

Psicologia em Pesquisa

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/psicologiaempesquisa>

Atuação do psicólogo intensivista junto ao paciente em desmame ventilatório

Intensive care psychologist performance with ventilator weaning patient

Práctica psicológica de cuidados intensivos con paciente de destete por ventilador

Karla Driele Alves da Silva Arruda¹, & Andréa Batista de Andrade Castelo Branco²

¹ Universidade Federal da Bahia (UFBA). E-mail: kdrieles@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9539-4433>

² Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: andrea.andrade@ufc.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5371-7211>

Informações do Artigo:

Andréa Batista de Andrade
Castelo Branco

andrea_andrade@hotmail.com

Recebido em: 06/05/2020

Aceito em: 20/02/2021

RESUMO

A UTI é um ambiente iatrogênico em que o paciente está sujeito a diversas situações estressoras, dentre elas o processo de desmame ventilatório. Objetivou-se analisar as intervenções psicológicas direcionadas a esses pacientes. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com cinco psicólogos hospitalares. Para a interpretação dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo. Os resultados evidenciaram as seguintes categorias: 1. Aspectos emocionais e orgânicos; 2. Intervenções psicológicas; 3. Atuação junto à equipe multiprofissional; e 4. Atuação frente à família. Conclui-se que o psicólogo hospitalar pode contribuir com a humanização do cuidado na UTI e a redução da ansiedade do paciente nesse processo.

PALAVRAS-CHAVE:

Psicologia Hospitalar; Unidades de Terapia Intensiva; Distúrbios respiratórios; Intervenção psicológica.

ABSTRACT

The ICU is an iatrogenic environment in which the patient is subject to several stressful situations, among them the process of ventilatory weaning. The objective was to analyze the psychological interventions directed to these patients. Semi-structured interviews were conducted with five hospital psychologists. The content analysis was used for the interpretation of data. The results showed the following categories: 1. Emotional and organic aspects; 2. Psychological interventions; 3. Performance with the multiprofessional team; 4. Performance with family. It is concluded that the hospital psychologist can contribute to the humanization of ICU care and reducing the patient's anxiety in this process.

KEYWORDS:

Hospital Psychology; Intensive Care Units; Respiratory tract disorders; Psychological intervention.

RESUMEN

La UTI es un ambiente iatrogénico en el que el paciente está sujeto a diversas situaciones estresantes, entre ellas, el proceso de destete ventilatorio. El objetivo fue analizar las intervenciones psicológicas dirigidas a esos pacientes. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas con cinco psicólogos del ámbito hospitalario. Se utilizó el análisis de contenido para la interpretación de los datos. Los resultados evidenciaron las siguientes categorías: 1. Aspectos emocionales y orgánicos; 2. Intervenciones psicológicas; 3. Actuación con el equipo multiprofesional y; 4. Actuación con la familia. Se concluye que el psicólogo puede contribuir con la humanización del cuidado en la UTI y la reducción de la ansiedad del paciente en ese proceso.

PALABRAS CLAVE:

Psicología hospitalaria; Unidades de Cuidados Intensivos; Trastornos del tracto respiratorio; Intervención psicológica.

Os serviços de saúde no Brasil ainda apresentam hegemonia do modelo biomédico desde o início do século XX, sob influência norte-americana da medicina flexneriana. Esse modelo é caracterizado pelo individualismo, pela ênfase organicista, prática curativa e pouca participação dos usuários (Pettres & Ros, 2018). Na última década, o avanço tecnológico dos aparatos e dispositivos de saúde tem provocado discussões sobre a necessidade de práticas mais humanizadas e vinculadas ao conceito de clínica ampliada nas instituições hospitalares que partam de uma visão que considere a totalidade e subjetividade do paciente, incluindo, portanto, suas manifestações psicológicas.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é uma estrutura hospitalar que visa aumentar as chances de recompor as condições estáveis do paciente e propiciar sua recuperação e sobrevivência. Esse espaço complexo, dotado de monitoração contínua, é um retrato desse avanço tecnológico e da predominância do

