

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE
CAMPUS ANÍSIO TEIXEIRA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM URGÊNCIA**

KARLA DRIELE DA SILVA ALVES ARRUDA

**ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA NA UTI FRENTE AO PACIENTE EM
DESMAME VENTILATÓRIO**

VITÓRIA DA CONQUISTA- BA

2019

KARLA DRIELE DA SILVA ALVES ARRUDA

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Urgência da Universidade Federal da Bahia para obtenção do título de especialista em urgência.

Orientadora: Andréa Batista de Andrade Castelo Branco

Co-orientadora: Daniela Rodrigues Goulart Gomes

VITÓRIA DA CONQUISTA- BA

2019

KARLA DRIELE DA SILVA ALVES ARRUDA

**ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA NA UTI FRENTE AO PACIENTE EM DESMAME
VENTILATÓRIO**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Urgência da
Universidade Federal da Bahia para obtenção do título de especialista em urgência.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Edi Cristina Manfroi
Universidade Federal da Bahia

Prof. Máýra Ribeiro
Universidade Federal da Bahia

RESUMO

A inserção do psicólogo nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) reflete a necessidade de práticas mais humanizadas no contexto hospitalar. A UTI é um meio potencialmente iatrogênico onde o paciente está sujeito a diversas situações estressoras, dentre elas, destaca-se o processo de desmame ventilatório, cujo êxito está intrinsecamente relacionado aos aspectos psicológicos. Nesse cenário, o presente estudo buscou investigar esse fenômeno com o objetivo de construir instrumentos que subsidiem o desenvolvimento de práticas e intervenções psicológicas direcionadas aos pacientes em desmame ventilatório. Com essa finalidade, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com profissionais e estagiários de psicologia em atuação na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Geral de Vitória da Conquista. O estudo apresenta delineamento qualitativo de caráter exploratório-descritivo. Para a interpretação dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo, método proposto por Bardin. O procedimento possibilitou a identificação das seguintes categorias: 1. Aspectos emocionais e orgânicos dos pacientes em desmame ventilatório; 2. Estratégias interventivas do psicólogo frente ao paciente em desmame ventilatório; 3. Atuação do psicólogo junto à equipe multiprofissional; e 4. Atuação do psicólogo frente à família do paciente. O processo de categorização proporcionou a construção de um protocolo de intervenção e um fluxograma direcionado ao atendimento psicológico de pacientes em desmame ventilatório. Conclui-se que os profissionais de psicologia hospitalar utilizam uma série de técnicas teoricamente embasadas frente ao paciente em desmame ventilatório, sendo viável a operacionalização e sistematização dessas técnicas por meio da utilização de protocolos e fluxogramas.

Palavras-chave: Psicologia Hospitalar; Desmame Ventilatório; Ventilação Mecânica; Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

The insertion of the psychologist in the Intensive Care Units reflects the need for more humanized practices in the hospital context. The ICU is a potentially iatrogenic environment where the patient is subject to several stressful situations, among them, the ventilatory weaning process, whose success is intrinsically related to the psychological aspects, stands out. In this scenario, the present study sought to investigate this phenomenon with the objective of constructing instruments that subsidize the development of practices and psychological interventions directed to patients in ventilatory weaning. For this purpose, semi-structured interviews were conducted with professionals and psychology interns working in the Intensive Care Unit of the General Hospital of Vitória da Conquista. The study presents a qualitative exploratory - descriptive character. To analyze the data, we used the content analysis method proposed by Bardin. This method allowed the identification of the following categories: 1. Emotional and organic aspects of patients in ventilatory weaning; 2. Intervention strategies of the psychologist regarding the patient in ventilatory weaning; 3. Psychologist's performance with the multiprofessional team; and 4. Psychologist's performance in front of the patient's family. This categorization provided the construction of an intervention protocol and a flow chart directed to the psychological care of patients in ventilatory weaning. It is concluded that the hospital psychology professionals use a series of techniques theoretically based on the patient in ventilatory weaning, being feasible the operationalization and systematization of these techniques through the use of protocols and flowcharts.

Keywords: Hospital Psychology; Weaning Ventilatory; Mechanical Ventilation; Intensive Care Unit.

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

HGVC - Hospital Geral de Vitória da Conquista

IMS - Instituto Multidisciplinar em Saúde

NEP - Núcleo de Educação Permanente

UFBA - Universidade Federal da Bahia

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

VE - Ventilação Espontânea

VM - Ventilação Mecânica

VNT - Ventilação Não Invasiva

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma de atendimento psicológico a pacientes em desmame ventilatório	32
Figura 2: Escala de Coma Glasgow	34
Figura 3: Escala Rass.....	35
Figura 4: Protocolo de atendimento para pacientes em desmame ventilatório	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Categorias	12
----------------------------	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. MARCO TEÓRICO CONCEITUAL.....	3
2.1 O desmame ventilatório dos pacientes em UTI.....	3
2.2 O psicólogo na UTI	4
2.3 Aspectos emocionais dos pacientes internados na UTI	5
3. MÉTODO	7
3.1 LOCAL	8
3.2 PARTICIPANTES.....	9
3.3 INSTRUMENTOS.....	9
3.4 PROCEDIMENTOS.....	10
3.5 ANÁLISE DE DADOS	11
3.6. ASPECTOS ÉTICOS	11
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	12
CATEGORIA 1. Aspectos emocionais e orgânicos dos pacientes.	13
1.1. Pacientes acordados em uso de ventilação mecânica.	13
1.2. Pacientes em desmame ventilatório	16
CATEGORIA 2. Estratégias interventivas do psicólogo frente ao paciente em desmame ventilatório.....	18
CATEGORIA 3. Atuação do psicólogo junto à equipe multiprofissional.....	25
CATEGORIA 4. Atuação do psicólogo frente à família do paciente.....	28
5. FLUXOGRAMA PARA ATENDIMENTO DE PACIENTES EM DESMAME VENTILATÓRIO.....	31
6. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO PARA PACIENTES EM DESMAME VENTILATÓRIO.....	33
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS	44
APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista.....	48
APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	49
ANEXO – Parecer do Comitê de Ética.....	51

1. INTRODUÇÃO

Desde o início do século XX, sob influência norte-americana da medicina flexneriana, os serviços de saúde no Brasil vêm sendo impactados pelos avanços tecnológicos e regidos, prioritariamente, pelo modelo biomédico. Trata-se de uma prática de cuidado caracterizada pelo individualismo, ênfase organicista, prática curativa e passividade dos usuários (PAIM, 2012). Na última década, as políticas públicas de saúde têm provocado discussões sobre a necessidade de práticas mais humanizadas no contexto hospitalar, que se alinhem ao conceito ampliado de saúde, considerando o paciente em sua totalidade e subjetividade, o que implica em reconhecer as demandas psicológicas desses sujeitos.

A criação das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), locais que visam aumentar as chances de se recompor as condições estáveis do paciente e de propiciar sua recuperação e sobrevivência, refletem esse avanço tecnológico e a predominância do modelo biomédico nas práticas de saúde. As novas tecnologias exigem uma correspondente melhoria da assistência psicológica ofertada nas UTIs, onde muitas vezes a técnica se sobrepõe aos aspectos comunicacionais e relacionais do cuidado. Nesse contexto, os profissionais estão sobremaneira envolvidos com máquinas e monitores e tendem a priorizar o corpo doente em detrimento das experiências vividas dos sujeitos no processo de saúde-doença-cuidado (COSTA et al, 2009).

De acordo com Lucchesi et al. (2008), a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pode ser um ambiente iatrogênico e altamente estressante para pacientes e familiares. Pagliuca (1980) apud Romano (2008) ressalta que 85% dos pacientes referiram algum problema durante a sua estadia na UTI, sendo que 33% desses mencionaram a presença de tubo endotraqueal como o mais significativo. Desse número, mais da metade (18%) relatou a dificuldade de se comunicar e o medo de não voltar a falar. Mc Cartney apud Romano (2008) afirma que 47% dos 158 pacientes que pesquisou, relataram sentimentos de pânico e agonia.

A sensação de sufocamento, decorrente da Ventilação Mecânica (VM), é descrita como uma experiência angustiante para a maioria das pessoas. A dificuldade de respirar satisfatoriamente está diretamente relacionada à ansiedade, uma vez que se manifesta como inspiração curta, insatisfatória, ou alta, que não preenche totalmente a caixa torácica (ROMANO, 2008; SCHWARTZ, 2003 apud DAS NEVES NETO, 2011).

Com efeito, entende-se que a VM por si só é um procedimento disparador de ansiedade (ROMANO, 2008). Partindo desse pressuposto, justifica-se a importância de

estudar esse fenômeno no intuito de produzir conhecimentos que subsidiem o desenvolvimento de práticas e intervenções psicológicas para o manejo dos aspectos emocionais subjacentes ao processo de transição da ventilação mecânica para ventilação espontânea, sobretudo quando se verifica a escassez de estudos voltados para essa temática¹.

Nesse seguimento, a pergunta-problema que conduz a investigação é sintetizada da seguinte forma: como se dá a atuação do psicólogo na Unidade de Terapia Intensiva e como a sua prática poderia contribuir especificamente nesse processo de desmame ventilatório?

O objetivo geral desta pesquisa consistiu em elaborar um protocolo para subsidiar a atuação do psicólogo junto ao paciente internado na UTI que contemple intervenções durante o período de desmame ventilatório. No que concerne aos objetivos específicos, tencionaram: a) analisar a atuação do psicólogo junto ao paciente em desmame ventilatório; b) identificar os aspectos emocionais dos pacientes em desmame ventilatório; c) realizar o ciclo de investigação-ação para aprimorar a prática do psicólogo frente aos pacientes em desmame ventilatório.

Para melhor explanação dos resultados da pesquisa, o estudo segue apresentado em formato de capítulos. O primeiro capítulo corresponde à introdução do estudo, incluindo a justificativa, a problemática e os objetivos. Na sequência, o segundo capítulo traz marco teórico e conceitual da pesquisa, contendo os aspectos conceituais a respeito do desmame ventilatório do paciente em UTI, a atuação do psicólogo em UTI e os aspectos emocionais imbricados no processo de desmame ventilatório do paciente. O terceiro capítulo é destinado à trajetória metodológica, contendo a abordagem, o local do estudo, os participantes, os instrumentos, os procedimentos, a técnica de análise e interpretação dos dados e os aspectos éticos. O quarto capítulo é dedicado aos resultados e a discussão da pesquisa. No quinto capítulo é apresentado um fluxograma que esquematiza de forma sequencial a atuação do profissional de psicologia na UTI frente ao paciente em desmame ventilatório, auxiliando a compreensão e aplicação do protocolo. No capítulo seguinte é apresentado o Protocolo de atendimento psicológico para pacientes em desmame ventilatório, produto da pesquisa. Por fim, o sétimo capítulo contém as considerações finais do estudo.

¹ Após ampla investigação em indexadores de pesquisas como MEDLINE, SCIELO, BVS-PSI, LILACS e o portal de periódico CAPES, tendo utilizado através de pesquisa booleana os descritores “extubação”, “ventilação mecânica” e “psicologia”, notou-se a inexistência de estudos que se voltam para a compreensão aprofundada do problema.

2. MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

2.1 O DESMAME VENTILATÓRIO DOS PACIENTES EM UTI

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma estrutura hospitalar dotada de recursos materiais e humanos para o atendimento a pacientes graves, em estado crítico, mas tidos ainda como recuperáveis, necessitando de monitoração contínua. Cerca de um terço dos indivíduos internados nessas unidades necessitam de intubação, procedimento que permite a assistência ventilatória em pacientes anestesiados ou sob ventilação mecânica. Quando se reconhece que a pessoa começou a se recuperar dos problemas que necessitam de suporte ventilatório, inicia-se o processo de interrupção do mesmo por meio da retirada da via aérea artificial, procedimento denominado extubação (VILA & ROSSI, 2002; GOLDWASSER et al., 2007; MOTA et al., 2012; TEIXEIRA et al., 2012).

Segundo Caroleo et al. (2007) e Macintyre (2003), nos casos de intubação, deve-se priorizar a descontinuação da ventilação mecânica e a remoção da via aérea artificial, tão logo que possível, evitando maiores riscos ao paciente. Assim, após o evento agudo que motivou o suporte mecânico, o retorno à ventilação espontânea deve ser gradualmente realizado.

O procedimento de desmame compreende essa transição da ventilação artificial para a espontânea realizada com pacientes em ventilação mecânica invasiva por tempo superior a 24 horas. É realizado um teste de ventilação espontânea que permite que o paciente ventile espontaneamente com a ajuda de um tubo endotraqueal. Os pacientes que obtiverem sucesso no teste devem ser avaliados quanto à indicação de retirada da via aérea artificial. Esse processo de transição costuma ser lento e difícil, ocupando cerca de 40% do tempo total de ventilação mecânica (GOLDWASSER et al. 2007).

De acordo com Goldwasser (2002) apud Oliveira (2010), por volta de 60% a 70% dos pacientes podem ser extubados após um curto teste de ventilação espontânea. Porém, cerca de 5% a 30% dos pacientes apresentam dificuldades no processo de desmame, necessitando de mais de uma tentativa. No caso de fracasso da interrupção da ventilação mecânica, o paciente deverá receber suporte ventilatório que promova repouso da musculatura. Nesses casos, a equipe assistente deverá averiguar as possíveis causas do fracasso e planejar a estratégia a ser adotada a seguir.

Considerando que a ventilação mecânica é algo recente na medicina, a técnica de sua retirada ainda possui embasamento incipiente, o que incita práticas de fundamentação empírica nem sempre eficazes, deixando a desejar na qualidade da condução desse processo, ocasionando o aumento na taxa de falha, morbidade e mortalidade. Estudos atuais que objetivam a produção de conhecimentos na área, estabelecendo protocolos para padronização do desmame, têm contribuído para respaldar cientificamente as práticas dos profissionais de saúde na realização desse procedimento (GOLDWASSER, 2007).

2.2 O PSICÓLOGO NA UTI

O paciente em UTI está sujeito a diversos agentes estressores, como o confinamento, restrição ao leito, cirurgias, uso de aparelhos, ruídos e iluminação constantes, realização de procedimentos e manipulação frequente do seu corpo, além das alterações na sua rotina, afastamento do trabalho, da família e amigos, dificuldade em conciliar o sono, entre outros. A exposição a esses fatores configuram a UTI como um ambiente com potencial de gerar estados emocionais adversos que podem interferir na evolução do paciente (PREGNOLATTO & AGOSTINHO, 2003).

O profissional de psicologia inserido em uma equipe de saúde tem como uma de suas funções a atuação na UTI, onde deve centrar sua prática na formação de um elo entre paciente, equipe e família, operando como um canal facilitador do fluxo das emoções e informações (SEBASTIANI, 1995). Assim, o trabalho do psicólogo nesse contexto tem como objetivo criar condições para que o paciente e seus familiares possam mobilizar recursos internos e externos que auxiliem na elaboração da situação vivenciada e na adaptação às situações impostas pela internação, tratamento e adoecimento.

Dentre as atribuições do psicólogo em UTI, deve-se priorizar as seguintes práticas: fornecer informações a respeito das rotinas do setor; trazer para o paciente internado informações acerca dos acontecimentos que ocorrem fora desse ambiente; estimular o contato do mesmo com a família e equipe, visando a facilitação da comunicação; avaliar a adequada compreensão do quadro clínico e prognóstico por familiares e paciente; verificar qual membro da família tem mais condições emocionais e cognitivas para o contato com a equipe; e disponibilizar horários para atendimentos individuais aos familiares, quando necessário ou solicitado pelo familiar (DOS SANTOS et al., 2012).

No tocante ao paciente impossibilitado de falar devido à presença do tubo endotraqueal, o psicólogo deve se atentar para a linguagem não verbal, compreendendo olhares, gestos e gemidos. A partir desses sinais, deve criar condições de comunicação utilizando-se de estratégias como gestos, escrita ou sinais impressos que viabilizem uma via de expressão de suas necessidades e desejos, de modo a identificar focos de angústia e reduzir o sentimento de solidão (ROMANO, 1999). Segundo Simonetti (2011), o objetivo dessa comunicação com o paciente deve ultrapassar a mera transmissão de informações, marcando presença ao lado do sujeito em condição de cuidado, facilitando a expressão de sentimentos e emoções.

Nunes Santos et al. (2011) destacam também a importância de promover a adaptação do paciente à hospitalização e ao processo de adoecimento, identificando as variáveis que influenciam esse processo e criando estratégias junto ao paciente e sua família para lidar com os eventos estressores. O psicólogo deve facilitar ainda a compreensão da equipe, pacientes e familiares em relação às manifestações psicológicas envolvidas no processo de internação e adoecimento.

Entende-se que a família do paciente possui um papel fundamental na sua recuperação. Assim, o familiar deve ser visto como um paciente secundário passível de intervenção psicológica. Pode chegar na UTI apreensivo e inseguro e, apesar do impacto sofrido pela doença, necessita assegurar o cumprimento das tarefas e das necessidades do membro doente (SOUZA, 2010). Nesse cenário, o profissional de psicologia deve proporcionar à família um espaço para expressar seus sentimentos e para falar sobre a doença, medos e fantasias sobre a morte. O psicólogo também deve facilitar a comunicação dos familiares com a equipe e averiguar a compreensão dos mesmos sobre o quadro clínico do paciente, avaliando se as expectativas são compatíveis com a realidade (FERREIRA & MENDES, 2013).

