UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS PNEUMOLÓGICAS

JENNIFER MENNA BARRETO DE SOUZA

EFEITOS DE LONGO PRAZO DA VISITA FAMILIAR FLEXIBILIZADA NA UTI NA SAÚDE MENTAL DE FAMILIARES: RESULTADO DE 12 MESES DE UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

Porto Alegre
2024

JENNIFER MENNA BARRETO DE SOUZA

EFEITOS DE LONGO PRAZO DA VISITA FAMILIAR FLEXIBILIZADA NA UTI NA SAÚDE MENTAL DE FAMILIARES: RESULTADO DE 12 MESES DE UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Pneumológicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de mestra em Ciências Pneumológicas.

Orientador(a): Cassiano Teixeira

Porto Alegre

2024

CIP - Catalogação na Publicação

Menna Barreto de Souza, Jennifer
EFEITOS DE LONGO PRAZO DA VISITA FAMILIAR FLEXIBILIZADA NA UTI NA SAÚDE MENTAL DE FAMILIARES: RESULTADO DE 12 MESES DE UM ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO / Jennifer Menna Barreto de Souza. -- 2024.
52 f.
Orientador: Cassiano Teixeira.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências Pneumológicas, Porto Alegre, BR-RS, 2024.

1. Cuidados críticos. 2. Ansiedade. 3. Depressão. 4. Transtorno de estresse pós-traumático. 5. Visitantes de pacientes. I. Teixeira, Cassiano, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

JENNIFER MENNA BARRETO DE SOUZA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Pneumológicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de mestra em Ciências Pneumológicas.

Aprovado em: 11/12/2024

BANCA EXAMINADORA

Dr. Márcio Manozzo Boniatti
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Dr. Alexandre Biasi Cavalcanti
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Dr. Cassiano Teixeira
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Dedico esse trabalho à minha avó Maria Eni Trindade Menna Barreto, ao meu namorado e melhor amigo Davi Schvarcz Gomes. Obrigada!

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, Dr. Cassiano Teixeira, aos co-autores que contribuíram com o trabalho e para que o artigo fosse publicado, em especial ao Dr.Regis Goulart Rosa.

O presente trabalho foi realizado com apoio do PROADI – Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS.

RESUMO

Objetivo: O objetivo deste estudo foi avaliar os efeitos de visitas flexíveis em unidades de terapia intensiva (UTI) sobre a prevalência, em 1 ano, de sintomas de estresse pós-traumático, ansiedade e depressão entre os familiares de pacientes gravemente doentes.

Métodos: Esta é uma análise de desfechos a longo prazo de um ensaio clínico randomizado, cruzado por cluster, que avaliou um modelo de visitação flexível na UTI (12 h/dia) comparado a um modelo de visitação restritiva (mediana de 1,5 h/dia) em 36 UTIs brasileiras. Nesta análise, os familiares foram avaliados 12 meses após a alta do paciente da UTI para os seguintes desfechos: sintomas de estresse pós-traumático medidos pela Escala de Impacto de Eventos-6, e sintomas de ansiedade e depressão medidos pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão.

Resultados: Um total de 519 familiares foi analisado (288 no grupo de visitação flexível e 231 no grupo de visitação restritiva). Dentre eles, 369 (71,1%) eram mulheres e a média de idade foi de 46,6 anos. Comparados aos familiares do grupo de visitação restritiva, os familiares do grupo de visitação flexível apresentaram uma prevalência significativamente menor de sintomas de estresse pós-traumático (21% vs. 30,5%; razão de prevalência ajustada [RPA], 0,91; intervalo de confiança [IC] de 95% 0,85-0,98; p = 0,01). A prevalência de sintomas de ansiedade (28,9% vs. 33,2%; RPA 0,93; IC 95% 0,72-1,21; p = 0,59) e de depressão (19,2% vs. 25%; RPA, 0,78; IC 95% 0,60-1,02; p = 0,07) não diferiu significativamente entre os grupos.

Conclusão: A visitação flexível na UTI, em comparação com a visitação restritiva, foi associada a uma redução significativa na prevalência de sintomas de estresse pós-traumático em familiares após 1 ano.

Palavras-chave: Ansiedade; Cuidados críticos; Depressão; Família; Unidades de terapia intensiva; Transtorno de estresse pós-traumático; Visitantes de pacientes.

ABSTRACT

Purpose: The aim of this study was to assess the effects of flexible intensive care unit (ICU) visitation on the 1-year prevalence of post-traumatic stress, anxiety and depression symptoms among family members of critically ill patients.

Methods: This is a long-term outcome analysis of a cluster-crossover randomized clinical trial that evaluated a flexible visitation model in the ICU (12 h/day) compared to a restrictive visitation model (median 1.5 h/day) in 36 Brazilian ICUs. In this analysis, family members were assessed 12 months after patient discharge from the ICU for the following outcomes: post-traumatic stress symptoms measured by the Impact Event Scale-6 and anxiety and depression symptoms measured by the Hospital Anxiety and Depression Scale.

Results: A total of 519 family members were analyzed (288 in the flexible visitation group and 231 in the restrictive visitation group). Three-hundred sixty-nine (71.1%) were women, and the mean age was 46.6 years. Compared to family members in the restrictive visitation group, family members in the flexible visitation group had a significantly lower prevalence of post-traumatic stress symptoms (21% vs. 30.5%; adjusted prevalence ratio [aPR], 0.91; 95% confidence interval [CI] 0.85-0.98; p = 0.01). The prevalence of anxiety (28.9% vs. 33.2%; aPR 0.93; 95% CI 0.72-1.21; p = 0.59) and depression symptoms (19.2% vs. 25%; aPR, 0.78; 95% CI 0.60-1.02; p = 0.07) did not differ significantly between the groups.

Conclusion: Flexible ICU visitation, compared to the restrictive visitation, was associated with a significant reduction in the 1-year prevalence of post-traumatic stress symptoms in family members.

Keywords: Anxiety; Critical care; Depression; Family; Intensive care units; Post-traumatic stress disorder; Visitors to patients.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Resumo do estudo UTI Visitas 15
Figura 2 - Fluxo de procedimento do estudo 18
Figura 3 – Bundle ABCDEF..... 30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UTIs	Unidades de Terapia Intensiva
IIQ	Intervalo Interquartil
IES-6	Impact of Event Scale-6
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
GEE	Equações de Estimação Generalizadas
APACHE-II	Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5
HAMD	Escala de Hamilton para Avaliação de Depressão
HADSa	Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety
HADSd	Hospital Anxiety and Depression Scale-Depression
PICS	Síndrome Pós Cuidados Intensivos
PICS-F	Síndrome Pós Cuidados Intensivos-Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO **11**
2 JUSTIFICATIVA **12**
3 OBJETIVOS **13**
3.1 Objetivo Geral **13**
3.2 Objetivos Específicos **13**
4 MÉTODOS **14**
4.1 Intervenções **15**
4.2 População do Estudo **16**
4.2.1 Critérios de inclusão *17*
4.2.2 Critérios de exclusão *17*
4.3 Coleta de Dados **17**
4.4 Desfechos **18**
4.4.1 Desfecho primário *18*
4.4.2 Desfechos secundários *18*
4.5 Análise Estatística **19**
5 REVISÃO DA LITERATURA **20**
5.1 Visitação na Unidade de Terapia Intensiva **20**
5.2 Saúde Mental na UTI **22**
5.2.1 Ansiedade e Depressão *22*
5.2.2 Transtorno de Estresse Pós-Traumático *24*
5.3 HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale **25**
5.3.1 Domínio de Ansiedade (HADS-A) *26*
5.3.2 Domínio de Depressão (HADS-D) *26*
5.3.3 Aplicabilidade Clínica *26*
5.4 IES-6 – Impact of Event Scale-6 ..... ***27***
5.5 Síndrome Pós-Cuidados Intensivos – PICS ***28***
5.6 Síndrome Pós-Cuidados Intensivos da Família ***29***
6 ARTIGO **32**
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS **44**
7.1 Conclusão ***44***
REFERÊNCIAS **45**
ANEXO A – HADS **50**
ANEXO B – IES-6 ..... **52**

1 INTRODUÇÃO

Apesar da persistência de políticas restritivas de visitação familiar em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) ao redor do mundo [1], as diretrizes contemporâneas das sociedades profissionais defendem uma presença mais flexível de familiares na UTI [2]. Essa abordagem visa cultivar uma experiência mais abrangente no ambiente de terapia intensiva, priorizando as necessidades tanto do paciente quanto da família [3].

Políticas flexíveis de visitação em UTIs estão associadas à redução de sintomas agudos de ansiedade em pacientes e familiares, assim como à diminuição de sintomas de depressão nos familiares. Além disso, em comparação com políticas restritivas de visitação, as políticas flexíveis não estão associadas a um aumento no risco de infecções adquiridas na UTI, mortalidade ou internações mais longas [4].

Pesquisas anteriores sugerem que os familiares de pacientes gravemente enfermos podem enfrentar desafios duradouros de saúde mental, incluindo sintomas de estresse pós-traumático, ansiedade e depressão que persistem até um ano após a hospitalização de seus entes queridos [5]. Embora estudos tenham encontrado uma associação entre visitação flexível em UTIs e a redução de curto prazo nos sintomas de ansiedade e depressão nos familiares [4], nenhum ensaio clínico randomizado investigou os efeitos a longo prazo de diferentes modelos de visitação na saúde mental dos familiares.

O presente estudo teve como objetivo avaliar os efeitos da visitação flexível em UTIs, em comparação com a visitação restritiva, nas prevalências de um ano dos sintomas de estresse pós-traumático, ansiedade e depressão entre os familiares de pacientes gravemente enfermos.

2 JUSTIFICATIVA

Existe plausibilidade para redução a longo-prazo da ansiedade, depressão e estresse pós-traumático em familiares de pacientes que passaram por uma internação em uma UTI com visita flexibilizada comparativamente àqueles que passaram por uma internação em uma UTI com visita restrita [6,7]. Entretanto, nenhum estudo publicado até o presente momento avaliou esta hipótese. Ademais, o maior contato do paciente com seus familiares em um momento tão difícil, através do acesso à informação e da possibilidade de legitimação das emoções, pode contribuir para redução do estresse agudo e, consequentemente, prevenir a ocorrência de síndromes psiquiátricas (depressão, ansiedade e estresse pós-traumático) que estão associadas à redução da qualidade de vida de pacientes e familiares. O conhecimento a respeito do impacto de diferentes modelos de visitação em UTI nestes desfechos relevantes pode contribuir para embasar cientificamente as decisões relativas às políticas de visitação ao paciente gravemente enfermo.

3 OBJETIVOS

A seguir serão apresentados os objetivos geral e específicos.

3.1 Objetivo Geral

Avaliar os efeitos de visitas flexíveis em unidades de terapia intensiva (UTI) sobre a prevalência, em 1 ano, de sintomas de estresse pós-traumático, ansiedade e depressão entre os familiares de pacientes gravemente doentes.

3.2 Objetivos Específicos

- Verificar a prevalência de estresse pós-traumático em familiares que participaram de um modelo de visita flexível comparado com um modelo restritivo;
- Verificar a prevalência de ansiedade em familiares que participaram de um modelo de visita flexível comparado com um modelo restritivo;
- Verificar a prevalência de depressão em familiares que participaram de um modelo de visita flexível comparado com um modelo restritivo;

4 MÉTODOS

Este estudo trata-se de uma análise de desfechos secundários de longo prazo de um ensaio clínico randomizado cruzado por cluster (The ICU Visits Randomized Clinical Trial; NCT02932358) conduzido no Brasil. Em resumo, este ensaio comparou um modelo de visitação flexível na UTI (12 horas por dia) com o modelo usual de visitação restritiva (mediana de 1,5 horas) em 36 UTIs brasileiras. As UTIs foram alocadas aleatoriamente para uma de duas sequências de intervenções (visitação flexível seguida de visitação restritiva usual ou visitação restritiva usual seguida de visitação flexível), seguindo uma proporção de 1:1. Cada sequência de intervenção teve um período de washout de 30 dias entre as intervenções para evitar o efeito residual. A randomização foi realizada usando blocos de tamanhos aleatórios. Além disso, as UTIs foram estratificadas com base no número de leitos disponíveis, categorizados como ≤10 ou >10. Um estatístico, que não tinha conhecimento das características das UTIs, foi responsável por formar os grupos de randomização. Pacientes, seus familiares e profissionais de saúde da UTI foram recrutados entre abril de 2017 e junho de 2018. Na presente análise, os mesmos familiares recrutados no ensaio foram avaliados por meio de uma entrevista telefônica estruturada 12 meses após a alta do paciente da UTI para avaliar os efeitos das intervenções do ensaio nos sintomas de estresse pós-traumático, ansiedade e depressão. O último acompanhamento foi realizado em maio de 2019. Esta análise de desfechos a longo prazo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Moinhos de Vento para permitir a avaliação dos desfechos de 1 ano entre os familiares. O consentimento para participação no estudo foi obtido durante o contato telefônico com o participante.

O resumo do estudo original está apresentado na Figura1:

Figura 1. Resumo do estudo UTI Visitas

Objetivo Principal: Comparar a incidência de *delirium* entre pacientes internados em unidade de tratamento intensivo (UTI) alocados à visita flexível (12 horas por dia) e aqueles alocados à visita restrita (<4,5 horas por dia).

