



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS (UFG)
FACULDADE DE MEDICINA (FM)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE (PPGCS)

ANDREA SILVA MORAES

**Percepção do psicólogo sobre a assistência
psicológica ao paciente com Covid-19 em unidade de
terapia intensiva**

GOIÂNIA
2021



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE MEDICINA

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA) PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE
TESES**

E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a [Lei 9.610/98](#), o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do material bibliográfico

☒ Dissertação ☐ Tese

2. Nome completo do autor

Andrea Silva Moraes

3. Título do trabalho

“PERCEPÇÃO DO PSICÓLOGO SOBRE A ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA AO PACIENTE COM COVID-19 EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA”

4. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador)

Concorda com a liberação total do documento ☐ SIM ☒ NÃO*

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante:

- a) consulta ao(a) autor(a) e ao(a) orientador(a);
- b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação. O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

Obs. Este termo deverá ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.



Documento assinado eletronicamente por **ANDREA SILVA MORAES, Discente**, em 16/06/2021, às 15:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Luiza Lima Sousa, Professor do Magistério Superior**, em 17/06/2021, às 12:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA) PARA DISPONIBILIZAR
VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES**

E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a [Lei 9.610/98](#), o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do material bibliográfico

☒ Dissertação ☐ Tese ☐ Outro*: _____

*No caso de mestrado/doutorado profissional, indique o formato do Trabalho de Conclusão de Curso, permitido no documento de área, correspondente ao programa de pós-graduação, orientado pela legislação vigente da CAPES.

Exemplos: Estudo de caso ou Revisão sistemática ou outros formatos.

2. Nome completo do autor

Andrea Silva Moraes

3. Título do trabalho

**PERCEÇÃO DO PSICÓLOGO SOBRE A ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA AO
PACIENTE COM COVID-19 EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

**4. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser
preenchido pelo orientador)**

Concorda com a liberação total do documento ☒ SIM ☐ NÃO¹

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante:

a) consulta ao(à) autor(a) e ao(à) orientador(a);

b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação.

O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

Obs. Este termo deverá ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.

Documento assinado eletronicamente por **ANDREA SILVA MORAES, Discente**, em 22/02/2023, às 19:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3542566** e o código CRC **0EA55A2C**.

ANDREA SILVA MORAES

**Percepção do psicólogo sobre a assistência
psicológica ao paciente com Covid-19 em unidade de
terapia intensiva**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás, da Universidade Federal de Goiás (UFG), para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Dinâmica do processo saúde e doença

Orientadora: Dra. Ana Luiza Lima Sousa

Co-orientadora: Dra. Karina Suzuki

Goiânia

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

moraes, andrea silva

Percepção do psicólogo sobre a assistência psicológica ao paciente
com Covid-19 em Unidade de Terapia Intensiva [manuscrito] / andrea
silva moraes, Ana Luiza Lima sousa, Karina Suzuki. - 2021.
LXXXIII, 83 f.: il.

Orientador: Profa. Dra. ana luiza lima sousa; co-orientadora Dra.
karina suzuki.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás,
Faculdade de Medicina (FM), Programa de Pós-Graduação em Ciências
da Saúde, Goiânia, 2021.

Bibliografia. Anexos.

Inclui siglas, abreviaturas, gráfico, tabelas.

1. Unidades Terapia Intensiva. 2. Psicologia. 3. Assistência ao
Paciente. 4. Covid-19. 5. Ventilação Mecânica.. I. sousa, Ana Luiza Lima.
II. Suzuki, Karina. III. sousa, ana luiza lima, orient. IV. suzuki, karina,
co-orient. V. Título.

CDU 61



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

FACULDADE DE MEDICINA

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Ata nº 25/2021 da sessão de Defesa de Dissertação de **Andrea Silva Moraes**, que confere o título de **Mestra em Ciências da Saúde**, na área de concentração em **Dinâmica do Processo Saúde-Doença**.

Aos vinte dias do mês de maio de dois mil e vinte e um, a partir das 08:30h, por meio de videoconferência, realizou-se a sessão pública de Defesa de Dissertação intitulada “**PERCEPÇÃO DO PSICÓLOGO SOBRE A ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA AO PACIENTE COM COVID-19 EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**”. Os trabalhos foram instalados pela Orientadora, Professora Doutora **Ana Luiza Lima Sousa (FEN/UFG)** com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: Professora Doutora **Karina Suzuki (FEN/UFG)**, membro titular externo; Professora Doutora **Renata Fabiana Pegoraro (UFU/MG)**, membro titular externo. Durante a arguição os membros da banca não fizeram sugestão de alteração do título do trabalho. A Banca Examinadora reuniu-se em sessão secreta a fim de concluir o julgamento da Dissertação, tendo sido a candidata aprovada pelos seus membros. Proclamados os resultados pela Professora Doutora **Ana Luiza Lima Sousa**, Presidente da Banca Examinadora, foram encerrados os trabalhos e, para constar, lavrou-se a presente ata que é assinada pelos Membros da Banca Examinadora, aos vinte dias do mês de maio de dois mil e vinte e um.

TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA



Documento assinado eletronicamente por **ANDREA SILVA MORAES**, Discente, em 21/06/2021, às 07:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Renata Fabiana Pegoraro**, Usuário Externo, em 21/06/2021, às 08:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Karina Suzuki**, Professor do Magistério Superior, em 21/06/2021, às 19:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Luiza Lima Sousa**, Professor do Magistério Superior, em 22/06/2021, às 11:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **2147981** e o código CRC **CD155942**.

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
Universidade Federal de Goiás

**BANCA EXAMINADORA DA TESE DE DOUTORADO OU
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

Aluna: Andrea Silva Moraes

Orientadora: Dra. Ana Luiza Lima Sousa

Co orientadora: Dra. Karina Suzuki

Membros:

1. Prof^a. Dr^a. Ana Luiza Lima Sousa
2. Prof^a. Dr^a. Karina Suzuki
3. Prof^a. Dr^a. Renata Fabiana Pegoraro
4. Prof^a. Dr^a. Priscila Valverde de Oliveira Vitorino
5. Prof^a. Dr^a. Maria Alves Babosa

Data: 20/05/2021

“Ser ponte

...

Como as pontes, existem pessoas que proporcionam o momento dessa travessia.

Pessoas que ao se fazerem ponte, orientam no caminho, acendem a luz, estimulam a coragem, propagam o perdão.

...

Que eu seja ponte pra ti.

Que eu esteja sobre o cauteloso rio onde passas.

Que eu seja ponte quando as águas estiverem agitadas.

Que eu seja ponte quando o rio estiver cantando.

Que eu seja ponte quando o rio se tornar sereno.

Que eu seja ponte, mesmo quando quiseres apenas estar sobre a ponte, olhar em volta, ver os dois lados da margem....”

Dedico este trabalho

Aos pacientes, famílias, equipes por me permitirem dentro das minhas possibilidades teóricas e afetivas de ser ponte neste momento de medo, dor, choro e incertezas. Gratidão.

AGRADECIMENTOS

Todo meu agradecimento, inicialmente, à minha orientadora Dr^a Ana Luiza Lima Sousa por ter oportunizado e acreditado no meu tema e agregado no meu conhecimento e ao desenvolvimento enquanto pesquisadora e pessoa.

As queridas professoras Karina Suzuki e Renata Pegoraro presentes, na banca, agradeço o aceite e disponibilidade em participar deste momento único.

E grata também à minha família, fortemente, ao meu esposo Elton Mendes (minha base) e a todo apoio emocional de quatro patas ofertado pelas minhas meninas- Chiquinha e Rory.

SUMÁRIO

TABELAS, QUADROS, FIGURAS E ANEXOS	10
SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS	11
RESUMO	12
ABSTRACT	13
1. APRESENTAÇÃO	15
2. INTRODUÇÃO.....	19
3. OBJETIVOS.....	26
3.1. Objetivo Geral:.....	26
3.2. Objetivos Específicos:	26
4. MÉTODO	27
4.1. Tipologia do estudo:	27
4.2. População do estudo, amostra e amostragem:	27
4.3. Variáveis e categorias	27
4.4. Coleta dos dados.....	28
4.5. Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP).....	28
4.6. Análise dos dados:	30
5. PUBLICAÇÃO.....	32
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
7. REFERÊNCIAS	53
ANEXOS	

TABELAS, QUADROS, FIGURAS E ANEXOS

	Página
Quadro1: Apresentação dos quatro estímulos utilizados na pesquisa.	29
Quadro 2- Palavras dadas como respostas aos estímulos com os maiores valores da contribuição por fato.	38
Figura 1. O plano fatorial de correspondência as respostas dos psicólogos acerca da vivência na atuação com pacientes críticos diagnosticado com Covid-19.	39
Quadro 3 - Dados do perfil do participante e as respostas dos estímulos de acordo com a leitura do gráfico por fator. Goiânia – GO, 2020.	40
Anexo 1- Parecer do Comitê de Ética.	59
Anexo 2- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.	63
Anexo 3- Normas de publicação do respectivo periódico.	65
Anexo 4- Questionário Sociodemográfico e Técnica de Associação Livre de Palavras.	81

SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

AFC	Análise Fatorial por Correspondência
AFO	Ano formação
AMIB	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
COVID19	Corona Virua Disease- Doença do Coronavírus 19
ESP	Especialização
HOS	Hospital
FET	Faixa etária
IFO	Instituição de Formação
MPT	Ministério Público do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
SB	Síndrome de Burnout
SCO	Situação Conjugal
SEX	Sexo
TALP	Técnica de Associação Livre de Palavras
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TEPT	Transtorno de estresse pós traumático
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VM	Ventilação Mecânica

RESUMO

Fundamentação: O paciente crítico com Covid-19 internado em Unidade de Terapia Intensiva necessita com regularidade do uso de ventilação mecânica como suporte de vida. A intubação orotraqueal limita a comunicação do paciente por meio da fala, o que pode gerar ansiedade, humor rebaixado e/ou depressão. A atuação do psicólogo não deve ser restrita aos pacientes que conseguem se expressar quanto às suas necessidades psicológicas e emocionais pela fala, mas sim proporcionar a expressão emocional e psíquica do paciente entubado, além de acolher suas percepções, frente ao tratamento e experiência da hospitalização. **Objetivo** analisar a percepção do profissional de psicologia sobre a sua prática em Unidade de Terapia Intensiva, junto ao paciente crítico, diagnosticado com Covid-19. **Método:** estudo observacional transversal descritivo, com psicólogos atuando com pacientes com Covid-19 em unidades de terapia intensiva, em hospitais localizados em uma capital brasileira. Foram utilizadas as variáveis sociodemográficas: idade, sexo e situação conjugal; também formação e atuação profissional: local de formação superior/graduação, tempo de formação básica, especialização e o tempo de prática em unidade hospitalar e especificamente em UTIs e foram avaliadas a autopercepção sobre a vivência da prática profissional. A coleta de dados foi realizada de forma remota, com aplicação de questionário sociodemográfico e o instrumento Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP), para avaliar a autopercepção. Para a TALP foram escolhidos quatro estímulos do tipo frase: **Estímulo1-** Paciente internado em enfermaria em isolamento. **Estímulo2-** Paciente consciente e orientado internado na unidade de terapia intensiva. **Estímulo3-** Paciente sob ventilação mecânica (VM) na unidade de terapia intensiva. **Estímulo4-** Considerando a pandemia e minha atuação com o paciente diagnosticado com Covid-19 eu me sinto. A análise dos dados foi realizada por meio do programa Excel (2016) e do aplicativo *Tri-Deux-Mots* (versão 5.1) que realiza análise fatorial por correspondência e apresenta os resultados em quadrantes espaciais. **Resultados:** participaram 59 psicólogos, desses 66,1% com a idade entre 24 a 35 anos, 86,5% do sexo feminino e 59,3% com companheiro; 86,5% foram formados em instituições particulares nos anos 2014 a 2020, proporção de 52,5% e 47,5% especialistas em Psicologia da Saúde e Hospitalar. Prática na UTI com experiência menor que um ano foi 35,6% e 37,3% com prática hospitalar entre um a quatro anos. As palavras mais presentes ao considerar a vivência frente o atendimento psicológico com o paciente com Covid-19 na enfermaria (estímulo 1) foram: angústia, ansiedade, isolamento, medo e solidão. Com pacientes conscientes na UTI (estímulo2) foram: ansiedade, angústia, medo e com pacientes em VM (estímulo 3) foram: ansiedade, gravidade, morte, medo e família. Além dos psicólogos expressarem (estímulo 4) sentir ansiedade, angústia e medo como sintomas psíquicos mais presentes neste momento na atuação com paciente com Covid-19. **Conclusão:** o psicólogo manifestou preocupação com o próprio paciente e possíveis desfechos, como a morte, e com suas famílias, diante da delicadeza e incerteza neste tipo de internação. Além de apresentar preocupação diante do físico e piora do quadro clínico do paciente em ventilação. A palavra “cansaço” refletiu os novos hábitos e rotinas de trabalho, alta demanda advinda não só dos pacientes e familiares, mas também da própria equipe e dos pares, diante do desconhecido.

Palavras chaves: Unidades Terapia Intensiva, Psicologia, Assistência ao Paciente, Covid-19, Ventilação Mecânica.

ABSTRACT

Critically ill patients with Covid-19 admitted to the Intensive Care Unit regularly need to use mechanical ventilation as life support. Orotracheal intubation limits patient communication through speech, which can lead to anxiety, low mood and/or depression. The role of the psychologist should not be restricted to patients who are able to express themselves in terms of their psychological and emotional needs through speech, but rather provide the intubated patient with emotional and psychic expression, in addition to welcoming their perceptions, regarding the treatment and experience of hospitalization. Objective to analyze the perception of psychology professionals about their practice in the Intensive Care Unit, with critically ill patients diagnosed with Covid-19. Method: descriptive cross-sectional observational study, with psychologists working with patients with Covid-19 in intensive care units, in hospitals located in a Brazilian capital. Sociodemographic variables were used: age, sex and marital status; also education and professional performance: place of higher education/graduation, time of basic education, specialization and time of practice in a hospital unit and specifically in ICUs, and self-perception about the experience of professional practice was evaluated. Data collection was performed remotely, with the application of a sociodemographic questionnaire and the Free Word Association Technique (TALP) instrument to assess self-perception. Four phrase-type stimuli were chosen for TALP: Stimulus1- Patient admitted to an isolation infirmary. Stimulus2- Conscious and oriented patient admitted to the intensive care unit. Stimulus3- Patient under mechanical ventilation (MV) in the intensive care unit. Stimulus4- Considering the pandemic and my work with the patient diagnosed with Covid-19, I feel. Data analysis was performed using the Excel program (2016) and the Tri-Deux-Mots application (version 5.1) which performs factor analysis by correspondence and presents the results in spatial quadrants. Results: 59 psychologists participated, 66.1% of them aged between 24 and 35 years old, 86.5% female and 59.3% with a partner; 86.5% were trained in private institutions in the years 2014 to 2020, proportion of 52.5% and 47.5% are specialists in Health and Hospital Psychology. Practice in the ICU with experience of less than one year was 35.6% and 37.3% with hospital practice for between one and four years. The most common words when considering the experience of psychological care with the patient with Covid-19 in the infirmary (stimulus 1) were: anguish, anxiety, isolation, fear and loneliness. With conscious patients in the ICU (stimulus2) were: anxiety, anguish, fear and with patients on MV (stimulus 3) were: anxiety, severity, death, fear and family. In addition to the psychologists expressing (stimulus 4) feeling anxiety, anguish and fear as the most present psychic symptoms at this time when working with patients with Covid-19. Conclusion: the psychologist expressed concern with the patient and possible outcomes, such as death, and with their families, given the delicacy and uncertainty in this type of hospitalization. In addition to being concerned about the physical condition and worsening of the clinical condition of the ventilating patient. The word "tiredness" reflected new habits and work routines, a high demand coming not only from patients and family members, but also from the team and peers, in the face of the unknown.

Keywords: Intensive Care Units, Psychology, Patient Care, Covid-19, Mechanical Ventilation.

1. APRESENTAÇÃO

Este estudo reflete uma jornada iniciada durante o estágio obrigatório realizado na graduação do curso de Psicologia. O estágio foi a porta de entrada para o entendimento do que é uma unidade de terapia intensiva (UTI), quais as demandas psicológicas presentes ali, e como a Psicologia da Saúde e Hospitalar poderia colaborar neste contexto.

Devo confessar que no primeiro momento não via possibilidade de atuação frente a pacientes críticos, em estado de saúde grave, com possibilidade de morte. E para aqueles com viabilidade de alta hospitalar, quais as debilidades, as mudanças físicas e psicológicas a partir das quais seria a nova forma de viver? Como o profissional psicólogo poderia intervir para garantir mais qualidade de vida nesses cenários?

O paciente crítico internado em UTI perde muito de sua autonomia em razão dos procedimentos pelos quais ele passa: sondagens, aspirações, medicações parenterais, exames, equipamentos de sustentação da vida, como ventiladores mecânicos, aparelhos de hemodiálise...