2.3 ASPECTOS EMOCIONAIS DOS PACIENTES INTERNADOS NA UTI

Apesar de ser considerado um local adequado para o atendimento a pacientes agudos e recuperáveis, a UTI é um ambiente iatrogênico, tenso e traumatizante (FAQUINELLO et al. 2007). Nesse local, a maioria dos pacientes permanece sob sedação, porém, aqueles que seguem conscientes, são expostos a situações extremamente estressoras, que podem ocasionar

reações emocionais variadas, como ansiedade, medo, conflitos, insegurança, irritabilidade, dentre outras comumente relacionadas ao contexto de internação (LUCCHESI et al. 2008).

Alterações de ordem psicológica, como ansiedade e medo, são frequentemente encontrados entre os pacientes críticos, sobretudo durante procedimentos invasivos. Pennock (1994) apud Romano (1999, p. 49) identifica os maiores agentes de estresse relatados por pacientes internados em UTI submetidos à ventilação mecânica, a saber: dor; aspectos emocionais como ansiedade, medo, conflitos, revisão de vida; sucção de secreções; impossibilidade de falar; presença do tubo endotraqueal e restrição ao leito.

Os pacientes com tubo endotraqueal ou em processo de desmame ventilatório, além da comunicação comprometida, apresentam dificuldade em respirar ou respiração insatisfatória, condição intrinsecamente relacionada à ansiedade, cuja uma das manifestações é justamente a respiração curta, insatisfatória, alta, que não preenche totalmente a caixa torácica. Os pacientes submetidos a esses procedimentos relatam a sensação de sufocamento ou afogamento. Assim, a ventilação mecânica, o processo de desmame e posterior extubação, como procedimentos que alteram a respiração normal, podem ser considerados por si só, uma fonte de ansiedade (GOLDSTEIN et al 1993 apud ROMANO 1999, p.50).

A análise do comportamento, abordagem teórica e prática tradicional da psicologia, identifica os sentimentos e emoções, como eventos privados, que compreendem aqueles eventos inacessíveis à observação pública direta (SKINNER,1991). Nessa perspectiva, comportamentos descritos como agitação, medo e ansiedade são causados por contingências de reforçamento perturbadoras, e não por sentimentos ou estados da mente perturbadores. Alterando-se as contingências, modifica-se o comportamento. Logo, para cada estado experienciado e identificado pela comunidade verbal pelo nome de um sentimento, existe um evento ambiental anterior do qual esse estado é produto (QUEIROZ & GUILHARDI, 2001).

A ansiedade pode ser descrita como um estado emocional desagradável acompanhado de desconforto somático. Comumente, esse estado emocional é desproporcional a situação real de ameaça e vem associado ao sentimento de medo, geralmente relacionado a um evento futuro (GENTIL, 1997 apud ZAMIGNANI, 2005). Esse fenômeno pode ser identificado por meio da descrição verbal dos eventos privados de uma pessoa e pela verificação de padrões fisiológicos e comportamentais (KANFER & PHILLIPS 1970 apud ZAMIGNANI, 2005).

Os padrões fisiológicos incluem manifestações autonômicas e musculares como taquicardia, hiperventilação, sensações de afogamento ou sufocamento, sudorese, dores e tremores. As alterações comportamentais podem ser descritas como a redução na eficiência

comportamental, respostas de esquiva e/ou fuga na tentativa de controlar os eventos futuros e relatos verbais de estados internos desagradáveis como angústia e medo (ZAMIGNANI, 1997).

Assim, o paradigma da ansiedade implica necessariamente o anúncio de algum evento aversivo. Um estímulo inicial sinaliza a apresentação de um outro estímulo aversivo e não há comportamento de fuga/esquiva possível, ocasionando, na presença do estímulo operante² pré-aversivo, estados corporais e alterações dos comportamentos operantes (QUEIROZ & GUILHARDI, 2001).

3. MÉTODO

O presente estudo apresenta um delineamento qualitativo de caráter exploratório-descritivo. A metodologia qualitativa parte de interesses amplos, que se delinham no processo de desenvolvimento da pesquisa. Por meio dessa abordagem, é possível se obter dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos, mediante contato direto e interação entre o pesquisador e objeto de estudo. Deste modo, procura compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo (GODOY, 1995). Para isso, utiliza-se de técnicas interpretativas que visam descrever e decodificar os componentes de um sistema complexo de significados. Assim, o ambiente natural representa uma fonte direta de dados, e o pesquisador, instrumento fundamental que faz parte desse ambiente, o que resulta na aproximação entre a teoria e os dados e entre o contexto e a ação (NEVES, 1996).

Dentro do espectro da pesquisa qualitativa, buscou-se seguir um curso de investigação-ação, de modo que a prática da psicologia e a pesquisa sobre esta prática fossem aprimorados mutuamente durante o processo. Assim, a pesquisa-ação caracteriza esse ciclo de investigação-ação onde são monitorados os efeitos da ação sobre uma prática. A ação é fundamentada na análise e compreensão dos dados obtidos por meio da própria pesquisa, configurando um processo que segue um ciclo no qual se aprimora a performance pelo vínculo simultâneo entre a ação no campo da prática e a investigação da mesma. A execução de uma mudança no desenvolvimento de uma atividade acontece no decorrer do próprio processo de pesquisa e não apenas como possível consequência de uma recomendação na

² De acordo com Skinner(2003), comportamento operante é aquele que produz consequências no mundo ao redor e essas consequências podem retroagir sobre o organismo, aumentando ou diminuindo a probabilidade de o comportamento ocorrer novamente.

etapa final do projeto. Por meio desse método, é realizado o planejamento, a implementação, descrição e avaliação de uma mudança para a melhora no modo de execução de uma atividade e esse processo contínuo permite o aprendizado tanto a respeito da prática quanto da própria investigação (TRIPP, 2005).

Em oposição à pesquisa tradicional, a pesquisa-ação é um tipo de pesquisa participante engajada, crítico-colaborativa. Nessa lógica, os sujeitos envolvidos compõem um grupo com objetivos e metas comuns, interessados em um problema que surge num dado contexto no qual atuam. Identificado o problema, o papel do pesquisador consiste em provocar o grupo de sujeitos a problematizá-lo, situando-o em um contexto teórico mais amplo e com vistas a oportunizar a ampliação da consciência dos envolvidos e a transformação das ações dos sujeitos e das práticas institucionais (GARRIDO, 2005; THIOLENT, 2007).

3.1 LOCAL

Esta pesquisa foi desenvolvida na Unidade de Terapia Intensiva III (UTI3) Adulta do Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC). O HGVC serve de referência para a região Sudoeste, atendendo cerca de 72 municípios pactuados da macro e microrregião sudoeste. O atendimento hospitalar é contínuo de 24 horas/dia. Possui cerca de 130 leitos que são insuficientes para atender a demanda, o que leva a inserção de macas nos corredores. Na terapia Intensiva, estão presentes 11 leitos para adultos na UTI I, 9 leitos na UTI II e 20 leitos na UTI III. Por prestar atendimento de Alta Complexidade e ser referência para a região sudoeste, apresenta uma alta demanda na urgência e emergência, realizando assistência à demanda espontânea e referenciada pela central de regulação.

Embora não se trate de um hospital universitário, o HGVC constitui um campo de prática de ensino que possui um núcleo de educação permanente, em consonância com a política orientadora de formação em saúde do Ministério da Saúde. Assim, o Núcleo de Educação Permanente (NEP), inserido no hospital, busca promover a aproximação entre a formação e o trabalho visando a melhoria da qualidade da assistência prestada nos serviços públicos de saúde.

O hospital possui também residência médica em: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Pediatria e uma residência multiprofissional nas áreas de Nutrição, Farmácia, Enfermagem e Psicologia. O programa de Residência Multiprofissional em Urgência tem como instituição formadora o IMS, o Hospital Geral de Vitória da Conquista como executora, e conta com o

apoio das Secretarias Estadual e Municipal de Saúde. As práticas foram realizadas no próprio hospital com os preceptores desta instituição e professores do IMS.

Entre as especialidades que compõe o corpo clínico do hospital estão: Especialistas em Clínica médica, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Cirurgia Plástica, Ortopedia e Traumatologia, Pneumologia, Pediatria, Anestesiologia, Gastroenterologia, Medicina intensiva, Ginecologia e Obstetrícia, Radiologia e Diagnóstico por imagem, Cardiologia, Endoscopia, Infectologia, Neurocirurgia, Neurologia Pediátrica, Psiquiatria, Urologia, Medicina do trabalho, Hematologia e Hemoterapia, Geriatria, Cirurgia Plástica, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Nefrologia entre outras. Também dispõe de outras especialidades da área de saúde como, Nutricionistas, Psicólogos, Farmacêuticos, Fonoaudiólogos, Técnicos em enfermagem, Técnicos em radiologia, entre outros.

3.2 PARTICIPANTES

Foram entrevistados 03 (três) profissionais psicólogos e 02 (dois) estagiários do último semestre do curso de psicologia, totalizando 05 (cinco) entrevistados atuantes nas Unidades de Terapia Intensiva do Hospital Geral de Vitória da Conquista.

As tentativas de aplicação do protocolo foram direcionadas a pacientes contactantes: 1) intubados com previsão de extubação; e 2) em procedimento de desmame ventilatório. No período de coleta de dados, apenas um paciente apresentou as referidas características e o mesmo veio a óbito antes da conclusão da aplicação do instrumento.

Vale ressaltar que durante o período da pesquisa, a residente-pesquisadora deste estudo atuou na UTI do HGVC no período de 6 meses (3 meses na UTI I, 2 meses na UTI II e 1 mês na UTI III), atendendo um total de 6 pacientes em processo de desmame ventilatório, conforme rodízio de setores estabelecido pelo Programa de Residência Multiprofissional da UFBA. A experiência junto a esses pacientes na UTI permitiu igualmente realizar aprimoramentos antes da apresentação da versão final do protocolo.

3.3 INSTRUMENTOS

Os instrumentos utilizados foram a observação participante e entrevistas semi-estruturadas. Segundo Minayo (2014), a fala revela condições estruturais, sistemas de valores,

normas e símbolos. A entrevista pode ser utilizada como meio de acesso a esses conteúdos até então exclusivos do entrevistado (BARCELLOS FONTANELLA e col., 2006).

Tendo em vista essa perspectiva, optou-se pela entrevista semi-estruturada, onde é dada ao informante a oportunidade de discorrer de forma livre e espontânea sobre suas experiências a partir do foco proposto pelo pesquisador (LIMA, 1999). As entrevistas foram aplicadas aos profissionais e estagiários de psicologia atuantes em UTI. As questões abarcaram conteúdos relacionados à prática do profissional de psicologia no manejo de pacientes em desmame ventilatório. Posteriormente, os atendimentos com os pacientes foram conduzidos com o auxílio de um protocolo e fluxograma construídos com base dos dados coletados com as respectivas entrevistas e com referencial teórico utilizado.

Além dos instrumentos mencionados, considerando os aspectos éticos, riscos e benefícios envolvidos na pesquisa, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.4 PROCEDIMENTOS

A pesquisa foi executada em conformidade com as seguintes etapas:

- Submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética;
- Realização de entrevistas-piloto para aprimoramento do instrumento;
- Entrevista semi-estruturada com os profissionais e estagiários de psicologia que atuam nas UTIs do HGVC, identificando as intervenções realizadas com o paciente em desmame ventilatório;
 - Análise dos dados obtidos com as entrevistas;
 - Construção do protocolo de intervenção e fluxograma com base nos resultados da pesquisa.
- Delimitação da amostra por meio do contato com a equipe de profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva com o intuito de identificar os pacientes acordados, lúcidos e contactantes que:
 - a) Foram intubados e se encontravam em ventilação não invasiva (máscara nasal, facial, outros);
 - b) Se encontravam em procedimento de desmame;
 - c) Intubados com previsão de extubação.
 - Aplicação do protocolo;

- Aprimoramento do protocolo com base nos resultados da aplicação e revisão teórica;
- Versão final no protocolo de intervenção.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Foi utilizada a análise de conteúdo, método proposto por Bardin (1997), que consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, capaz de explorar de modo investigativo o que foi dito nas entrevistas semi-estruturadas e o que foi observado pelo pesquisador. De acordo com esse método, para conferir significação aos dados coletados, o processo de análise dos dados compreende várias etapas, que são organizadas em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A primeira fase, pré-análise, consistiu em sistematizar as ideias iniciais colocadas pelo quadro referencial teórico e estabelecer indicadores para a interpretação das informações coletadas. Foi realizada a organização do material investigado, desenvolvendo os seguintes procedimentos: 1) Leitura flutuante: primeiro contato com os documentos da coleta de dados; 2) Escolha dos documentos 3) Formulação das hipóteses e objetivos; e 4) Elaboração de indicadores: a fim de interpretar o material coletado (BARDIN, 1997).

Completada a primeira fase, iniciou-se a exploração do material, que compreendeu a construção das operações de codificação, considerando-se os recortes dos textos em unidades de registros, a definição de regras de contagem e a classificação e agregação das informações em categorias simbólicas ou temáticas. Por fim, a terceira fase envolveu o tratamento dos resultados, inferência e interpretação, captando os conteúdos manifestos e latentes contidos em todo o material coletado, com o respaldo do referencial teórico (BARDIN, 1997).

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

Em relação aos aspectos éticos, a presente pesquisa obedeceu aos parâmetros e itens que regem a Resolução nº 466 de 13 de junho de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisa com seres humanos, garantindo os princípios da bioética: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. Assim, foram realizados os devidos esclarecimentos aos participantes quanto aos objetivos e métodos da pesquisa para que pudessem tomar uma decisão consciente e livre.

Considerando os possíveis riscos e benefícios envolvidos na pesquisa, os participantes receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado em conformidade com a referida Resolução, que elucida, entre outros aspectos, que a aplicação poderia ser interrompida a qualquer momento e que seria respeitado o anonimato e a confidencialidade das informações prestadas.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A exposição dos resultados versa na apresentação dos relatos dos psicólogos, residentes e estagiários de psicologia que reiteram a totalidade dos sentidos mais evocativos concedidos nas entrevistas. De modo a facilitar a exibição dos resultados, os participantes aparecem em termos de códigos: Entrevistado 1, Entrevistado 2 e assim por diante. Cumprindo os passos metodológicos propostos por Bardin (1997), a análise do conteúdo das entrevistas possibilitou a identificação de quatro categorias. Categoria 1- Aspectos emocionais e orgânicos dos pacientes. Essa categoria se subdivide em duas subcategorias: 1.1. Pacientes acordados em uso de ventilação mecânica; e 1.2. Pacientes em desmame ventilatório. Categoria 2- Estratégias interventivas do psicólogo frente ao paciente em desmame ventilatório. Categoria 3- Atuação do psicólogo junto à equipe multiprofissional. Categoria 4- Atuação do psicólogo frente à família do paciente.

Na tabela 1, segue uma disposição das categorias identificadas e suas respectivas unidades de registro.

Tabela 1: Categorias

Categorias	Unidades de registro
Aspectos emocionais e orgânicos dos pacientes em uso de ventilação mecânica e em desmame ventilatório	<ul style="list-style-type: none"> • Percepção de um incômodo/desconforto respiratório em pacientes acordados em uso de ventilação mecânica. • Humor rebaixado, hipotímico em pacientes acordados em uso de ventilação mecânica. • Ansiedade em pacientes acordados em uso de ventilação mecânica. • Agitação em pacientes acordados em uso de ventilação mecânica. • Refusão mental em pacientes acordados em uso de ventilação mecânica. • Medo da morte em pacientes acordados em uso de ventilação mecânica.
	<ul style="list-style-type: none"> • Insegurança em relação à retirada do aparelho em pacientes em desmame ventilatório. • Ansiedade no momento do desmame ventilatório • Motivação para sair da ventilação mecânica em pacientes em desmame ventilatório • Medo de não sobreviver sem a ventilação mecânica em pacientes em desmame ventilatório. • Sensação de desamparo em pacientes em desmame ventilatório. • Sensação de pânico em pacientes em desmame ventilatório
Estratégias interventivas do psicólogo frente ao paciente em	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimento do vínculo como estratégia para atuar frente ao paciente em desmame ventilatório. • Fortalecimento do vínculo do paciente em desmame ventilatório com a equipe. • Treino assertivo para expressão de emoções em pacientes em desmame ventilatório. • Regulação emocional como estratégia para lidar com pacientes em desmame ventilatório. • Compreender o significado de estar hospitalizado para os pacientes em desmame de ventilação mecânica. • Ampliar o repertório comportamental dos pacientes em desmame de ventilação mecânica. • Trabalhar elementos subjetivos e simbólicos da hospitalização com pacientes em uso de ventilação mecânica.

desmame ventilatório	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalhar em conjunto com a equipe frente a pacientes em desmame ventilatório. • Escuta clínica frente ao paciente em desmame ventilatório • Trabalhar as expectativas e fantasias com o paciente em desmame ventilatório • Validar as emoções dos pacientes em desmame ventilatório/ em uso de ventilação mecânica. • Tentar estabelecer uma comunicação por meio da escrita com pacientes impossibilitados de falar devido ao uso de ventilação mecânica. • Tentar estabelecer uma comunicação através da prancha de comunicação com pacientes impossibilitados de falar devido ao uso de ventilação mecânica. • Prevenção de delirium em pacientes em uso de ventilação mecânica. • Tentar se comunicar com o paciente em ventilação mecânica utilizando aperto de mãos. • Sugerir visita estendida para o paciente • Identificar experiências anteriores com a hospitalização • Transmitir informações sobre o quadro clínico do paciente • Experiências relacionadas a história de vida que influenciam de forma direta a dificuldade de sair do ventilador. • Reforçar comportamentos condicionados à saída do ventilador (reforço diferencial) • Compreender a função do respirados para além da dependência orgânica. • Aumento gradual da magnitude dos reforços utilizados de modo a evitar que os estímulos reforçadores percam o seu valor reforçador.
Atuação do psicólogo junto à equipe multiprofissional.	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a equipe sobre os aspectos psicológicos identificados para que a equipe possa ajustar sua conduta. • Facilitar a comunicação. • Acompanhar o profissional de fisioterapia no momento da sua abordagem. • Discussão do caso com o fisioterapeuta. • Mediação de conflitos. • Obter informações com a equipe sobre o paciente o paciente.
Atuação do psicólogo frente à família do paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular o fortalecimento do vínculo paciente- familiar. • Transmitir informações aos familiares com linguagem acessível • Realizar atendimento individual com os familiares. • Estimular a comunicação familiar- paciente. • Estimular a empatia do familiar frente às dificuldades do paciente em desmame ventilatório. • Orientar o familiar sobre formas mais adequadas de motivar o paciente. • Trabalhar a sobrecarga e ansiedade da família

CATEGORIA 1. ASPECTOS EMOCIONAIS E ORGÂNICOS DOS PACIENTES.

