



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Instituto Multidisciplinar em Saúde
Campus Anísio Teixeira



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

KARLA DRIELE DA SILVA ALVES ARRUDA

**ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA FRENTE AO PACIENTE SUBMETIDO À
VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA**

VITÓRIA DA CONQUISTA– BA

2022

KARLA DRIELE DA SILVA ALVES ARRUDA

**ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA FRENTE AO PACIENTE SUBMETIDO À
VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre.

Concentração: Práticas Clínicas e Saúde Mental

Orientador (a): Andréa Batista de Andrade Castelo Branco

VITÓRIA DA CONQUISTA-BA

2022

A779

Arruda, Karla Driele da Silva Alves

Atuação da Psicologia frente ao paciente submetido à ventilação mecânica invasiva. / Karla Driele da Silva Alves Arruda -- Vitória da Conquista, 2022. 100 f.: il.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Andréa Batista de Andrade Castelo Branco.
Dissertação (Mestrado – Pós-Graduação em Psicologia da Saúde) --
Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, 2022.

1. Psicologia Hospitalar. 2. Ventilação Mecânica. 3. Unidade de Terapia Intensiva. I. Universidade Federal da Bahia. Instituto Multidisciplinar em Saúde. II. Castelo Branco, Andréa Batista de Andrade. III. Título.

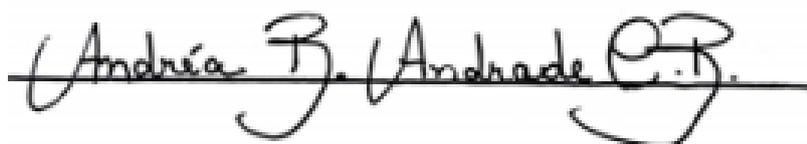
CDU: 614.21: 159.9

KARLA DRIELE DA SILVA ALVES ARRUDA

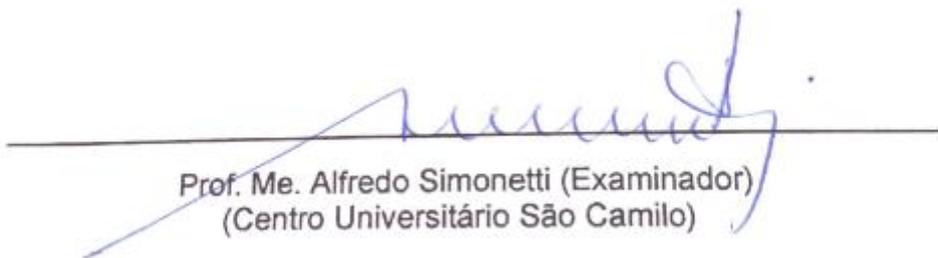
**ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA FRENTE AO PACIENTE SUBMETIDO À
VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA**

Esta dissertação foi julgada adequada à obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde, Universidade Federal da Bahia.

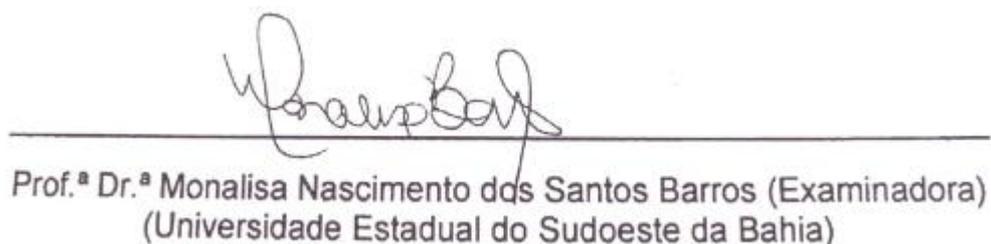
Vitória da Conquista – BA, 28/04/2022.



Prof.ª Dr.ª Andrea Batista de Andrade Castelo Branco (Orientadora)
(Universidade Federal do Ceará)



Prof. Me. Alfredo Simonetti (Examinador)
(Centro Universitário São Camilo)



Prof.ª Dr.ª Monalisa Nascimento dos Santos Barros (Examinadora)
(Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia)

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

HGVC - Hospital Geral de Vitória da Conquista

IMS - Instituto Multidisciplinar em Saúde

NEP - Núcleo de Educação Permanente

SUS – Sistema Único de Saúde

UFBA - Universidade Federal da Bahia

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

VE - Ventilação Espontânea

VMI - Ventilação Mecânica invasiva

VNT - Ventilação Não Invasiva

SCCM - Sociedade Americana de Cuidados Críticos

SUMÁRIO

RESUMO.....	8
ABSTRACT	9
APRESENTAÇÃO.....	10
REFERÊNCIAS	16
Estudo 1 Aspectos psicológicos da ventilação mecânica invasiva na perspectiva de pacientes internados em UTI	16
RESUMO	16
ABSTRACT	17
Introdução.....	17
Metodologia	19
Resultados e discussão	21
Categoria 1. Pensamentos, sentimentos, sensações, memórias e sonhos.	22
Categoria 2. Experiência com o tubo.	25
Categoria 3. Interação com a equipe e família	28
Categoria 4. Estratégias de enfrentamento utilizadas.....	32
Considerações finais.....	35
Referências	36
Estudo 2 Protocolo de atendimento psicológico para pacientes submetidos à ventilação mecânica invasiva	40
RESUMO	40
Introdução.....	41
Resultados e Discussão	45
Protocolo de Atendimento Psicológico para pacientes Submetidos à Ventilação Mecânica Invasiva	46
Considerações finais.....	59
Referências	60
Estudo 3 Protocolo de Psicologia: pacientes Com Covid-19 em Desmame Ventilatório	63
RESUMO	63
Introdução.....	63
Metodologia	65
Resultados	67
Discussão.....	71
Considerações finais.....	78
Referências	79
CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
APÊNDICE A – Instrumentos de coleta de dados	84

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	88
APÊNDICE C – Protocolo de Atendimento Psicológico para Pacientes em Desmame Ventilatório.....	90
ANEXOS.....	93
Parecer do Comitê de Ética	93
Metáfora do ônibus e passageiros (Heyes & Smith, 2005).....	97
Mãos como pensamentos (Harris, 2009, p. 20).....	98



Dedico esse trabalho a meu pai, que partiu pouco antes da defesa dessa dissertação e me fez sair da condição de pesquisadora e psicóloga hospitalar para de família de paciente em ventilação mecânica no mesmo hospital em que tantas vezes atendi pessoas em situação semelhante. Infelizmente, não pude viver com ele o pós-extubação. Espero ainda testemunhar muitas famílias com desfecho mais feliz.

RESUMO

Essa dissertação é dividida em três estudos, cujo eixo central é a atuação da psicologia nas Unidades de Terapia Intensiva junto aos pacientes que fizeram uso de Ventilação Mecânica Invasiva. Essa ferramenta é utilizada como principal suporte para o tratamento de pacientes graves com insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada, porém desencadeia estressores e reações emocionais adversas, tanto no seu período de uso como na fase do desmame ventilatório. Com a pandemia da Covid-19, houve um aumento da necessidade do uso da ventilação mecânica e uma participação mais ativa da psicologia no atendimento desses pacientes hospitalizados e seus familiares. Dessa forma, essa pesquisa apresentou os seguintes objetivos: analisar a vivência hospitalar e os aspectos emocionais envolvidos na perspectiva dos pacientes internados que fizeram uso da ventilação mecânica; desenvolver um protocolo de atendimento psicológico aos pacientes submetidos à ventilação mecânica; e elaborar uma proposta de protocolo de atendimento psicológico para pacientes com Covid-19 em processo de desmame ventilatório. Utilizou-se a abordagem qualitativa, o desenho da pesquisa-ação e a análise de conteúdo. As técnicas de coleta de dados empregadas foram a entrevista semiestruturada com cinco psicólogos hospitalares e oito pacientes internados, bem como a observação participante com seis pacientes em desmame ventilatório, em que a psicóloga-pesquisadora realizou intervenções psicológicas e as registrou em roteiro de campo. O local pesquisado é um hospital geral público localizado em um município de médio porte da região Nordeste, cujo espaço possui quarenta leitos de UTI adulto. O primeiro estudo aponta que a vivência de pacientes submetidos à ventilação mecânica é percebida de forma chocante, desagradável, angustiante e triste, porém o fisioterapeuta, o psicólogo, a família e a religiosidade surgiram como dispositivos importantes na redução da ansiedade. Foram identificadas também alterações significativas na memória, no pensamento, na sensopercepção e sonhos perturbadores. O segundo estudo apresenta como resultado um protocolo voltado ao paciente submetido à ventilação mecânica e se estrutura em nove etapas que abrangem o planejamento terapêutico, a avaliação e as possíveis intervenções psicológicas. O terceiro estudo proporcionou o aprimoramento e a adaptação de um protocolo de psicologia voltado especificamente aos pacientes com Covid-19 em desmame ventilatório, subsidiando principalmente o manejo da ansiedade, medo, solidão e estigma. Conclui-se que compreender a vivência dos pacientes hospitalizados, analisar as práticas de psicólogos intensivistas e propor instrumentos de intervenção podem favorecer uma melhoria na assistência psicológica prestada no Sistema Único de Saúde.

Palavras chave: Psicologia Hospitalar, Ventilação Mecânica, Psicologia Intensivista, Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

This dissertation is divided into three studies, whose central axis is the role of psychology in Intensive Care Units with patients who made use of Invasive Mechanical Ventilation. This tool is used as the main support for the treatment of critically ill patients with acute or chronic respiratory failure, but it triggers stressors and adverse emotional reactions, both during its use and during the weaning phase. With the Covid-19 pandemic, there was an increased need for the use of mechanical ventilation and the more active participation of psychology in the care of these hospitalized patients and their families. Thus, this research had the following objectives: to analyze the hospital experience and the emotional aspects involved in the perspective of hospitalized patients who used mechanical ventilation; develop a psychological care protocol for patients undergoing mechanical ventilation; and prepare a proposal for a psychological care protocol for patients with Covid-19 in the process of weaning from ventilation. The qualitative approach, the action research method and content analysis were used. The data collection techniques used were semi-structured interviews with five hospital psychologists and eight hospitalized patients, as well as participant observation with six patients undergoing ventilatory weaning, in which the psychologist-researcher performed psychological interventions and recorded them in a field script. The researched place is a general public hospital located in a medium-sized city in the Northeast region, whose space has forty beds of adult ICU. The first study points out that the experience of patients undergoing mechanical ventilation is perceived as shocking, unpleasant, distressing and sad, but the physical therapist, the psychologist, the family and religiosity emerged as important devices in reducing anxiety. Significant alterations in memory, thinking, felt perception and disturbing dreams were also identified. The second study presents as a result a protocol aimed at patients undergoing mechanical ventilation and is structured in nine stages that cover therapeutic planning, evaluation and possible psychological interventions. The third study provided the improvement and adaptation of a psychology protocol aimed specifically at patients with Covid-19 undergoing ventilatory weaning, mainly supporting the management of anxiety, fear, loneliness and stigma. It is concluded that understanding the experience of hospitalized patients, analyzing the practices of intensive care psychologists and proposing intervention instruments can favor an improvement in the psychological assistance provided in the Unified Health System.

Keywords: Hospital Psychology, Mechanical Ventilation, Intensive Psychology, Intensive Care Unit.

APRESENTAÇÃO

O ponto de partida da escolha do tema dessa dissertação surgiu ainda na época da residência multiprofissional em urgência. A equipe da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) frustrava-se nos casos de fracasso da interrupção da ventilação mecânica, do desmame ventilatório ou da extubação. Quando não identificavam as possíveis causas orgânicas que justificassem o fracasso do procedimento, a equipe acionava o serviço de psicologia para manejar os aspectos emocionais envolvidos. Ao acolher o paciente no atendimento psicológico, percebia-se frequentemente alto nível de ansiedade e medo de morrer. Na época, a pouca produção científica sobre o tema no campo da psicologia gerou o desejo de pesquisar sobre o assunto, de modo a fundamentar melhor a própria atuação e produzir novos conhecimentos que subsidiassem a prática de outros psicólogos intensivistas.

Assim, nesse período, desenvolvi o Protocolo de Atendimento Psicológico para Pacientes em Desmame Ventilatório, um instrumento para guiar as intervenções do psicólogo intensivista nos atendimentos aos pacientes com dificuldade nesse processo de desmame. Tal instrumento, foi um dos produtos do Trabalho de Conclusão do Curso da residência multiprofissional em urgência. A pesquisa foi realizada mediante uma abordagem qualitativa e desenho da pesquisa-ação, na qual a própria pesquisadora realizou intervenções junto a seis pacientes em desmame ventilatório e aprimorou essas ações em quatro fases do ciclo investigação-ação: 1. Planejamento, 2. Ação, 3. Monitoramento da ação, 4. Avaliação. Além disso, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com cinco psicólogos intensivistas. Os resultados permitiram analisar a atuação do psicólogo intensivista juntos aos pacientes em desmame ventilatório e desenvolver o referido protocolo. O interesse, cada vez maior sobre a temática, possibilitou dar continuidade às investigações no período desse mestrado.

A UTI é uma estrutura hospitalar que dispõe de um aparato tecnológico e de monitoração contínua, favorecendo condições necessárias para recuperação e sobrevivência de pacientes em estado grave. Entretanto, constitui-se de um ambiente potencialmente iatrogênico com riscos à saúde mental dos pacientes devido aos fatores ambientais intrínsecos do setor, aos impactos emocionais da doença, aos efeitos colaterais de medicações, à privação de contato com familiares, aos procedimentos invasivos, dentre outros (Romano, 2008).

A equipe hospitalar, influenciada pela hegemonia do modelo biomédico nesse espaço, tende a priorizar o corpo doente em detrimento das experiências vividas dos sujeitos no processo de saúde-doença-cuidado (Dalla Lana, Mittmann, Moszkowicz & Pereira, 2018). Nesse contexto, a psicologia figura como protagonista da humanização no âmbito hospitalar

ao promover transformações na cultura de gestão do cuidado e valorizar as dimensões subjetivas e socioculturais dos usuários e seus familiares.

Dentre os estressores presentes nestas unidades, a Ventilação Mecânica Invasiva - ferramenta utilizada como principal suporte para o tratamento de pacientes graves com insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada - é descrita como um dos maiores desconfortos experienciados durante o período de internação em UTI, responsável por relatos de sensação de sufocamento, ansiedade, dor, entre outros eventos privados caracterizados como desagradáveis (Gosselin, Lavoie, Bourgault, Bourgon-Labelle & Gélinas, 2019).

Essas descrições compreendem a experiência desses pacientes tanto no período de uso desse suporte, como na fase do desmame do mesmo, sobretudo nos casos de fracasso do procedimento. O desmame ventilatório compreende a transição gradual da ventilação artificial para a espontânea realizada com pacientes em ventilação mecânica invasiva por tempo superior a 24 horas. A técnica mais simples para a realização do desmame é o teste de respiração espontânea, no qual realiza-se a interrupção da ventilação mecânica. Porém, alguns pacientes não toleram o teste e a equipe contraindica a retirada da via aérea artificial (extubação). Considera-se fracasso do desmame quando ocorre retorno à ventilação artificial no interim de 48h após sua retirada. Em alguns casos, pacientes apresentam dependência prolongada da assistência ventilatória, por mais de 6 horas por dia durante tempo superior a três semanas. Quando o paciente consegue fazer a extubação, mas precisa ser reintubado, considera-se também que o procedimento não foi bem-sucedido. (Goldwasser et al, 2007). Tais situações, nomeadas como fracasso pela equipe hospitalar, podem potencializar ainda mais o sofrimento psíquico dos pacientes internados.

Destaca-se que nesse período de pandemia da Covid-19, houve um aumento da necessidade do uso da ventilação mecânica e uma popularização do procedimento que passou a ser associado à gravidade e à terminalidade no senso comum. Além disso, as medidas de isolamento social provocaram restrições das visitas hospitalares e dos rituais religiosos de despedida, dificultando um processo de morrer digno e a vivência de luto de forma adequada (Oliveira-Cardoso et al, 2020). Esse cenário provocou maior intensidade de emoções relacionadas à solidão, à sensação de abandono e ao estigma da doença, que afetaram diretamente no processo de cuidado de pacientes submetidos à ventilação mecânica invasiva.

Nesse contexto, o psicólogo hospitalar teve um papel importante de estabelecer estratégias de cuidado à saúde mental de pacientes, familiares e equipe. Especialmente no setor da UTI, a psicologia contribui para lidar com o processo ativo de morte, a autonomia do

paciente na tomada de decisões, as resoluções de conflitos, os rituais de despedida, o luto antecipatório, a simbolização da morte e a facilitação do fluxo comunicacional da tríade equipe-família-paciente (Vieira & Waischunng, 2018).

Nesse panorama, essa dissertação foi dividida em três estudos e teve como eixo central a atuação da psicologia nas Unidades de Terapia Intensiva junto aos pacientes que fizeram uso de Ventilação Mecânica Invasiva. Todos os estudos abordam a vivência do paciente na UTI e o uso da ventilação mecânica invasiva, destacando os aspectos emocionais envolvidos e a atuação da psicologia nesse contexto.

O primeiro estudo objetivou analisar a vivência hospitalar e os aspectos emocionais envolvidos na perspectiva dos pacientes internados que fizeram uso da ventilação mecânica, dando voz aos usuários a quem as práticas são destinadas. Para tal, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 8 pacientes que fizeram uso de VMI e que estavam em ventilação espontânea a no mínimo, 48 horas. Para analisar as entrevistas, utilizou-se a Análise de Conteúdo de Bardin (2011). No primeiro momento, os relatos dos participantes da pesquisa pareciam ter uma descrição muito objetiva do que viveram na UTI, ainda que a entrevistadora estimulasse o aprofundamento dos significados atribuídos à vivência. Após análise mais atenta e reflexiva, foi possível identificar que a dificuldade de lembrar dos eventos ou de nomear as emoções faziam parte também de uma vivência marcada por situações traumáticas, limítrofes e angustiantes. Não obstante a isso, os efeitos medicamentosos, a dor e o uso do tubo endotraqueal afetaram diretamente o modo como os pacientes perceberam a realidade vivenciada.

É importante mencionar também que as restrições impostas pelo local do estudo devido à pandemia impossibilitaram que a própria pesquisadora realizasse as entrevistas junto aos pacientes internados. Nesse sentido, duas psicólogas do hospital pesquisado foram treinadas para realização das entrevistas semiestruturadas. Foram realizados encontros virtuais com as colaboradoras com o intuito de apresentar o roteiro de entrevista, discutir sobre os objetivos da pesquisa, orientar sobre o manejo adequado de uma entrevista e esclarecer eventuais dúvidas.

Ressalta-se que no projeto de projeto de pesquisa original desse mestrado idealizou-se aprimorar o Protocolo de Atendimento Psicológico para Pacientes em Desmame Ventilatório, desenvolvido no período de atuação da residência. A ideia era incorporar novos elementos baseados nas vivências dos próprios pacientes, uma vez que apenas psicólogos haviam realizado as entrevistas semiestruturadas. Até então, o protocolo apresentava tópicos apenas

relacionados aos achados da literatura, à análise de relatos de psicólogos e à experiência prática da própria pesquisadora. No entanto, os pacientes entrevistados no período do mestrado apresentaram dificuldades de discriminar as vivências específicas relacionadas ao desmame ventilatório e enfatizaram também momentos que antecederiam ou sucediam o desmame.

Assim, ao invés de aprimorar um protocolo de desmame ventilatório, o segundo estudo dessa dissertação propôs um protocolo de atendimento psicológico totalmente novo, voltado aos pacientes submetidos à ventilação mecânica, não se restringindo ao período de desmame. Nesse estudo, foi possível aprofundar melhor intervenções específicas relacionadas aos meios alternativos de comunicação, à prevenção de *delirium*, aos treinos de memória, à análise das experiências oníricas e às estratégias para lidar com eventos privados aversivos. Os relatos dos pacientes realizados no estudo primeiro estudo, articulados com a produção científica sobre o tema, permitiram a elaboração e a descrição do protocolo de atendimento psicológico no segundo estudo.

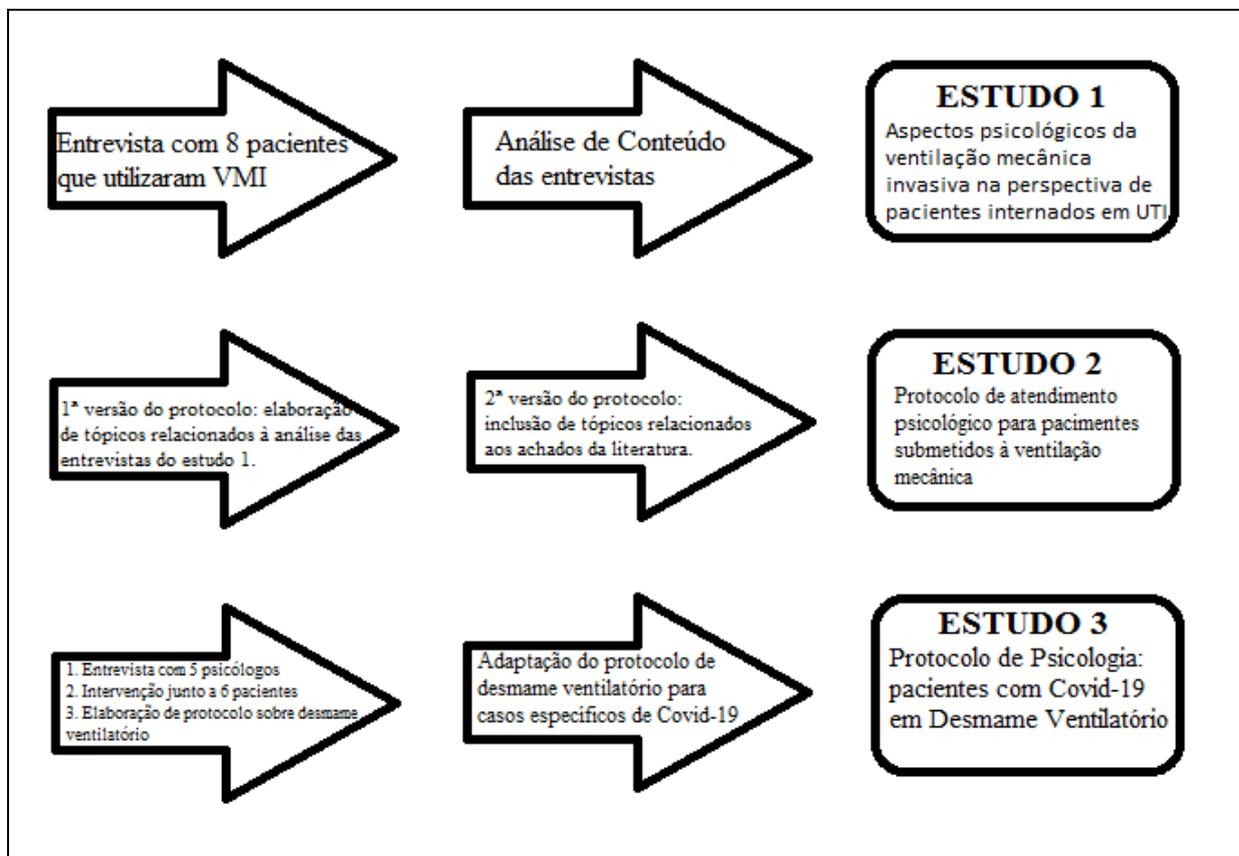
O terceiro estudo, por sua vez, buscou elaborar uma proposta adaptada de protocolo de atendimento psicológico para pacientes com Covid-19 em processo de desmame ventilatório, a partir do já citado Protocolo de Atendimento Psicológico para Pacientes em Desmame Ventilatório. A experiência da pesquisadora como psicóloga atuante no contexto hospitalar permitiu também incorporar a pesquisa em sua prática profissional, ao mesmo tempo em que produzia conhecimento capilarizando elementos da própria experiência nesse contexto de atuação. A adaptação desse protocolo ao cenário pandêmico se deu por meio de uma busca investigativa de artigos científicos que tratassem dos impactos emocionais da Covid-19, o que permitiu a inclusão de tópicos importantes que incorporam possíveis estratégias interventivas, considerando as especificidades do contexto da pandemia e seus impactos psicossociais.