O paciente em ventilação mecânica (VM) consciente ou não perde a condição de se expressar pela fala e, conseqüentemente, sua comunicação fica comprometida.

A primeira vez que me deparei com tal situação foi durante o estágio. Neste momento, neste contato, minha orientadora de campo na época pediu para atender um paciente que estava em VM e, recordo que olhei e disse “ O que eu faço? Como abordo? Ele não responde! ” Parecia uma tarefa impossível!

E ouvi sua orientação: “ atenda normalmente” e isto fez tanto sentido naquele dia como em toda a minha atuação até hoje. Claro! Atender normalmente, óbvio, é uma pessoa, um ser de fala, mas também de escuta, de toque, de presença.

Desde então minha jornada seguiu com uma especialização na área da Psicologia da Saúde e Hospitalar, e em seguida na Residência Multiprofissional com foco em terapia intensiva.

A residência proporcionou tanto aprendizado, aprimoramento, pude desenvolver novas habilidades profissionais e inter-relacionais. E foi nesse momento

que me deparei com o desconhecimento de colegas residentes e da própria equipe da UTI sobre as possibilidades de atendimento psicológico aos pacientes entubados.

Lembro o que me motivou para estudar sobre esta situação. Estava no atendimento com paciente entubado/sedado e relatava para ele informações sobre seu estado de saúde, sobre o tempo, a unidade e sobre sua família e o que podia gerar preocupações. A família já tinha me dito como ele era engraçado, “o piadista da família”, então contei para ele uma de suas histórias e ri com ele, apesar da impossibilidade de manifestações ou interações.

No dia seguinte, na copa da unidade havia duas colegas da equipe conversando: *“A psicóloga de ontem doidinha, estava falando com Fulano e ria sozinha e perguntava as coisas para ele. Será que não sabe que ele não ouve, que não tem ninguém ali”*.

Fiquei impactada. Mas sempre fui de ajudar o outro a entender realidades diferentes e de praticar a empatia. Respondi *“ Era eu. E vocês sabiam que sr. Fulano já passou por tanta coisa, que hoje cuida da esposa, da mãe, que adora uma piada. E quem disse que ele não ouve? Como assim? Ele está ali com toda certeza senão não precisava de vocês cuidarem dele. Ele está ali e precisa ser visto, dizer nosso nome, o que vamos fazer com ele, contar uma coisa boa que vimos no nosso dia, confortá-lo. ”*

Mais do que essa vivência vi psicólogos com anos de experiência negando o atendimento a esses pacientes, solicitando que o foco era somente para com aqueles que estivessem conscientes. Psicólogos sem experiência alguma na área hospitalar, já anulando pacientes em ventilação mecânica e seu sofrimento psíquico. Mas, também, vi colegas querendo entender, pedindo ajuda de como chegar, afinal é estranho mesmo falar e não ouvir, falar e não ter gestos, falar e não ter uma resposta imediata ou a resposta que desejamos.

Na minha caminhada na residência tive outras questões e acabei desenvolvendo meu trabalho de conclusão, dando voz aos membros das equipes das UTI para trazer suas satisfações e insatisfações diante do ambiente de trabalho.

Ao considerar o mestrado meu interesse sempre foi de pesquisar, gosto muito da investigação, das descobertas, das hipóteses confirmadas ou não. E decidi que no mestrado pesquisaria sobre o paciente em VM e a psicologia, em como é

possível e necessário que a assistência seja feita sem limitações e as pessoas sejam vistas como indivíduos completos e presentes.

Meu projeto foi elaborado antes da pandemia com foco em psicólogos e atendimento aos pacientes entubados e foi preciso elaborar uma emenda ao protocolo, para não deixar escapar a vivência do momento com o novo corona vírus e tudo o que nos trouxe. Como profissional da linha de frente foi inevitável considerar esse momento, nossa realidade enquanto psicólogos e trazer isso também para o meu universo acadêmico, meu estudo, no meu mestrado. E aproveitar essa oportunidade que a pandemia trouxe da Psicologia ser vista, ser requisitada.

2. INTRODUÇÃO

O ambiente de cuidado de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) surgiu na segunda metade do século XX como resposta para o tratamento de pacientes graves, sendo uma área dentro do hospital com a finalidade de assistência complexa àqueles que necessitam de cuidados contínuos e especiais durante as 24 horas. Estrutura considerada de alta complexidade em razão dos recursos tecnológicos e humanos especializados e dos procedimentos agressivos e invasivos que ali são realizados. É considerado um dos ambientes mais agressivos e tensos dentro de um hospital (Silva *et al.*, 2007; Backes *et al.*, 2015; Gomes e Carvalho, 2018). A evolução em tecnologia e recursos humanos dentro destas unidades tem refletido tanto na recuperação quanto na manutenção de vidas, promovendo até mesmo o crescimento da expectativa de vida da população (Santuzzi *et al.*, 2013).

As primeiras UTI surgiram em hospitais norte-americanos ainda no século XX, e eram conhecidas como “salas de recuperação”, pois recebiam os pacientes em pós-operatório de grandes cirurgias. No Brasil, as primeiras unidades foram organizadas em São Paulo já no final da década de 1960 e vieram junto com o desenvolvimento tecnológico e também maior disponibilidade de recursos, que levaram a maior oferta de cuidados especializados (Backes *et al.*, 2015; Faisal Masud *et al.*, 2018).

Neste período da década de 1970 o Brasil vivenciava um bom contexto econômico direcionado ao lucro e ao progresso de modernização o que refletiu no investimento da saúde como as UTIs e seus recursos únicos (Fernandes *et al.*, 2010).

Logo tais unidades passaram a estar presente em quase todos os hospitais de alta complexidade, uma vez que a demanda de pacientes críticos com diversas condições graves de saúde surgia. A procura por leitos de terapia intensiva elevou-se justamente pela presença de recursos tecnológicos avançados para o tratamento, obtendo como consequência a possibilidade do prolongamento da vida (Haberkorn, 2004).

É considerado um dos ambientes mais tensos dentro de um hospital visto que a morte é uma realidade, onde também os sentidos estão sempre aguçados e

alertas para qualquer intercorrência. É um ambiente inóspito, com exposição intensa a estímulos auditivos como os ruídos de equipamentos ligados e estímulos visuais, com luzes acesas e redução de iluminação natural. A luz artificial e contínua, a monitorização, os cuidados higiênicos à beira leito, invasão de privacidade, quase exclusão de familiares, comunicação reduzida, tudo contribui para uma situação de sofrimento e estresse. Todos estes fatores atingem não apenas o paciente, mas também os profissionais que prestam cuidados contínuos(Backes *et al.*, 2015).

O paciente crítico internado na UTI necessita de vigilância contínua e assistência de alta complexidade, envolvendo recursos tecnológicos avançados e profissionais altamente especializados. E pelas próprias características desta unidade sofre com a privação do sono, falta de privacidade e autonomia, o isolamento, além dos próprios cuidados intensivos que estão muitas vezes relacionados à gravidade do quadro de saúde do mesmo(Gomes e Carvalho, 2018; Campos e Costa, 2020).

A UTI gera emoções e sentimentos como angústia, medo, tristeza, dor e sofrimento, insegurança, tanto nos pacientes e familiares como nos profissionais. Essas unidades apresentam características próprias onde a convivência dos profissionais com o paciente crítico é uma constante. Há uma grande ênfase no conhecimento especializado e na aplicação de tecnologias para a assistência, com rotinas rígidas e desgastantes(Gomes e Carvalho, 2018).

A visão do paciente sobre a UTI está ligada à ideia de morte, uma vez que é um ambiente onde de fato mortes acontecem e ter alguma experiência vinculada a internação de um familiar na unidade também contribui para essa ideia (Gomes; Carvalho, 2018). A ansiedade está presente por parte do paciente, dos familiares e da equipe, enfrentando a presença quase diária da morte. Outras ideias diante desta internação que amedrontam o paciente: como a própria solidão devido à falta de contato com mundo externo, com sentimento de abandono, além de perdas devido às próprias regras e rotina da unidade, rompimento de seus vínculos afetivos, submissão a procedimentos dolorosos/desconhecidos (Gomes e Carvalho, 2018; Arantes *et al.*, 2020).

A internação pode ocorrer por diversos fatores, desde doenças infecciosas, cardiovasculares, respiratórias entre outros (Santos *et al.*, 2017). Os cuidados precisam ser regidos pelos princípios da integralidade, equidade, universalidade

assim como uma assistência de qualidade e humanizada da equipe multiprofissional de acordo com as necessidades de cada paciente(Souza *et al.*, 2021).

O trabalho desenvolvido pela equipe multiprofissional na área da saúde é imprescindível para melhores resultados dentro da assistência, da ética do cuidado gerando práticas participativas e de relações colaborativas entre os profissionais membros da equipe (Souza *et al.*, 2021). Os diferentes saberes tornam-se aliados com a finalidade de discutir e elaborar um plano maior que relacione todos esses saberes em prol do paciente (Separovich *et al.*, 2020).

O profissional psicólogo, como integrante dessa equipe multiprofissional, pode auxiliar, com sua atuação de forma direta, na abordagem dos sintomas psicológicos causados pela internação, tratamento e/ou diagnóstico, trazendo um olhar humanizado (Ortiz *et al.*, 2016).

O psicólogo passou a ser oficialmente inserido na equipe multiprofissional no ano de 2004, o departamento de psicologia aplicada da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) regulamentou o trabalho do psicólogo junto à equipe de saúde nas UTIs (Schneider e Moreira, 2017), por meio da Portaria Ministerial de número 1071 que dispôs a obrigatoriedade da presença desse profissional nestas unidades (BRASIL,2005) e a resolução de número 07 de 2010 reforçou quanto a assistência psicológica como um dos requisitos mínimos para funcionamento de uma UTI (BRASIL,2010).

A atuação do psicólogo no contexto da UTI deve ser focada nas relações da tríade família-equipe-paciente. Em relação a família atravessa por um período de sofrimento psíquico, uma vez que lida com a fase de adaptação por ter um ente querido hospitalizado e conseqüentemente encarar a ausência do paciente e a quebra dentro da rotina familiar (Reis *et al.*, 2016)..

O psicólogo neste momento de crise irá orientar e informar as normas/funções da UTI para os familiares; além de propiciar um ambiente acolhedor com o intuito de permitir que os sentimentos e dúvidas quanto ao processo de adoecimento do paciente sejam exteriorizados (Schneider e Moreira, 2017) para que assim possa realizar apoio psicológico necessário. Com a equipe trabalhará com a sensibilização dos demais profissionais referente à subjetividade de cada paciente, a experiência particular quanto à doença/tratamento, e os sintomas psicológicos presentes, além de trabalhar no olhar humanizado na assistência (Separovich *et al.*, 2020).

Ademais, busca motivar uma melhor comunicação entre equipe-família-paciente, favorecendo a compreensão da equipe frente ao significado e consequências que o tratamento intensivo pode gerar no paciente e na família(Schneider e Moreira, 2017).

Além de encorajar a equipe a identificar dificuldades na assistência, fornece suporte psicológico uma vez que lida também com temáticas difíceis como morte, luto, perda, sofrimento e dor(Silva, W. P. D. e Gomes, I. C. O., 2017).

Ao atentar sobre o ambiente da UTI e suas características de infraestrutura, e possíveis demandas psicológicas emergentes ao paciente, o psicólogo pode realizar assistência e avaliação psicológica em busca de sua estabilidade emocional, auxiliar na adaptação à unidade de acordo com seu estado psíquico e sua compreensão e reação frente ao diagnóstico e ao tratamento(Schneider e Moreira, 2017).

Dentre os tratamentos instituídos no contexto da terapia intensiva e que constitui um dos recursos tecnológicos mais utilizados na assistência ao paciente crítico o Ventilador Mecânico (VM) (Santos *et al.*, 2015).

O ventilador mecânico é um aparato tecnológico para dar suporte à vida, instalada na presença de uma insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada em substituição à ventilação espontânea (Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica, 2013). Permite que a musculatura respiratória descanse e otimize a troca gasosa, ajustando os volumes pulmonares. Sua instalação é feita pelo processo chamado intubação endotraqueal, através de um tubo, geralmente, introduzido via oral, limitando alguns movimentos no corpo e a fala do paciente (Santos *et al.*, 2015). Pacientes ventilados mecanicamente possuem peculiaridades psicológicas, pois o homem é um ser de fala, de diálogo para se colocar no mundo de forma verbal e ao se encontrar privado disso necessita de cuidados humanizados que lhe permita expressar seus sentimentos e emoções, frente à experiência de estar intubado (Galvin *et al.*, 2018).

A VM orotraqueal é um fator de estresse relevante para pacientes idosos e adultos e tem sido alvo de preocupações considerando assim a necessidade de abordagens psicológicas (Dessotte, C. A. *et al.*, 2016).

Em mais de 30% dos pacientes em VM podem surgir quadros de *delirium*, com alterações da consciência, atenção e do pensamento causando prejuízo cognitivo a longo prazo (Khan *et al.*, 2017). O *delirium* atinge de 50 a 75% desses

pacientes tendo como consequência maior mortalidade, de tempo de permanência em intubação e prolongamento da internação, gerando maiores gastos na assistência (Girard *et al.*, 2018).

Uma pesquisa realizada em um hospital universitário na cidade de Kochi (Índia) com 43 pacientes em uso de VM identificou a presença de dor em algum nível, desconforto pela incapacidade de se comunicar, distúrbios de sono, ansiedade, humor depressivo, até *delirium* ou confusão mental (Pochard *et al.*, 1995).

O medo para o paciente pode, muitas vezes, estar relacionado ao fato da possibilidade de morrer, do uso da ventilação mecânica (VM), de sentir dor, desconforto e dificuldade de se comunicar (Richards-Belle *et al.*, 2018). E também direcionados a outros cuidados intensivos como hemodiálise, oxigenação extracorpórea por membrana que são estressantes e tornam-se gatilhos para desenvolver sintomas de ansiedade, estresse, humor rebaixado e/ou depressão (Fumis *et al.*, 2015; Richards-Belle *et al.*, 2018).

Pacientes entubados e conscientes apresentam incômodo, sentimento de angústia, e incapacidade de comunicar e isso pode resultar em consequências negativas no quadro clínico (Silva e Pedras, 2017).

Em um estudo com 50 pacientes que usaram VM houve identificação de medo, alucinações e incapacidade de se comunicar, gerando estresse psicológico e causando sintomas psíquicos como ansiedade, angústia entre outros. Tal cenário torna evidente a necessidade de intervenção que possibilite o alívio da carga psicológica em relação a internação na UTI e uso da VM (Dziadzo *et al.*, 2017).

Logo, o olhar do psicólogo ao paciente crítico não se restringe àqueles que, apesar da gravidade, estão conscientes e conseguem se expressar quanto às suas necessidades psicológicas e emocionais pela fala (Oliveira, 2017). Mas envolve como proporcionar a expressão emocional e psíquica do paciente entubado ou sem possibilidade de comunicar-se verbalmente, além de acolher suas percepções, frente ao tratamento e experiência da hospitalização na UTI (Silva, W. P. D. e Gomes, I. C. O., 2017).

A atuação com esses pacientes tem como foco reduzir as manifestações psicológicas que podem agudizar com o uso da VM (Souza *et al.*, 2020). A intervenção psicológica junto ao paciente em VM deve ser por meio da “escuta” e

interpretação de olhares, expressões e, ainda realizar a orientação espaço-temporal, ofertar informações do quadro clínico (Oliveira, 2017) além de trazer informações externas sobre a família, o tempo, histórias vividas pelo próprio paciente.

No final do ano de 2019 A ventilação mecânica enfrenta um dos maiores desafios, uma nova pandemia, a COVID-19 (*Corona Virus Disease* (Doença do Coronavírus) - 19 por referir ao ano de 2019), um novo vírus o SARS-CoV2, identificado na cidade chinesa de Wuhan, responsável por pneumonia com lesão grave do parênquima pulmonar em 10-20% dos casos, com hipoxemia intensa e muitas vezes refratária às intervenções ordinárias.(Duan e Zhu, 2020; Holanda e Pinheiro, 2020).

O quadro clínico da Covid-19 pode variar de um resfriado leve até uma pneumonia grave com agravos sistêmicos. Foram esses pacientes, com quadros graves, que passaram a ocupar a quase totalidade dos leitos de cuidados intensivos, exigindo com muita frequência a VM, por comprometimento pulmonar grave (Lima, 2020) além de recursos humanos, tecnológicos e infraestrutura.

A Covid-19 potencializou e criou demandas psicológicas em todos os protagonistas do hospital e de forma mais contundente, no cenário das UTIs repletas de pessoas em ventilação mecânica tolhidas de sua autonomia.

