Artigo Original

v. 7 n. 4 (2026)
ISSN: 2675-8008
Revista Multidisciplinar em Saúde

ACESSO ABERTO

ALÉM DO PACIENTE: SUPORTE PSICOLÓGICO À FAMÍLIA NA DOENÇA CRÔNICA AVANÇADA

Mário Estevam Barbosa[a], Maycon Douglas Rodrigues Silva[b], Fabrícia Nunes de Sena Silvestre[a], Marcela Lopes de Albuquerque[a], Waldelourdes de Melo Souto Maior Vieira[a], Oberdan José Ribeiro da Cunha[a], Alba Valéria Silva Santos[a]

[a] Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Pernambuco. Av. Prof. Moraes Rego, 1235 – Cidade Universitária, Recife-PE, 50670-901.
[b] Faculdade de Odontologia e Hospital Odontológico, Universidade Federal de Uberlândia. Av. Pará, 1720 – Umuarama, Uberlândia-MG, 38405-320.

Data de Recebimento:
10/09/2026

Data de Aceite:
21/09/2026

Data de Publicação:
05/10/2026

Autor correspondente:
Mário Estevam Barbosa, Pós-Graduação Lato Senso em Gestão de Pessoas com Ênfase no Comportamento Organizacional.Brasil.
Telefone: (81) 98491-8447
E-mail: mario.estevam@hotmail.com

Citação:
BARBOSA, M.E, et. al; além do paciente: suporte psicológico à família na doença crônica avançada.

Revista Multidisciplinar em Saúde, v. 7, n. 4, 2026. https://doiorg/10.51161/integrar/rems/4970

RESUMO

Introdução: Doenças crônicas avançadas podem repercutir sobre toda a família, especialmente quando envolvem internação crítica, dependência funcional e possibilidade de morte. Este trabalho objetiva relatar uma experiência familiar e discutir a relevância do suporte psicológico aos familiares durante o percurso de adoecimento de uma pessoa com múltiplas doenças crônicas. **Metodologia:** Relato de experiência descritivo, de sistematização retrospectiva, elaborado por membro da família que acompanhou parte do itinerário assistencial de um paciente idoso no Sistema Único de Saúde, do atendimento pré-hospitalar ao óbito, e a quem os demais familiares relatavam o que vinham sentindo. As informações provieram da observação direta de parte dos acontecimentos, dos relatos dirigidos a esse autor e das informações clínicas comunicadas pelas equipes durante o cuidado habitual, sem entrevistas formais, instrumentos, coleta dirigida de dados ou consulta ao prontuário. **Resultados:** O paciente, com múltiplas doenças crônicas, apresentou episódio grave de hipoglicemia, necessitou de atendimento pré-hospitalar e permaneceu internado em Unidade de Terapia Intensiva. Após recuperar o nível de consciência, recebeu suporte psicológico do serviço hospitalar. No percurso acompanhado, a família não identificou orientação sistemática dirigida aos próprios familiares sobre possibilidades de apoio psicológico diante do adoecimento grave, da hospitalização, da transição do cuidado e da posterior perda. **Conclusões:** A experiência reforça a importância de reconhecer a família como parte do cuidado, com comunicação qualificada, acolhimento e orientação sobre os recursos de apoio, respeitando a singularidade das respostas emocionais e do luto.

Palavras-chave: Unidades de Terapia Intensiva; Cuidadores; Saúde Mental; Luto; Cuidados Paliativos.

DOI: 10.51161/integrar/rems/4970
Editora Integrar© 2026.
Todos os direitos reservados.

ABSTRACT

Introduction: Advanced chronic diseases can affect the entire family, especially when they involve critical illness, functional dependence, and the possibility of death. This study aims to report a family experience and discuss the relevance of psychological support for family members during the illness trajectory of a person with multiple chronic diseases. **Methodology:** A descriptive experience report, retrospectively systematized, written by a family member who followed part of the care trajectory of an older patient within the Brazilian Unified Health System, from prehospital care to death, and to whom the other relatives reported what they were feeling. Information came from direct observation of part of the events, from the accounts addressed to this author, and from clinical information communicated by the teams during usual care, with no formal interviews, instruments, directed data collection, or medical record review. **Results:** The patient, with multiple chronic diseases, experienced a severe episode of hypoglycemia, required prehospital care, and was admitted to an Intensive Care Unit. After regaining consciousness, the patient received psychological support from the hospital service. Along the trajectory followed, the family identified no systematic guidance addressed to family members themselves regarding possibilities of psychological support in the face of severe illness, hospitalization, care transition, and subsequent loss. **Conclusions:** The experience reinforces the importance of recognizing the family as part of care, with qualified communication, welcoming support, and guidance on support resources, while respecting the singularity of emotional responses and the grieving process.