1.1. Pacientes acordados em uso de ventilação mecânica.

Os pacientes em uso de Ventilação Mecânica (VM), comumente encontram-se sedados ou em coma. Porém, a interrupção diária da sedação faz-se necessária no procedimento de desmame (FREITAS, 2010). O despertar durante a VM implica numa vivência desse processo. Essa experiência pode envolver aspectos físicos, como dor e dificuldade respiratória e questões emocionais, como medo e ansiedade (COSTA, 2010). Um aspecto descrito pelas psicólogas entrevistadas foi a percepção de incômodo nesses pacientes, relacionado à presença do tubo e ao desconforto respiratório.

A entrevistada 1 relata que:

“A respiração é algo básico assim pra... pra existirmos, né, de uma maneira autônoma. Então, é uma coisa que acaba incomodando muito as pessoas, né?! Porque é um dos aparelhos que mais invadem, junto né, com alguns outros, mas eu percebo, de modo geral, um incômodo.”

Em casos de internação prolongada na Unidade de Terapia Intensiva é preciso se atentar para quadros depressivos, uma vez que a depressão não tratada diminui a sobrevivência e aumenta a morbidade e mortalidade (KITAJIMA, 2014). Romano (2014) afirma que a perda da autonomia, agravamento da condição clínica, o ambiente da UTI, aliados à falta de previsibilidade quanto à recuperação, podem provocar alheamento ao ambiente e apatia diante da recuperação. Tais comportamentos funcionam como mecanismo defensivo para se esquivar dessa realidade aversiva.

O humor rebaixado, hipotímico, foi um comportamento observado pelas psicólogas durante os atendimentos realizados em pacientes em uso de ventilação mecânica, como pode ser ilustrado na seguinte fala:

“Até a equipe começou a perceber de que ela estava mais deprimida, mais ansiosa, a enfermeira me solicitou e falou assim: Dona fulana tá mais deprimida, tá diferente, não tá tão colaborativa esses dias. Aí eu conversei com eles que era uma paciente que estava retornando ali a consciência, né? Que ela estava entendendo onde ela estava, já estava percebendo aquele desconforto, sozinha, o tempo todo aquela manipulação constante de muita gente, na hora do banho uma paciente idosa. Então, ela realmente começou a ficar mais deprimida mesmo” Entrevistada 2.

A dificuldade de respirar ou fazê-lo insatisfatoriamente é sinalizada por Romano (2014) como uma sensação alarmante que provoca ansiedade. Estima-se que a ansiedade esteja presente em 70 a 80% dos pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (WONG, LOPEZ- NAHAS, MOLASSOTIS, 2001 apud SABOYA, 2018). O fato de o paciente estar em uso de ventilação é um agravante desses sintomas, que envolvem desde um estado psíquico de apreensão ou medo, até o aumento da frequência cardíaca, pressão arterial e frequência respiratória, podendo, inclusive, prolongar e colocar em risco o processo de desmame (CERQUEIRA, 2012).

A percepção da ansiedade nos pacientes em uso de ventilação mecânica é um conteúdo recorrente nas falas das psicólogas, como pode ser observado nas seguintes declarações:

“O que eu identifico mais aqui na UTI é a ansiedade. Os pacientes eles ficam com um quadro de ansiedade. A maioria deles, não todos, mas alguns ficam bem ansiosos”. Entrevistada 2

“Existem experiências né que aconteceram antes e, assim, essas experiências muitas vezes acabam interferindo na, naquele momento, então, isso gera um medo, a ansiedade no sentido de... É, e aí, o que que vai ser agora? Se tirar, será que vai acontecer comigo? Será que eu vou conseguir respirar só?” Entrevistada 4

Um fator que aparece como agravante da ansiedade é a incapacidade de comunicação devido a presença do tubo endotraqueal:

“(...) ansiedade, porque não consegue se comunicar, as pessoas não têm muita paciência de tentar, né? Outras formas de comunicação, eles não conseguem fazer solicitações, as pessoas não vão muito até eles pra atender alguma coisa, mesmo ele estando acordado.” Entrevistada 3

Impossibilitados de falar sobre suas necessidades físicas, como dor e desconforto, e sobre suas angústias, medos, preocupações e fantasias relacionadas ao seu quadro clínico, os pacientes tendem a iniciar ou potencializar um quadro de ansiedade (ROMANO, 2014; SABOYA, 2018).

Outro fator potencializador dessa condição é o próprio ambiente característico da UTI: a presença constante de luminosidade e ruídos dos aparelhos, a falta de privacidade, alteração dos ciclos circadianos, procedimentos invasivos, desconforto e as privações sensorio motoras. São frequentes os quadros de confusão mental e a presença de *delirium* (distúrbio da consciência com redução da capacidade de responder ao ambiente, com diminuição da atenção, acompanhado de déficit cognitivo), que pode ter causas orgânicas (desequilíbrios hidroeletrólíticos, alterações renais, cerebrais, infecções, etc.), mas que também pode estar relacionado ao longo período de internação nas condições supracitadas (LUCCHESI, 2008).

Em concordância com a literatura, a confusão mental e a agitação psicomotora nos pacientes em VM são aspectos relatados pelas psicólogas:

“É muita agitação... É... Agitação, às vezes, o incômodo. Se o paciente está entubado ainda, né? E já vem sendo feito o desmame da sedação, eu percebo muita agitação, né? É, esses dias eu acompanhei até um paciente que os médicos estavam fazendo um desmame gradativo da sedação e aquele dia a intenção era de extubá-lo, né? Para depois, é... Tentar ver como ele respondia a... ao suporte ventilatório não invasivo. Eles estavam tentando fazer a ventilação não invasiva, sair da ventilação mecânica. E ele ficou extremamente agitado, né? O paciente que tentava tirar o tubo, tentava arrancar o tubo, né? Muito desconfortável, muito agitado”. Entrevistada 2

“Eu já...É... tive relato de confusão, ele tava confuso, não sabia entender muito bem o eu tava acontecendo, assustado, tive um paciente que falou que tava assustado também. O paciente tinha acabado de despertar da sedação e apresentava um conjunto de fatores como agitação psicomotora, olhos arregalados, e o fato de ele estar contido poderia estar influenciando no aparente medo que ele sentia e confusão”. Entrevistada 3

Em virtude da ruptura ou afastamento dos vínculos afetivos (família e amigos), agravamento do quadro clínico ou devido às crenças relacionadas à internação em UTI, o medo da morte também perpassa a experiência desses pacientes (LUCCHESI, 2008).

“Em relação aos pacientes acordados, tem essa questão, é que eu falei do, do período de estar, do fato de ter que estar na UTI, né, então gera todo um processo assim é já de medo iminente de morte, né? Então se eu estou aqui é porque estou destinado a morrer(...)” Entrevistada 4

“Mas o que eu percebo é a questão do medo, é..., medo referente assim, porque quando as pessoas vão pra UTI geralmente elas já estão, é como se elas tivessem, é como se tivessem dado um veredito pra elas, né? Você tá aqui então a sua chance de vida, mínima e você vai morrer. Então, já tem toda uma fantasia, né?” Entrevistada 4

No senso comum, a UTI comumente é compreendida como um ambiente desconhecido e estigmatizado, diretamente relacionado com a morte iminente. De acordo com um estudo que buscou compreender a percepção do paciente sobre sua permanência na UTI, a experiência aparece associada a tristeza e angústia, dor física e subjetiva, dependência física, perda da noção do tempo e morte (PROENÇA, 2011).

1.2. Pacientes em desmame ventilatório

São vários os aspectos psicológicos descritos pela literatura como característicos de internação em UTI e que vão interferir diretamente no desmame do ventilador (ROMANO, 2014; SABOYA, 2018). Romano (2014) destaca: a perda do lugar de sujeito, o significado que o paciente atribui ao processo de adoecer, a internação prolongada e a relação estabelecida com a ventilação mecânica. A manipulação constante do corpo do paciente para a realização dos cuidados (antes realizados por ele), como higiene, alimentação, mudança de posição da cama, contribui para objetificação do mesmo, que diante disso, pode assumir uma postura passiva frente à recuperação e conseqüentemente ao desmame. Somado a isso, o falecimento de outros pacientes, evento não raro nesse ambiente, pode se tornar constante considerando um longo período de internação, podendo ocasionar uma descrença e desinvestimento na própria recuperação.

Assim, os aspectos psicológicos envolvidos no desmame ventilatório variam de acordo o significado que os pacientes atribuem a essa experiência. Comumente, pacientes relatam sentirem-se incapazes de respirar sem o aparelho, supervalorizando suas limitações. Outros tornam-se incrédulos a respeito da melhora do prognóstico, apresentando dificuldades para perceber progressos no quadro clínico, quando o mesmo não cursa de acordo com suas expectativas (ROMANO, 2014).

“Eu percebia muita insegurança em relação à retirada do aparelho, porque a paciente não se sentia confiante em relação à equipe, em relação ao ambiente da

UTI, ela sentia realmente que o ventilador era algo que dava muita sustentação e segurança pra ela, de uma maneira quase que exclusiva (...)" Entrevistada 1

"Sobre essa questão da morte, então existe um medo e também o medo da máquina parar, o medo de tirar essa, todo esse, esse a... aparato né?, de mecânico e ela não conseguir mais respirar (...)medo, dessa máquina, ... ela, não é da máquina parar né, mas é no sentido da máquina, dela não conseguir sobreviver sem essa máquina né?, como é que vai ser?, isso já vai gerar uma ansiedade, vai gerar, é... é aumento da da é... dos batimentos cardíacos né?, e muitas vezes esses pacientes eles tão clinicamente, muitas vezes não, se eles estão no processo de desmame é porque eles estão clinicamente, bem né?" Entrevistada 4

Um estudo sobre as lembranças de pacientes submetidos a VM na UTI, verificou que presença do tubo endotraqueal está relacionada a experiências de terror ou pânico, sensação de irritação quando deixados sozinhos e insônia. Os sujeitos tendiam a se lembrar de experiências relacionadas a dor, medo ansiedade, falta de sono, tensão, incapacidade de falar ou se comunicar, falta de controle, pesadelos, solidão e sensação de sufocamento. Alguns chegam a citar terror ou pânico como experiência mais incômoda (ROTODONI et al, 2002 apud SABOYA, 2018). Os dados obtidos corroboram com a literatura, como é possível identificar nos seguintes relatos:

"O que eu mais percebo é a questão da ansiedade né, pouco antes do exercício de desmame, né? A paciente que eu tô acompanhando ela tem horários fixos pra fazer isso e aí sempre um pouco antes ela relata muita ansiedade. E no momento que ela já está sem o tubo, sem a ventilação, ela relata também uma sensação de pânico e medo de morte iminente." Entrevistada 5

"Então no momento que ela precisa fazer isso sozinha, sem uma ajuda externa, isso pode ser difícil, pode ser ansiogênico, a pessoa pode ficar com a sensação de sufocamento que realmente só vai ser, é... diminuída, caso ela treine e vá conseguindo ficar mais tempo, né, sustentando um pouco esse desconforto." Entrevistada 1

As expressões de terror ou pânico, descritas pelos pacientes podem muitas vezes ser percebidas pela equipe nos rostos e olhares assustados dos pacientes, porém, frequentemente, essas manifestações não são validadas pela equipe, que se limitam a verbalizar expressões como: "colabore", "vai passar" ou "fique calmo" (SABOYA, 2018). As repercussões dessa não valorização das queixas do paciente podem ser observadas nos relatos das psicólogas:

"Essa questão de ela se sentir desamparada e aí eu tive até que trabalhar com a equipe, com o fisioterapeuta que tava acompanhando ela. Aí agora ele tá passando todo o processo com ela, inclusive isso deu um resultado. Conversei com o terapeuta sobre essa queixa dela, e assim, o que era mais recorrente no relato era essa questão do desamparo e do medo. O desamparo causava o medo de morte, o pânico, porque ela ficava sem ar e não tinha ninguém pra recorrer. Ela não consegue falar por causa

do tubo e aí ela não conseguia gritar, então, ela não sabia como pedir ajuda quando ela estava com falta de ar.” Entrevistada 5

A dificuldade no desmame pode ser muito frustrante para o paciente, uma vez que significa o prolongamento da sua permanência na UTI (SABOYA, 2018). Desse modo, a retirada do tubo endotraqueal pode ser encarada como parte do processo de desospitalização:

“De um modo geral, é... os pacientes encarem o processo de desmame ventilatório como uma possibilidade de tá saindo logo do hospital, de tá saindo logo da UTI. Porque a gente não pode, por exemplo, ir pras clínicas com ventilador. Então, pra sair da UTI precisa-se ter superado a necessidade de tá com o ventilador. Então, acaba sendo motivador pra alguns pacientes que eu observo.” Entrevista 1

Em suma, os sentimentos e as percepções dos pacientes influenciam diretamente na evolução do desmame. Não raro, as equipes médicas e de fisioterapia identificam todos os critérios fisiológicos para iniciar a realização do desmame e o mesmo não ocorre devido às questões psicológicas abordadas (CERQUEIRA, 2012).

CATEGORIA 2. ESTRATÉGIAS INTERVENTIVAS DO PSICÓLOGO FRENTE AO PACIENTE EM DESMAME VENTILATÓRIO.

A importância do estabelecimento de um vínculo entre o psicólogo e paciente é ressaltada por diversos autores de abordagens distintas. Otero (2012) enfatiza que o psicólogo deve expressar segurança, atenção, disponibilidade, acolhimento, cordialidade e competência, sendo essas características essenciais para iniciar uma relação terapêutica que favoreça uma adesão ao tratamento e sua continuidade.

Skinner (1953), afirma que a primeira tarefa do terapeuta é fazer com que o cliente se sinta confortável, não punido ou criticado, para relatar sobre suas queixas de forma genuína. Para tal, o psicólogo deve evitar fazer julgamento, juízos de valor e críticas sob seu próprio ponto de vista para favorecer que o cliente se sinta acolhido e não julgado. Desse modo, o terapeuta, desde o início, está em uma posição diferente dos outros membros da sociedade, estabelecendo uma relação distante de todas as outras que o cliente já tenha experimentado.

No processo de formação do vínculo, a escuta é imprescindível uma vez que permite que o cliente expresse de maneira livre e genuína relatos importantes e relevantes para uma análise adequada do seu processo (SKINNER, 1953).

