0,0%). As estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção foram apresentadas somente por um indivíduo que se denominou ateu (100%). Levando em consideração a amostra predominante de indivíduos católicos, o dado referente à religião e estratégias de enfrentamento apresentou um p-valor não significativo (0,103).

Por fim, a variável escolaridade evidenciou que as estratégias de enfrentamento focalizadas no problema tiveram frequência semelhante entre indivíduos que realizaram o ensino fundamental (36,9%) e os que realizaram o ensino médio (36,9%), seguido dos que realizaram ensino superior (26,3%). Já as estratégias de enfrentamento focalizadas na religião e/ou pensamento fantasioso demonstraram frequência semelhante em pessoas que realizaram o ensino médio (42,1%) e o ensino superior (42,1%), comparadas às pessoas que realizaram o ensino fundamental (15,8%). As estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção apresentaram frequência apenas para pessoas que realizaram o ensino médio (100%), não sendo apresentada por pessoas dos outros grupos. A partir deste dado e considerando a amostra semelhante entre estratégias de enfrentamento focalizadas no problema e religião/pensamento fantasioso, revelou-se um p-valor não significativo (0,725). A Tabela 5 exibe os dados referentes à correlação citada.

Tabela 5. Correlação entre estratégias de enfrentamento e perfil do familiar

Variável	Categoria	Problema		Emoção		Religião/fantasioso		
		n	%	n	%	n	%	p-valor
Sexo	Feminino	10	52,6	1	100	8	42,1	0,025
	Masculino	9	47,4	0	0	11	57,9	
Idade	Menor ou igual 40 anos	3	15,8	0	0	2	10,5	>0,99
	Maior que 40 anos	16	84,2	1	100	17	89,5	
Grau de parentesco	Cônjuge	10	52,6	0	0	6	31,6	0,052
	Filho(a)	8	42,1	1	100	12	63,2	
	Pai/mãe	1	5,3	0	0	1	5,3	
Religião	Católico	14	73,7	0	0	13	68,4	0,103
	Evangélico	5	26,3	0	0	4	21,1	
	Espírita	0	0	0	0	1	5,3	
	Ateu	0	0	1	100	0	0	
	Messiânico	0	0	0	0	1	5,3	

Continua

Continuação

Escolaridade	Ensino fundamental	7	36,9	0	0	3	15,8	0,725
	Ensino médio	7	36,9	1	100	8	42,1	
	Ensino superior	5	26,3	0	0	8	42,1	

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

CORRELAÇÃO ENTRE ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E O STATUS FINAL DO PACIENTE EM LSV NA UTI

De acordo com os dados coletados referentes às principais estratégias de enfrentamento encontradas em familiares de pacientes em LSV na UTI, buscou-se relacionar tais estratégias ao status final do paciente na UTI, sendo este a alta ou o óbito. A partir dos resultados obtidos, evidenciou-se que somente 13 dos 39 pacientes tiveram alta da UTI após LSV. Desta amostra, houve predominância e diferença significativa entre familiares que apresentaram como principais estratégias de enfrentamento a religião e/ou pensamento fantasioso (61,5%) com relação às estratégias de enfrentamento focalizadas no problema (38,5%). Não houve familiares que apresentaram estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção. Em contrapartida, outros 26 dos 39 pacientes evoluíram para óbito ainda na UTI após LSV. De acordo com esta amostra, os familiares apresentaram com predominância estratégias de enfrentamento focalizadas no problema (53,8%), seguidas de estratégias de enfrentamento focalizadas na religião e/ou pensamento fantasioso (42,3%) e estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção (3,8%). Não houve estratégias de enfrentamento focalizadas no suporte social, desta forma, este dado foi excluído da Tabela 6, que apresenta os dados aqui citados.

Tabela 6. Correlação entre estratégias de enfrentamento e status final do paciente

Variável	Categoria	Status do paciente					
		Alta		Óbito		Total	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
Estratégias de enfrentamento	Problema	5	38,50%	14	53,80%	19	48,70%
	Emoção	0	0,00%	1	3,80%	1	2,60%
	Religião/pensamento fantasioso	8	61,50%	11	42,30%	19	48,70%
	Total	13	100,00%	26	100,00%	39	100,00%

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

DISCUSSÃO

O presente trabalho possibilitou identificar que o perfil do familiar que acompanha pacientes em LSV na UTI oncológica é de predominância de mulheres com idade maior que 40 anos, filhas, que realizaram ensino médio, de religião católica, cujas estratégias de enfrentamento foram “focalizadas no problema” e “focalizadas em práticas religiosas e/ou pensamento fantasioso”. Além disso, evidenciou-se que o perfil do paciente em LSV na UTI oncológica se dá de forma semelhante entre homens e mulheres, com idade maior que 40 anos, de procedência clínica, com ênfase para tratamento de aparelho digestivo alto, tendo como status final o óbito na UTI. Ademais, observou-se que a média de tempo entre a coleta de dados com familiares e

o status final do paciente foi de dois dias. Desta forma, nota-se que todos os objetivos do trabalho foram atingidos e os pontos discutidos serão: perfil dos pacientes, dos familiares e estratégias de enfrentamento.