Logo, ao relacionar a tríade paciente-família-equipe com a Covid-19 nota-se, quanto ao paciente, que as manifestações psicológicas podem aumentar de maneira significativa no hospital principalmente nos casos graves da doença e que estão muitas vezes associados à VM e à UTI (Branco e Arruda, 2020).

É importante ressaltar o cuidado pessoal do psicólogo, devido à carga emocional intensa, a demanda de atendimentos e as particularidades destes, em função do atendimento em um ambiente carregado, com diversas situações de perdas e a necessidade de atuar em situações de urgência e muitas vezes traumáticas(Schneider e Moreira, 2017).

O profissional de saúde é considerado um grupo de trabalhadores com alto risco para o adoecimento físico e mental justamente por lidar com situações geradoras de sofrimento e que exigem controle emocional e tomada de decisões rápidas e assertivas (Maturana e Valle, 2014; Sousa e Araujo, 2015).

A atuação na UTI pode gerar estresse/sofrimento com situações de desgaste emocional intenso, bem como a responsabilidade, o medo de cometer erros, o

cansaço e as difíceis relações estabelecidas nas equipes multiprofissionais (Lucchesi *et al.*, 2008) e considerando as condições adversas na UTI, pode consequentemente surgir doenças relacionadas ao trabalho, como burnout e estresse (Silva, 2010).

A principal dificuldade da equipe multiprofissional que está na linha de frente da Covid-19 em relação aos potenciais portadores do vírus e/ou da doença está relacionada ao fato de ser um vírus de alta transmissibilidade e letalidade, resultando no medo do desconhecido (De Wit *et al.*, 2016; Cui *et al.*, 2019).

Assim sendo, diante o contexto atual de pandemia da Covid-19 surgiu a pergunta: Qual é a percepção do profissional de Psicologia sobre sua própria vivência na atuação junto ao paciente crítico, internado em UTI, com diagnóstico de Covid-19 considerando os pressupostos de assistência integral, humanizada e direcionada para os sintomas psíquicos?

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral:

- Analisar a percepção do profissional de psicologia sobre a sua vivência na atuação junto ao paciente crítico diagnosticado com Covid-19.

3.2. Objetivos Específicos:

- Identificar profissionais de psicologia atuando em Unidades de Tratamento Intensivo em hospitais de Goiânia.
- Descrever o perfil sociodemográfico e profissional dos psicólogos identificados atuando Goiânia.

4. MÉTODO (S)

4.1. Tipologia do estudo:

Estudo exploratório, observacional transversal descritivo.

4.2. População do estudo, amostra e amostragem:

Psicólogos de ambos os sexos, e que atuavam no momento de coleta de dados, em Unidades de Terapia Intensiva na cidade de Goiânia – Goiás.

Primeiramente foram identificados os hospitais existentes em Goiânia, utilizando a lista disponível em <https://www.guiamais.com.br/goiania-go/hospitais-e-laboratorios/hospitais>. Em seguida via ligação buscou-se a existência de UTI em cada um deles.

A amostragem dos participantes se deu pelo método Bola de Neve que ocorre durante a coleta de dados e não é determinada anteriormente. Primeiro houve contato com um pequeno grupo de psicólogos de acordo com os critérios de inclusão, de conhecimento pessoal da pesquisadora, e após foi solicitado que o (s) participante (s) da pesquisa identificasse outros possíveis participantes dentro dos mesmos critérios (Costa, 2018).

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (UFG) e teve parecer favorável (CAAE: 28897120.5.0000.5078).

4.3. Variáveis e categorias

Foram utilizadas as seguintes variáveis sociodemográficas: idade, sexo e situação conjugal. Além disso, informações sobre a formação e atuação profissional como: local de formação superior/graduação, ano de formação básica,

especialização e o tempo de prática em unidade hospitalar e especificamente em UTI.

Também foram avaliadas a autopercepção sobre a vivência da prática profissional.

4.4. Coleta dos dados

O primeiro contato com os participantes foi via *email* e/ou *whatsapp* para o convite. Em seguida, no mesmo contato era apresentado o formulário eletrônico para aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e preenchimento de informações sociodemográficas e sobre a formação profissional. Após o preenchimento da Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP).

Os participantes o preenchimento do formulário e devolutiva do mesmo variou de 10 a 20 minutos. De acordo com as respostas foi sendo preenchida planilha eletrônica (modelo excel Microsof Office) com os dados para posterior análise.

Não houve recusa entre aqueles psicólogos contatados e, todos responderam prontamente ao convite; ocasionalmente foi necessário o reenvio dos formulários com lembrete para o preenchimento. Todos os procedimentos para a coleta dos dados ocorreram no período de outubro a novembro de 2020.

4.5. Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP)

No ano de 1895, Freud inseriu a associação livre como um método terapêutico com a finalidade de analisar sonhos e atos falhos de seus pacientes. O psiquiatra Carl Jung utilizou a associação livre como meio para diagnosticar e percebeu uma relação entre as palavras indutoras e as reações dos pacientes o que indicava a presença de conteúdo emocional e inconsciente (Vieira, 2018).

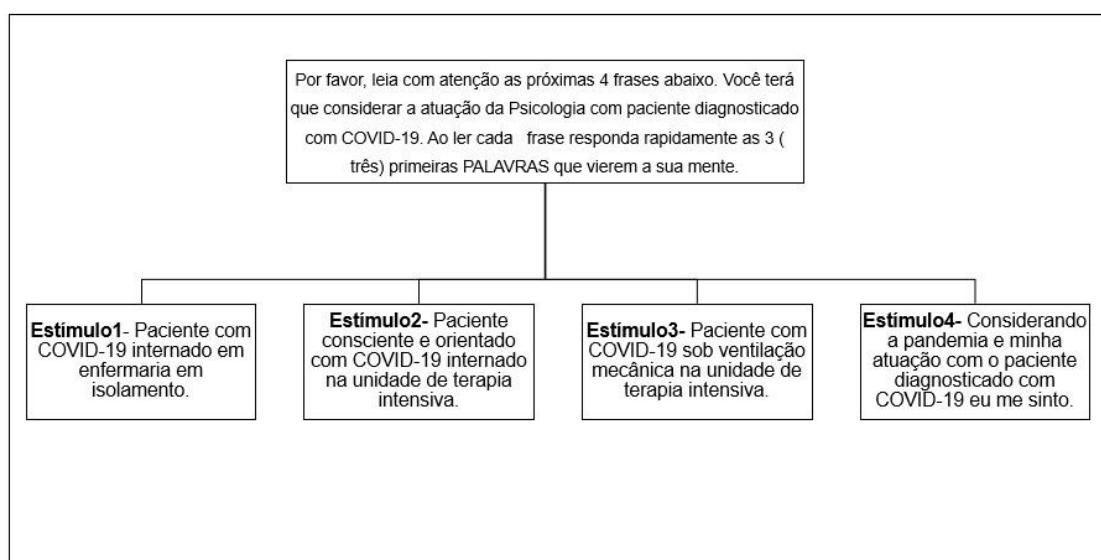
Sendo assim a TALP tem um histórico ligado à Psicologia e a Psiquiatria, podendo ser usada em diversos contextos como na área da saúde gerando características singulares ou complexas do público alvo(Vieira, 2018).

A TALP se baseia na hipótese de que o psicológico se torna consciente por meio de manifestações de condutas, reações, evocações, escolhas e criação da seguinte forma: oferta estímulos indutores (verbal ou não como palavra, expressão, ideia, frase, provérbio ou estímulos icônicos como figura, fotografia) definidos previamente de acordo com os objetivos e sujeitos da pesquisa (Coutinho e Bú, 2017).

Para sua aplicação, seja individual ou coletiva, deve estar esclarecido ao participante que deixe fluir espontaneamente as palavras, expressões, adjetivos e outros que vierem a mente e que não usem de construções elaboradas em suas associações, além de que faça o registro da resposta o mais rápido possível (Coutinho e Bú, 2017).

Neste estudo a TALP foi aplicada com apresentação de quatro estímulos como está abaixo no quadro 1:

Quadro 1: Apresentação dos quatro estímulos utilizados na pesquisa.



Fonte: Próprio autor.

Foi solicitado ao participante que respondesse rapidamente a cada um dos estímulos com três palavras que ele associava à frase correspondente (Estímulo); as palavras deviam ser registradas na resposta à mensagem e estas retornadas com o arquivo devidamente respondido.

4.6. Análise dos dados:

Os dados do questionário e da TALP foram analisados pelo software *Tri-Deux-Mots* (5.1 version), que analisa questões fechadas, abertas e associação de palavras por meio de Análise Fatorial de Correspondência (AFC) – trata-se de um método estatístico que apresenta a frequência de palavras.

O *software* elabora visualmente o gráfico com as variáveis fixas (idade, sexo, situação conjugal, instituição de formação, ano de formação, especialização, tempo de prática em UTI e hospitalar) e as variáveis de opinião (respostas evocadas dos quatro estímulos).

No primeiro momento criou-se um banco de dados da TALP que consiste em preparar dicionários correspondentes a cada estímulo indutor utilizado, neste caso, quatro frases, logo quatro estímulos. Nestes dicionários são constituídos as respostas evocadas pelo respectivo estímulo, colocado em ordem alfabética.

Assim, para cada estímulo, foi criado um arquivo como um dicionário, inseridas as respostas evocadas por toda a amostra com relação ao respectivo termo indutor.

A construção de cada resposta por participante foi feita da seguinte forma: primeiro as oito variáveis fixas (indicadas por números) + primeira resposta da variável de opinião + as demais respostas das outras variáveis de opinião sendo a última seguido de * (asterisco). Ou seja, *12122333isola1 ansie1 preso1 medo2 saudade2 preocupac2 sedacao3 angustia3 medo3 preparac4 atencao4 ansie4**.

Neste estudo para cada estímulo foram solicitadas três respostas ao participante e considerada a frequência igual ou superior a 10 para cada resposta ao estímulo. Logo o *software* verificou as respostas mais frequentes, que se impuseram

como categorias, para agrupar a estas de maior frequência às palavras que possuem mesma similaridade semântica, mas que aparecem isoladamente ou possuem irrelevância estatística.

Assim feito com todas as respostas e inserido no *software Tri-Deux-Mots* que realizou uma interpretação através da AFC, que se refere às correlações constituídas entre as respostas dos estímulos e as variáveis fixas dos participantes, além do que, a AFC demonstra graficamente essas correlações, onde se verificam as relações de aproximação e distanciamento entre os elementos (Coutinho e Bú, 2017).

5. PUBLICAÇÃO

Autores: Andrea Silva Moras; Ana Luiza Lima Sousa, Karina Suzuki

Revista: Journal Frontiers in Psychology- Health Psychology (a ser submetido)

Área de Avaliação: Medicina II

Qualis: B1

A presença do psicólogo junto ao paciente crítico com Covid-19

Andrea Silva Moraes^{1*}, Ana Luiza Lima Sousa^{1,2}, Karina Suzuki²

¹Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil.

²Faculdade de Enfermagem- FEN- Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás, Brasil.

*Corresponding Author: asmpsi@live.com

Palavras-chave: Covid-19, Psicologia, Paciente, Terapia Intensiva, Ventilação Mecânica.

Abstract

O paciente com Covid-19, quando em estado crítico é admitido na terapia intensiva, objetivando oferecer assistência especializada e acesso às tecnologias mais complexas. Em tais situações, não é rara a necessidade do uso da ventilação mecânica para o suporte à vida. O paciente crítico é o protagonista neste cenário de assistência, porém encontra-se isolado e com sua autonomia limitada, incluindo a condição de comunicação pela fala. O psicólogo apesar dos instrumentos para oferecer a devida assistência psicológica e a humanização do cuidado ainda há anseios quanto ao atendimento com paciente em ventilação mecânica. O objetivo do estudo foi analisar a percepção do profissional de psicologia sobre a vivência da prática em Unidade de Terapia Intensiva, junto ao paciente crítico, diagnosticado com Covid-19. Foi realizado estudo observacional com participação de psicólogos atuantes em unidades de terapia intensiva, em hospitais localizados em uma capital brasileira. A coleta de dados foi realizada de forma remota, com aplicação de questionário sociodemográfico para as variáveis como sexo, idade, tempo de formação profissional; e o instrumento Técnica de Associação Livre de Palavras para a autopercepção. A análise dos dados foi realizada por meio do aplicativo *Tri-*

Deux-Mots (versão 5.1) que realiza a análise fatorial por correspondência. Os psicólogos expressaram sentir ansiedade, angústia e medo como sintomas psíquicos mais presentes frente ao atendimento. As palavras “família”, “gravidade” e “morte” foram as mais associadas com o paciente crítico em ventilação mecânica. Houve manifestação de preocupação com o próprio paciente e possíveis desfechos, como morte, e com suas famílias, diante da delicadeza e incerteza da internação. A palavra “cansaço” refletiu os novos hábitos e rotinas de trabalho, alta demanda advinda não só dos pacientes e familiares, mas também do próprio psicólogo.

Introdução

O ambiente de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é comumente associado como um lugar hostil, invasivo e que impacta negativamente os pacientes e familiares, podendo gerar sintomas psicológicos (Lima e Martins, 2017; Gomes e Carvalho, 2018). Tais sintomas podem prejudicar o quadro de saúde geral do paciente e até mesmo prolongar sua internação na unidade (Mckinley *et al.*, 2012).

Estas unidades têm como primeira finalidade propiciar tratamento especializado e permitir o acesso ao aparato tecnológico necessário no processo de restabelecer a saúde. A humanização da assistência nesse cenário pode ser comprometida diante de procedimentos complexos e uso de múltiplos equipamentos e tecnologias diversas. Um dos procedimentos mais comum junto ao paciente crítico é a entubação para o uso da ventilação mecânica; o que consiste em auxiliar na respiração de forma total ou parcial, garantindo a sobrevivência (Dessotte, C. a. M. *et al.*, 2016). Os pacientes nesta condição estão ainda mais limitados em sua autonomia, pois a comunicação pela fala está comprometida e não tem como expressar seus sentimentos e emoções vivenciadas naquele ambiente. (Galvin *et al.*, 2018).

Pacientes entubados têm necessidade de atendimento multidisciplinar com finalidade de eliminar/minimizar sintomas como ansiedade, agitação e confusão mental (Santos *et al.*, 2016). Estudo realizado em hospital universitário na cidade de Kochi (Índia) com pacientes em ventilação identificou a presença de dor em algum nível, desconforto pela incapacidade de se comunicar, distúrbios de sono, ansiedade, humor depressivo, até *delirium* ou confusão mental (Pochard *et al.*, 1995). Tal cenário torna evidente a necessidade de intervenção que possibilite o

alívio da carga psicológica em relação a internação na UTI e uso da VM (Dziadzko et al., 2017)

O psicólogo, como parte da equipe, tem como função ofertar espaço para a expressão emocional e psíquica do paciente entubado, além de acolher suas percepções frente ao tratamento e experiência da hospitalização na unidade de terapia intensiva (UTI) (Silva, W. e Gomes, I., 2017). No entanto, a prática dos psicólogos dentro das UTIs também parece ser limitada pela não comunicação verbal dos pacientes, voltando-se para seu papel junto aos familiares e os outros profissionais da equipe. (Branco e Arruda, 2020).

No ano de 2019 houve elevação repentina da procura por leitos de UTI. O município de Goiânia contava com 300 leitos de UTI para todas as demandas de pacientes críticos (IBGE,2019) com altas taxas de ocupação, em razão do surgimento da pneumonia viral causada pelo SARS-CoV2 Covid-19. Atualmente Goiânia conta com 500 leitos de UTI exclusivos para pacientes com Covid-19 (PMG,2021).

A assistência, antes dividida com alguns indivíduos em cada turno, passou a ser contada em dezenas diariamente, e todos em situação crítica e quadro respiratório grave. A Covid-19 potencializou e criou demandas psicológicas em todo hospital e de forma, mais contundente, no cenário das UTIs repletas de pessoas em ventilação mecânica, tolhidas de sua autonomia.

De que forma os psicólogos se apresentam neste cenário, como se preparam e como aplicam os seus cuidados não foi ainda descrita em unidades hospitalares. A autopercepção desses profissionais diante do desafio de assistir o indivíduo em VM, em estado de gravidade máxima, não é conhecida.

Diante disso, o presente estudo teve por objetivo analisar a autopercepção do psicólogo quanto vivência da prática em Unidades de Terapia Intensiva, assistindo pacientes críticos diagnosticados com Covid-19.

Material e Métodos

Trata-se de um estudo exploratório, observacional, descritivo, com a participação de psicólogos atuantes com pacientes com diagnóstico com Covid-19. O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da

Universidade Federal de Goiás (UFG) e teve parecer favorável com número: 4.263.502.

Foram utilizadas as seguintes variáveis sociodemográficas: idade, sexo, situação conjugal, além disso, também informações sobre a formação: ano de formação, local de formação superior, pós graduação e em relação a atuação profissional: tempo de prática em unidade hospitalar e tempo de prática especificamente em UTIs. Também foram avaliadas a autopercepção sobre a vivência da prática profissional através da Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP).

