

Visita Virtual em UTI na Pandemia de COVID-19: Um relato de experiência.

ICU Virtual Tour in the COVID-19 Pandemic: An experience report

Trabalho inserido na categoria: relato de experiência profissional.

### **Visita Virtual em UTI na Pandemia de COVID-19: Um relato de experiência**

**Resumo:** Esse artigo relata a experiência da implantação do projeto piloto de visita virtual dentro de uma unidade de terapia intensiva em um hospital público no interior da Bahia. A metodologia utilizada contemplou observação participante e registro em diário de campo. Observou-se que a visita se estabelecia como um importante canal de comunicação entre pacientes e familiares, onde podiam ser explorados aspectos tanto relativos ao processo de hospitalização quanto acontecimentos-atualizações da vida diária. A experiência reafirmou a viabilidade e a importância das visitas para manutenção da vinculação entre família e paciente hospitalizado; desvelou a necessidade de investimentos institucionais em infraestrutura tecnológica e mostrou ser imprescindível a reavaliação constante das práticas psicológicas em saúde. **Palavras-chave:** COVID-19, unidades de terapia intensiva, psicologia hospitalar.

### **ICU Virtual Tour in the COVID-19 Pandemic: An experience report**

**Abstract:** This article reports the experience of implementing the pilot project of virtual visit inside an intensive care unit in a public hospital in the countryside of Bahia. The methodology used included participant observation and recording in a field diary. It was observed that the visit was established as an important communication channel between patients and family members, where aspects related to the hospitalization process and events-updates of daily life could be explored. The experience reaffirmed the feasibility and importance of visits to maintain the link between family and hospitalized patient; unveiled the need for institutional investments in technological infrastructure and proved to be a constant reassessment of psychological health practices. **Keywords:** COVID-19, intensive care units, hospital psychology.

## Introdução

Em março de 2020 a Organização Mundial da Saúde decretou estado de pandemia devido a propagação do vírus SARS-COV 2, conhecido popularmente como Coronavírus ou COVID-19 (Coronavírus Disease 2019). A declaração demandou diversas ações para controle e segurança da população, proporcionando mudanças significativas na rotina das comunidades e no funcionamento das instituições de saúde (Governo Federal, 2020). A Nota Técnica emitida pelo Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (GASEC/SESAB nº 01) orientou sobre práticas sociais, grupos de riscos e intervenções a níveis institucionais nos hospitais a fim de diminuir a circulação de pessoas e reduzir a disseminação do vírus. Dentre essas medidas está a suspensão de visitas em unidades de terapia intensiva (UTI) pelo prazo inicial de 90 dias (Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2020).

A UTI consiste em um local onde há um investimento pleno para recuperação da saúde, destinado a assistir pacientes graves e instáveis, abrangendo cuidados para a minimização de danos e sequelas. Dentro da unidade, compreende-se que o processo de hospitalização ocasiona uma ruptura com a identidade anteriormente atribuída ao paciente, que agora passa a ser dependente de um cuidado contínuo, especializado e emergencial (Alencar, Soares, Coelho, & Pinheiro, 2018). Ademais, o paciente internado passa por diversos procedimentos que podem proporcionar despersonalização e alterações na aparência física, causando angústia e grande estranhamento aos familiares, especialmente se as visitas são interrompidas ou realizadas de modo esporádico e intermitente. (Ferreira & Nicolau, 2013)

Considerando que família é um grupo de pessoas vinculado por ligação afetiva (Freitas, Mussi, & Menezes, 2012), se mostra de suma importância para o processo de restabelecimento de saúde do paciente o contato com familiares durante a hospitalização. A restrição e diminuição no tempo de visitas e o controle de proximidade entre paciente hospitalizado em UTI e seus familiares trazem, por sua vez, repercussões importantes para ambos, podendo

fomentar situações de estresse e ansiedade (Eugênio, Filho, & Souza, 2017), que tende a se acentuar no contexto pandêmico dado às alterações nos fluxos dos serviços dentro dos hospitais.

Possibilidades de intervenção psicológica dentro das unidades de terapia intensiva, visam favorecer os aspectos que causam implicações ao cuidado do paciente, como sintomas ansiosos e depressivos (Ferreira & Nicolau, 2013). Para isso é relevante que técnicas sejam elaboradas de modo a contemplar as novas demandas e que englobam as limitações do cenário atual. Dessa forma, o uso de tecnologias pode se configurar como grande auxílio na adequação de atendimentos psicológicos no contexto da pandemia do Coronavírus. Em consequência deste fato, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) elaborou um novo documento de orientação e norteamento da prática psicológica, a Resolução nº 04, de 26 de março de 2020, que dispõe sobre as recomendações do uso de tecnologia durante o período da pandemia (Conselho Federal de Psicologia, 2020).