O cenário atual pandêmico, marcado por adoecimento, isolamento e lutos coletivos, motivou a produção desse conhecimento alinhado às demandas atuais e que pudesse contribuir diretamente com os psicólogos que estão atuando na linha de frente da Covid-19, principalmente nos hospitais públicos.

Inicialmente, o terceiro estudo não foi planejado na qualificação, mas tornou-se uma pesquisa necessária diante do atual cenário sanitário, político e econômico. Uma dissertação, situada em um mestrado profissional em Psicologia da Saúde de uma universidade pública, precisava assumir também seu compromisso ético, científico e social na busca de melhorias da assistência do Sistema Único de Saúde (SUS) em tempos de crise. Assim, esse estudo foi

publicado em revista científica no início da pandemia e revisado recentemente para publicação como capítulo de livro da obra intitulada “Intervenções psicológicas na intubação: da clínica do agora à clínica do depois”, organizada por Alfredo Simonetti e Jaqueline Barreto.

Para melhor compreensão do percurso metodológico dessa dissertação, segue um fluxograma que mapeia os procedimentos realizados nos três estudos:



Os três estudos podem ser lidos de forma independente, mas logram também de uma composição interessante na leitura integral, na medida em que aprofundam objetos de estudo similares e trazem contribuições para atuação do psicólogo intensivista. Todos os três estudos utilizaram-se de delineamento qualitativo, de caráter exploratório-descritivo. Acredita-se que a metodologia qualitativa pode ter a potência de promover *insights* nos participantes, mudanças micro ou macropolíticas e ser uma ferramenta de participação social, visto que dá voz aos diferentes segmentos. Ao ler a dissertação na sua totalidade, é possível perceber que houve uma triangulação de técnicas de obtenção de material empírico e de fonte de evidências. Os protocolos passaram por várias versões e aprimoramentos, de modo processual durante o período do mestrado.

O local pesquisado é um hospital geral público localizado em um município de médio

porte da região Nordeste, cujo espaço possui quarenta leitos de UTI adulto. Torna-se digno de menção que a pesquisa foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia - Instituto Multidisciplinar em Saúde (CAAE: 83779918.2.0000.5556), garantindo aos participantes os princípios da bioética: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça.

Considera-se que a ética de uma pesquisa não se restringe à aprovação por um comitê, mas no modo como o pesquisador conduz a pesquisa, maneja os instrumentos com os participantes e publica os resultados. Um dos maiores desafios de um pesquisador qualitativo é garantir, na medida do possível, os significados e percepções evidenciados pelos participantes, uma vez que o pesquisador se torna, em certa medida, o porta-voz de suas falas. Ao compreender que a ética deve ser transversal e presente em todas as etapas da pesquisa, a elaboração dos protocolos, enquanto produtos esperados, também deve basear-se na ética do cuidado. Ou seja, seus usos e aplicações não podem ser mecanizados e engessados.

Nesse sentido, os protocolos foram construídos na perspectiva da clínica ampliada, visto que abarcaram ações interprofissionais, estratégias de articulação com a rede, inclusão da família no processo de cuidado, educação em saúde, dentre outras tecnologias leves de cuidado, contextualizadas e dialógicas. Ambos os protocolos pretenderam apresentar possibilidades interventivas e consideraram que as singularidades precisam, necessariamente, ser consideradas no encontro intersubjetivo entre terapeuta-usuário. Dito isso, espera-se que os três estudos inspirem a realização de novas pesquisas sobre o tema e que os achados científicos sejam significativos para quem atua na ponta assistencial do SUS.

REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Coimbra: Almedina.
- Dalla Lana, L., Mittmann, P. S., Moszkowicz, C. I., & Pereira, C. C. (2018). Os fatores estressores em pacientes adultos internados em uma unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa. *Enfermería Global*, 17(4), 580-611.
- Goldwasser, Rosane et al. Desmame e interrupção da ventilação mecânica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva* [online]. 2007, v. 19, n. 3 [Acessado 9 Abril 2022] , pp. 384-392. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-507X2007000300021>>. Epub 29 Nov 2007. ISSN 1982-4335. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2007000300021>.
- Gosselin, É., Lavoie, S., Bourgault, P., Bourgon-Labelle, J., & Gélinas, C. (2019). Patients' perception of stressful experiences during mechanical ventilation in the intensive care unit. *Canadian Journal of Critical Care Nursing*, 30(2).
- Oliveira-Cardoso E.A, Silva B.C.A, Santos J.H, Lotério L.S, Accoroni A.G, Santos, M.A (2020). The effect of suppressing funeral rituals during the COVID-19 pandemic on bereaved families. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 28:e3361.
- Romano, B. (2008). Manual de psicologia clínica para hospitais. In *Manual de psicologia clínica para hospitais* (pp. 215-215).
- Vieira, André Guirland, & Waischung, Cristiane Dias. (2018). A atuação do psicólogo hospitalar em Unidades de Terapia Intensiva: a atenção prestada ao paciente, familiares e equipe, uma revisão da literatura. *Revista da SBPH*, 21(1), 132-153. Recuperado em 09 de abril de 2022, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582018000100008&lng=pt&tlng=pt.

Estudo 1 Aspectos psicológicos da ventilação mecânica invasiva na perspectiva de pacientes internados em UTI

RESUMO

O paciente internado em UTI está sujeito à uma série de estressores, dentre eles a ventilação mecânica invasiva. Objetivou-se analisar os aspectos psicológicos inerentes à experiência de pacientes internados em UTI, que fizeram uso desse suporte ventilatório. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 8 pacientes. Para a interpretação dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo. Os resultados evidenciaram as seguintes categorias: Categoria 1.

Pensamentos, sentimentos, sensações, memórias e sonhos; Categoria 2. Experiência com o tubo; Categoria 3. Interação com a equipe e família; e, por fim, Categoria 4. Estratégias utilizadas. Conclui-se que a internação na UTI e o uso de ventilação mecânica bem com outros procedimentos são vistos como uma única experiência, responsável pela descrição eventos privados aversivos, o que sinaliza possibilidades interventivas para o psicólogo hospitalar nesse contexto.

PALAVRAS CHAVE: Psicologia Hospitalar, Unidades de Terapia Intensiva, Ventilação Mecânica.

ABSTRACT

The patient admitted to the ICU is subject to a series of stressors, including invasive mechanical ventilation. The objective was to analyze the psychological aspects inherent to the experience of patients admitted to the ICU, who used this ventilatory support. Semi-structured interviews were carried out with 8 patients. For data interpretation, content analysis was used. The results showed the following categories: Category 1. Thoughts, feelings, sensations, memories and dreams; Category 2. Experiment with the tube; Category 3. Interaction with the team and family; and, finally, Category 4. Strategies used. It is concluded that hospitalization in the ICU and the use of mechanical ventilation, as well as other procedures, are seen as a single experience, triggering psychic changes, which signals intervention possibilities for the hospital psychologist in this context.

KEYWORDS: Psychology, Intensive Care Units, Mechanical Ventilation.

Introdução

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma estrutura hospitalar com disposição tecnológica e monitoração ininterrupta no atendimento à pacientes graves ou de risco, mas potencialmente recuperáveis (Oliveira et al., 2010). Embora os recursos dispensados nessas unidades sejam fundamentais na recuperação desses pacientes, o ambiente se revela potencialmente iatrogênico devido a características como, luz artificial, ruídos de aparelhos, privação do contato constante com a família e procedimentos invasivos. Além disso, a estigmatização desse ambiente hospitalar, com forte correlação à morte e ao sofrimento no imaginário popular, colabora para que a experiência negativa do paciente comece mesmo antes da internação (Maciel et al., 2020).

Dentre os procedimentos invasivos, ganha destaque a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), que consiste em um método de suporte para o tratamento de pacientes com insuficiência respiratória aguda ou crônica agudizada. Esse suporte tem como objetivo a manutenção das trocas gasosas, amenizar o trabalho da musculatura respiratória, reverter ou evitar a fadiga, reduzir o desconforto respiratório e possibilitar a aplicação de terapêuticas específicas (Carvalho, Toufen & Franca, 2007). Apesar de ser uma das principais ferramentas no tratamento de pacientes graves, é um recurso descrito como a causa de um dos maiores desconfortos nos pacientes internados em UTI, responsável pela sensação de sufocamento, náuseas e lesões decorrentes do tubo endotraqueal (Cunha & Oliveira, 2018), além de descrições de ansiedade, frustração, desespero e incerteza (Merchán-Tahvanainen et al., 2017).

Desse modo, a utilização da VMI pode ser compreendida como um procedimento propulsor de estressores frequentes e intensos (Gosselin, Lavoie, Bourgault, Bourgon-Labelle & Gélinas, 2019). Tendo em vista os aspectos psicológicos inerentes à internação em UTI e mais especificamente, à utilização da VMI, justifica-se a importância de estudar esse fenômeno no intuito de produzir conhecimentos que subsidiem o desenvolvimento e/ou o

aprimoramento de práticas e intervenções psicológicas para o manejo dos aspectos emocionais subjacentes ao uso da VMI.

Cabe salientar que a atual pandemia do Coronavírus (Covid-19) implica em aumento significativo na demanda de ventilação mecânica por pacientes que apresentam os sintomas mais graves da doença. A alta velocidade de transmissibilidade da doença gera sobrecarga no sistema de saúde, principalmente, no pico de contágio, impulsionando o recente aumento nos números de leitos de UTIs nos estados brasileiros. Esse cenário vem motivando um crescente interesse na investigação dos aspectos subjacentes ao uso de VMI, sobretudo na literatura internacional. Porém, há uma escassez de pesquisas voltadas para a realidade dos hospitais brasileiros, principalmente quando se busca pela atuação da psicologia nesses casos. Nesse sentido, o estudo coadjuva na melhoria da assistência aos pacientes com COVID-19, alinhando-se as atuais prioridades do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Nesse cenário, a pergunta-problema que conduziu esta investigação pode ser sintetizada da seguinte forma: Como os pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva submetidos à VMI vivenciam esse procedimento? Assim, o objetivo desta pesquisa consistiu em analisar as vivências descritas por esses pacientes submetidos à VMI, com vistas à identificação das possibilidades interventivas do psicólogo inserido nesse contexto.

Metodologia

O presente estudo apresenta um delineamento qualitativo de caráter exploratório-descritivo e foi realizado no Hospital Geral de um município de médio porte, mais especificamente nas UTIs, as quais possuem 40 leitos para adultos. Participaram do estudo 8 pacientes acima de 18 anos que foram submetidos à ventilação mecânica nas UTIs do referido. Foram selecionados pacientes que estavam respirando espontaneamente há, no mínimo, 48 horas e que se apresentavam lúcidos e orientados no tempo e no espaço. Os dados

dos participantes da pesquisa foram coletados através do acesso aos prontuários e são descritos na tabela 1.

Tabela 1

	Idade	Sexo	Estado Civil	Escolaridade	Profissão/Ocupação	Motivo de internação na UTI	Tempo em ventilação mecânica	Quanto tempo fora do ventilador
Participante 1	45 anos	Feminino	Solteira	Ensino Médio Incompleto	Dona de casa	Covid 19	3 dias	8 dias
Participante 2	23 anos	Masculino	Casado	Ensino Médio Incompleto	Desempregado	Fratura exposta do fêmur.Traumatismos múltiplos.	10 dias	12 dias
Participante 3	25 anos	Masculino	Casado	Ensino Médio	Desempregado	Perfuração do intestino.	3 dias	24 dias
Participante 4	35 anos	Masculino	Solteiro	Ensino Médio Incompleto	Desempregado	Abscesso e granuloma intracranianos	15 dias	2 meses
Participante 5	27 anos	Feminino	Solteira	Ensino Médio Incompleto	Auxiliar de educação infantil	Rebaixamento do nível de consciência	13 dias	4 dias
Participante 6	22 anos	Masculino	Casado	Ensino Fundamental	Azulegista	TCE	2 dias	6 dias
Participante 7	27 anos	Feminino	Solteira	Ensino Médio	Atendente	Politrauma	7 dias	3 dias
Participante 8	39 anos	Masculino	Casado	Ensino Médio Incompleto	Agricultor	Guillan- Barret	9 dias	48 horas

Como técnica de coleta de dados, foi utilizada a entrevista semiestruturada, que permite ao informante a oportunidade de discorrer de forma livre e espontânea sobre suas experiências a partir do foco proposto pelo pesquisador (Fontanella, Campos & Turato, 2006). As entrevistas foram aplicadas aos pacientes, sendo o roteiro de entrevista um instrumento composto por questões relativas à experiência a respeito da utilização da ventilação mecânica e do processo de desmame ventilatório, com ênfase nas sensações, sentimentos, recursos de

enfrentamento, dificuldades vivenciadas, aspectos comunicacionais e relacionais com a equipe e assistência ofertada por psicólogos.

Como técnica de análise de dados, foi utilizada a Análise de Conteúdo, com a intenção de capturar os conteúdos subjacentes aos relatos dos entrevistados, promovendo também, uma aproximação compreensiva das falas, de forma a conhecer o significado que estes dão às suas vivências (Dantas, 2016). Esse método de análise compreende etapas que fazem parte de um processo de conferir significação aos dados coletados. As fases podem ser organizadas da seguinte forma: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 1977).

A execução da pesquisa ocorreu em conformidade com os seguintes passos: 1. Solicitação de anuência institucional para realização da pesquisa na unidade hospitalar; 2. Entrevista semiestruturada com pacientes adultos que foram submetidos à ventilação mecânica em UTI; 3. Transcrição e Análise de Conteúdo dos dados obtidos com as entrevistas; e 4. Articulação entre os achados e a literatura existente sobre a temática.

Respeitando os aspectos éticos, a presente pesquisa obedeceu aos parâmetros e itens que regem a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2016), que regulamenta pesquisa com seres humanos, garantindo os princípios da bioética: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (nº CAAE: 83779918.2.0000.5556) do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS-UFBA).

Resultados e discussão

Cumprindo os passos metodológicos propostos por Bardin (1997), a análise do conteúdo das entrevistas possibilitou a identificação de quatro categorias: Categoria 1. Pensamentos, sentimentos, sensações, memórias e sonhos; Categoria 2. Experiência com o tubo; Categoria 3. Interação com a equipe e família; e, por fim, Categoria 4. Estratégias

utilizadas. Para facilitar a exibição dos resultados, os participantes aparecem em termos de códigos: Entrevistado 1, Entrevistado 2 e assim por diante. Cabe ressaltar que os relatos apresentados corroboram com os achados na literatura internacional, contudo, as descrições feitas pelos pacientes trazem elementos novos e aspectos inerentes às especificidades de um hospital público no cenário brasileiro.

Categoria 1. Pensamentos, sentimentos, sensações, memórias e sonhos.

Quando questionados sobre como se sentiram na UTI no período em que usavam a ventilação mecânica, os pacientes participantes da pesquisa relataram medo de sentir dor, de não ver mais a família, medo da morte e a percepção de que estavam morrendo ou de que já estavam mortos, além do sentimento de solidão. De acordo com Nogueira et al. (2017), a percepção da morte ganha destaque na UTI, sendo este setor hospitalar associado a agravos de situação clínica e intercorrências. Castro e Rosero (2015), sinalizam que o sentimento de isolamento e solidão, causado pela perda de contato físico com o meio externo, pode desencadear sentimento de abandono, sendo uma das queixas frequentes desses pacientes.

“Eu senti medo. Eu fiquei com medo, eu falei assim “agora pronto, eu devo tá no inferno”, porque eu tava num lugar assim, meio que doido, sabe? Eu achei que eu já tava morta. Tava pensando na minha cabeça que já tava morta. Aí depois que eu acordei, aí eu falei não, to aqui ainda, graças a Deus.” Entrevistada 7.

“Eu... achava que eu tava morto, e não tava. Tanto que as vezes eu tava com sentido... Assim, sentido... e... Assim, eu ouvia os enfermeiros, mas não conseguia falar com eles. Tanto que na minha mente eu falando, não, eu não tô morto, eu não tô morto...” Entrevistado 3

“Eu sozinha. Sozinha assim, né? Sem um acompanhante. Tinha umas duas pessoas intubadas também. Então, eu tava sozinha acordada.” Entrevistada 1

Os pacientes da unidade de terapia intensiva (UTI) comumente descrevem experiências oníricas surreais e memórias delirantes durante o período de internação na

unidade (Maartmann-Moe et al., 2021). As memórias delirantes são frequentemente vívidas, realistas e assustadoras (Roberts & Chaboyer, 2004). As alucinações também apareceram nos relatos, sendo descritas situações como a impressão de estar conversando com alguém que não está presente. Os pensamentos foram descritos como confusos, marcados por uma profusão de imagens e pelo excesso de conteúdo.

“Eu tive, pareciam alucinações, eu via que eram alucinações, coisas muito fortes, sabe? Eu não consigo descrever, mas eu via coisas...é... não consigo descrever com palavras, sabe?” Entrevistada 7.

“Imagens, muita coisa. Fechava o olho assim e vinha muita coisa.” Entrevistada 1

“Teve muitos medicamentos que eu tomei, alucinação... é um sistema de morte... que eu não sei o que é aquilo, é alucinógeno, é muita coisa viu! É...um filme que a pessoa nunca pensa em viver, eu... é uma coisa triste...você só vê luzes, luzes passando... uns pinguinhos dourados na sua vista, nuvem preta com uns pinguinhos dourados.” Entrevistado 8.

Também são relatadas as alterações na percepção do tempo e do espaço e dificuldades em lembrar dos eventos que ocorreram nesse período. Dos 8 pacientes entrevistados, um paciente referiu não se lembrar de nada do seu período de internação na UTI e os outros pacientes descreveram dificuldade para se lembrar de alguns momentos específicos. Outro aspecto descrito foi o retorno às cenas do passado, por meio de sonhos e pensamentos. As experiências oníricas foram um conteúdo recorrente nas entrevistas, sendo descritas como perturbadoras.

“Eu sonhei com a minha vida toda. Voltou toda atrás. Quando eu era pequeno... é... escutava voz... voz falando que eu ia morrer. Falando assim “ah, você já tá morto” tipo assim, os enfermeiros falando “ah, leva ele pro IML, já era.” “Sobrevive mais não” tipo assim, essas coisas.” Entrevistado 3

“Ficava sonhando e com a cabeça perturbada. Sonhava com as coisas que nem tinham nada a ver (...) sonhava que tava fazendo uma coisa sem estar fazendo. Era só isso também.”

Entrevistado 2

A literatura corrobora com os achados. Em pesquisa recente, foi investigado *delirium* em pacientes adultos que receberam ventilação mecânica por mais de 24 horas. Dos 60 pacientes inscritos, 62% tiveram *delirium* durante sua permanência na UTI (Yoshino et al., 2021).

Outro estudo que buscou investigar a experiência vivida por pacientes em terapia intensiva em ventilação mecânica durante o processo de desmame, teve como um dos achados a descrição da sensação de irrealidade (Tingsvik, et al., 2018). Os pesadelos também foram sinalizados como uma das experiências estressantes vividas pelos pacientes, em estudo que buscou descrever a percepção dos pacientes sobre experiências estressantes durante a VMI na UTI, a partir da aplicação do Questionário de Experiências Estressantes na UTI 24 horas após a extubação (Gosselin et al., 2019).

Em revisão sistemática que buscou analisar os dados de estudos realizados para determinar a experiência do paciente em terapia intensiva e os níveis de recordação, revelou a descrição de experiências psicológicas, a saber, alucinações, pesadelos, medo, preocupação, ansiedade, depressão, solidão e pensamentos sobre morte, pânico, nervosismo, incerteza e desespero (Topçu et al., 2017).

Mesmo após a alta, o indivíduo pode manifestar sequelas significativas que prejudicam a manutenção de sua qualidade de vida, no que diz respeito às capacidades físicas, cognitivas e psicológicas, fenômeno atualmente conhecido como Síndrome Pós-Cuidados Intensivos (Post-Intensive Care Syndrome - PICS). A maior parte dos indivíduos apresenta comprometimento cognitivo após internação e a memória tem principal impacto dentre os aspectos cognitivos mais afetados (Oliveira et al., 2021).

Na busca por melhores condições de vida após UTI, a Sociedade Americana de Cuidados Críticos (SCCM) construiu a diretriz do manejo da dor, agitação e *delirium* (PAD), a qual prioriza o tratamento da dor do paciente internado em UTI, reconhecendo sua relação com distúrbios de sono, com memórias traumáticas, com transtorno de estresse pós-traumático, com o desenvolvimento de dor crônica e com menos qualidade de vida pós-alta da UTI. O *delirium*, por sua vez, é um preditor independente de declínio funcional, de reinternações e de déficits neurocognitivos graves, comparáveis à lesão cerebral traumática ou à doença de Alzheimer moderada (Ely, 2017).

Nesse sentido, os estudos sobre a sedação e analgesia na UTI tem apontado para a redução da sedação e manutenção dos pacientes mais despertos, por meio da utilização de protocolos de sedação e mobilização precoce, possibilitando uma redução no tempo de ventilação mecânica e impactando diretamente na redução do tempo de internação na UTI e na mortalidade desses pacientes (Ely, 2017; Cavalcanti et al., 2019).

Com base nos dados levantados, o psicólogo hospitalar inserido nesse contexto pode atuar na prevenção do *delírium*. Ressalta-se a importância de um instrumento de avaliação, sobretudo por se tratar de um evento subdiagnosticado. Intervenções de fácil manejo podem ser desenvolvidas, como controle de fatores relacionados ao ambiente e fornecimentos de estímulos cognitivos. A memória também é um aspecto que pode ser estimulado durante a estadia do paciente na unidade. Além disso, o psicólogo pode trabalhar os eventuais significados atribuídos às experiências oníricas e como isso pode interferir na vivência hospitalar.