Além da escuta, é função do psicólogo hospitalar validar as emoções do paciente. A validação emocional é a habilidade de aceitar e reconhecer os sentimentos das outras pessoas como importantes e compreensíveis. É uma forma de comunicar o paciente que suas respostas (públicas ou privadas) fazem sentido e são compreensíveis dentro de um contexto (LINEHAN 2010 apud DE-FARIAS, 2018). Tem como objetivo levar o paciente a desenvolver aceitação e reduzir o julgamento dos próprios comportamentos. Essa é uma habilidade fundamental no fortalecimento do vínculo (LOURENÇO, 2010). Confirmando essa perspectiva, a escuta clínica, o fortalecimento do vínculo psicólogo-paciente e a validação das emoções, aparecem como estratégias utilizadas pelos psicólogos entrevistados:

“Ó, com essa paciente que eu acompanho de maneira mais específica, meu trabalho tem sido muito com base no vínculo, né?! Desde o início, eu venho tentando fortalecer o vínculo, porque ela já fazia acompanhamento, né, inclusive com a estagiária. Então, eu tentei construir uma relação de confiança, porque ela não se sentia segura em outros aspectos.” Entrevistada 1

“Na minha opinião, eu acho assim, que o vínculo é a ferramenta mais poderosa nesses casos, porque muito do processo do desmame envolve uma sensação de desamparo, de vulnerabilidade, de exposição, sabe?! De estar, realmente, a mercê de algo externo para poder existir, então “sem este aparelho eu não existo”, a pessoa se sente totalmente dependente e segura quando tá no aparelho. Então, trabalhando a relação, tornando essa relação um espaço de confiança, encontrando outros recursos que possa oferecer segurança também, essa pessoa provavelmente, vai né, a gente espera, a gente vai tentar agir nesse sentido, ela vai fazer com que o ventilador perca um pouco esse lugar né, então a gente vai encontrar outros recursos que possam oferecer a segurança que ela projeta totalmente no ventilador né.” Entrevistada 1

“Então assim, eu promovo a livre expressão verbal dela também, essa questão da catarse, porque ela tem muita coisa guardada, sabe? Então sempre que chego lá eu promovo essa escuta mesmo, de saber o que ela tá sentindo e como ela tá sentindo, quais são... como ela tá entendendo todo esse processo, como ela tá se sentindo nesse contexto. Então até esses últimos dois atendimentos eu tava com essa postura bastante acolhedora”. Entrevistada 5

“Validação de emoções, promoção da livre expressão verbal, clarificação porque como ela não conversa com muitas pessoas, quando ela vai conversar comigo ela traz muita informação, então eu tento pegar aquilo que é significativo no discurso dela e devolvo pra ela pra ver se faz sentido, até pra poder entender como ela significa aquilo.” Entrevistada 5

A escuta clínica possibilita compreender a percepção do adoecer e sua evolução, processo muitas vezes permeado por expectativas e fantasias relacionadas à história de vida, as vivências de internações anteriores e personalidade do paciente (ROMANO, 2014). Nesse sentido, a avaliação psicológica na Unidade de Terapia Intensiva, tem por meta verificar a atitude diante da doença e hospitalização, as estratégias de enfrentamento e a presença de fatores emocionais e comportamentais que prejudiquem no prognóstico do paciente para que

se estabeleça uma conduta efetiva (ISMAEL, 2010). Os trechos das falas das entrevistadas a seguir contemplam esses aspectos:

“De ouvir esse paciente, primeiro pra ver como é que tá sendo esse processo, como é que foi... fazer mais ou menos um resgate né? Porque que ele tá na UTI? Procurar saber se ele sabe da própria condição dele, né? Porque que ele tá na UTI? O que aconteceu com ele? O que, o que que aconteceu para que ele estivesse ali? Quais são as expectativas dele, conhecer é, os eventos que antecederam né?, esse processo de, de ida pra UTI. Se teve alguma coisa traumática, conhecer um pouco da história dessa pessoa, e tal.” Entrevistada 4

“Porque anteriormente ela tinha tido uma experiência em uma outra internação, é, de ter ficado entubada e tal e no processo de extubação ela teve um... ela teve um... quase uma parada, assim, então, isso deixava ela com muito medo. Então, o que eu conversei com a equipe seria que a gente precisaria trabalhar esse medo dessa experiência anterior dela, né, de que existia a possibilidade de acontecer, mas existia a possibilidade também de não acontecer. Porque ela só considerava a possibilidade de acontecer novamente, ela não conseguia ver o resto.” Entrevistada 4

“Fui tentando, é, entender um pouco os significados que ela dava pra experiência de tá hospitalizada, tentando ampliar um pouco, né, o repertório comportamental dela, o simbólico também, a gente foi trabalhando, tentando trabalhar alguns elementos mais subjetivos, simbólicos da hospitalização em si.” Entrevistada 1

“E, é... trabalhar essas questões assim ... é, como eu posso dizer, das expectativas e das fantasias né, que ele tem a respeito da UTI, a respeito da, das, das maquinas, a respeito do processo de internação, conhecer isso mesmo.” Entrevistada 4

Para trabalhar as expectativas e fantasias do paciente, é indispensável a disponibilização de informações sobre o quadro clínico, sobre os procedimentos que serão realizados, sobre a terapêutica e prognóstico, de forma clara e acessível, para que o paciente tenha uma percepção mais próxima da realidade do seu quadro de saúde, e alguma previsibilidade sobre os acontecimentos, facilitando sua adesão à terapêutica (ROMANO, 2014).

“E aí, todas as vezes que eu acompanho alguma família que o paciente está nesse processo eu procuro estar presente na hora do boletim, por que eu procuro ver como o médico está passando essas informações, como que eles estão entendendo. Sempre que o médico sai eu pergunto “você entendeu o que o médico disse?” E ai eles sempre dão o feedback “ah, eu entendi, falou que vai ter que fazer uma cirurgia pra poder tirar esse tubo” e ai eu explico um pouquinho o que é essa cirurgia, o que é a traqueostomia, o que é o paciente continuar na ventilação mecânica, só que ainda vejo muita dificuldade das famílias em entender como funciona isso. Os médicos, alguns explicam mais, outros explicam menos, outros só falam “oh, vocês vão ter que assinar um termo ai. A enfermeira vai passar um termo pra vocês assinarem, por que amanhã a gente vai tirar esse tudo e vai fazer a traqueostomia.” E sai! E os familiares, muitas vezes, ficam angustiados, achando que ao invés do familiar estar melhorando o paciente está piorando, “Como assim vai fazer uma cirurgia, um procedimento cirúrgico? Então ele não ta melhorando? Não vai mais respirar ou vai ficar assim pra sempre?”. Então isso gera muita ansiedade.” Entrevistada 2

“E assim também, é, existem questões, é, de informação que, é, muitas vezes a família passa errado pra o próprio paciente, porque ele próprio não sabe...não sabe explicar pro paciente, porque ele não sou... não recebeu a informação de forma tão direta, então, mais uma vez aí vai entrar essa questão da informação, propiciar informações e que sejam claras. Claras e menos técnicas possíveis pra família, até pra família se sentir segura, pra ela saber assim ‘olha, eu sei o que tá acontecendo com o meu parente, com meu familiar, com meu ente querido. Então, assim, eu sei o que tá acontecendo, por mais que tenha riscos e uma série de coisas, mas eu sei de todo o processo.” Entrevistada 4

No desmame da ventilação mecânica, estabelecer um vínculo de confiança com a equipe também colabora para que o paciente possa voltar a se sentir capaz de respirar espontaneamente, depois de um período de extrema dependência provocada pelo respirador e pela própria internação na UTI (ROMANO, 2014). A respeito desse aspecto, foi pontuado:

“Fui tentando estratégias, né, é... relacionais com outros membros da equipe também, pra fortalecer o vínculo dela com essas outras pessoas, pra que ela se sentisse segura também com essas outras pessoas, não apenas comigo.” Entrevistadora 1

Nos casos dos pacientes impedidos de falar ou fazê-lo claramente devido ao tubo inserido na boca ou mesmo à traqueostomia (quando o tubo é ligado diretamente à traqueia), é preciso utilizar meios alternativos para a comunicação. Comumente, esses pacientes têm o nível de consciência preservado. Logo ali existe um sujeito que pensa, sente, sofre e se relaciona. Assim, estratégias como escrita, leitura labial podem ser úteis. A partir do estreitamento do vínculo com o paciente a comunicação vai se tornando mais fácil, o que significa que é preciso um investimento do profissional do psicólogo no atendimento e uma disponibilidade por parte do indivíduo atendido (ROMANO, 2014). Sobre a importância de se estabelecer meios de comunicação, as entrevistadas endossaram a literatura:

“Eu já tinha essa habilidade de fazer essa leitura labial, mas é um atendimento muito difícil, né? São pacientes que normalmente ficam mais, é... Resistentes, né? Pela ansiedade, pela agitação, desconforto, tá longe da família, esse desconforto gera muita ansiedade neles. Então, a minha atuação também fica um pouco, é... Comprometida, né? Eu sempre tento trazer, as vezes a prancheta, quando eu não consigo entender alguma coisa, peço pra eles escreverem. Então, as vezes escreve até pra diminuir a ansiedade deles. Porque a paciente, ela percebe que você não tá entendendo e nós também não conseguimos, essa... Esse contato verbal tão claro como em outros atendimentos. Então, é um pouco difícil, eu sinto dificuldade, a gente não tem muitos recursos.” Entrevistada 2

“Primeiro tentar estabelecer algum tipo de comunicação quando ele ainda tá intubado, dentro do que ele consegue, então a gente tem a placa aqui, é o que mais facilita essa comunicação.” Entrevistada 3

“Pedia pra ela apertar minha mão, então, tá sentindo alguma coisa? Olha, se tiver sentido desconforto ou dor aperta minha mão uma vez, se tiver ansiosa, com saudade da sua filha aperta duas vezes(...)” Entrevistada 2

Nesse processo, a família pode funcionar como intermediária da comunicação com o paciente, uma vez que ela conhece aspectos do comportamento e da história de vida do mesmo, e desse modo, pode compreender com mais facilidade suas falas e seus anseios (ROMANO, 2014). Para além dessa função de mediar a comunicação, a família constitui uma potencialidade no que se refere ao forte vínculo afetivo, devendo ser envolvida em todo o tratamento, dado que são os representantes do elo do paciente com a vida e, frequentemente, uma das poucas fontes de motivação para o sujeito no enfrentamento da doença (ISMAEL, 2010). A estimulação da presença da família na UTI é descrita pelos entrevistados como uma estratégia interventiva, como indica o trecho a seguir:

“(...) a primeira coisa que a gente fez foi estender o período de visita pra que ele tivesse essa estimulação constante de uma outra pessoa ali perto, conversando tocando, uma presença de algum familiar.” Entrevistada 3

Ainda sobre a família, Romano (2014) afirma que a extensão dos horários de visita é uma estratégia que contribui para que o paciente continue na posição de sujeito. A estimulação proporcionada pela presença do familiar, pode também funcionar como estratégia de prevenção de *delirium* (estado confusional agudo, com distúrbios da consciência, atenção, memória, pensamento e comportamento), condição que tem impacto negativo sobre o desmame (CERQUEIRA, 2012). A prevenção de *delirium* também é citada nas entrevistas como intervenção frente ao paciente em desmame:

“Tentar atuar nessa prevenção de *delirium*, que é tá orientando, conversando com ele, dizendo que horas são, que é justamente pra diminuir um pouco essa ansiedade, essa confusão, que muitas vezes eles ficam, né?” Entrevistada 3

Em um caso relatado pela Entrevistada 3, uma das intervenções descritas no manejo do paciente em desmame ventilatório foi a Regulação Emocional. Segundo Gratz e Roemer (2004), a regulação emocional refere-se aos processos pelos quais os indivíduos influenciam, experienciam e expressam as próprias emoções. Relaciona-se à capacidade de ajustar a intensidade e a duração da emoção, em vez de eliminar a emoção em si, e inibir comportamentos impulsivos no momento que se vivencia uma experiência desagradável.

“Ela chorava pra pedir pra voltar pro ventilador e a gente foi trabalhando maneiras mais assertivas de pedir pra voltar sem necessariamente tá chorando, até pro choro dela ser levado mais a sério, porque a gente percebia que a equipe tava meio cansada assim. Ela sempre chorava, então acabava não afetando tanto. Então a gente trabalhou um pouco de regulação emocional.” Entrevistada 1

Assim, trabalhar a regulação emocional do paciente significa promover a consciência, a compreensão e a aceitação das emoções de modo que o paciente seja capaz de, em momentos de emoção negativa, controlar comportamentos impulsivos e agir de acordo com os objetivos individuais desejados, ao mesmo tempo em que se atenda às exigências da situação (GRATZ & ROEMER, 2004). A mesma entrevistada também descreve o treino de comportamentos assertivos para a manifestação dessas emoções no contexto do desmame. A assertividade pode ser definida como a capacidade de agir em seus próprios interesses, e de expressar pensamentos, sentimentos e crenças de forma honesta, direta e apropriada, sem ansiedade indevida ou constrangimento, sem violar os direitos alheios. Trata-se de uma expressão cuidadosa e apropriada que visa a adaptação social (ALBERTI, R. E.; EMMONS, M. L., 1978).

“Fui trabalhando com ela aspectos de expressão emocional, tentando estimular essa expressão emocional porque a gente percebia que ela tinha uma dificuldade de fazer isso de uma maneira assertiva, né?! Ela chorava pra pedir pra voltar pro ventilador e a gente foi trabalhando maneiras mais assertivas de pedir pra voltar sem necessariamente tá chorando, até pro choro dela ser levado mais a sério, porque a gente percebia que a equipe tava meio cansada assim.” Entrevistada 1

Os aspectos simbólicos e subjetivos atrelados à hospitalização, mais especificamente à permanência na UTI e o papel ocupado pelo ventilador na vida do paciente, para além da clara função orgânica de auxiliar a respiração, foram aspectos sinalizados nas entrevistas como questões a serem consideradas no planejamento das intervenções. A compreensão e análise dessas variáveis no processo de desmame são evidenciadas nas seguintes falas:

“A UTI está exercendo um papel maternal nesse momento, já que ela tem uma questão com a mãe né, como eu falei, um certo distanciamento, e aí a gente vai tentar trabalhar agora em cima disso né, esse lugar da UTI enquanto uma instituição que materna, literalmente né, porque ela fica dependendo de todos os cuidados básicos, embora ela tenha condições de triangular, por exemplo, para tomar banho sozinha, mas ela não vai, ela ainda usa fralda, sendo que ela não precisaria teoricamente né, vive em condição fetal, é bem regredida, então várias questões que reforça essa nossa ideia, então a gente vai começar a trabalhar em cima disso, trabalhando alguns limites, mesmo, como parte do tratamento, usando a figura do médico que exerce autoridade, poder, né, a gente vai tentar seguir um pouco por esse lado.” Entrevistada 1

“Ela sentia realmente que o ventilador era algo que dava muita sustentação e segurança pra ela, de uma maneira quase que exclusiva, né?! Só que depois a gente foi trabalhando isso, né, e a gente conseguiu diminuir um pouco esse lugar que o ventilador ocupava, que era um lugar realmente de referência, de segurança, de importância... E a gente foi conseguindo encontrar outras coisas que passaram a ocupar esse lugar também.” Entrevistada 1

De Quadros Cherer (2012) destaca que os sintomas decorrentes dos problemas físicos que acometem os pacientes, além de serem descritos como fonte de sofrimento, podem estar atrelados aos ganhos secundários, como ganho de intimidade em seus relacionamentos, disponibilidade de atenção, afeto e cuidados. Nesse sentido, o paciente adoecido pode abrir mão de parte de sua autonomia para receber do outro um cuidado além do necessário, colocando-se numa posição infantil, o que remete, simbolicamente, à dependência do tipo mãe-bebê.

Tendo como base os princípios da análise do comportamento, a Entrevistada 1 descreveu estratégias que foram utilizadas com objetivo de diminuir o caráter aversivo da experiência de desmame para o paciente e de reforçar diferencialmente os comportamentos relacionados à saída do ventilador. Os comportamentos são mantidos através de Esquemas de Reforçamento. Sabe-se que é o Reforço a consequência responsável por aumentar a frequência dos comportamentos e mantê-los no repertório comportamental do organismo (SKINNER, 2003). Assim, buscou realizar com a paciente, atividades consideradas agradáveis para a mesma no momento do desmame, sobretudo nos momentos que se encontrava em ventilação espontânea:

“Fui propondo atividades de pareamento entre o momento em que ela tava fora do ventilador e atividades que ela costumava fazer e gostava de fazer, então, atividades lúdicas, projetivas, recreativas, tentando envolver outras pessoas da equipe.”

Segundo Skinner (2003, p.108), “usamos reforço diferencial para moldar e intensificar o comportamento de outros no que pode ser chamado de controle deliberado”. Nesse processo, a entrevistada ressalta a necessidade de se atentar para o aumento gradual da magnitude dos reforços utilizados de modo a evitar que os estímulos reforçadores percam o seu valor reforçador:

“Por exemplo, a gente foi tentando parear o ventilador às atividades fora, as atividades lúdicas, interessantes, que ela gostava de fazer antes, mas aí a gente percebeu que a gente acabou hipervalorizando esses reforçadores para ela e agora ela tem parâmetros muito elevados, então reforçadores menores assim, entre outras, por exemplo, elogiar, dar um pouco mais de atenção, isso perdeu um pouco o impacto.”

Destaca também, a importância de orientar a equipe a respeito da disponibilidade de reforçadores de maneira indiscriminada, buscando sempre condicionar o estímulo reforçador à momentos específicos, relacionados à saída do ventilador, ou demais comportamentos assertivos no contexto da internação.

“Ela tem muitos reforçadores, ela é reforçada estando ou não fora do ventilador, então a gente vai tentar selecionar esses reforçadores e condicionar à saída dela do ventilador.”