Keywords: Intensive Care Units; Caregivers; Mental Health; Grief; Palliative Care.

INTRODUÇÃO

O avanço das doenças crônicas não transmissíveis e o envelhecimento populacional têm ampliado o número de pessoas que convivem, por períodos prolongados, com limitações funcionais, tratamentos complexos, internações recorrentes e incertezas prognósticas. Nesse contexto, a doença ultrapassa a dimensão estritamente biológica e repercute sobre a organização familiar, modificando papéis, responsabilidades e estratégias de enfrentamento.

No Brasil, a multimorbidade e a coexistência de condições como diabetes mellitus e doença renal crônica representam desafios importantes para a continuidade do cuidado (Malta et al., 2022; Marinho et al., 2017; Melo; Lima, 2020). À medida que a doença avança, familiares e cuidadores podem assumir responsabilidades progressivas e vivenciar sobrecarga física, emocional e social (Delalibera et al., 2015; Delalibera; Barbosa; Leal, 2018).

A internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pode intensificar esse sofrimento em razão da gravidade clínica, da incerteza prognóstica e da possibilidade de morte. Entretanto, medo, tristeza, ansiedade e sofrimento diante dessas circunstâncias não devem ser automaticamente interpretados como transtornos mentais. É necessário reconhecer a singularidade das respostas emocionais e identificar, quando pertinente, as situações que demandem avaliação e acompanhamento especializados (Alves et al., 2021; Freitas, 2018).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) constitui um dos dispositivos de articulação do cuidado em saúde mental (Brasil, 2011). A Resolução nº 41, de 31 de

outubro de 2018, da Comissão Intergestores Tripartite, inclui entre os princípios dos cuidados paliativos o apoio à família durante a doença e o luto, e a Política Nacional de Cuidados Paliativos reforça a atenção à pessoa cuidada, aos familiares e aos cuidadores (Brasil, 2018; Brasil, 2024).

Diante desse contexto, este trabalho tem como objetivo relatar uma experiência familiar e discutir, à luz da literatura, a relevância do suporte psicológico aos familiares durante o percurso de adoecimento de uma pessoa com múltiplas doenças crônicas.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Caracterização do relato e origem das informações

Trata-se de relato de experiência de caráter descritivo, elaborado por sistematização retrospectiva de uma vivência familiar que não foi originalmente planejada como investigação científica. O objeto do relato é o itinerário assistencial de um paciente idoso com múltiplas doenças crônicas atendido no SUS, compreendendo quatro momentos sucessivos: o atendimento pré-hospitalar de urgência, a internação em terapia intensiva, a alta para o domicílio e o período domiciliar até o óbito.

A experiência foi vivenciada e registrada por um dos autores, membro da família do paciente. Ele acompanhou o paciente em algumas situações do percurso, e não de forma cotidiana, mas conhecia a situação em seu conjunto. Ao longo do adoecimento, tornou-se a pessoa com quem os demais familiares compartilhavam o que sentiam. Em conversas frequentes, relatavam a angústia, a ansiedade e o medo da perda iminente diante do estado em que viam o paciente. O presente relato foi elaborado a partir dessa posição, a de quem centralizou esses relatos sem ser o cuidador cotidiano. Esse autor é enfermeiro por formação, o que favoreceu a compreensão dos termos e das condutas comunicados pelas equipes, mas em nenhum momento atuou profissionalmente na assistência ao paciente, não integrou as equipes que o atenderam e não teve acesso profissional a registros clínicos. Os demais autores não participaram da experiência familiar; sua contribuição ocorreu posteriormente, na sistematização do relato, na busca e na análise da literatura e na redação e revisão crítica do manuscrito.