modelo biomédico nas práticas de saúde. Os profissionais, sobretudo envolvidos com máquinas e monitores, tendem a priorizar o corpo doente em detrimento das experiências vividas pelos sujeitos no processo de saúde-doença-cuidado. Nesse contexto, todo esse aparato tecnológico demanda um correspondente aparato teórico-prático da assistência psicológica ofertada nas UTIs, onde, comumente, os procedimentos, medicamentos e aparelhos acabam se sobrepondo aos aspectos comunicacionais e relacionais do cuidado (Sanches et al., 2016).

Um estudo sobre a percepção de pacientes internados em UTI submetidos à ventilação mecânica (VM) revelou que 68,8% dos pacientes lembraram-se da VM e experimentaram estressores frequentes e intensos como: dificuldade de falar, ansiedade e dor relacionada à presença do tubo endotraqueal (Gosselin, Lavoie, Bourgault, Bourgon-Labelle, & Gélinas, 2019). Haugdahl, Dahlberg, Klepstad e Storli (2017) também avaliaram as experiências dos pacientes em VM e concluíram que as experiências respiratórias se entrelaçaram com toda a vivência da doença, sendo descritas como um momento difícil e ameaçador à existência.

Com efeito, entende-se que a VM por si só é um procedimento disparador de ansiedade (Romano, 2017). Partindo desse pressuposto, 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 à transição da ventilação mecânica para ventilação espontânea (processo de desmame ventilatório), sobretudo frente à escassez de estudos voltados para essa temática.

Após ampla investigação em indexadores de pesquisas como MEDLINE, SCIELO, BVS-PSI, LILACS e no portal de periódico CAPES, tendo utilizado através de pesquisa booleana os descritores “desmame ventilatório”, “ventilação mecânica” e “psicologia”, foram encontrados, com acesso restrito, alguns estudos na literatura internacional que exploram as experiências relatadas por pacientes que fizeram o uso de ventilação mecânica (Gosselin et al., 2019; Haugdahl et al., 2017; Samuelson, Lundberg, & Fridlund, 2007). No que diz respeito à intervenção, há alguns estudos sobre a musicoterapia como estratégia terapêutica para

minimizar os desconfortos (Golino et al., 2019; Mofredj, Alaya, Tassaioust, Bahloul, & Mrabet, 2016; Park & Park, 2019). Com relação à atuação do psicólogo frente a esse fenômeno, os estudos são inexistentes tanto na literatura internacional quanto nacional.

Nesse panorama, a pergunta-problema que conduziu esta investigação pode ser sintetizada da seguinte forma: Como se dá a atuação do psicólogo na Unidade de Terapia Intensiva e como a sua prática poderia contribuir especificamente no processo de desmame ventilatório? Assim, o objetivo desta pesquisa consistiu em analisar as estratégias e intervenções do psicólogo hospitalar junto ao paciente em desmame ventilatório, identificando e manejando os aspectos emocionais dos pacientes e familiares nesse processo.

Método

O presente estudo apresenta um delineamento qualitativo de caráter exploratório-descritivo e foi realizado no Hospital Geral público de um município de médio porte, mais especificamente nas UTIs, as quais possuem 40 leitos para adultos. Participaram do estudo 5 psicólogos que atuaram nas UTIs por um período mínimo de 4 meses. As abordagens psicológicas declaradas pelas participantes como norteadoras de suas respectivas intervenções foram: Psicologia Analítica (Psicologia Junguiana), Terapia Cognitivo Comportamental, Gestalt-Terapia, e Abordagem Centrada na Pessoa. Os participantes tinham um tempo médio de atuação em UTIs de 1 ano, sendo dois deles residentes-psicólogos do hospital.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com questões que abarcam conteúdos relacionados à prática do profissional de psicologia no manejo de pacientes em desmame ventilatório. Na etapa de processamento e análise dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo, proposta por Bardin (1997), que consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações capaz de explorar de modo investigativo o que foi dito nas entrevistas semi-estruturadas. Para conferir significação aos dados coletados, o processo de análise dos dados compreendeu várias etapas que, por vez, foram organizadas em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A primeira fase, pré-análise, consistiu em sistematizar as ideias iniciais colocadas pelo quadro referencial teórico e estabelecer indicadores para a interpretação das informações coletadas (Bardin, 1997).