A partir do surgimento do contexto pandêmico, surge uma nova demanda de atendimento psicológico no hospital, a visita virtual. Esse conceito, ainda emergente, se configura como uma proposta interventiva onde o profissional de saúde, geralmente psicólogo, oferta ao paciente e família a possibilidade de contato através de meios de comunicação eletrônicos, seja áudio chamada, vídeo chamada ou ainda mensagem de voz (Crispim, Silva, Cedotti, Câmara, & Gomes, 2020) Através dessa prática, se propõe proporcionar aos participantes uma experiência similar à ocorrida por meio presencial, o contato com o ente querido, que por conta do adoecimento se encontra fragilizado em meio a distância do contato com o núcleo familiar.

Considerando as adversidades do período atual, marcado pelo distanciamento social, restrições em relação ao contato físico, às práticas de saúde, a importância da família durante a internação e a necessidade de desenvolver práticas inovadoras de intervenção psicológica nas UTI's, este trabalho constituiu-se por um relato da experiência da implementação da visita

virtual como projeto-piloto. O intuito do trabalho foi de contribuir para a exploração do tema que, na literatura, por conta da emergência que envolve o cenário mundial pelo novo Coronavírus (Covid-19) segue ainda pouco explorado.

### **Percurso metodológico**

O trabalho consiste em um relato de experiência profissional, sobre a implementação de um projeto-piloto de visita virtual com vistas ao desenvolvimento de um protocolo de visitas virtuais na UTI adulto de um Hospital Geral do Sudoeste da Bahia de atendimento exclusivo do Sistema Único de Saúde (SUS), localizado no interior da Bahia. O protocolo consistia em avaliar brevemente sobre o estado geral do paciente, sendo dividido em quatro categorias: 1) dados de identificação do paciente, 2) exame psíquico, 3) identificação do familiar participante e 4) desfecho da solicitação. Em complementação, foi elaborado termo de autorização de uso de imagem e voz para respaldar o hospital em termos jurídicos.

A experiência relatada foi desenvolvida no período de junho a agosto de 2020 e é parte do trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do título de psicólogo especialista pelo Programa de Residência Multiprofissional em Urgência da Universidade Federal da Bahia.

Concebido como uma forma de produção científica própria das ciências humanas, o relato de experiência consegue narrar os aspectos vivenciados sob uma ótica não centralizadora, mas sim propulsora, onde é possível discorrer sobre um tema, servindo-se deste como elemento desencadeador para desenvolvimento de estudos mais aprofundados (Daltro & Faria, 2019). O relato de experiência permite não só narrar a intervenção, mas analisar os processos e construir produções científicas sob uma interpretação abrangente e intuitivo-operativa, gestada e nascida da prática – por isso extremamente potente.

A experiência relatada possui caráter qualitativo e foi realizada mediante duas técnicas de coleta de dados: a observação participante e o registro em diário de campo, precedidas por autorização do Núcleo de Ensino e Pesquisa do Hospital.

As observações participantes empenhadas durante as visitas virtuais se caracterizaram como livres, mas diretivas por serem orientadas a partir de um diário de campo que consistia em relatar as visitas categorizando os dados entre descritivos e analíticos. Os relatos objetivam tanto captar as sutilezas da prática profissional, como estabelecer a vinculação terapêutica para a efetivação da intervenção (visita virtual).

Técnica muito utilizada nas ciências humanas, a observação participante fornece uma perspectiva holística e natural das matérias a serem estudadas (Mónico, Alferes, Parreira, & Castro, 2017). A partir dessa técnica, é possível realizar uma observação aprofundada de fenômenos complexos, buscando compreendê-los de forma mais completa, valorizando sua complexidade e singularidade, incorporando dados tais como emoções, dizeres, olhares, gestos - que são difíceis de captar por entrevistas estruturadas, questionários ou auto avaliação.