Em relação ao perfil dos pacientes, para a literatura científica brasileira tanto em UTIs gerais quanto oncológicas os resultados corroboram com os encontrados no presente estudo, evidenciando proporção similar entre pacientes de sexo feminino e masculino (Castro et al., 2021; Cunha et al., 2018; Machado et al., 2021). Apesar da discreta diferença entre tais pacientes, a predominância do sexo masculino revela a realidade brasileira que é traduzida pela baixa adesão à prevenção e cuidados com a saúde de homens, com adoecimentos identificados já em estágio mais avançado (Rodriguez et al., 2016; Souza et al., 2020). Segundo o estudo de Balbino et al. (2020), uma das causas da baixa adesão do gênero masculino se dá pela dificuldade em conciliar as atividades laborais com a assistência à saúde, quando necessário, fator que pode desencadear adoecimentos mais graves futuramente, como observado nos resultados encontrados no presente estudo.

Ao que diz respeito à idade de pacientes internados em UTIs no Brasil, evidencia-se que os indivíduos que necessitam de tal suporte têm mais de 40 anos (Aguilar et al., 2021; Castro et al., 2021; Cunha et al., 2018; Machado et al., 2021; Martelletti et al., 2019; Cavalcanti et al., 2019). Este dado condiz com a média de idade de pacientes oncológicos, que muitas vezes necessitam de internações em UTI para estabilização do quadro clínico (INCA, 2022d). Para indivíduos no geral, prevê-se maior ocorrência de doenças que exigem tratamento intensivo a depender de sua gravidade e idade (Rodriguez et al., 2016). Tal dado também corrobora com o perfil encontrado nos resultados deste estudo.

Com relação à procedência de tais pacientes, é possível verificar que quando os estudos estão relacionados a UTIs gerais há predominância de indivíduos que vieram de centros de emergência ou blocos cirúrgicos (Aguilar et al., 2021; Castro et al., 2021; Cavalcanti et al., 2019). Já nas UTIs oncológicas, a predominância se dá para pacientes clínicos assim como no presente estudo, dado que pode ser traduzido pelo impacto do tratamento oncológico e o alto índice de intercorrências que podem ocorrer durante o tratamento (INCA, 2022d; Cunha et al., 2018). Dos estudos que abordaram caracterização de pacientes oncológicos em UTIs, nota-se semelhança ao presente estudo, observando-se prioritariamente pacientes com tratamento de neoplasias do trato gastrointestinal (Cunha et al., 2018; Martelletti et al., 2019), levando em consideração o tipo da doença ser um dos mais incidentes entre os pacientes oncológicos (INCA, 2022d).

Em relação aos familiares de pacientes em LSV, há escassez de estudos que caracterizem o perfil destes indivíduos em UTI oncológica. Apesar disso, observa-se que em trabalhos nacionais sobre o perfil sociodemográfico de acompanhantes de pacientes em UTI gerais há consonância de diversos resultados no que diz respeito aos dados obtidos neste estudo. Com relação a idade dos familiares, evidencia-se média de 39 a 75 anos (Costa et al., 2010; Barth et al., 2016; Monteiro et al., 2017; Reis et al., 2016; Vasconcelos et al., 2016), ou seja, adultos de meia-idade, dado que corrobora com os resultados atuais – maior que 40 anos. Este perfil de faixa etária pode ser atribuído indiretamente à faixa etária dos pacientes, considerando que em muitos casos os filhos são os principais cuidadores informais (Barth et al., 2016; Conceição et al., 2021; Loureiro & Fernandes, 2015).

No que tange ao sexo desses familiares, a predominância de mulheres é dominante nos estudos levantados (Barth et al., 2016; Carbogim et al., 2019; Costa et al., 2010; Monteiro et al., 2017; Vasconcelos et al., 2016). Considera-se este dado devido a fatores socioculturais impostos anteriormente na sociedade, no qual a mulher desempenhava o papel de cuidado enquanto o homem tinha como papel ser o provedor do lar. Este fator

imposto pela sociedade vêm sendo desconstruído pelas mulheres ao longo das últimas décadas (Alves et al., 2019; Conceição et al., 2021; Loureiro & Fernandes, 2015).