A ampliação da percepção do paciente sobre a situação vivenciada e a ampliação do repertório comportamental, também foram estratégias mencionadas durante as entrevistas:

“(…) proporcionar uma ampliação da percepção desse paciente, porque muitas vezes ele tem uma, uma percepção enrijecida sobre as coisas, né? E quando você começa a conversar e mostrar outras possibilidades pra ele, construir, na verdade, não mostrar, mas construir outras possibilidades pra ele, ele consegue, talvez, enxergar esse processo de uma outra forma.” Entrevistada 4

“Fui tentando, é, entender um pouco os significados que ela dava pra experiência de tá hospitalizada, tentando ampliar um pouco, né, o repertório comportamental dela(…)” Entrevistada 1

Catania (1999) define repertório como o conjunto de comportamentos que um indivíduo possui e que não necessariamente esteja emitindo no presente. Isto significa que um repertório contém todas as possibilidades de comportamento que um indivíduo pode emitir durante sua trajetória de vida, baseado em tudo o que viveu, experimentou e aprendeu. Cada indivíduo possui seu repertório de comportamentos selecionado pelas contingências de reforçamento que vivenciou, isto é, suas experiências, as coisas que leu, viu, ouviu, experimentou. O processo de ampliação de repertório comportamental é possível através da exposição sistemática às contingências, ou seja, da vivência das situações, dos contextos, a fim de desenvolver (selecionar, aprender) comportamentos que possam ser funcionais naquelas condições. A Percepção, compreendida na análise do comportamento, como um comportamento privado está sujeita as mesmas regras. A única característica que diferencia o comportamento privado do público é a sua acessibilidade limitada (SKINNER, 1953). Logo, a ampliação da percepção também pode ser compreendida como uma ampliação do repertório comportamental.

CATEGORIA 3. ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO JUNTO À EQUIPE MULTIPROFISSIONAL.

O trabalho multiprofissional é imprescindível para uma boa evolução do quadro clínico do paciente, uma vez que a doença evolui uma complexidade de fatores difíceis de serem apreendidos e respondidos por um único profissional. Desse modo a troca de

informações por parte de toda equipe é fundamental para o planejamento de uma terapêutica mais acurada às necessidades dos pacientes e familiares. Essa troca pode ser realizada formalmente, por meio dos registros em prontuário, e informalmente, nas trocas verbais diárias (BAPTISTA e cols, 2018).

Nesse contexto, Ismael (2010), afirma que o psicólogo deve orientar sua prática no sentido de favorecer as relações humanas, proporcionando à equipe uma visão geral do paciente, para que as reações emocionais e sofrimento sejam percebidos e cuidados. O autor ainda reitera que cabe ao psicólogo render esforços na preservação do paciente como sujeito, auxiliando para que o cuidado seja realizado de acordo com suas especificidades e necessidades.

Sobre esses aspectos, as entrevistadas afirmaram:

“Então a gente tenta ser o mais claro possível na comunicação, os registros em prontuário são algo que facilita porque a gente deixa a equipe a par do que tá acontecendo, né?! Então a gente trabalha muito nesse sentido de orientar mesmo, aspectos que a gente vem percebendo do quadro psicológico dela e que vão ser interessantes pra equipe tá entendendo e pra poder também modificar um pouco a conduta de cada um...” Entrevistada 1

“Então, eu sempre tava ali tentando entender quais eram as demandas dela, pra poder passar isso pra equipe, pra a gente poder trabalhar isso em conjunto e melhorar o quadro emocional dessa paciente enquanto ela estava ali na UTI.” Entrevistada 2

Kitajima (2014) considera a comunicação um dos principais instrumentos de cuidado em saúde na UTI, sobretudo quando se trata do manejo de pacientes e familiares que enfrentam o diagnóstico de uma doença grave. O autor destaca que uma boa comunicação entre a tríade paciente-família-equipe estimula um clima de confiança entre os envolvidos, facilitando a cooperação e adesão do paciente ao tratamento. Em contrapartida, uma comunicação ineficaz pode comprometer o desempenho de toda a equipe multiprofissional, colocando em risco a qualidade dos cuidados prestados e despertando sentimentos de descaso e solidão nos pacientes e familiares.

“Então, a gente tenta muito facilitar a comunicação, porque como é muita gente, a equipe roda, todo dia um plantonista diferente, a gente tem que ter uma afinação nessa comunicação, porque rola muito o atravessamento de informações, né?!” Entrevistada 1

Comumente, devido a vários aspectos como ansiedade, nível de escolarização, ou mesmo pouca familiaridade com termos médicos, o paciente tem dificuldade de assimilar a informação que recebe, e, sentindo-se constrangido por não compreender, acaba não

dirimindo suas dúvidas, o que gera mais ansiedade e insegurança. Nesse sentido, o psicólogo pode utilizar o treino assertivo com o paciente ou familiar, estimulando o esclarecimento de dúvidas e uma boa comunicação com a equipe. Por sua vez, a equipe deve acolher os questionamentos e dúvidas dos mesmos, com diálogos diários, utilizando linguagem acessível, sem tecnicismos, favorecendo essa compreensão (KITAJIMA, 2014).

“A minha atuação junto com as famílias é sempre de acolher um pouco essa angustia, essas dúvidas, estar levando isso para a equipe, pontuando para a equipe quando eu percebo isso “olha, a família não está entendendo, estão ficando mais ansiosos, estão questionando muito” e aí eu devolvo isso para a equipe pra gente puder estar explicando, orientando, acolhendo.” Entrevistada 2

“Aí eu conversei com o médico, procurei o médico e falei: olha doutor a filha de dona fulana não tá entendendo muito o que vocês vão fazer, o porquê da traqueostomia, porque ela tem que assinar esse termo, isso tá gerando muita nela ansiedade. Aí o médico muito tranquilo voltou e falou: "olha, a psicóloga me falou que a senhora não está entendendo que está com algumas dúvidas, vou te explicar." Entrevistada 2

“Às vezes acontecia lá no hospital de, de repente de eu chamar um enfermeiro, ou até mesmo aproveitar ali o médico naquele momento que ele tava dando o relatório pra um outro paciente, chegar assim, olha esse paciente tá com um pouco de dificuldade de compreender o que tá acontecendo com ele será que a gente poderia tentar explicar pra ele novamente, talvez com uma linguagem um pouco mais simples, sem ser tão técnica né? E de explicar, inclusive, se ele tá no processo de desmame, como vai ser feito esse processo de desmame.” Entrevistada 4

A interação entre psicologia e fisioterapia, profissão tecnicamente responsável pelo desmame ventilatório do paciente, é citada como parte da atuação do psicólogo nesse processo, buscando facilitar a comunicação e o fortalecimento do vínculo paciente-fisioterapeuta:

“Então, todas as vezes que ela ia fazer o atendimento, que ela ia até o paciente, né? Pra fazer a aspiração, ou pra nebulizar, pra atender alguma das solicitações dela, eu sempre ia junto, a gente conversava. Justamente pra estreitar um pouco mais esse vínculo de confiança entre ela e a fisio.” Entrevistada 2

“Então, no caso dessa paciente eu percebi que a relação com o fisioterapeuta não tava tão bem assim. Então o fisioterapeuta dizia pra ela que não precisava aspirar o tempo todo, aí nebulizava, porque era uma paciente que ela já tinha um problema respiratório anterior, né? Ela já tinha bronquite asmática, ela já tinha uma escoliose, ela já tinha um problema pulmonar grave que comprometia a respiração dela. Então, ela já sabia que ela tinha dificuldade para respirar e aqui no hospital pelo fato de ter ficado muito tempo em respiração mecânica isso gerou nela uma ansiedade, que toda secreção era vista por ela com algo, né? Grave. Então, o tempo todo ela solicitava fisioterapia. Gerou até um conflito entre a fisioterapeuta e os familiares e a paciente. Porque a fisioterapia dizia pra mim: “A paciente fulana é muito solicitante, ela não confia na gente, ela acha que a gente precisa aspirar o tempo todo e quando a gente vai não tem indicação, né? Pra tá sendo aspirado o tempo todo. Mas ela fica insegura, ela fica ansiosa com esse desconforto.” Então foi um caso muito interessante, porque eu pude atuar muito em conjunto com a fisioterapeuta.”

Saboya et al. (2014) considera a UTI um ambiente fértil para mal-entendidos e conflitos, uma vez que as palavras “grave”, “instável” e “morte” estão sendo ditas com frequência, o que contribui para um sentimento de desamparo e desorganização emocional da família. Somado a isso, as famílias têm experiências e dinâmicas únicas, estão inseridas em diferentes contextos culturais e, portanto, apresentam diferentes modos de funcionamento. Nesse cenário, o psicólogo pode desempenhar o papel de mediador entre equipe-paciente-familiares, identificando as necessidades individuais das partes e auxiliando na busca de soluções (OLIVEIRA & SANGY, 2013).

“Procuro a equipe médica sempre que surgir alguma questão do paciente relacionado à equipe, algum conflito, eu tento mediar ou alguma questão que esteja trazendo algum tipo de sofrimento pro paciente, como nesse caso que eu identifiquei um conflito não só da paciente com a equipe médica, mas da familiar com a equipe médica. Então, o meu trabalho é de mediar os conflitos e também de esclarecer o que tá acontecendo com a paciente até pra melhorar a prática médica.” Entrevistada 5

CATEGORIA 4. ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO FRENTE À FAMÍLIA DO PACIENTE.

Um paciente internado em Unidade de Terapia intensiva é, comumente, um ente querido de alguém. O familiar também é alvo de intervenções da psicologia, uma vez que o ambiente físico e a sensação de ameaça iminente podem reforçar o sentimento de desamparo (KITAJIMA, 2014). Segundo Ismael (2010), a internação de um dos membros da família causa ansiedade e estresse, exigindo a mobilização de recursos para o enfrentamento da crise. Nesse contexto de ameaça, o núcleo familiar pode “mobilizar-se na tentativa e resgatar seu estado anterior, paralisar-se no impacto da crise ou identificar benefícios com a crise e se mobilizar para mantê-las” (ISMAEL, 2010).

O modo como a família se reorganiza diante da hospitalização de um dos membros, pode resvalar na recuperação do mesmo, uma vez que quando os recursos para a elaboração e enfrentamento da situação falham, o cuidado do paciente é comprometido (ISMAEL, 2010). Por essa razão, é importante acolher esse parente, sobretudo no momento da chegada à UTI, onde o nível de estresse da família é mais alto (KITAJIMA, 2014).

“A minha atuação nessas situações é sempre de acolher, se eu percebo uma demanda pra um atendimento individual, assim fora da visita ali, eu sempre peço para vir uma hora antes do horário de visita pra gente conversar em uma sala anexa da UTI, até

pra perceber os recursos de enfrentamento que esse familiar tem para estar lidando com um filho, o pai, o irmão que está hospitalizado, entubado, que tá ali em ventilação, que tá ali sedado muitas vezes, então eu estou observando, tentando fazer esse acolhimento inicialmente, trazendo esse familiar pra o acompanhamento, pra gente estar trabalhando esses recursos de enfrentamento, por que tem muitos casos que a hospitalização se estende por mais tempo, esses desmame demora muito mais, esse paciente fica 14 dias, 15 dias ou até mais em ventilação mecânica, então gera muita ansiedade nesses familiares.” Entrevistada 2

O sujeito se constitui a partir da interação com o outro, logo, o núcleo familiar, a relação entre os seus membros e os laços afetivos ali formados, são fundamentais na construção do ser humano como indivíduo. Diante de uma situação de enfermidade, a importância dos laços afetivos torna-se ainda mais clara, sendo a família a instituição com maior possibilidade de oferecer suporte e apoio (DIENER et al, 2011 apud BAPTISTA, 2018).

Nessa perspectiva, a família deve ser envolvida em todo o tratamento, podendo ser compreendidos como os representantes do vínculo do paciente com a vida, muitas vezes uma das poucas fontes de motivação que o paciente possui para o enfrentamento da doença (SEBASTIANI, 2010 apud BAPTISTA, 2018). Visando a recuperação do paciente, as psicólogas entrevistadas destacaram a estimulação da comunicação e fortalecimento do vínculo paciente-familiar, como uma estratégia interventiva no contexto do desmame ventilatório:

“Então, muitas vezes, ele se sente muito mais fortalecido quando ele tem ali o apoio da família, então é trabalhar junto com a família pra, é, mostrar a importância desses vínculos né (...)” Entrevistada 4

“Eu busco estimular que eles estejam próximos, tem uns que tem resistência, com tantos aparelhos, tá intubado, acha que a pessoa não pode se comunicar(...)” Entrevistada 3

“E aí eu perguntava pra ela, se eu pedir pra estender a visita, pra ela ficar mais tempo aqui com a senhora vai ajudar a sentir mais tranquila? vai te trazer um pouco mais de conforto?” Entrevistada 2

“Saber que, por mais que gere medo, toda a situação de desmame tal, é, a, a família se mostrar presente, então uma coisa que eu acho importante é a questão do toque físico. De tá ali, de tocar, de conversar sobre as coisas, é, que vão acontecer depois que esse paciente voltar pra casa, das coisas importantes, das coisas que são importantes pra ele, então, é, conversar com a família sobre aquilo que é importante nessa relação do paciente com a família né, às vezes os vínculos, muitas vezes os vínculos desse paciente, ele tem filhos né, que estão em casa, às vezes assistir um vídeo no celular, isso ajuda também e às vezes até motiva mais esse paciente a diminuir um pouco essa questão da ansiedade(...)” Entrevistada 4

De modo geral, as famílias estão vivenciando uma situação de crise e também estão ansiosas. A ansiedade parece associar-se aos raros contatos com os médicos e à insuficiência

de informações ofertadas. Muitas vezes o familiar deixou o paciente na UTI em ventilação espontânea e ao retornar o mesmo está intubado, em VM, o que pode ser assustador. Nesses casos, faz-se necessário explicar adequadamente o que aconteceu. Quando o paciente está sedado, também surgem dúvidas sobre como interagir. Além disso, há uma angústia quando o paciente está despertando da sedação ainda com o tubo, demonstrando desconforto e dificuldade de se comunicar (SABOYA, 2018).

A percepção do familiar a respeito do prognóstico do paciente está diretamente relacionada ao modo como ele recebe as informações da equipe. Não raro, os familiares não compreendem o quadro clínico e os procedimentos realizados em virtude da utilização de uma linguagem extremamente técnica pelos médicos no momento da comunicação (ROMANO, 2014). A esse respeito, as entrevistadas relataram:

“E assim também, é, existem questões, é, de informação que, é, muitas vezes a família passa errado pra o próprio paciente, porque ele próprio não sabe...não sabe explicar pro paciente, porque ele não sou... não recebeu a informação de forma tão direta, então, mais uma vez aí vai entrar essa questão da informação, propiciar informações e que sejam claras. Claras e menos técnicas possíveis pra família, até pra família se sentir segura, pra ela saber assim ‘olha, eu sei o que tá acontecendo com o meu parente, com meu familiar, com meu ente querido. Então, assim, eu sei o que tá acontecendo, por mais que tenha riscos e uma série de coisas, mas eu sei de todo o processo’. Então, isso facilita também e o... a família consegue passar mais segurança pra o seu familiar.” Entrevistada 4

Diante da angústia dos parentes no processo de desmame ventilatório do paciente, cabe ao psicólogo instrumentalizar essa família para lidar com a situação de forma assertiva (SABOYA, 2018). Nesse sentido, as entrevistadas destacaram a importância de orientar sobre como motivar o paciente no esforço de sair do ventilador e ao mesmo tempo, estimular o comportamento empático frente às dificuldades que o paciente pode apresentar no desmame ventilatório. Os trechos a seguir descrevem esses aspectos:

“A gente tenta orientar, a gente tenta sempre orientar como está utilizando palavras e frases e até linguagem não verbal a favor da motivação, porque às vezes, até uma frase que tem o intuito de ser motivadora acaba não sendo motivadora, acaba sendo punitiva. Então a gente sempre tenta orientar, dar a melhor condição possível dessa pessoa dar o suporte ao seu familiar né, a gente pode fazer isso de várias formas através da conversa mesmo, a gente pode fazer treino assertivo né, a gente pode tentar de algum modo oferecer um modelo, então a gente pode através de um role play, por exemplo, mostrar uma maneira possível de estar motivando e a expectativa a gente tenta sempre correlacionar com os dados da realidade, ou seja, com aquilo que o paciente apresenta e com aquilo que ele consegue fazer naquele momento. Às vezes a família tem expectativas muito altas, às vezes a família subestima um pouco a capacidade do paciente, e às vezes essa expectativa está condizente com a realidade, o nosso objetivo é que fique o mais condizente possível com a realidade, ou seja, aquilo que o paciente realmente dá conta, aquilo que é possível do ponto de vista clínico dele e emocional também” Entrevistada 1

“Então eu tento até trazer essa questão da empatia pra mãe, assim, quando você está sem respirar, com falta de ar, qual é a sensação, o medo que pode causar, é uma questão biológica né, da gente não querer respirar. Eu fiz até uma dramatização, uma metáfora, de tentar colocar ela nessa situação, assim, sabe, por exemplo, algum momento em que você esteve de baixo da água e você sentiu falta de ar, qual a sua primeira vontade? É sair da água e buscar ar. Então eu tento fazer ela entender qual é o mecanismo da criança que é o mesmo dela.” Entrevistada 5

Lidar com uma doença crítica e os estressores provenientes do ambiente de terapia intensiva traz repercussões físicas e psicológicas para o familiar do paciente (KITAJIMA, 2014). O ritmo de vida pode ser incompatível com os horários hospitalares e muitas vezes a família se vê frente a desafios na hora de eleger o(s) membro (s) que podem oferecer suporte ao paciente em sua estada no hospital. Em alguns casos, o ente internado desempenha fundamental papel de apoio financeiro e/ou emocional da família, havendo a necessidade de uma reorganização da dinâmica familiar. Somado a isso, existe o peso da responsabilidade frente a decisões difíceis: faz parte da rotina em UTI tomadas de decisões angustiantes como amputações e procedimentos invasivos, situações que provocam ansiedade e dúvida na família (LUSTOSA, 2007). Assim, identificar a sobrecarga do familiar está entre as funções do psicólogo nesse contexto (KITAJIMA, 2014). A entrevistada corrobora a literatura ao relatar:

“No caso dessa paciente, que tá em processo de desmame, a mãe é a cuidadora exclusiva... então... a paciente já tá aqui há mais de cinco meses, elas não são da cidade, então a mãe, ela tá... ela foi retirada do ambiente dela, né?! Da família, do casamento, do trabalho... Então existe uma sobrecarga, né, relacionada a esse processo de cuidado.” Entrevistada 1

5. FLUXOGRAMA PARA ATENDIMENTO DE PACIENTES EM DESMAME VENTILATÓRIO.

O fluxograma foi construído no intuito de apresentar um passo a passo de condutas que orientam a prática do profissional de psicologia dentro do contexto da Unidade de Terapia Intensiva e, mais especificamente, frente ao paciente em desmame ventilatório. Essa sistematização do fazer do psicólogo é imprescindível para auxiliar o percurso dos profissionais que, mesmo visando a subjetividade que a prática exige, compreendem a necessidade do aperfeiçoamento que se apresenta pela organização de rotinas (VIANA, 2010). Esse instrumento permite uma visualização gráfica das etapas que se iniciam no momento da admissão do paciente pelo serviço, permitindo uma melhor compreensão e aplicação do protocolo.