Os aspectos observados antes e durante a visita virtual foram registrados em diário de campo com propósito de concentrar e sistematizar os achados, sendo esse preenchimento realizado brevemente ainda durante a visita e aprofundado posteriormente. Concomitantemente, foi realizada a análise dos registros, correlacionando os aspectos teórico-práticos relativos às visitas, à técnica profissional e à literatura vigente, com intuito de embasar a prática ensejada, identificar possíveis fragilidades e implementar aprimoramentos na intervenção.

Foram registradas 37 visitas virtuais nos diários de campo no período citado, com 23 famílias contempladas, tempo médio de duração das chamadas 8 minutos (um intervalo de [1;24] minutos), sendo cada registro dividido por: Dados Descritivos (data da visita, quem solicitou, horário de início e de término, notas do observador) e Dados Reflexivos (narração

das dificuldades do processo, da dinâmica da visita e eventuais pontos relevantes observados). A análise dos dados e os resultados poderão, por sua vez, subsidiar a construção de um protocolo institucional de visita virtual, a ser apreciado e aprimorado pelo Serviço de Psicologia do Hospital.

### **Procedimentos de estruturação do projeto piloto: a implantação**

A partir da definição de restrição de visitas em UTI, estipulada pelo Governo da Bahia em março de 2020 como medida de contenção ao avanço do COVID-19, houve a necessidade de criar estratégias para garantir a interação entre pacientes e familiares nesses espaços (Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2020). Uma das principais ferramentas encontradas foi a realização de chamadas de áudio e vídeo através de aplicativos de comunicação.

Para estabelecer uma padronização da liberação das visitas, foi montado um projeto-piloto de visitas virtuais pela residente de psicologia, com o apoio da psicóloga de referência da unidade. Sua elaboração foi pensada a partir da manifestação de familiares e pacientes hospitalizados na UTI por ocasião da restrição de visitas citada acima. Cabe reiterar que a restrição de visitas foi aplicada em todas as UTI's do hospital (total de cinco), com pacientes com COVID-19 ou não. Sendo assim, pacientes com quadro de saúde estável, orientados e com capacidade de comunicação e seus familiares também foram afetados pela medida de contingência.

O desenvolvimento do projeto-piloto foi realizado mediante a cartilha elaborada pela Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH), que traz ilustrações e direcionamentos quanto a forma de execução das visitas, como estrutura, triagem de pacientes, duração das visitas e outros (Crispim, Silva, Cedotti, Câmara, & Gomes, 2020). Essas orientações foram avaliadas e adaptadas para o contexto do hospital, observando as características e peculiaridades do mesmo assim como o público alvo.

O intuito inicial da proposta foi de utilizar uma das unidades adulto do hospital como projeto piloto, com o apoio da psicóloga de referência, avaliando sua efetividade e aplicabilidade, para posteriormente disponibilizá-lo para replicação por qualquer profissional da equipe, sendo também possível realizar uma expansão para outras unidades do hospital. Isso se mostrou necessário principalmente nas unidades que, devido à exclusividade de atendimento ao COVID-19, vem operando com equipe reduzida, sem a presença física do psicólogo dentro do espaço. Contudo, tal objetivo, encontrou empecilho relativo a uma questão de ordem prática, como os profissionais que não possuem qualificações técnicas para realizar exame psíquico com paciente poderia realizar esse ponto de desenvolvimento do protocolo? Diante disso, observou-se que o protocolo ainda necessita de ajustes, pois durante a aplicação do piloto não se chegou a uma solução para a variável.

Para a realização da visita foi disponibilizado pela unidade hospitalar o *WIFI*, sendo o aparelho telefônico utilizado para a efetivação das chamadas, pertencente à própria residente e ou psicóloga de referência. Entretanto, nem sempre era possível realizar as visitas através da rede fornecida pelo hospital, que em alguns momentos apresentou falhas e interrupções técnicas. Com dificuldades em relação aos equipamentos, coube aos profissionais utilizarem, em alguns momentos, recursos próprios para garantir a continuação das chamadas, algo que se mostrou como uma importante estratégia na recuperação dos pacientes.

A escolha das ferramentas utilizadas foi prioritariamente voltada para dispositivos que comportassem chamadas de vídeo e internet. Entretanto, em alguns casos, devido às limitações do quadro clínico, contexto social ou financeiro dos pacientes e familiares, esta forma de execução da visita tinha que ser modificada. Para isso utilizou-se tanto a opção de áudio chamada, como gravações de voz para garantir a realização da visita. Foi observado que apesar de ambas as opções ofertadas oferecerem retornos positivos, a chamada de vídeo, por permitir um contato visual entre o paciente e o ente querido, proporciona um retorno maior na maioria



das ocasiões. Houve também a possibilidade de adaptação para outras formas de contato, onde a visita era realizada próxima ao horário do boletim médico, com o auxílio dos dispositivos de dois psicólogos, um que ficava acompanhando o familiar na parte externa do hospital e o outro com o paciente dentro da UTI.