Delineamento: Ensaio clínico randomizado em cluster cruzado. Neste desenho de estudo a unidade de randomização é a UTI. As UTIs participantes foram randomizadas para iniciar com modelo de visita flexível (12 horas por dia) ou modelo de visita restrita (< 4,5 horas por dia). Após recrutamento de 25 pacientes, as UTIs recebiam a intervenção contrária daquela para qual foram randomizadas inicialmente.

Critérios de inclusão:
Pacientes: Idade ≥ 18 anos, estar internado na UTI há menos de 48 horas.
Familiares: Ser familiar mais próximo do paciente internado na UTI recrutado para o estudo e consentimento para participação do estudo.

Critérios de exclusão:
Pacientes: Diagnóstico de *delirium* no momento do recrutamento; cuidados paliativos exclusivos no momento do recrutamento; hipótese diagnóstica ou diagnóstico confirmado de morte encefálica; coma persistente (> 96 horas); afasia grave; déficit auditivo grave; previsão de permanência na UTI < 48 horas; reinternação na UTI após participação no estudo.
Familiares: Algum outro familiar do mesmo paciente já ter sido avaliado pelo estudo. Não falar português, analfabetismo, deficiência visual e/ou auditiva não corrigidas.

Intervenções:
Modelo de visita flexível: permissão de visita familiar ao paciente criticamente enfermo por até 12 horas por dia.
Modelo de visita restrita: permissão de visita familiar ao paciente criticamente enfermo de acordo com a rotina institucional (limitado a < 4.5 horas por dia).

Desfecho primário: Incidência de delirium verificado pela aplicação da escala CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the Intensive Care) 3 vezes por dia durante a internação na UTI.

Desfechos secundários: Dias livres de delirium, dias livres de ventilação mecânica, tempo de internação na UTI e mortalidade hospitalar em pacientes. Satisfação, percepção de envolvimento nos cuidados assistenciais e sintomas de ansiedade e depressão durante internação na UTI em familiares.

O estudo, cujo centro coordenador é o Hospital Moinhos de Vento, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital sob o parecer n° 1.723.486, em 13 de setembro de 2015, e pelos Comitês dos 37 centros participantes que conduziram o estudo. O seguimento dos pacientes ocorreu a partir do momento de inclusão do estudo até alta hospitalar, ou óbito, ou tempo máximo de 30 dias.

Fonte: Produzido pela autora.

4.1 Intervenções

No modelo de visitação flexível, os horários de visitação na UTI foram flexibilizados, além de ser fornecida orientação aos familiares sobre a dinâmica da UTI. Assim, um ou dois parentes próximos podiam visitar o paciente por até 12 horas diárias. Além das visitas de parentes próximos durante esse período, os pacientes também podiam receber visitas sociais; essas visitas eram destinadas a familiares ou amigos do paciente que não atendiam aos critérios

para a visitação flexível. Os familiares elegíveis para a visitação flexível foram convidados a participar de uma reunião estruturada com o objetivo de orientá-los sobre o funcionamento do ambiente da UTI, procedimentos comuns, trabalho em equipe multidisciplinar, controle de infecções, manejo do delirium e cuidados paliativos. Essa sessão foi conduzida por profissionais de saúde treinados e ocorreu presencialmente pelo menos três vezes por semana. Além disso, os familiares tinham acesso a materiais informativos e a um site desenvolvido para ajudá-los a entender os diferentes processos e emoções associados à permanência na UTI, bem como para incentivar sua participação no cuidado do paciente.

No modelo de visitação restritiva, as visitas foram permitidas como antes da randomização, de acordo com os horários locais (mediana de 1,5 h/dia [intervalo interquartil {IIQ}, 1,0–2,0]). Não era obrigatório que os familiares participassem das sessões educativas.

Seguindo as práticas padrão de cuidado no Brasil, quando o paciente passava por qualquer tipo de procedimento de cuidados intensivos, solicitava-se que o familiar saísse do ambiente de cuidados, retornando após a conclusão do procedimento. Em ambas as intervenções, em situações extraordinárias, como quando o paciente tinha 65 anos ou mais, estava em estágio terminal de doença ou em casos de conflitos com a equipe da UTI, era permitido que o visitante permanecesse por mais tempo durante a visita.

4.2 População do Estudo

No nível de cluster, foram incluídas UTIs adultas de hospitais sem fins lucrativos no Brasil com um mínimo de seis leitos e uma política de visitação que limitava as horas a menos de 4,5 h por dia.

Para cada paciente adulto inscrito no ensaio, um familiar adulto (cônjuge, filho, pai, irmão, avô, neto, tio/tia ou primo de primeiro grau), identificado pela família como o parente mais próximo, foi convidado a participar, e aqueles com dificuldades de comunicação foram excluídos. Para a presente análise de desfechos a longo prazo, os mesmos familiares inscritos no ensaio foram convidados a participar. Aqueles sem contato telefônico, que não desejavam participar ou que não conseguiam compreender a avaliação devido a dificuldades de comunicação foram excluídos das análises primárias. Os familiares também foram excluídos após pelo menos dez tentativas de contato fracassadas ou se tivessem avaliações de desfecho incompletas.

4.2.1 Critérios de inclusão

1. Familiares que participaram do Estudo UTI Visitas;
2. Familiares que possuíssem pelo menos um número de telefone para contato;
3. Familiares que aceitassem participar do estudo de forma voluntária.

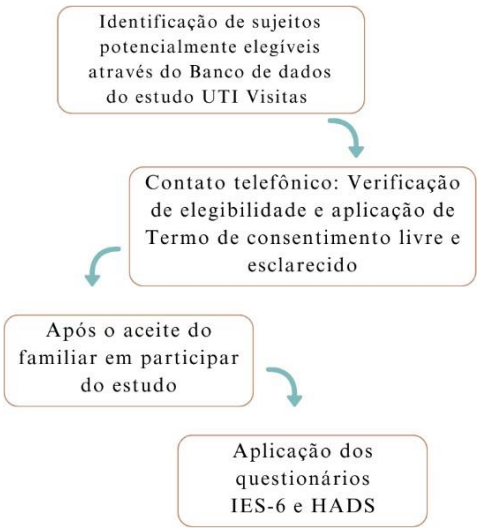
4.2.2 Critérios de exclusão

1. Familiares com inviabilidade de contato telefônico (telefone inativo, bem como aquele que em 10 tentativas em turnos e dias diferentes, não foi possível o contato efetivo);
2. Familiares com incapacidade de responder a entrevista telefônica (quaisquer barreiras que impeçam a comunicação ou não falar português).

4.3 Coleta de Dados

Os familiares participantes do estudo foram recrutados a partir dos contatos telefônicos disponíveis no banco de dados do estudo de Visitas à UTI. Após completar 12 meses desde a alta do paciente da UTI, os familiares foram contatados para obter consentimento e, caso concordassem em participar, realizar uma avaliação estruturada de sintomas de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático usando questionários validados para a população brasileira, tudo na mesma ligação. A avaliação foi conduzida por meio de entrevistas telefônicas centralizadas, com um máximo de dez tentativas de contato para cada número fornecido, realizadas por pesquisadores treinados. Com base nas datas estimadas, os investigadores tinham um período de janela de 60 dias (30 dias antes e 30 dias após a data estimada) para realizar a avaliação. A principal variável de adesão neste estudo foi o tempo total de visitas na UTI por paciente por dia. Essa métrica foi coletada prospectivamente e incluía a duração de permanência de todos os visitantes (sejam eles familiares ou não) ao lado de um paciente cujo familiar estava incluído na análise.

Figura 2. Fluxo de procedimento do estudo



Fonte: Produzido pela autora.

4.4 Desfechos

4.4.1 Desfecho primário

Sintomas de estresse pós-traumático avaliados através da *Impact of Event Scale* (IES-6) Uma pontuação média por item >1,75 foi usada para definir a presença de sintomas de estresse pós-traumático.

4.4.2 Desfechos secundários

Sintomas de ansiedade e depressão foram medidos usando a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). Pontuações de corte >7 (possível ansiedade ou depressão clínica) e >10 (provável ansiedade ou depressão clínica) foram usadas para definir a presença de sintomas de ansiedade ou depressão.

4.5 Análise Estatística

Valores ausentes para os desfechos foram assumidos como completamente aleatórios; portanto, uma análise de casos completos foi realizada primariamente. Os participantes foram analisados de acordo com o grupo para o qual foram randomizados. As diferenças nas médias de duração das visitas por paciente por dia entre os grupos de visitação flexível e restritiva foram comparadas usando equações de estimação generalizadas (GEE), ajustando para os efeitos de cluster e período. A associação entre as intervenções e os desfechos foi avaliada por meio de GEE, levando em conta os efeitos de cluster e período e ajustando para idade, gênero, histórico prévio de ansiedade ou depressão e o estado vital do paciente aos 12 meses. A estrutura de correlação intercambiável dos modelos GEE incluiu o cluster, o período e os covariáveis de ajuste no nível do paciente.

Sexo, idade, histórico de ansiedade ou depressão, estado vital do paciente, papel de tomada de decisão substituto, se o membro da família morava com o paciente, pontuação de Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (APACHE-II) do paciente nas primeiras 24 horas de inclusão no estudo e duração da internação na UTI foram avaliados como subgrupos de interesse; análises de subgrupos foram realizadas usando modelos GEE que incluíam termos de interação entre o subgrupo e as intervenções.

Análises de sensibilidade pós-hoc foram realizadas para avaliar a consistência dos resultados 1) adicionando as seguintes covariáveis de ajuste ao modelo primário: nível educacional, renda mensal familiar e situação de desemprego ou aposentadoria, e 2) realizando imputação múltipla dos desfechos do estudo para os familiares excluídos. As análises não foram corrigidas para comparações múltiplas. Um nível de significância estatística de 0,05 foi considerado. As análises foram conduzidas utilizando o software R, versão 4.2.1.

5 REVISÃO DA LITERATURA

A seguir, serão apresentados os modelos de visitação na UTI e os principais problemas de saúde mental de pacientes e familiares na UTI.

5.1 Visitação na Unidade de Terapia Intensiva

No mundo inteiro a visita ao paciente internado em UTI ocorre mais frequentemente em horários pré-definidos, seguindo uma lógica mais restritiva na qual os familiares têm acesso ao paciente durante apenas poucos momentos durante o dia [8-11]. Em um estudo realizado na Holanda pode-se verificar que 87% das 74 UTIs participantes relataram possuir políticas restritivas de visitação familiar (<5 horas por dia) [8]. Dados semelhantes são encontrados em pesquisa realizada no Reino Unido com 206 hospitais, a qual encontrou-se horários de visitação familiar inferiores a 4 horas por dia em 80% das UTIs participantes [9]. Em contrapartida, na França e nos Estados Unidos, observa-se uma tendência gradual de flexibilização dos horários de visitação, embora ainda minoritária. Uma pesquisa com 188 UTIs francesas revelou que 23% adotavam uma política de visitação liberal, permitindo acesso contínuo (24 horas) aos familiares [10]. Nos Estados Unidos, 32% das UTIs de 171 hospitais da região de New England relataram não ter restrições de horário para visitas familiares [11]. Em conformidade com esse cenário global, a maioria das UTIs brasileiras adota um regime restritivo, com períodos de visitação limitados a 30 minutos a 1 hora, de 2 a 3 vezes ao dia [12]. Apenas 2% das UTIs brasileiras indicaram seguir um modelo de visitação sem restrição ao tempo de permanência dos familiares [12].

Os modelos de flexibilização dos horários de visitação familiar em UTI apresentam diversas variações. A literatura inclui desde propostas de liberação parcial da visitação familiar (>4 a 5 horas por dia, por exemplo) até abordagens que defendem a eliminação total de quaisquer restrições à permanência do familiar ao lado do paciente (24 horas por dia).

A política restritiva de visitação familiar na UTI baseia-se no risco teórico de aumento do estresse fisiológico, do comprometimento da organização do cuidado ao paciente crítico e da possibilidade de complicações infecciosas decorrentes do maior tempo de permanência dos familiares na UTI [13]. O estudo UTI Visitas, o qual originou-se o presente estudo, não

demonstrou uma diferença significativa em relação à presença de burnout na equipe assistencial entre os grupos de visita flexível ou visita restritiva [14]. Pelo contrário, modelos de flexibilização da visitação familiar na UTI têm demonstrado impacto positivo em desfechos clínicos a curto-prazo: melhor satisfação e redução de estresse, ansiedade e depressão em pacientes e familiares [14].

Outro ponto muito discutido referente a modelos de flexibilização da visita familiar na UTI é a potencial prevenção de delirium, uma forma de disfunção cerebral aguda associada a disfunção cognitiva a médio e longo-prazo [15]. Em um estudo de coorte multicêntrico, a ausência de visita familiar constituiu-se fator de risco independente para ocorrência de delirium durante a internação na UTI [16].