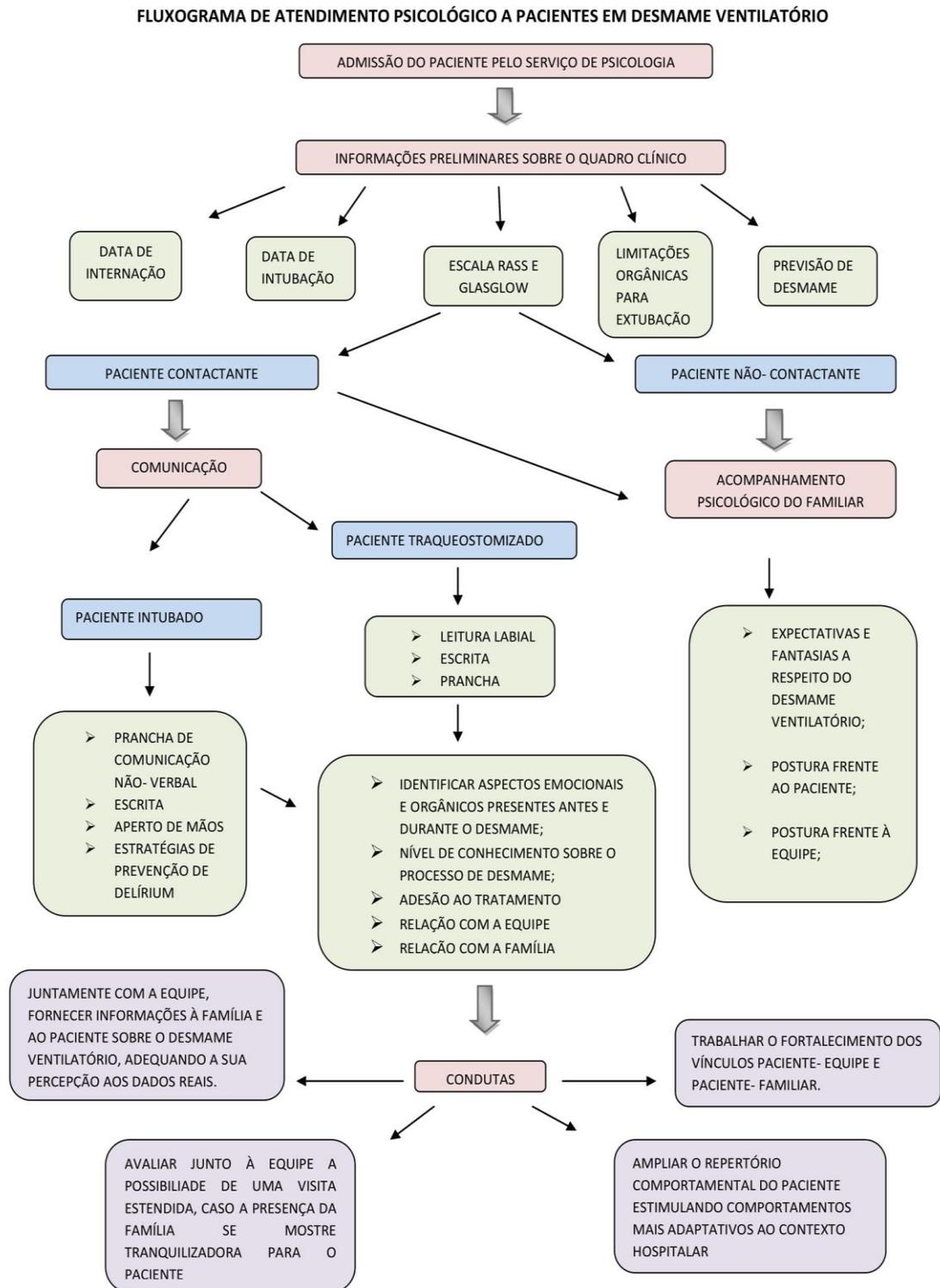


Figura 1: Fluxograma de atendimento psicológico a pacientes em desmame ventilatório

6. PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO PARA PACIENTES EM DESMAME VENTILATÓRIO

O acompanhamento psicológico no contexto hospitalar deve integrar um conjunto de estratégias teoricamente fundamentadas, constituídas de entrevistas clínicas, observações e protocolos que subsidiem a avaliação psicológica e o planejamento de intervenções. Nesse sentido, a psicologia no hospital utiliza-se de instrumentos norteadores da prática, que possibilitam a adoção e/ou mudança de condutas dos profissionais da equipe de saúde e/ou dos pacientes e familiares, necessárias para promover a melhor adaptação do paciente às circunstâncias inerentes ao processo de adoecimento e hospitalização (LOPES; AMORIM, 2004).

O protocolo é um instrumento descritivo de padronização de rotinas que direciona o processo de assistência (MAGALHAES, 2002). A utilização dessa ferramenta pela psicologia numa instituição hospitalar é uma estratégia que possibilita a redução da heterogeneidade da assistência psicológica, a instrumentalização e orientação da prática profissional, além da operacionalização dos processos e resultados, favorecendo a melhoria do serviço prestado e a demarcação do papel do psicólogo dentro da equipe de saúde (ROPELATO, 2009).

O protocolo apresentado a seguir foi construído a partir dos conteúdos emergentes nas entrevistas com psicólogos que atuam em UTI e visa direcionar a atuação do psicólogo frente ao paciente em desmame ventilatório. Deve ser utilizado quando os pacientes se apresentam contactantes. Portanto, é necessário que inicialmente se verifique, junto à equipe ou através do acesso ao prontuário, o nível de sedação e de consciência do paciente. Para a avaliação do nível de consciência dos pacientes, a escala de coma de Glasgow (Figura 1) é comumente utilizada pelos profissionais de saúde. É dividida em três subescalas: abertura ocular, melhor resposta verbal e melhor resposta motora. Os escores podem variar de 3 a 15. Escore de quinze indica paciente consciente e orientado, e escores de sete ou menos indicam coma (HICKEY, 1992 apud FERNANDES, 2008). Para avaliar o grau de sedação e agitação, a Escala de Richmond de Agitação-Sedação (RASS) (Figura 2) consiste num método de três passos claramente definidos que determinam uma pontuação que vai de -5 a +4 (SOUSA, 2011).

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1
TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

Figura 2: Escala de Coma Glasgow

"Richmond Agitation Sedation Scale" - RASS

Pontuação: pontuação zero refere-se ao doente alerta, sem aparente agitação ou sedação. Níveis inferiores a zero significam algum grau de sedação, níveis superiores significam que o doente apresenta algum grau de agitação

Pontuação	Classificação	Descrição
4	Combativo	Combativo, violento, risco para a equipa
3	Muito agitado	Conduta agressiva, puxa ou remove tubos ou cateteres, agressivo verbalmente
2	Agitado	Movimentos despropositados frequentes, briga com o ventilador
1	Inquieto	Intranquilo, ansioso, sem movimentos vigorosos ou agressivos
0	Alerta e calmo	Alerta, calmo
-1	Sonolento	Adormecido, facilmente despertável, mantém contacto visual por mais de 10 segundos
-2	Sedação leve	Despertar precoce ao estímulo verbal, mantém contato visual por menos de 10 segundos
-3	Sedação moderada	Movimentos e abertura ocular ao estímulo verbal, mas sem contato visual
-4	Sedação intensa	Sem resposta ao estímulo verbal, mas apresenta movimentos ou abertura ocular ao toque (estímulo físico)
-5	Não desperta	Sem resposta a estímulo verbal ou físico

Referências: - Ely E, Truman B, Shintani A, et al. Monitoring Sedation Status Over Time in ICU Patients: Reliability and Validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). JAMA. 2003;289(22):2983-2991. doi:10.1001/jama.289.22.2983

Figura 3: Escala RASS

O protocolo se estrutura em onze etapas: 1. Identificação; 2. Informações pertinentes sobre o quadro clínico; 3. Experiências anteriores com a hospitalização; 4. Estratégias de comunicação; 5. Comportamentos relevantes identificados; 6. Avaliação de aspectos inter-relacionais 7. Déficits, excessos e reservas comportamentais; 8. Condições que dificultam o desmame; 9. Atividades que gostaria de realizar no momento do desmame; 10. Análise Motivacional; e 11. Estratégias Interventivas. Cada item possui subitens que deverão ser assinalados quando a característica descrita for apresentada pelo paciente ou quando a conduta explicitada foi realizada.

1. Identificação

Esse item é destinado aos dados de identificação do paciente e alguns aspectos sociais, como estado civil, profissão e pessoas com quem reside. Comumente, os familiares e amigos se revezam para visitar o paciente, por esse motivo, nesse campo há um espaço para identificação dos visitantes.

2. Informações pertinentes sobre o quadro clínico

A gravidade do quadro clínico do paciente, a utilização de dispositivos invasivos (tubos, sondas vesicais, sondas enterais) e acessos periféricos são fatores que irão influenciar diretamente a forma como interage e se comunica com a equipe e a família, como se movimenta pelo espaço, sua autonomia e auto percepção e, de modo mais amplo, a sua percepção sobre a hospitalização. Mais especificamente, alguns aspectos orgânicos como disfunção respiratória, cardiovascular, neurológica e alterações nutricionais aumentam a probabilidade de dependência do suporte ventilatório (PRESTO E DAMÁZIO, 2009).

Ademais, o tipo de dispositivo utilizado para auxiliar a respiração do paciente (tubo endotraqueal, dispositivos de ventilação não invasiva (VNI) como máscara facial e nasal e tubo de traqueostomia entre outros), além de ser um indicativo do prognóstico, também irá definir a forma como o paciente se comunica, inclusive durante os atendimentos psicológicos. Desse modo, essas informações do quadro clínico do paciente são fundamentais na formulação de um diagnóstico psicológico e planejamento terapêutico.

3. Experiências anteriores com a hospitalização

As experiências pregressas do paciente com a hospitalização podem influenciar na forma como o paciente se comporta diante da repetição desse contexto. Desse modo, é importante a investigação da percepção do paciente a respeito dessas experiências, quais comportamentos foram modelados e mantidos a partir dessas contingências, e se eles são assertivos ou não nas circunstâncias atuais.

4. Estratégias de comunicação

Devido ao uso dos dispositivos invasivos supracitados, comumente, o paciente se encontra incapacitado de se comunicar verbalmente através da fala. Este item descreve estratégias que podem ser utilizadas para viabilizar essa comunicação, como leitura labial, piscar de olho e aperto de mão. A placa de comunicação não verbal é um instrumento que contém letras, números e imagens que representam emoções e sensações físicas. Pode ser utilizada durante os atendimentos, ou pela família e equipe no sentido de facilitar essa comunicação.

5. Comportamentos relevantes identificados

Neste item, são assinalados os comportamentos relevantes identificados durante os atendimentos que podem prejudicar ou favorecer o desempenho do paciente no desmame ventilatório. Esses comportamentos abrangem desde sintomas físicos e comportamentos públicos, como agitação psicomotora e choro frequente, até comportamentos privados relatados pelo paciente como pensamentos catastróficos relacionados à retirada do tubo. Para

além da função orgânica de auxiliar a respiração, o ventilador também pode exercer uma função simbólica para o paciente de acordo com o seu histórico de seleção e manutenção de comportamentos ao longo da vida. Entender essa função também é importante para compreender as contingências de reforçamento envolvidas na dependência da ventilação mecânica.

7. Déficits, excessos e reservas comportamentais

O repertório comportamental do paciente pode ser expressamente distinto, em relação ao que é preciso para um ajustamento adequado às circunstâncias, devido à frequência pouco comum ou excessiva com que vários atos ocorrem. A identificação desses déficits e excessos é fundamental no diagnóstico comportamental. Simultaneamente, deve-se atentar a respeito da amplitude do repertório comportamental não-problemático e a presença de comportamentos que representam características do paciente que podem ser usadas como recursos no tratamento (KANFER & SASLOW, 1976).

Este item é destinado a essa análise dos déficits, excessos e reservas comportamentais. Os excessos comportamentais correspondem a uma classe de comportamentos descritos como problemáticos pelo paciente ou por um informante, devido a excesso em frequência, intensidade, duração, ou ocorrência sob condições em que sua frequência não é socialmente aceita (KANFER & SASLOW, 1976).

No contexto da Unidade de Terapia Intensiva, o comportamento de emitir solicitações e reclamações repetitivas e constantes à equipe pode ser considerado um comportamento excessivo do paciente.

O déficit comportamental corresponde a uma classe de respostas descrita como problemática porque deixa de ocorrer com suficiente frequência, com intensidade adequada, da maneira apropriada, ou sob condições socialmente previstas (KANFER & SASLOW, 1976).

Um exemplo seria reação social reduzida (retraimento), que no contexto hospitalar pode implicar em dificuldade para se tirar dúvidas com o médico e interagir com a equipe.

As reservas comportamentais são comportamentos não-problemáticos. O que o paciente faz bem, seus talentos, comportamentos sociais adequados (KOHLENBERG, 2001). Atividades de lazer que podem ser realizadas no momento do desmame, características do paciente que auxiliam na adaptação ao contexto, presença de pessoas que fornecem suporte, financeiro, social, afetivo, etc. Identificar esses recursos é fundamental na construção de um plano terapêutico.

8. Condições que dificultam o desmame

Algumas características do paciente podem funcionar como entraves para desmame ventilatório. Alterações no sistema nervoso central, sobrecarga e fraqueza dos músculos ventilatórios, disfunção do sistema cardiovascular e alterações nutricionais contribuem para a dependência da ventilação mecânica (PRESTO; DAMÁZIO, 2009). Aspectos psicológicos como insegurança e medo em relação à retirada da ventilação mecânica também influenciam esse processo. Além desses aspectos, é preciso considerar também a possibilidade da existência de reforçadores condicionados à manutenção da ventilação mecânica, ou à permanência no hospital como, disponibilidade de atenção e afeto por parte da família, esquivas de atividade laboral ou outro contexto aversivo e cuidados ofertados pela equipe.

9. Atividades que gostaria de realizar no momento do desmame:

No intuito de minimizar as sensações desconfortáveis e pensamentos aversivos descritos pelos pacientes no momento do desmame ventilatório, algumas atividades consideradas agradáveis pelo paciente podem ser realizadas nesse momento. Esse item diz respeito à descrição dessas atividades.

10. Análise motivacional

Esse tópico tem como objetivo investigar os acontecimentos que funcionam como incentivo para a recuperação do paciente. São os eventos reforçadores mais eficientes para iniciar ou manter seu comportamento, como conseguir reconhecimento, compreensão, boa saúde, aprovação social, controle sobre terceiros, entre outros descritos.