### *Implicações do setting em unidade intensiva na visita virtual*

O ambiente em unidade de terapia intensiva é muito dinâmico e complexo, algo que reverbera diretamente na experiência dos pacientes que lá ficam internados. No momento da realização de uma visita virtual esse contexto precisa ser levado em consideração, pois poderá impactar significativamente na experiência ofertada. Durante a aplicação do piloto todos esses aspectos foram levados em consideração, sendo após discussão na reunião multiprofissional diária. A partir dessa iniciativa, foi possível ter um maior controle das interferências durante as chamadas, pois toda a equipe estava ciente que o horário estava reservado para uma intervenção com a psicologia, sendo somente realizados procedimentos emergenciais ou inadiáveis (mudança de decúbito no leito, administração de medicamentos, banho, inserção de dietas, técnicas invasivas.).

Mesmo frente às peculiaridades do ambiente e da gravidade dos casos clínicos internados em uma UTI, é preciso estar atento aos horários e à rotina preestabelecida na unidade para que haja o mínimo de interferência nas visitas virtuais. Cabe ao profissional que conduzirá a visita estar atento à observação da rotina estabelecida na unidade, assim como a avaliação prévia do paciente e comunicação com a equipe da unidade para que sejam minimizadas situações de interrupções desnecessárias e que a visita virtual possa funcionar potencialmente como disparador de sensibilização a todos os participantes.

### *Triagem de participantes*

A possibilidade de visita virtual era ofertada para os pacientes lúcidos e orientados. Nos demais casos, pacientes inconscientes ou confusos, era recomendado prioritariamente a reprodução de mensagens de áudio. Em casos específicos, eram realizadas avaliações e discussões com a equipe durante as reuniões multiprofissionais para, em condições excepcionais, serem feitas chamadas de vídeo, como no caso de pacientes em cuidados proporcionais em fim de vida, onde a visita permite que a família pudesse realizar rituais de despedida, mesmo que o paciente não estivesse responsivo no momento. O processo também ocorreu segundo indicação de membros da equipe ou por demanda espontânea, quando o paciente e ou familiar solicitava a visita, algo que ocorria frequentemente.

Seguidamente ao recebimento da solicitação, foi realizada a avaliação do paciente, feito pela psicóloga de referência, verificando seu estado físico, psíquico e sua disponibilidade para a realização da visita. No caso do familiar, era avaliado também o estado psíquico no período do boletim ou mediante contato telefônico e entrevista psicológica. Posteriormente à realização da visita, com intuito de verificar a vivência da experiência e realizar suporte emocional, conduzia-se uma reavaliação de todos os participantes.

O motivo da solicitação das visitas foi bem diversificado, avaliando-se caso a caso, sendo em sua maioria referida a distância entre os familiares e o paciente como o maior impulsionador para os pedidos, algo que funcionou como importante fator ansiogênico para ambos, conceituando a visita como uma intervenção que se mostrou uma importante estratégia de manejo desses sintomas.

#### *Participação da equipe*

Optou-se por realizar o projeto piloto com a participação apenas de profissionais da psicologia, que foram as autoras do projeto. Tal fato se justifica por ser uma intervenção ainda experimental e que potencialmente poderia apresentar necessidades de ajustes antes da

ampliação e institucionalização da ação. Com essa escolha, buscou-se entender quais as maiores dificuldades na aplicação da intervenção de modo que, após a finalização, fosse possível a replicação em qualquer unidade do hospital e por qualquer profissional familiarizado com o projeto.

Durante a realização das visitas, houve a livre possibilidade de participação dos profissionais da equipe, que em alguns momentos interagem tanto com o paciente quanto com os familiares, mas foi mantida a condução do projeto pela psicologia. Estes momentos foram importantes para evidenciar sobre a importância da integração entre a tríade, paciente – equipe-família, e para o estreitamento do vínculo entre eles. Essa relação é de suma importância para o “Humanizar” da assistência em saúde (Alencar, Soares, Coelho, & Pinheiro, 2018), pois traz uma vinculação subjetiva, proporcionando profundidade a relação, principalmente em um momento onde o único contato presencial que o paciente possui é a partir do profissional da equipe. Sendo assim, houve a percepção que, a presença de um profissional não psicólogo durante a visita pode ser enriquecedora, pois serve de auxílio tanto para o paciente quanto para o familiar, além de ser uma importante ferramenta na identificação de emergências.