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

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e ficaram com a cópia. Considerando os aspectos éticos, os riscos e benefícios envolvidos na pesquisa, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética, obedecendo aos princípios de autonomia, não-maleficência, beneficência, justiça e equidade (CAAE: informação suprimida para garantir revisão às cegas).

Vale ressaltar que, durante o período da pesquisa, a residente-pesquisadora deste estudo atuou nas UTIs pelo período de 6 meses, atendendo a um total de 6 pacientes em processo de desmame ventilatório, conforme rodízio de setores estabelecido pelo Programa de Residência (informação suprimida para garantir revisão às cegas), utilizando a análise do comportamento como abordagem teórico conceitual. A experiência junto a esses pacientes nas UTIs permitiu maior apropriação do fenômeno estudado. Os resultados apresentados nesse artigo correspondem aos achados parciais do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da referida residência.

Resultados e Discussão

A exposição dos resultados versa na apresentação dos relatos dos psicólogos que reiteram a totalidade dos sentidos mais evocativos concedidos nas entrevistas. De modo a facilitar a exibição dos resultados, os participantes aparecem em termos de códigos: Entrevistado 1, Entrevistado 2 e assim por diante. Cumprindo os passos metodológicos propostos por Bardin (1997), a análise do conteúdo das entrevistas possibilitou a identificação de quatro categorias: Categoria 1. Aspectos emocionais e orgânicos dos pacientes (essa categoria se divide em duas subcategorias: 1.1 Pacientes acordados em uso de ventilação mecânica, e 1.2. Pacientes em

desmame ventilatório); Categoria 2. Estratégias interventivas do psicólogo frente ao paciente em desmame ventilatório; Categoria 3. Atuação do psicólogo junto à equipe multiprofissional; e, por fim, Categoria 4. Atuação do psicólogo frente à família do paciente.

Aspectos Emocionais e Orgânicos dos Pacientes

Pacientes acordados em uso de ventilação mecânica.

Os pacientes em uso de Ventilação Mecânica (VM) comumente encontram-se sedados ou em coma. Porém a interrupção diária da sedação faz-se necessária no procedimento de desmame. O despertar durante a VM implica numa vivência desse processo. Essa experiência pode envolver aspectos físicos como dor e dificuldade respiratória e questões emocionais como medo e ansiedade (Lana, Mittmann, Moszkowicz, & Pereira, 2018). Um aspecto descrito pelos psicólogos entrevistados foi a percepção de incômodo nesses pacientes, relacionado à presença do tubo e ao desconforto respiratório. O Entrevistado 1 (Agosto, 2018) relata que: “A respiração é algo básico para existirmos de uma maneira autônoma. Então é uma coisa que acaba incomodando muito as pessoas, por que é um dos aparelhos que mais invadem”.

Em casos de internação prolongada na UTI, é preciso se atentar para quadros depressivos, uma vez que a depressão não tratada diminui a sobrevida e aumenta a morbidade e mortalidade (Kitajima, Saboya, Marca, & Cosmo, 2014). Romano (2017) afirma que a perda da autonomia, o agravamento da condição clínica e o ambiente da UTI, aliados à falta de previsibilidade quanto à recuperação, podem provocar alheamento ao ambiente e apatia diante da recuperação. Tais comportamentos funcionam como um mecanismo defensivo para se esquivar dessa realidade aversiva. O humor rebaixado, hipotímico, foi um comportamento observado pelos psicólogos durante os atendimentos realizados em pacientes em uso de ventilação mecânica, conforme ilustrado pela seguinte fala: “Estava mais deprimida, mais ansiosa. . . . Era uma paciente que estava retornando à consciência, que estava entendendo onde ela estava, já estava percebendo aquele desconforto, sozinha, o tempo todo aquela manipulação constante” (Entrevistado 2, Agosto, 2018).