11. Condutas adotadas

O último item é composto por uma série de sugestões de estratégias interventivas que podem ser executadas tendo como base os dados coletados anteriormente.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO PARA PACIENTES EM DESMAME VENTILATÓRIO

1 – IDENTIFICAÇÃO		
Data ___/___/____. Nome: _____		Idade: _____
Prontuário: _____		
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Ala/leito: _____	Profissão: _____
Estado civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Outro.		
Onde Reside: _____		Com quem reside: <input type="checkbox"/> pais <input type="checkbox"/> cônjuge <input type="checkbox"/> só <input type="checkbox"/> outros
Visitas:		
Nome: _____	Parentesco: _____	Data ___/___/___
Nome: _____	Parentesco: _____	Data ___/___/___
Nome: _____	Parentesco: _____	Data ___/___/___
Nome: _____	Parentesco: _____	Data ___/___/___
2. INFORMAÇÕES PERTINENTES SOBRE O QUADRO CLÍNICO		
Data de intubação: ___/___/___ Primeira tentativa de extubação: ___/___/___		
Limitações orgânicas do paciente que dificultam a extubação: _____		
<input type="checkbox"/> Paciente intubado Data: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Paciente traqueostomizado em desmame ventilatório Data: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Paciente em uso de ventilação não invasiva (máscara facial, nasal, outros): _____		
3. EXPERIÊNCIAS ANTERIORES COM A HOSPITALIZAÇÃO		
<input type="checkbox"/> Já estive internado Quantas vezes: _____ Como descreve a experiência: _____ _____		
4. ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO		
<input type="checkbox"/> Placa de comunicação não- verbal <input type="checkbox"/> Escrita <input type="checkbox"/> Leitura labial <input type="checkbox"/> Aperto de mão <input type="checkbox"/> Piscar de olhos		
5. COMPORTAMENTOS RELEVANTES IDENTIFICADOS		
<input type="checkbox"/> Desconforto respiratório <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Confusão mental <input type="checkbox"/> Incômodo em decorrência do tubo <input type="checkbox"/> Medo <input type="checkbox"/> Choro frequente <input type="checkbox"/> Redução do repertório comportamental <input type="checkbox"/> Alterações do sono <input type="checkbox"/> Compreende o seu quadro clínico <input type="checkbox"/> Compreende o processo de desmame ventilatório. <input type="checkbox"/> Possui fantasias a respeito do desmame ventilatório. <input type="checkbox"/> O paciente atribui o seu desempenho no desmame ventilatório a fatores aleatórios incontroláveis (comportamento “supersticioso”, crença em sorte, destino, milagres etc.) <input type="checkbox"/> O paciente possui auto-regras, fantasias catastróficas ou expectativas irreais sobre a retirada da ventilação mecânica que podem dificultar o seu desempenho no desmame. <input type="checkbox"/> Possíveis funções simbólicas exercidas pelo ventilador _____ _____ _____		
6. AVALIAÇÃO DE ASPECTOS INTER-RELACIONAIS		
POSTURA DA FAMÍLIA		

Nome e parentesco: _____

- Participa do tratamento, tirando dúvidas e solicitando esclarecimentos.
- Passivo no processo de desmame ventilatório.
- Apresenta conflitos com a equipe.
- Apresenta conflitos com o paciente.
- Apresenta distanciamento afetivo com o paciente.
- Apresenta comportamentos que interferem negativamente no desmame do paciente. Quais?

INTERAÇÃO COM O PROFISSIONAL DE FISIOTERAPIA:

- Fisioterapeuta percebe o paciente como poliqueixoso ou muito solicitante.
- Fisioterapeuta rotula a família como caso-problema.
- Fisioterapeuta apresenta conflitos com o paciente.
- Fisioterapeuta apresenta conflitos com a família.
- Fisioterapeuta é pouco responsivo às solicitações do paciente

Obs.: _____

INTERAÇÃO COM OS DEMAIS MEMBROS DA EQUIPE:

- Equipe percebe o paciente como poliqueixoso ou muito solicitante.
- Equipe rotula a família como caso-problema.
- Equipe apresenta conflitos com o paciente.
- Equipe apresenta conflitos com a família.
- Equipe é pouco responsiva às solicitações do paciente

Obs.: _____

7. DÉFICITS, EXCESSOS E RESERVAS COMPORTAMENTAIS

Déficit Comportamental. Uma classe de respostas é descrita como problemática porque deixa de ocorrer (1) com suficiente frequência, (2) com intensidade adequada, (3) da maneira apropriada, ou (4) sob condições socialmente previstas.

Excesso Comportamental. Uma classe de comportamentos relacionados ocorre e é descrita como problemática, pelo paciente ou por um informante, devido a excesso em (1) frequência, (2) intensidade, (3) duração, ou (4) ocorrência sob condições em que sua frequência socialmente aceita é próxima a zero.

Reservas Comportamentais. Reservas comportamentais são comportamentos não-problemáticos. O que o paciente faz bem? Quais são seus comportamentos sociais adequados? Quais são seus talentos especiais? O conteúdo de experiências de vida que pode ser utilizado para executar um programa terapêutico é ilimitado. (KANFER & SASLOW, 1976)

DÉFICITS	EXCESSOS	RESERVAS
<p>O repertório do paciente é insatisfatório em relação ao que é necessário para um ajustamento adequado às suas circunstâncias, devido à frequência pouco comum com que os seguintes atos ocorrem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Expressar sentimentos e emoções (retraimento excessivo) <input type="checkbox"/> Emitir solicitações à equipe <input type="checkbox"/> Tirar dúvidas com o médico <input type="checkbox"/> Interagir com a equipe <input type="checkbox"/> Interagir com a família 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ansiedade durante o desmame: <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Agitação psicomotora <input type="checkbox"/> Recusa/resistência ao cuidado ou tratamento <input type="checkbox"/> Choro incontido <input type="checkbox"/> Solicitações excessivas à equipe <input type="checkbox"/> Queixas constantes de dor/ desconforto 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Apresenta motivação para sair da ventilação mecânica <input type="checkbox"/> Se sente confiante na equipe <input type="checkbox"/> Consegue expressar seus sentimentos e emoções <input type="checkbox"/> Se comunica com a equipe de modo assertivo <input type="checkbox"/> Possui habilidades/talentos/ atividades de lazer passíveis de serem realizadas no contexto hospitalar e que funcionam como intervenção terapêutica <p>Quais: _____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">SUORTE FAMILIAR</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Se sente amparado pela família <input type="checkbox"/> Família presente durante as visitas <input type="checkbox"/> Família possui compreensão do quadro clínico <input type="checkbox"/> Família compreende o desmame ventilatório <p style="text-align: center;">Familiar com maior vinculação afetiva (nome parentesco):</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">_____</p>

<p>8. CONDIÇÕES QUE DIFICULTAM O DESMAME:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Insegurança em relação à retirada da ventilação mecânica. <input type="checkbox"/> Medo de não sobreviver sem o aparelho <input type="checkbox"/> Limitação orgânica <input type="checkbox"/> Existem reforçadores condicionados à manutenção da ventilação mecânica <p>Quais: _____</p> <p>_____</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Existem reforçadores condicionados à permanência no hospital. <p>Quais _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>9. ATIVIDADES QUE GOSTARIA DE REALIZAR NO MOMENTO DO DESMAME:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Desenho <input type="checkbox"/> Pintura <input type="checkbox"/> Escrita <input type="checkbox"/> Ouvir música <input type="checkbox"/> Ver vídeos <input type="checkbox"/> Conversar <input type="checkbox"/> Outros <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>10. ANÁLISE MOTIVACIONAL</p> <p>Quais dos seguintes acontecimentos reforçadores são, relativamente, mais eficientes para iniciar ou manter comportamentos favoráveis à saída do ventilador:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Melhoria da saúde <input type="checkbox"/> Alívio de desconforto físico <input type="checkbox"/> Retorno às atividades laborais <input type="checkbox"/> Retorno às atividades de lazer <input type="checkbox"/> Aprovação social <input type="checkbox"/> Convivência com familiares <input type="checkbox"/> Convivência com amigos <input type="checkbox"/> Autonomia <input type="checkbox"/> Manifestações de afeto <input type="checkbox"/> Outros _____ <p style="text-align: right;">_____</p>

11. ESTRATÉGIAS INTERVENTIVAS

- Promoção da livre expressão, proporcionando uma audiência não- punitiva;
- Validação das emoções;
- Ampliação perceptiva do paciente sobre as distorções relacionadas ao processo de desmame ventilatório;
- Facilitação da percepção das variáveis que controlam e que mantêm os comportamentos que prejudicam o tratamento;
- Realização de atividades agradáveis para o paciente durante o processo de desmame ventilatório, sobretudo nos momentos em que o paciente está fora do ventilador;
- Reforço de comportamentos que contribuem com o processo do desmame ventilatório em detrimento de comportamentos que dificultam esse processo (reforço diferencial);
- Aumento gradual da magnitude dos reforços utilizados para auxiliar a saída do ventilador, de modo a evitar que os estímulos inicialmente reforçadores percam o seu valor reforçador; Ex: Se comportamentos adequados dentro do contexto do desmame forem inicialmente reforçados com acontecimentos de alto valor reforçador para o paciente, como um passeio pelo hospital, por exemplo, dificilmente esses mesmos comportamentos conseguirão se manter com reforçadores de menor magnitude, como elogios que indiquem aprovação da equipe.
- Orientação da equipe a respeito da disponibilidade de reforçadores de maneira indiscriminada, condicionando o estímulo reforçador à momentos específicos (relacionados à saída do ventilador, ou demais comportamentos assertivos no contexto da internação);
- Treino assertivo para substituição de comportamentos problemáticos/ou inadequados no contexto hospitalar (ex.: solicitar os profissionais de forma agressiva ou insistente, quando não há urgência) por comportamentos instrumentais alternativos;
- Utilização dos motivadores identificados que estão à disposição do psicólogo/equipe/família para a modificação do comportamento do paciente em prol de sua recuperação;
- Comunicação com a equipe sobre os aspectos da avaliação psicológica pertinentes para que possam ajustar suas condutas;
- Inclusão da família e a equipe nas atividades propostas pela psicologia que ampliam o período de tempo sem o uso da ventilação;
- Mediação da comunicação com a equipe;
- Mediação da comunicação com a família;
- Discussão do caso com a equipe;
- Solicitação presença familiar no momento do desmame;
- Solicitação de visita estendida;
- Transmissão de informações sobre o quadro clínico e processo de desmame, juntamente com a equipe.
- Participação no momento do desmame ventilatório;
- Orientação à família sobre a influencia dos seus comportamentos no desmame ventilatório;
- Orientação à equipe sobre a influencia dos seus comportamentos no desmame ventilatório;
- Fortalecimento do vínculo e da confiança entre o fisioterapeuta e o paciente;
- Prevenção de *delirium*;
- Intervenções no espaço físico (mudança de leito, inserção de objetos com valor sentimental, etc):

Outras intervenções: _____

Figura 4: Protocolo de atendimento para pacientes em desmame ventilatório

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inserção do psicólogo nas Unidades de Terapia Intensiva vai ao encontro às políticas que prezam à humanização nos espaços de saúde. O paciente em uma UTI está

sujeito a diversas situações estressoras, dentre elas, destaca-se o processo de desmame ventilatório, cujo êxito está intrinsecamente relacionado aos aspectos psicológicos.

Mediante as entrevistas com psicólogos que atuam nesse contexto, foi possível a identificação e a descrição dos aspectos emocionais e orgânicos de pacientes acordados em uso de ventilação mecânica e de pacientes em desmame ventilatório. Além disso, o estudo proporcionou a compilação de estratégias interventivas utilizadas pelos psicólogos nos atendimentos desses pacientes, ganhando igualmente destaque a atuação junto à equipe multiprofissional e as condutas direcionadas aos familiares.

Destarte, o desenvolvimento do protocolo para atendimento de pacientes em desmame ventilatório sistematizou em um instrumento conhecimentos teóricos e estratégias interventivas que podem ser aplicadas por psicólogos que atuam nessa realidade. Essa operacionalização da prática do psicólogo diminui a heterogeneidade dos serviços prestados pela categoria, proporciona o gerenciamento dos processos e dos resultados, o que estimula o desenvolvimento pesquisas, possibilitando a estruturação de práticas fundamentadas em evidências.

Num meio potencialmente iatrogênico, como o da UTI, a instrumentalização e padronização de procedimentos de atendimento psicológico com resultados eficazes e comprovados podem constituir uma das formas de marcar a identidade e o papel da psicologia e firmar o espaço do psicólogo como membro efetivo das equipes de saúde que atuam nessas unidades.

Em suma, os dados coletados através das entrevistas com os psicólogos demonstraram que os profissionais utilizam-se de uma série de técnicas teoricamente embasadas frente ao paciente em desmame ventilatório. A operacionalização e sistematização dessas técnicas por meio do desenvolvimento do protocolo instrumentaliza e aprimora a atuação da psicologia, proporcionando uma melhoria na assistência prestada ao paciente, o que contribui para legitimação do atendimento psicológico nesse contexto.

À guisa de conclusão, espera-se que esta pesquisa não se configure como verdade única acerca das práticas psicológicas desenvolvidas na UTI frente aos pacientes em desmame ventilatório, mas que tenha apontado possibilidades interventivas e reflexões relevantes no que tange à atuação do psicólogo hospitalar nesse contexto específico. Com efeito, é importante ressaltar a necessidade de outros estudos referentes à atuação do psicólogo em Unidade de Terapia Intensiva, sobretudo frente ao paciente em desmame ventilatório, a fim de respaldar uma prática profissional resolutiva. Ademais, considerando as limitações

metodológicas desse estudo, recomenda-se a aplicação do protocolo em um número considerável de pacientes ou mesmo a realização de entrevistas com os mesmos a fim de aprimorar este instrumento.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, R. E.; EMMONS, M. L. Comportamento assertivo: um guia de auto-expressão (JM Corrêa, Trad.). **Belo Horizonte: Interlivros. (Trabalho original publicado em 1970), 1978.**

BAPTISTA, M.N., DIAS, R.R., BAPTISTA, A.S.D. **Psicologia Hospitalar, Teoria, Aplicações e casos clínicos.** 3. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

BARCELLOS FONTANELLA, Bruno José; GOMES CAMPOS, Claudinei José; RIBEIRO TURATO, Egberto. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 5, 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa, Edições 70, 1977.

CAROLEO, S. et al. Weaning from mechanical ventilation: an open issue. **Minerva anesthesiológica**, v. 73, n. 7/8, p. 417, 2007.

CATANIA, A. C. Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição (DG Souza, Trad.). **Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1998), 1999.**

CERQUEIRA, Fernanda Avellar et al. Investigação da temporalidade das características definidoras do diagnóstico de resposta disfuncional ao desmame ventilatório. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 544-552, 2012.

COSTA, Jaquiline Barreto da et al. Sedação e memórias de pacientes submetidos à ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 26, n. 2, p. 122-129, 2010.

COSTA, Silvio Cruz; BURG FIGUEIREDO, Maria Renita; SCHAURICH, Diego. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 1, 2009.

DAS NEVES NETO, Armando Ribeiro. Técnicas de respiração para a redução do estresse em terapia cognitivo-comportamental/Breathing techniques for reducing stress in cognitive-behavioral therapy. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, v. 56, n. 3, p. 158-168, 2018.

DE QUADROS CHERER, Evandro; QUINTANA, Alberto Manuel; TEIXEIRA LEITE, Carina. Repercussões psíquicas do adoecer: um relato de atendimentos na nefrologia hospitalar. **Psicologia: teoria e prática**, v. 14, n. 2, 2012.

DE-FARIAS, Ana Karina CR; FONSECA, Flávia Nunes; NERY, Lorena Bezerra. **Teoria e Formulação de Casos em Análise Comportamental Clínica**. Artmed Editora, 2018.

DOS SANTOS, Sidney José; DE ALMEIDA, Sônia Aparecida; JÚNIOR, Jose Rodrigues Rocha. A atuação do psicólogo em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS**, v. 1, n. 1, p. 11-16, 2012.

FAQUINELLO, Paula; DIÓZ, Majoreth. A UTI na ótica de pacientes. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 41-47, 2007.

FERNANDES, Luciana Magnani; CALIRI, Maria Helena Larcher. Uso da escala de Braden e de Glasgow para identificação do risco para úlceras de pressão em pacientes internados em centro de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 6, p. 973-978, 2008.

FERREIRA, Priscila Dias; MENDES, Tatiane Nicolau. Família em UTI:: importância do suporte Psicológico diante da iminência de morte. **Revista da SBPH**, v. 16, n. 1, p. 88-112, 2013.

FREITAS, Edna Estelita Costa; DAVID, Cid Marcos Nascimento. Avaliação do sucesso do desmame da ventilação mecânica. **Revista brasileira de terapia intensiva**, v. 18, n. 4, p. 351-359, 2010.

GARRIDO PIMENTA, Selma. Pesquisa-ação crítico-colaborativa: construindo seu significado a partir de experiências com a formação docente. **Educação e pesquisa**, v. 31, n. 3, 2005.

GODOY, Arlida Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de administração de empresas**, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

GOLDWASSER, Rosane et al. Desmame e interrupção da ventilação mecânica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 33, p. 128-136, 2007.

GRATZ, Kim L.; ROEMER, Lizabeth. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. **Journal of psychopathology and behavioral assessment**, v. 26, n. 1, p. 41-54, 2004.

ISMAEL, S. M. C. **A prática psicológica e suas interfaces com a doença**. 2.ed. São Paulo. Casa do Psicólogo, 2010.

KANFER, Frederick H.; SASLOW, George. An outline for behavioral diagnosis. **Behavior Therapy Assessment**. New York, Springer Publishing Company, p. 20-40, 1976.

KITAJIMA, K. SABOYA, F. MARCA, J. COSMO, M. Psicologia em unidade de terapia intensiva - critérios e rotinas de atendimento. 1. ed. Rio de Janeiro. Revinter, 2014.

KOHLBERG, Robert J.; TSAI, Mavis. **Psicoterapia analítica funcional: Criando relações terapêuticas intensas e curativas**. ESETec, 2001.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; LIMA, Cristiane Cauduro. A utilização da observação participante e da entrevista semi-estruturada na pesquisa de enfermagem. **Revista gaúcha de enfermagem. Porto Alegre. Vol. 20, n. especial (1999), p. 130-142**, 1999.