A técnica bola de neve foi utilizada para contactar os possíveis participantes. O primeiro contato com os participantes foi via *email* e/ou *whatsapp* para o convite, com aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em seguida, no mesmo contato era apresentado o formulário eletrônico para preenchimento de informações sociodemográficas e sobre a formação profissional.

Aplicou-se a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP), de forma remota, enviando arquivo anexado à mensagem eletrônica. Os participantes respondiam a TALP preenchendo no próprio arquivo e devolvendo este preenchido para a pesquisadora.

Os participantes foram instruídos a responder e devolver pelas mesmas vias eletrônicas, a coleta de dados foi feita no período de outubro e novembro de 2020.

Aplicação da Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP)

TALP é uma técnica que se baseia na hipótese de que o psicológico se torna consciente por meio de manifestações de condutas, reações, evocações, escolhas e criação (Coutinho e Bú, 2017). A técnica se resume em ofertar estímulos indutores, sejam verbais ou não, como palavras, frases, figuras, fotografias, definidos previamente de acordo com os objetivos e os sujeitos da pesquisa (Coutinho e Bú, 2017).

A TALP pode ser construída com um ou vários estímulos indutores de acordo com os critérios e coerência em relação ao objeto de estudo. Para sua aplicação, seja individual ou coletiva, é recomendável que o pesquisador ilustre ao participante,

por meio de um estímulo diferente dos que serão utilizados na pesquisa, sobre qual será a dinâmica e o funcionamento da técnica em si (Coutinho e Bú, 2017).

Devem estar esclarecidos para que deixem fluir espontaneamente as palavras, expressões, adjetivos e outros que vierem a mente e que não usem de construções elaboradas em suas associações. Outro ponto importante é que faça o registro da resposta o mais rápido possível.

Neste estudo a TALP foi utilizada com quatro frases relacionadas ao atendimento ao paciente crítico diagnosticado com Covid-19, ou seja, quatro estímulos indutores:

Estímulo1- Paciente com Covid-19 internado em enfermaria em isolamento.

Estímulo2- Paciente consciente e orientado com Covid-19 internado na unidade de terapia intensiva.

Estímulo3- Paciente com Covid-19 sob ventilação mecânica na unidade de terapia intensiva.

Estímulo4- Considerando a pandemia e minha atuação com o paciente diagnosticado com Covid-19 eu me sinto.

Análise dos dados:

Foi feita uma análise do perfil sociodemográfico de toda a amostra deste estudo pelo programa *Excel* (2016). E outra análise dos dados questionário e da TALP foi utilizado o *software Tri-Deux-Mots* (5.1 version) através de um método estatístico que apresenta a frequência de palavras de questões fechadas, abertas e associação de palavras por meio de Análise Fatorial de Correspondência (AFC).

O *software* elabora visualmente o gráfico com as variáveis fixas (idade, sexo, situação conjugal, instituição de formação, ano de formação, especialização, tempo de prática em UTI e hospitalar) e as variáveis de opinião (respostas evocadas dos quatro estímulos).

No primeiro momento foi criado um banco de dados da TALP, que consistiu em preparar dicionários correspondentes de todas as respostas de cada estímulo indutor colocadas em ordem alfabética.

Assim, para cada estímulo, foi criado um dicionário, inseridas as respostas evocadas por toda a amostra com relação ao respectivo estímulo indutor. A construção de cada resposta por participante foi feita primeiro com as oito variáveis fixas (indicadas por números) mais a primeira resposta da variável de opinião mais as demais respostas das outras variáveis de opinião, sendo a última seguida de asterisco. Como segue: *12122333isola1 ansie1 preso1 medo2 saudade2 preocupac2 sedacao3 angustia3 medo3 preparac4 atencao4 ansie4**.

Neste estudo para cada estímulo foram solicitadas três respostas ao participante e considerada a frequência igual ou superior a 10 para cada resposta. Foram verificadas as respostas mais frequentes, que se impuseram como categorias para agrupar a estas, aquelas palavras que possuíam mesma similaridade semântica, mas que apareciam isoladamente ou possuíam irrelevância estatística.

Assim feito com todas as respostas de todos os participantes e inserido no *software Tri-Deux-Mots*, que interpretou através da AFC, que refere-se as correlações constituídas entre as respostas dos estímulos e as variáveis fixas dos participantes (Coutinho, 2005), demonstrando graficamente essas correlações, e as relações de aproximação e distanciamento entre os elementos (Coutinho, 2017).

Resultados

A amostra foi constituída de 59 participantes. Desses 66,1% com idade entre 24 a 35 anos, 86,5% do sexo feminino e 59,3% com companheiro. Quanto a formação 86,5% da amostra foram formados em instituições particulares com a proporção de 52,5% formados nos anos 2014 a 2020 sendo 47,5% especialistas em Psicologia da Saúde e Hospitalar. Referente à prática na UTI de menor que um ano com 35,6% e com total de 37,3% com prática hospitalar entre um a quatro anos.

Em relação à TALP foi gerada 680 palavras como respostas aos quatro estímulos. Das quais 245 foram diferentes, ou seja, reduzidas de acordo com a semelhança semântica feita pelo próprio *software*, destas, 14 colaboraram para o plano fatorial de acordo com a contribuição referente a cada palavra. Isto é, uma média de 71.43 da carga fatorial destas palavras, para tal cálculo considera-se a soma das cargas fatoriais (1000) dividido pelo total de palavras no plano fatorial (14).

A seguir o quadro 1 refere-se às palavras mais significativas de acordo com cada estímulo e o valor de maior contribuição por fator.

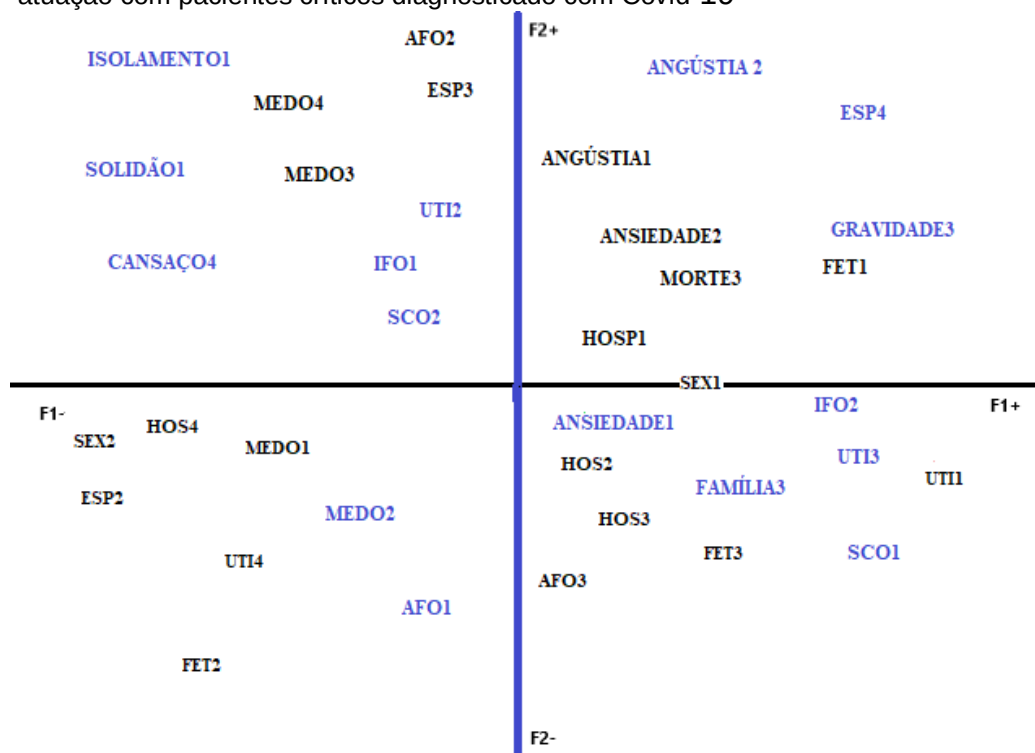
Quadro 1- Palavras dadas como respostas aos estímulos com os maiores valores da contribuição por fator. Goiânia – GO, 2020.

ESTÍMULOS	PALAVRA (RESPOSTA)	CPF1	CPF2
1- Paciente com Covid-19 internado em enfermaria em isolamento.	Angústia	<u>151</u>	--
	Ansiedade	--	43
	Isolamento	--	29
	Medo	<u>55</u>	--
	Solidão	--	18
2- Paciente consciente e orientado com Covid-19 internado na unidade de terapia intensiva.	Angústia	--	16
	Ansiedade	<u>105</u>	--
	Medo	--	<u>87</u>
3- Paciente com Covid-19 sob ventilação mecânica na unidade de terapia intensiva.	Família	--	<u>415</u>
	Gravidade	--	<u>135</u>
	Medo	<u>329</u>	--
	Morte	69	--
4-Considerando a pandemia e minha atuação com o paciente diagnosticado com Covid-19 eu me sinto.	Cansaço	--	<u>105</u>
	Medo	<u>102</u>	--

Legenda: *CPF1: Contribuição por fator 1; *CPF2: Contribuição por fator 2*Os valores destacados são de maior contribuição para o fator indicado.
Fonte: Autor Próprio.

Na figura 1 abaixo observa-se que fator 1 (F1) é representado pela cor preta, na linha horizontal, o fator 2 (F2) é representado pela cor azul, na linha vertical, explicam um total de 46,90% da variância total da amostra. O processo de análise será na seguinte ordem: iniciando pelo lado esquerdo (negativo) F1- e lado direito (positivo) F1+ após o lado superior (positivo) do F2+ e terminando no seu lado inferior (negativo) F2-. E será descrito em relação ao perfil sociodemográfico de cada lado assim como as respostas com maior fator de contribuição.

Figura 1. O plano fatorial de correspondência as respostas dos psicólogos acerca da vivência na atuação com pacientes críticos diagnosticado com Covid-19



Legenda do Plano Fatorial:

F1-: Fator F 1 negativo (esquerdo)

F2-: Fator F 2 negativo (inferior)

F1+: Fator F 1 positivo (direito)

F2+: Fator F 2 positivo (superior)

Fonte: próprio autor

A seguir no quadro 3- está a apresentação por fator referente aos dados do perfil dos participantes e as respostas dos estímulos de acordo com a leitura do gráfico acima.

Quadro3 - Dados do perfil do participante e as respostas dos estímulos de acordo com a leitura do gráfico por fator. Goiânia – GO, 2020.

FATOR	PERFIL PARTICIPANTE	RESPOSTA AO ESTIMULO
F1-	FET2 → 35- 45 Anos SEX2 → Sexo feminino AFO2→ Formado em 2000 A 2007 ESP2→ Residência Multiprofissional ESP3→Especialista em saúde e hospitalar UTI4→ Prática maior que 8 anos HOS4→ Prática maior que 8 anos	Medo 1 Medo 3 Medo 4
F1+	FET1→ 24-35 anos FET3 → >45 anos AFO3→ Formado em 2007-2014 UTI 1→ Prática menor que 1 ano HOS1→ Prática menor que 1 ano HOS2→ Prática 1-4 anos HOS3→ Prática 4-8 anos	Angústia 1 Ansiedade 2 Morte 3
F2+	SCO2→ Com companheiro IFO1→ Instituição de formação pública ESP4→ Não tem especialização UTI2→ Prática 1-4 anos	Isolamento 1 Solidão 1 Angústia 2 Gravidade 3 Cansaço 4
F2-	SCO 1→ Sem companheiro IFO 2→ Instituição de formação privada AFO 1→ Formado em 1993 A 2000 UTI 3→ Prática 4-8 anos	Ansiedade 1 Medo 2 Família 3

Fonte: próprio autor

Fator 1 negativo (esquerdo)

Refere-se aos participantes do sexo feminino com a faixa etária de 35 a 45 anos, formados no período do ano de 2000 a 2007 sendo especialistas por programas de residência multiprofissional e/ou psicólogas da saúde e hospitalar.

Quanto às respostas, a palavra “medo” está presente nos estímulos indutores 1, 3 e 4 sendo o maior CPF referente ao estímulo 3 que associa o atendimento psicológico ao paciente crítico em uso de VM na UTI.

Fator 1 positivo (direito)

Os participantes são do sexo masculino com faixa etária maior e/ou igual 45 anos, formados nos anos de 2007 a 2014 com prática hospitalar e em UTI menor e/ou igual a um ano.

A palavra “angústia” foi a resposta com maior CPF ao estímulo indutor 1 (o atendimento psicológico ao paciente em enfermaria), seguido da resposta “ansiedade” ao estímulo 2 e “morte” ao estímulo 3, respectivamente ao atendimento com paciente crítico consciente na UTI e paciente em uso de VM.

Fator 2 negativo (inferior)

Os participantes não possuem companheiros, formados em instituições particulares no período de 1993 a 2000 com experiência em UTI de 4 a 8 anos.

A resposta de maior CPF foi a palavra “família” tanto neste fator quanto em toda amostra do estudo relacionada ao estímulo indutor 3, ou seja, atendimento psicológico ao paciente crítico em uso de VM.

Fator 2 positivo (superior)

Os participantes possuem companheiros, formados em instituições públicas, sem nenhuma especialização e com experiência na UTI de 1 a 4 anos.

Neste fator está o maior número de respostas com o maior CPF na palavra “gravidade” refere-se ao atendimento psicológico ao paciente crítico em uso de VM na UTI e também maior CPF a resposta “cansaço” seguida da resposta “medo” no

estímulo indutor 4 que aborda a percepção do participante frente ao seu sentimento na atuação com pacientes diagnosticadas com Covid-19.

Discussão

Os estímulos foram aplicados de forma escalonada para que os psicólogos expressassem seus sentimentos e emoções diante de pacientes diagnosticados com Covid-19 em diferentes graus de necessidades, iniciando com aquele em enfermaria até o mais crítico, em uso de ventilação mecânica. As palavras evocadas foram repetidas para os diferentes estímulos, sendo que algumas permearam todos eles.

As principais palavras colhidas foram: angústia, ansiedade e o medo, ou seja, sintomas psíquicos ao considerar a vivência no atendimento ao paciente com Covid-19 hospitalizado. A angústia pode ser entendida como manifestação biológica quando há um aperto na garganta, mãos geladas, tremores e também psicologicamente, como um sinal de alerta ao perigo, para produzir um comportamento que evite uma ideia ruim ou algo ameaçador. É algo que define a condição humana, cheio de significados e manifestação de um tipo de vivência (Dalgalarondo, 2008).

A angústia esteve relacionada ao atendimento de pacientes em isolamento na enfermaria com suas demandas emocionais e psicológicas, enfrentando o diagnóstico de uma doença desconhecida, ameaçadora e letal. Este é um ambiente cheio de rotinas, com restrições e perda da privacidade, porém ainda está preservada a condição de comunicação pela expressão da fala e de gestos. (Duarte *et al.*, 2015).

Além desse efeito sobre o próprio paciente, há que se considerar também a pandemia como fonte geradora de sobrecarga na demanda no sistema de saúde, interferindo na qualidade da assistência e exigindo ainda mais dos profissionais de saúde na atividade direta com estes pacientes. (Ramos-Toescher *et al.*, 2020).

A palavra ansiedade foi evocada principalmente no atendimento com paciente crítico consciente, mas já internado na UTI, muitas vezes devido alguma piora física causada pelo vírus da Covid-19 (Valle *et al.*, 2020). Está é uma forma de humor que causa uma falta de conforto mental, apreensão, inquietação, sensação de desconforto, preocupações exageradas, irritabilidade, nervosismo, e reflete em

sintomas somáticos/físicos como taquicardia, palpitação, desconforto respiratório, sudorese, tontura e outros (Dalgalarondo,2008).

A ansiedade manifestada pelo psicólogo pode estar voltada diretamente para o fato de que não houve tempo para que novas formas de atuação fossem desenvolvidas no enfrentamento da pandemia. O próprio ambiente hospitalar, seja em UTI ou enfermaria, desempenha um papel de fonte geradora de ansiedade. Deve ser pensando também de forma quantitativa, no aumento do número de casos e de internações. Acompanhar a evolução e agravamento dos casos Covid-19 junto com o desconhecimento coletivo sobre a doença e as melhores formas de manejo, foi fonte geradora de angústia e ansiedade para o psicólogo(Giorgi *et al.*, 2020; Teixeira *et al.*, 2020).

Mesmo na presença dessas emoções o psicólogo deve ser capaz de desenvolver apoio psicológico, elaboração de estratégias funcionais de enfrentamento à crise, identificar rede de apoio/suporte social, psicoeducação, além de promover interação paciente-família através do uso das tecnologias. A finalidade dessa atuação é justamente para reduzir sentimentos e emoções negativas e estabelecer sentimentos colaborativos ao tratamento, que podem ser o diferencial na evolução da doença (Gabarra *et al.*, 2020; Giorgi *et al.*, 2020).