Em um estudo do tipo antes e depois, a alteração da política de visitação familiar na UTI, passando de um modelo restritivo (4,5 horas por dia) para um modelo flexível (12 horas por dia), resultou em uma redução de 50% na incidência cumulativa de delirium [17]. Esse efeito da maior presença familiar na prevenção do delirium foi mais evidente em idosos (idade > 65 anos), pacientes mais graves (escore APACHE-II > 15 pontos) e aqueles que receberam menos sedativos. Os pacientes que apresentaram delirium também se beneficiaram, uma vez que houve uma diminuição significativa na duração do delirium para aqueles admitidos durante o período de visita flexibilizada. No entanto, no ensaio clínico randomizado do qual o presente estudo se originou, não foi observada diferença significativa entre o grupo de visitação flexível e o grupo de visitação restritiva em relação ao desfecho principal, que era a prevalência de delirium em pacientes internados na UTI [14].

Em relação à segurança da adoção de um modelo flexível de visitação familiar na UTI, de forma geral estudos demonstram resultados satisfatórios. Um estudo brasileiro com mais de 70 UTIs, demonstrou associação entre alta eficiência e performance com a adoção de políticas de visitação familiar sem restrições [18]. Quanto ao risco de infecção, uma meta-análise indicou que políticas de visitação flexibilizadas não aumentaram a incidência de infecções adquiridas na UTI, tais como: pneumonia associada à ventilação mecânica, infecção do trato urinário relacionada à sonda vesical de demora e infecção da corrente sanguínea relacionada a cateter [16].

Anteriormente à pandemia de COVID-19, a flexibilização das visitas nas UTIs já estava se tornando uma realidade mais palpável. Um estudo de 2022, que analisou as características de comunicação e visitação em 667 UTIs durante a pandemia, revelou mudanças significativas nas práticas previamente estabelecidas. Antes da crise sanitária, 20% das UTIs pesquisadas adotavam uma política de visitação irrestrita, enquanto 33% permitiam visitas com duração de

2 horas ou mais, e 6% mantinham uma política de proibição total de visitas presenciais. Contudo, com o início da pandemia, houve um aumento expressivo no número de UTIs que optaram por restringir completamente as visitas presenciais, atingindo 84% Essas restrições impactaram negativamente na saúde mental dos familiares, culminando em aumento da ansiedade por falta da presença e comunicação. No período pós-pandemia, apenas 6% das UTIs retornaram às práticas de visitação irrestrita, substituindo em grande parte o contato presencial por comunicação através de dispositivos telefônicos e videoconferência como principal modo de interação entre a equipe de saúde e as famílias dos pacientes [1].

5.2 Saúde Mental na UTI

A seguir serão apresentados os principais problemas de saúde mental de pacientes e familiares na UTI.

5.2.1 Ansiedade e Depressão

A ansiedade é uma reação emocional e psiquiátrica que reage de acordo a ameaças percebidas, geralmente é caracterizada por aspectos incertos, envolvendo mudanças no estado emocional, respostas autônomas e comportamentais no indivíduo [19]. Embora tenha uma função adaptativa, a ansiedade pode tornar-se prejudicial quando apresentada de forma excessiva, desregulada e generalizada, causando sofrimento psicológico e trazendo um desconforto àqueles que apresentam essa condição [19].

Transtornos de ansiedade são definidos por níveis intensos intermitentes de medo, acompanhados de esquiva diante de possíveis ameaças, podendo também envolver episódios de ataques de pânico, picos hipertensivos e taquicardia [20]. Esses transtornos podem surgir na infância, adolescência ou início da vida adulta, apresentando uma alta prevalência, com maior incidência em mulheres e pode estar associado a outros transtornos mentais, como a depressão, além de condições somáticas [20, 21].

A neurobiologia dos transtornos de ansiedade envolve disfunções em circuitos cerebrais que estão relacionados a como respondemos ao perigo, com alterações no sistema límbico e no eixo hipotálamo-hipófise-adrenal [22]. Os fatores de risco para desenvolvimento de ansiedade

incluem influências genéticas e ambientais, sugerindo que é um transtorno de etiologia multifatorial [23]. O diagnóstico segue critérios estabelecidos, como os do DSM-5, que consideram a frequência e duração dos sintomas, impacto clínico significativo e prejuízo funcional [23]. O tratamento muitas vezes inclui, geralmente, intervenções psicoterapêuticas, especialmente a terapia cognitivo-comportamental, e o uso de medicações, como inibidores seletivos de recaptação de serotonina [22, 23].

A depressão é um distúrbio psiquiátrico marcado por alterações emocionais, comportamentais e físicas, como sentimentos persistentes de tristeza, vazio e desesperança, perda de interesse em atividades anteriormente prazerosas, alterações no apetite, distúrbios do sono, fadiga e dificuldade de concentração. Para diagnóstico, esses sintomas devem persistir por ao menos duas semanas [24]. O diagnóstico também é orientado pelos critérios do DSM-5, que exige a presença de cinco ou mais sintomas, sendo que um deles deve ser humor deprimido ou perda de interesse na vida cotidiana e na realização de atividades muitas vezes simples. A gravidade do transtorno pode ser avaliada por escalas específicas, como a Escala de Hamilton para Avaliação de Depressão (HAMD) [25].

A ansiedade e a depressão são condições comuns em pacientes e familiares de pessoas hospitalizadas, principalmente em unidades de terapia intensiva (UTI). Estudos indicam alta prevalência desses sintomas entre familiares de pacientes em UTI, influenciada principalmente por fatores como a gravidade da doença do paciente, morte e características do ambiente da UTI [26]. Durante a pandemia de COVID-19, a internação em UTI e as restrições de visitação foram fatores de risco para ansiedade e depressão entre os familiares [27].

Em pacientes internados na UTI, a ansiedade pode ser intensificada por fatores como dor, ventilação mecânica e sedação prolongada [28]. Alguns distúrbios psicológicos, incluindo transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), são comuns entre os sobreviventes da UTI, e a duração da sedação e uso de benzodiazepínicos estão associados a piores resultados psicológicos [29].

A saúde mental dos familiares de pacientes na UTI também pode ser impactada pela falta de informações claras, comunicação inespecífica e suporte inadequado durante a internação [30]. A percepção de falta de apoio emocional e de habilidades de comunicação direta por parte da equipe de saúde está correlacionada a níveis mais altos de depressão e sintomas de TEPT entre os familiares [31]. Um estudo publicado no Journal of Critical Care demonstrou que a satisfação dos familiares com a comunicação e suporte emocional oferecidos pela equipe estava inversamente associada aos sintomas de depressão e TEPT, sugerindo que a percepção de competência e apoio da equipe pode reduzir o impacto psicológico negativo da

hospitalização em UTI em familiares [32].

Esses achados destacam que tanto a condição clínica dos pacientes quanto a política de visitação na UTI podem interferir diretamente na saúde psicológica do familiar.

5.2.2 Transtorno de Estresse Pós-Traumático

O TEPT é um distúrbio psiquiátrico que pode ocorrer após alguma exposição a um evento dito traumático, como ameaça à vida ou integridade física, doença crítica ou eventos sociais traumáticos. Os sintomas principais incluem revivência do trauma, comportamentos de negação, alterações negativas na cognição e no humor, e alterações na excitação e reatividade [33].

A prevalência do TEPT na população geral é de aproximadamente 6-8%, mas pode chegar a 25% em grupos expostos a traumas severos, como veteranos de guerra e vítimas de agressões [34]. Fatores de risco incluem predisposição genética, com cerca de 30-40% do risco sendo hereditário, e histórico de traumas prévios [34].

O diagnóstico também é baseado nos critérios do DSM-5, e ferramentas como o PTSD Checklist são utilizadas para avaliar a gravidade dos sintomas [34]. O tratamento de primeira linha envolve psicoterapias, como a terapia cognitivo-comportamental focada no trauma, incluindo a terapia de exposição prolongada e a terapia de processamento cognitivo [34]. Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS) são muito utilizados para o tratamento [35]. Além disso, o TEPT está associado a comorbidades psiquiátricas, como distúrbios do humor e uso de substâncias, distúrbios do sono, que devem ser tratados simultaneamente [36].

A compreensão do TEPT também envolve o estudo da neurobiologia dos sintomas, incluindo a disfunção dos circuitos de medo e ameaça, como o circuito amígdala-hipocampo-córtex pré-frontal medial [35]. A pesquisa contínua busca identificar biomarcadores e novos tratamentos para melhorar o manejo do TEPT [35].

O TEPT é uma preocupação significativa entre os sobreviventes de cuidados intensivos e seus familiares. Estudos indicam que cerca de 20% dos sobreviventes de doenças críticas apresentam sintomas clinicamente significativos de TEPT, revivendo os momentos da hospitalização [37]. Esses sintomas podem impactar negativamente a qualidade de vida e são frequentemente associados a fatores de risco como administração de benzodiazepínicos, memórias de experiências assustadoras na UTI, muitas vezes causadoras de dor e comorbidades psiquiátricas pré-existentes, como ansiedade e depressão [37].

Durante a pandemia de COVID-19, houve um aumento da prevalência de TEPT em familiares de pacientes hospitalizados. Um estudo observacional prospectivo em várias UTIs dos EUA obtiveram como resultados que 63,6% dos familiares de pacientes com COVID-19 apresentaram sintomas significativos de TEPT três meses após a admissão na UTI, medidos pelo Impact of Events Scale-6 (IES-6) [38]. Outro estudo na França relatou que 35% dos familiares de pacientes com síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) devido à COVID-19 apresentaram sintomas de TEPT até 90 dias após a alta da UTI, comparado a 19% em familiares de pacientes com SDRA por outras etiologias [39] . Além disso, a suspensão das visitas nas UTIs durante a pandemia foi associada a uma alta prevalência de sintomas de TEPT em familiares, com 69,4% apresentando sintomas severos até 90 dias após a internação [39] .

Estudos de curto prazo indicam que intervenções de saúde mental podem reduzir a ansiedade e a depressão nos cuidadores informais de pacientes criticamente doentes, mas não têm impacto significativo no TEPT ou no estresse [40]. Além disso, os sintomas de ansiedade e depressão são mais elevados nos familiares do que nos próprios pacientes, e esses sintomas podem persistir por até três meses após a alta da UTI [41] .

A relação entre o TEPT e a visitação familiar em UTIs é um tema de crescente interesse na literatura médica. Estudos indicam que políticas de visitação flexível podem ter um impacto positivo na saúde mental dos familiares de pacientes críticos.

Ademais, estudos encontraram redução dos níveis de estresse agudo em pacientes e familiares com modelos flexibilizados da presença familiar na UTI [5,15]. Este impacto de modelos flexibilizados de visitação em UTI tem o potencial de prevenir a ocorrência de síndromes psiquiátricas a longo-prazo tais como ansiedade, depressão e estresse pós-traumático [15].

5.3 HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale

A Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) é uma ferramenta psicométrica amplamente utilizada para avaliar sintomas de ansiedade e depressão em pacientes hospitalizados e em diversas populações clínicas. A escala é composta por 14 itens, divididos em dois domínios principais: HADS-A (ansiedade) e HADS-D (depressão), cada um contendo 7 itens [42].

5.3.1 Domínio de Ansiedade (HADS-A)

O domínio de ansiedade da HADS (HADS-A) é projetado para avaliar sintomas de ansiedade generalizada. Os itens deste domínio incluem perguntas sobre sentimentos de tensão, preocupação, medo e inquietação. Exemplos de itens incluem:

• "Eu sinto uma sensação de medo, como se algo terrível fosse acontecer."

• "Eu sinto borboletas no estômago."

• "Eu tenho sentimentos repentinos de pânico."

Estudos indicam que a HADS-A é eficaz na triagem de sintomas de ansiedade em diversas populações. A análise fatorial frequentemente confirma a validade deste domínio como uma medida independente de ansiedade [43].

5.3.2 Domínio de Depressão (HADS-D)

O domínio de depressão da HADS (HADS-D) avalia sintomas de depressão, com foco em aspectos como perda de interesse ou prazer, sentimentos de tristeza e desesperança. Exemplos de itens incluem:

• "Eu ainda consigo rir e ver o lado engraçado das coisas."

• "Eu me sinto alegre."

• "Eu me sinto lento e sem energia."

A HADS-D tem sido validada em várias populações clínicas, mostrando boa consistência interna e validade de conceito [44].

5.3.3 Aplicabilidade Clínica

A HADS é uma ferramenta valiosa para avaliar sintomas de ansiedade e depressão em familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTI). Estudos demonstram que a prevalência desses sintomas é alta entre os familiares, com fatores associados que variam conforme o contexto clínico e social [45].

Um estudo destacou que mais de dois terços dos familiares de pacientes em UTI apresentavam sintomas de ansiedade ou depressão, com fatores associados incluindo a ausência de doenças crônicas nos pacientes, ser cônjuge, e a falta de comunicação efetiva com a equipe médica [46]. Demonstrando a confirmação da validade estrutural da HADS em familiares de

pacientes críticos, sugerindo que a escala mede de forma eficaz o sofrimento psicológico geral, em vez de sintomas distintos de ansiedade e depressão [47]. Isso é particularmente relevante em contextos de UTI, onde o estresse emocional é elevado.

Esses sintomas podem impactar negativamente a vida diária dos familiares, aumentando o uso de serviços de saúde e o absenteísmo no trabalho não só no período de hospitalização, mas também após alta hospitalar. Portanto, é crucial que as equipes de saúde reconheçam e abordem esses fatores para mitigar o sofrimento psicológico dos familiares.