#### *Temas emergentes*

Durante as visitas virtuais realizadas, alguns temas emergiram repetida e significativamente:

##### *a) Quadro clínico*

A checagem do estado de saúde do paciente foi explorada de modo bem recorrente pelos familiares. Havia uma preocupação em ouvir sobre esses aspectos através da perspectiva vivenciada e narrada pelo próprio paciente, suas percepções quanto ao processo de hospitalização e rotina hospitalar. Destes pontos, destacam-se a preocupação em relação à alimentação e o padrão de sono, pois serviam como norteadores para a percepção de evolução ou não do quadro clínico. Para identificação desses tópicos eram feitos questionamentos, por

parte dos familiares, quanto à quantidade de ingestão alimentar e qualidade e duração das horas de sono. A manutenção desses fatores proporciona uma visão da condição em que o paciente se encontrava no momento, visto que os familiares não tinham a oportunidade de acompanhar esses aspectos pessoalmente.

b) *Coping religioso – espiritual (CRE)*

O Coping é conceituado como um aglomerado de estratégias cognitivas e comportamentais que são desenvolvidas pelo do sujeito com o intuito de auxiliá-lo no enfrentamento de eventos adversos e ou estressores, produzindo um aumento de bem estar e qualidade de vida (Dias & Pais-Ribeiro, 2019). O processo de adoecimento, por se tratar de um momento de fragilidade para o indivíduo, se torna um momento propício para a utilização desse tipo de estratégia adaptativa. A relação entre o CRE e o processo de adoecimento serve como importante norteador de suporte existencial para identificação da percepção dos pacientes e familiares. É possível realizar avaliações quanto a qualidade dessa estratégia de enfrentamento, que pode ter um aspecto tanto positivo, quando é utilizada como fonte de inspiração e ressignificação, sem uma construção fantasiosa quanto a evolução do quadro; quanto negativo, quando é utilizado de modo a evitar contato com a situação dolorosa, construindo significados pouco condizentes com a real situação (Dias & Pais-Ribeiro, 2019).

Os rituais religiosos se fizeram presentes em todas as chamadas, desde a realização de orações, preces, rezas, a leitura de textos de referências, com a participação de entidades religiosas de referência para pacientes e familiares. Tanto os pacientes quanto os familiares abordavam esse tema e se valiam dele como forma de vivenciar o adoecimento e distanciamento social de modo mais ameno. A dimensão da espiritualidade se tornou ainda mais relevante diante do aspecto pandêmico e restritivo ao qual os pacientes estão sendo submetidos. A religião surge como uma forma abrangente de conexão com o sagrado, ao qual não necessariamente vai exigir a necessidade de intermediadores.

### *c) Significância do suporte familiar*

O intuito da realização da visita virtual, assim como ocorre na modalidade presencial, é manter o vínculo do paciente e os familiares (Crispim, Silva, Cedotti, Câmara, & Gomes, 2020). Foi através dessa estratégia que conseguimos estabelecer uma nova forma, onde a rede de apoio pudesse ser funcional e suportiva mesmo com a distância física do paciente.

Para a realização das visitas eram realizados questionamentos aos pacientes e aos familiares quanto à disponibilidade e o desejo de participar da atividade, bem como eram realizadas orientações quanto aos procedimentos que seriam adotados durante o processo. Posteriormente à visita, era feita a verificação da percepção dos participantes sobre o evento.

A observação permitiu captar as sutilezas do contato entre os participantes, a forma como se olhavam, como se chamavam, os assuntos que foram abordados, surgem como forma de acentuar a transmissão de afeto, mesmo quando não era possível obter respostas por parte do paciente (sedados, intubados). Essa percepção encontrada durante o processo dialoga com a literatura no que tange a importância do suporte familiar durante a hospitalização em UTI, proporcionando um vínculo do paciente com o universo extra hospitalar (Alencar, Soares, Coelho, & Pinheiro, 2018).