A palavra “medo” foi a resposta comum a todos os estímulos, ou seja, o psicólogo atribuiu medo em relação ao seu atendimento com paciente nos três momentos: na enfermaria, na UTI com nível de consciência preservado e aquele em uso de VM; além disso o medo também foi o sentimento destacado ao pensar na atuação com o paciente diagnosticado com Covid-19. O medo veio seguido das palavras gravidade e morte quando os estímulos evocavam o paciente com Covid-19 em estado grave e em ventilação mecânica. As manifestações psicológicas podem aumentar de maneira significativa no contexto hospitalar, e isso foi evidenciado principalmente nos casos graves da Covid-19, associados à VM e UTI. (Branco e Arruda, 2020), A piora clínica do paciente com Covid-19 leva-o para a internação em UTI e, lá dentro, a possibilidade de necessitar de auxílio respiratório e ser entubado é maior. O ambiente de UTI tende a despertar no imaginário a ideia da morte e quando acrescido do uso de VM isso pode intensificar. (Oliveira, 2017) (Campos e Costa, 2020),

Medo é uma característica presente no animal e no homem que se refere ao senso percepção de uma insegurança crescente e de impotência, diante de um objeto/situação que quer ser evitada (Dalgalarrrondo, 2008). O medo é uma emoção de caráter subjetivo, mesmo que abrange o coletivo ainda assim é uma emoção muito particular, independentemente da situação ser uma realidade ou imaginação, produz reações e ações (Paula et al., 2021).

O estímulo relacionado ao atendimento com paciente em uso de VM na UTI evocou também a palavra família. A internação na UTI é um estressor em potencial físico e emocional aos familiares que lidam com sentimentos de medo, ansiedade, angústia, raiva e outros (Reis et al., 2016). O sofrimento psíquico dos familiares se torna muito intenso também por lidar com o agravamento clínico do familiar já hospitalizado e o medo de demais membros da família estejam contaminados (Crepaldi et al., 2020). A evocação da palavra evidencia o lugar e a importância que o psicólogo deu para a participação da família no processo do cuidado do paciente.

O psicólogo deve intervir focado em proporcionar cuidado, acolhimento, atenção, informação junto aos familiares motivando sentimentos de segurança e confiança no tratamento intensivo ofertado e estabelecer um vínculo positivo entre família-equipe (Oliveira, 2017). Essa intervenção precisou ser remodelada para ser inserida dentro das possibilidades de assistência. A intervenção psicológica com os familiares nas condições atuais é realizada de forma remota uma vez que a visita ou acompanhamento estão restritos e até mesmo suspensos. Esse atendimento coloca o familiar mais próximo do paciente podendo acompanhar a evolução do tratamento e participando como incentivador. (Crepaldi et al., 2020)

As palavras morte, gravidade e medo acompanharam a palavra família quando os psicólogos foram estimulados a responderem sobre o paciente em VM na UTI.

A psicologia, inserida no campo da saúde, vislumbra o homem como um ser mental, físico e social; além disso, a dimensão espiritual tem sido considerada com a intenção de compreendê-lo em sua totalidade, no entendimento biopsicossocial espiritual (Monteiro e Junior, 2017). O homem possui conhecimentos e valores em sua cultura onde a espiritualidade está envolvida enquanto aspecto universal. A espiritualidade no homem lida com a criatividade, fé, imaginação, busca pelo sentido da vida e a transcendência (Monteiro e Junior, 2017).

Essa visão completa do ser humano reconhece e defende sua autonomia diante da vida. O paciente em uso de VM com ou sem sedação é ainda assim um homem biopsicossocial espiritual, ainda que não responda ao atendimento de modo verbal ou não verbal (gestos) é preciso normalizar e valorizar a necessidade do atendimento psicológico a esse perfil de paciente na UTI-(Duan e Zhu, 2020).

O medo, evocado pelos psicólogos, diante do estímulo de um quadro de extrema gravidade de um paciente crítico com Covid-19, em um leito de UTI e sob ventilação mecânica, pode produzir a reação de fuga diante do desconhecido e do enfrentamento desconfortável. É uma resposta que pode ser justificada diante da possibilidade de contaminação (Gabarra *et al.*, 2020) da exposição ao vírus no ambiente de trabalho. (Giorgi *et al.*, 2020), e das importantes modificações, não escolhidas espontaneamente, dentro dos espaços familiar, social e organizacional, que contribuem para o surgimento de várias alterações emocionais como o medo (Santos e Anjos, 2020).

Os hospitais de modo geral na pandemia tornaram-se locais mais estressantes do que se conhecia habitualmente nas diversas situações vivenciadas, mesmo em atendimentos de pacientes em estado clínico muito grave. Temas como a morte, trauma a todo instante experimentado, além de unidades lotadas, exigências profissionais, e cobranças refletiram em um termo muito recorrente, que foi o cansaço vivenciado por todos (Carmassi *et al.*, 2020).

Uma expressão desse cansaço é a fadiga emocional. É possível notá-la através da alteração do sono/visual, dificuldade de respirar, dores em geral, sudorese e, também a presença dos sintomas psíquicos angústia, humor deprimido, irritabilidade, alteração na atenção/produtividade. Outra possibilidade de efeito do “cansaço” é a síndrome de *burnout* (SB). Trata-se de um transtorno resultado do estresse no ambiente de trabalho levando o profissional a exaustão emocional. São considerados como geradores de estresse a exposição ao vírus, condições ruins de trabalho, aumento de responsabilidade, ausência de recursos, sobrecarga, lidar com a morte e situações traumáticas frequentemente (Moura *et al.*, 2020).

Além de refletir nos bastidores da assistência psicológica, aonde muitas vezes, psicólogo enfreta a falta de boas condições para sua atuação, baixa remuneração, alta carga horária, contratos de trabalho sem vínculos empregatícios,

sem garantias do básico para cuidar de si para que possa com dignidade cuidar do outro.

O ambiente de UTI no enfrentamento ao Covid-19, evocou para os psicólogos que estavam assistindo aos pacientes críticos, sentimentos que variaram da angústia, ansiedade até o medo (Carmassi *et al.*, 2020). Diante do paciente grave, entubado, tolhido em sua autonomia e possibilidades de comunicação, o profissional pensou na família e pensou também na morte. Estas palavras refletiram sentimentos e emoções que estão envolvidas na expressão do cansaço em sua extremidade máxima, que é a fadiga física e emocional.

6. CONCLUSÃO

O psicólogo, ao considerar o paciente crítico em uso de ventilação mecânica, vivencia sua atuação através da compreensão da gravidade do quadro de saúde deste paciente e que devido a isso a família torna-se o principal foco em sua assistência psicológica.

O estudo também apresentou o sofrimento do psicólogo diante da sua assistência ao paciente diagnosticado com a Covid-19 gerando sintomas como: angústia, ansiedade, medo.

Através deste estudo recomenda-se alguns pontos com a finalidade de aprimorar psicólogo na assistência à UTI como: disciplinas curriculares que aborde a assistência na UTI, protocolos que identifique a necessidade de apoio e/ou acompanhamento psicológico ao psicólogo atuante na UTI, criação de ações preventivas frente aos sinais e sintomas do adoecimento mental e a capacitação da equipe multidisciplinar em considerar o paciente crítico como um ser biopsicossocial espiritual independente da gravidade.

Diante dos achados segue como novas oportunidades de estudos com temas ainda centrado no paciente em ventilação mecânica e a assistência psicológica, investigação do estado emocional destes psicólogos pós pandemia da Covid-19 e os recursos psicológicos utilizados na vida profissional e pessoal, e até mesmo o preparo acadêmico de novos psicólogos na área da UTI.

Referências Bibliográficas

1. LIMA, F. M. D.; MARTINS, C. P. Reflexões sobre o trabalho da psicologia na UTI. **Saúde em Redes**, v. 3, n. 3, p. 207-213, 2017.
2. GOMES, A. G. A.; CARVALHO, M. F. D. O. A perspectiva do paciente sobre a experiência de internação em UTI: revisão integrativa de literatura. **Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 21, n. 2, p. 167-185, 2018.
3. MCKINLEY, S. et al. Sleep and other factors associated with mental health and psychological distress after intensive care for critical illness. **Intensive Care Med**, v. 38, n. 4, p. 627-33, Apr 2012. ISSN 1432-1238 (Electronic)0342-4642 (Linking). Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22318635> >.
4. DESSOTTE, C. A. et al. Stressors perceived by patients in the immediate postoperative of cardiac surgery. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n. 4, p. 741-50, Jul-Aug 2016. ISSN 1984-0446 (Electronic)0034-7167 (Linking). Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27508481> >.
5. GALVIN, I. M. et al. Humanization of critical care-psychological effects on healthcare professionals and relatives: a systematic review. **Can J Anaesth**, v. 65, n. 12, p. 1348-1371, Dec 2018. ISSN 1496-8975 (Electronic) 0832-610X (Linking). Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30315505> >.
6. SANTOS, K. D. D.; MARTINS, I. D. C.; GONÇALVES, F. A. F. Caracterização da sedação e analgesia em Unidade de Terapia Intensiva: estudo observacional **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 15 n. 2, p. 157-166, 2016.
7. POCHARD, F. et al. Subjective psychological status of severely ill patients discharged from mechanical ventilation. **Clin Intensive Care**, v. 6, n. 2, p. 57-61, 1995. ISSN 0956-3075 (Print)0956-3075.
8. DZIADZKO, V. et al. Acute psychological trauma in the critically ill: Patient and family perspectives. **Gen Hosp Psychiatry**, v. 47, p. 68-74, Jul 2017. ISSN 0163-8343.
9. SILVA, W.; GOMES, I. ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: uma revisão integrativa da literatura. **Psicologia e Saúde em Debate**, v. 3, n. 2, p. 44-52, 2017.
10. BRANCO, A. B. D. A. C.; ARRUDA, K. D. D. S. A. Atendimento psicológico de pacientes com Covid-19 em desmame ventilatório: proposta de protocolo. **Rev. Augustus**, v. 25, n. 51, p. 335-356, 2020.
11. COUTINHO, M. PL; BÚ, E. V. A TÉCNICA DE ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS SOBRE O PRISMA DO SOFTWARE TRI-DEUX-MOTS (VERSION 5.2). **Revista Campo do Saber**, v. Volume 3 n. Número 1 p. 219-243, 2017
12. DUARTE, T. D. L.; FERNANDES, L. F.; FREITAS, M. M. C. Repercussões psicológicas do isolamento de contato: uma revisão. **Revista Psicologia Hospitalar**, v. 13, n. 2, p. 88-113, 2015.
13. RAMOS-TOESCHER, A. M. et al. Saúde mental de profissionais de enfermagem durante a pandemia de COVID-19: recursos de apoio. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. spe, 2020. ISSN 2177-94651414-8145.

14. DALGALLARONDO, P. A afetividade e suas alterações. In: DALGALLARONDO, P. Psicopatologia e Semiologia do Transtornos Mentais. UNICAMP: Artmed, 2008, p.155-173.
15. VALLE, M. D. C. D. et al. Contribuições da Farmácia, Fisioterapia e Psicologia a pacientes com COVID-19 em Unidades de Terapia Intensiva. **Health Residencies Journal** v. 1, n. 5, p. 1-17, 2020.
16. GIORGI, G. et al. COVID-19-related mental health effects in the workplace: a narrative review. **Int J Environ Res Public Health**, v. 17, n. 21, p. 1-21, Oct 27 2020. ISSN 1660-4601 (Electronic) 1660-4601 (Linking). Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33120930> >.
17. TEIXEIRA, C. F. S. et al. The health of healthcare professionals coping with the Covid-19 pandemic. **Cien Saude Colet**, v. 25, n. 9, p. 3465-3474, Sep 2020. ISSN 1678-4561 (Electronic) 1413-8123 (Linking). Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32876270> >.
18. GABARRA, L. M. et al. A atuação da psicologia no contexto hospitalar durante a pandemia de COVID-19. **Revista Plural**, v. 1, n. 1, p. 18-30, 2020.
19. OLIVEIRA, J.M. Aspectos Emocionais da Ventilação Mecânica. In: ALMEDRA, F.S.R. Psicologia em Unidade de Terapia Intensiva. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017, p. 87-96.
20. CAMPOS, N. G.; COSTA, R. F. D. Alterações pulmonares causadas pelo novo Coronavírus (COVID-19) e o uso da ventilação mecânica invasiva. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 8, n. 1, 2020. ISSN 2317-3076 2317-3084.
21. PAULA, A. C. R. D. et al. Reações e sentimentos dos profissionais de saúde no cuidado de pacientes hospitalizados com suspeita covid-19. **SCIELO preprint**, p. 1-14, 2021.
22. REIS, L. C. C.; GABARRA, L. M.; MORÉ, C. L. O. O. As repercussões do processo de internação em UTI adulto na perspectiva de familiares. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 3, p. 815-828, 2016. ISSN 21753652.
23. CREPALDI, M. A. et al. Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 37, 2020. ISSN 1982-0275 0103-166X.
24. MONTEIRO, L. V. B.; JUNIOR, J. R. R. A Dimensão espiritual na compreensão do processo saúde-doença em psicologia da saúde. **Ciências Biológicas e de Saúde**, v. 4, n. 2, p. 15-29, 2017.
25. DUAN, L.; ZHU, G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. **The Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 4, p. 300-302, 2020. ISSN 22150366.
26. SANTOS, V. C.; ANJOS, K. F. D. Transtornos de estresse pós traumático no contexto da COVID19. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, v. 11, n. 1, p. 06-12, 2020.
27. CARMASSI, C. et al. PTSD symptoms in healthcare workers facing the three coronavirus outbreaks: What can we expect after the COVID-19 pandemic. **Psychiatry Res**, v. 292, p. 1-11, Oct 2020. ISSN 1872-7123 (Electronic) 0165-1781 (Linking). Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32717711> >.
28. MOURA, E. C. D.; FURTADO, L.; SOBRAL, F. The burnout epidemic during the Covid-19 pandemic: the role of lmx in alleviating physicians' burnout.

- Revista de Administração de Empresas**, v. 60, n. 6, p. 426-436, 2020. ISSN 2178-938x0034-7590.
29. PMG/SMS-PREFEITURA DE GOIÂNIA/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2021. Reportagem. Goiânia: SMS/ Prefeitura de Goiânia.
30. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019. Quantidade de leitos de UTI em uso, no SUS e em hospitais privados, disponíveis em dezembro de 2019. Brasil: IBGE.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todos os fatores já discutidos como alta transmissibilidade da Covid-19, alta exposição ao vírus, risco de contaminação de si e do outro além de toda a questão ocupacional no ambiente de trabalho ao encarar lotações máximas dos leitos, pacientes extremamente graves, e a presença da morte quase que diariamente é a atual realidade.

Esta realidade tão abrupta e intensa impactou pacientes, famílias e profissionais de saúde. O último como foco deste estudo, os psicólogos, apresentaram sintomas psíquicos (angústia, ansiedade, medo) ao atender pacientes com a Covid-19. O que traz consciência de que os psicólogos são susceptíveis de sofrimento psíquico também e que merecem os devidos cuidados com a saúde mental deles.

O psicólogo, como um dos profissionais que integram as equipes de assistência em Unidades de Terapia Intensiva, demonstrou estar recebendo impacto emocional diante do enfrentamento da Covid-19. Isso ficou ainda mais exacerbado na presença de pacientes críticos e em ventilação mecânica.

Os sentimentos expressados de angústia, ansiedade e medo podem provocar reações negativas e adoecimento do profissional, refletindo diretamente na qualidade da assistência ofertada.

Diante dos achados do presente estudo recomenda-se:

- Disciplinas curriculares para a formação do psicólogo intensivista, que o instrumentalize para sua atuação clínica junto ao paciente de forma holística;
 - Sistematização da assistência em unidades de terapia intensiva para equipes multidisciplinares, onde haja espaço para a escuta entre os pares e o fortalecimento dos elos entre todos;
 - Protocolos administrativos que auxiliem o psicólogo na identificação de suas próprias necessidades de descanso e reconhecimento.
-

- Planejamento institucional com espaço para ações preventivas e cuidados para a saúde mental dos trabalhadores na saúde.
- E, por último, sugere-se:
- Definição inequívoca dos espaços de atuação e das diversas interfaces de saberes no cenário da UTI;
- Rotinas de trabalho menos extenuantes que permitam o descanso e reposição de energias;
- Capacitação transversal para todos da equipe multidisciplinar contemplando abordagem psíquica, física e espiritual para o paciente crítico e especialmente o paciente com diagnóstico de Covid-19.

8. REFERÊNCIAS

I FORUM DE DIRETRIZES EM VENTILAÇÃO MECÂNICA AMIB E SBPT, 2013, **Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica**. São Paulo: Associação de Medicina Intensiva Brasileira, 2013.

ARANTES, R. X. et al. Fatores estressores em pacientes internados em unidade de terapia intensiva: uma revisão bibliográfica. **VI Seminário Científico do UNIFACIG**, 2020.