A respeito do grau de parentesco dos familiares, o presente estudo evidenciou que os filhos são os principais acompanhantes de pacientes em UTI oncológica. Esta informação vai contra os resultados de estudos publicados nas bases de dados brasileiras (Barth et al., 2016; Carbogim et al., 2019; Costa et al., 2010; Monteiro et al., 2017; Reis et al., 2016; Vasconcelos et al., 2016), no qual revelam que na maioria dos casos o cuidador informal se dá pelo cônjuge do paciente. Apesar disso, quando se considera cuidadores informais fora de unidades de terapia intensiva este dado altera-se e corrobora com o presente estudo, levando-se em consideração que pacientes que necessitam de cuidados muitas vezes são idosos e, em alguns casos já são viúvos (Alves et al., 2019; Conceição et al., 2021).

Em uma considerável amostra de estudos acerca do grau de escolaridade de familiares acompanhantes é perceptível a baixa escolaridade, caracterizada por indivíduos que realizaram apenas ensino fundamental (Alves et al., 2019; Conceição et al., 2021; Loureiro & Fernandes, 2015). Nos resultados do presente estudo este dado é divergente, caracterizando-se por indivíduos com maior instrução de ensino. Tal dado pode ser interpretado de forma indireta pelo fato de que grande parte da amostra de familiares se dá por filhos dos pacientes – adultos de meia idade. No Brasil, taxas de menor escolaridade estão associadas a populações de maior idade, logo, quanto mais novo o indivíduo, maior é o seu acesso às políticas educacionais criadas a partir de 1996 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2020).

De acordo com dados obtidos acerca da religião dos familiares, observa-se grande número de católicos. Este dado se consolida com a literatura brasileira, no qual é exposto pelo Censo Demográfico e publicado pelo IBGE (2010), que descreve um maior número de católicos com relação às demais religiões. No Brasil, a religião católica é popular devido à colonização Portuguesa e sua cultura trazida ao país (Azevedo, 2004).

A respeito das estratégias de enfrentamento, também conhecidas como coping, entende-se que estas são caracterizadas por um conjunto de recursos internos e/ou externos que um indivíduo mobiliza para lidar com eventos estressores (Antoniuzzi et al., 1998; Morero et al., 2018; Seidl et al., 2001; Woinarovicz & Moreira, 2020). Considerando as principais estratégias apresentadas nos resultados do presente trabalho, considera-se as focalizadas no problema como recursos do indivíduo que dizem respeito a aproximar-se da situação estressora no intuito de resolver o problema (Antoniuzzi et al., 1998; Morero et al., 2018; Seidl et al., 2001; Vieira-Santos & Silva, 2022). Já as estratégias focalizadas em práticas religiosas e/ou pensamento fantasioso podem ser consideradas de foco emocional e são caracterizadas por pensamentos e comportamentos de cunho religioso que atuam na aproximação ou esquiva do evento estressor (Seidl et al., 2001; Vieira-Santos & Silva, 2022).

Nos estudos referentes às estratégias de enfrentamento nota-se diferentes meios de avaliação através de escalas, inventários e entrevistas, observando-se semelhanças com os resultados encontrados no presente estudo, evidenciando maior predominância para as estratégias focalizadas no problema (Casarini et al., 2009; Dantas & Barros, 2019; Frota et al., 2021; Harlan et al., 2020; Neves et al., 2022; Oliveira et al., 2010; Onrust et al., 2022; Seidl, 2005; Silva et al., 2022; Zanetti et al., 2013).

O uso de recursos relacionados à religiosidade e/ou pensamentos fantasiosos em contextos de adoecimento pode estar associado à cultura brasileira, em que cerca de 92% dos indivíduos se declaram com alguma religião (IBGE, 2010). Além disso, esta estratégia também está relacionada de forma histórica ao fato de que em situações de adoecimento o contato com a espiritualidade é intensificado, atuando como meio de fortalecimento e busca de

significado (Faria & Seidl, 2005; Fornazari & Ferreira, 2010; Patrício et al., 2022; Silva et al., 2020). Já o uso de estratégias focalizadas no problema em contexto de adoecimento pode estar associado à aproximação e busca por informações que justifiquem o problema gerador do estresse no intuito de diminuir ou eliminar o impacto causado pelo evento estressor (Pereira & Branco, 2016; Vieira-Santos & Silva, 2022; Woinarovicz & Moreira, 2020).