5.4 IES-6 – Impact of Event Scale-6

A Impact of Event Scale-6 (IES-6) é uma ferramenta breve utilizada para triagem de sintomas de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Ela é aplicada em contextos clínicos e de pesquisa para identificar rapidamente reações de estresse pós-traumático em indivíduos que passaram por eventos potencialmente traumáticos [48].

A aplicação da IES-6 envolve a apresentação de seis itens que avaliam três domínios principais: intrusão, evitamento e hiperestimulação. Os participantes são solicitados a refletir sobre suas experiências nas últimas semanas e a responder a cada item com base em uma escala de frequência, geralmente variando de "nunca" a "frequentemente" [48].

Estudos demonstraram que a IES-6 possui boa consistência interna e validade de critério, sendo comparável à versão completa da IES-R e a outras medidas de referência, como a Clinician Administered PTSD Scale (CAPS) [48][49]. A IES-6 é particularmente útil em contextos onde o tempo é limitado, como em grandes estudos epidemiológicos ou em triagens clínicas rápidas [49].

A IES-6 foi validada em diferentes populações e demonstrou alta correlação com a versão completa da IES-R, sendo útil em estudos epidemiológicos e como instrumento de triagem em prática clínica [49].

A IES-6 mantém a estrutura de três domínios principais da IES-R, que são:

1. Intrusão: Refere-se a pensamentos intrusivos, memórias e flashbacks relacionados ao evento traumático. Este domínio avalia a frequência e a intensidade com que esses pensamentos ocorrem.
2. Evitamento: Avalia comportamentos e pensamentos de evitação em relação a lembranças do evento traumático. Isso inclui evitar lugares, pessoas ou atividades que possam lembrar o

trauma.

3. Hiperestimulação: Inclui sintomas como irritabilidade, dificuldade para dormir e hipervigilância. Este domínio mede a resposta aumentada do sistema nervoso após a exposição ao trauma [49].

5.5 Síndrome Pós-Cuidados Intensivos – PICS

A síndrome pós-cuidados intensivos (PICS) refere-se a um conjunto de complicações que podem surgir após a alta da UTI, impactando a função física, cognitiva e a saúde mental dos pacientes. Com o aumento da sobrevida de pacientes em UTIs, a PICS têm se tornado um problema de saúde pública significativo, pois repercute diretamente na qualidade de vida dos pacientes, fazendo com que muitas vezes não consigam retornar ao trabalho e realizar as atividades de vida diária habitual [50][51].

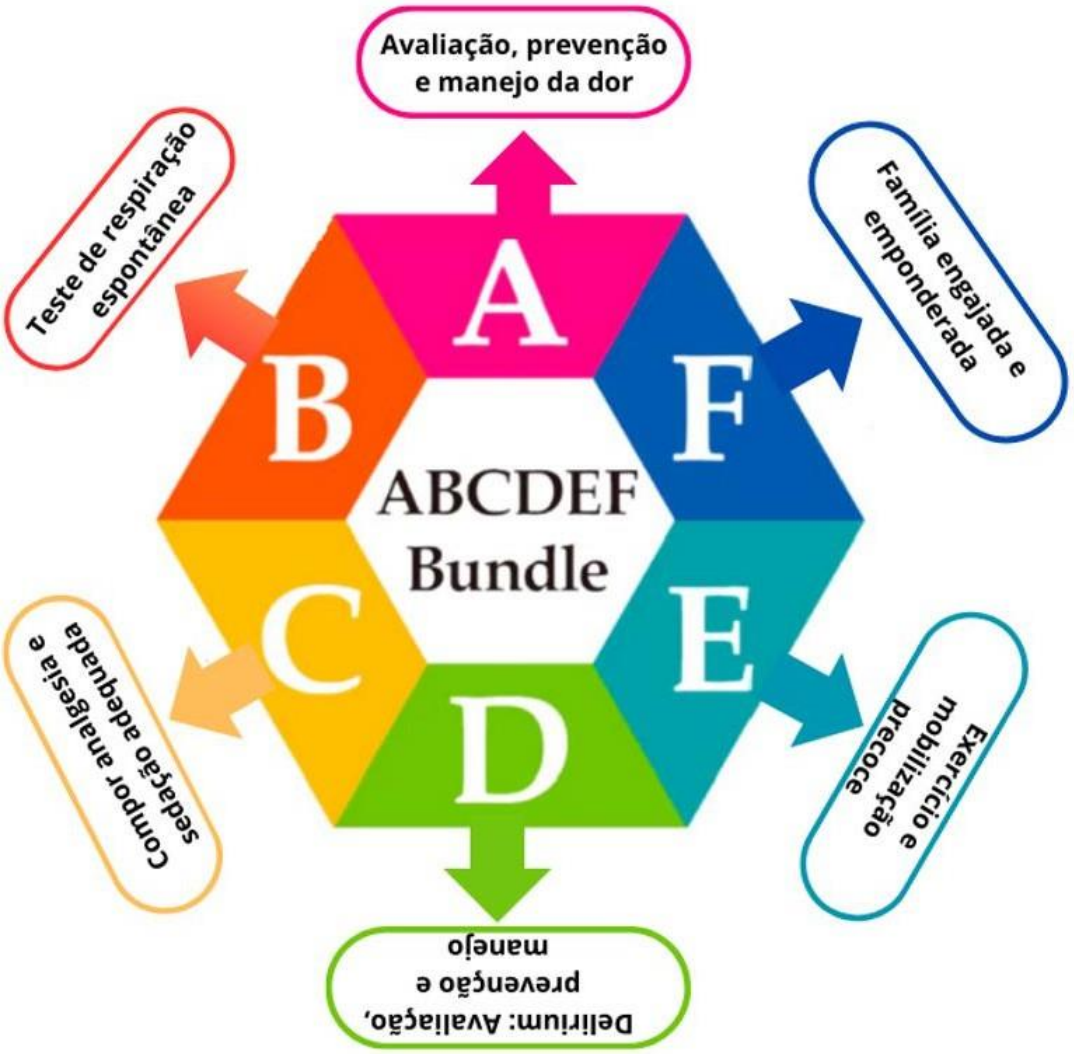
Os domínios afetados pela PICS incluem:

1. Físico: Envolve incapacidades físicas, como fraqueza muscular e dificuldades na mobilidade [51][52].
2. Cognitivo: Inclui déficits na memória e na função executiva [51][52].
3. Psicológico: Abrange transtornos como depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) [51]. A literatura atual demonstra que a prevalência de PICS é alta entre pacientes que sobreviveram a doenças críticas, como aqueles que necessitaram de ventilação mecânica prolongada [53]. A síndrome pode aumentar custos hospitalares devido à grande chance de reinternações, provocadas por possíveis complicações [53].

A prevenção e o manejo de PICS envolvem estratégias como o uso do "ICU liberation bundle", ou Pacote ABCDEF, demonstrado na Figura 3, que inclui seis medidas de cuidados intensivos como mobilização precoce e a minimização do uso de sedativos, presença da família no cuidado do paciente, além de outros cuidados multiprofissionais [54]. O acompanhamento em clínicas de reabilitação pós-UTI pode ser uma forma para identificar e tratar precocemente os sintomas de PICS, reduzindo assim as chances de reinternações hospitalares [55].

A identificação precoce e a intervenção são importantes para melhorar os desfechos dos sobreviventes de UTI, porém, mais estudos são necessários para entender melhor os a heterogeneidade da PICS e identificar fatores de risco modificáveis [56].

Figura 3. Bundle ABCDEF



Fonte: Produzido pela autora

5.6 Síndrome Pós-Cuidados Intensivos da Família

A síndrome pós-cuidados intensivos familiar (PICS-Family) refere-se aos sintomas psicológicos adversos que afetam os familiares de pacientes que estiveram internados em UTI. Esses sintomas incluem ansiedade, depressão, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e luto patológico [57].

As consequências para as famílias são importantes, pois esses sintomas podem persistir por anos após a alta do paciente da UTI, impactando na capacidade dos familiares de desempenhar funções de cuidado desse paciente [57]. Isso é especialmente relevante em

populações geriátricas, onde o trabalho do cuidado tende a ser mais desafiador devido à multicomorbidades e ao envelhecimento dos próprios cuidadores [58].

A comunicação eficaz e a inclusão dos familiares no processo de cuidado e tomada de decisão durante a internação de seu ente querido são estratégias importantes que podem melhorar os desfechos a longo prazo [59]. Intervenções como grupos de apoio psicológico e acompanhamento pós-alta hospitalar são estratégias que podem auxiliar a identificar a necessidade de encaminhamentos a profissionais especializados e tratar doenças psicológicas persistentes [59].

Além disso, a presença de sintomas de TEPT nos sobreviventes da UTI está associada ao aumento do sofrimento psicológico também de seus familiares, destacando a importância de intervenções que foquem no cuidado tanto dos pacientes quanto de seus cuidadores [60]. O reconhecimento precoce de familiares em risco e a implementação de intervenções multidisciplinares são fundamentais para assim melhorar os resultados para ambos [59].

A abordagem de cuidado centrado na família é amplamente recomendada e envolve respeito, compaixão e suporte contínuo para os familiares. Esta abordagem pode aumentar a satisfação da família, melhorar a comunicação com a equipe médica e potencialmente reduzir o tempo de permanência na UTI [60]. Componentes essenciais do cuidado centrado na família incluem:

1. Rounds centrados na família: Envolvem a participação ativa dos familiares nas discussões diárias sobre o estado e o plano de tratamento do paciente.
2. Reuniões frequentes com a família: Estas reuniões proporcionam atualizações regulares e permitem que os familiares façam perguntas e expressem suas preocupações.
3. Ambiente de suporte adequado: Garantir que os familiares tenham acesso a recursos de apoio emocional e psicológico durante a internação do paciente [60].

Intervenções específicas durante e após a estadia na UTI têm mostrado eficácia variável. Por exemplo, conferências de fim de vida com a participação de médicos e enfermeiros proativos reduziram a prevalência de TEPT, ansiedade e depressão entre os familiares [60]. No entanto, algumas intervenções, como cartas de condolências, podem aumentar a prevalência de TEPT, destacando a necessidade de uma abordagem cuidadosa e personalizada [60].

A comunicação de alta qualidade é fundamental. Os familiares desejam informações precisas e oportunas sobre a condição do paciente, tanto durante quanto após a transferência para a UTI. A confiança entre os familiares e a equipe médica é essencial e pode ser desafiadora durante as transições de cuidado [60]. A presença de um "navegador familiar" dedicado e a melhoria das habilidades de comunicação dos profissionais de saúde são sugeridas para

melhorar a experiência dos familiares [60].

Além disso, a formação contínua dos profissionais de saúde em comunicação empática e suporte emocional é vital para criar uma cultura de cuidado ético e centrado na família [61]. A consistência na equipe de enfermagem e médica também é importante para reduzir o estresse dos familiares e melhorar a continuidade do cuidado [61].

O cuidado com as famílias de pacientes de UTI deve ser abrangente, envolvendo comunicação eficaz, suporte emocional e inclusão ativa no processo de cuidado, sempre considerando as necessidades individuais dos familiares para mitigar os efeitos adversos da PICS-Family [61].

6 ARTIGO

A seguir segue o artigo que foi publicado na revista *Intensive Care Medicine*, uma revista com fator de impacto de 27.1, está apresentado conforme as normas da revista que estão disponíveis no link: https://link.springer.com/journal/134/submission-guidelines

Long-Term Effects of Flexible Visitation in the ICU on Family Members' Mental Health: 12 -Month: Results from a Randomized Clinical Trial

Jennifer Menna Barreto de Souza, Aline Paula Miozzo, Rosa da Rosa Minho dos Santos, Duane Mocellin, Gabriela Soares Rech, Geraldine Trott, Gabriel Pozza Müller Estivalete, Daniel Sganzerla, Denise de Souza, Regis Goulart Rosa, Cassiano Teixeira

ABSTRACT

Purpose: To assess the effects of flexible ICU visitation on the one-year prevalences of posttraumatic stress, anxiety and depression symptoms among family members of critically ill patients.

Methods: This is a long-term outcome analysis of a cluster-crossover randomized clinical trial that evaluated a flexible visitation model in the ICU (12 hours/day) compared to a restrictive visitation model (median 1.5 hours/day) in 36 Brazilian ICUs. In this analysis, family members were assessed 12 months after patient discharge from the ICU for the following outcomes: post-traumatic stress symptoms measured by the Impact Event Scale-6 and anxiety and depression symptoms measured by the Hospital Anxiety and Depression Scale.

Results: A total of 519 family members were analyzed (288 in the flexible visitation group and 231 in the restrictive visitation group). Three-hundred sixty-nine (71.1%) were women, and the mean age was 46.6 years. Compared to family members in the restrictive visitation group, family members in the flexible visitation group had a significantly lower prevalence of post-traumatic stress symptoms (21.0% vs. 30.5%; adjusted prevalence ratio [aPR], 0.91; 95% confidence interval [CI], 0.85-0.98; p=0.01). The prevalence of anxiety (28.9% vs. 33.2%; aPR 0.93; 95% CI, 0.72-1.21; p=0.59) and depression symptoms (19.2% vs. 25.0%; aPR, 0.78; 95% CI, 0.60-1.02; p=0.07) did not differ significantly between the groups.