BACKES, M. T. S.; ERDMANN, A. L.; BÜSCHER, A. O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em unidade de terapia intensiva. **Revista Latino Americano Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 411-418, 2015.

BRANCO, A. B. D. A. C.; ARRUDA, K. D. D. S. A. Atendimento psicológico de pacientes com Covid-19 em desmame ventilatório: proposta de protocolo. **Rev. Augustus**, v. 25, n. 51, p. 335-356, 2020.

BRASIL. **Portaria nº 1.701, de 04 de Julho de 2005**. Determina que a Secretaria de Atenção à Saúde submeta à Consulta Pública a minuta da Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. Brasil: Ministério da Saúde, [2005]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1071_04_07_2005.html

BRASIL. **Resolução nº07, de 24 de Fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasil: Ministério da Saúde-ANVISA, [2010], Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html

CAMPOS, N. G.; COSTA, R. F. D. Alterações pulmonares causadas pelo novo Coronavírus (COVID-19) e o uso da ventilação mecânica invasiva. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 8, n. 1, 2020. ISSN 2317-3076/2317-3084.

CARMASSI, C. et al. PTSD symptoms in healthcare workers facing the three coronavirus outbreaks: What can we expect after the COVID-19 pandemic. **Psychiatry Res**, v. 292, p. 1-11, Oct 2020. ISSN 1872-7123 (Electronic)

0165-1781 (Linking). Disponível em:
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32717711> >.

COSTA, B. R. L. Bola de neve virtual: o uso das redes sociais virtuais no processo de coleta de dados de uma pesquisa científica. **Revista Interdisciplinar de Gestão Social**, v. 7, n. 1, p. 15-37, 2018.

COUTINHO, M. D. P. D. L.; BÚ, E. D. A técnica de associação livre de palavras sobre o prisma dio software Tri-Deux-Mots (version 5.2). **Revista Campo do Saber**, v. 3, n. 1, p. 219-242, 2017.

CREPALDI, M. A. et al. Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 37, 2020. ISSN 1982-02750103-166X.

CUI, J.; LI, F.; SHI, Z. L. Origin and evolution of pathogenic coronaviruses. **Nat Rev Microbiol**, v. 17, n. 3, p. 181-192, Mar 2019. ISSN 1740-1534 (Electronic)

1740-1526 (Linking). Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30531947>>.

DALGALLARONDO, P. A afetividade e suas alterações. In: **DALGALLARONDO, P. Psicopatologia e Semiologia do Transtornos Mentais**. UNICAMP: Artmed, 2008, p.155-173.

DE WIT, E. et al. SARS and MERS: recent insights into emerging coronaviruses. **Nat Rev Microbiol**, v. 14, n. 8, p. 523-34, Aug 2016. ISSN 1740-1534 (Electronic)

1740-1526 (Linking). Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27344959>>.

DESSOTTE, C. A. et al. Stressors perceived by patients in the immediate postoperative of cardiac surgery. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n. 4, p. 741-50, Jul-Aug 2016. ISSN 1984-0446 (Electronic)0034-7167 (Linking). Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27508481>>.

DUAN, L.; ZHU, G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. **The Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 4, p. 300-302, 2020. ISSN 22150366.

DUARTE, T. D. L.; FERNANDES, L. F.; FREITAS, M. M. C. Repercussões psicológicas do isolamento de contato: uma revisão. **Revista Psicologia Hospitalar**, v. 13, n. 2, p. 88-113, 2015.

DZIADZKO, V. et al. Acute psychological trauma in the critically ill: Patient and family perspectives. **Gen Hosp Psychiatry**, v. 47, p. 68-74, Jul 2017. ISSN 0163-8343.

FAISAL MASUD, M. D. A.; LAMB, T. Y. C.; SAHAR FATIMA, M. B. B. S. Is 24/7 In-House Intensivist Staffing Necessary in the Intensive Care Unit? **METHODIST DEBAKEY CARDIOVASC** v. 14 n. 2, p. 134-140, 2018.

FERNANDES, G. T. et al. Tecnologia de Ponta em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e sua Influência na Humanização do Cuidado de Enfermagem. **Acadêmicas do 8º período Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Plínio Leite**, p. 1-16, 2010.

FUMIS, R. R. et al. Emotional disorders in pairs of patients and their family members during and after ICU stay. **PLoS One**, v. 10, n. 1, p. e0115332, 2015. ISSN 1932-6203 (Electronic)1932-6203 (Linking). Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25616059>>.

GABARRA, L. M. et al. A atuação da psicologia no contexto hospitalar durante a pandemia de COVID-19. **Revista Plural**, v. 1, n. 1, p. 18-30, 2020.

GALVIN, I. M. et al. Humanization of critical care-psychological effects on healthcare professionals and relatives: a systematic review. **Can J Anaesth**, v. 65, n. 12, p. 1348-1371, Dec 2018. ISSN 1496-8975 (Electronic)0832-610X (Linking). Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30315505> >.

GIORGI, G. et al. COVID-19-related mental health effects in the workplace: a narrative review. **Int J Environ Res Public Health**, v. 17, n. 21, p. 1-21, Oct 27 2020. ISSN 1660-4601 (Electronic)1660-4601 (Linking). Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33120930> >.

GIRARD, T. D. et al. Haloperidol and aiprasidone for treatment of delirium in critical illness. **N Engl J Med**, v. 379, n. 26, p. 2506-2516, Dec 27 2018. ISSN 1533-4406 (Electronic)0028-4793 (Linking). Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30346242> >.

GOMES, A. G. A.; CARVALHO, M. F. D. O. A perspectiva do paciente sobre a experiência de internação em UTI: revisão integrativa de literatura. **Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 21, n. 2, p. 167-185, 2018.

HABERKORN, A. Atuação Psicológica na UTI. In: BRUSCATO, W.L., BENEDETTI, C., LOPES, S.R.A. **A prática da Psicologia Hospitalar na Sata Casa de São Paulo: novas paginas em uma antiga história**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006, p.99-108.

HOLANDA, M. A.; PINHEIRO, B. V. COVID-19 pandemic and mechanical ventilation: facing the present, designing the future. **J Bras Pneumol**, v. 46, n. 4, p. e20200282, 2020. ISSN 1806-3756 (Electronic)1806-3713 (Linking). Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32696835> >.

KHAN, S. H. et al. Decreasing delirium through music (DDM) in critically ill, mechanically ventilated patients in the intensive care unit: study protocol for a pilot randomized controlled trial. **Trials**, v. 18, n. 1, p. 574, Nov 29 2017. ISSN 1745-6215 (Electronic)1745-6215 (Linking). Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29187230> >.

LIMA, F. M. D.; MARTINS, C. P. Reflexões sobre o trabalho da psicologia na UTI. **Saúde em Redes**, v. 3, n. 3, p. 207-213, 2017.

LIMA, R. C. Distanciamento e isolamento sociais pela Covid-19 no Brasil: impactos na saúde mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 2, p. 1-10, 2020. ISSN 1809-44810103-7331.

MATURANA, A. P. P. M.; VALLE, T. G. M. D. Estratégias de enfrentamento e situações estressoras de profissionais no ambiente hospitalar. **Revista Psicologia Hospitalar**, v. 12 n. 2, p. 2-23, 2014.

MCKINLEY, S. et al. Sleep and other factors associated with mental health and psychological distress after intensive care for critical illness. **Intensive Care Med**, v. 38, n. 4, p. 627-33, Apr 2012. ISSN 1432-1238 (Electronic)0342-4642 (Linking). Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22318635> >.

MONTEIRO, L. V. B.; JUNIOR, J. R. R. A Dimensão espiritual na compreensão do processo saúde-doença em psicologia da saúde. **Ciências Biológicas e de Saúde**, v. 4, n. 2, p. 15-29, 2017.

MOURA, E. C. D.; FURTADO, L.; SOBRAL, F. The burnout epidemic during the Covid-19 pandemic: the role of Imx in alleviating physicians' burnout. **Revista de Administração de Empresas**, v. 60, n. 6, p. 426-436, 2020. ISSN 2178-938X0034-7590.

OLIVEIRA, J.M. Aspectos Emocionais da Ventilação Mecânica. In: ALMEDRA, F.S.R. Psicologia em Unidade de Terapia Intensiva. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017, p. 87-96.

ORTIZ, B. R. D. A.; GIGUER, F. F.; GRZYBOWSKI, L. S. Pacientes com limitação na comunicação verbal: prática do psicólogo na UTI. **Revista Psicologia Hospitalar**, v. 14, n. 2, p. 42-62, 2016.

PAULA, A. C. R. D. et al. Reações e sentimentos dos profissionais de saúde no cuidado de pacientes hospitalizados com suspeita covid-19. **SCIELO preprint**, p. 1-14, 2021.

POCHARD, F. et al. Subjective psychological status of severely ill patients discharged from mechanical ventilation. **Clin Intensive Care**, v. 6, n. 2, p. 57-61, 1995. ISSN 0956-3075 (Print)0956-3075.

RAMOS-TOESCHER, A. M. et al. Saúde mental de profissionais de enfermagem durante a pandemia de COVID-19: recursos de apoio. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. spe, 2020. ISSN 2177-94651414-8145.

REIS, L. C. C.; GABARRA, L. M.; MORE, C. L. O. O. As repercussões do processo de internação em UTI adulto na perspectiva de familiares. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 3, p. 815-828, 2016. ISSN 21753652.

RICHARDS-BELLE, A. et al. Psychological outcomes following a nurse-led preventative psychological intervention for critically ill patients (POPPI): protocol for a cluster-randomised clinical trial of a complex intervention. **BMJ Open**, v. 8, n. 2, p. e020908, Feb 8 2018. ISSN 2044-6055 (Electronic)2044-6055 (Linking). Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29439083> >.

SANTOS, A. A. D. et al. Sentimentos vivenciados por familiares de pacientes em Ventilação Mecânica. **Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 1, p. 438-443, 2015.

SANTOS, K. D. D.; MARTINS, I. D. C.; GONÇALVES, F. A. F. Caracterização da sedação e analgesia em Unidade de Terapia Intensiva: estudo observacional **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 15 n. 2, p. 157-166, 2016.

SANTOS, L. J. D. et al. Avaliação funcional de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva adulto do Hospital Universitário de Canoas. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 24, n. 4, p. 437-443, 2017. ISSN 2316-91171809-2950.

- SANTOS, V. C.; ANJOS, K. F. D. Transtornos de estresse pós traumático no contexto da COVID19. **Revista Brasileira de Saúde Funcional**, v. 11, n. 1, p. 06-12, 2020.
- SANTUZZI, C. H. et al. Aspectos éticos e humanizados da fisioterapia na UTI: uma revisão sistemática. **Fisioterapia Movimento**, v. 26, n. 2, p. 415-422, 2013.
- SCHNEIDER, A. M. B.; MOREIRA, B. M. C. Psicólogo intensivista: reflexões sobre a Inserção profissional no âmbito hospitalar, formação e prática profissional. **Revista Temas em Psicologia**, v. 25, n. 3, p. 1225-1239, 2017.
- SEPAROVICH, L. A. et al. Psicologia Hospitalar e equipe multiprofissional: uma revisão integrativa com vistas à conduta profissional. **Revista Científica UMC**, v. 5, n. 1, p. 1-15, 2020.
- SILVA, A. B. H. C. D. O estresse na prática profissional do psicólogo em UTI: uma revisão de literatura. **Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 13 n. 1, p. 33-51, 2010.
- SILVA, G. F. D.; SANCHES, P. G.; CARVALHO, M. D. D. B. Refletindo sobre o cuidado de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 94-98, 2007.
- SILVA, J. S.; PEDRAS, E. R. F. D. S. A comunicação com pacientes sob ventilação mecânica em uma unidade de terapia intensiva no interior de Minas Gerais sob a perspectiva da equipe de enfermagem. **Revista Brasileira de Ciências da Vida**, v. 5, n. 2, p. 1-26, 2017.
- SILVA, W.; GOMES, I. ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: uma revisão integrativa da literatura. **Psicologia e Saúde em Debate**, v. 3, n. 2, p. 44-52, 2017.
- SOUSA, V. F. D. S.; ARAUJO, T. C. C. F. D. Estresse ocupacional e resiliência entre profissionais de saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 35, n. 3, p. 900-915, 2015. ISSN 1414-9893.
- SOUZA, D. B. D. et al. Perspectiva de familiares acerca da atenção multiprofissional em unidade de terapia intensiva. **Saúde (Santa Maria)**. v. 46, n. 2, p. 1-12, 2020.
- SOUZA, N. V. D. D. O. et al. Trabalho de enfermagem na pandemia da covid-19 e repercussões para a saúde mental dos trabalhadores. **revista gaucha de enfermagem**, v. 42(esp):e20200225, 2021.
- TEIXEIRA, C. F. S. et al. The health of healthcare professionals coping with the Covid-19 pandemic. **Cien Saude Colet**, v. 25, n. 9, p. 3465-3474, Sep 2020. ISSN 1678-4561 (Electronic)1413-8123 (Linking). Disponível em: <
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32876270> >.
- VALLE, M. D. C. D. et al. Contribuições da Farmácia, Fisioterapia e Psicologia a pacientes com COVID-19 em Unidades de Terapia Intensiva. **Health Residencies Journal** v. 1, n. 5, p. 1-17, 2020.

VIEIRA, V. M. O. Contribuições da técnica de "associação livre de palavras" para a compreensão da sexualidade na adolescência. **Revista Espaço Pedagógico**, v. 26, n. 1, p. 260-281, 2018. ISSN 2238-0302

0104-7469.

ANEXOS

Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS - UFG 
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
DADOS DA EMENDA Título da Pesquisa: ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA AO PACIENTE CRÍTICO DIAGNOSTICADO COM COVID EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA Pesquisador: Andrea Silva Moraes Área Temática: Versão: 2 CAAE: 28897120.5.0000.5078 Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
DADOS DO PARECER Número do Parecer: 4.263.502 Apresentação do Projeto: Trata-se de um estudo observacional transversal analítico com o objetivo de analisar a percepção do profissional de psicologia sobre a sua prática junto ao paciente crítico em ventilação mecânica. Participantes: profissionais de psicologia que atuam em hospitais em Goiânia; com a coleta de dados a partir dos seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico – Atuação e formação profissional e a aplicação da Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP). Objetivo da Pesquisa: Objetivo Primário: Analisar a percepção do profissional de psicologia sobre a sua prática junto ao paciente crítico diagnosticado com COVID 19 admitido em UTI, considerando os pressupostos de assistência integral, humanizada e direcionada para os sintomas neuropsíquicos.

considerando os pressupostos de assistência integral, humanizada e direcionada para os sintomas psíquicos.

Objetivo Secundário:

- Identificar profissionais de psicologia atuando em hospitais de Goiânia, que possuem UTI em funcionamento no período de Março a Agosto de 2020;
- Descrever perfil sociodemográfico e profissional dos psicólogos identificados atuando nos hospitais com UTI em Goiânia.
- Analisar a representação que os psicólogos têm de sua prática junto a diferentes situações de

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Hospital das Clínicas/UFG - 1º Andar - Unidade de Pesquisa Clínica			
Bairro: St. Leste Universitário		CEP: 74.605-020	
UF: GO	Município: GOIANIA		
Telefone: (62)3269-8338	Fax: (62)3269-8426	E-mail: cephcuufg@yahoo.com.br	

Página 01 de 03

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - UFG



Continuação do Parecer: 4.263.502

pacientes

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O risco em participar da investigação é considerado mínimo e refere-se a possível desconforto dos

de coleta de dados. Para evitar constrangimentos a abordagem será feita de forma a garantir o sigilo e confidencialidade dos dados; nenhum participante terá sua identidade associada às respostas emitidas.

Benefícios:

Haverá benefícios indiretos para os participantes do estudo, pois a pesquisa oportunizará um momento de reflexão sobre a prática do profissional, o

que poderá levá-lo a buscar por formas de aprimoramento no cuidado do paciente crítico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de Emenda ao Protocolo de Pesquisa com a seguinte justificativa:

Necessidade de mudanças do projeto original. Desde titulação, objetivos, critérios de elegibilidade, metodologia, alterações nos instrumentos, cronograma. Estas mudanças foram feitas justamente para atender a essência do projeto que investigará atuação do profissional de Psicologia com pacientes críticos internados em unidade de terapia intensiva; logo o perfil do paciente em cuidados intensivos mudou drasticamente com a PANDEMIA (COVID-19).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há óbices éticos ao projeto de pesquisa avaliado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e complementares, e pela Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação desta Emenda.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Hospital das Clínicas/UFG - 1º Andar - Unidade de Pesquisa Clínica		
Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.605-020		
UF: GO	Município: GOIANIA	
Telefone: (62)3269-8338	Fax: (62)3269-8426	E-mail: cep@ufg.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
GOIÁS - UFG



Continuação do Parecer: 4.263.502

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1596852_E1.pdf	26/07/2020 20:10:52		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	26/07/2020 20:10:03	Andrea Silva Moraes	Aceito
Outros	CARTA.doc	20/07/2020 20:47:09	Andrea Silva Moraes	Aceito
Outros	TALP.doc	20/07/2020 20:46:50	Andrea Silva Moraes	Aceito
Outros	questionario.doc	20/07/2020 20:46:12	Andrea Silva Moraes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	20/07/2020 20:44:10	Andrea Silva Moraes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOEMENDA.doc	16/07/2020 19:34:15	Andrea Silva Moraes	Aceito
Outros	Certidao.pdf	13/01/2020 21:59:17	Andrea Silva Moraes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 08 de Setembro de 2020

Assinado por:
JOSE MARIO COELHO MORAES
(Coordenador(a))

Anexo 2 – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, na pesquisa **“ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA AO PACIENTE CRÍTICO DIAGNOSTICADO COM COVID EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA”**.