Categoria 2. Experiência com o tubo.

Em uma revisão integrativa da literatura sobre os fatores estressores para pacientes internados em uma UTI, foi possível identificar as seguintes categorias: fatores estressores relacionados ao ambiente (luz acesa, interrupção do sono pela equipe, monitorização

contínua, uso de materiais invasivos, tubos no nariz/boca, ser amarrados por tubos, estar ouvindo o alarme do coração, cama ou travesseiro desconfortável e estar em uma sala muito fria ou quente e poluição sonora); fatores estressores relacionados ao estado emocional do paciente, incluindo, insegurança, medo, fragilidade, distanciamento dos familiares e amigos, solidão, ociosidade, ansiedade, desinformação e medo da morte e, por fim, fatores estressores relacionados à agentes fisiológicos, onde se relata falta de privacidade para as necessidades fisiológicas, dor e interrupção do sono pela equipe (Amaral, 2017).

Os pacientes entrevistados relataram conteúdos que coadunam com os achados. Com relação aos aspectos psicológicos, foram utilizadas as seguintes descrições: uma experiência chocante, uma sensação desagradável, experiência horrível, angustiante e triste. Concomitante à essas descrições, houve o relato de que o tubo representava a possibilidade de sobrevivência e o alívio da dificuldade respiratória.

“Não foi muito boa, né? Porque foi, é... diferente, né? Pra gente. Assim, foi muito boa pelo fato de tá me ajudando, e muito!” Entrevistada 1

“Horrível, viu fia? Não posso dizer outra coisa... horrível.” Entrevistada 5

“Foi um período de alívio, que eu senti alívio, que eu sentia que ia morrer, mas com o passar do tempo, dois dias, aí não começou a vir alívio, já começou a vir angústia.” Entrevistado 8.

Houve uma entrevistada que relatou a sensação de estar sendo eletrocutada enquanto fazia uso do tubo endotraqueal.

“Eu me sentia eletrocutada, tipo como se tivesse me eletrocutando com aqueles fios... e quando as pessoas chegavam, conversavam, apertavam minha mão... eu sabia quem eram as pessoas todas, só que eu não conseguia abrir o olho. Quando eu tentava abrir o olho, parece que tinha aqueles negócios, tipo faiscando os olhos. Aí eu não conseguia ver nada. Só não enxergava. Ouvia tudo.” Entrevistada 5

Dentre as dificuldades enfrentadas na utilização do tubo, os pacientes descreveram dificuldades para respirar, para se comunicar, dor na garganta, sede, insônia e acúmulo de secreções. Um paciente relatou que, após a extubação, teve a percepção de que a língua ficou torta e de que sua voz sofreu uma alteração.

“Dor, garganta doendo. Minha voz hoje em dia é assim. Minha língua ficou torta. Só a retirada do tubo mesmo que machucou. Quando colocou eu não senti que eu já tava... já daquele jeito.” Entrevistada 3

Em uma pesquisa que buscou conhecer as experiências vividas por pacientes que fizeram uso de ventilação mecânica invasiva em UTIs de dois hospitais do extremo sul do Brasil, obteve como resultado que as dificuldades relatadas relacionam-se especialmente com a presença da via aérea artificial, sendo elas: sensação de sufocamento, náuseas, lesões decorrentes do tubo endotraqueal, acúmulo de secreções no tubo endotraqueal e cavidade oral e afonia. Além disso, os pacientes referiram necessidades de comunicação, sede e alterações da rotina pessoal (Dornelles, Oliveira, Schwonke, & Silva, 2012).

A dificuldade de se comunicar parece permear essa experiência de forma considerável. Um estudo recente que buscou investigar como a experiência do paciente em VMI pode ter sido influenciada por práticas direcionadas de sedação leve, teve como achado mais significativo o dado de que 56,2% dos pacientes que não conseguiam se comunicar relataram sentir medo, enquanto 32,5% dos que conseguiam se comunicar relataram sentir medo (Roberts et al., 2019). Desse modo, destaca-se a importância de se buscar formas alternativas de comunicação não verbal nesse contexto de impossibilidade da fala, como uma estratégia de cuidado e prevenção à saúde mental. Comumente, os profissionais utilizam de habilidades adquiridas na prática, sem nenhuma orientação técnica (Silva & Souza, 2017) o que revela a necessidade da qualificação desses profissionais com a apresentação dos instrumentos de comunicação existentes, bem como a necessidade da construção de novos instrumentos. A

psicologia, nesse cenário, pode além de viabilizar a comunicação por meio desses instrumentos, facilitar a interlocução entre paciente e equipe e paciente e família.

A experiência com a VM e internação na UTI ultrapassa os aspectos físicos como dor e desconforto, podendo mobilizar no paciente uma série de pensamentos e sentimentos difíceis, sendo este o escopo de investigação da pesquisa. Assim, as perguntas feitas nas entrevistas buscavam explorar esses eventos privados inerentes ao processo de internação, sobretudo com o uso do tubo. Entretanto, a análise dos dados demonstrou uma dificuldade desses pacientes na descrição desses eventos de uma forma mais subjetiva. De um modo geral, não somos educados a falar sobre sentimentos e pensamentos (Skinner, 1974), sobretudo nos contextos de assistência médica onde os aspectos biológicos ganham relevo. Soma-se a isso, o baixo nível de escolaridade dos entrevistados, o que pode ter contribuído para uma limitação do repertório verbal (Alcantara et al., 2021).

Outro aspecto relevante foi o fato de os pacientes descreverem a intubação, o uso da VMI, o desmame ventilatório e a internação na UTI como um único evento, sem fazer distinção entre as etapas e procedimentos. Além disso, a dificuldade para se lembrar dos acontecimentos parecem ter contribuído para relatos pouco detalhados.

Categoria 3. Interação com a equipe e família

A interação com a equipe de profissionais da Unidade de Terapia Intensiva é um aspecto de grande influência na experiência do paciente internado (Silva et al., 2021). No que se refere à essa interação, os dados revelaram a queixa de que as solicitações de ajuda direcionadas à equipe de enfermagem e técnicos de enfermagem, comumente, não eram atendidas ou havia uma demora no atendimento. Foi sinalizado também a ausência da figura do médico no contato direto com o paciente. O fisioterapeuta aparece como uma figura importante na recuperação com a realização de exercícios e auxílio na respiração. Um dos

participantes, entretanto, relata não ter percebido a importância desse profissional na recuperação física, mas destaca que recebeu um suporte emocional do mesmo.

“Mas é o o que eu tô te falando, eu não vi um médico aqui na sala, pra me analisar. A enfermeira passa, faz o protocolo e o médico vai lá e olha, passa o remédio e eles vão embora. O doutor nunca pegou na minha perna aqui, depois que eu tô aqui. Isso aí, que queria passar pra eles, que eu tô sentindo um negócio, uma dor na barriga... mas o doutor não tá aí.”

Entrevistado 8.

“Eles falavam assim, “fica quieto! Fica quieto, moço! Vai dormir!” Entrevistado 8.

“Eu não tô culpando, mas as vezes, não são todos... não é culpado, Jesus até me perdoa de eu tá falando um negócio desses, mas tem alguns da equipe, enfermeiros, que eles deixam a desejar. Principalmente depois que vocês, eles passam por você... você não tá com nenhum problema sério de coração, é só falta de ar mesmo... você vai ficando esquecido e vai tendo outras prioridades pra eles... aí eu orava por eles. Porque o tubo quando ele começa a encher de ar, a angústia é demais. E eles tem que ser feito, 4, 5 vezes ao dia e às vezes, só fazia uma. Isso aí era triste demais. Aí eu batia na cama e desesperava e eles “queta baxin”, até Deus (inaudível), aí eles viam e limpavam e aí eu dormia tranquilo.” Entrevistado 8

As narrativas trazem elementos avaliativos das práticas, na medida em que os pacientes relatam o modo como interpretam e percebem o cuidado ofertado. As falas denotam que a formação de profissionais e a organização dos serviços de saúde ainda apresenta o paradigma cartesiano, onde o conhecimento é parcelar e especializado, há uma supremacia do poder médico, a valorização da técnica e da destreza manual e a visão do ser humano como máquina (Souza, 2020).

Além disso, devido à gravidade dos casos recebidos nessas unidades e à necessidade de procedimentos invasivos, comumente, a maioria dos pacientes internados encontram-se desacordados ou pouco responsivos ao contato em virtude do uso de sedativos. Deste modo, é

possível compreender a dificuldade da equipe na comunicação com o paciente, uma vez que o próprio contexto oportuniza poucas situações para o desenvolvimento dessas.

A rotina de cuidados com medicações e procedimentos, com horários rígidos, fluxos de trabalhos previamente estabelecidos e voltados para a manutenção da vida ganham prioridade nesse cenário, e por vezes os aspectos mais subjetivos, relacionais e comunicacionais não são interpretados como inerentes ao cuidado e imprescindíveis na recuperação e prevenção de agravos.

Dias, Resende e Diniz (2013), apontam a importância da inclusão de conversas amigáveis entre a equipe da UTI e os pacientes como uma estratégia de redução da ansiedade e estresse, uma vez que contribuem para a construção de ambiente de confiança e possibilita o esclarecimento de dúvidas que possam surgir durante a internação. Ademais, a comunicação e o estabelecimento de vínculo, permite que a equipe conheça as crenças e expectativas dos pacientes, facilitando o desenvolvimento de terapêuticas individualizadas e tornando a prática profissional mais efetiva (Proença & Agnolo, 2011).

A prática da psicologia hospitalar em UTIs abrange uma série de intervenções junto aos pacientes, equipes e familiares. Em termos gerais, ganha relevo a atribuição de proporcionar um espaço humanizado, resgatando a importância da dignidade no sofrimento e o respeito às idiossincrasias do sujeito e sua história de vida (Vieira & Waischunng, 2018). Nesta pesquisa, os participantes relataram a importância desse profissional na medida em que o mesmo proporcionava um espaço em que eles podiam se expressar livremente e compartilhar seus sentimentos e emoções. A percepção sobre as intervenções do profissional de psicologia foi de que eles eram capazes de tranquilizar os pacientes, trazendo palavras de otimismo, levando músicas, fazendo contato com a família e intermediando a comunicação dos que não podiam visitar (em função das regras de visitação da unidade). Além disso, foi relatado a

importância desse profissional na orientação tempo-espacial, inclusive utilizando de recursos como vídeos do hospital.

“Eu acho que é assim, ela chega numa parte mais fechada da gente, né? E que você se abre sem, assim, sem medo nenhum e ela te tranquiliza. Até porque eu não tenho, acho que antes nunca tinha conversado com uma psicóloga.” Entrevistada 1

“Eu me abria muito com ela, falava que tinha gente no hospital querendo me matar e ela “não, tá aqui, deixa eu te mostrar” e pegava o tablet e mostrava o hospital filmado, falava “aqui ó, você tá em Conquista, você não tá em Tororó” e eu falava, “não, eu tô em Tororó, me tira daqui” e ela começava a conversar comigo até eu entender. Ela me ajudou muito.”
Entrevistado 3

Outro aspecto que ganhou destaque foi o papel da família na redução da ansiedade. Com o adoecimento e a hospitalização, o paciente e sua família sofrem com a ruptura do seu ambiente e sua rotina, pela percepção da desagregação familiar e da descontinuidade da sua história de vida. Nesse sentido, a presença da família na unidade hospitalar ganha destaque na medida em que representa para o paciente um elo entre ele e sua vida fora do hospital (Ismael, 2010).

“Consegui, consegui conter mais a ansiedade e... como é que se diz...? o distúrbio tava passando mais. Ela tava me dando uma força, falando que era coisa da minha cabeça, que não existia o que eu tava falando.” Entrevistado 3.

“Eles pedia calma, paciência, calma... que ia dá tudo certo... e graças a Deus, deu né?”
Entrevistada 5

Por fim, um aspecto presente em todas as entrevistas foi a gratidão à equipe pelos procedimentos realizados e pelo cuidado.

“Muito boa. A equipe lá é nota mil. Tudo bom lá, atendimento bom, eles têm uma preparação maravilhosa.” Entrevistada 1

“A experiência foi assim, que eu não conseguia assim... pensar o que tava pensando, mas foi um tratamento muito ótimo pra me ajudar a melhorar, né?” Entrevistado 2.

É perceptível nesse último relato que embora o entrevistado descreva uma percepção de confusão mental durante o processo de internação, fica claro o entendimento de que os procedimentos foram importantes para sua recuperação.

Categoria 4. Estratégias de enfrentamento utilizadas

Evitar os eventos aversivos é uma habilidade filogeneticamente selecionada, por meio da qual nossos ancestrais foram capazes de fugir de predadores, por exemplo. Porém, quando utilizada num contexto em que o controle não é efetivo, como é o caso dos pensamentos, além de ineficaz, essa evitação pode causar um prejuízo em nossa inteligência experimental, uma vez que obstruímos o acesso à elementos da nossa própria história e conseqüentemente à aprendizagem que pode vir dela. Todavia, frequentemente as pessoas se engajam nesse comportamento de tentar controlar seus eventos privados aversivos, pois a consequência imediata de se livrar deles é muito reforçadora, ao passo que, a longo prazo, a tendência é o aumento da frequência e intensidade desses pensamentos (Saban, 2008; Lopes, Wendland & Jorge, 2021).

Essa tentativa de controle de pensamentos e sentimentos foi reportada pelos participantes da pesquisa como estratégia utilizada para lidar com esses eventos aversivos privados:

“E acho que eu ainda tô aprendendo a lidar com isso. Aos poucos. É assim, eu sei que quem fala, quem passou o que eu passei, tudo lá é diferente. Aí eu tô deixando mais pra traz.” Entrevistada 1.

“Eu fazia... eu tentava parar de pensar nisso aí pra ver que resultado ia dar, porque quando chegava no final do sonho, não chegava. Aí eu parava de pensar, eu parava de sonhar. Mas quando eu parava um, já vinha o outro.” Entrevistado 2.

Todas as experiências, sejam elas boas ou ruins, tem espaço na história do indivíduo, e nesse sentido, o psicólogo pode esclarecer para o paciente que tentar controlar nem sempre é a melhor solução, e que, aceitar as adversidades e os eventos internos que elas despertam, pode ser decisivo para o processo enfrentamento (Lopes, Wendland & Jorge, 2021). Autores como Blackledge (2015) e Hayes, Strosahl e Wilson (2012) disponibilizam alguns exercícios experienciais e metáforas, enquanto recursos para lidar com pensamentos aversivos.

Outras estratégias recorrentes nos relatos dos pacientes entrevistados foram a fé, as orações e esperança de retorno à família, funcionando como recurso para abrandar o medo da morte e renovar as esperanças de recuperação. Os autores Nogueira et al. (2017), e Castro e Rosero (2015), afirmam que o temor sentido nesse momento pode ser amenizado por essa conexão com uma força poderosa, alcançada por meio da oração e fortalecimento da crença em um Deus. Assim, os pacientes se utilizam de artifícios religiosos na busca de um amparo num momento de fragilidade em um ambiente estranho e hostil. Ademais, cabe ressaltar que culturalmente o povo brasileiro é permeado pela espiritualidade, recorrendo a esta em momentos difíceis.

“(...) Começava a criar expectativa, pedir pra Deus pra sair dessa situação.... pedir, pedir, pedir, pedir. Aí até que um dia o médico falou que eu ia receber alta pra ir pra enfermaria.” Entrevistada 3

“Jesus Cristo. Só tinha Jesus Cristo. Eu falei com Jesus Cristo que tudo ele fazia no tempo dele e na hora dele.” Entrevistado 8

O *coping* religioso-espiritual (CRE) é definido como uso de crenças e comportamentos religiosos que visam facilitar a resolução de problemas, prevenir ou aliviar consequências emocionais negativas de situações de vida estressantes. Em alguns momentos, a utilização do CRE pode ser tanto positiva quanto negativa. No primeiro, há uma expressão adequada da espiritualidade e com estratégias que propiciam efeitos benéficos ao indivíduo, como a

procura pelo amor/proteção de Deus ou a maior conexão com forças transcendentais. Enquanto que no coping negativo, os indivíduos tendem a delegar a Deus a resolução dos problemas, se esquivar dos agentes estressores ou até ressignificar o estressor como punição divina (Pargament, Smith, Koenig & Perez 1998).

Os autores Schleder, Parejo, Puggina e Silva (2013) e Benichel, Cunha, Meneguim, Miot e Pollo (2019) sinalizam que as estratégias de *coping* religioso positivas se sobrepõe às negativas durante o processo de hospitalização na UTI. Foi observado que o *coping* religioso positivo pode proporcionar um crescimento pessoal do indivíduo e a disponibilização de ajuda para as outras pessoas que passam por situações semelhantes. Por sua vez, o *coping* religioso negativo tem como característica a responsabilização da religião pela resolução da enfermidade, sem que o indivíduo faça interferências no contexto. Desse modo, o enfrentamento religioso negativo parece estar relacionado a um maior uso da negação, bem como a um nível de coesão familiar mais baixo.

Assim como a religião aparece enquanto um suporte importante na vivência da internação na UTI, a família aparece nas entrevistas como um elemento motivador para a recuperação:

“Ficar pensando em sobreviver e cuidar da minha família e fui ganhando força.... força, força, força...”Entrevistada 3

“Olha, pra falar a verdade é só a pessoa pegar com Deus, amar os entes queridos deles e a gente só presta estando com saúde (...)” Entrevistado 8.

A despeito de se admitir a importância da presença da família na recuperação do paciente, muitas vezes, em virtude dos protocolos de segurança da unidade, essa presença não ocorre de forma limitada. Em tempos pandêmicos, as restrições aumentam. Nessa perspectiva, cabe ao psicólogo trabalhar na construção dessa ponte entre família-paciente, utilizando-se de

recursos como vídeos, fotos ou mesmo cartas, viabilizando esse contato, a troca de informações e de palavras de afeto.

Considerações finais

A partir dessa pesquisa, foi possível conhecer os aspectos psicológicos inerentes à experiência de pacientes internados em UTI, que fizeram uso desse suporte. Verificou-se que os sentimentos, emoções e pensamentos presentes na interação e no uso do tubo foram, medo de sentir dor, de não ver mais a família, medo da morte e a percepção de que estavam morrendo ou de que já estavam mortos, além do sentimento de solidão. As alucinações também apareceram nos relatos e os pensamentos foram descritos como confusos, marcados por uma profusão de imagens e pelo excesso de conteúdo. Houveram alterações na percepção do tempo e do espaço e dificuldade para lembrar dos eventos que ocorreram nesse período, retorno às cenas do passado por meio de sonhos e pensamentos, sendo as experiências oníricas um conteúdo recorrente.

Os aspectos psicológicos inerentes à utilização do tubo podem ser assim sumarizadas: uma experiência chocante, uma sensação desagradável, experiência horrível, angustiante e triste. Simultaneamente, houve o relato de que o tubo representava a possibilidade de sobrevivência e o alívio da dificuldade respiratória. No que se refere à interação com a equipe e família, houveram queixas de que as solicitações de ajuda direcionadas à equipe de saúde, comumente, não eram atendidas ou havia uma demora no atendimento; foi sinalizado a ausência da figura do médico no contato direto com o paciente; o fisioterapeuta aparece como uma figura importante na recuperação com a realização de exercícios e auxílio na respiração; e o psicólogo aparece como profissional capaz de tranquilizar os pacientes e promover o contato com a família. A presença da família por sua vez, se destaca como recurso importante na redução da ansiedade. Como estratégias de enfrentamento, foram descritas a tentativa de controlar os pensamentos, a religião e espiritualidade e o suporte familiar.

Os pacientes entrevistados descreveram a intubação, o uso da VMI e o desmame ventilatório como elementos que fizeram parte da internação na UTI, sem fazer distinção entre os procedimentos. Assim, os eventos foram relatados como uma única experiência. Além disso, a dificuldade para se lembrar dos acontecimentos parecem ter contribuído para relatos pouco descritivos.

Devido à pandemia de covid 19, as restrições necessárias para a contenção do vírus representaram uma dificuldade no acesso à unidade hospitalar. Desse modo, a pesquisadora foi impossibilitada de realizar as entrevistas pessoalmente, função delegada às psicólogas inseridas nessa unidade. Embora tenham sido treinadas para tal, esse aspecto pode ser considerado uma limitação metodológica do estudo. Em conclusão, espera-se que essa pesquisa tenha apontado para a importância de se investigar os contextos de saúde para além dos aspectos orgânicos, admitindo-se os aspectos psicológicos imbricados nos desfechos clínicos. Os resultados do estudo também indicam possibilidades interventivas que se refere à atuação do psicólogo hospitalar nesse contexto específico. É importante ressaltar a necessidade de outros estudos referentes à atuação do psicólogo em UTIs, especialmente no trato ao paciente em uso de VMI, no intuito de promover a adoção de práticas profissionais resolutivas.

Referências

Alcantara, H. F., Azevedo, A. I. D. L., Messias, B. L. C., Medeiros, A. C. D. D., Barbosa, A. L. D. A., & Azoni, C. A. S. (2021). Desempenho em vocabulário receptivo e variáveis sociodemográficas em escolares com queixa de dificuldades de aprendizagem. *Audiology-Communication Research*, 26.

Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Blackledge, J. T. (2015). *Cognitive defusion in practice: A clinician's guide to assessing, observing & supporting change in your client*. Oakland, CA: Context Press.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. (2016). Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016.

Carvalho, C. R., Junior, C. T., & Franca III, S. A. (2007). III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica. *Ventilação mecânica: princípios, análise gráfica e modalidades ventilatórias*. *J Bras Pneumol*, 33(Supl 2), S54-S70.

Castro, E. S., & Rosero, E. V. (2015) Experiencia de estar hospitalizado em una unidad de cuidado intensivo coronario de Barranquilla. *Av Enferm.*, 33(3), 381-390.

Cavalcanti, T. D. C., Schmitz, T. D. S. D., Berto, P. P., Plotnik, R., Fernandes, V. R., & Azzolin, K. O. (2019). Implantação de protocolo de qualidade assistencial baseado em cuidados centrados no paciente crítico: relato de experiência. *Revista Mineira de Enfermagem*, 23, 1-6.

Cunha, F. A., & Oliveira, A. F. de Souza (2018). Complicações decorrentes da ventilação mecânica ao paciente de unidades de terapia intensiva (UTI) adulto. *Health Research Journal*, 1(1), 138-161. Recuperado de <http://www.healthresearchjournals.com/hrj/index.php/hrj/article/view/28/10>

Dantas, A. (2016). Análise de conteúdo: aplicação ao estudo dos valores e representações sociais. In M. Lisboa (Ed.). *Metodologias de investigação sociológica: problemas e soluções a partir de estudos empíricos*, 261-286. Húmus.

Deslandes, S. F. (2005). O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*.

Dias, D. S., Resende, M. V., & Diniz, G. C. L. M. (2013). Estresse do paciente na terapia intensiva: comparação entre unidade coronariana e pós-operatória geral. *Rev Bras Ter. Intensiva*, 27(1), 18-25.