A dificuldade de respirar ou fazê-lo insatisfatoriamente é sinalizada por Romano (2017) como uma sensação alarmante que provoca ansiedade. Assim, o fato de o paciente estar em uso de ventilação é um

agravante que implica desde um estado psíquico de apreensão ou medo até o aumento da frequência cardíaca, pressão arterial e frequência respiratória podendo, inclusive, prolongar e colocar em risco o processo de desmame ventilatório (Cerqueira, Brandão, Mattos, & Castellões, 2012). A percepção da ansiedade nos pacientes em uso de ventilação mecânica é um conteúdo recorrente nas falas dos psicólogos, como observado nas seguintes declarações: “Existem experiências que aconteceram antes e . . . muitas vezes acabam interferindo naquele momento. Isso gera um medo, a ansiedade no sentido de: Será que eu vou conseguir respirar só?” (Entrevistado 4, Agosto, 2018).

Outro fator que aparece como agravante da ansiedade é a incapacidade de comunicação devido à presença do tubo endotraqueal: “A ansiedade acontece porque o paciente não consegue se comunicar. Os pacientes não conseguem fazer solicitações por outras formas de comunicação e a equipe não vai muito até eles para atender alguma coisa” (Entrevistado 3, Agosto, 2018). Impossibilitados de falar sobre suas necessidades físicas como dor e desconforto, e sobre suas angústias, medos, preocupações e fantasias relacionadas ao seu quadro clínico, os pacientes tendem a iniciar ou potencializar um quadro de ansiedade (Romano, 2017; Saboya, Marca, Kitajima, & Cosmo, 2018). Percebe-se, portanto, a importância do uso de recursos que facilitem a interlocução, como escrita, gestos ou a prancha de comunicação.

Ressalta-se que o próprio ambiente característico da UTI é potencializador dessa condição: a presença constante de luminosidade e ruídos dos aparelhos, a falta de privacidade, alteração dos ciclos circadianos, procedimentos invasivos, desconforto e as privações sensorio motoras. São frequentes os quadros de confusão mental e a presença de *delirium* (distúrbio da consciência com redução da capacidade de responder ao ambiente, com diminuição da atenção, acompanhado de déficit cognitivo), que pode ter causas orgânicas (desequilíbrios hidroeletrólíticos, alterações renais, cerebrais, infecções), mas que também pode estar relacionado ao longo período de internação e à permanência na ventilação mecânica por tempo prolongado, conforme apontou um estudo prospectivo em coorte com pacientes em ventilação mecânica, cujo resultado permitiu identificar 80% de pacientes com *delirium* nesse contexto (Mesa et al., 2017).

Em concordância com a literatura, a confusão mental e a agitação psicomotora nos pacientes em VM são aspectos relatados pelos psicólogos: “O paciente tinha acabado de despertar da sedação e apresentava um conjunto de fatores como agitação psicomotora, olhos arregalados. E o fato de ele estar contido poderiam estar influenciando no aparente medo que ele sentia e confusão” (Entrevistado 3, Agosto, 2018). Observa-se também que é necessário reavaliar frequentemente a real necessidade de contenção física, uma vez que ela pode desencadear reações emocionais negativas.