Conclusion: Flexible ICU visitation, compared to the restrictive visitation, was associated with a significant reduction in the one-year prevalence of post-traumatic stress symptoms in family members.

TAKE-HOME MESSAGE

In this this cluster-crossover randomized clinical trial, a flexible visitation model in the ICU supported by Family education was associated with a significant reduction in the one-year prevalence of post-traumatic stress symptoms among family members.

TRIAL REGISTRATION: ClinicalTrials.gov Identifier: NCT02932358

Keywords: Post-traumatic Stress Disorder, Anxiety, Depression, Critical Care, Family, Intensive Care Units, Visitors to Patients

INTRODUCTION

Despite the persistence of restrictive family visitation policies in Intensive Care Units (ICUs) globally [1], contemporary professional society guidelines advocate for a more flexible presence of family members in the ICU [2]. This approach aims to cultivate a more comprehensive experience within the intensive care environment by prioritizing the needs of both the patient and the family [3]. Flexible ICU visiting policies are associated with a reduction in acute symptoms of anxiety in patients and family members, as well as a decrease in symptoms of depression in family members. Moreover, compared to restrictive visitation policies, flexible visitation policies are not associated with an increased risk of ICU-acquired infections, mortality, or longer stays [4].

Previous research suggests that family members of critically ill patients may face enduring mental health challenges, including symptoms of post-traumatic stress, anxiety, and depression that persist for up to a year after their loved ones' hospitalization [5]. While studies have found an association between flexible ICU visitation and short-term reduction in anxiety and depression symptoms in family members [4], no randomized clinical trial has investigated the long-term effects of different visitation models on the mental health of family members. Accordingly, the present study aimed to assess the effects of flexible ICU visitation, compared to restrictive visitation, on the one-year prevalences of post-traumatic stress, anxiety, and depression symptoms among family members of critically ill patients.

METHODS

Study Design

This is a long-term outcome analysis of a cluster-crossover randomized clinical trial (The ICU Visits Randomized Clinical Trial; NCT02932358) conducted in Brazil [6]. Briefly, this trial compared a flexible visitation model in ICU (12 hours per day) with the usual restrictive visitation model (median of 1.5 hours) in 36 Brazilian ICUs. The ICUs were randomly allocated to one of two sequences of interventions (flexible visitation followed by usual restrictive visitation or usual restrictive visitation followed by flexible visit ation), following a 1:1 ratio. Each sequence of intervention had a 30-day washout period between the interventions to avoid the carry over effect. Randomization was performed using blocks of random sizes. Additionally, ICUs were stratified based on the number of available beds, categorized as ≤10 or >10. A statistician, unaware of the characteristics of the ICUs, was responsible for forming the randomization groups. Patients, their family members and ICU clinicians were enrolled from April 2017 to June 2018. In the present analysis, the same family members enrolled in the trial were evaluated through a structured telephone interview 12 months after the patient's discharge from the ICU to assess the effects of trial interventions on symptoms of posttraumatic stress, anxiety and depression. The last follow-up was performed in the May 2019. This long-term outcome analysis was approved by the Research Ethics Committee of Hospital Moinhos de Vento (approval number, 85087318.3.0000.5330) to allow the assessment of one-year outcomes among family members. Consent for study participation was obtained during the telephone

contact with the participant.

Interventions

In the flexible visitation model, visitation hours in the ICU were made flexible, in addition to providing family guidance on the dynamics of the ICU. Thus, one or two close relatives could visit the patient for up to 12 hours daily. In addition to visits from close relatives during this period, patients could also receive social visits; these visits were intended for family members or friends of the patient who did not meet the criteria for flexible visitation. Family members eligible for flexible visitation were invited to participate in a structured meeting aimed at instructing them on the functioning of the ICU environment, common procedures, multidisciplinary teamwork, infection control, delirium management, and palliative care. This session was conducted by trained healthcare professionals and took place in person at least three times per week. Additionally, family members had access to informational material and a website developed to help them understand the different processes and emotions associated with staying in the ICU, as well as to encourage their participation in patient care.

In the restrictive visitation model, visitors were allowed as before randomization, according to local hours (median, 1.5 hours/d [interquartile range {IQR}, 1.0 to 2.0]). It was not imperative for family members to participate in educational sessions.

Following standard care practices in Brazil, when the patient underwent any type of intensive care procedure, it was requested that the family member leave the care environment, returning after the procedure was completed. In both interventions, in extraordinary situations such as when the patient was 65 years or older, in the terminal stage of illness, or in cases of conflicts with the ICU team, it was allowed for the visitor to stay longer during the visit.

Study Population

At the cluster level, adult ICUs of non-profit hospitals in Brazil with a minimum of 6 beds and a visitation policy limiting hours to less than 4.5 hours per day were enrolled. For each adult patient enrolled in the trial, one adult family member (spouse, child, parent, sibling, grandparent, grandchild, aunt/uncle, or first cousin) identified by the family as the closest relative, was invited to participate, and those with communication difficulties were excluded. For the present long-term outcome analysis, the same family members enrolled in the trial were invited to participate. Those without telephone contact, those unwilling to participate, or those unable to comprehend the assessment due to communication difficulties were excluded from primary analyses. Family members were also excluded after at least ten failed contact attempts or if they had incomplete outcome assessments.

Data Collection

Family members participating in the study were recruited from the available telephone contacts in the ICU Visits study database. After completing 12 months following the patient's discharge from the ICU, family members were contacted to obtain consent and, if they agreed to participate, to perform a structured assessment of anxiety, depression, and post-traumatic stress symptoms using validated questionnaires for the Brazilian population, all in the same call. The assessment was conducted through centralized telephone interviews, with a maximum of ten attempts to reach each provided contact, conducted by trained researchers. Based on the estimated

dates, investigators had a 60-day window period (30 days before and 30 days after the estimated date) to conduct the assessment. The primary adherence variable in this study was the total length of ICU visits per patient per day. This metric was collected prospectively and included the length of stay of all visitors (whether they are family members or not) at the bedside of a patient whose family member was included in the analysis.

Outcomes

Post-traumatic stress symptoms were measured using the Impact of Event Scale (IES-6). The IES-6 is a 6-item questionnaire that assesses the intensity of intrusive and avoidable reactions related to a specific traumatic event [7]. Each item is rated on a scale of 0 to 4, where 0 means "no" and 4 means "extremely". A mean item score > 1.75 was used to define the presence of post-traumatic stress symptoms [8]. Symptoms of anxiety and depression were measured using the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). The HADS assesses symptoms of anxiety and depression in patients, considering the presence of symptoms in the last 7 days [9]. Comprising 14 multiple-choice questions, the scale is divided into two subscales, each with 7 questions, which separately evaluate symptoms of anxiety and depression. The maximum score in each subscale is 21 points, and the higher the score, the greater the presence of symptoms of anxiety and depression. Cut -off points of >7 (possible clinical anxiety or depression) and >10 (probable clinical anxiety or depression) were used to define the presence of anxiety or depression symptoms [9].

Statistical Analysis

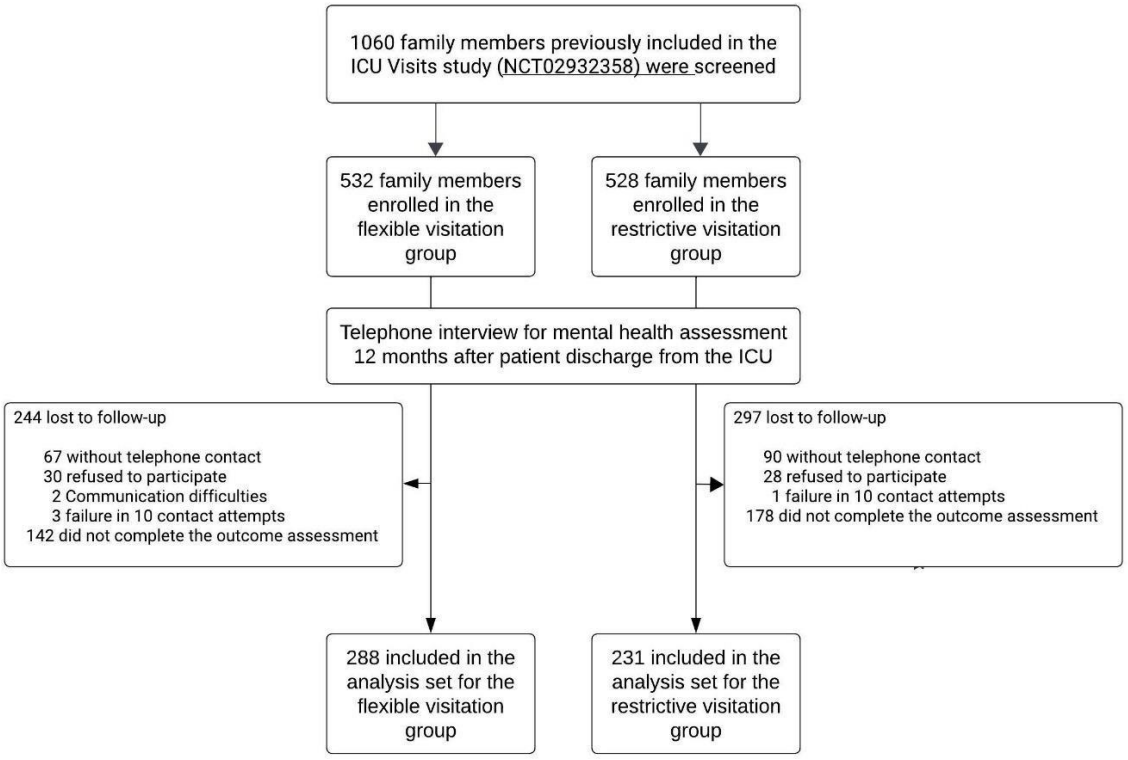
Missing values for outcomes were assumed to be completely at random; therefore, a complete case analysis was primarily performed. Participants were analyzed according to the group they were randomized to. Differences in the means of length of visits per patient per day between the flexible and restrictive visitation groups were compared using generalized estimating equations (GEE), adjusting for cluster and period effects. The association between interventions and outcomes was assessed through GEE accounting for the cluster and period effects and adjusting for age, gender, previous history of anxiety or depression, and the patient's vital status at 12 months. The exchangeable working correlation structure of GEE models included the,cluster, period and adjustment covariates at the patient. Sex, age, history of anxiety or depression, patient’s vital status, surrogate decision maker role, whether the family member lived with the patient, patient Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (APACHE II) score within 24hs of inclusion in the study, and ICU length of stay were assessed as subgroups of interest; subgroup analyses were performed using GEE models that included interaction terms between the subgroup and the interventions. Post hoc sensitivity analyses were performed to assess the consistency of the results 1) by adding the following adjustment covariates to the primary model: educational attainment, monthly household income, and unemployed or retired status, and 2) by performing multiple imputation of study outcomes for family members excluded. The analyses were not corrected for multiple comparisons. A statistical significance level of 0.05 was considered. The analyses were conducted using R software, version 4.2.1 [10].

RESULTS

A total of 1,060 family members primarily enrolled in the ICU Visits randomized clinical trial were

screened for the present long-term outcome analysis, with 532 randomized to the group with a flexible visitation and 528 to the group with a restrictive visitation (Figure 1). A total of 541 family members (244 in the flexible visitation; 297 in the restricted visitation) were lost to follow-up. Eventually, 288 family members from the flexible visitation group and 231 from the restrictive visitation group were included in the long-term outcome analysis, totaling 519 analyzed family members. Compared to family members included in the analysis set, family members who were lost to follow-up had a lower proportion of higher education and unemployed or retired status and a lower median household income (Electronic Supplemental Material [ESM] table S1). History of anxiety (15.9% vs. 8.8%) or depression (14.7% vs. 7.8%) were more frequent among family members lost to follow-up in the flexible visitation group in comparison to those lost to follow-up in the restrictive visitation group. There were no other differences between participants excluded from the intervention groups. Among the analyzed family members, 71.1% were women, and the mean age was 46.6 years. The median education attainment was 11 years, 55.3% lived with the patient, and 90.3% were surrogate decision makers. Previous history of anxiety and depression was found in 13.7%, and 13.4% of the participants, respectively. Regarding the characteristics of patients, 45.4 % were women, the mean age was 60.1 years, 25.6% needed invasive mechanical ventilation during ICU stay, the median length of ICU stay was 5 days, and 76.5% were alive 12 months after ICU discharge. The daily mean duration of visits was significantly higher for flexible visitation than for restricted visitation (4.9 hours vs. 1.5 hours; $p < 0.001$).

Figure 1. Flow diagram of participants.