Ely, E. W. (2017). The ABCDEF bundle: science and philosophy of how ICU liberation serves patients and families. *Critical care medicine*, 45(2), 321.

Fontanella, B. J. B., Campos, C. J. G., & Turato, E. R. (2006). Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não dirigidas de questões abertas por profissionais

da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(5). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2814/281421864025.pdf>

Gosselin, É., Lavoie, S., Bourgault, P., Bourgon-Labelle, J., & Gélinas, C. (2019). Patients' perception of stressful experiences during mechanical ventilation in the intensive care unit. *Canadian Journal of Critical Care Nursing*, 30(2).

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd edition). New York, NY: Guilford Press

Ismael, S. M. C. (2010). A família do paciente em UTI. JM, Filho & M., Burd (Org.), *Doença e família*. 2 Ed. P.

Lopes, G. F. E., Wendland, C. S., & Jorge, C. C. (2021). Análise do comportamento e a felicidade: contribuições da terapia de aceitação e compromisso para o manejo clínico do comportamento privado. *Akrópolis-Revista de Ciências Humanas da UNIPAR*, 29(1).

Maciel, D. O., Freitas, K. D. O., dos Santos, B. R. P., Torres, R. S. C., dos Reis, D. S. T., & Vasconcelos, E. V. (2020). Percepções de pacientes adultos sobre a unidade de terapia intensiva. *Enfermagem em Foco*, 11(1), 147-152. Recuperado de <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2071/720>

Maartmann-Moe, C. C., Solberg, M. T., Larsen, M. H., & Steindal, S. A. (2021). Patients' memories from intensive care unit: A qualitative systematic review. *Nursing Open*.

Moreira, B. T. O., Pracchias, L. C. B., Marconato, A. M. P., & Peripato Filho, A. F. (2020). Cuidados de enfermagem na prevenção do delirium em unidade de terapia intensiva. *Brazilian Journal of Development*, 6(12).

Nogueira, J. J. Q., Ferreira, J. A., Albuquerque, A. M., & Agra, G. (2017). Fatores agravantes e atenuantes à percepção de morte em UTI: a visão dos pacientes. *Rev. Pesqui. Cuid. Fundam.*, 9(1), 51-56.

Oliveira, R. C., Martins, A. D., & de Menezes Silveira, A. P. C. (2021). Registros de memória: um estudo acerca de aspectos cognitivos pós-internação em UTI. *Ciências & Cognição*, 26(1).

Oliveira, A. B. F. D., Dias, O. M., Mello, M. M., Araújo, S., Dragosavac, D., Nucci, A., & Falcão, A. L. E. (2010). Fatores associados à maior mortalidade e tempo de internação

prolongado em uma unidade de terapia intensiva de adultos. *Revista brasileira de terapia intensiva*.22(3),250-256. Recuperado de

<http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/333071>

Pandharipande, P., Banerjee, A., McGrane, S., & Ely, E. W. (2010). Liberation and animation for ventilated ICU patients: the ABCDE bundle for the back-end of critical care. *Critical Care*, 14(3), 1-3.

Pargament KI, Smith BW, Koenig HG, Perez L. Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *J Sci Study Relig.* 1998;37(4):710-24. doi: 10.2307/1388152. <https://doi.org/10.2307/1388152>

Proença, M. O. & Agnolo, C. M. D. (2011). Internação em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes. *Rev Gaucha Enferm.*, 32(2), 279-86.

Roberts, B., & Chaboyer, W. (2004). Patients' dreams and unreal experiences following intensive care unit admission. *Nursing in critical care*, 9(4), 173-180.

Roberts, M., Bortolotto, S. J., Weyant, R. A., Jock, L., LaLonde, T., & Henderson, A. (2019). The experience of acute mechanical ventilation from the patient's perspective. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 38(4), 201-212.

Saban, M. T. (2008). Terapia de aceitação e compromisso (ACT).

Silva, J. S., & de Souza, E. R. F. (2017). A comunicação com pacientes sob ventilação mecânica invasiva em uma unidade de terapia intensiva no interior de minas gerais sob a perspectiva da equipe de enfermagem. *Revista Brasileira de Ciências da Vida*, 5(2).

Silva, K. V., de Amorim Gomes, A. M., & de Queiroz Maia, M. A. (2021). Conhecimentos e práticas de cuidados humanizados por equipe multiprofissional em Unidade de Terapia Intensiva-UTI coronariana. *Research, Society and Development*, 10(8), e42210817390-e42210817390.

Skinner, B. F. (1974/2006). *Sobre o Behaviorismo*. São Paulo: Cultrix. 23-32. Cap 2.

Souza, C. E. G. C. (2020). Metodologias ativas de ensino aprendizagem na área da saúde: revisão de literatura. *Facit Business and Technology Journal*, 1(21).

Tingsvik, C., Hammarskjöld, F., Mårtensson, J., & Henricson, M. (2018). Patients' lived experience of intensive care when being on mechanical ventilation during the weaning process: A hermeneutic phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 47, 46-53.

Topçu, S., Ecevit Alpar, Ş., Gülseven, B., & Kebapçı, A. (2017). Patient experiences in intensive care units: a systematic review. *Patient Experience Journal*, 4(3), 115-127.

Vieira, A. G., & Waischunng, C. D. (2018). A atuação do psicólogo hospitalar em Unidades de Terapia Intensiva: a atenção prestada ao paciente, familiares e equipe, uma revisão da literatura. *Revista da SBPH*, 21(1), 132-153.

Yoshino, Y., Unoki, T., Sakuramoto, H., Ouchi, A., Hoshino, H., Matsuishi, Y., & Mizutani, T. (2021). Association between intensive care unit delirium and delusional memory after critical care in mechanically ventilated patients. *Nursing Open*, 8(3), 1436-1443.

Estudo 2 Protocolo de atendimento psicológico para pacientes submetidos à ventilação mecânica invasiva

RESUMO

A Unidade de Terapia Intensiva, embora dotada de recursos tecnológicos indispensáveis para pacientes graves, é um ambiente potencialmente iatrogênico devido às características intrínsecas à sua estrutura, rotinas e procedimentos invasivos. Dentre esses procedimentos, a Ventilação Mecânica Invasiva vem sendo descrita como a causa de um dos maiores desconfortos nos pacientes internados nessas unidades. O presente estudo teve como objetivo a elaboração de um protocolo de atendimento psicológico para subsidiar as intervenções direcionadas a pacientes submetidos a este procedimento. Foram entrevistados 8 pacientes submetidos à VMI em um hospital geral público de um município de médio porte da região Nordeste. Para interpretação dos dados foi utilizada a análise de conteúdo. Os resultados proporcionaram a construção de um protocolo direcionado ao atendimento psicológico desses pacientes. Conclui-se que a análise dos relatos dos pacientes revela informações importantes

para a operacionalização e sistematização das intervenções psicológicas por meio de um instrumento.

PALAVRAS CHAVE: Psicologia Hospitalar, Unidades de Terapia Intensiva, Ventilação Mecânica, Protocolo.

Introdução

A implementação do modelo biopsicossocial de saúde e das políticas de humanização nos hospitais oportunizou a maior inserção da Psicologia no contexto hospitalar junto às equipes multidisciplinares, como forma de resgatar a importância dos aspectos subjetivos enquanto elementos indissociáveis das questões orgânicas na intervenção em saúde (Brasil, 2001).

Nesse sentido, a Psicologia Hospitalar vem ocupando os espaços de prática nessas unidades e se desenvolvendo enquanto um saber teórico e técnico, o que evidencia a expansão da relevância destes profissionais nesse contexto (Vieira & Waischunng, 2018). A Unidade de Terapia Intensiva (UTI), embora dotada de recursos tecnológicos e humanos indispensáveis para pacientes graves (Oliveira et al., 2010), se revela como um ambiente de risco à saúde mental devido à características intrínsecas à sua estrutura e rotinas, como, luz artificial, ruídos de aparelhos, privação do contato constante com a família e procedimentos invasivos. Aliado a esses fatores, deve se considerar também que no imaginário popular, há uma paridade desse espaço com a morte e o sofrimento (Maciel et al., 2020).

Dentre os procedimentos invasivos realizados nessas unidades, a Ventilação Mecânica Invasiva (VMI) , que consiste em um método de suporte para o tratamento de pacientes com insuficiência respiratória, (Carvalho, Toufen & Franca, 2007), ganha relevo enquanto a causa de um dos maiores desconfortos nos pacientes internados em UTI, responsável pelas descrições de sensação de sufocamento, enjoos, dores e lesões devido à intubação, angústia

decorrente da impossibilidade ou dificuldade de se comunicar referente ao suporte mecânico, ansiedade e medo (Gosselin, Lavoie, Bourgault, Bourgon-Labelle & Gélinas, 2019).

Em estudo de coorte realizado com pacientes que necessitaram de 14 ou mais dias de VMI, foram identificados sintomas de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático com relativa frequência (Cabral et al., 2019). Deste modo, enquanto um evento disparador de estressores intensos, a VMI é um procedimento que merece a atenção dos psicólogos inseridos nessas unidades, sobretudo quando se soma esse procedimento específico a todos os outros elementos ansiogênicos mencionados, inerentes ao contexto da UTI.

Esse cenário se agrava e ganha novas particularidades na conjuntura atual com a pandemia do Coronavírus (Covid-19), que tem sido responsável por um aumento significativo na demanda de ventilação mecânica por pacientes que apresentam os sintomas mais graves da doença. Dentre as especificidades do paciente internado em UTI com Covid, cabe destacar os efeitos da impossibilidade de receber visita dos familiares e o medo relacionado à própria enfermidade, considerando a alta taxa de mortalidade nos picos da pandemia (Yki; Schug, 2020).

Tendo em vista esses aspectos, justifica-se a importância de estudar esse fenômeno com vistas a desenvolver instrumentos que orientem as práticas e intervenções psicológicas direcionadas ao paciente em uso da VMI. Essa sistematização das condutas do profissional de psicologia, auxilia o percurso do mesmo nesse espaço, direcionando a sua atuação sem, no entanto, desconsiderar as singularidades de cada paciente. Os protocolos contribuem para a organização de rotinas, para um maior controle dos processos e resultados de suas condutas, além de viabilizar a realização de pesquisas (Viana, 2010).

Vale mencionar, que embora a VMI se apresente como recurso determinante no desenvolvimento da Medicina Intensiva, trata-se de um evento pouco explorado no que se refere às questões psicológicas. Realizou-se uma busca em variados indexadores (MEDLINE,

SCIELO, BVS-PSI, LILACS e o portal de periódico CAPES) mediante os descritores ‘ventilação mecânica invasiva’, ‘ventilação mecânica’ e ‘psicologia’, identificando escassez de pesquisas aprofundadas sobre o tema.

Neste panorama, a pesquisa foi guiada pela seguinte pergunta-problema: como o profissional de psicologia pode intervir frente às vivências descritas pelos pacientes que fizeram uso de VMI? Parte-se da hipótese de que um protocolo de atendimento psicológico pode nortear intervenções para ampliar o repertório comportamental desses pacientes nesse contexto, estimulando comportamentos mais adaptativos de modo a minimizar os desconfortos e sofrimentos decorrentes da utilização da VMI e, de um modo mais amplo, do adoecimento, tratamento, isolamento e hospitalização. Assim, o objetivo desta pesquisa consistiu em elaborar um protocolo de atendimento que subsidie o desenvolvimento de estratégias e intervenções psicológicas direcionadas a pacientes submetidos à VMI.

Metodologia

O presente estudo apresenta um delineamento qualitativo de caráter exploratório-descritivo. Partiu-se da compreensão de que mediante essa abordagem é possível obter dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos, por meio do contato direto e interação entre o pesquisador e objeto de estudo (Godoy, 1995). A intenção é apreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos participantes da situação em estudo. Para isso, utiliza-se de técnica interpretativa que visa descrever e decodificar os componentes de um sistema complexo de significados. Assim, o ambiente natural representa uma fonte direta de dados, e o próprio pesquisador é um instrumento ao observar ações e contextos (Stake, 2016).

A pesquisa foi realizada em um hospital geral público de um município de médio porte da região Nordeste. O local oferece atendimento médico-hospitalar de média e alta complexidade nas especialidades de clínica médica, cirúrgica e pediatria, além de UTIs (Adulto, Pediátrica e Neonatal), que possuem 40 leitos para adultos. O hospital é considerado

uma unidade de referência em urgência e emergência para a região, atendendo 73 municípios pactuados.

Participaram do estudo 8 pacientes acima de 18 anos que foram submetidos à VMI e realizaram desmame ventilatório nas UTIs do referido hospital. Trata-se de uma amostragem não-probabilística, do tipo intencional. Foram selecionados pacientes que estavam respirando espontaneamente há, no mínimo, 48 horas, aguardando a alta hospitalar nos leitos da enfermaria. Os dados dos participantes da pesquisa foram coletados através do acesso aos prontuários.

Para a coleta de dados, foi utilizada a entrevista semiestruturada, cujo roteiro constituía questões relativas vivência dos pacientes diante da utilização da ventilação mecânica, do processo de desmame ventilatório, com ênfase nas sensações, sentimentos, recursos de enfrentamento, dificuldades vivenciadas, aspectos comunicacionais e relacionais com a equipe e assistência ofertada por psicólogos.

Como técnica de análise de dados, foi utilizada a Análise de Conteúdo, método que compreende etapas que fazem parte de um processo de conferir significação aos dados coletados. As fases podem ser organizadas da seguinte forma: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 1977).

Foram realizados os seguintes procedimentos: 1. Solicitação de anuência institucional para realização da pesquisa na unidade hospitalar; 2. Entrevista semiestruturada com pacientes adultos que foram submetidos à ventilação mecânica em UTI; 3. Transcrição e Análise de Conteúdo dos dados obtidos com as entrevistas; e 4. Articulação entre os achados e a literatura existente sobre a temática. 5. Construção do Protocolo de Atendimento Psicológico para pacientes submetidos à Ventilação Mecânica Invasiva. Cabe destacar que neste último momento da pesquisa, foram elaboradas algumas versões do protocolo de

atendimento psicológico, que foram aprimoradas com base na análise dos dados coletados e na revisão de literatura sobre o tema.

A presente pesquisa obedeceu aos parâmetros e itens que regem a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2016), que regulamenta pesquisa com seres humanos, garantindo os princípios da bioética: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (nº CAAE: 83779918.2.0000.5556) do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS-UFBA).

Resultados e Discussão

A Análise de Conteúdo das entrevistas com os pacientes que fizeram uso de VMI possibilitou a identificação de quatro categorias. Na tabela 1, segue uma disposição das categorias identificadas e suas respectivas unidades de registro.

Categorias	Unidades de Registro
Pensamentos, sentimentos, sensações, memória e sonhos	<ul style="list-style-type: none"> • Alterações na percepção do tempo • Alterações da memória • Pensamento acelerado • Lembranças, cenas do passado • Medo • Profusão de imagens ao fechar os olhos • Alucinações auditivas e visuais • Sonhos perturbadores • Sonhar com a vida inteira • Percepção de que estava morrendo • Solidão
Vivência com o tubo endotraqueal	<ul style="list-style-type: none"> • Desagradável • Sensação de estar sendo eletrocutado • Horrível • Triste • Alucinador • Alívio • Angústia • Dor • Possibilidade de sobrevivência • Chocante • Dificuldades para respirar • Dificuldades para falar • Dificuldade de se alimentar • Dor na garganta • Alteração da voz • Sede

	<ul style="list-style-type: none"> • Insônia • Acúmulo de secreções no tubo
Interação com a equipe e família	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência do médico • Demora ou recusa no atendimento às solicitações do paciente • Auxílio do fisioterapeuta na respiração, exercícios que ajudaram • Pouco auxílio na recuperação • Suporte emocional do psicólogo • Psicologia: Possibilidade de se abrir, Orientação tempo-espço • Psicologia: Palavras de otimismo, Mediação do contato com a família • Psicologia: Tranquilizar, Oferta de música • O papel da família na redução da ansiedade • Gratidão à equipe pelos procedimentos realizados e pelo cuidado
Estratégias utilizadas pelos pacientes	<ul style="list-style-type: none"> • Tentar se esquecer • Pensar na família como a motivação para a recuperação • Parar de pensar • Orações / Religião

A Análise de Conteúdo das entrevistas permitiu a elaboração do protocolo, sendo continuamente aprimorado mediante fundamentação teórica. A seguir, será apresentada e descrita a versão final do protocolo.

Protocolo de Atendimento Psicológico para pacientes Submetidos à Ventilação Mecânica Invasiva

O Protocolo de Atendimento Psicológico para pacientes Submetidos à Ventilação Mecânica Invasiva (Tabela 2) se estrutura em oito etapas que serão descritas a seguir. Cada item deve ser assinalado quando a característica descrita for expressa pelo paciente ou quando a intervenção apresentada foi desenvolvida. O instrumento deve ser utilizado no decorrer do acompanhamento psicológico, conforme as necessidades apresentadas pelo paciente, não sendo necessário o total preenchimento dos itens em uma única vez.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO PARA PACIENTES SUBMETIDOS À VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA

1 – DADOS DO PACIENTE	
Data ___/___/_____ Nome: _____	Idade: _____
Prontuário: _____	
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Ala/leito: _____ Profissão: _____
Estado civil: <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <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: ___/___/___

2. QUADRO CLÍNICO
 Motivo da internação/diagnóstico: _____
 Data de intubação: ___/___/___

3. ESTRATÉGIAS DE COMUNICACIONAIS

<input type="checkbox"/> Escrita em papel	<input type="checkbox"/> Piscar de olhos (códigos de comunicação)
<input type="checkbox"/> Escrita na lousa	<input type="checkbox"/> Apertos na mão (códigos de comunicação)
<input type="checkbox"/> Objetos, miniaturas, fotos	<input type="checkbox"/> Leitura labial
<input type="checkbox"/> Prancha de comunicação não-verbal	<input type="checkbox"/> Gestos
<input type="checkbox"/> Imagens em lâminas de comunicação	<input type="checkbox"/> Tecnologias digitais

4. ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DE *DELÍRIUM*

AVALIAÇÃO DOS SINAIS DE *DELÍRIUM*

- Confusão (períodos em que fala coisas sem sentido)
- Desorientação (dificuldade de situar-se no tempo ou no espaço)
- Agitação (resiste aos cuidados, agride, tenta retirar dispositivos, insiste em ir embora)
- Sonolência excessiva (adormece enquanto os profissionais estão no ambiente)
- Desorganização do ciclo sono-vigília (acordado à noite e sonolento durante o dia)
- Alucinações (vê objetos inexistentes, bichos ou pessoas que já faleceram)
- Alteração de comportamento (excessivamente irritado, ansioso ou eufórico)

IDENTIFICAÇÃO DAS CAUSAS:

- Condição médica
- Síndrome de intoxicação ou abstinência
- Exposição à toxinas
- Combinação de fatores _____

ALTERAÇÕES AMBIENTAIS

- Inserção de relógio no leito.
- Inserção de calendário no leito.
- Garantir a presença de objetos pessoais da preferência do paciente (travesseiro, porta-retratos, imagens religiosas, rádio e livros).
- Providenciar os dispositivos compensatórios de uso habitual (óculos, aparelho auditivo) e estimular seu uso. Os déficits sensoriais dificultam a interação e estão associados a maior risco de delirium.
- Durante a noite (22h às 6h) manter um ambiente escuro e silencioso. Evitar luzes acesas e televisão ligada.

INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS

- Orientar a equipe para evitar procedimentos e realização de cuidados durante repouso.
- Orientar a equipe para se identificar sempre ao se apresentar ao paciente.
- Promover atividades que estimulem a cognição. Exemplos: ler e discutir notícias, fazer palavras-cruzadas, jogar carta ou jogos de tabuleiro, ouvir música, conversar sobre momentos agradáveis do passado, rever álbuns de fotografia.
- Orientar e reorientar sobre onde eles estão, cada procedimento e cuidados a serem realizados e a condição de saúde

INTERVENÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL:

- Mobilização precoce: mudança de decúbito a cada 2 horas (fase 1); levantar, sentar na cadeira e deambular (fase 2)
- Flexibilização de horário de visitas.
- Incentivar interação verbal (família e equipe).
- Limitar medicamentos ao mínimo necessário e evitar combinações de drogas de um mesmo grupo:

anticolinérgicos, antidepressivos tricíclicos e anti-histamínicos (alto risco); benzodiazepínicos (médio risco), anti-inflamatórios não esteroides, ácido acetil salicílico.

- Manejo da dor
- Uso de haloperidol ou clorpromazina no controle de comportamentos agressivos ou agitados.
- Reavaliar necessidade de contenção mecânica.

5. TREINOS DE MEMÓRIA

ESTRATÉGIAS RESTAURATIVAS: para comprometimento cognitivo, tendo como objetivo o retorno da cognição para um nível anterior.

- Aprendizagem sem erros: consiste em reforçar respostas corretas e impedir a emissão de respostas em forma de palpite;
- Recuperação espaçada: consiste em repetir as informações a serem memorizadas em um tempo curto, mas aumentando gradualmente os intervalos;
- Vanishing cues*: A informação a ser memorizada é apresentada repetidamente com a diminuição gradativa da frequência de apresentação;
- Terapia de Orientação para a Realidade: apresentação contínua de informações orientadas (nome, data, hora, local, tempo e assuntos da atualidade);
- Terapia de Reminiscência: discussão de eventos remotos, a fim de colocar a própria vida em perspectiva.

ESTRATÉGIAS COMPENSATÓRIAS: Ensinar novas formas de realizar tarefas cognitivas e mnemônicas.

- Visualização: associação de materiais verbais e informação visual. As imagens mentais são criadas para facilitar a aprendizagem e recordação de material
- Método de Loci (ou palácio da memória): é uma técnica mnemônica que depende de relações espaciais memorizadas para estabelecer, ordenar e recuperar informações. Baseia-se em criar um lugar imaginário, que pode ser inspirado em um lugar familiar (como a própria casa), ou criar um lugar imaginário fictício, ou combinando ambas as coisas. Associa-se mentalmente um lugar com cada item a ser lembrado
- Cartografia Mental (mind mapping): associações em torno de uma palavra ou idéia central são feitas usando um diagrama
- Categorização e organização: consiste em classificar a informação por categoria semântica e ordem de importância, de forma a facilitar seu armazenamento e recuperação.
- Agrupamento: consiste em agrupar as informações a serem lembradas
- Preview, Question, Read, Sumarize, Test (PQRST): técnica bastante utilizada para organização e memorização de material verbal, consiste em identificar as ideias e os detalhes importantes em um texto para fazer uma síntese que facilitará no momento da recordação
- Cueing: técnica usada para aumentar o desempenho da recordação usando pistas fonológicas e/ou semânticas
- Auxílios de memória (memory aids): uso de notebook, bloco de notas, calendários, agendas, etc., fornecendo pistas no ambiente para auxiliar a recordação.