Em virtude da ruptura ou afastamento dos vínculos afetivos (família e amigos), do agravamento do quadro clínico ou devido às crenças relacionadas à internação em UTI, o medo da morte também perpassa a experiência desses pacientes (Dias, Resende, & Leite, 2015). Conforme sinalizado pelas participantes da pesquisa: “Em relação aos pacientes acordados, tem essa questão, que eu falei, do fato de estar na UTI. Então, gera todo um processo assim de medo iminente de morte” (Entrevistado 4, Agosto, 2018).

No senso comum, a UTI é compreendida como um ambiente desconhecido e estigmatizado, diretamente relacionado com a morte iminente. De acordo com um estudo que buscou compreender as representações sociais de pacientes hospitalizados sobre a UTI, verificou-se que a percepção é pautada em um espaço gerador de medo, morte, tristeza e sofrimento (Soares, Cunha, & Biondo, 2020).

Pacientes em desmame ventilatório.

São vários os aspectos psicológicos descritos pela literatura como característicos de internação em UTI e que vão interferir diretamente no desmame do ventilador (Romano, 2017; Saboya et al., 2018). Romano (2017) destaca: a perda do lugar de sujeito, o significado que o paciente atribui ao processo de adoecer, a internação prolongada e a relação estabelecida com a ventilação mecânica. A manipulação constante do corpo do paciente para a realização dos cuidados (antes realizados por ele) como higiene, alimentação e mudança de posição da cama contribui para objetificação do mesmo que, diante disso, pode assumir uma postura passiva frente à recuperação e, conseqüentemente, ao desmame. Somado a isso, o falecimento de outros pacientes, evento não raro nesse ambiente, podendo ocasionar uma descrença e desinvestimento na própria recuperação.

Os aspectos psicológicos envolvidos no desmame ventilatório variam de acordo com o significado que os pacientes atribuem a essa experiência. Comumente pacientes relatam sentirem-se incapazes de respirar sem o aparelho, supervalorizando, portanto, suas limitações. Outros pacientes tornam-se incrédulos a respeito da melhora do prognóstico, e apresentam dificuldades para perceber progressos no quadro clínico quando a progressão não ocorre conforme suas expectativas (Romano, 2017). O relato do Entrevistado 1 (Agosto, 2018) corrobora esse entendimento: “Percebia muita insegurança em relação à retirada do aparelho, porque a paciente não se sentia confiante em relação à equipe, ao ambiente da UTI. Ela sentia que o ventilador dava segurança para ela de uma maneira quase que exclusiva.”

Um estudo sobre as lembranças de pacientes submetidos à VM na UTI verificou altos níveis de sintomas de ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático agudo após dois meses de alta da UTI (Samuelson et al., 2007). Os dados empíricos reiteram a literatura, como é possível identificar no seguinte relato: “O que eu mais percebo é a ansiedade pouco antes do exercício de desmame. A paciente que estou acompanhando, no momento que ela está sem a ventilação, ela relata também uma sensação de pânico e medo de morte iminente.” (Entrevistado 5, Agosto, 2018).

O pânico descrito pelos pacientes pode, muitas vezes, ser percebido pela equipe nos rostos e olhares assustados dos pacientes, porém, frequentemente, essas manifestações não são validadas pela equipe, que se limitam a verbalizar expressões como: “colabore”, “vai passar” ou “fique calmo” (Saboya et al., 2018). As repercussões dessa desvalorização das queixas do paciente podem ser observadas no relato do Entrevistado 5 (Agosto, 2018):

Tive que trabalhar com o fisioterapeuta que estava acompanhando uma paciente. O desamparo causava medo de morte, pânico. . . Ela não conseguia falar por causa do tubo, então não sabia como pedir ajuda quando estava com falta de ar.

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

encaram o processo de desmame ventilatório como uma possibilidade de tá saindo logo do hospital, de tá saindo logo da UTI. . . Então, acaba sendo motivador pra alguns pacientes que eu observo” (Entrevista 1, Agosto, 2018).