Meu nome é Andrea Silva Moraes sou a pesquisadora responsável e minha área de atuação é como psicóloga intensivista. Após ler com atenção este documento e ser esclarecido (a) em todas as suas dúvidas sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine em todas as páginas e ao final deste documento, que está em duas vias e também será assinado por mim, pesquisadora, em todas as páginas; uma das vias é sua e a outra mantereí arquivada comigo.

Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato diretamente comigo (pesquisadora responsável), inclusive por ligação a cobrar; meus número de celular é (62) 9 8250-1419 e também no endereço rua S06, n.497- St .Bela Vista, em Goiânia, e ainda por endereço eletrônico (e-mail): asmpsi@live.com.

Você também poderá ter acesso ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: 3269 8338 e 3269 8426 ou no endereço: 1ª Avenida S/Nº Setor Leste Universitário, Unidade de Pesquisa Clínica, 2º andar, horário de atendimento: segunda a sexta feira das 7 às 17 horas, para esclarecimento de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa.

O nosso objetivo com esta pesquisa é identificar como o profissional psicólogo se autopercebe na assistência junto ao paciente crítico adulto diagnosticado com COVID-19 internado em UTI

O profissional psicólogo, assumindo o seu papel na equipe multiprofissional da UTI, pode auxiliar, com sua atuação, de forma direta na abordagem dos sintomas psíquicos e pode minimizar as condições estressantes da ventilação mecânica. No entanto, muitas vezes deixa de oferecer a assistência por entender que o paciente não está se comunicando verbalmente. Mesmo neste cenário o psicólogo pode ter uma atuação benéfica para o paciente e queremos conhecer o que você pensa sobre isso.

Detalhamento dos procedimentos: será aplicado um Questionário Sociodemográfico para conhecermos você um pouco melhor, com informações sobre idade, sexo, local de formação superior, tempo de formação, pós-graduação completa e tempo de prática profissional em UTI. E em seguida a TALP.

Todos os dados colhidos serão registrados de forma codificada, sendo preservada sua identidade, assim como a identidade de todas as pessoas por você referidas, para garantir a total confidencialidade das informações que tiver nos fornecido.

Os dados que forem colhidos serão utilizados unicamente para essa pesquisa e não serão armazenados para estudos futuros.

Sua participação é voluntária e não será constrangido ou penalizado de qualquer forma caso recuse ser um participante no estudo.

Em qualquer momento você poderá desistir de ser participante da pesquisa, sem que isto acarrete qualquer penalidade ou constrangimento.

Esclarecemos que a sua participação na pesquisa não terá nenhum tipo de pagamento ou privilégios, contudo, os conhecimentos obtidos nesta investigação poderão ampliar as discussões sobre as contribuições da atuação em equipe em instituição hospitalar. Desta forma, você não terá nenhum benefício direto por estar participando, mas contribuirá para que o conhecimento adquirido por meio desta pesquisa possa auxiliar as discussões sobre os serviços públicos de saúde do Brasil.

Caso você apresente alguma consequência de cunho psicológico, devido ao processo da pesquisa, será devidamente assistido sem qualquer ônus. E caso tenha qualquer gasto relacionado a sua participação no estudo, faremos o ressarcimento, de modo que você não tenha qualquer ônus.

Mesmo assim, se você considerar que houve danos decorrentes à participação, você tem o direito de contestar na justiça a indenização cabível. A pesquisadora compromete-se em acatar a decisão da justiça com relação ao pagamento de indenização e efetuar/pagar a indenização.

Os resultados dessa pesquisa serão publicados, bem como apresentados em eventos e atividades científicas, sempre com garantia do sigilo e confidencialidade de sua participação.

Declaro que concordo em participar da pesquisa: **ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA AO PACIENTE CRÍTICO DIAGNOSTICADO COM COVID EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

- Participante:

Data: _____

Nome: _____

—

Assinatura: _____

- Pesquisadora:

Participei do processo de obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido

Nome: _____

Assinatura: _____

- Testemunha (não ligada à equipe de pesquisadores): Presenciei a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite em participar.

Nome: _____

Assinatura: _____

Anexo 3 – Normas de publicação dos respectivos periódicos

Journal Frontier in Psychology-health-psychology

1. General standards

1.1. Article Type

Frontiers requires authors to carefully select the appropriate article type for their manuscript and to comply with the article type descriptions defined in the journal's "Article Types" page, which can be seen from the "For Authors" menu on any Frontiers journal page. Please pay close attention to the word count limits.

1.2. Templates

If working with Word please use our [Frontiers Word templates](#). If you wish to submit your article as LaTeX, we recommend our [Frontiers LaTeX templates](#).

For LaTeX files, please ensure all relevant manuscript files are uploaded: .tex file, PDF, and .bib file (if the bibliography is not already included in the .tex file).

During the [Interactive Review](#), authors are encouraged to upload versions using "Track Changes." Editors and reviewers can only download the PDF file of the submitted manuscript.

1.3. Manuscript Length

Frontiers encourages the authors to closely follow the article word count lengths given in the "Article Types" page of the journals. The manuscript length includes only the main body of the text, footnotes, and all citations within it, and excludes the abstract, section titles, figure and table captions, funding statement, acknowledgments, and references in the bibliography. Please indicate the number of words and the number of figures and tables included in your manuscript on the first page.

1.4. Language Editing

Frontiers requires manuscripts submitted to meet international English language standards to be considered for publication.

For authors who would like their manuscript to receive language editing or proofreading to improve the clarity of the manuscript and help highlight their research, Frontiers recommends the language-editing services provided by the following external partners:

Editage

Frontiers is pleased to recommend the language-editing service provided by our external partner Editage to authors who believe their manuscripts would benefit from professional editing. These services may be particularly useful for researchers for whom English is not the primary language. They can help to improve the grammar, syntax, and flow of your manuscript prior to submission. Frontiers authors will receive a 10% discount by visiting the following link: <https://editage.com/frontiers/>.

The Charlesworth Group

Frontiers recommends the Charlesworth Group's author services, who has a long-standing track record in language editing and proofreading. This is a third-party service for which Frontiers authors will receive a 10% discount by visiting the following link: <https://www.cwauthors.com/frontiers/>.

Frontiers推荐您使用在英语语言编辑和校对领域具有悠久历史和良好口碑的查尔斯沃思作者服务。此项服务由第三方为您提供，Frontiers中国作者通过此链接提交稿件时可获得10%的特别优惠: www.cwauthors.com.cn/frontiers/.

Note that sending your manuscript for language editing does not imply or guarantee that it will be accepted for publication by a Frontiers journal. Editorial decisions on the scientific content of a manuscript are independent of whether it has received language editing or proofreading by the partner services, or other services.

1.5. Language Style

The default language style at Frontiers is American English. If you prefer your article to be formatted in British English, please specify this on the first page of your manuscript. For any questions regarding style, Frontiers recommends authors to consult the Chicago Manual of Style.

1.6. Search Engine Optimization (SEO)

There are a few simple ways to maximize your article's discoverability. Follow the steps below to improve search results of your article:

include a few of your article's keywords in the title of the article;

do not use long article titles;

pick 5 to 8 keywords using a mix of generic and more specific terms on the article subject(s);

use the maximum amount of keywords in the first 2 sentences of the abstract;

use some of the keywords in level 1 headings.

1.7. CrossMark Policy

[CrossMark](#) is a multi-publisher initiative to provide a standard way for readers to locate the current version of a piece of content. By applying the CrossMark logo Frontiers is committed to maintaining the content it publishes and to alerting readers to changes if and when they occur. Clicking on the CrossMark logo will tell you the current status of a document and may also give you additional publication record information about the document.

1.8. Title

The title should be concise, omitting terms that are implicit and, where possible, be a statement of the main result or conclusion presented in the manuscript. Abbreviations should be avoided within the title.

Witty or creative titles are welcome, but only if relevant and within measure. Consider if a title meant to be thought-provoking might be misinterpreted as offensive or alarming. In extreme cases, the editorial office may veto a title and propose an alternative.

Authors should try to avoid, if possible:

titles that are a mere question without giving the answer;

unambitious titles, for example starting with "Towards," "A description of," "A characterization of," "Preliminary study on;"

vague titles, for example starting with "Role of...," "Link between...," "Effect of..." that do not specify the role, link, or effect;

include terms that are out of place, for example the taxonomic affiliation apart from species name.

For Corrigenda, Book Reviews, General Commentaries, and Editorials, the title of your manuscript should have the following format:

"Corrigendum: Title of Original Article"

"Book Review: Title of Book"

General Commentaries

"Commentary: Title of Original Article"

"Response: Commentary: Title of Original Article"

"Editorial: Title of Research Topic"

The running title should be a maximum of 5 words in length.

1.9. Authors and Affiliations

All names are listed together and separated by commas. Provide exact and correct author names as these will be indexed in official archives. Affiliations should be keyed to the author's name with superscript numbers and be listed as follows: Laboratory, Institute, Department, Organization, City, State abbreviation (only for United States, Canada, and Australia), and Country (without detailed address information such as city zip codes or street names).

Example: Max Maximus¹

¹ Department of Excellence, International University of Science, New York, NY, United States.

Correspondence:

The Corresponding Author(s) should be marked with an asterisk in the author list. Provide the exact contact email address of the corresponding author(s) in a separate section.

Example: Max Maximus

maximus@iuscience.edu

If any authors wish to include a change of address, list the present address(es) below the correspondence details using a unique superscript symbol keyed to the author(s) in the author list.

Equal contributions:

The authors who have contributed equally should be marked with a symbol (†) in the author list of the doc/latex and pdf files of the manuscript uploaded at submission.

Standard statements to include in the author list:

Equal contribution	These authors have contributed equally to this work
First authorship	These authors share first authorship
Senior authorship	These authors share senior authorship
Last authorship	These authors share last authorship
Equal contribution & First authorship	These authors have contributed equally to this work and share first authorship
Equal contribution & Senior authorship	These authors have contributed equally to this work and share senior authorship
Equal contribution & Last authorship	These authors have contributed equally to this work and share last authorship

Example: Max Maximus 1[†], John Smith^{2†} and Barbara Smith¹

[†]These authors have contributed equally to this work and share first authorship

1.10. Consortium/Group and Collaborative Authors

Consortium/group authorship should be listed in the manuscript with the other author(s).

In cases where authorship is retained by the consortium/group, the consortium/group should be listed as an author separated by “,” or “and,”. The consortium/group name will appear in the author list, in the citation, and in the copyright. If provided, the consortium/group members will be listed in a separate section at the end of the article.

For the collaborators of the consortium/group to be indexed in PubMed, they do not have to be inserted in the Frontiers submission system individually. However, in the manuscript itself, provide a section with the name of the consortium/group as the heading followed by the list of collaborators, so they can be tagged accordingly and indexed properly.

Example: John Smith, Barbara Smith and The Collaborative Working Group.

In cases where work is presented by the author(s) on behalf of a consortium/group, it should be included in the author list separated with the wording “for” or “on behalf of.” The consortium/group will not retain authorship and will only appear in the author list.

Example: John Smith and Barbara Smith on behalf of The Collaborative Working Group.

1.11. Abstract

As a primary goal, the abstract should render the general significance and conceptual advance of the work clearly accessible to a broad readership. In the abstract, minimize the use of abbreviations and do not cite references, figures or tables.

For Clinical Trial articles, please include the Unique Identifier and the URL of the publicly accessible website on which the trial is registered.

1.12. Keywords

All article types require a minimum of 5 and a maximum of 8 keywords.

1.13. Text

The entire document should be single-spaced and must contain page and line numbers in order to facilitate the review process. The manuscript should be written using either Word or LaTeX. For templates, see [1.2. Templates](#).

1.14. Nomenclature

The use of abbreviations should be kept to a minimum. Non-standard abbreviations should be avoided unless they appear at least four times, and defined upon first use in the main text. Consider also giving a list of non-standard abbreviations at the end, immediately before the Acknowledgments.

Equations should be inserted in editable format from the equation editor.

Italicize gene symbols and use the approved gene nomenclature where it is available. For human genes, please refer to the HUGO Gene Nomenclature Committee ([HGNC](#)). New gene symbols should be submitted [here](#). Common alternative gene aliases may also be reported, but should not be used alone in place of the HGNC symbol. Nomenclature committees for other species are listed [here](#). Protein products are not italicized.

We encourage the use of Standard International Units in all manuscripts.

Chemical compounds and biomolecules should be referred to using systematic nomenclature, preferably using the recommendations by IUPAC.

Astronomical objects should be referred to using the nomenclature given by the International Astronomical Union provided [here](#).

Life Science Identifiers (LSIDs) for ZOOBANK registered names or nomenclatural acts should be listed in the manuscript before the keywords. An LSID is represented as a uniform resource name (URN) with the following format: urn:lsid:<Authority>:<Namespace>:<ObjectID>[:<Version>]

For more information on LSIDs please see the [Code](#) section.

1.15. Sections

The manuscript is organized by headings and subheadings. The section headings should be those appropriate for your field and the research itself. You may insert up to 5 heading levels into your manuscript (i.e.,: 3.2.2.1.2 Heading Title).

For Original Research articles, it is recommended to organize your manuscript in the following sections or their equivalents for your field:

INTRODUCTION

Succinct, with no subheadings.

MATERIALS AND METHODS

This section may be divided by subheadings and should contain sufficient detail so that when read in conjunction with cited references, all procedures can be repeated. For experiments reporting results on animal or human subject research, an ethics approval statement should be included in this section (for further information, see the [Bioethics](#) section.)

RESULTS

This section may be divided by subheadings. Footnotes should not be used and must be transferred to the main text.

DISCUSSION

This section may be divided by subheadings. Discussions should cover the key findings of the study: discuss any prior research related to the subject to place the novelty of the discovery in the appropriate context, discuss the potential shortcomings and limitations on their interpretations, discuss their integration into the current understanding of the problem and how this advances the current views, speculate on the future direction of the research, and freely postulate theories that could be tested in the future.

For further information, please check the descriptions defined in the journal's "Article Types" page, which can be seen from the "For Authors" menu on any Frontiers journal page.

1.16. Acknowledgments

This is a short text to acknowledge the contributions of specific colleagues, institutions, or agencies that aided the efforts of the authors. Should the content of the manuscript have previously appeared online, such as in a thesis or preprint, this should be mentioned here, in addition to listing the source within the reference list.

1.17. Contribution to the Field Statement

When you submit your manuscript, you will be required to briefly summarize in 200 words your manuscript's contribution to, and position in, the existing literature in your field. This should be written avoiding any technical language or non-standard acronyms. The aim should be to convey the meaning and importance of this research to a non-expert. While Frontiers evaluates articles using objective criteria, rather than impact or novelty, your statement should frame the question(s) you have addressed in your work in the context of the current body of knowledge, providing evidence that the findings—whether positive or negative—contribute to progress in your research discipline. This will assist the Chief Editors to determine whether your manuscript fits within the scope of a specialty as defined in its mission statement; a detailed statement will also facilitate the identification of the editors and reviewers most appropriate to evaluate your work, ultimately expediting your manuscript's initial consideration.

Example Statement on: Markram K and Markram H (2010) The Intense World Theory – a unifying theory of the neurobiology of autism. *Front. Hum. Neurosci.* 4:224. doi: 10.3389/fnhum.2010.00224

Autism spectrum disorders are a group of neurodevelopmental disorders that affect up to 1 in 100 individuals. People with autism display an array of symptoms encompassing emotional processing, sociability, perception and memory, and present as uniquely as the individual. No theory has suggested a single underlying neuropathology to account for these diverse symptoms. The Intense World Theory, proposed here, describes a unifying pathology producing the wide spectrum of manifestations observed in autists. This theory focuses on the neocortex, fundamental for higher cognitive functions, and the limbic system, key for processing emotions and social signals. Drawing on discoveries in animal models and neuroimaging studies in individuals with autism, we propose how a combination of genetics, toxin exposure and/or environmental stress could produce hyper-reactivity and hyper-plasticity in the microcircuits involved with perception, attention, memory and emotionality. These hyper-functioning circuits will eventually come to dominate their neighbors, leading to hyper-sensitivity to incoming stimuli, over-specialization in tasks and a hyper-preference syndrome. We make the case that this theory of enhanced brain function in autism explains many of the varied past results and resolves conflicting findings and views and makes some testable experimental predictions.