As informações que compõem o relato têm três origens, todas anteriores à decisão de elaborar o manuscrito. A primeira é a observação direta dos acontecimentos nas situações em que esse autor acompanhou o paciente. A segunda, e principal, são os relatos que os demais familiares lhe dirigiram ao longo do percurso, nos quais descreviam tanto os acontecimentos quanto o que sentiam diante deles. A terceira são as informações clínicas comunicadas verbalmente pelas equipes à família durante o cuidado habitual. Não foram realizadas entrevistas formais com familiares ou com profissionais, não foram aplicados questionários, escalas ou quaisquer instrumentos, não houve coleta prospectiva ou dirigida de dados para fins de pesquisa e não houve consulta ao prontuário do paciente em nenhuma etapa da elaboração deste manuscrito.

A sistematização ocorreu após o óbito, a partir da reflexão sobre o sofrimento vivenciado pelos familiares, e seguiu três etapas. Primeiro, a cronologia do percurso foi reconstruída por esse autor a partir da memória dos acontecimentos e dos relatos que havia recebido, e organizada nos quatro momentos assistenciais descritos. Em seguida, essa cronologia foi conferida com outros familiares que acompanharam o percurso, mantendo-se no relato apenas os acontecimentos sobre os quais houve convergência de lembranças. Por fim, os elementos retidos foram confrontados com a literatura científica sobre sobrecarga do cuidador, repercussões da internação em terapia intensiva sobre familiares, comunicação em saúde

e luto, o que orientou a seleção do que seria discutido. O relato não corresponde, portanto, a registro contemporâneo aos fatos, e os limites decorrentes dessa forma de obtenção das informações são retomados ao final da discussão.

Aspectos éticos

O presente relato não configura pesquisa com seres humanos nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde: não houve intervenção, alocação de participantes, coleta prospectiva ou dirigida de dados, aplicação de instrumentos, entrevistas formais com familiares ou profissionais, nem acesso ao prontuário do paciente. Trata-se de sistematização retrospectiva de situação emergida espontânea e contingencialmente no percurso assistencial vivenciado pela própria família, condição prevista no art. 1º, parágrafo único, da Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde, entre aquelas não registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP, desde que não sejam reveladas informações capazes de identificar o participante (Brasil, 2012; Brasil, 2016).

A dispensa de registro não afasta, contudo, os deveres éticos assumidos na elaboração do manuscrito. Os familiares legalmente responsáveis, na condição de detentores da experiência relatada e de representantes do paciente falecido, autorizaram formalmente e por escrito a publicação deste relato. O manuscrito não avalia, não nomeia e não responsabiliza profissionais, equipes ou instituições, e nenhum benefício ou prejuízo para qualquer envolvido decorreu da decisão de relatar a experiência.

Para proteção da privacidade, foram omitidos nome, iniciais, sexo, idade exata, vínculo específico de parentesco, datas, valores laboratoriais pontuais, tempo exato de internação, procedimentos invasivos realizados, instituição de atendimento e local de residência, bem como quaisquer outros elementos capazes de favorecer, isoladamente ou em conjunto, a identificação do paciente ou de seus familiares. Nenhum prontuário, exame, documento clínico ou imagem integra o manuscrito, e as informações clínicas foram limitadas ao mínimo necessário para contextualizar a experiência e sustentar a discussão.

A experiência relatada

O paciente era pessoa idosa e apresentava diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, retinopatia diabética e doença renal crônica avançada, além de limitações funcionais que tornavam complexa a continuidade do acompanhamento nas diferentes especialidades envolvidas. O cuidado cotidiano era exercido pela família, no domicílio.

Nesse contexto, o paciente apresentou descompensação clínica grave associada a episódio de hipoglicemia, com rebaixamento do nível de consciência e importante comprometimento do estado geral. Diante da gravidade, foi acionado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), seguindo-se o atendimento pré-hospitalar e a transferência para unidade hospitalar.

Na sequência, o paciente necessitou de internação em UTI por período prolongado. Durante essa etapa, a família vivenciou incerteza, medo, angústia e ansiedade diante da gravidade clínica e da possibilidade de morte, em um cotidiano organizado em torno das informações fornecidas pela equipe e da espera por elas. Após recuperar o nível de consciência e apresentar estabilização parcial, o paciente passou a receber suporte psicológico de profissionais do serviço hospitalar.

No percurso acompanhado, contudo, a família não identificou orientação sistemática dirigida aos próprios familiares sobre possibilidades de acesso a apoio psicológico para lidar com as repercussões emocionais relacionadas ao agravamento da doença, à internação crítica, à transição do cuidado e à

possibilidade de perda. Essa constatação corresponde ao que a família percebeu e às informações que efetivamente recebeu no percurso descrito.