6. INTERVENÇÕES FRENTE ÀS EXPERIÊNCIAS ONÍRICAS

INFORMAÇÕES COLETADAS DURANTE OS ATENDIMENTOS COM O PACIENTE: Inclui dados relatados, observados diretamente e as sistematizações que o psicólogo fez de todas essas informações. Dados da história de vida, as contingências a que cliente respondeu e seu contexto atual.

SONHO RELATADO PELO PACIENTE: O psicólogo após a narrativa do sonho, se necessário, pode fazer questões de esclarecimento, sem ainda apresentar suas interpretações.

INTERPRETAÇÃO DADA PELO PACIENTE: O objetivo da investigação é tentar captar como o cliente integra os dados do sonho com sua história de vida e seu contexto atual. A interpretação dá uma medida da capacidade de autoanálise e grau de autoconhecimento (consciência das contingências a que responde, em última análise) que o a pessoa atendida atingiu.

INTERPRETAÇÃO DADA PELO PSICÓLOGO: O psicólogo pode apresentar sua interpretação, isto é, como sistematiza e integra os dados oriundos do sonho com outros dados trazidos pelo cliente. Interpretação, aqui, significa integração de dados, busca de ordem e regularidade no comportamento do paciente.

-

EFEITOS DA INTERPRETAÇÃO SOBRE O COMPORTAMENTO DO PACIENTE: O que a interpretação produziu no paciente? De que forma ele se modificou?

7. ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM OS EVENTOS PRIVADOS AVERSIVOS

- Validação dos sentimentos privados aversivos como medo, tristeza, preocupação e outros.
- Listar as preocupações e dividi-las em duas categorias: 1. Coisas que posso controlar e, 2. Coisas que estão além do meu controle.
- Psicoeducação: Orientar o paciente para o fato de que tentar impedir ou parar sentimentos e pensamentos geralmente fazem com que eles aumentem de frequência e intensidade.
- Listar os pensamentos difíceis e indicar o grau de convicção para cada um deles, numa escala de 0 a 10. Em seguida, buscar respostas alternativas a esses pensamentos, com o auxílio das seguintes perguntas: 1. Que provas eu tenho da verdade de cada pensamento? Que outras possibilidades eu tenho para compreender essa situação? Imagine que um amigo esteja passando por isso, tendo os mesmos sentimentos e pensamentos que você. O que você diria para ele?
- Exercício para se distanciar dos pensamentos difíceis (entendendo que eles existem, são naturais e irão emergir. A ideia é diminuir o caráter fatalista desses pensamentos): 1. Trazer o pensamento à tona, ex: “Eu não vou conseguir passar por tudo isso”. 2. Trazer novamente esse pensamento colocando antes dele a seguinte frase: “Eu estou tendo o pensamento que (não vou conseguir passar por tudo isso)”. 3. Mais uma vez trazer o pensamento, inserindo a frase seguinte: “Eu noto que estou tendo o pensamento de que (não vou conseguir passar por tudo isso)”.
- Metáfora do “Ônibus e passageiros” para lidar com os pensamentos difíceis (em ANEXOS).
- Metáfora e exercício das “Mãos como pensamentos” para lidar com os pensamentos difíceis (em ANEXOS).

Quando o paciente sinalizar a religião ou espiritualidade enquanto recursos para lidar com os eventos privados aversivos, as seguintes intervenções são pertinentes:

- Compreender a função do comportamento religioso na história de vida da pessoa e no contexto hospitalar. Exemplos:
 - O comportamento religioso aproxima/ insere a pessoa em um grupo social reforçador.
 - O comportamento religioso aparece como tentativa de se esquivar dos sentimentos e pensamentos difíceis, sendo controlado por regras como “deus não gosta desse pensamento”.
 - As verbalizações relacionadas à religião são positivamente reforçadas pelos profissionais da equipe, ao passo que o comportamento de falar sobre os sentimentos e pensamentos difíceis é repreendido ou ignorado.
 - As verbalizações relacionadas à religião são positivamente reforçadas pelos familiares ao passo que o comportamento de falar sobre os sentimentos e pensamentos difíceis é repreendido ou ignorado.
 - O comportamento religioso favorece a adesão e colaboração do paciente às

Outras	terapêuticas e orientações da equipe de saúde.	funções:
<p>8. OUTRAS POSSIBILIDADES INTERVENTIVAS</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Investigar o histórico de hospitalização do paciente. Se já esteve internado outras vezes e como foi essa experiência. <input type="checkbox"/> Promoção da livre expressão e validação das emoções, proporcionando uma audiência não-punitiva. <input type="checkbox"/> Ofertar suporte à família, acolhendo e validando as emoções. <input type="checkbox"/> Estimular que os familiares enviem vídeos e fotos. <input type="checkbox"/> Apresentar a Unidade de Terapia Intensiva à família, explicando o funcionamento e as rotinas, e habituando o familiar com ao espaço. <input type="checkbox"/> Facilitar a interação da família com a equipe. <input type="checkbox"/> Verificar se a família compreende as informações médicas e acionar a equipe para eventuais esclarecimentos em linguagem clara e acessível. <input type="checkbox"/> Aplicação de técnicas de respiração e relaxamento. <input type="checkbox"/> Utilização dos motivadores identificados que estão à disposição do psicólogo/equipe/família para a modificação do comportamento do paciente em prol de sua recuperação; <input type="checkbox"/> Em caso de desmame ventilatório difícil, utilizar o PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO PARA PACIENTES EM DESMAME VENTILATÓRIO (APÊNDICE C). 		

1. Dados do paciente:

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

2. Quadro clínico:

A forma como o paciente interage com a equipe e com família e a forma como ele se movimenta no espaço são aspectos diretamente relacionados ao diagnóstico, a severidade do quadro clínico, o tipo de dispositivo invasivo utilizado (tubos, sondas vesicais, sondas enterais) e acessos periféricos. Ter acesso à essas informações é fundamental para a compreensão do grau de autonomia e participação do paciente nas rotinas de cuidado, sua percepção de gravidade do quadro e, de um modo mais amplo, a sua experiência com a internação na unidade. Além disso, alguns quadros clínicos, como disfunção respiratória, cardiovascular, neurológica e alterações nutricionais podem aumentar a probabilidade de

dependência do suporte ventilatório (Leitão, Bastos, Freitas & Sátiro, 2018). Ressalta-se que a VM utilizada (tubo endotraqueal, máscara facial e nasal, tubo de traqueostomia), além de ser um indicativo do prognóstico, demarca a viabilidade da comunicação, inclusive durante as sessões psicológicas.

3. Estratégias comunicacionais:

A depender do tipo de dispositivo invasivo utilizado pelo paciente, a comunicação verbal pode ser limitada. Cabe ao psicólogo buscar maneiras alternativas de comunicação. A escrita em papel ou lousa é indicada para pacientes conscientes que estão com os movimentos físicos superiores conservados e são alfabetizados. Com os pacientes impossibilitados de se movimentar, pode-se fazer uso da prancha de comunicação não-verbal ou imagens com temas específicos relacionados não só à necessidades e solicitações objetivas, mas também a manifestação de desejos ou sentimentos, apreensões, medos, entre outros (Gomes, Aoki, Santos, & Motter, 2016). A prancha é um instrumento que contém letras, números e imagens que representam emoções e sensações físicas, podendo ser utilizada durante os atendimentos ou pela família e a equipe no sentido de facilitar o contato e compreender as necessidades do paciente. Outras capacidades físicas do paciente podem ser exploradas durante o atendimento, mediante combinações de respostas corporais (piscar de olhos, apertos de mão) à perguntas específicas, além da leitura labial. É importante também observar as manifestações emocionais que se apresentam por meio de gestos e expressões faciais. (Zaqueu, 2018). Considerando os recursos disponíveis no hospital, as tecnologias digitais (tablet, celular, notebook) podem, igualmente, facilitar a comunicação psicólogo-paciente.

Uma comunicação satisfatória é imprescindível na construção do vínculo entre o paciente e os profissionais de saúde, além de contribuir na prevenção de *delirium*, na redução do estresse, apatia ou depressão, diante da rotina da unidade (Silva, Rodrigues, Pontão & Beccaria, 2021).

4. Estratégias de prevenção de *delirium*.

O *delirium* é uma disfunção neurológica aguda, caracterizada por alterações transitórias da consciência e cognição, flutuação do estado mental, desatenção e pensamento desorganizado, acarretando prejuízos cognitivos que não podem ser explicados por algum transtorno neurocognitivo prévio ou em curso (APA, 2014). Nas UTIs, esse distúrbio desencadeia importante declínio funcional e está associado à maior período de ventilação mecânica, hospitalização prolongada, aumento dos custos e maior mortalidade (Aung Thein, Pereira, Nitchingham & Caplan (2020).

Achados apontam que a incidência do *delirium* em pacientes críticos é em torno de 36,1% (Pan, Yan, Jiang, Luo, Zhang & Yang, 2019). Não obstante, permanece subdiagnosticado um percentual entre 25% e 75%. Entre as causas que justifiquem esse dado, podemos apontar a flutuação do próprio quadro de *delirium*, associado ao conhecimento insuficiente por parte dos profissionais de saúde sobre o distúrbio, bem como a baixa adesão às ferramentas diagnósticas (Sanchez, Gonzalez & Gutierrez, 2013).

Nessa pesquisa, sintomas de *delirium* foram frequentemente mencionados nas entrevistas. Assim, este tópico se destina a avaliação, prevenção e intervenções frente ao *delirium*, sendo subdividido em: avaliação dos sinais do *delirium*, identificação das causas, alterações ambientais, intervenções psicológicas e intervenções da equipe multiprofissional.

O subtópico, avaliação dos sinais de *delirium*, lista uma série sinais e sintomas a serem observados, que indicam a presença do estado confusional agudo. Na sequência, os itens auxiliam na identificação das possíveis causas do *delirium*. A literatura aponta os fatores predisponentes, características não modificáveis que determinam maior risco de *delirium*, e os fatores precipitantes, condições ou circunstâncias que atuam em conjunto para desencadear o *delirium* e têm importância especial por serem potencialmente modificáveis. Como fatores predisponente, temos elitismo, idade (acima de 75), carga cumulativa de doenças

degenerativas, presença de déficits sensoriais (visual ou auditivo) e antecedente de síndrome demencial. Dentre os precipitantes, podemos destacar, infecção, desidratação, distúrbios hidroeletrólíticos (Ex. sódio, cálcio), distúrbios metabólicos (Ex. glicemia, uremia), hipoperfusão ou hipóxia (Ex. sepse, insuficiência cardíaca, insuficiência respiratória), medicações sedativas ou anticolinérgicas, dor sem controle adequado, obstipação, imobilidade e dispositivos que causam restrição (sondas, cateteres, contenção física) (Carvalho, Correia, Ferreira, Botelho, Ribeiro & Duran, 2022).

O terceiro subtópico trata das intervenções ambientais. O ambiente e as rotinas de cuidado devem ser organizadas para facilitar a orientação, promover a sensação de familiaridade com o ambiente e favorecer o ciclo sono-vigília. Assim, as seguintes medidas podem ser realizadas: manter o ambiente bem iluminado; fácil visualização de um relógio e um calendário com indicação da data; possibilitar a presença de objetos pessoais da preferência do paciente (travesseiro, porta-retratos, imagens religiosas, rádio e livros); e, durante a noite (22h às 6h), o nível de ruído na unidade deve ser reduzido ao mínimo possível, observando-se cuidado especial com conversas, alarmes e arrasto de carrinhos. Um outro aspecto a ser considerado são os déficits sensoriais que dificultam a interação e estão associados a maior risco de *delirium*, desse modo, dispositivos compensatórios de uso habitual (óculos, aparelho auditivo) devem ser trazidos para o hospital e o seu uso deve ser estimulado (Souza, Azzolin & Souza, 2020).

O quarto subtópico diz respeito às intervenções psicológicas de prevenção e manejo do *delirium*. Uma das funções do psicólogo intensivista é justamente atuar para prevenir o *delirium*, disponibilizando informações para o paciente de forma a orientá-lo no tempo-espço e promovendo atividades que estimulem a cognição. Durante os atendimentos, é importante que o psicólogo faça perguntas específicas, não só sobre a localização e temporalidade, mas também sobre a realização de procedimentos, a trajetória de cuidados

desde a internação e o quadro geral de saúde, de modo acessar o nível de compreensão e de informações que o paciente dispõe sobre sua própria condição clínica, além de ser uma estimulação da memória e um incentivo à uma participação mais ativa no seu tratamento (Baechtold & Trois, 2019). Cabe também ao psicólogo orientar a equipe para evitar procedimentos e realização de cuidados durante repouso, uma vez que a qualidade do sono é importante na prevenção do *delirium*, e enfatizar a importância de se identificar para o paciente sempre que abordá-lo (Souza, Azzolin & Souza, 2020).

Por fim, o último subtópico trata das intervenções da equipe multiprofissional. Destaca-se o incentivo à visita de familiares, pois também cumpre a função de estimulação cognitiva e socialização, e o manejo da dor. O profissional deve observar sinais como inquietação, posição rígida, punhos cerrados, respiração desconfortável, gemidos, resmungos e expressão facial de dor. Ademais, faz-se necessária a avaliação constante da necessidade de contenção mecânica do paciente, prática muito comum nas UTIs em pacientes com agitação psicomotora. A contenção limita a mobilidade do paciente e, conseqüentemente, reduz as possibilidades de estimulação ambiental (Souza, Azzolin & Souza, 2020).

5. Treinos de memória

Um achado relevante da pesquisa que originou este protocolo foram os relatos de alterações da memória ou mesmo a total ausência de lembranças do período que compreende os momentos antes da intubação, a intubação, o desmame e a extubação. A literatura aponta perturbações significativas da capacidade cognitiva de pacientes internados em UTI, fato que pode desencadear limitações nas atividades rotineiras e impacto na qualidade de vida do indivíduo, mesmo após alta hospitalar (Oliveira, Martins & Silveira, 2021).

Um estudo voltado para a análise dos fatores relacionados à ausência/anomalias de memória de pacientes em unidades de terapia intensiva, obteve como resultado os seguintes achados: metade dos pacientes relataram ausência de memórias, fato associado à idade

avançada e ao maior tempo de ventilação mecânica (Noguchi, Hosokawa, Amaya, & Yokota 2020). No caso dos pacientes sobreviventes da Covid- 19, os estudos vem revelando problemas neurológicos em pacientes gravemente afetados, com efeitos de curto prazo na capacidade cognitiva, bem como mudanças de longo prazo associadas com a memória, atenção e cognição (Uversky, Elrashdy, Aljadawi, Khan & Redwan, 2021).

Nesse sentido, este tópico apresenta sugestões, dentro do campo de intervenções classificado como treino cognitivo, para o desenvolvimento de estratégias voltadas especificamente para o estímulo da memória do paciente no período da internação.

As estratégias apresentadas são comumente utilizadas em treinos de memória para idosos, e são divididas em duas categorias, as estratégias restaurativas e compensatórias. A primeira é direcionada à pacientes que apresentam comprometimento leve ou senil, tendo como objetivo o retorno da cognição para um nível anterior; e a segunda com o intento de ensinar ao paciente novas formas de realizar tarefas cognitivas e mnemônicas, envolvendo o uso de auxílio de recursos ambientais (Simon, Yokomizo, & Bottino, 2012).

6. Intervenções frente às experiências oníricas

As entrevistas com os participantes dessa pesquisa relataram também a presença de sonhos perturbadores no período de internação da UTI. Na perspectiva da análise do comportamento, os sonhos são considerados comportamentos privados. Dentro do escopo dos comportamentos privados, estão os estímulos e os eventos encobertos, que são eventos cuja acessibilidade é possível apenas para o sujeito que se comporta ou é parcialmente acessível à comunidade por meio do comportamento verbal (Silva, 2000).

Comumente, os sonhos estão relacionados com experiências aversivas em vigília. Tendemos a nos esquivar ou fugir de eventos aversivos, entretanto, como temos que consolidar a memória se faz necessário sonhar com tais eventos. Sendo assim, sonhamos com

um estímulo funcionalmente equivalente menos aversivo, mas que remeta ao contexto experienciado em vigília (Delliti, 2001).

Para compreender um sonho é preciso inseri-lo num contexto onde serão detectadas as variáveis independentes que determinaram tanto os eventos encobertos como os manifestos. Este tópico destina-se à interpretação dos conteúdos oníricos descritos pelos pacientes, uma vez que entende-se como interpretação a capacidade do sujeito de descrever as contingências, tornando-se consciente de seu comportamento e do que o controla. Assim, a interpretação do sonho contribui no desenvolvimento do que chamamos de autoconhecimento, que na linguagem comportamental significa dizer uma boa descrição das contingências das quais o seu comportamento é função.

O autor Guilhardi (1995), propõe um modelo comportamental de análise dos sonhos que foi incorporado ao protocolo. No primeiro subtópico, são registradas as informações que o psicólogo coletou sobre o paciente durante os atendimentos, mediante observação direta e/ou relatos compartilhados pela equipe e família. Tratam-se de dados sobre a história de vida, as contingências a que o cliente respondeu e seu contexto atual.

O segundo subtópico, registra-se a descrição do sonho feita pelo paciente. A partir dessa narrativa, o psicólogo pode fazer questões de esclarecimento, sem ainda apresentar suas interpretações. No subtópico seguinte, solicita-se que o paciente faça a interpretação do seu sonho com a finalidade de entender como ele integra o conteúdo onírico à sua história de vida e seu contexto atual. Além disso, a interpretação revela a capacidade de autoanálise e o grau de autoconhecimento, aqui compreendido como a consciência das contingências das quais o seu comportamento é função. Posteriormente, realiza-se a sistematização e integração dos conteúdos oníricos com outros dados trazidos pelo paciente, com a identificação de padrões comportamentais. Nesse momento, o psicólogo busca emitir estímulos discriminativos para que o paciente possa compreender as contingências de reforçamento que estão, possivelmente,

em operação. Por fim, é importante identificar de que forma a interpretação do sonho produziu efeitos (mudanças comportamentais) no paciente. Assim, este último subtópico destina-se à análise da contribuição da interpretação do sonho para o autoconhecimento do paciente e ampliação do seu repertório comportamental.

7. Estratégias para lidar com os eventos privados aversivos

Nesse pesquisa, alguns pacientes hospitalizados relataram tentativas frustradas de controlar pensamentos para minimizar o sofrimento. Porém, a tentativa de não pensar sobre algo, automaticamente, faz com que se pense exatamente nesse algo. Evitar os eventos aversivos é uma habilidade filogeneticamente selecionada, assim como evitar estímulos que o acompanham. Porém, quando utilizada no contexto em que o controle não é efetivo, como é o caso dos pensamentos, além de ineficaz, essa evitação pode causar um prejuízo na inteligência experimental, uma vez que obstrui o acesso à elementos da própria história e, conseqüentemente, à aprendizagem que pode vir dela. Tentar controlar eventos privados aversivos, muitas vezes, tem como consequência se livrar desses pensamentos à curto prazo, o que pode ser reforçador, porém, a longo prazo, a tendência é o aumento da frequência e intensidade desses pensamentos (Saban, 2008; Lopes, Wendland & Jorge, 2021).

Nesse panorama, os princípios da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) podem oferecer uma base teórica para o desenvolvimento de estratégias interventivas, partindo do princípio de que pensamentos, sentimentos e emoções são condições humanas, e que são comportamentos que representam o estado atual subjetivo de cada sujeito. Essa linha teórica parte do princípio de que todas as experiências, mesmo as de caráter aversivo, tem espaço na história do indivíduo, concernindo ao psicólogo nesse contexto, esclarecer para o paciente que tentar controlar, além de difícil, pode piorar a situação, sendo mais adaptativo aceitar as adversidades e os eventos internos que elas despertam (Lopes, Wendland & Jorge, 2021).

Fundamentado nos princípios da ACT, este tópico dispõe alguns exercícios, experienciais e metáforas, propostos pelos autores, Harris (2009), Blackledge (2015), Hayes, Strosahl e Wilson (2012), enquanto recursos para lidar com os pensamentos aversivos.

Há também um destaque para a análise funcional da religião e espiritualidade quando aparecem como recurso no manejo desses eventos privados aversivos. É preciso fazer um resgate no intuito de compreender a função do comportamento religioso na história de vida da pessoa e no contexto hospitalar, identificando os possíveis reforçadores sociais (aprovação da família, da equipe hospitalar, da comunidade religiosa, etc) responsáveis pela manutenção desse comportamento e identificar se o mesmo aparece como tentativa de se esquivar dos sentimentos e pensamentos difíceis, muitas vezes, controlado por regras como “deus não gosta desse pensamento”. Da mesma forma, a religião e/ou espiritualidade pode se manifestar de forma a favorecer a adesão e colaboração do paciente às terapêuticas e orientações da equipe de saúde.

8. Outras possibilidades interventivas

O último tópico traz intervenções menos específicas, contudo não menos relevantes na condução do atendimento frente ao paciente hospitalizado. São listadas algumas práticas inerentes ao fazer do psicólogo hospitalar inserido nas UTIs, como investigar o histórico de hospitalização do paciente, promover a livre expressão e validação das emoções, proporcionando uma audiência não-punitiva tanto para o paciente quanto para o familiar e verificar a compreensão dos mesmos sobre as informações recebidas durante o boletim médico. Também é importante estimular o contato do paciente com os familiares por meio do envio de vídeos e fotos e no caso de visitas, apresentar a UTI ao familiar, explicando de forma simples o funcionamento e as rotinas.

Podem ser utilizadas técnicas de relaxamento no manejo da ansiedade e se atentar para os aspectos motivadores (acontecimentos reforçadores que são, relativamente, mais eficientes

para iniciar ou manter comportamentos) que estão à disposição do psicólogo/equipe/família para a modificação do comportamento do paciente em prol de sua recuperação. Por fim, em caso de pacientes com desmame ventilatório difícil, recomenda-se a utilização do Protocolo de Atendimento Psicológico para pacientes em Desmame Ventilatório (Arruda & Branco, 2021).

Considerações finais

O protocolo de atendimento psicológico para pacientes submetidos à Ventilação Mecânica Invasiva integralizou e sistematizou os conhecimentos teórico-práticos encontrados na literatura e nos dados empíricos, a partir das demandas apresentadas pelos pacientes nesse contexto, propondo intervenções que direcionam as condutas do psicólogo hospitalar frente a esse paciente. A construção dessa ferramenta é um esforço no sentido de aprimorar as práticas do psicólogo intensivista, proporcionando uma melhoria na qualidade do cuidado e na assistência prestada no SUS.

Além disso, o protocolo representou uma iniciativa de desenvolvimento de instrumentos que facilitam o desenho de ações junto às equipes multiprofissionais, assim como a delimitação das atribuições deste profissional e demarcação de sua relevância dentro dos espaços de saúde.