LOPES, S. R. A.; AMORIM, S. F. Avaliação psicológica no hospital geral. **A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história**, p. 53-68, 2004.

LOURENÇO, Sara et al. Validação das emoções na infância: vergonha, ansiedade e sintomatologia depressiva. **Psychologica**, p. 499-525, 2010.

LUCCHESI, Fátima; MACEDO, Paula Costa Mosca; MARCO, Mario Alfredo De. Saúde mental na unidade de terapia intensiva. **Revista da SBPH**, v. 11, n. 1, p. 19-30, 2008.

LUSTOSA, Maria Alice. A família do paciente internado. **Revista da SBPH**, v. 10, n. 1, p. 3-8, 2007.

MACINTYRE, Neil R. Evidence-based ventilator weaning and discontinuation. **Respiratory Care**, v. 49, n. 7, p. 830-836, 2004.

MAGALHAES, AMPB. Critérios Básicos para a elaboração de protocolos assistenciais. **Revista de Psicologia Plural**. Belo Horizonte: Faculdade de Ciências Humanas - FUMEC; p. 5-9, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. In: **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2014.

MOTA, Luiz Alberto Alves; CARVALHO, G. B.; BRITO, Valeska Almeida. Complicações laríngeas por intubação orotraqueal: revisão da literatura. **Int Arch Otorhinolaryngol**, v. 16, n. 2, p. 236-45, 2012.

NEVES, José Luis. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. **Caderno de pesquisas em administração, São Paulo**, v. 1, n. 3, p. 2, 1996.

NUNES SANTOS, Samantha et al. Intervenção psicológica numa Unidade de Terapia Intensiva de Cardiologia. **Revista da SBPH**, v. 14, n. 2, p. 50-66, 2011.

OLIVEIRA, José Aparecido; SANGY, Maísa. Mediação de conflitos: possibilidades de humanização para a promoção da saúde [http://dx. doi. org/10.15601/1983-7631/rt.v6n11p177-189](http://dx.doi.org/10.15601/1983-7631/rt.v6n11p177-189). **Revista Tecer**, v. 6, n. 11, 2013.

OLIVEIRA, Luiz Rogério de Carvalho et al. Padronização do desmame da ventilação mecânica em Unidade de Terapia Intensiva: resultados após um ano. **Revista brasileira de terapia intensiva**, v. 18, n. 2, p. 131-136, 2010.

- OTERO, V. R. L. Considerações sobre valores pessoais e a prática do psicólogo clínico. Em: Borges, N. B. & Cassas, F. A. **Clinica analítico comportamental: aspectos teóricos e práticos**. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- PREGNOLATTO, Ana PF; AGOSTINHO, Valéria BM. O Psicólogo na Unidade de Terapia Intensiva–Adulto. **Psicologia hospitalar: teoria, aplicação e casos clínicos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 93-107, 2003.
- PRESTO, B.; DAMÁZIO, L. **Fisioterapia na UTI**. 2.ed. Rio de Janeiro, Elsevier, 2009.
- PROENÇA, Michele de Oliveira; AGNOLO, Cátia Millene Dell. Internação em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes. **Rev Gaúcha Enferm**, p. 279-286, 2011.
- Programa de Residência Multiprofissional em Urgência do IMS é aprovado pelo MEC. Disponível em <<http://www.ims.ufba.br/programa-de-residencia-multiprofissional-em-urgencia-do-ims-e-aprovado-pelo-mec/>> acessado em 14 de outubro de 2016.
- QUEIROZ, Patrícia Piazzon; GUILHARDI, Hélio José. Identificação e análise de contingências geradoras de ansiedade: Caso clínico. **Sobre Comportamento e Cognição**, v. 7, p. 257, 2001.
- ROMANO, Bellkiss Wilma. Manual de psicologia clínica para hospitais. **São Paulo: Casa do Psicólogo**, 2014.
- ROMANO, Bellkiss Wilma. Manual de psicologia clínica para hospitais. **São Paulo: Casa do Psicólogo**, 2008.
- SABOYA, F. et al. **Psicologia em Unidade de Terapia Intensiva- Intervenções em situações de urgência subjetiva**. 1. Ed. Rio de Janeiro. Atheneu, 2018.
- SEBASTIANI, Ricardo Werner. Atendimento psicológico no centro de terapia intensiva. **Psicologia hospitalar: Teoria e prática**, p. 29-71, 1995.
- SIMONETTI, A. **Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença**. (6aed.). São Paulo: Casa do Psicólogo. 2011.
- Site: Núcleo de Educação Permanente – Hospital Geral de Vitória da Conquista. Disponível em<<http://nucleoeducacao-hgvc.blogspot.com.br/>>acessado em 14 de outubro de 2016.
- SKINNER, Burrhus Frederic. **Questões recentes na análise comportamental**. Papyrus, 1991.
- SKINNER, B. F. **Ciência e comportamento humano**. São Paulo: Martins Fontes, 1953.
- SKINNER, B. F. **Ciência e comportamento humano**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- SOUSA, William Almeida; FERRAZ, Viviane Modesto. Avaliação de delirium em pacientes em uso de sedativos. Revista Rede de Cuidados em Saúde, v. 5, n. 1, 2011.
- SOUZA, RP de et al. Manual rotinas de humanização em medicina intensiva. **Curitiba (PR): Psicosáude**, 2004. 2010

TEIXEIRA, Cassiano et al. Impacto de um protocolo de desmame de ventilação mecânica na taxa de falha de extubação em pacientes de difícil desmame. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 38, n. 3, p. 364-371, 2012.

THIOLLENT, Michel; DE OLIVEIRA SILVA, Generosa. Metodologia de pesquisa-ação na área de gestão de problemas ambientais. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 1, n. 1, 2007.

TRIPP, David. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e pesquisa**, v. 31, n. 3, 2005.

VIANA, Lilian Almeida Couto; TORGA, Eliana Márcia Martins Fittipaldi; ANSELMO, Frederico Rodrigues. Protocolo de atendimento à família em UTI adulto. **Rev. méd. Minas Gerais**, v. 20, n. 3 supl. 3, p. 45-48, 2010.

VILA, Vanessa da Silva Carvalho; ROSSI, Lídia Aparecida. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido". **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 137-144, 2002.

ZAMIGNANI, Denis Roberto; BANACO, Roberto Alves. Um panorama analítico-comportamental sobre os transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 7, n. 1, p. 77-92, 2005.

ZAMIGNANI, Denis Roberto; SILVA, Maria Teresa Araújo. Modelos animais de ansiedade. **Sobre Comportamento e Cognição**, v. 3, p. 91, 1997.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Quais os aspectos emocionais você identifica nos pacientes acordados em uso de ventilação mecânica?
2. Quais as reações emocionais que você identifica no período de desmame ventilatório dos pacientes?
3. Como se dá a sua atuação profissional frente a esses pacientes?
4. Como você atua junto a equipe multiprofissional da UTI nesses casos?
5. Como você atua junto aos familiares dos pacientes desmame ventilatório?
6. Quais intervenções ou estratégias você considera mais efetivas nessas situações?
7. Exemplifique a sua atuação com um caso.

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA NA UTI FRENTE AO PACIENTE EM DESMAME VENTILATÓRIO**”. Nesta pesquisa, o objetivo é analisar a atuação do psicólogo frente ao paciente em processo de transição da ventilação mecânica para ventilação espontânea na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), visando à melhoria da assistência psicológica prestada. Para esta pesquisa, adotaremos a entrevista como procedimento metodológico, na qual precisará ser gravada e transcrita.

Com relação aos riscos envolvidos na participação da pesquisa, deve-se considerar a possibilidade do participante apresentar algum desconforto no momento de responder as perguntas durante a entrevista. Como benefício, pode-se destacar a contribuição para uma melhoria das práticas assistenciais no hospital por meio da construção do protocolo de atendimento psicológico relacionado à temática deste estudo.

Para participar deste estudo, o(a) Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O Sr.(a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade.

Caso o (a) Sr.(a) tenha alguma dúvida ou necessite de qualquer esclarecimento ou ainda deseje retirar-se da pesquisa, por favor, entre em contato com os seguintes pesquisadores a qualquer tempo: Andréa Batista de Andrade Castelo Branco – telefone: (77)9171-9993; Daniela Rodrigues Goulart Gomes – telefone: (77) 8833- 1977; Karla Driele Silva Alves Arruda - telefone: (77) 9957-8684. Endereço: Universidade Federal da Bahia, Campus Anísio Teixeira, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Rua Rio de Contas, 58, Quadra 17, Lote 58, gabinete 22, Bairro Candeias, CEP: 45.029-094, Vitória da Conquista – BA.

Em caso de dúvidas sobre os aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa. Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58, Candeias, Vitória da Conquista- BA. Telefone: (77)3429-2720, e-mail: cepims@ufba.br.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Iremos manter o sigilo profissional das informações prestadas, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), e utilizaremos as informações somente para os fins científicos. Não iremos expor na pesquisa informações específicas que

permitam a sua identificação e o(a) Sr.(a) não será mencionado em nenhuma publicação. Os dados coletados também serão devidamente armazenados em local seguro.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, as quais serão assinadas pelo(a) Sr(a) ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável. Uma das vias deste termo será arquivada pelo pesquisador responsável no Hospital Geral de Vitória da Conquista e a outra será fornecida ao(a) Sr.(a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco (5) anos e, após esse tempo, serão destruídos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa **“ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA NA UTI FRENTE AO PACIENTE EM PROCESSO DE EXTUBAÇÃO”**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Vitória da Conquista, _____ de _____ de 2018.

Nome completo (participante)

Data

Nome completo (pesquisador responsável)

Data

ANEXO – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA NA UTI FRENTE AO PACIENTE EM PROCESSO DE EXTUBAÇÃO

Pesquisador: Andréa Batista de Andrade Castelo Branco

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 83779918.2.0000.5556

Instituição Proponente: Instituto Multidisciplinar em Saúde-Campus Anísio Teixeira

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

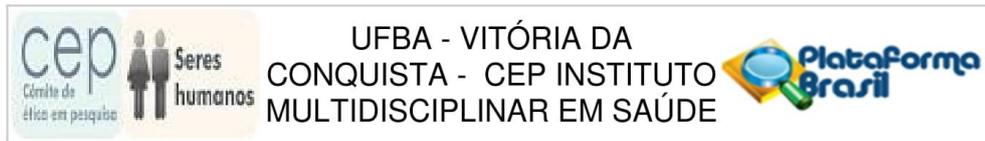
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.926.137

Apresentação do Projeto:

A criação das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), locais que visam aumentar as chances de se recompor as condições estáveis do paciente e de propiciar sua recuperação e sobrevivência, refletem esse avanço tecnológico e a predominância do modelo biomédico nas práticas de saúde. Essas novas tecnologias exigem uma correspondente melhoria da assistência psicológica ofertada nas UTIs, onde muitas vezes a técnica se sobrepõe aos aspectos comunicacionais e relacionais do cuidado. Nesse contexto, os pacientes com tubo endotraqueal ou em processo de desmame ventilatório, além da comunicação comprometida, apresentam dificuldade em respirar ou respiração insatisfatória, condição intrinsecamente relacionada à ansiedade. Assim, a ventilação mecânica, o processo de desmame e posterior extubação, como procedimentos que alteram a respiração normal, podem ser consideradas por si só, uma fonte de ansiedade. O presente estudo tem o objetivo de elaborar um protocolo para subsidiar a atuação do psicólogo junto ao paciente internado na UTI que contemple intervenções durante o período de intubação, desmame ventilatório e pós-extubação. Para tal, será realizada uma pesquisa de abordagem qualitativa utilizando o método de pesquisa-ação. A pesquisa será realizada na Unidade de Terapia Intensiva 1 (UTI1) Adulta do Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC). Serão entrevistados pacientes adultos internados em unidade de terapia intensiva submetidos à intubação e posterior extubação, e profissionais psicólogos atuantes nas Unidades de Terapia

Endereço: Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58
Bairro: CANDEIAS **CEP:** 45.029-094
UF: BA **Município:** VITORIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3429-2720 **E-mail:** cepims@ufba.br



Continuação do Parecer: 2.926.137

Intensiva do Hospital Geral de Vitória da Conquista. Como técnica de coleta de dados, os instrumentos utilizados serão a observação participante e entrevistas semi-estruturadas e para a análise de dados, será utilizada a análise de conteúdo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Elaborar um protocolo para subsidiar a atuação do psicólogo junto ao paciente internado na UTI que contemple intervenções durante o período de intubação, desmame ventilatório e pós-extubação.

Objetivo Secundário:

1. Analisar a atuação do psicólogo junto ao paciente em processo de extubação;
2. Identificar os aspectos emocionais dos pacientes no processo de extubação.
3. Realizar o ciclo de investigação-ação para aprimorar a prática do psicólogo frente aos pacientes em processo de extubação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apontam as autoras que enquanto riscos envolvidos na participação da pesquisa, se considera a possibilidade do participante apresentar algum desconforto no momento de responder as perguntas durante à entrevista. Para tal, serão adotadas medidas de precaução e proteção, assim, será realizado teste piloto para posterior aprimoramento do instrumento visando minimizar o desconforto do participante, além da utilização de técnicas de manejo de entrevista para garantir os aspectos éticos do cuidado.

Como benefício na colaboração com a pesquisa, pode-se destacar a contribuição para uma melhoria das práticas de assistência psicológica no Hospital Geral de Vitória da Conquista por meio da construção do protocolo de manejo dos aspectos emocionais dos pacientes em estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de pesquisa que apresenta tema relevante, atual e original. Os autores propõe um olhar detalhado sobre aspectos raramente investigados entre os pacientes que necessitam suporte ventilatório invasivo. O projeto apresenta trajetória metodológica clara, cientificamente fundamentada e que aponta para o alcance dos objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados são condizentes com a legislação vigente e atendem as normas internas desse CEP.

Endereço: Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58
Bairro: CANDEIAS **CEP:** 45.029-094
UF: BA **Município:** VITORIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3429-2720 **E-mail:** cepims@ufba.br



Continuação do Parecer: 2.926.137

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências apontadas no parecer anterior foram solucionadas, de modo a concluir-se pela aprovação do projeto.

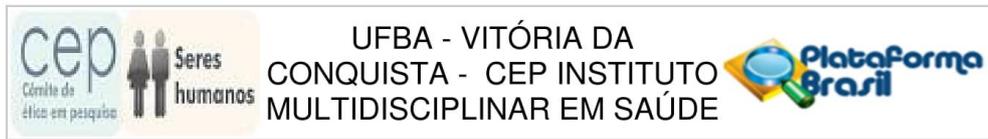
Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer do relator foi apreciado na 68ª reunião extraordinária do dia 28 de setembro de 2018 sendo aprovado por unanimidade de votos. Conforme a Resolução nº 466/12 (Item X, Tópico X.1, Ponto 3b), é necessário submeter, na Plataforma Brasil, relatórios semestrais referentes à execução deste projeto. Para este fim verifique o endereço eletrônico: <http://www.ims.ufba.br/cep/sereshumanos/?pagina=relatorios>. Caso haja relatórios pendentes, este Comitê se reserva a não apreciar novas submissões do pesquisador responsável até que estes sejam submetidos.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1081914.pdf	12/08/2018 22:59:35		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto completosubmissao.pdf	12/08/2018 22:57:53	KARLA DRIELE DA SILVA ALVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleprofissionais.pdf	12/08/2018 22:57:26	KARLA DRIELE DA SILVA ALVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclepacientes.pdf	12/08/2018 22:57:06	KARLA DRIELE DA SILVA ALVES	Aceito
Outros	autorizacaodeusodedepoimentos.pdf	26/02/2018 13:50:38	KARLA DRIELE DA SILVA ALVES	Aceito
Outros	autorizacaoparacoleta.pdf	26/02/2018 13:48:03	KARLA DRIELE DA SILVA ALVES	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	26/02/2018 13:26:52	KARLA DRIELE DA SILVA ALVES	Aceito
Outros	folhalocal.pdf	23/02/2018 18:15:20	KARLA DRIELE DA SILVA ALVES	Aceito
Outros	curriculolatteskarladrielle.pdf	23/02/2018 17:53:24	KARLA DRIELE DA SILVA ALVES	Aceito
Outros	curriculolattesdanielarodrigues.pdf	23/02/2018 17:52:54	KARLA DRIELE DA SILVA ALVES	Aceito
Outros	curriculolattesandreabatista.pdf	23/02/2018 17:52:15	KARLA DRIELE DA SILVA ALVES	Aceito

Endereço: Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58
Bairro: CANDEIAS **CEP:** 45.029-094
UF: BA **Município:** VITORIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3429-2720 **E-mail:** cepims@ufba.br



Continuação do Parecer: 2.926.137

Declaração de Pesquisadores	declaracao.pdf	23/02/2018 17:49:21	KARLA DRIELE DA SILVA ALVES	Aceito
-----------------------------	----------------	------------------------	--------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA DA CONQUISTA, 28 de Setembro de 2018

**Assinado por:
Raquel Souza
(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58
Bairro: CANDEIAS **CEP:** 45.029-094
UF: BA **Município:** VITORIA DA CONQUISTA
Telefone: (77)3429-2720 **E-mail:** cepims@ufba.br