Em trabalhos anteriores, observa-se que mulheres apresentam como principal estratégia de enfrentamento práticas religiosas e/ou pensamento fantasioso (Pereira & Branco, 2016; Seidl et al., 2001), fator que se contrapõe ao resultado do presente estudo, no qual os homens demonstraram maior prevalência de tal estratégia e as mulheres demonstram como principal estratégia o foco no problema. Apesar disso, a discrepância entre tais dados é sutil. É possível que o movimento de empoderamento da mulher no mercado de trabalho e na sociedade como um todo tenha refletido em suas crenças e enfrentamento de forma racional e não emocionais, gerando maiores números de enfrentamento focalizado no problema (Rosado, 2017). Apesar dos dados relatarem maior público feminino nas igrejas, é possível identificar que nas religiões como um todo é dominante a participação dos homens na gestão, podendo refletir nas estratégias de enfrentamento religioso/fantasioso utilizadas em situação de doença (Rosado-Nunes, 2005).

O estudo de Seidl et al. (2001) observou que indivíduos com mais idade são mais propensos a desempenharem estratégias de enfrentamento focalizadas no problema. No presente estudo, de acordo com a correlação obtida entre as estratégias de enfrentamento e idade dos familiares, para todas as classificações de estratégias houve predominância de indivíduos com mais de 40 anos, não havendo distinção entre tais. É possível que a predominância de pessoas com mais de 40 anos seja interpretada pela associação do fator idade maior à melhor responsabilização e amadurecimento para condução de possíveis decisões (Figueiredo et al., 2017).

A partir do grau de parentesco, observa-se que filhos apresentam menor proporção de estratégias de enfrentamento com foco no problema, tendendo a estratégias que dizem respeito à emoção e/ou religioso/fantasioso. Este dado pode ser interpretado pela fragilidade emocional que envolve o momento e a inversão de papéis no qual o genitor passa a ser o necessitado de cuidados e o filho passa a ser o indivíduo que cuida. Estratégias de cunho religioso/fantasioso podem ser interpretadas como um recurso emocional (Marcon et al., 2009; Vizzachi et al., 2015). Em contrapartida, cônjuges demonstraram maior utilização de estratégias focalizadas no problema, ou seja, maior assimilação e postura ativa na resolução dos problemas, papel que muitas vezes já era desempenhado anteriormente, apesar da sobrecarga emocional envolvida à responsabilidade do papel e ao adoecimento do parceiro (Stein & Moreira, 2021).

A respeito da correlação entre estratégias de enfrentamento e religião dos familiares, as estratégias de cunho religioso/fantasioso foram apresentadas em maiores níveis por indivíduos espíritas e messiânicos. Indivíduos católicos e evangélicos obtiveram maiores números de estratégias com foco no problema. Apesar disso, tanto o enfrentamento com foco no problema quanto religioso/fantasioso obtiveram seus maiores números de católicos, considerando a maioria de pessoas na pesquisa com essa religião. Supõe-se que este dado se dê através de indivíduos que, por mais que religiosos, utilizam também outros recursos como mecanismo de enfrentamento de problemas (Campos et al., 2021). As estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção tiveram como principal público os ateus, fato que se justifica pela ausência de recursos de cunho religioso.

Estudos realizados anteriormente confirmam que o enfrentamento religioso/fantasioso está relacionado a menores níveis de escolaridade (Pereira & Branco, 2016; Seidl et al., 2001). Este dado não condiz aos resultados do presente estudo, no qual o enfrentamento

religioso é apresentado principalmente por indivíduos que realizaram ensino médio e superior. O enfrentamento com foco no problema é apresentado por indivíduos que realizaram ensino fundamental e médio, dado que também se contrapõe aos estudos anteriores, no qual entendem que indivíduos com menor escolaridade busquem menos por informações do problema e usem da religiosidade como estratégia compensatória para manejo de estresse e enfrentamento (Pereira & Branco, 2016; Seidl et al., 2001).

É importante considerar que durante a internação de um paciente as estratégias de enfrentamento utilizadas por familiares podem oscilar e se alterar a cada novo dia de internação e/ou mudança de quadro clínico, não podendo ser considerada como um dado único e absoluto. O adoecimento como um todo gera diversas reações nos indivíduos, podendo trazer em determinados momentos cognições e crenças religiosas, como também a busca pela informação e conhecimento acerca do quadro clínico de seu familiar.