Após a alta hospitalar, o paciente retornou ao domicílio, permanecendo sob os cuidados da família, que assumiu integralmente as tarefas cotidianas de observação e de cuidado. Poucos dias depois, apresentou nova descompensação clínica e evoluiu para óbito.

DISCUSSÃO

A experiência relatada evidencia como o agravamento de doenças crônicas e a necessidade de internação em terapia intensiva repercutem sobre a dinâmica familiar. No percurso descrito, os familiares acompanharam uma situação clínica grave, conviveram com a incerteza quanto à evolução do paciente e, em intervalo curto, enfrentaram a transição para o domicílio e a morte.

A literatura demonstra que familiares e cuidadores de pessoas com doenças avançadas podem apresentar sobrecarga emocional, física e social, especialmente quando o cuidado se prolonga e exige reorganização da rotina familiar (Delalibera et al., 2015; Delalibera; Barbosa; Leal, 2018). Em situações de internação em UTI, familiares também podem apresentar sintomas de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático, fenômenos reunidos sob a designação de síndrome pós-cuidados intensivos na família (Oliveira; Fumis, 2018; Shirasaki et al., 2024). Shirasaki et al. (2024) acrescentam que essas repercussões podem persistir depois da internação, razão pela qual as estratégias de prevenção são descritas como um conjunto contínuo de ações, que inclui informação adequada, facilitação da comunicação, apoio ao luto e seguimento da família, e não como intervenção restrita ao período de maior instabilidade. A experiência aqui relatada torna visível essa continuidade, já que a família percorreu, em sequência, a urgência, a terapia intensiva, o domicílio e a perda.

Essas manifestações, contudo, precisam ser interpretadas com cautela. O sofrimento diante da ameaça à vida e da perda pode constituir resposta humana esperada e não deve ser automaticamente patologizado. Freitas (2018) e Alves et al. (2021) discutem criticamente a medicalização do luto e ressaltam a importância de distinguir as experiências emocionais próprias do processo de adaptação daquelas condições que efetivamente demandam avaliação e tratamento especializados. No caso relatado, não se afirma que todos os familiares necessitassem de acompanhamento psicológico. O que se defende é que conhecessem as possibilidades de acolhimento e de avaliação profissional, caso o sofrimento ultrapassasse seus recursos habituais de enfrentamento.

Cabe esclarecer o sentido de suporte psicológico empregado neste trabalho. O termo não se restringe à psicoterapia formal ou ao atendimento continuado por psicólogo. No contexto assistencial, ele abrange o acolhimento inicial, a escuta qualificada, a identificação de vulnerabilidades, a comunicação compreensível, a orientação sobre reações emocionais esperadas e a informação sobre onde buscar acompanhamento quando necessário. Em momentos de intensa carga emocional, tornar esses recursos visíveis para a família pode ser tão importante quanto mantê-los disponíveis na instituição.

A comunicação merece atenção particular, porque familiares em situação de crise recebem grande quantidade de informações em um período marcado por medo e incerteza. Silva et al. (2018), ao analisarem o conceito de conferência familiar em cuidados paliativos, identificaram como elementos constitutivos a presença de dúvidas, a necessidade de definição de um plano de cuidados, a comunicação eficaz e a construção consensual das condutas. Na experiência relatada, o cotidiano da família na UTI organizou-se em torno das informações recebidas e da espera por elas. Isso não significa que toda família precise

de reuniões formais, mas indica que a qualidade da comunicação influencia a maneira como o percurso assistencial é compreendido.

O cuidado centrado na família também não depende de uma intervenção isolada. Em ensaio clínico randomizado conduzido em unidades de terapia intensiva brasileiras, Rosa et al. (2019) não observaram redução do desfecho clínico primário com um modelo de visitação mais flexível, mas identificaram benefícios em desfechos emocionais dos familiares; em seguimento de doze meses do mesmo ensaio, Souza et al. (2024) verificaram redução na prevalência de sintomas de estresse pós-traumático entre familiares expostos à visitação flexível. Em revisão sistemática de revisões qualitativas e de métodos mistos, Gunnlaugsdóttir et al. (2024) sintetizaram nove revisões baseadas em 124 estudos originais e identificaram, entre as necessidades dos familiares, o enfrentamento da incerteza e da sobrecarga emocional, a comunicação recíproca com a equipe e a possibilidade de participação no cuidado, destacando que o suporte deve ser ajustável às necessidades de cada família e proativo quanto às questões emocionais. Esses achados sugerem que medidas organizacionais e relacionais atuam de forma complementar, e que o cuidado à família depende tanto da existência de recursos quanto de sua oferta ativa.