The effects of interventions on 12-month outcomes are shown in Table 2. The prevalence of post traumatic stress was significantly lower in family members in the flexible visitation in comparison to family members of restrictive visitation (21.0% [n=59] vs. 30.5% [n=67]; adjusted prevalence 174 ratio [aPR], 0.91; 95% confidence

interval [CI], 0.85 to 0.98; p=0.01). The mean scores of IES-6 were also significantly lower for family members of flexible visitation compared to those of restrictive visitation (6.35 vs 7.76; adjusted mean difference [AMD], -1.36 [95%CI, -2.22; -0.50]; p=0.002). The prevalence of possible and probable anxiety did not differ significantly between flexible visitation group and restrictive visitation group. There were also no significant differences of mean anxiety scores between the two study groups (6.02 vs 6.61; AMD, -0.55 [-1.16;0.06]; p=0.08). The prevalence of possible and probable depression did not differ significantly between flexible visitation group and restrictive visitation group, although the flexible visitation group had significantly lower mean HADS depression scores compared to the restrictive visitation group (4.48 vs 5.13; AMD, -0.65 [95%CI, -1.17; -0.13]; p=0.01). The results of sensitivity analyses for the outcomes were similar to those of the main analyses (ESM Table S2). Although, there was no significant heterogeneity in the effect of flexible visits on the outcomes of anxiety, depression, and post-traumatic stress among the subgroups of family members (ESM figures 1-3), the subgroup of family members of patients requiring ≥ 5 days of ICU stay showed a more pronounced reduction in the occurrence of post-traumatic stress with flexible visitation (aPR, 0.58; 95%CI, 0.36 to 0.93). The co-occurrence of mental health symptoms in shown in the ESM figure 4 and table S3. In the restrictive visit group, 11.36% of family members exhibited all three psychiatric symptoms, while in the flexible visit group, 8.54% exhibited all three symptoms (p=0.08).

DISCUSSION

In this long-term outcome analysis of a cluster-crossover randomized clinical, family members of critically ill patients who participated in a flexible visitation model in the ICU had a significantly lower prevalence of post-traumatic stress symptoms in comparison to family members who participated in a restrictive visitation model.

Potential arguments and mechanisms explaining our findings were considered. Firstly, the provision of continuous emotional and social support during flexible ICU visitation could have alleviated the stress and anxiety associated with the patient's hospitalization [11]. Secondly, the higher presence of family members in the ICU might have fostered stronger bonds between relatives and the patient, creating a more resilient support network to deal with the emotional consequences of severe illnesses [12]. Thirdly, active participation in the care process could have empowered family members, allowing them to take part in the pat ient's ICU care, providing a sense of control and involvement that may have reduce feelings of helplessness [13]. Fourthly, enhanced communication could have been facilitated by flexible visitation, improving interaction between the ICU staff and family members, potentially promoting a clearer understanding of the patient's health status and treatment plan [14]. Notably, all these potential mechanisms dependent on interactions among patients, family members and ICU staff, and the fact the subgroup of family members of patients requiring ≥ 5 days of ICU stay showed a more pronounced reduction in the occurrence of post-traumatic stress might strengthen these hypotheses. Finally, the educational components of the intervention, which were discussed in structured meetings and included in informational materials and on the website, may have been equally important for improving long-term post- traumatic stress symptoms.

Regarding long-term anxiety and depression, our analysis did not reveal significant differences between the group that underwent flexible visits and the group with restricted visits. Although the findings in the original clinical trial were positive, suggesting a possible association with acute stress markers, we did not find evidence

of a prolonged manifestation of pathological anxiety and depression. A study identified that family members exhibit anxiety symptoms in approximately 70% and depression symptoms in around 35% during hospitalization. Anxiety was less prevalent among family members of patients with chronic conditions, non-spousal family members, and families receiving organized and patient-centered care. Furthermore, depression was less prevalent among family members of elderly patients and non-spousal family members but more prevalent among families with language barriers and those reporting contradictory information [15]. One hypothesis for not obtaining a significant difference is that the assessment may have occurred at an inappropriate time, and perhaps distinct results could have been observed if the analysis had been conducted at 3, 6, and 9 months after the intervention. Additionally, these results may be influenced by reduced statistical power, since the sample was not specifically sized for these outcomes.

As for potential practical limitations, there is a scarcity of proven interventions to improve long-term mental health outcomes among family members, as evidenced by randomized clinical trials. Based on the results of this study, it may be timely to consider and promote the adoption of flexible visits as a quality measure aimed at achieving better mental health outcomes for relatives of hospitalized ICU patients.

This study has several limitations. First, this is unplanned analysis of long-term outcomes, which had significant follow-up losses (45.9% of individuals in the flexible visitation group and 56.3% of individuals in the restrictive visitation group), reducing the power to detect relevant differences, especially concerning anxiety and depression, and possibly introducing attrition bias. Nevertheless, baseline characteristics of participants were well balanced, and sensitivity analyses with multiple imputation methods were consistent with the primary analyses. Second, family members were evaluated only once, 12 months after their inclusion, which does not capture possible variations in the prevalence of anxiety and depression symptoms over time (e.g., a t 3, 6, and 9 months) or the potential impact of the intervention on these outcomes during these critical periods. Third, the study did not assess the length of visitation for each participating family member, precluding the analysis of the association between visit duration and long-term mental health symptoms. Fourth, the present analysis did not assess the potential mechanisms that could have led to improved mental health outcomes, such as communication, greater understanding of the patient's condition, trust in the ICU staff, and participation in patient care. Fifth, external validity may be limited as the study was conducted in a middle-income country where ICU policies tend to be restrictive, potentially limiting the generalizability of the results to other contexts.

CONCLUSIONS

Flexible ICU visitation, compared to the restrictive visitation, was associated with a significant reduction in the one-year prevalence of post-traumatic stress symptoms in family members.

Declaration of competing interests:

The authors have no conflicts of interest to declare.

Table 1. Characteristics of population studied.

	Total (n = 519)	**Flexible visitation (n = 288)**	**Restrictive Visitation (n = 231)**
Family members' characteristics			
Age in years - mean (SD) [n assessed]	46.65 (13.88) [515]	46.42 (13.51) [284]	46.93 (14.35) [231]
Female gender – n (%)	369/519 (71.10)	203/288 (70.49)	166/231 (71.86)
Educational attainment in years - median (IQR) [n assessed]	11.0 (8.0; 15.0) [468]	11.0 (8.0; 15.0) [262]	11.0 (9.0; 15.0) [206]
Higher education – n (%)	159/513 (30.99)	85/284 (29.93)	74/229 (32.31)
Monthly household income in US$[1] – median (IQR) [n assessed]	2700.0(1600.0;4850.0) [447]	2900.0(1525.0;4500.0) [254]	2500.0(1600.0; 5000.0) [193]
Unemployed or retired – n (%)	155/507 (30.57)	86/279 (30.82)	69/228 (30.26)
Living with the patient – n (%)	286/517 (55.32)	161/287 (56.10)	125/230 (54.35)
Surrogate decision maker – n (%)	461/510 (90.39)	263/280 (93.93)	198/230 (86.09)
History of anxiety[2] – n (%)	71/515 (13.79)	38/285 (13.33)	33/233 (14.35)
History of depression[2] – n (%)	69/514 (13.42)	39/284 (13.73)	30/230 (13.04)
Patients' characteristics			
Age in years - mean (SD) [n assessed]	60.15 (17.40) [519]	59.41 (17.06) [288]	61.07 (17.82) [231]
Female gender – n (%)	236/519 (45.47%)	130/288 (45.14%)	106/231 (45.89%)
Type of admission – n (%)			
Medical	196/519 (37.76%)	105/288 (36.46%)	91/231 (39.39%)
Surgical	264/519 (50.87%)	146/288 (50.69%)	118/231 (51.08%)
Trauma	14/519 (2.70%)	11/288 (3.82%)	3/231 (1.30%)
Neurocritical	45/519 (8.67%)	26/288 (9.03%)	19/231 (8.23%)
APACHE-II score[3] - median (IQR) [n assessed]	12.0 (9.0; 17.0) [508]	12.0 (9.0; 17.0) [283]	13.0 (9.0; 18.0) [225]
Invasive mechanical ventilation during ICU stay – n (%)	133/519 (25.63%)	77/288 (26.74%)	56/231 (24.24%)
ICU length of stay[4] in days – median (IQR) [n assessed]	5.0 (3.0; 7.0) [518]	5.0 (3.0; 7.0) [287]	4.0 (3.0; 7.0) [231]
Vital status at 12 months: alive – n (%)	385/501 (76.85%)	217/280 (77.50%)	168/221 (76.02%)

Abbreviations: APACHE-II, acute physiology and chronic health disease classification system-II; ICU, intensive care unit; IQR, interquartile range (p25;p75); SD, standard deviation.

[1]Using the 2017 purchasing power parity conversion (US $ 1 = R$ 2.02).

[2]Determined by asking the participants if they had ever been diagnosed with anxiety or depression.

[3]Within 24hs of inclusion in the study.

[4]For all patients, regardless of survival status.

Table 2. Twelve-month outcomes of family members of critically ill patients.

	Total (n = 519)	**Flexible visitation (n = 288)**	**Restrictive Visitation (n = 231)**	**Adjusted effect estimate[1] (95% CI)**	***p*-value**
Post-traumatic stress symptoms					
IES-6 score mean > 1.75 - n/total n (%)	126/501 (25.1)	59/281 (21.0)	67/220 (30.5)	0.91 (0.85;0.98)	0.01
IES-6 score - n assessed	501	281	220		
Mean (SD)	6.97 (5.39)	6.35 (5.13)	7.76 (5.63)	-1.36 (-2.22; -0.50)	0.002
Median (IQR)	6.0 (2.0; 11.0)	5.0 (2.0; 10.0)	7.0 (3.0; 11.0)		
Anxiety and depression symptoms					
Anxiety subscale					
HADSa > 7 - n/total n (%)	154/500 (30.8)	81/280 (28.9)	73/220 (33.2)	0.93 (0.72; 1.21)	0.59
HADSa > 10 - n/total n (%)	78/500 (15.6)	43/280 (15.4)	35/220 (15.9)	0.97 (0.63; 1.49)	0.88
HADS anxiety score - n assessed	500	280	220		
Mean (SD)	6.28 (4.16)	6.02 (4.07)	6.61 (4.26)	-0.55 (-1.16; 0.06)	0.08
Median (IQR)	6.0 (3.0; 8.0)	5.0 (3.0; 8.0)	6.0 (4.0; 9.0)		
Depression subscale					
HADSd > 7 - n/total n (%)	109/501 (21.8)	54/281 (19.2)	55/220 (25.0)	0.78 (0.60; 1.02)	0.07
HADSd > 10 - n/total n (%)	50/501 (9.9)	23/281 (8.2)	27/220 (12.3)	0.61 (0.39; 1.00)	0.05
HADS depression score - n assessed	501	281	220		
Mean (SD)	4.77 (3.81)	4.48 (3.59)	5.13 (4.05)	-0.65 (-1.17; -0.13)	0.01
Median (IQR)	4.0 (2.0; 7.0)	4.0 (2.0; 7.0)	4.0 (2.0; 7.3)		

Abbreviations: HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale; ICU, intensive care unit; IES-6, Impact of Event Scale; IQR, interquartile range (p25;p75); SD, standard deviation.

[1]Prevalence ratio for categorical outcomes, and difference for continuous outcomes. The analysis was performed using generalized estimating equations adjusted by cluster, period, age, gender, previous history of anxiety or depression, and the patient's vital status at 12 months.

REFERENCES

1. Tabah A, Elhadi M, Ballard E, Cortegiani A, Cecconi M, Unoki T, Galarza L, Rosa RG, Barbier F, Azoulay E, Laupland KB, Kai NSY, Ostermann M, Francois G, De Waele JJ, Fiest K, Spronk P, Benbenishty J, Pellegrini M, Rose L; COVISIT contributors. Variation in communication and family visiting policies in intensive care within and between countries during the Covid-19 pandemic: The COVISIT international survey. J Crit Care. 2022 Oct;71:154050. doi: 10.1016/j.jcrc.2022.154050.

2. Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, Puntillo KA, Kross EK, Hart J, Cox CE, Wunsch H, Wickline MA, Nunnally ME, Netzer G, Kentish-Barnes N, Sprung CL, Hartog CS, Coombs M, Gerritsen RT, Hopkins RO, Franck LS, Skrobik Y, Kon AA, Scruth EA, Harvey MA, Lewis-Newby M, White DB, Swoboda SM, Cooke CR, Levy MM, Azoulay E, Curtis JR. Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. Crit Care Med. 2017 Jan;45(1):103-128. doi: 10.1097/CCM.0000000000002169.

3. Family visitation in the adult intensive care unit. Crit Care Nurse. 2016;36(1):e15-e18. doi: 10.4037/ccn2016677

4. Nassar Junior AP, Besen BAMP, Robinson CC, Falavigna M, Teixeira C, Rosa RG. Flexible versus restrictive visiting policies in ICUs: a systematic review and meta-analysis. Crit Care Med. 2018;46 (7):11751180. doi:10.1097/CCM.0000000000003155

5. Cameron JI, Chu LM, Matte A, Tomlinson G, Chan L, Thomas C, Friedrich JO, Mehta S, Lamontagne F, Levasseur M, Ferguson ND, Adhikari NK, Rudkowski JC, Meggison H, Skrobik Y, Flannery J, Bayley M, Batt J, dos Santos C, Abbey SE, Tan A, Lo V, Mathur S, Parotto M, Morris D, Flockhart L, Fan E, Lee CM, Wilcox ME, Ayas N, Choong K, Fowler R, Scales DC, Sinuff T, Cuthbertson BH, Rose L, Robles P, Burns S, Cypel M, Singer L, Chaparro C, Chow CW, Keshavjee S, Brochard L, Hébert P, Slutsky AS, Marshall JC, Cook D, Herridge MS; RECOVER Program Investigators (Phase 1: towards RECOVER); Canadian Critical Care Trials Group. One-Year Outcomes in Caregivers of Critically Ill Patients. N Engl J Med. 2016 May 12;374(19):1831-41. doi: 10.1056/NEJMoa1511160.