Cabe ressaltar que, apesar do caráter técnico-científico inerente às sistematizações do saber, o protocolo não deve ser usado de forma mecânica, desconsiderando as singularidades de cada sujeito e de cada encontro psicólogo-paciente, e sim funcionar como um guia na condução das práticas e caminhos ainda em construção. Por fim, é importante enfatizar a necessidade de outros estudos referentes à temática, com vistas a aprofundar o tema e/ou ampliar o conjunto de estratégias interventivas nesse contexto.

Referências

- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Porto Alegre: Artmed; 2014.
- Arruda, K. D. D. S. A., & Branco, A. B. D. A. C. (2021). Fluxograma e protocolo de intervenção psicológica em Unidade de Terapia Intensiva: pacientes em desmame ventilatório. *Revista da SBPH*, 24(2), 17-32.
- Aung Thein, M. Z., Pereira, J. V., Nitchingham, A., & Caplan, G. A. (2020). A call to action for delirium research: meta-analysis and regression of delirium associated mortality. *BMC geriatrics*, 20(1), 1-12.
- Baechtold, R., & Trois, J. (2019). Psicoterapia de apoio no contexto do atendimento do psicólogo em ambiente hospitalar. *Diaphora*, 8(1), 44-52.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde (2001). Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília, DF.
- Cabral, C. D. R., Teixeira, C., Rosa, R. G., Robinson, C., Sganzerla, D., Loss, S. H. & Micheletti, V. D. (2019). Desfechos de mortalidade, morbidade e qualidade de vida em pacientes que necessitaram de 14 ou mais dias de ventilação mecânica: estudo de coorte de 12 meses após a unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(3), 425-427.
- Carvalho, C. R., Junior, C. T., & Franca III, S. A. (2007). III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica. Ventilação mecânica: princípios, análise gráfica e modalidades ventilatórias. *J Bras Pneumol*, 33(Supl 2), S54-S70.
- Carvalho, L. A. C., Correia, M. D. L., Ferreira, R. C., Botelho, M. L., Ribeiro, E., & Duran, E. C. M. (2022). Acurácia dos fatores de risco para delirium em paciente de unidade de terapia intensiva adulto. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 56.
- Delliti, M. (2001) Relato de Sonhos: como utilizá-los nas práticas da terapia Comportamental. In. WIELESKA, R. C. (Org.) *Sobre Comportamento e Cognição*. Santo André: ESETec.
- Godoy, A. S. (1995). Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de administração de empresas*, 35(2), 57-63. Recuperado de <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rae/article/viewFile/38183/36927>
- Gomes R, Aoki M, Santos R, Motter A. A comunicação do paciente traqueostomizado: uma revisão integrativa. *Rev CEFAC*. 2016; 18(5):1251-9

- Gosselin, É., Lavoie, S., Bourgault, P., Bourgon-Labelle, J., & Gélinas, C. (2019). Patients' perception of stressful experiences during mechanical ventilation in the intensive care unit. *Canadian Journal of Critical Care Nursing*, 30(2).
- Guilhardi, H. J. (1995). Um modelo comportamental de análise de sonhos. *Psicoterapia comportamental e cognitiva de transtornos psiquiátricos*, 257-268.
- Hayes, S.C., & Smith, S. (2005). *Get out of your mind and into your life: the new Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Harris, R. (2009). *AJA com amor: Pare de lutar, reconcilie as diferenças e fortaleça seu relacionamento com aceitação e comprometimento*. Novas publicações Habinger.
- Leitão, L. R. G., Bastos, V. P. D., de Freitas, N. A., & Sátiro, I. M. P. F. (2018). Análise dos Pacientes em Ventilação Mecânica Prolongada em Unidade de Terapia Intensiva em Hospital de Trauma. *Ensaio e Ciência*, 22(3), 152-156.
- Maciel, D. O., Freitas, K. D. O., dos Santos, B. R. P., Torres, R. S. C., dos Reis, D. S. T., & Vasconcelos, E. V. (2020). Percepções de pacientes adultos sobre a unidade de terapia intensiva. *Enfermagem em Foco*, 11(1), 147-152. Recuperado de <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2071/720>
- Noguchi, A., Hosokawa, K., Amaya, F., & Yokota, I. (2020). Factors related to memory absence and delusional memories in patients in intensive care units managed with light sedation. *Intensive and Critical Care Nursing*, 59, 102830.
- Oliveira, A. B. F. D., Dias, O. M., Mello, M. M., Araújo, S., Dragosavac, D., Nucci, A., & Falcão, A. L. E. (2010). Fatores associados à maior mortalidade e tempo de internação prolongado em uma unidade de terapia intensiva de adultos. *Revista brasileira de terapia intensiva*. 22(3), 250-256. Recuperado de <http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/333071>
- Oliveira, R. C., Martins, A. D., & de Menezes Silveira, A. P. C. (2021). Registros de memória: um estudo acerca de aspectos cognitivos pós-internação em UTI. *Ciências & Cognição*, 26(1).
- Pan, Y., Yan, J., Jiang, Z., Luo, J., Zhang, J., & Yang, K. (2019). Incidence, risk factors, and cumulative risk of delirium among ICU patients: a case-control study. *International journal of nursing sciences*, 6(3), 247-251.
- Sanchez JC, Gonzalez MI, Gutierrez JC. Delírium en pacientes mayores de 60 años en un hospital público de tercer nivel en la ciudad de Pereira (Colombia): subdiagnóstico y subregistro.

rev.colomb. psiquiatr. [internet]. 2013 Disponível em:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S003474502013000200006&script=sci_abstract&tlng=pt

Silva, B. L., Rodrigues, C. D. S., Pontão, D. F. R., & Beccaria, L. M. (2021). Comunicação com pacientes intubados em ambiente de pronto atendimento: revisão de literatura. *CuidArte, Enferm*, 104-110.

Silva, F. M. (2000). Uma análise behaviorista radical dos sonhos. *Psicologia: reflexão e crítica*, 13(3), 435-449.

Simon S. S., Yokomizo J. E., & Bottino C. M. (2012). Cognitive intervention in amnesic mild cognitive impairment: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 36(4), 1163–1178. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2012.01.007>

Souza, T. L. D., Azzolin, K. D. O., & Souza, E. N. D. (2020). Validação de protocolo multiprofissional de cuidados para paciente crítico com delirium. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41.

Stake, R. E. (2016). *Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam*. Porto Alegre: Penso Editora.

Uversky VN, Elrashdy F, Aljadawi A, Ali SM, Khan RH, Redwan EM. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 infection reaches the human nervous system: How?. *J Neurosci Res*. 2021;99(3):750-777

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.

Vieira, A. G., & Waischunng, C. D. (2018). A atuação do psicólogo hospitalar em Unidades de Terapia Intensiva: a atenção prestada ao paciente, familiares e equipe, uma revisão da literatura. *Revista da SBPH*, 21(1), 132-153.

YUKI, M.; SCHUG, J. Psychological consequences of relational mobility. *Current Opinion in Psychology*, [S. l.], v. 32, p. 129-132, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352250X19301095>.

Zaqueu V. A vulnerabilidade comunicativa do paciente em contexto hospitalar e a comunicação suplementar e/ou alternativa. [dissertação]. Campinas, SP: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2018.

Estudo 3 Protocolo de Psicologia: pacientes Com Covid-19 em Desmame Ventilatório

RESUMO

O novo Coronavírus (SARS-CoV-2), causador da doença COVID-19, é uma pandemia que tem desencadeado impactos sanitários, econômicos e psicossociais. No contexto hospitalar, os pacientes que apresentam sintomas graves da doença podem passar pela intubação e posterior desmame ventilatório na UTI, apresentando frequentemente reações emocionais negativas. O presente estudo buscou investigar esse fenômeno com o objetivo de construir um protocolo de atendimento psicológico que subsidie o desenvolvimento de estratégias e intervenções em saúde mental direcionadas aos pacientes com COVID-19 em desmame ventilatório. Utilizou-se a metodologia qualitativa e, na coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas e observação participante interventiva em um hospital geral público, localizado no município de médio porte da região Nordeste. Os dados foram analisados através da Análise de Conteúdo e as categorias que emergentes subsidiaram a construção do instrumento. O resultado da pesquisa proporcionou a elaboração de um protocolo de psicologia dividido em 12 tópicos, nos quais norteiam a avaliação e intervenção nos aspectos psicológicos envolvidos, principalmente ansiedade, medo, solidão e estigma. Conclui-se que a operacionalização e a sistematização da prática através dessa pesquisa instrumentalizam e aprimoram a atuação da psicologia hospitalar na UTI, podendo proporcionar uma melhoria na assistência prestada ao paciente com COVID-19 no SUS.

Palavras-chave: Psicologia; Ventilação Mecânica; Protocolo; Coronavírus; Unidade de Terapia Intensiva.

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o novo Coronavírus (SARS-CoV-2), causador da doença COVID-19, constitui uma emergência de saúde pública de importância internacional e, em 11 de março de 2020, o caracterizou como uma pandemia¹. No Brasil, o Ministério da Saúde apresentou um Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pela COVID-19² e declarou que há transmissão comunitária da COVID-19 em todo o território nacional. Diante desse novo cenário sanitário, pesquisas recentes têm apresentado os impactos sanitários, econômicos e psicossociais da COVID-19, decorrentes da alta velocidade de transmissibilidade da doença, cujo pico de contágio desencadeia colapso nos serviços de saúde, caso não sejam implementadas medidas efetivas de controle da disseminação do vírus e ampliação do sistema de saúde. O isolamento social, principal medida de prevenção de contágio adotada pelos países acometidos e recomendada pela OMS, pode impor ainda mais estresse, uma vez que diminui a mobilidade relacional³.

Além disso, o aumento exponencial de casos e de mortes, bem como as medidas de controle podem levar ao medo generalizado, estigma e exclusão social de pacientes,

familiares e sobreviventes. Tais aspectos psicológicos presentes nas epidemias normalmente são negligenciados, desencadeando risco de sofrimento psíquico e aumento de psicopatologias⁴. As consequências psicológicas se intensificam ainda mais no período de hospitalização, sobretudo nos casos mais graves da COVID-19 que necessitam de ventilação mecânica nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

Embora a ventilação mecânica seja uma das principais ferramentas no tratamento de pacientes graves, trata-se de um procedimento invasivo sujeito a complicações, o que torna indispensável o rápido retorno do paciente à respiração espontânea. 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. Nesse processo, é comum os pacientes desenvolverem um quadro de ansiedade e *delirium*, dificultando o tratamento e a recuperação^{5,6}.

O procedimento de desmame ventilatório 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 mecânica⁷.

O Ministério da Saúde publicou no Diário Oficial da União a Portaria N° 639, de 31 de março de 2020, dispondo sobre a Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo – Profissionais da Saúde”, voltada à capacitação e ao cadastramento de profissionais da área de saúde para o enfrentamento à pandemia do Coronavírus. Entre outras orientações, ressalta-se a importância da redução dos dias de ventilação mecânica invasiva dos pacientes graves através da implantação de medidas, tais como a utilização de protocolos de desmame que incluam avaliação diária da capacidade respiratória espontânea e minimização da sedação⁸.

A ventilação mecânica invasiva é descrita como a causa dos maiores desconfortos nos pacientes internados em UTI, tais como sensação de sufocamento, náuseas e lesões decorrentes do tubo endotraqueal⁹. Pesquisas evidenciam que os pacientes de insuficiência respiratória crônica apresentam mais queixas sintomáticas de psicopatologia que controles congêneres saudáveis¹⁰. Em outra pesquisa realizada com pacientes internados em UTI, foram identificados três principais fatores estressantes na visão dos pacientes: ver a família e

os amigos por apenas alguns minutos por dia, ter tubos no nariz e/ou na boca e não ter controle de si mesmo ¹¹.

Com efeito, a utilização da ventilação mecânica pode ser compreendida como uma experiência perturbadora, que pode provocar sintomas ansiogênicos ¹². Considerando que este recurso 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 ¹³.

No campo da psicologia hospitalar, mais especificamente, a escassez na produção de conhecimento nessa temática é ainda maior. Após ampla investigação em indexadores de pesquisas como MEDLINE, SCIELO, BVS-PSI, LILACS e o portal de periódico CAPES, tendo utilizado os descritores “desmame ventilatório”, “ventilação mecânica” e “psicologia”, notou-se a inexistência de estudos que se voltam para a compreensão aprofundada do tema.

Neste panorama, a pergunta-problema que conduziu esta investigação pode ser sintetizada da seguinte forma: como se dá a atuação do psicólogo na UTI frente aos pacientes em desmame ventilatório com COVID-19? Parte-se da hipótese de que um protocolo de atendimento psicológico pode nortear intervenções para minimizar os impactos emocionais decorrentes do adoecimento, tratamento, isolamento e hospitalização. Assim, o objetivo desta pesquisa consistiu em elaborar um protocolo de atendimento que subsidie o desenvolvimento de estratégias e intervenções psicológicas direcionadas aos pacientes com COVID-19 em desmame ventilatório, identificando e manejando os aspectos emocionais dos pacientes e familiares envolvidos nesse processo.

Metodologia

O presente estudo é um desdobramento da pesquisa intitulada [informação suprimida para garantir revisão às cegas], vinculada ao Trabalho de Conclusão de Curso de uma Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade [informação suprimida para garantir revisão às cegas]. Utilizou-se a metodologia qualitativa e, na coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com cinco psicólogos e observação participante interventiva com seis pacientes na UTI de um hospital geral público, localizado no município de médio porte da região Nordeste. Atualmente, o referido hospital tem sido referência na região para receber os casos de COVID-19.

Os psicólogos responderam as entrevistas semiestruturadas e os pacientes foram atendidos pela pesquisadora-residente no período de 06 (seis) meses na UTI do referido hospital. As questões das entrevistas abordaram conteúdos relacionados à prática do profissional de psicologia no manejo de pacientes em desmame ventilatório e os atendimentos foram realizados pela pesquisadora-residente deste estudo através da análise funcional do comportamento de pacientes e familiares, sendo registradas informações relevantes em diário de campo. A análise do material coletado compreendeu várias etapas da Análise de Conteúdo, que foram organizadas em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação ¹⁴. As categorias emergentes subsidiaram a construção do instrumento. No período da pesquisa, foram elaboradas várias versões do protocolo de atendimento psicológico, baseados nas entrevistas, na prática da residente-pesquisadora, na aplicação do protocolo e na revisão de literatura sobre a temática. O critério para seleção amostral dos pacientes contactantes da UTI foram: a) estar intubado com previsão de extubação; e/ou b) estar em procedimento de desmame ventilatório.

Foram realizados os seguintes procedimentos: 1) Submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética e posterior aprovação; 2) Realização de entrevistas-piloto para aprimoramento do instrumento; 3) Entrevista semiestruturada com psicólogos que atuam na UTI, identificando as intervenções realizadas com o paciente em desmame ventilatório; 4) Análise do Conteúdo a partir dos dados obtidos com as entrevistas; 5) Primeira versão do protocolo de intervenção com base na categorização das entrevistas; 6) Realização de atendimento psicológico aos pacientes em desmame ventilatório mediante análise funcional do comportamento, como forma de compreender o comportamento dos pacientes e seus familiares no contexto hospitalar, bem como desenvolver estratégias interventivas fundamentadas cientificamente; 7) Segunda versão do protocolo a partir dos atendimentos realizados e registrados em diário de campo; 8) Aplicação e aprimoramento do protocolo através da avaliação da prática desenvolvida; 9) Adaptação do protocolo referente às especificidades de pacientes com COVID-19, conforme pesquisas atuais sobre os impactos emocionais da doença; 10) Versão final no protocolo de intervenção. Após a construção do protocolo de atendimento psicológico voltado aos pacientes em desmame ventilatório, foram realizadas as adaptações necessárias considerando as especificidades do curso da doença e os estudos preliminares sobre a atuação da psicologia nesses casos.

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. 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. Esta pesquisa foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa [informação suprimida para garantir revisão às cegas] (CAAE).

Resultados

O primeiro resultado da pesquisa diz respeito à análise das entrevistas semiestruturadas, cujos relatos possibilitaram a identificação de quatro categorias, apresentadas a seguir:

Categoria A- Aspectos emocionais e orgânicos dos pacientes em ventilação mecânica ou em processo de desmame ventilatório. Nessa categoria, os psicólogos relataram que, comumente, os pacientes sentiam dor, dificuldade respiratória, medo de morrer, ansiedade, humor rebaixado, confusão mental, agitação psicomotora, sendo a dificuldade de comunicação, decorrente da presença do tubo endotraqueal, um fator que potencializa o sofrimento psíquico.

Categoria B- Estratégias interventivas do psicólogo frente ao paciente em desmame ventilatório. Essa categoria contempla as intervenções mais utilizadas nesses casos, tais como: avaliação psicológica (relacionada às posturas frente à doença e hospitalização, formas de enfrentamento e fatores que prejudiquem o desmame ventilatório), fortalecimento de vínculo, manejo das expectativas e fantasias (sobre o quadro clínico e tratamento), estabelecimento de estratégias comunicacionais, prevenção de *delirium*, promover a consciência, compreensão e aceitação das emoções, análise da função simbólica do respirador e desenvolvimento de atividades consideradas agradáveis pelo paciente no momento do desmame ventilatório.

Categoria C- Atuação do psicólogo junto à equipe multiprofissional. Nessa categoria, os participantes mencionaram a importância do trabalho multiprofissional e a necessidade de mediar a comunicação e conflitos da equipe (principalmente do fisioterapeuta) com o paciente e família que possam interferir na saída da ventilação mecânica.

Categoria D- Atuação do psicólogo frente à família do paciente. Por fim, essa categoria explicita ações direcionadas aos familiares, como acolhimento, análise da dinâmica familiar, estimulação da comunicação e fortalecimento do vínculo paciente-familiar, destacando a importância das orientações sobre motivar o paciente no esforço de sair do

ventilador e estimular comportamento empático frente às dificuldades que o paciente pode apresentar no desmame ventilatório. Tais categorias foram incorporadas na primeira versão do protocolo de atendimento.

O segundo resultado da pesquisa versa sobre a análise das intervenções desenvolvidas pela pesquisadora-residente junto aos pacientes internados na UTI em desmame ventilatório. No diário de campo, foram registradas as ações mais resolutivas que visavam ampliar o repertório comportamental dos pacientes e reforçar diferencialmente os comportamentos relacionados à saída do ventilador. Foram desenvolvidas também estratégias para diminuir o caráter aversivo da experiência de desmame para o paciente e uma exposição sistemática às contingências, ou seja, da vivência das situações, dos contextos, a fim de desenvolver (selecionar, aprender) comportamentos que pudessem ser funcionais no processo de desmame ventilatório. Além disso, os treinos assertivos permitiram o esclarecimento de dúvidas, melhor comunicação com a equipe e a expressão das emoções dos pacientes. Nesse período de observação participante interventiva, foi possível incluir novos itens no protocolo que constituíram a segunda versão. Posteriormente, o protocolo foi aplicado e aprimorado.

O terceiro resultado corresponde à última versão do protocolo (Tabela 1), na qual foram incluídas as especificidades das repercussões emocionais da COVID-19, articulando com a literatura atual sobre o tema. O protocolo possibilita direcionar a atuação do psicólogo frente ao paciente em desmame ventilatório com COVID-19. Este deve ser utilizado quando os pacientes se apresentam contactantes e se estrutura em doze itens: 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; 11. Estratégias e intervenções psicológicas; e 12. Articulações com rede de atenção. Cada item possui subitens que deverão ser assinalados quando a característica descrita for apresentada pelo paciente ou quando a conduta explicitada foi realizada.

Tabela 1 PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO PARA PACIENTES EM DESMAME VENTILATÓRIO COM COVID-19

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"/> país <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 início dos sintomas da COVID-19: ___/___/___ 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): _____	
Fatores de risco de agravamento do COVID-19: <input type="checkbox"/> Acima de 60 anos <input type="checkbox"/> Doença Renal Crônica <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial <input type="checkbox"/> Doenças Imunossupressoras <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Doenças Respiratórias <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Outros: _____	
3. ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO <input type="checkbox"/> Placa de comunicação não-verbal <input type="checkbox"/> Escrita <input type="checkbox"/> Leitura labial <input type="checkbox"/> Piscar de olhos <input type="checkbox"/> Aperto de mão <input type="checkbox"/> Tablet/Notebook/Celular	
4. EXPERIÊNCIAS ANTERIORES DE HOSPITALIZAÇÃO <input type="checkbox"/> Já esteve internado Quantas vezes: _____ Como descreve a experiência: _____	
5. COMPORTAMENTOS RELEVANTES IDENTIFICADOS <input type="checkbox"/> Possui fantasias a respeito do desmame ventilatório <input type="checkbox"/> Padrão regressivo (recusa a tomar medicação e seguir o regime da unidade, postura exigente comportamento dependente, recusa a reconhecer presença de funcionários- finge dormir.) <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: _____ <input type="checkbox"/> Compreende o seu quadro clínico <input type="checkbox"/> Redução do repertório comportamental <input type="checkbox"/> Compreende o processo de desmame ventilatório <input type="checkbox"/> Alterações do sono <input type="checkbox"/> Compreende a necessidade do isolamento de contato <input type="checkbox"/> Agitação <input type="checkbox"/> Incômodo em decorrência do tubo <input type="checkbox"/> Confusão mental <input type="checkbox"/> Desconforto respiratório <input type="checkbox"/> Medo <input type="checkbox"/> Sensação de Aprisionamento <input type="checkbox"/> Choro frequente <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Solidão decorrente do isolamento <input type="checkbox"/> Raiva <input type="checkbox"/> Percepção de estigma	
6. AVALIAÇÃO DE ASPECTOS INTER-RELACIONAIS POSTURA DA FAMÍLIA* Nome e parentesco: _____ <input type="checkbox"/> Participa do tratamento, tirando dúvidas e solicitando esclarecimentos. <input type="checkbox"/> Passivo no processo de desmame ventilatório. <input type="checkbox"/> Apresenta conflitos com a equipe. <input type="checkbox"/> Apresenta conflitos com o paciente. <input type="checkbox"/> Apresenta distanciamento afetivo com o paciente. <input type="checkbox"/> Apresenta comportamentos que interferem negativamente no desmame do paciente. Quais? _____ INTERAÇÃO COM O PROFISSIONAL DE FISIOTERAPIA: <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta percebe o paciente como poliqueixoso ou muito solicitante. <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta rotula a família como caso-problema. <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta apresenta conflitos com o paciente. <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta apresenta conflitos com a família. <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta é pouco responsivo às solicitações do paciente Obs.: _____ INTERAÇÃO COM OS DEMAIS MEMBROS DA EQUIPE: <input type="checkbox"/> 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
- Equipe apresenta medo de contágio, refletindo na qualidade do cuidado

Obs.: _____

*Preencher esses itens apenas nos hospitais que permitem a visita de familiares aos pacientes com COVID-19.