Em suma, os sentimentos e as percepções dos pacientes influenciam diretamente na evolução do desmame ventilatório. Não raro as equipes médicas e de fisioterapia identificam todos os critérios fisiológicos para iniciar a realização do desmame e o mesmo não ocorre devido às questões psicológicas abordadas (Vareta, 2018).

Estratégias Interventivas do Psicólogo frente ao Paciente em Desmame Ventilatório

A importância do estabelecimento do vínculo entre o psicólogo e paciente é ressaltada por diversos autores de abordagens distintas. Otero (2012) enfatiza que o psicólogo deve expressar segurança, atenção, disponibilidade, acolhimento, cordialidade e competência, sendo essas características essenciais para iniciar uma relação terapêutica que favoreça uma adesão ao tratamento e sua continuidade. Skinner (2003) afirma que a primeira tarefa do terapeuta é fazer com que o cliente se sinta confortável, não punido ou criticado, para que ele possa relatar suas queixas de forma genuína. No processo de formação do vínculo, a escuta é imprescindível, uma vez que permite que o cliente expresse de maneira livre sobre relatos importantes para uma análise adequada do seu processo (Skinner, 2003).

Além da escuta, é também função do psicólogo hospitalar validar as emoções do paciente. A validação ocorre quando, ao expressar uma experiência privada (sentimentos, sensações e pensamentos), o psicólogo demonstra compreender, legitimar e valorizar o relato do paciente. Tem como objetivo levar o paciente a desenvolver aceitação e reduzir o julgamento dos próprios comportamentos. Essa é uma habilidade fundamental no fortalecimento do vínculo (Farias, Fonseca, & Nery, 2018). O relato a seguir corrobora a literatura:

O vínculo é a ferramenta mais poderosa nesses casos, porque muito do processo do desmame envolve uma sensação de desamparo, de vulnerabilidade, de exposição, de estar realmente à mercê de algo externo para poder existir; ‘sem este aparelho eu não existo’. A pessoa se sente

totalmente dependente e segura quando tá no aparelho. . . . Então a gente vai encontrar outros recursos que possam oferecer a segurança que ela projeta totalmente no ventilador (Entrevistado 1, Agosto, 2018).

A escuta clínica possibilita compreender a percepção do adoecer e sua evolução, processo muitas vezes permeado por expectativas e fantasias relacionadas à história de vida, às vivências de internações anteriores e à personalidade do paciente (Romano, 2017). Nesse sentido, a avaliação psicológica na UTI tem por meta verificar a atitude diante da doença e da hospitalização, as estratégias de enfrentamento e a presença de fatores emocionais e comportamentais que prejudiquem no prognóstico do paciente para que se estabeleça uma conduta efetiva (Guimarães Neto & Porto, 2017). Para o Entrevistado 4 (Agosto, 2018):

Ouvir esse paciente para ver como é que tá sendo esse processo. Procurar saber se ele sabe da própria condição dele. Conhecer os eventos que antecederam E trabalhar as expectativas e fantasias a respeito da UTI, das máquinas.

Para manejar as expectativas e fantasias do paciente é indispensável a disponibilização de informações sobre o quadro clínico, os procedimentos que serão realizados e a terapêutica e prognóstico de forma clara e acessível para que o paciente tenha uma percepção mais próxima da realidade do seu quadro de saúde e, ainda, alguma previsibilidade sobre os acontecimentos, facilitando sua adesão à terapêutica (Romano, 2017). Como o objetivo de mediar a comunicação com a equipe e garantir a compreensão das informações, o Entrevistado 2 (Agosto, 2018) afirma participar do boletim médico: “Eu procuro estar presente na hora do boletim para ver como o médico está passando essas informações, como que os pacientes estão entendendo a ventilação mecânica”.