A experiência relatada se insere nesse debate. O paciente recebeu suporte psicológico após recuperar o nível de consciência, mas os familiares não identificaram orientação equivalente dirigida às próprias necessidades emocionais durante o percurso que acompanharam. Três hipóteses permanecem abertas. As ações poderiam inexistir nas instituições envolvidas; poderiam ser ofertadas apenas mediante demanda específica; ou poderiam estar disponíveis sem terem sido percebidas pela família. Um relato retrospectivo de vivência familiar não permite distinguir entre elas, nem avaliar a estrutura, a disponibilidade ou a efetividade dos serviços. O que a experiência permite discutir é a visibilidade e o acesso percebido aos recursos de apoio, e essa delimitação preserva sua contribuição sem extrapolar o que ela sustenta.

A transição entre o hospital e o domicílio é outro momento sensível. A alta desloca para a família parte importante das responsabilidades cotidianas de observação e de cuidado e, quando ocorre após doença grave, podem coexistir o alívio pela saída do hospital e a insegurança quanto à evolução clínica e à possibilidade de nova descompensação. No caso relatado, o óbito ocorreu poucos dias após o retorno ao domicílio, o que torna essa transição parte central da experiência familiar. No SUS, a continuidade do apoio nesse intervalo depende da articulação entre pontos de atenção. A RAPS foi instituída para integrar serviços e favorecer o cuidado em saúde mental de forma articulada (Brasil, 2011). Já a Resolução nº 41/2018 e a Política Nacional de Cuidados Paliativos incluem explicitamente familiares e cuidadores no horizonte do cuidado, inclusive no luto (Brasil, 2018; Brasil, 2024). Essas normas não descrevem como cada serviço organiza concretamente esse apoio, mas oferecem o marco no qual a comunicação sobre possibilidades de acolhimento e encaminhamento se torna exigível.

A contribuição deste relato não está em demonstrar frequência ou causalidade, objetivos incompatíveis com seu desenho. Está em tornar visível, a partir da posição de quem atravessou o percurso, uma dimensão do itinerário assistencial que costuma ser descrita do ponto de vista dos serviços. Relatos de experiência podem formular perguntas, indicar aspectos que merecem investigação sistemática e aproximar a literatura científica de situações concretas de cuidado, contanto que seus limites sejam reconhecidos.

Os limites deste relato são consideráveis. Trata-se de experiência familiar única, sistematizada retrospectivamente, sem desenho prospectivo, coleta sistemática de dados, instrumentos validados, entrevistas formais ou consulta ao prontuário; as informações provêm da observação direta, dos relatos

compartilhados entre familiares e do que foi comunicado pelas equipes durante o cuidado habitual. A reconstrução está, assim, sujeita à memória e à interpretação dos envolvidos, e o procedimento de conferência entre familiares descrito na seção anterior atenua, mas não elimina, esse viés. Não se pretende estabelecer relações causais, mensurar a prevalência de sofrimento psicológico, avaliar a efetividade dos serviços envolvidos nem afirmar a existência de lacuna generalizada de suporte psicológico no SUS.

Decorre daí que os achados não são generalizáveis para outras famílias, instituições ou contextos assistenciais e devem ser compreendidos como reflexão derivada de uma experiência singular, contextualizada pela literatura científica.

CONCLUSÃO

A experiência familiar relatada evidencia que o percurso de uma pessoa com doenças crônicas avançadas produz repercussões emocionais importantes sobre aqueles que acompanham o adoecimento, particularmente diante da internação crítica, da transição para o domicílio e da morte.