CONCLUSÃO

Entende-se que a internação de um paciente oncológico na UTI pode gerar diversas reações cognitivas e emocionais aos familiares envolvidos, ainda mais se a LSV for um direcionamento clínico. Os familiares tendem a mobilizar recursos internos e/ou externos para lidar com tal circunstância, denominadas estratégias de enfrentamento. Conclui-se com este trabalho que as principais estratégias de enfrentamento utilizadas por familiares cujos parentes vivenciaram a LSV, foram as estratégias focalizadas no problema e em práticas religiosas e/ou pensamento fantasioso.

Como principal limitação durante a realização do trabalho pode se considerar o número de participantes. Assim, sugere-se que novas pesquisas sejam elaboradas a fim de qualificar os dados aqui evidenciados. Além disso, considerando a possibilidade de alteração de estratégias de enfrentamento durante a internação hospitalar de um familiar, sugere-se um instrumento específico e padronizado para o público que recebe más notícias em contexto hospitalar, a fim de manejar e reduzir o sofrimento dos familiares. Espera-se que este estudo possa contribuir para futuras intervenções direcionadas e reflexões acerca da assistência psicológica necessária aos familiares de pacientes em UTI.

CONTRIBUIÇÃO AUTORAL

Concepção do estudo: LNSR, MD; **coleta de dados:** LNSR; **análise dos dados:** LNSR, MD; **redação do manuscrito:** LNSR, MD; **revisão crítica para conteúdo intelectual importante:** LNSR, MD.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, L. M. M., Martins, G. S., Valduga, R., Gerez, A. P., Carmo, E. C., Cunha, K. C., Cipriano, G. F. B., & Silva, M. L. (2021). Perfil de unidades de terapia intensiva adulto no Brasil: revisão sistemática de estudos observacionais. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 33(4), 624–634. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20210088>.
- Alves, B. S., Oliveira, A. S., Santana, E. S., Chaves, R. N., Marinho, M. S., & Reis, L. A. (2019). Caracterização dos cuidadores informais de idosos dependentes quanto aos aspectos demográficos e de saúde. *Revista de Saúde Coletiva da UFEs*, 9, 113–118. <https://doi.org/10.13102/rscduefs.v9i0.3684>.
- Amêndola, C. P., Santos, R. A., & Silva, U. V. A. (Orgs.). (2018). *Terapia intensiva em oncologia*. Rubio.

- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 3(2), 273–294. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X1998000200006>.
- Azevedo, D. (2004). A Igreja Católica e seu papel político no Brasil. *Estudos Avançados*, 18(52), 109–120. <https://doi.org/10.1590/S0103-40142004000300009>.
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES: a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302–311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>.
- Balbino, C. M., Silvino, Z. R., Santos, J. S., Joaquim, F. L., Souza, C. J., Santos, L. M., & Izu, M. (2020). Os motivos que impedem a adesão masculina aos programas de atenção a saúde do homem. *Research, Society Development*, 9(7), e389974230. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4230>.
- Barth, A. A., Weigel, B. D., Dummer, C. D., Machado, K. C., & Tisott, T. M. (2016). Estressores em familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 28(3), 323–329. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160055>.
- Campos, A. S., Leite, E. S., Stoppiglia, L. F. (2021). Estresse e enfrentamento religioso/espiritual entre os alunos de psicologia. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 7(2), 1–14. <https://doi.org/10.51891/rease.v7i2.619>.
- Carbogim, F. C., Pereira, R. Z. A., Luiz, F. S., Andrade, R. O., Tony, A. C. C., Paiva, A. C. P. C. (2019). Enfrentamento de familiares de pacientes em tratamento oncológico. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 8(1), 51–60. <https://doi.org/10.18554/reas.v8i1.3409>.
- Carvalho, V. A., Franco, M. H. P., Kovács, M. J., Liberato, R. P., Macieira, R. C., Veit, M. T., Gomes, M. J. B., & Barros, L. H. C. (Orgs.). (2008). *Temas em psico-oncologia*. Summus.
- Casarini, K. A., Gorayeb, R., & Basile Filho, A. (2009). Coping by relatives of critical care patients. *Heart and Lung*, 38(3), 217–227. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2008.05.003>.
- Castro, M. L. M., Almeida, F. A. C., Amorim, E. H., Carvalho, A. I. L. C., Costa, C. C., & Cruz, R. A. O. (2021). Perfil de pacientes de uma unidade de terapia intensiva de adultos de um município paraibano. *Enfermería Actual de Costa Rica*, (40), 1–13. <http://doi.org/10.15517/revenf.v0i40.42910>.
- Cavalcanti, A. N., Pinto, K. D. C., & Maia, E. M. C. (2019). Perfil de pacientes adultos em unidade de terapia intensiva do nordeste brasileiro. *Revista Portal Saúde e Sociedade*, 4(2):1113–1125. <https://doi.org/10.28998/2525-4200.2019v4n2.1113-1125>.
- Conceição, H. N., Jesus, M. L. R. S., Gomes, I. M. N., Luz, K. R. G., Conceição, H. N., Costa Filho, J. G. D., & Luz Filho, C. A. (2021). Perfil e sobrecarga dos cuidadores informais de idosos dependentes. *Research, Society Development*, 10(6), e47210616061. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.16061>.
- Conselho Federal de Medicina (BR). (2006). Resolução CFM n. 1.805/2006. Recuperado em 06 de agosto de 2025, de <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>.
- Conselho Federal de Medicina (BR). (2020). Resolução CFM n. 2.271/2020. [Página institucional]. Recuperado em 06 de agosto de 2025, de <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2020/2271>.
- Costa, J. B., Felicetti, C. R., Costa, C. R. L. M., Miglioranza, D. C., Osaku, E. F., Versa, G. L. G. S., Solstoski, J., Duarte, P. A. D., Duarte, S. T., Ogasawara, S. M., & Taba, S. (2010). Fatores estressantes para familiares de pacientes criticamente enfermos de uma unidade de terapia intensiva. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(3), 182–189. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000300003>.
- Cruz, C. O., & Riera, R. (2016). Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES. *Diagnóstico e Tratamento*, 21(3), 106–108. Recuperado em 06 de agosto de 2025, de <https://periodicosapm.emnuvens.com.br/rdt/article/view/38>.
- Cunha, D. A. O., Cunha, R. L., Santos, M. L. S. C., Oliveira, E. M., Soares, R. S., & Fuly, P. S. C. (2018). Perfil dos pacientes admitidos em uma unidade de terapia intensiva oncológica. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 17(20), 1–8. Recuperado em 06 de agosto de 2025, de <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/40365>.