Nos casos dos pacientes impedidos de falar devido ao tubo endotraqueal, ou mesmo à traqueostomia (quando o tubo é ligado diretamente à traqueia), é preciso utilizar meios alternativos para a comunicação. Comumente esses pacientes têm o nível de consciência preservado. Assim, estratégias como escrita, piscar de olhos ou leitura labial podem ser úteis (Silva & Souza, 2017). Sobre a importância de estabelecer meios de comunicação, o Entrevistado 2 (Agosto, 2018) endossou a literatura:

Fazia leitura labial. Peço para escreverem. . . Pedia para apertar minha mão. ‘Tá sentindo alguma coisa? Olha, se tiver sentido desconforto ou dor aperta minha mão uma vez, se tiver ansiosa, com saudade da sua filha aperta duas vezes’.

Nesse processo, a família pode funcionar como intermediária da comunicação, uma vez que conhece aspectos do comportamento e da história de vida do paciente, e, desse modo, pode compreender com mais facilidade seus anseios. Além disso, a família deve ser envolvida em todo o cuidado, dado que são os representantes do elo entre o paciente e a vida e, frequentemente, uma das fontes de motivação para o enfrentamento da doença (Romano, 2017).

A estimulação da presença da família na UTI é descrita pelos entrevistados como uma estratégia interventiva, como indica o Entrevistado 3 (Agosto, 2018): “A primeira coisa que a gente fez foi estender o período de visita para que ele tivesse essa estimulação constante de uma outra pessoa perto, conversando, tocando, uma presença de algum familiar.” A extensão dos horários de visita também contribui na prevenção de *delirium*, visto que essa condição tem impacto negativo no desmame ventilatório (Mesa et al., 2017). “Tentar atuar nessa prevenção de *delirium*, que é tá orientando, conversando com ele, dizendo que horas são, que é justamente para diminuir um pouco essa ansiedade, essa confusão, que muitas vezes eles ficam.” (Entrevistado 3, Agosto, 2018).

Em um caso relatado pelo Entrevistado 3, uma das intervenções descritas no manejo do paciente em desmame ventilatório foi a Regulação Emocional. Segundo Leahy (2016), a regulação emocional refere-se aos processos pelos quais os indivíduos experienciam e expressam as próprias emoções. Relaciona-se à capacidade de ajustar a intensidade e a duração da emoção ao invés de eliminá-la. Sobre isso, o Entrevistado 1 (Agosto, 2018) relatou: “Fui tentando estimular essa expressão emocional. . . . Ela chorava para voltar para o ventilador e a gente foi trabalhando maneiras mais assertivas de pedir para voltar”.

Trabalhar a regulação emocional do paciente significa promover a consciência, a compreensão e a aceitação das emoções de modo que o paciente seja capaz de, em momentos de emoção negativa, controlar comportamentos impulsivos e agir de acordo com os objetivos individuais desejados, ao mesmo tempo em

que se atenda às exigências da situação (Leahy, 2016). O mesmo entrevistado também descreve o treino de comportamentos assertivos para a manifestação dessas emoções no contexto do desmame. A assertividade pode ser definida como a capacidade de agir em seus próprios interesses e de expressar pensamentos, sentimentos e crenças de forma direta e apropriada, sem ansiedade indevida ou constrangimento e sem violar os direitos alheios. Trata-se de uma expressão cuidadosa e apropriada que visa a adaptação social (Alberti & Emmons, 1978).

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

A UTI está exercendo um papel maternal, já que ela tem uma questão com a mãe, um certo distanciamento. . . . Embora tenha condições de tomar banho sozinha, ela não vai, ainda usa fraldas. Vive em condição fetal, bem regredida. (Entrevistado 1, Agosto, 2018).

Cherer, Quintana e Leite (2012) destacam que os sintomas decorrentes dos problemas físicos, além de serem descritos como fonte de sofrimento, podem estar atrelados aos ganhos secundários e comportamentos regressivos.