2. Figure and Table Guidelines

2.1. CC-BY Licence

All figures, tables, and images will be published under a [Creative Commons CC-BY licence](#), and permission must be obtained for use of copyrighted material from other sources (including re-published/adapted/modified/partial figures and images from the internet). It is the responsibility of the authors to acquire the licenses, follow any citation instructions requested by third-party rights holders, and cover any supplementary charges.

For additional information, please see the [Image Manipulation](#) section.

2.2. Figure Requirements and Style Guidelines

Frontiers requires figures to be submitted individually, in the same order as they are referred to in the manuscript; the figures will then be automatically embedded at the end of the submitted manuscript. Kindly ensure that each figure is mentioned in the text and in numerical order.

For figures with more than one panel, panels should be clearly indicated using labels (A), (B), (C), (D), etc. However, do not embed the part labels over any part of the image, these labels will be replaced during typesetting according to Frontiers' journal style. For graphs, there must be a self-explanatory label (including units) along each axis.

For LaTeX files, figures should be included in the provided PDF. In case of acceptance, our Production Office might require high-resolution files of the figures included in the manuscript in EPS, JPEG or TIF/TIFF format.

In order to be able to upload more than one figure at a time, save the figures (labeled in order of appearance in the manuscript) in a zip file and upload them as 'Supplementary Material Presentation.'

Please note that figures not in accordance with the guidelines will cause substantial delay during the production process.

2.2.1. Captions

Captions should be preceded by the appropriate label, for example "Figure 1." Figure captions should be placed at the end of the manuscript. Figure panels are referred to by bold capital letters in brackets: (A), (B), (C), (D), etc.

2.2.2. Image Size and Resolution Requirements

Figures should be prepared with the PDF layout in mind. Individual figures should not be longer than one page and with a width that corresponds to 1 column (85 mm) or 2 columns (180 mm).

All images must have a resolution of 300 dpi at final size. Check the resolution of your figure by enlarging it to 150%. If the image appears blurry, jagged or has a stair-stepped effect, the resolution is too low.

The text should be legible and of high quality. The smallest visible text should be no less than 8 points in height when viewed at actual size.

Solid lines should not be broken up. Any lines in the graphic should be no smaller than 2 points wide.

Please note that saving a figure directly as an image file (JPEG, TIF) can greatly affect the resolution of your image. To avoid this, one option is to export the file as PDF, then convert into TIFF or EPS using a graphics software.

2.2.3. Format and Color Image Mode

The following formats are accepted: TIF/TIFF (.tif/.tiff), JPEG (.jpg), and EPS (.eps) (upon acceptance).

Images must be submitted in the color mode RGB.

2.2.4. Chemical Structures

Chemical structures should be prepared using ChemDraw or a similar program. If working with ChemDraw please use our [Frontiers ChemDraw template](#). If working with another program please follow the guidelines given below:

Drawing settings: chain angle, 120° bond spacing, 18% width; fixed length, 14.4 pt; bold width, 2.0 pt; line width, 0.6 pt; margin width, 1.6 pt; hash spacing, 2.5 pt. Scale 100% Atom Label settings: font, Arial; size, 8 pt.

Assign all chemical compounds a bold, Arabic numeral in the order in which the compounds are presented in the manuscript text.

2.3. Table Requirements and Style Guidelines

Tables should be inserted at the end of the manuscript in an editable format. If you use a word processor, build your table in Word. If you use a LaTeX processor, build your table in LaTeX. An empty line should be left before and after the table.

Table captions must be placed immediately before the table. Captions should be preceded by the appropriate label, for example "Table 1." Please use only a single paragraph for the caption.

Kindly ensure that each table is mentioned in the text and in numerical order.

Please note that large tables covering several pages cannot be included in the final PDF for formatting reasons. These tables will be published as supplementary material.

Please note that tables which are not according to the guidelines will cause substantial delay during the production process.

2.4. Accessibility

Frontiers encourages authors to make the figures and visual elements of their articles accessible for the visually impaired. An effective use of color can help people with low visual acuity, or color blindness, understand all the content of an article.

These guidelines are easy to implement and are in accordance with the [W3C Web Content Accessibility Guidelines \(WCAG 2.1\)](#), the standard for web accessibility best practices.

A. Ensure sufficient contrast between text and its background

People who have low visual acuity or color blindness could find it difficult to read text with low contrast background color. Try using colors that provide maximum contrast.

WC3 recommends the following contrast ratio levels:

Level AA, contrast ratio of at least 4.5:1

Level AAA, contrast ratio of at least 7:1

Level
Contrast ratio 4.6:1

AA

You can verify the contrast ratio of your palette with these online ratio checkers:

[WebAIM](#)

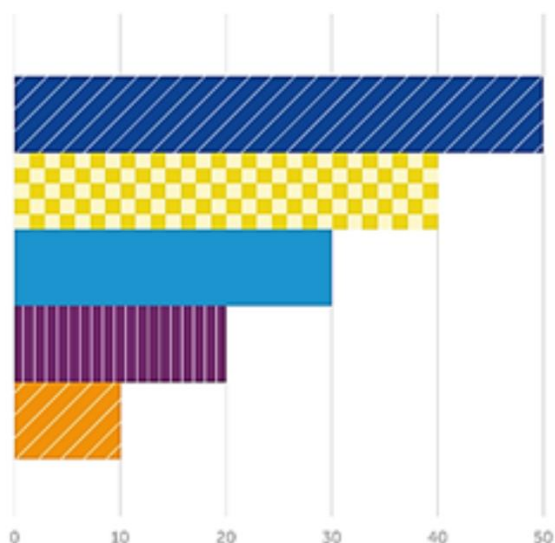
[Color Safe](#)

B. Avoid using red or green indicators

More than 99% of color-blind people have a red-green color vision deficiency.

C. Avoid using only color to communicate information

Elements with complex information like charts and graphs can be hard to read when only color is used to distinguish the data. Try to use other visual aspects to communicate information, such as shape, labels, and size. Incorporating patterns into the shape fills also make differences clearer; for an example please see below:



3. Supplementary Material

Data that are not of primary importance to the text, or which cannot be included in the article because they are too large or the current format does not permit it (such as videos, raw data traces, powerpoint presentations, etc.), can be uploaded as Supplementary Material during the submission procedure and will be displayed along with the published article. All supplementary files are deposited to Figshare for permanent storage and receive a DOI.

Supplementary Material is not typeset, so please ensure that all information is clearly presented without tracked changes/highlighted text/line numbers, and the appropriate caption is included in the file. To avoid discrepancies between the published article and the supplementary material, please do not add the title, author list, affiliations or correspondence in the supplementary files.

The Supplementary Material can be uploaded as Data Sheet (Word, Excel, CSV, CDX, FASTA, PDF or Zip files), Presentation (PowerPoint, PDF or Zip files), Image (CDX, EPS, JPEG, PDF, PNG or TIF/TIFF), Table (Word, Excel, CSV or PDF), Audio (MP3, WAV or WMA) or Video (AVI, DIVX, FLV, MOV, MP4, MPEG, MPG or WMV).

For Supplementary Material templates (LaTeX and Word), see our [Supplementary Material templates](#).

4. References

All citations in the text, figures or tables must be in the reference list and vice-versa.

The names of the first six authors followed by et al. and the DOI (when available) should be provided.

The reference list should only include articles that are published or accepted.

Unpublished data, submitted manuscripts or personal communications should be cited within the text only, for the article types that allow such inclusions.

For accepted but unpublished works use "in press" instead of page numbers.

Data sets that have been deposited to an online repository should be included in the reference list. Include the version and unique identifier when available.

Personal communications should be documented by a letter of permission.

Website URLs should be included as footnotes.

Any inclusion of verbatim text must be contained in quotation marks and clearly reference the original source.

Preprints can be cited as long as a DOI or archive URL is available, and the citation clearly mentions that the contribution is a preprint. If a peer-reviewed journal publication for the same preprint exists, the official journal publication is the preferred source. See the [Preprints](#) section for more information.

4.1. Science, Engineering and Humanities and Sustainability Journals

([Full list of journals and corresponding reference style](#))

4.1.1. In-text Citations

For works by a single author, include the surname, followed by the year.

For works by two authors, include both surnames, followed by the year.

For works by more than two authors, include only the surname of the first author followed by et al., followed by the year.

For Humanities and Social Sciences articles, include the page numbers.

4.1.2. Reference List

ARTICLE IN A PRINT JOURNAL

Sondheimer, N., and Lindquist, S. (2000). Rnq1: an epigenetic modifier of protein function in yeast. *Mol. Cell.* 5, 163-172.

ARTICLE IN AN ONLINE JOURNAL

Tahimic, C.G.T., Wang, Y., Bikle, D.D. (2013). Anabolic effects of IGF-1 signaling on the skeleton. *Front. Endocrinol.* 4:6. doi: 10.3389/fendo.2013.00006

ARTICLE OR CHAPTER IN A BOOK

Sorenson, P. W., and Caprio, J. C. (1998). "Chemoreception," in *The Physiology of Fishes*, ed. D. H. Evans (Boca Raton, FL: CRC Press), 375-405.

BOOK

Cowan, W. M., Jessell, T. M., and Zipursky, S. L. (1997). *Molecular and Cellular Approaches to Neural Development*. New York: Oxford University Press.

ABSTRACT

Hendricks, J., Applebaum, R., and Kunkel, S. (2010). A world apart? Bridging the gap between theory and applied social gerontology. *Gerontologist* 50, 284-293. Abstract retrieved from Abstracts in Social Gerontology database. (Accession No. 50360869)

WEBSITE

World Health Organization. (2018). E. coli. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/e-coli> [Accessed March 15, 2018].

PATENT

Marshall, S. P. (2000). Method and apparatus for eye tracking and monitoring pupil dilation to evaluate cognitive activity. U.S. Patent No 6,090,051. Washington, DC: U.S. Patent and Trademark Office.

DATA

Perdiguerro P, Venturas M, Cervera MT, Gil L, Collada C. Data from: Massive sequencing of Ulms minor's transcriptome provides new molecular tools for a genus under the constant threat of Dutch elm disease. Dryad Digital Repository. (2015) <http://dx.doi.org/10.5061/dryad.ps837>

THESES AND DISSERTATIONS

Smith, J. (2008) Post-structuralist discourse relative to phenomenological pursuits in the deconstructivist arena. [dissertation/master's thesis]. [Chicago (IL)]: University of Chicago

PREPRINT

Smith, J. (2008). Title of the document. Preprint repository name [Preprint]. Available at: <https://persistent-url> (Accessed March 15, 2018).

4.1.3. Resources

[Chicago Manual of Style](#)

[Frontiers Science Endnote Style](#)

Frontiers Science, Engineering and Humanities Bibstyle

4.2. Health, Physics, and Mathematics Journals

([Full list of journals and corresponding reference style](#))

4.2.1. In-text Citations

Please apply the Vancouver system for in-text citations.

In-text citations should be numbered consecutively in order of appearance in the text—identified by Arabic numerals in the parenthesis for Health articles and in square brackets for Physics and Mathematics articles.

4.2.2. Reference List

ARTICLE IN A PRINT JOURNAL

Sondheimer N, Lindquist S. Rnq1: an epigenetic modifier of protein function in yeast. *Mol Cell* (2000) 5:163-72.

ARTICLE IN AN ONLINE JOURNAL

Tahimic CGT, Wang Y, Bikle DD. Anabolic effects of IGF-1 signaling on the skeleton. *Front Endocrinol* (2013) 4:6. doi: 10.3389/fendo.2013.00006

ARTICLE OR CHAPTER IN A BOOK

Sorenson PW, Caprio JC. "Chemoreception,". In: Evans DH, editor. *The Physiology of Fishes*. Boca Raton, FL: CRC Press (1998). p. 375-405.

BOOK

Cowan WM, Jessell TM, Zipursky SL. *Molecular and Cellular Approaches to Neural Development*. New York: Oxford University Press (1997). 345 p.

ABSTRACT

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, editor. *Genetic Programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming*; 2002 Apr 3–5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer (2002). p. 182–91.

WEBSITE

World Health Organization. *E. coli* (2018). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/e-coli> [Accessed March 15, 2018].

PATENT

Pagedas AC, inventor; Ancel Surgical R&D Inc., assignee. Flexible Endoscopic Grasping and Cutting Device and Positioning Tool Assembly. United States patent US 20020103498 (2002).

DATA

Perdiguero P, Venturas M, Cervera MT, Gil L, Collada C. Data from: Massive sequencing of Ulms minor's transcriptome provides new molecular tools for a genus under the constant threat of Dutch elm disease. Dryad Digital Repository. (2015) <http://dx.doi.org/10.5061/dryad.ps837>

THESES AND DISSERTATIONS

Smith, J. (2008) Post-structuralist discourse relative to phenomenological pursuits in the deconstructivist arena. [dissertation/master's thesis]. [Chicago (IL)]: University of Chicago

PREPRINT

Smith, J. Title of the document. Preprint repository name [Preprint] (2008). Available at: <https://persistent-url> (Accessed March 15, 2018).

4.2.3. Resources

[Citing Medicine](#)

[Frontiers Health Endnote Style](#)

[Frontiers Health and Physics Bibstyle](#)

Anexo 4 – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E A TALP

ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA AO PACIENTE CRÍTICO DIAGNOSTICADO COM COVID EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Leia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após seu aceite a pesquisa, será iniciado perguntas referente a investigação da mesma.

***Obrigatório**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), na pesquisa “ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA AO PACIENTE CRÍTICO DIAGNOSTICADO COM COVID EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA”. Meu nome é Andrea Silva Moraes sou a pesquisadora responsável e minha área de atuação é como psicóloga intensivista. Peço que leia este documento com atenção e em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato diretamente comigo (pesquisadora responsável), inclusive por ligação a cobrar; meus número de celular é (62) 9 8250-1419 e também no endereço rua S06, n.497- St .Bela Vista, em Goiânia, e ainda por endereço eletrônico (e-mail): asmpsi@live.com. Você também poderá ter acesso ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: 3269 8338 e 3269 8426 ou no endereço: 1ª Avenida S/Nº Setor Leste Universitário, Unidade de Pesquisa Clínica, 2º andar, horário de atendimento: segunda a sexta feira das 7 às 17 horas, para esclarecimento de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa. O nosso objetivo com esta pesquisa é identificar como o profissional psicólogo se autopercebe na assistência junto ao paciente crítico adulto diagnosticado com COVID em UTI Detalhamento dos procedimentos: será aplicado um Questionário Sociodemográfico para conhecermos você um pouco melhor, com informações sobre idade, sexo, local de formação superior, tempo de formação, pós-graduação completa e tempo de prática profissional em UTI e a seguir questões referente sua atuação. Todos os dados colhidos serão registrados de forma codificada, sendo preservada sua identidade, assim como a identidade de todas as pessoas por você referidas, para garantir a total confidencialidade das informações que tiver nos fornecido. Sua participação é voluntária e não será constrangido ou penalizado de qualquer forma caso recuse ser um participante no estudo. Em qualquer momento você poderá desistir de ser participante da pesquisa, sem que isto acarrete qualquer penalidade ou constrangimento. Para isso pedimos que assinale sua opção: *

Marcar apenas uma oval.

☐

Compreendo o TCLE e aceito a participar da pesquisa.

☐

Compreendo o TCLE e NÃO aceito a participar da pesquisa.

1. Data de Nascimento: *

2. Sexo *

Marcar apenas uma :

☐

Feminino

☐

Masculino

3. Situação Conjugal *

Marcar apenas uma:

☐

Com companheiro

(a) ☐

Sem companheiro

(a)

4. Instituição que fez sua formação superior em Psicologia? *

5. Ano de conclusão da formação superior em Psicologia? *

6. Pós-graduação completa (Títulos):? *

7. Tempo (em meses) de prática em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)?

8. Tempo (em meses) de prática na área hospitalar? *

TALP

Por favor, leia com atenção as próximas 4 frases abaixo. Você terá que considerar a atuação da Psicologia com paciente diagnosticado com COVID-19. Ao ler cada frase responda rapidamente as 3 (três) primeiras PALAVRAS que vierem a sua mente.

1- PACIENTE COM COVID-19 INTERNADO NA ENFERMARIA EM ISOLAMENTO.
(Escreva as 3 palavras que rapidamente você associa a frase)

2- PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO COM COVID-19 INTERNADO NA

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI). (Escreva as 3 palavras que rapidamente você associa a frase) *

3-PACIENTE COM COVID-19 SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. (Escreva as 3 palavras que rapidamente você associa a frase) *

4-CONSIDERANDO A PANDEMIA E MINHA ATUAÇÃO COM PACIENTE DIAGNOSTICADO COM COVID-19 EU ME SINTO. (Escreva as 3 palavras que rapidamente você.

OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO.

Google [Formulários](#)