6. Rosa RG, Falavigna M, da Silva DB, et al. Effect of Flexible Family Visitation on Delirium Among Patients in the Intensive Care Unit: The ICU Visits Randomized Clinical Trial. JAMA. 2019 Jul 16;322(3):216-228. doi: 10.1001/jama.2019.8766.

7. Caiuby AV, Lacerda SS, Quintana MI, Torii TS, Andreoli SB. Adaptação transcultural da versão brasileira da Escala do Impacto do Evento-Revisada (IES-R) [Cross-cultural adaptation of the Brazilian version of the Impact of Events Scale-Revised (IES-R)]. Cad Saude Publica. 2012 Mar;28(3):597-603. Portuguese. doi: 10.1590/s0102-311x2012000300019.

8. Hosey, M.M., Leoutsakos, JM.S., Li, X. *et al.* Screening for posttraumatic stress disorder in ARDS survivors: validation of the Impact of Event Scale-6 (IES-6). *Crit Care* 23, 276 (2019). doi: 10.1186/s13054-019-2553-z

9. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Jr C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. Rev Saúde Pública1995Oct;29(5):359–63. doi: 10.1590/S0034-89101995000500004.

10. R: A Language and Environment for Statistical Computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Acesso em 26 abr 2024. <https://www.R-project.org/>

11. Nielsen AH, Angel S, Egerod I, Lund TH, Renberg M, Hansen TB. The effect of family-authored diaries on posttraumatic stress disorder in intensive care unit patients and their relatives: A randomised controlled trial (DRIP-study). Aust Crit Care. 2020 Mar;33(2):123-129. doi: 10.1016/j.aucc.2019.01.004.

12. Wrzesinski, A.; Beninca, C. R. S., Zanettini, A. Projeto UTI Visitas: ideias e percepções de familiares sobre a visita ampliada. Rev. SBPH [online]. 2019, vol.22, n.2, pp. 90-108. ISSN 1516-0858.

13. Critical Care Medicine. ICU Liberation Bundle (A-F) [Internet]. Illinois: SCCM, 2023. Acesso em 25 set. 2023. Disponível em: https://www.sccm.org/sccm/media/PDFs/Pain-Numeric-Rating-Scale-Enlarged.pdf

14. Scott P, Thomson P, Shepherd A. Families of patients in ICU: A Scoping review of their needs and satisfaction with care. Nurs Open. 2019 May 18;6(3):698-712. doi: 10.1002/nop2.287.

15. Pochard F, Azoulay E, Chevret S, Lemaire F, Hubert P, Canoui P, Grassin M, Zittoun R, le Gall JR, Dhainaut JF, Schlemmer B; French FAMIREA Group. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: ethical hypothesis regarding decision-making capacity. Crit Care Med. 2001 Oct;29(10):1893-7. doi: 10.1097/00003246-200110000-00007.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa forma, acredita-se que a visita flexível na UTI tem o potencial de reduzir significativamente os sintomas de estresse pós-traumático em familiares até 12 meses após a alta hospitalar de seus entes queridos. Esse impacto positivo pode ser atribuído ao fato de que a flexibilização da visita promove maior proximidade entre pacientes e familiares, oferecendo suporte emocional durante um período de intensa vulnerabilidade. Contudo, é importante considerar que, apesar desses benefícios, as UTIs ainda enfrentam inúmeras barreiras para implementar políticas de visitação mais flexíveis, como limitações estruturais, culturais e até mesmo resistências por parte das equipes de saúde.

Esses desafios ressaltam a necessidade de mudanças não apenas no nível institucional, mas também no comportamento e na mentalidade dos profissionais, para que o engajamento da família no cuidado ao paciente crítico seja amplamente reconhecido e incentivado. Nesse contexto, os resultados reforçam a relevância de integrar a família como parte ativa do processo de cuidado, contribuindo para uma abordagem mais humanizada e centrada no paciente. Além disso, ao diminuir o sofrimento emocional dos familiares, tais práticas podem gerar benefícios indiretos para os próprios pacientes, criando um ambiente mais acolhedor e propício à recuperação.

7.1 Conclusão

A visita flexível em UTIs, em comparação com a visitação restritiva, está associada a uma redução significativa na prevalência de sintomas de estresse pós-traumático em familiares após um ano.

REFERÊNCIAS

1. Tabah A, Elhadi M, Ballard E, Cortegiani A, Cecconi M, Unoki T, Galarza L, Rosa RG, Barbier F, Azoulay E, Laupland KB, Kai NSY, Ostermann M, Francois G, De Waele JJ, Fiest K, Spronk P, Benbenishty J, Pellegrini M, Rose L; COVISIT contributors. Variation in communication and family visiting policies in intensive care within and between countries during the Covid-19 pandemic: The COVISIT international survey. J Crit Care. 2022 Oct;71:154050. doi: 10.1016/j.jcrc.2022.154050.
2. Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, Puntillo KA, Kross EK, Hart J, Cox CE, Wunsch H, Wickline MA, Nunnally ME, Netzer G, Kentish-Barnes N, Sprung CL, Hartog CS, Coombs M, Gerritsen RT, Hopkins RO, Franck LS, Skrobik Y, Kon AA, Scruth EA, Harvey MA, Lewis-Newby M, White DB, Swoboda SM, Cooke CR, Levy MM, Azoulay E, Curtis JR. Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. Crit Care Med. 2017 Jan;45(1):103-128. doi: 10.1097/CCM.0000000000002169
3. Yoo HJ, Shim J. The Effect of a Multifaceted Family Participation Program in an Adult Cardiovascular Surgery ICU. Crit Care Med. 2021 Jan 1;49(1):38-48. doi: 10.1097/CCM.0000000000004694. PMID: 33177359.
4. Nassar Junior AP, Besen BAMP, Robinson CC, Falavigna M, Teixeira C, Rosa RG. Flexible versus restrictive visiting policies in ICUs: a systematic review and meta-analysis. Crit Care Med. 2018;46 (7):11751180. doi:10.1097/CCM.0000000000003155
5. Cameron JI, Chu LM, Matte A, Tomlinson G, Chan L, Thomas C, Friedrich JO, Mehta S, Lamontagne F, Levasseur M, Ferguson ND, Adhikari NK, Rudkowski JC, Meggison H, Skrobik Y, Flannery J, Bayley M, Batt J, dos Santos C, Abbey SE, Tan A, Lo V, Mathur S, Parotto M, Morris D, Flockhart L, Fan E, Lee CM, Wilcox ME, Ayas N, Choong K, Fowler R, Scales DC, Sinuff T, Cuthbertson BH, Rose L, Robles P, Burns S, Cypel M, Singer L, Chaparro C, Chow CW, Keshavjee S, Brochard L, Hébert P, Slutsky AS, Marshall JC, Cook D, Herridge MS; RECOVER Program Investigators (Phase 1: towards RECOVER); Canadian Critical Care Trials Group. One-Year Outcomes in Caregivers of Critically Ill Patients. N Engl J Med. 2016 May 12;374(19):1831-41. doi: 10.1056/NEJMoa1511160.
6. Giannini A, Garrouste-Orgeas M, Latour M. What’s new in ICU visiting policies: can we continue to keep the doors closed? Intensive Care Med 2014; 40(5):730-3.
7. Rawal G, Yadav S, Kumar R. Post-intensive care syndrome: An overview. J Trans Int Med 2017; 5(2):90-92.
8. Noordermeer K, Rijpstra TA, Newhall D, et al. Visiting policies in the adult intensive care units in the Netherlands: survey among ICU directors. ISRN Critical Care 2013; ID 137045.
9. Hunter JD, Goddard C, Rothwell M, et al. A survey of intensive care unit vising policies in the United Kingdon. Anaesthesia 2010; 65(11):1101-5.
10. Garrouste-Orgeas M, Vinatier I, Tabah A, et al. Reappraisal of visiting policies and procedures of patients family information in 188 French ICUs: a report of the outcomerea research group. Ann Intensive Care 2016; 6:82.
11. Lee MD, Friedenberg AS, Mukpo DH, et al. Visiting hours policies in New England intensive care units: strategies for improvement. Crit Care Med 2007; 35(2):497-501.

12. Da Silva Ramos FJ, Fumis RR, Azevedo LC. Intensive care unit visitation policies in Brazil: a multicenter survey. Rev Bras Ter Intensiva 2014; 26(4):339-346
13. Gonzales CE, Carrol DL, Elliot JS, et al. Visiting preferences of patients in the intensive care unit and in a complex care medical unit. Am J Crit Care 2004; 13(3): 194-8.
14. Rosa RG, Falavigna M, da Silva DB, et al. Effect of Flexible Family Visitation on Delirium Among Patients in the Intensive Care Unit: The ICU Visits Randomized Clinical Trial. JAMA. 2019 Jul 16;322(3):216-228. doi: 10.1001/jama.2019.8766
15. Pandharipande PD, Girard TD, Jackson JC, et al. Long-term cognitive impairment after critical illness. N Engl J Med 2013; 369(14): 1306-16.
16. Wu Y, Wang G, Zhang Z, et al. Efficacy and Safety of Unrestricted Visiting Policy for Critically Ill Patients: A Meta- Analysis. Critical Care (London, England). 2022;26(1):267. doi:10.1186/s13054-022-04129-3.
17. Rosa RG, Tonietto TF, da Silva DB, et al. Effectiveness and safety of na extended ICU visitation model for delirium prevention: a before and after study. Crit Care Med 2017; 45(10):1660-1667.
18. Soares M, Silva UV, Homena WS, et al. Family care, visiting policies, ICU performance, and efficiency in resource use: insights from the ORCHESTRA study. Intensive Care Med 2017; 43:590-591.
19. Kim B, Cho J, Park JY, Kim HE, Oh J. Delirium and Anxiety Outcomes Related to Visiting Policy Changes in the Intensive Care Unit During the COVID-19 Pandemic. Front Aging Neurosci. 2022 Mar 2;14:845105. doi: 10.3389/fnagi.2022.845105. PMID: 35309896; PMCID: PMC8926309.
20. Craske MG, Stein MB, Eley TC, et al Anxiety Disorders. Nature Reviews. Disease Primers. 2017;3:17024. doi:10.1038/nrdp.2017.24.
21. Craske MG, Stein MB.Lancet. Anxiety. (London, England). 2016;388(10063):3048-3059. doi:10.1016/S0140-6736(16)30381-6.
22. Kenwood MM, Kalin NH, Barbas H.The Prefrontal Cortex, Pathological Anxiety, and Anxiety Disorders. Neuropsychopharmacology : Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology. 2022;47(1):260-275. doi:10.1038/s41386-021-01109-z.
23. Penninx BW, Pine DS, Holmes EA, Reif A. Anxiety Disorders. Lancet (London, England). 2021;397(10277):914-927. doi:10.1016/S0140-6736(21)00359-7.
24. Dunn EC, Brown RC, Dai Y, Rosand J, Nugent NR, Amstadter AB, Smoller JW. Genetic determinants of depression: recent findings and future directions. Harv Rev Psychiatry. 2015 Jan-Feb;23(1):1-18. doi: 10.1097/HRP.0000000000000054.
25. Tolentino JC, Schmidt SL. DSM-5 Criteria and Depression Severity: Implications for Clinical Practice. Frontiers in Psychiatry. 2018;9:450. doi:10.3389/fpsyt.2018.00450.
26. Fumis RR, Ranzani OT, Martins PS, Schettino G. Emotional Disorders in Pairs of Patients and Their Family Members During and After ICU Stay. PloS One. 2015;10(1):e0115332. doi:10.1371/journal.pone.0115332.
27. Kosovali BD, Mutlu NM, Gonen CC, 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?. International Journal of Clinical Practice. 2021;75(10):e14328. doi:10.1111/ijcp.14328.

28. Castillo MI, Cooke M, Macfarlane B, Aitken LM. Factors Associated With Anxiety in Critically Ill Patients: A Prospective Observational Cohort Study. International Journal of Nursing Studies. 2016;60:225-33. doi:10.1016/j.ijnurstu.2016.05.007.

29. Wade DM, Howell DC, Weinman JA, et al. Investigating Risk Factors for Psychological Morbidity Three Months After Intensive Care: A Prospective Cohort Study. Critical Care (London, England). 2012;16(5):R192. doi:10.1186/cc11677.

30. Carlson EB, Spain DA, Muhtadie L, McDade-Montez L, Macia KS. Care and Caring in the Intensive Care Unit: Family Members' Distress and Perceptions About Staff Skills, Communication, and Emotional Support. Journal of Critical Care. 2015;30(3):557-61. doi:10.1016/j.jcrc.2015.01.012.

31. Jo M, Song MK, Knafl GJ, Beeber L, Yoo YS, Van Riper M. Family-clinician communication in the ICU and its relationship to psychological distress of family members: A cross-sectional study. Int J Nurs Stud. 2019 Jul;95:34-39. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.03.020. Epub 2019 Apr 5. PMID: 31005678.