- Dantas, M. P., & Barros, C. (2019). *Estratégias de enfrentamento de acompanhantes de crianças hospitalizadas em UTI pediátrica* [Trabalho de conclusão de curso, Faculdade Pernambucana de Saúde]. Repositório Institucional. <https://tcc.fps.edu.br/jspui/handle/fpsrepo/605>.
- Faria, J. B., & Seidl, E. M. F. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(3), 381–389. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722005000300012>.
- Figueiredo, C. G. G., Santos, C. C. L., Franco, M. S. P., Adriano, F. C. (2017). Aspectos do cuidador familiar de doentes com câncer [Apresentação de trabalho]. Anais II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde (pp. 1-9). Realize Editora, Campina Grande. Recuperado em 06 de agosto de 2025, de <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/29078>.
- Fornazari, S. A., & Ferreira, R. E. R. (2010). Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(2), 265–272. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000200008>.
- Frota, O. P., Sene, A. G., Ferreira-Júnior, M. A., Giacon-Arruda, B. C. C., Teston, É. F., Pompeo, D. A., & Paula, F. M. (2021). Coping strategies of family members of intensive care unit patients. *Intensive and Critical Care Nursing*, 63, 102980. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102980>.
- Harlan, E. A., Miller, J., Costa, D. K., Fagerlin, A., Iwashyna, T. J., Chen, E. P., Lipman, K., & Valley, T. S. (2020). Emotional experiences and coping strategies of family members of critically ill patients. *Chest*, 158(4), 1464–1472. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.05.535>.
- Harris, P. A., Taylor, R., Thielke, R., Payne, J., Gonzalez, N., & Conde, J. G. (2009). Research electronic data capture (REDCap): a metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. *Journal of Biomedical Informatics*, 42(2):377-381. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2008.08.010>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Censo Brasileiro: amostra: religião: 2010*. Recuperado em 06 de agosto de <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pesquisa/23/22107>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2020). *Pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua: educação 2019*. Recuperado em 06 de agosto de 2025, de https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101736_informativo.pdf.
- Instituto Nacional de Câncer (2022b). *O que causa o câncer?*. Recuperado em 06 de agosto de 2025, de <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/causas-e-prevencao-do-cancer/o-que-cause-o-cancer/>.
- Instituto Nacional de Câncer (2022c). *O que é câncer?*. Recuperado em 06 de agosto de 2025, de <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/o-que-e-cancer>.
- Instituto Nacional de Câncer (2022d). *Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil*. Recuperado em 06 de agosto de 2025, de <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa>.
- Instituto Nacional de Câncer (2022e). *Tratamento do câncer*. Recuperado em 06 de agosto de 2025, de <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tratamento>.
- Instituto Nacional de Câncer. (2022a). *Como surge o câncer?*. Recuperado em 06 de agosto de 2025, de <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/como-surge-o-cancer>.
- Loureiro, L. S. N., & Fernandes, M. G. M. (2015). Perfil do cuidador familiar de idosos dependentes em convívio domiciliar. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 7(5), 145–54. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i5.145-154>.
- Machado, S. G., Silva, V., Cerqueira, T. C. F., Oliveira, L. R., Cardoso, L. F. O. J., Santana, H. S. R., & Barreto, J. A. (2021). Perfil clínico e assistencial de duas UTIs de um Hospital Universitário através da análise de indicadores de um serviço de fisioterapia. *Research, Society Development*, 10(13), e344101321365. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i13.21365>.
- Marcon, S. S., Radovanovic, C. A. T., Salci, M. A., Carreira, L. Haddad, M. L., Faquinello, P. (2009). Estratégias de cuidado a famílias que convivem com a doença crônica em um de seus membros. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 8 (supl):70-78. doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v8i0.9720.