7. DÉFICITS, EXCESSOS E RESERVAS COMPORTAMENTAIS

DÉFICITS	EXCESSOS	RESERVAS
<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	<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	<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 passíveis de serem realizadas no contexto hospitalar em isolamento e que funcionam como intervenção terapêutica Quais: _____ _____ <div style="text-align: center;">SUPORTE FAMILIAR</div> <input type="checkbox"/> Se sente amparado pela família <input type="checkbox"/> Família possui compreensão do quadro clínico <input type="checkbox"/> Família compreende o desmame ventilatório Familiar com maior vinculação afetiva (nome/parentesco): _____

8. CONDIÇÕES QUE DIFICULTAM O DESMAME:

- Insegurança em relação à retirada da ventilação mecânica
- Medo de não sobreviver sem o aparelho
- Limitação orgânica
- Existem reforçadores condicionados à manutenção da ventilação mecânica
Quais: _____
- Existem reforçadores condicionados à permanência no hospital
Quais _____

9. ATIVIDADES QUE GOSTARIA DE REALIZAR NO MOMENTO DO DESMAME:

- Desenho
 - Pintura
 - Escrita
 - Ouvir música
 - Ver vídeos
 - Conversar
 - Outros
- _____
- _____
- _____
- _____

10. ANÁLISE MOTIVACIONAL

Quais dos seguintes acontecimentos reforçadores são, relativamente, mais eficientes para iniciar ou manter comportamentos favoráveis à saída do ventilador:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Melhoria da saúde
<input type="checkbox"/> Alívio de desconforto físico
<input type="checkbox"/> Autonomia
<input type="checkbox"/> Manifestações de afeto
<input type="checkbox"/> Aprovação social
<input type="checkbox"/> Outros _____ | <input type="checkbox"/> Convivência com familiares*
<input type="checkbox"/> Convivência com amigos*
<input type="checkbox"/> Retorno às atividades laborais*
<input type="checkbox"/> Retorno às atividades de lazer* |
|--|--|

*Motivadores utilizados apenas com o fim das medidas de isolamento social decorrente da pandemia.

11. ESTRATÉGIAS E INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS

- Promoção da livre expressão e validação das emoções, proporcionando uma audiência não-punitiva;
- 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;

- Orientação da equipe à 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;
- Mediação da comunicação com a equipe;
- Mediação da comunicação com a família;
- Discussão do caso com a equipe;
- Inclusão da família ou da equipe nas atividades propostas pela psicologia que ampliam o período de tempo sem o uso da ventilação, evitando aglomerações;
- Orientação à família sobre a influência dos seus comportamentos no desmame ventilatório;
- Orientação à equipe sobre a influência dos seus comportamentos no desmame ventilatório;
- Orientações sobre o quadro clínico, tratamento, contágio, desmame ventilatório e isolamento de contato, de forma articulada com a equipe
- Fortalecimento do vínculo e da confiança entre o fisioterapeuta e o paciente;
- Prevenção de *delirium* e intervenções no espaço físico (mudança de leito, inserção de objetos com valor sentimental, acesso à relógio, janela, calendário, óculos de grau e objetos ocupacionais, etc);
- Favorecer a autonomia, direitos e decisões sobre seu processo saúde-doença-cuidado, elaboração de luto, resolução de conflitos, identificação de desejos e rituais de despedidas, caso o paciente entre em cuidados paliativos.

Outras intervenções: _____

12. ARTICULAÇÕES COM A REDE DE ATENÇÃO

- Assistência Social
- Serviços Especializados em Saúde Mental
- Atenção Básica
- Outro: _____

Discussão

No atual contexto da pandemia do novo Coronavírus, a psicologia pode atuar nas crises psicológicas em diversas situações: 1. No estágio inicial do tratamento de isolamento, intervindo nos estados de negação, ansiedade, raiva, medo, insônia e na avaliação do risco de suicídio; 2. No período intermediário do tratamento de isolamento, atuando no possível sentimento de solidão, dificuldade de adesão ao tratamento ou expectativas excessivas; 3. Na fase do tratamento com pacientes que apresentam dificuldade respiratória, intervindo na ansiedade extrema, dificuldade de expressão de sentimentos, pânico de morrer; 4. Pacientes leves isolados em casa e pacientes com febre que foram ao hospital para tratamento, atuando nas eventuais demandas de desamparo, pessimismo, estresse ou vergonha, bem como orientando os pacientes sobre a doença, a necessidade de isolamento e o uso de métodos modernos de comunicação para fortalecer apoio social; 5. Pacientes com suspeita de COVID-19, intervindo no medo de ser discriminado, estresse ou ansiedade; 6. Profissionais de saúde que apresentem tensão, fadiga, exaustão, depressão, frustração, irritabilidade, receio de errar diagnósticos ou medo de contaminar familiares ¹⁵. No Brasil, muitos psicólogos têm realizado

atendimentos psicológicos online para a população geral em isolamento social e para profissionais de saúde. Neste artigo, focaremos apenas nas intervenções voltadas aos pacientes em estado grave que estejam fazendo uso da ventilação mecânica na UTI.

Embora o isolamento de contato seja reconhecidamente importante para o controle de contágio, as reações emocionais e comportamentais são variadas, visto que os pacientes isolados além de ter sua rotina interrompida abruptamente, estão expostos a mais tensões, limitações sobre a liberdade de movimento e a capacidade de se comunicar¹⁶. Assim, o acompanhamento psicológico de pacientes com COVID-19 e familiares 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 hospitalar utiliza-se de instrumentos norteadores da prática que possibilitam a adoção e/ou mudança de comportamentos do tripé paciente-família-equipe necessárias para promover a melhor adaptação do paciente às circunstâncias inerentes ao processo de adoecimento, tratamento e hospitalização¹⁷.

O protocolo é um instrumento descritivo de padronização de rotinas que direciona o processo de assistência. A utilização dessa ferramenta pela psicologia numa instituição hospitalar é uma estratégia que possibilita 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^{18,19,20}. Os psicólogos e psiquiatras são frequentemente desencorajados a entrar nos locais de isolamento para pacientes com COVID-19 por serem considerados “pessoal não essencial”²¹, porém as urgências psíquicas podem interferir diretamente na evolução dos pacientes, principalmente nos casos internados em UTI.

Torna-se digno de menção que os itens não precisam ser preenchidos em atendimento único, uma vez que a avaliação e as intervenções psicológicas são processuais, podendo ser contemplados no decorrer das sessões. A seguir, serão descritos todos os itens que constituem o protocolo de atendimento direcionado aos pacientes com COVID-19 em desmame ventilatório.

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. É importante mencionar que as medidas de isolamento de contato adotadas no hospital podem restringir o atendimento psicológico de familiares. No hospital pesquisado, devido aos casos de COVID-19, a direção optou por manter acompanhantes nas enfermarias apenas para pacientes maiores de 60 anos e menores de 18 anos. Nas UTIs, as visitas foram suspensas, e os profissionais apenas passam o boletim de cada caso.

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 na forma como interage e se comunica com a equipe e a família, como se movimenta pelo espaço, sua autonomia e autopercepção 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 ²².

O tipo de dispositivo utilizado para auxiliar na respiração do paciente (tubo endotraqueal, dispositivos de ventilação não invasiva, 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. A identificação dos fatores de risco de agravamento do COVID-19 pode ser mais um indicativo importante na compreensão do quadro clínico do paciente, visto que o psicólogo pode analisar as possíveis fantasias, mecanismos de defesa e expectativas de pacientes e familiares sobre o prognóstico. Desse modo, essas informações são fundamentais na formulação de um diagnóstico psicológico e planejamento terapêutico.

3. Experiências anteriores com a hospitalização

Espinha e Amatuzzi ²³ afirmam que: o estado emocional dos pacientes interfere na condição física, que os aspectos objetivos não se mostram tão relevantes para a qualidade subjetiva da hospitalização quanto o significado de sua vivência e que os cuidados referentes às regras e rotinas hospitalares são recebidos de maneira diversa por cada paciente. Nesse sentido, as experiências pregressas do paciente com outras hospitalizações podem influenciar na forma como o paciente se comporta diante da repetição desse contexto. Desse modo, é importante investigar a percepção do paciente a respeito dessas experiências, analisar 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 olhos 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 para facilitar a comunicação. Caso seja possível, o uso de algumas tecnologias (tablet, notebook ou celular) pode ser um recurso a mais para facilitar a comunicação ou até mesmo para permitir o atendimento online sem situações específicas. Recentemente, o Conselho Federal de Psicologia flexibilizou as exigências para o atendimento à distância no período de pandemia do COVID-19, mas reforçou que os casos de urgência e emergência psicológicas devem ser atendidos preferencialmente de forma presencial ²⁴.

5. Comportamentos relevantes identificados

Neste item, são assinalados os comportamentos relevantes identificados durante os atendimentos dos entrevistados e da residente-pesquisadora 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.

Considerando as possíveis repercussões emocionais dos pacientes com COVID-19, é necessário mencionar a necessidade de identificar os seguintes comportamentos que foram incluídos no protocolo: sensação de aprisionamento, solidão, dificuldade de compreender o isolamento de contato, raiva e percepção de estigma no contexto do internamento. Pesquisas evidenciam que sintomas de ansiedade e depressão são comuns nos pacientes em isolamento de contato, principalmente devido ao estigma da vivência de uma doença infectocontagiosa e ao bloqueio do fluxo da interação social, sendo necessário o desenvolvimento de estratégias psicológicas nos níveis educativo, organizacional, estrutural, comunicativo e avaliativo para reduzir os aspectos emocionais negativos ¹⁶.

6. Avaliação de aspectos inter-relacionais

Neste item, o psicólogo deve avaliar a postura da família (apenas nos hospitais que permitem a entrada de visitantes, visto que as restrições são maiores no período de epidemia) e a interação com a equipe multiprofissional, principalmente com o fisioterapeuta, uma vez que participa mais ativamente do processo de desmame ventilatório. É necessário identificar possíveis conflitos ou rótulos que dificultem a saída da ventilação mecânica, pois podem deixar os pacientes mais inseguros. Vale ressaltar que o psicólogo deve ficar atento à eventual manifestação de medo de contágio por parte de algum membro da equipe. Além do paciente sentir-se estigmatizado, é possível que o medo reflita na qualidade do cuidado, gerando menos monitoramento, orientações e evoluções diárias ¹⁶.

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 ²⁵.

Este item é destinado aos déficits, excessos e reservas comportamentais que foram elencados no protocolo após análise de dados das entrevistas e do diário de campo. Os déficits comportamentais correspondem 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. Ou seja, 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 ²⁵. Um exemplo seria reação social reduzida (retraimento), que no contexto hospitalar pode implicar em dificuldade para tirar dúvidas com o médico e interagir com a equipe.

Os excessos comportamentais, por sua vez, 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 ²⁵. 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.

As reservas comportamentais são comportamentos não-problemáticos. O que o paciente faz bem, seus talentos, comportamentos sociais adequados ²⁶. O conteúdo de experiências de vida que pode ser utilizado para executar um programa terapêutico é ilimitado ²⁵. 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.

É importante mencionar que devido ao isolamento de contato dos pacientes com COVID-19, as demonstrações de suporte e afeto familiares precisarão ser ressignificadas no contexto hospitalar. Além disso, os familiares que estavam em convívio próximo ao paciente no período do contágio, possivelmente, estarão isolados em domicílio, sendo necessário encontrar outros meios de manter a comunicação e a interação à distância, principalmente nos momentos de desmame ventilatório.

8. Condições que dificultam o desmame

Algumas características do paciente podem funcionar como entraves para o 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 ²². 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, por exemplo, a 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 desmame ventilatório, algumas atividades consideradas agradáveis pelo paciente podem ser realizadas nesse momento. Deve-se respeitar as recomendações de isolamento de contato no desenvolvimento das atividades. 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. É importante mencionar que nos lugares com recomendação de isolamento social pelos gestores e autoridades em saúde pública, alguns itens não poderão ser utilizados como reforçadores.

11. Estratégias e intervenções psicológicas

Nesse item, o protocolo apresenta um conjunto de possibilidades interventivas que foram consideradas mais frequentes e efetivas pelos participantes da pesquisa junto aos pacientes em desmame ventilatório. Com o objetivo de minimizar a ansiedade, a promoção da livre expressão verbal, a validação das emoções e ampliação perceptiva do paciente minimizam a ansiedade e, conseqüentemente, facilitam o desmame ventilatório. O reforço de comportamentos que contribuem com o processo do desmame ventilatório, orientando de forma adequada a equipe e familiares, também favorecem à saída do ventilador e comportamentos assertivos no contexto da internação. Realizar treinos assertivos, orientações sobre o quadro clínico e o isolamento, utilizar motivadores e mediar a comunicação entre paciente-equipe-família são, igualmente, estratégias interventivas importantes. Vale ressaltar que o fortalecimento do vínculo e da confiança entre o fisioterapeuta e o paciente pode ser fundamental no sucesso do desmame ventilatório, uma vez que é o profissional mais presente nesse processo. Além disso, a UTI é um ambiente propício para o aparecimento de *delirium*, sendo necessário realizar intervenções psicológicas preventivas e algumas mudanças no espaço físico.

Por fim, destaca-se a necessidade de intervenções psicológicas em cuidados paliativos para os pacientes com COVID-19 na fase de terminalidade e seus familiares. A presença desnecessária do tubo endotraqueal e da ventilação mecânica pode ser considerada uma forma de prolongar uma morte agonizante. Nesse sentido, a extubação compassiva (paliativa) pode ser um meio de aliviar o sofrimento do paciente quando a morte é esperada²⁷. Esses cuidados exigem uma abordagem especializada para trabalhar o luto antecipatório de familiares e estratégias que garantam a autonomia do paciente nas situações em que ainda encontra-se consciente. As restrições de visitas aos contagiados por COVID-19 têm levado alguns pacientes a vivenciarem uma morte solitária, impondo muitos familiares a conviverem com o dilema de “abandonar” seus entes queridos nos seus últimos momentos, sem a oportunidade de dizer o “último adeus”. Alguns hospitais da Itália, por exemplo, têm optado por permitir visitas presenciais, contato online ou por telefone aos pacientes em terminalidade.

12. Articulações com a rede de atenção

Os indivíduos que atravessam por emergências na saúde pública podem apresentar níveis variados de transtornos de estresse, mesmo após a cura, alta hospitalar e controle da epidemia ²¹, indicando a necessidade de garantia da continuidade do cuidado mediante articulações com a rede de atenção. Considerando os impactos na saúde mental e no âmbito social provocados pela pandemia do COVID-19, o protocolo enfatiza a necessidade de realizar o cuidado compartilhado após remissão da infecção viral com os serviços da assistência social, principalmente os pacientes com maior vulnerabilidade social (perda de emprego ou de moradia devido às medidas de isolamento social), serviços especializados em saúde mental (manifestação de crises psiquiátricas no período de hospitalização, especialmente comportamento suicida) e atenção básica. Assim, a psicologia assume o seu compromisso social ao adotar como princípios norteadores de intervenção em crises psicológicas a prevenção, mitigação e contribuição no controle do impacto psicossocial da epidemia, bem como fazer o gerenciamento e tratamento de transtornos mentais graves ¹⁵.

Considerações finais

A elaboração do protocolo de atendimento aos pacientes em desmame ventilatório com COVID-19 sistematizou as condutas, os conhecimentos teóricos e as estratégias interventivas que podem ser aplicadas por psicólogos que atuam nesses casos, aperfeiçoando a atuação da psicologia na UTI e proporcionando uma melhoria na assistência prestada no SUS. No meio potencialmente iatrogênico, como o da UTI, o atendimento psicológico pode ser um recurso fundamental para reduzir os impactos emocionais negativos que emergem nesse ambiente, sobretudo no contexto de calamidade pública decorrente da pandemia do novo Coronavírus.

À guisa de conclusão, espera-se que esta pesquisa tenha apontado possibilidades interventivas e reflexões relevantes no que tange à atuação do psicólogo hospitalar frente aos pacientes graves com COVID-19, uma vez que a doença teve início recente e carece de pesquisas científicas. A aplicação do protocolo pode contribuir na saída mais rápida e adequada da ventilação mecânica e, conseqüentemente, diminuir as eventuais complicações do uso prolongado e liberar os ventiladores para outros pacientes em um contexto atual de saturação dos serviços de saúde. Com efeito, é importante ressaltar a necessidade de outros estudos referentes à temática com o objetivo de aprofundar o tema e/ou ampliar o conjunto de estratégias interventivas junto aos pacientes com COVID-19 internados na UTI.

Por fim, é importante destacar que à medida que a pandemia progride, aumenta a vulnerabilidade social e as fragilidades emocionais. Os psicólogos hospitalares acolhem a angústia, o desespero e o medo de morrer, de perder entes próximos, de perder emprego ou até mesmo a dignidade. Nos corredores dos hospitais, é possível ouvir também os sussurros ou, até mesmo, os gritos de dor. A dor não se manifesta apenas mediante os procedimentos invasivos, mas através da tristeza, da sensação de total perda de controle (às vezes, do próprio corpo), da restrição da liberdade e da privação do afeto. O sofrimento torna-se quase invisível, pois não é mensurável e não aparece na matemática dos dados divulgados. Em tempos de desesperança, o encontro com o terapeuta pode catalisar transformações, novas formas de lidar com o coletivo, a oportunidade de ressignificar a vida ou ampliar o modo de perceber a realidade. Nesse sentido, o protocolo não pode ser utilizado mecanicamente, desconsiderando as idiossincrasias de cada encontro entre terapeuta-paciente. O protocolo apenas apresenta caminhos possíveis e potentes para sustentar a prática do psicólogo hospitalar, podendo ser aprimorado ou reinventado em pesquisas futuras.

Referências

1. OPAS/OMS. Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus). 2020. [acesso em 05 de abril 2020] disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875
2. Brasil. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública. Ministério da Saúde, 2020.
3. Yuki M, Schug J. Psychological consequences of relational mobility. *Current Opinion in Psychology*. [Internet] 2020 Abr. [acesso 05 de abril de 2020];32:129-32. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352250X19301095>
4. Zhang J, Wu W, Zhao X, Zhang W. Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. *Precision Clinical Medicine* [Internet] 2020 [acesso 05 de abril de 2020]; 00(00):1-6. Disponível em: <https://academic.oup.com/pcm/article/3/1/3/5739969>
5. Silva SG da, Nascimento ERP do, Salles RK de. Bundle to prevent ventilator-associated pneumonia: a collective construction. *Texto & Contexto - Enfermagem*. [Internet] 2012 Dez. [acesso 05 de abril de 2020];21(4):837–44. Disponível em: <http://www.index-f.com/textocontexto/2012pdf/e21-837.pdf>

6. Pham T, Brochard LJ, Slutsky AS. Mechanical Ventilation: State of the Art. *Mayo Clin Proc.*[Internet] 2017[acesso 05 de abril de 2020];92(9):1382–400. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025619617303245>
7. Goldwasser R, Farias A, Freitas EE, Saddy F, Amado V, Okamoto V. Desmame e interrupção da ventilação mecânica. *Jornal Brasileiro de Pneumologia.* [Internet]2007 Jul. [acesso 05 de abril de 2020] ;33:128–36. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2007000300021&script=sci_arttext
8. Brasil. Portaria Nº 639, de 31 de março de 2020. Dispõe sobre a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo - Profissionais da Saúde", voltada à capacitação e ao cadastramento de profissionais da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). *Diário Oficial da União.* 31 mar 2020.
9. Amorim Cunha F, Felícia de Sousa Oliveira A. Complicações decorrentes da ventilação mecânica ao paciente de Unidades de Terapia Intensiva (uti) adulto. *HRJ.* [Internet] 2018 Mar. [acesso 5 de abril de 2020]; 1(1):138–61. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/eea9/0d5aea9bf463e669bb289d3bd2659f778ddb.pdf>
10. Martins A, Silva A I, & Nêveda R. Ajustamento psicológico de doentes com insuficiência respiratória crônica em ventilação mecânica domiciliária. *Revista Portuguesa de Psicossomática.* [Internet] 2005. [acesso em 05 de Abr 2020]. 7(1-2): 125-137. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/287/28770210.pdf>
11. Bitencourt AGV, Neves FBCS, Dantas MP, Albuquerque LC, Melo RMV de, Almeida A de M, et al. Análise de estressores para o paciente em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva.* [Internet] 2007 Mar[acesso 5 de abril de 2020];19(1):53–9. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2007000100007&script=sci_arttext&tlng=pt
12. Romano B. W. Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais. São Paulo. Casa do Psicólogo, 1999.
13. Vargas MHM, Scherf MF, Souza BDS. Principais critérios relacionados ao sucesso e insucesso do desmame da ventilação mecânica invasiva. *Revista saúde integrada.* [Internet] 2019 jul. [acesso 05 de abril de 2020];12(23):162–77. Disponível em: <http://local.cneccsan.edu.br/revistas/index.php/saude/article/view/717>
14. Bardin L. Análise de conteúdo. Edições 70, Lisboa, 1997.
15. National Health Commission of China. A notice on the issuance of guidelines for emergency psychological crisis intervention in pneumonia for novel coronavirus infections. 2020.
16. Duarte T de L, Fernandes LF, Freitas MMC, Monteiro KCC. Repercussões psicológicas do isolamento de contato: uma revisão. *Psicologia Hospitalar.* [Internet] 2015 Ago. [acesso 05 de abril de 2020];13(2):88–113. Disponível em:http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092015000200006

17. Azevêdo AV dos S, Crepaldi MA, Azevêdo AV dos S, Crepaldi MA. A Psicologia no hospital geral: aspectos históricos, conceituais e práticos. Estudos de Psicologia (Campinas). [Internet] 2016 Dez. [acesso 05 de abril de 2020];33(4):573–85. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2016000400573&script=sci_arttext
18. Vieira MFC, Oliveira MLC de, Vieira MFC, Oliveira MLC de. Protocolo de Atendimento Psicológico em um Serviço de Reprodução Humana Assistida do Sistema Único de Saúde - SUS. Psicologia: Teoria e Pesquisa [Internet]. 2018 [acesso 5 de abril de 2020]; 34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-37722018000100508&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
19. Silva LA, Vergara AP, Avelar KES, Cardoso FT. Protocolo de avaliação psicológica em hospitais: humanização do atendimento. Semioses. [Internet] 2016 Dez. [acesso 05 de abril de 2020];10(3):13-20. Disponível em: <http://apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/Semioses/article/view/1981996X.2016v10n3p13>
20. Guimarães Neto AC, Porto JDS. Utilização de instrumentos de avaliação psicológica no contexto hospitalar: uma análise da produção brasileira. Revista da SBPH. [Internet] 2017 Dez. [acesso 05 de abril de 2020] ;20(2):66–88. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582017000200005
21. Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. The Lancet Psychiatry [Internet] 2020 [acesso 05 de abril de 2020]; (4)7, 2020, 300-302. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30073-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30073-0/fulltext)
22. Presto B, Damázio L. Fisioterapia na UTI. 2.ed. Rio de Janeiro, Elsevier, 2009.
23. Espinha TG, Amatuzzi MM. O cuidado e as vivências de internação em um hospital geral. Psicologia: Teoria e Pesquisa. [Internet]. 2008 Dez. [acesso 05 de abril de 2020] ; 24(4):477-85. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722008000400011&script=sci_arttext&tlng=pt
24. CFP. Nota orientativa às(aos) psicólogas(os). Trabalho voluntário e publicidade em psicologia, diante do Coronavírus (COVID-19). 2020.
25. Kanfer F H, Saslow G. An outline for behavioral diagnosis. Behavior Therapy Assessment. New York, Springer Publishing Company, 1976.
26. Kohlenberg R J, Tsai M. Psicoterapia analítica funcional: Criando relações terapêuticas intensas e curativas. ESETEC [Internet] 2001. [acesso 05 de abril de 2020] Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/001224429>
27. Kok VC. Compassionate extubation for a peaceful death in the setting of a community hospital: a case-series study. Clin Interv Aging. [Internet] 2015. [acesso 05 de abril de 2020]; 10:679–85. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4396346/>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos que compõem essa dissertação apresentam distintos resultados que podem ser analisados separadamente ou de forma articulada. O primeiro estudo é mais abrangente e pode trazer contribuições interdisciplinares, visto que abrange os aspectos emocionais relacionados ao uso da ventilação mecânica invasiva que podem interferir diretamente nos resultados alcançados do plano terapêutico de outros profissionais de saúde, à exemplo do fisioterapeuta na condução do desmame ventilatório.