No caso apresentado, embora o paciente tenha recebido suporte psicológico durante a hospitalização, a família não identificou, no percurso que acompanhou, orientação sistemática sobre possibilidades de apoio psicológico dirigidas a ela própria. A literatura discutida sustenta a importância de estratégias de comunicação, acolhimento e orientação que reconheçam a família como parte do cuidado, e a articulação entre atenção hospitalar, Atenção Primária à Saúde e Rede de Atenção Psicossocial pode favorecer a continuidade desse apoio nas transições assistenciais e após o óbito, quando necessário. Esse suporte deve respeitar a singularidade das respostas emocionais diante do adoecimento e da perda, evitando a patologização automática do sofrimento e possibilitando avaliação especializada quando indicada.

Como relato de experiência singular, sistematizado de forma retrospectiva e sem coleta sistemática de dados, o trabalho não permite estabelecer relações causais, estimar a frequência do sofrimento familiar nem avaliar a estrutura ou a efetividade dos serviços envolvidos. Sua contribuição está em outro plano: mostrar, a partir da vivência familiar, a diferença entre a existência de recursos de apoio e o reconhecimento desses recursos pela família ao longo do itinerário assistencial.

Como perspectiva futura, estudos com delineamentos sistemáticos e participação de diferentes contextos assistenciais podem investigar de que maneira os familiares são informados sobre os recursos de suporte disponíveis, em quais momentos do itinerário essa orientação ocorre e quais fatores facilitam ou dificultam o acesso percebido a essas formas de cuidado. Investigações desse tipo ampliariam a compreensão sobre estratégias de comunicação e acolhimento dirigidas às famílias.

REFERÊNCIAS

ALVES, A. M. et al. Medicalização do luto: limites e perspectivas no manejo do sofrimento durante a pandemia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 9, e00133221, 2021. DOI: 10.1590/0102-311X00133221.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

DELALIBERA, M. et al. Burden of caregiving and its repercussions on caregivers of end-of-life patients: a systematic review of the literature. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2731-2747, 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015209.09562014.

DELALIBERA, M.; BARBOSA, A.; LEAL, I. Circunstâncias e consequências do cuidar: caracterização do cuidador familiar em cuidados paliativos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1105-1117, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018234.12902016.

FREITAS, J. L. Luto, pathos e clínica: uma leitura fenomenológica. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 50-57, 2018. DOI: 10.1590/0103-656420160151.

GUNNLAUGSDÓTTIR, T. et al. How can family members of patients in the intensive care unit be supported? A systematic review of qualitative reviews, meta-synthesis, and novel recommendations for nursing care. **International Journal of Nursing Studies Advances**, Amsterdam, v. 7, 100251, 2024. DOI: 10.1016/j.ijnsa.2024.100251.

MALTA, D. C. et al. Diabetes autorreferido e fatores associados na população adulta brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 2643-2653, 2022. DOI: 10.1590/1413-81232022277.02572022.

MARINHO, A. W. G. B. et al. Prevalência de doença renal crônica em adultos no Brasil: revisão sistemática da literatura. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 379-388, 2017. DOI: 10.1590/1414-462X201700030134.

MELO, L. A.; LIMA, K. C. Prevalência e fatores associados a multimorbidades em idosos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 3869-3877, 2020. DOI: 10.1590/1413-812320202510.34492018.

OLIVEIRA, H. S. B.; FUMIS, R. R. L. Sex and spouse conditions influence symptoms of anxiety, depression, and posttraumatic stress disorder in both patients admitted to intensive care units and their spouses. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 35-41, 2018. DOI: 10.5935/0103-507X.20180004.

ROSA, R. G. et al. Effect of flexible family visitation on delirium among patients in the intensive care unit: the ICU Visits randomized clinical trial. **JAMA**, Chicago, v. 322, n. 3, p. 216-228, 2019. DOI: 10.1001/jama.2019.8766.

SHIRASAKI, K. et al. Postintensive care syndrome family: a comprehensive review. **Acute Medicine & Surgery**, Tokyo, v. 11, n. 1, e939, 2024. DOI: 10.1002/ams2.939.

Barbosa et. al, 2026 Rev. Multi. Saúde, v. 7, n. 4

SILVA, R. S. da et al. Conferência familiar em cuidados paliativos: análise de conceito. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 1, p. 206-213, 2018. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0055.

SOUZA, J. M. B. de et al. Long-term effects of flexible visitation in the intensive care unit on family members' mental health: 12-month results from a randomized clinical trial. **Intensive Care Medicine**, Berlin, v. 50, n. 10, p. 1614-1621, 2024. DOI: 10.1007/s00134-024-07577-3.