### **Considerações finais**

Considerando o contexto de limitação de práticas psicológicas presenciais, de restrições institucionais ou de estados de emergência sanitária que resultam no distanciamento entre pacientes e seus familiares, a implementação de visitas virtuais surge como dispositivo potente de intervenção nas unidades de terapia intensiva. A experiência piloto demonstrou que as visitas virtuais são alternativas possíveis e viáveis no contexto hospitalar, pois reestabelecem a vinculação da família com o paciente, possibilitam a participação de outros profissionais não

psicólogos à atividade, viabilizam a construção de rituais religiosos e existenciais de sustentação frente ao adoecimento e à internação, com ganhos para o paciente, para a família e para os profissionais de saúde, intervindo no processo de restabelecimento da saúde e da qualidade de vida.

Foi observado que a visita se estabelecia como um importante canal de comunicação entre pacientes e familiares, onde podiam ser explorados aspectos tanto relativos ao processo de hospitalização quanto acontecimentos-atualizações da vida diária. Esses momentos se mostraram importantes ferramentas de enfrentamento ao adoecimento, onde era possível realizar momentos de integração com os familiares, rituais religiosos, rituais de despedidas e planos para alta.

Desafios relacionados ao processo de visita virtual são encontrados principalmente associados aos recursos tecnológicos, que abrangem desde dificuldades de infraestrutura institucional (falta de acesso à internet, de aparelhos celulares ou *tablets* próprios destinados às práticas e uso limitado de dados móveis), quanto à realidade social do público alvo atendido no hospital. Por isso, para a implementação e manutenção das visitas virtuais é indispensável que seja realizado investimento institucional capaz de garantir a execução das atividades (como vídeo-chamadas, mensagens de voz e ligações telefônicas) e que as práticas sejam constantemente avaliadas e adaptadas à situação loco-regional, de modo a garantir ao paciente e aos familiares os benefícios proporcionados pela intervenção.

Como projeto piloto, é importante salientar que há, ainda, a necessidade de explorar e ampliar estratégias e técnicas psicológicas aliadas à tecnologia na atualidade, para que ambos conhecimentos possam servir de norteamento em situações emergenciais e de distanciamento social. Essas considerações foram apresentadas ao Serviço de Psicologia do Hospital para que possam subsidiar novas e aprimoradas intervenções.

## Referências

- Alencar, A. G., Soares, S. C., Coelho, D. P., & Pinheiro, J. A. (2018). O impacto do processo de hospitalização para o acompanhante familiar do paciente crítico crônico internado em Unidade de Terapia Semi-Intensiva. *Escola Anna Nery*, 1-8.
- Conselho Federal de Psicologia. (30 de Março de 2020). *Dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação durante a pandemia do COVID-19*. CFP. Fonte: Conselho Federal de Psicologia: <https://site.cfp.org.br/nova-resolucao-do-cfp-orienta-categoria-sobre-atendimento-on-line-durante-pandemia-da-covid-19/>
- Crispim, D., Silva, M. J., Cedotti, W., Câmara, M., & Gomes, S. A. (2020). *Visitas Virtuais Durante a Pandemia do COVID - 19*. São Paulo: SBPH.
- Daltro, M. R., & Faria, A. A. (2019). Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. *Estudos & Pesquisas em Psicologia*, 223-237.
- Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. L. (2019). O Modelo de Coping de Folkman e Lazarus: Aspectos Históricos e Conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*, 55-66.
- Eugênio, C. S., Filho, M. C., & Souza, E. N. (2017). Visita aberta em UTI: Utopia ou realidade? *Revista de Enfermagem da UFSM*, 539-549.
- Ferreira, P. D., & Nicolau, T. M. (2013). Família em UTI: importância do suporte Psicológico diante da iminência de morte. *SBPH*, 88-112.
- Freitas, K. S., Mussi, F. C., & Menezes, I. G. (2012). Desconfortos vividos no cotidiano de familiares de pessoas internadas na UTI. *Escola Anna Nery*, 704-711.

Mónico, L. d., Alferes, V. R., Parreira, P., & Castro, P. A. (2017). A Observação Participante enquanto metodologia de investigação. *Investigação Qualitativa em Ciências Sociais* (pp. 724-733). Salamanca: CIAIQ.

Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. (16 de Março de 2020). *GASEC/COVID-19. Nota técnica nº 1, de 16 de março de 2020*. Salvador: SESAB. Fonte: SESAB:  
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Nay6wQMW1okJ:www.saud e.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/NOTA-T%25C3%2589CNICA-N%25C2%25BA01-COVID19.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>