32. Choi J, Tate JA, Rogers MA, Donahoe MP, Hoffman LA. Depressive Symptoms and Anxiety in Intensive Care Unit (ICU) Survivors After ICU Discharge. Heart & Lung: The Journal of Critical Care. 2016 Mar-Apr;45(2):140-6. doi:10.1016/j.hrtlng.2015.12.002.

33. Merians AN, Spiller T, Harpaz-Rotem I, Krystal JH, Pietrzak RH. Post-Traumatic Stress Disorder.The Medical Clinics of North America. 2023;107(1):85-99. doi:10.1016/j.mcna.2022.04.003.

34. Kilpatrick DG, Resnick HS, Milanak ME, Miller MW, Keyes KM, Friedman MJ. National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. J Trauma Stress. 2013 Oct;26(5):537-47. doi: 10.1002/jts.21848. PMID: 24151000; PMCID: PMC4096796.

35. Ressler KJ, Berretta S, Bolshakov VY, et al. Post-Traumatic Stress Disorder: Clinical and Translational Neuroscience From Cells to Circuits. Nature Reviews. Neurology. 2022;18(5):273-288. doi:10.1038/s41582-022-00635-8.

36. Sartor Z, Kelley L, Laschober R. Posttraumatic Stress Disorder: Evaluation and Treatment. American Family Physician. 2023;107(3):273-281.

37. Parker AM, Sricharoenchai T, Raparla S, et al. Posttraumatic Stress Disorder in Critical Illness Survivors: A Metaanalysis.Critical Care Medicine. 2015;43(5):1121-9. doi:10.1097/CCM.0000000000000882.

38. Amass T, Van Scoy LJ, Hua M, et al. Stress-Related Disorders of Family Members of Patients Admitted to the Intensive Care Unit With COVID-19. JAMA Internal Medicine. 2022;182(6):624-633. doi:10.1001/jamainternmed.2022.1118.

39. Azoulay E, Resche-Rigon M, Megarbane B, et al. Association of COVID-19 Acute Respiratory Distress Syndrome With Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder in Family Members After ICU Discharge. Jama. 2022;327(11):1042-1050. doi:10.1001/jama.2022.2017.

40. Zante B, Erne K, Grossenbacher J, et al. Symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) in Next of Kin During Suspension of ICU Visits During the COVID-19 Pandemic: A Prospective Observational Study. BMC Psychiatry. 2021;21(1):477. doi:10.1186/s12888-021-03468-9.

41. Cherak SJ, Rosgen BK, Amarbayan M, et al. Mental Health Interventions to Improve Psychological Outcomes in Informal Caregivers of Critically Ill Patients: A Systematic

Review and Meta-Analysis. Critical Care Medicine. 2021;49(9):1414- 1426. doi:10.1097/CCM.0000000000005011.

42. Miranda S, Pochard F, Chaize M, et al. Postintensive Care Unit Psychological Burden in Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Informal Caregivers: A Multicenter Study. Critical Care Medicine. 2011;39(1):112-8. doi:10.1097/CCM.0b013e3181feb824.

43. T Lloyd M, Sugden N, Thomas M, McGrath A, Skilbeck C. The Structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale: Theoretical and Methodological Considerations. British Journal of Psychology (London, England : 1953). 2023;114(2):457-475. doi:10.1111/bjop.12637.

44. Ayis SA, Ayerbe L, Ashworth M, DA Wolfe C. Evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in Screening Stroke Patients for Symptoms: Item Response Theory (IRT) Analysis. Journal of Affective Disorders. 2018;228:33-40. doi:10.1016/j.jad.2017.11.037.

45. Karlsson J, Hammarström E, Fogelkvist M, Lundqvist LO.Psychometric Characteristics of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Stroke Survivors of Working Age Before and After Inpatient Rehabilitation. PloS One. 2024;19(8):e0306754. doi:10.1371/journal.pone.0306754.

46. Pochard F, Azoulay E, Chevret S, et al. Symptoms of Anxiety and Depression in Family Members of Intensive Care Unit Patients: Ethical Hypothesis Regarding Decision-Making Capacity. Critical Care Medicine. 2001;29(10):1893-7. doi:10.1097/00003246-200110000-00007.

47. Pignatiello GA, Townsend AL, Hickman RL. Structural Validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale Among Family Members of Critically Ill Patients. American Journal of Critical Care : An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses. 2021;30(3):212-220. doi:10.4037/ajcc2021214

48. Thoresen S, Tambs K, Hussain A, et al. Brief Measure of Posttraumatic Stress Reactions: Impact of Event Scale-6. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2010;45(3):405-12. doi:10.1007/s00127-009-0073-x.

49. Hosey MM, Leoutsakos JS, Li X, Dinglas VD, Bienvenu OJ, Parker AM, Hopkins RO, Needham DM, Neufeld KJ. Screening for posttraumatic stress disorder in ARDS survivors: validation of the Impact of Event Scale-6 (IES-6). Crit Care. 2019 Aug 7;23(1):276. doi: 10.1186/s13054-019-2553-z. Erratum in: Crit Care. 2020 Feb 4;24(1):37. doi: 10.1186/s13054-020-2759-0. PMID: 31391069; PMCID: PMC6686474.

50. Dangayach NS, Kreitzer N, Foreman B, Tosto-Mancuso J. Post-Intensive Care Syndrome in Neurocritical Care Patients. Seminars in Neurology. 2024;44(3):398-

51. Rhodes A, Wilson C, Zelenkov D, et al."The Psychiatric Domain of Post-Intensive Care Syndrome: A Review for the Intensivist". Journal of Intensive Care Medicine. 2024;:8850666241275582. doi:10.1177/08850666241275582.

52. Yanagi N, Kamiya K, Hamazaki N, et al. Post-Intensive Care Syndrome as a Predictor of Mortality in Patients With Critical Illness: A Cohort Study. PloS One. 2021;16(3):e0244564. doi:10.1371/journal.pone.0244564.

53. Nanwani-Nanwani K, López-Pérez L, Giménez-Esparza C, et al. Prevalence of Post-Intensive Care Syndrome in Mechanically Ventilated Patients With COVID-19. Scientific Reports. 2022;12(1):7977. doi:10.1038/s41598-022-11929-8.

54. Ely EW. The ABCDEF Bundle: Science and Philosophy of How ICU Liberation Serves Patients and Families. Crit Care Med. 2017 Feb;45(2):321-330. doi: 10.1097/CCM.0000000000002175. PMID: 28098628; PMCID: PMC5830123.

55. Lee Y, Kim K, Lim C, Kim JS. Effects of the ABCDE bundle on the prevention of post-intensive care syndrome: A retrospective study. J Adv Nurs. 2020 Feb;76(2):588-599. doi: 10.1111/jan.14267. Epub 2019 Nov 29. PMID: 31729768.

56. Dangayach NS, Kreitzer N, Foreman B, Tosto-Mancuso J. Post-Intensive Care Syndrome in Neurocritical Care Patients. Semin Neurol. 2024 Jun;44(3):398-411. doi: 10.1055/s-0044-1787011. Epub 2024 Jun 19. PMID: 38897212.

57. Davidson JE, Jones C, Bienvenu OJ. Family Response to Critical Illness: Postintensive Care Syndrome-Family. Critical Care Medicine. 2012;40(2):618-24. doi:10.1097/CCM.0b013e318236ebf9. - Zante B, Camenisch SA, Schefold JC. Interventions in Post-Intensive Care Syndrome-Family: A Systematic Literature Review. Critical Care Medicine. 020;48(9):e835-e840. doi:10.1097/CCM.0000000000004450.

58. Serrano P, Kheir YNP, Wang S, et al.Aging and Postintensive Care Syndrome- Family: A Critical Need for Geriatric Psychiatry.The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry. 2019;27(4):446-454. doi:10.1016/j.jagp.2018.12.002.

59. Zante B, Camenisch SA, Schefold JC. Interventions in Post-Intensive Care Syndrome-Family: A Systematic Literature Review. Critical Care Medicine. 2020;48(9):e835- e840. doi:10.1097/CCM.0000000000004450.

60. Cairns PL, Buck HG, Kip KE, et al. Stress Management Intervention to Prevent Post-Intensive Care Syndrome-Family in Patients' Spouses. American Journal of Critical Care : An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses. 2019;28(6):471-476. doi:10.4037/ajcc2019668.

61. Shaw DJ, Davidson JE, Smilde RI, Sondoozi T, Agan D. Multidisciplinary Team Training to Enhance Family Communication in the ICU. Critical Care Medicine. 2014;42(2):265-71. doi:10.1097/CCM.0b013e3182a26ea5.

ANEXO A – HADS

7. Escala de Ansiedade de Depressão Hospitalar (HADS)

ID Paciente: _____

Paciente preencheu o questionário: ○Sim ○Não

6.1# Paciente compreendeu as questões (repetidas até 3 vezes):
(Caso a resposta NÃO encerrar questionário)

○Não ○Sim

Vou lhe dizer umas perguntas sobre como o(a) Sr.(a) está se sentindo no momento, diga a melhor alternativa que representa o seu estado atual

1a# Eu me sinto tenso ou contraído:	○ 3.A maior parte do tempo ○ 2.Boa parte do tempo ○ 1. De vez em quando ○ 0.Nunca
2d# Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:	○ 0.Sim do mesmo jeito que antes ○ 1. Não tanto quanto antes ○ 2. Só um pouco ○ 3. Já não sinto mais prazer em nada
3a# Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:	○ 3.Sim e de um jeito muito forte ○ 2.Sim mas não tão forte ○ 1. Um pouco mas isso não me preocupa ○ 0.Não sinto nada disso
4d# Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:	○ 0.Do mesmo jeito que antes ○ 1.Atualmente um pouco menos ○ 2. Atualmente nem menos ○ 3. Não consigo mais
5a# Estou com a cabeça cheia de preocupações:	○ 3.A maior parte do tempo ○ 2.Boa parte do tempo ○ 1. De vez em quando ○ 0.Raramente
6d# Eu me sinto alegre:	○ 3.Nunca ○ 2. Poucas vezes ○ 1. Muitas vezes ○ 0.A maior parte do tempo
7a# Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:	○ 0.Sim quase sempre ○ 1.Muitas vezes ○ 2. Poucas vezes ○ 3.Nunca
8d# Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:	○ 3.Quase sempre ○ 2.Muitas vezes ○ 1. De vez em quando ○ 0.Nunca

9a# Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:	◯ 0.Nunca ◯ 1.De vez em quando ◯ 1.Muitas vezes ◯ 2.Quase sempre
10d# Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:	◯ 3.Completamente ◯ 2.Não estou mais me cuidando como deveria ◯ 1.Talvez não tanto quanto antes ◯ 0.Me cuido do mesmo jeito que antes
11a# Em me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:	◯ 3.Sim demais ◯ 2.Bastante ◯ 1.Um pouco ◯ 0.Não me sinto assim
12d# Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:	◯ 0.Do mesmo jeito que antes ◯ 1.Um pouco menos do que antes ◯ 2.Bem menos doo que antes ◯ 3.Quase nunca
13a# De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:	◯ 3.A quase todo momento ◯ 2.Várias vezes ◯ 1.De vez em quando ◯ 0.Não sinto isso
14d# Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:	◯ 0.Quase sempre ◯ 1.Várias vezes ◯ 2.Poucas vezes ◯ 3.Quase nunca
7.1# Horário final da entrevista:	_____ ((0 - 24h))
7.2# Código do pesquisador:	_____

ANEXO B – IES-6

Escala do impacto do evento resumida - IES6

Record ID _____

A seguir vou ler algumas frases que representam as dificuldades que as pessoas podem apresentar, após passar por eventos estressantes. Com relação às memórias da internação de seu familiar no hospital há [event-label] (citar o mês/ano conforme a data da alta) por favor, escolha a alternativa a seguir que melhor corresponde a frequência que essas situações ocorreram, nos últimos 7 dias. As alternativas sempre serão: Nem um pouco, Um pouco, Moderadamente, Muito ou Extremamente.

Nos últimos 7 dias, outros acontecimentos faziam com que eu ficasse pensando sobre o período no hospital:

- ◯ Nem um pouco
- ◯ Um pouco
- ◯ Moderadamente
- ◯ Muito
- ◯ Extremamente

Nos últimos 7 dias, eu pensava sobre sobre o período no hospital, mesmo quando não tinha intenção de pensar:

- ◯ Nem um pouco
- ◯ Um pouco
- ◯ Moderadamente
- ◯ Muito
- ◯ Extremamente

Nos últimos 7 dias, eu tentei não pensar sobre o período no hospital:

- ◯ Nem um pouco
- ◯ Um pouco
- ◯ Moderadamente
- ◯ Muito
- ◯ Extremamente

Nos últimos 7 dias, eu sabia que ainda tinha muitas emoções ligadas ao período no hospital, mas as evitei:

- ◯ Nem um pouco
- ◯ Um pouco
- ◯ Moderadamente
- ◯ Muito
- ◯ Extremamente

Nos últimos 7 dias, eu tive problemas de concentração:

- ◯ Nem um pouco
- ◯ Um pouco
- ◯ Moderadamente
- ◯ Muito
- ◯ Extremamente