- Martelletti, L. B. S. J., Martinello, L. R., Santos, L. C. G., Ferrão, A. A. R. C. N., Pereira, J. M., Santos, C. T. B., & Cruz, K. C. T. (2019). Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com câncer internados em uma unidade de terapia intensiva adulto. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 11(13), e985. <https://doi.org/10.25248/reas.e985.2019>.
- Ministério da Saúde (BR). (2012). *Resolução n. 166, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Recuperado em 06 de agosto de 2025, de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
- Monteiro, M. C., Magalhães, A. S., & Machado, R. N. (2017). A morte em cena na UTI: a família diante da terminalidade. *Trends in Psychology*, 25(3), 1285-1299. <https://doi.org/10.9788/TP2017.3-17Pt>.
- Morero, J. A. P., Bragagnollo, G. R., Santos, M. T. S. (2018). Estratégias de enfrentamento: uma revisão sistemática sobre instrumentos de avaliação no contexto brasileiro. *Revista Cuidarte*, 9(2):2257-2268. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.503>.
- Moritz, R. D., Lago, P. M., Souza, R. P., Silva, N. B., Meneses, F. A., Othello, J. C. B., Machado, F. O., Piva, J. P., Dias, M. D., Verdeal, J. C. R., Rocha, E., Viana, R. A. P. P., Magalhães, A. M. P. B., & Azeredo, N. (2008). Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 20(4), 422-428. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2008000400016>.
- Neves, L., Gondim, A. A., & Pinheiro, J. A. M. (2022). Coping na hospitalização: estratégia de enfrentamento familiar de pacientes na unidade semi-intensiva. *Psicologia Revista*, 31(2), 455-474. <https://doi.org/10.23925/2594-3871.2022v31i2p455-474>.
- Oliveira, L. M. A. C., Medeiros, M., Barbosa, M. A., Siqueira, K. M., Oliveira, P. M. C., & Munari, D. B. (2010). Grupo de suporte como estratégia para acolhimento de familiares de pacientes em unidade de terapia intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(2), 429-436. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000200027>.
- Onrust, M., Lansink-Hartgring, A. O., van der Meulen, I., Luttik, M. L., de Jong, J., & Dieperink, W. (2022). Coping strategies, anxiety and depressive symptoms in family members of patients treated with extracorporeal membrane oxygenation: a prospective cohort study. *Heart and Lung*, 52, 146-151. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2022.01.002>.
- Palhares, D., Santos, Í. A., & Cunha, A. C. R. (2016). Limitação terapêutica para crianças portadoras de malformações cerebrais graves. *Revista Bioética*, 24(3), 567-578. <https://doi.org/10.1590/1983-80422016243156>.
- Paranhos, G. K., & Rego, S. (2014). Limitação do suporte de vida pediátrico: argumentações éticas. *Revista Bioética*, 22(3), 519-528. <https://doi.org/10.1590/1983-80422014223035>.
- Patrício, A. C. A., Athayde, R. A. A., Aquino, T. A. A. (2022). A influência da espiritualidade e da religiosidade no sentido de vida de pacientes oncológicos. *REVER*, 22(1), 179-196. <https://doi.org/10.23925/1677-1222.2021vol22i1a12>.
- Pereira, T. B., & Branco, V. L. R. (2016). As estratégias de coping na promoção à saúde mental de pacientes oncológicos: uma revisão bibliográfica. *Revista Psicologia e Saúde*, 8(1), 24-31. <https://doi.org/10.20435/2177093X2016104>.
- Reis, L. C. C., Gabarra, L. M., & Moré, C. L. O. O. (2016). As repercussões do processo de internação em UTI adulto na perspectiva de familiares. *Temas em Psicologia*, 24(3), 815-828. <https://doi.org/10.9788/TP2016.3-03>.
- Rodriguez, A. H., Bub, M. B. C., Perão, O. F., Zandonadi, G., & Rodriguez, M. J. H. (2016). Características epidemiológicas e causas de óbitos em pacientes internados em terapia intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(2), 229-234. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690204i>.
- Rosado, M. J. (2017). Feminismo, gênero e religião: os desafios de um encontro possível. *Estudos de Religião*, 31(2):65-76. <https://doi.org/10.15603/2176-1078/er.v31n2p65-76>.
- Rosado-Nunes, M. J. (2005). Gênero e religião. *Revista Estudos Feministas*, 13(2), 363-365. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2005000200009>.
- Santana, J. C. B., Dutra, B. S., Carlos, J. M. M., & Barros, J. K. A. (2017). Ortotanásia nas unidades de terapia intensiva: percepção dos enfermeiros. *Revista Bioética*, 25(1), 158-167. <https://doi.org/10.1590/1983-80422017251177>.