O primeiro estudo possibilitou a compreensão das vivências de pacientes submetidos à VMI e foi fundamental para refletir acerca das possíveis estratégias que poderiam ser utilizadas por psicólogos intensivistas. Os achados revelaram que a ventilação é percebida de forma chocante, desagradável, angustiante e triste. Foram identificadas também alterações significativas na memória, no pensamento, na sensopercepção e sonhos perturbadores. O fisioterapeuta, o psicólogo, a família e a religiosidade surgiram como dispositivos importantes na redução da ansiedade.

Os relatos dos pacientes revelaram sua linguagem própria e a maneira como percebiam à realidade vivida na UTI. Não raro, emergiram sentimentos ambíguos que são próprios de uma vivência hospitalar, marcada por incertezas e situações imprevisíveis. As narrativas, em certa medida, desnudaram como normalmente se apresenta o paciente no *setting* terapêutico do psicólogo hospitalar, expressando seus medos, dores e angústia. Alguns pacientes-participantes tinham dificuldades até mesmo de lembrar e nomear o que foi vivido, mas havia notadamente uma tentativa de elaborar o que parecia ser incompreensível.

Um dos elementos que chamou atenção foi a diferença entre os significados atribuídos a determinadas experiências hospitalares a partir de grupos sociais diversos. No estudo 1, por exemplo, os pacientes relataram ser recorrente dificuldades de memória e a presença de sonhos perturbadores, que afetavam diretamente no modo como lidavam com a experiência de adoecimento. No estudo 3, por sua vez, os psicólogos intensivistas descreveram sobre várias reações emocionais dos pacientes que foram também mencionadas por eles, mas não identificaram as alterações de memória e as experiências oníricas como demandas que precisavam de intervenções psicológicas específicas. Isso evidencia a importância de realizar triangulação dos dados de diferentes segmentos - profissionais e usuários - para avaliar, intervir e elaborar tecnologias de cuidado.

Nesse caso, dar voz tanto aos psicólogos intensivistas quanto aos pacientes possibilitou a inclusão de intervenções diversificadas, articulando a vivência pessoal do

adoecimento do paciente internado com a perspectiva técnica e científica dos profissionais atuantes. Acrescenta-se que esse objeto de estudo perpassou também pela experiência da própria psicóloga-pesquisadora, visto que acompanhou muitos casos de pacientes em uso de ventilação mecânica. Portanto, essa vivência prática permitiu a elaboração de estratégias mais focadas nas situações-problema e mais exequíveis em um contexto de UTI, conectando estudos e a prática profissional.

O segundo estudo pode ser considerado como um desdobramento do primeiro estudo, uma vez que apresentou um protocolo de atendimento psicológico para pacientes submetidos à VMI com vistas a integralizar e sistematizar os conhecimentos teórico-práticos encontrados na literatura e nos dados empíricos, a partir das demandas apresentadas pelos pacientes. Do mesmo modo, a elaboração do protocolo de atendimento aos pacientes em desmame ventilatório com COVID-19 sistematizou as condutas, os conhecimentos teóricos e as estratégias interventivas que podem ser aplicadas por psicólogos que atuam nesses casos, alinhando-se às atuais prioridades das políticas públicas de saúde em período pandêmico.

O instrumento desenvolvido no terceiro estudo agregou estratégias importantes que consideram o contexto de isolamento social comunitário e de isolamento de contato no ambiente hospitalar que desencadeiam sentimentos de solidão, abandono e estigma. As mudanças nos rituais de despedida nesse período de pandemia também dificultam a elaboração do luto, podendo a psicologia utilizar estratégias novas ou recursos tecnológicos que permitam a vivência do luto com suporte social. Além disso, o luto coletivo e as perdas múltiplas podem ser fatores que evoluam para um luto complicado. Nesse sentido, compreender as singularidades do processo de adoecimento em tempos de covid-19, possibilitou a elaboração de um protocolo adaptado que contribuísse para a atuação da psicologia frente aos pacientes em desmame ventilatório.

À guisa de conclusão, os achados e os instrumentos desenvolvidos nessa dissertação possibilitam uma prática fundamentada eticamente e cientificamente na UTI, bem como apresentam caminhos possíveis e potentes para subsidiar a prática do psicólogo no âmbito hospitalar. Considera-se essa pesquisa com resultados provisórios e situados em dado contexto, o que acena para a necessidade constante de novos estudos. Destarte, espera-se que as discussões apresentadas e os protocolos propostos sejam constantemente aprimorados ou reinventados.

APÊNDICE A – Instrumentos de coleta de dados

Formulário de dados dos pacientes- Estudos 1 e 2

Nome Completo	
Idade	
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Outro. Especificar:
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> União de fato/Vive junto com algum companheiro(a) <input type="checkbox"/> Outro. Especificar:
Escolaridade	<input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Ensino Médio <input type="checkbox"/> Ensino Superior Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo (Graduado).
Profissão/Ocupação	
Residência	<input type="checkbox"/> Reside em Vitória da Conquista <input type="checkbox"/> Reside em Outra Cidade. Especificar:
Motivo de Internação em UTI	
Diagnóstico	
Tempo em Ventilação Mecânica	
Em casos de mais de uma tentativa de desmame	Quantas tentativas: Quais os aspectos identificados pela equipe ou fisioterapeuta como motivo da falha:
Há quanto tempo o paciente está fora do ventilador	

Roteiro de entrevista com os pacientes - Estudos 1 e 2

1. Como foi sua experiência na UTI no período em que estava com ventilação mecânica?
2. Como você se sentiu no período em que estava intubado?
3. Quais as principais dificuldades que enfrentou no processo de desmame ventilatório?
4. Quais as principais estratégias que utilizou para enfrentar a situação?
5. Qual o papel da sua família nesse processo?
6. Como se deu a sua relação com a equipe de profissionais de saúde durante esse processo?
(Citar o fisioterapeuta, caso o paciente não mencione).
7. Como foram os atendimentos psicológicos no período de internação na UTI? (Perguntar apenas para os pacientes que foram atendidos por psicólogos no setor).

Comportamentos não-verbais considerados relevantes pelo entrevistador identificados durante a entrevista:

Roteiro de Entrevista com Psicólogos - Estudo 3

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?
9. Exemplifique a sua atuação com um caso.

Roteiro de campo – estudo 3

NOME DO PACIENTE: _____
LOCAL DE OBSERVAÇÃO: _____ **DATA DA OBSERVAÇÃO:** _____
Nº DO ATENDIMENTO: _____ **TEMPO DE OBSERVAÇÃO:** _____

ANÁLISE FUNCIONAL DO COMPORTAMENTO:

MUDANÇAS COMPORTAMENTAIS IDENTIFICADAS:

DIFICULDADES IDENTIFICADAS NA APLICAÇÃO (problemas / hipóteses):

SUGESTÃO DE INCLUSÃO, EXCLUSÃO OU ALTERAÇÃO DE ITENS DO PROTOCOLO:

REFLEXÕES DA PESQUISADORA (Etapas da pesquisa-ação: 1. Planejamento, 2. Ação; 3. Descrição/Monitoramento; 4. Avaliação):

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

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**Desmame Ventilatório na perspectiva de pacientes internados em UTI: aprimoramento de Protocolo de Atendimento Psicológico**”. Nesta pesquisa, o objetivo é analisar as experiências de pacientes submetidos ao processo de desmame ventilatório na UTI de um hospital público de emergência, 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 do aprimoramento 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 ou modificação na forma em que é atendido pelo Hospital Geral de Vitória da Conquista.

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; Karla Driele da 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 **“Desmame Ventilatório na perspectiva de pacientes internados em UTI: aprimoramento de Protocolo de Atendimento Psicológico”**, 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 2021.

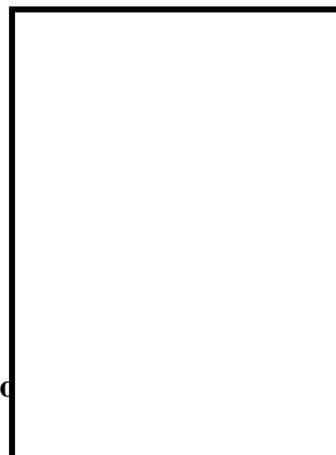
Nome completo (participante)

Data

Nome completo (pesquisador responsável)

Data

Impressão do dedo polegar caso não saiba assinar.



APÊNDICE C – Protocolo de Atendimento Psicológico

name

Ventilatório.

1 – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
Data ___/___/_____ Nome: _____	Idade: _____
Prontuário: _____	
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Ala/leito: _____ Profissão: _____
Estado civil: <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <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. QUADRO CLÍNICO	
Motivo da internação/diagnóstico: _____	
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. ESTRATÉGIAS DE COMUNICACIONAIS	
<input type="checkbox"/> Escrita em papel	<input type="checkbox"/> Piscar de olhos (códigos de comunicação)
<input type="checkbox"/> Escrita na lousa	<input type="checkbox"/> Apertos na mão (códigos de comunicação)
<input type="checkbox"/> Objetos, miniaturas, fotos	<input type="checkbox"/> Leitura labial
<input type="checkbox"/> Prancha de comunicação não-verbal	<input type="checkbox"/> Gestos
<input type="checkbox"/> Imagens em lâminas de comunicação	<input type="checkbox"/> Tecnologias digitais
4. HISTÓRICO DE HOSPITALIZAÇÃO	
<input type="checkbox"/> Já esteve internado	Quantas vezes: _____
Como descreve a experiência e como isso afeta a hospitalização atual: _____	
5. COMPORTAMENTOS RELEVANTES	
<input type="checkbox"/> Auto-regras, ideias fantasiosas ou expectativas irreais sobre o desmame ventilatório	
<input type="checkbox"/> Padrão regressivo; dependência; recusa às terapêuticas, atendimentos ou ao regime da unidade	
<input type="checkbox"/> Atribui o seu desempenho no desmame ventilatório a fatores aleatórios incontrolláveis	
<input type="checkbox"/> Possíveis funções simbólicas exercidas pelo ventilador:	

<input type="checkbox"/> Compreende satisfatoriamente seu quadro clínico	<input type="checkbox"/> Redução do repertório comportamental (decréscimo em habilidades sociais, dificuldade de concentração)
<input type="checkbox"/> Entende o processo de desmame ventilatório	<input type="checkbox"/> Alterações do sono
<input type="checkbox"/> Incômodo ou dores em decorrência do tubo	<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora
<input type="checkbox"/> Desconforto respiratório	<input type="checkbox"/> Confusão mental
<input type="checkbox"/> Ansiedade	
<input type="checkbox"/> Raiva	

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Angústia | <input type="checkbox"/> Medo |
| <input type="checkbox"/> Sensação de desamparo | <input type="checkbox"/> Sensação de pânico |
| <input type="checkbox"/> Solidão | <input type="checkbox"/> Choro frequente |
| <input type="checkbox"/> Sentimento de perda | <input type="checkbox"/> Humor rebaixado |

**6. ASPECTOS INTERACIONAIS
RELAÇÃO COM A FAMÍLIA**

Nome e parentesco: _____

- Participa ativamente do cuidado, 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 FISIOTERAPEUTA

- 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 necessárias do paciente

Obs.: _____

INTERAÇÃO COM A EQUIPE

Posturas ou reações que interferem no desmame ventilatório do paciente: _____

7. REPERTÓRIO COMPORTAMENTAL

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 <input type="checkbox"/> Realizar solicitações necessárias à equipe <input type="checkbox"/> Tirar dúvidas sobre o tratamento ou quadro clínico com o médico <input type="checkbox"/> Interagir com a equipe <input type="checkbox"/> Interagir com a família <input type="checkbox"/> Redução na eficiência comportamental: <input type="checkbox"/> Decréscimo em habilidades sociais <input type="checkbox"/> Dificuldade de concentração 	<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"/> Respostas de esquiva e/ou fuga (o que sugere expectativa ou um controle por eventos futuros) <input type="checkbox"/> Relatos verbais de estados internos desagradáveis <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 passíveis de serem realizadas no contexto hospitalar com função 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>Familiar com maior vinculação afetiva (nome/parentesco): _____</p>

8. FATORES QUE DIFICULTAM O DESMAME

- Insegurança em relação à retirada da ventilação mecânica
- Medo de não sobreviver sem o aparelho
- Limitação orgânica
- Existem reforçadores condicionados à manutenção da ventilação mecânica

Quais: _____

Existem ganhos secundários

9. ATIVIDADES QUE GOSTARIA DE FAZER NO MOMENTO DO DESMAME VENTILATÓRIO

- Desenhar
- Pintar
- Escrever
- Ouvir música
- Assistir vídeos
- Conversar
- Outros

Quais:	
10. ANÁLISE DAS MOTIVAÇÕES Quais dos seguintes acontecimentos reforçadores são, relativamente, mais eficientes para iniciar ou manter comportamentos favoráveis à saída do ventilador:	
<input type="checkbox"/> Melhoria da saúde <input type="checkbox"/> Alívio de desconforto físico <input type="checkbox"/> Autonomia <input type="checkbox"/> Manifestações de afeto <input type="checkbox"/> Aprovação social	<input type="checkbox"/> Convivência com familiares <input type="checkbox"/> Convivência com amigos <input type="checkbox"/> Retorno às atividade laborais <input type="checkbox"/> Retorno às atividade de lazer <input type="checkbox"/> Outros:
11. CONDUTAS ADOTADAS	
<input type="checkbox"/> Promoção da livre expressão verbal e validação das emoções; <input type="checkbox"/> Ampliação perceptiva do paciente sobre as distorções relacionadas ao processo de desmame ventilatório; <input type="checkbox"/> Facilitação da percepção das variáveis que controlam e que mantém os comportamentos que prejudicam o desmame ventilatório; <input type="checkbox"/> Realização de atividades agradáveis para o paciente nos momentos em que o paciente está fora do ventilador; <input type="checkbox"/> Reforço de comportamentos que contribuem com o processo do desmame ventilatório; <input type="checkbox"/> 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); <input type="checkbox"/> Orientar a equipe a respeito da disponibilidade de reforçadores de maneira indiscriminada, condicionando o estímulo reforçador à saída do ventilador; <input type="checkbox"/> 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; <input type="checkbox"/> Utilização dos motivadores identificados que estão à disposição do psicólogo/equipe/família para a modificação do comportamento do paciente em prol de sua recuperação; <input type="checkbox"/> Comunicação com a equipe sobre os aspectos psicológicos pertinentes para que possam ajustar suas condutas; <input type="checkbox"/> Inclusão da família e a equipe nas atividades propostas pela psicologia que ampliam o período de tempo sem o uso da ventilação; <input type="checkbox"/> Transmissão de informações sobre o quadro clínico e processo de desmame, juntamente com a equipe. <input type="checkbox"/> Participação no momento do desmame ventilatório; <input type="checkbox"/> Orientação à família sobre a influência dos seus comportamentos no desmame ventilatório; <input type="checkbox"/> Orientação à equipe sobre a influência dos seus comportamentos no desmame ventilatório; <input type="checkbox"/> Fortalecimento do vínculo e da confiança entre o fisioterapeuta e o paciente; <input type="checkbox"/> Prevenção e manejo de <i>delírium</i> (mobilização precoce, incentivar interação, redução de ruídos e de iluminação noturna, uso de relógio e calendário, intervenção ambiental e estimulação de capacidade sensorial, rever uso de medicamentos de um mesmo grupo, manejo da dor e reavaliação de contenção mecânica); <input type="checkbox"/> Mediação da comunicação com a equipe; <input type="checkbox"/> Mediação da comunicação com a família; <input type="checkbox"/> Discussão do caso com a equipe; <input type="checkbox"/> Solicitação presença familiar no momento do desmame; <input type="checkbox"/> Solicitação de visita estendida.	
Outras intervenções: _____ _____	

ANEXOS

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

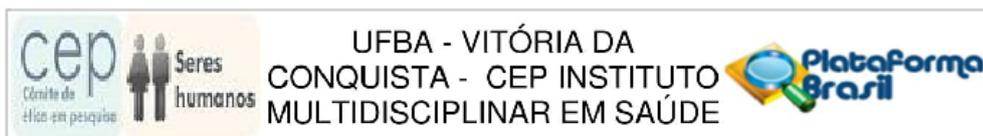
DADOS DO PARECER

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



Continua o do Parecer: 2.926.137

Intensiva do Hospital Geral de Vitória da Conquista. Como técnica de coleta de dados, os instrumentos utilizados serão a observa o 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 atua o do psicólogo junto ao paciente internado na UTI que contemple interven es durante o período de intuba o, desmame ventilatório e p s-extuba o.

Objetivo Secundário:

1. Analisar a atua o do psicólogo junto ao paciente em processo de extuba o;
2. Identificar os aspectos emocionais dos pacientes no processo de extuba o.
3. Realizar o ciclo de investiga o-a o para aprimorar a prática do psicólogo frente aos pacientes em processo de extuba o.

Avalia o dos Riscos e Benefícios:

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

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

Comentários e Considera es 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.

Considera es sobre os Termos de apresenta o obrigatória:

Os termos apresentados são condizentes com a legisla o 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.

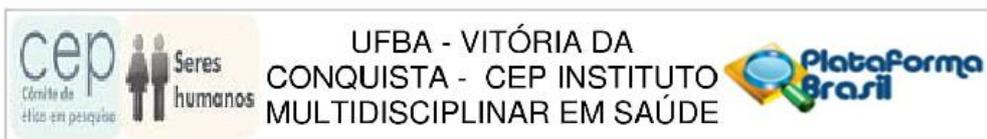
Considerações Finais a critério do CEP:

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	curriculolattesandreatabista.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



Continua o do Parecer: 2.926.137

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

Situa o do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprecia o 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

Metáfora do ônibus e passageiros (Heyes & Smith, 2005)

Imagine que você é o motorista de ônibus, levando muitos passageiros. Eles são os pensamentos, os sentimentos, as lembranças e todas essas coisas que possuímos na vida. O ônibus possui apenas uma porta de entrada e apenas ela. Alguns dos passageiros são extremamente desagradáveis e aparentam ser perigosos. Enquanto isso você dirige o ônibus, e alguns passageiros começam a ameaçar, dizendo o que você tem que fazer, a onde ir, gire a direita, agora acelere, etc., inclusive o insultam, o desanimam, lhe dizem que é um péssimo motorista, um fracassado, que ninguém o aprecia. Você se sente mal, e faz o que eles mandam, para que se calem, para que deixem o ônibus, porém não consegue e discute, os enfrenta. Sem perceber, a primeira coisa que fez foi parar, deixou de dirigir e agora não vai a parte alguma. Além disso, os passageiros são muito fortes, resistem e você não consegue expulsá-los do ônibus. Resignado você retorna a seu assento, dirige e os leva aonde desejam, para acalmá-los.

Desta forma, para que não o incomodem e você não se sinta mal, começa a obedecê-los, e a dirigir o ônibus pelos caminhos que eles indicam, pensando que assim não terá que discutir com eles, nem vê-los. Você faz o que lhe ordenam, e vai se antecipando, pensando em expulsá-los da sua vida. Logo, quase sem perceber, eles sequer precisam ditar suas ordens, “gire à esquerda”, pois você assim o fará para evitar que os passageiros o ameacem. Assim, não irá demorar muito para que comece a justificar suas decisões de modo que quase acredita que eles deixaram o ônibus, e se convencendo de que é você quem dirige o ônibus pela única via possível. O poder desses passageiros se baseia em ameaças do gênero “se você não fizer o que mandamos, voltaremos e faremos com que nos encare, e você passará mal”. Porém, isso é tudo o que podem fazer.

É fato que quando surgem tais passageiros, pensamentos, e sentimentos por demais negativos, parece que podem causar danos expressivos, e por isso você aceita o acordo e faz o que lhe pedem, para que o deixem em paz, e sentem no final do corredor aonde não possa vê-los. Tentando manter o controle sobre os passageiros, na realidade você perdeu o rumo do ônibus!

Eles não seguram o volante, não controlam o acelerador, nem o freio, nem decidem onde deve estacionar. O motorista é você. Assim sendo, sempre haverá um ruído distante, porém só nós poderemos decidir onde olhar, o que ouvir, e se esse ruído será um personagem principal ou apenas o aceitaremos como figurante.

Mãos como pensamentos (Harris, 2009, p. 20)

As mãos como pensamentos são uma combinação de metáfora e exercício, na medida em que é uma representação ativa e experimental da fusão e da desfusão. Imagine por um momento que suas mãos são seus pensamentos. Mantenha as mãos juntas, com as palmas abertas, como se fossem as páginas de um livro aberto. Então, devagar e com firmeza levante as mãos em direção ao seu rosto. Continue até que eles estejam cobrindo seus olhos. Agora, reserve alguns segundos para olhar o mundo ao seu redor através das lacunas entre os dedos e observe como isso afeta sua visão do mundo. Como seria andar o dia todo com as mãos cobrindo os olhos dessa maneira? Quanto isso limitaria você? Quanto você perderia? Como isso reduziria sua capacidade de responder ao mundo ao seu redor? Isso é como uma fusão: nós nos tornamos tão envolvidos em nossos pensamentos que perdemos contato com muitos aspectos da nossa experiência aqui-e-agora, e nossos pensamentos têm uma influência tão grande sobre o que fazemos que nossa capacidade de agir efetivamente é significativamente reduzida. Agora, mais uma vez, cubra os olhos com as mãos, mas desta vez, abaixe-os de seu rosto muito, muito devagar. Enquanto suas mãos descem lentamente sob seus olhos, observe como é mais fácil se conectar comigo e com o mundo ao seu redor. Isso é como uma desfusão. Quando você abaixa as mãos, seus pensamentos não desaparecem, mas obter alguma separação permite que você se envolva de maneira mais completa e flexível, liberando-o para escolher agir de maneira que seja importante para você.