- Santos, M. F. G., & Bassitt, D. P. (2011). Terminalidade da vida em terapia intensiva: posicionamento dos familiares sobre ortotanásia. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 23(4), 448-454. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2011000400009>.
- Seidl, E. M. F. (2005). Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/Aids. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 421-429. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000300010>.
- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(3), 225-234. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722001000300004>.
- Silva, Á. G., Costa, J. S., & Silva, L. A. (2022). Psicologia hospitalar: estratégias de enfrentamento utilizadas pelos familiares de crianças em cuidados paliativos em um hospital oncológico de referência na cidade de Manaus. *Residência Pediátrica*, 12(1):283. <https://doi.org/10.25060/residpediatr-2022.v12n1-283>.
- Silva, L. G., Schiave, G. D., Bonamigo, L. A. S., Hapner, L. R. M. (2020). Relação entre medicina e espiritualidade/religiosidade: impactos no processo de adoecimento. *Revista Uningá*, 57(4), 93-100. <https://doi.org/10.46311/2318-0579.57.eUJ3452>.
- Souza, L. P. S., Oliveira, P. M., Ruas, S. J. S., Fonseca, A. D. G., Silva, C. S. O. (2020). A saúde do homem e atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Revista de APS*, 23(3), 686-705. <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2020.v23.15956>.
- Stein, J. S., & Moreira, M. C. (2021). Perspectivas do cônjuge sobre a doença oncológica do(a) parceiro(a): do trauma à possibilidade de resignificação. *Pensando famílias*, 25(2), 48-64. Recuperado em 06 de agosto de 2025, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2021000200005&lng=pt&tlng=pt.
- Vasconcelos, E. V., Freitas, K. O., Silva, D. É. D., Baia, R. S. M., Tavares, R. S., & Araújo, J. S. (2016). O cotidiano de familiares de pacientes internados na uti: um estudo com as representações sociais. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 8(2):4313-27. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4313-4327>.
- Victorino, A. B., Nisenbaum, E. B., Gibello, J. Bastos, M. Z. N. & Andreoli, P. B. A. (2007). Como comunicar más notícias: revisão bibliográfica. *Revista da SBPH*, 10(1), 53-63. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.10.129>.
- Vieira-Santos, J., & Silva, G. M. (2022). Estratégias de enfrentamento de estresse entre estudantes universitários brasileiros: uma revisão da literatura. *Psicologia Argumento*, 40(108). <https://doi.org/10.7213/psicolargum40.108.AO14>.
- Vizzachi, B. A., Daspett, C., Cruz, M. G. S., & Horta, A. L. M. (2015). Family dynamics in face of Alzheimer's in one of its members. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(6), 931-936. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000600008>.
- Woinarovicz, B. P., & Moreira, M. C. (2020). Estratégias de enfrentamento de familiares de pacientes em UTI: uma revisão sistemática da literatura. *Revista da SBPH*, 23(2), 126-138. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.23.124>.
- Zanetti, T. G., Stumm, E. M. F., Ubessi, L. D. (2013). Estresse e coping de familiares de pacientes em uma unidade de terapia intensiva. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 5 (2), 3608-3619. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2013.v5i2.3608-3619>.

FICHA TÉCNICA

Editor-chefe: Marcus Vinícius Rezende Fagundes Netto

Editora assistente: Layla Raquel Silva Gomes

Editor associado: Mabel Krieger

Secretaria editorial: Monica Marchese Swinerd

Coordenação editorial: Andrea Hespanha

Consultoria e assessoria: Oficina de Ideias