O Entrevistado 1 descreveu outras estratégias com objetivo de diminuir o caráter aversivo da experiência de desmame para o paciente e de reforçar diferencialmente os comportamentos relacionados à saída do ventilador. Assim buscou realizar com a paciente atividades consideradas agradáveis no momento do desmame, sobretudo nos momentos em que estava em ventilação espontânea: “Fui propondo atividades de pareamento entre o momento em que ela estava fora do ventilador e atividades que ela gostava de fazer. Então, atividades lúdicas, projetivas, recreativas, tentando envolver outras pessoas da equipe” (Agosto, 2018). O entrevistado acrescentou ainda que se deve atentar para o aumento gradual da magnitude dos reforços utilizados para evitar que os estímulos reforçadores percam o seu valor reforçador.

Destaca-se também, a importância de orientar a equipe a respeito da disponibilidade de reforçadores de maneira indiscriminada, buscando sempre condicionar o estímulo reforçador à momentos específicos, relacionados à saída do ventilador, ou demais comportamentos assertivos no contexto da internação. “Ela tem muitos reforçadores, ela é reforçada estando ou não fora do ventilador, então a gente vai tentar selecionar esses reforçadores e condicionar à saída dela do ventilador” (Entrevistado 1, Agosto, 2018).

A ampliação da percepção do paciente sobre a situação vivenciada e a ampliação do repertório comportamental também foram estratégias mencionadas durante as entrevistas: “Proporcionar uma ampliação da percepção desse paciente, porque muitas vezes ele tem uma percepção enrijecida. E quando você começa a conversar e construir outras possibilidades com ele, ele consegue, talvez, enxergar esse processo de uma outra forma” (Entrevistado 4, Agosto, 2018). “Fui tentando, entender um pouco os significados que ela dava pra experiência de tá hospitalizada, tentando ampliar um pouco o repertório comportamental dela” (Entrevistado 1, Agosto, 2018).

Catania (1999) define repertório como o conjunto de comportamentos que um indivíduo possui e que não necessariamente esteja emitindo no presente. Isso significa que um repertório contém todas as possibilidades de comportamento que um indivíduo pode emitir durante sua trajetória de vida, baseado em tudo o que viveu, experimentou e aprendeu. Cada indivíduo possui seu repertório de comportamentos selecionado pelas contingências de reforçamento que vivenciou, isto é, suas experiências, as coisas que leu, viu, ouviu, experimentou.

O processo de ampliação de repertório comportamental é possível através da exposição sistemática às contingências, ou seja, da vivência das situações, dos contextos, a fim de desenvolver (selecionar, aprender) comportamentos que possam ser funcionais naquelas condições. A percepção, compreendida na análise do comportamento como um comportamento privado, está sujeita as mesmas regras. A única característica que diferencia o comportamento privado do público é a sua acessibilidade limitada (Skinner, 2003). Logo a ampliação da percepção também pode ser compreendida como uma ampliação do repertório comportamental.

Atuação do Psicólogo Junto à Equipe Multiprofissional

O trabalho multiprofissional é imprescindível para uma boa evolução do quadro clínico do paciente, uma vez que a doença envolve uma complexidade de fatores difíceis de serem respondidos por um único profissional. Desse modo, a troca de informações por parte de toda equipe é fundamental para um planejamento terapêutico mais consonante às necessidades dos pacientes e familiares. Essa troca pode ser realizada formalmente por meio dos registros em prontuário e informalmente nas trocas verbais diárias (Baptista, Dias, & Baptista, 2018). O Entrevistado 1 reitera os referidos autores:

Os registros em prontuário são algo que facilita. . . . A gente trabalha nesse sentido de orientar mesmo, aspectos que a gente vem percebendo do quadro psicológico . . . e para poder também modificar um pouco a conduta de cada um. (Agosto, 2018).

Nesse contexto, Vieira e Waischunng (2018) afirmam que o psicólogo deve orientar sua prática no sentido de favorecer as relações humanas, proporcionando à equipe uma visão integral do paciente para que as reações emocionais e sofrimento sejam percebidos e cuidados.

A comunicação é um dos principais instrumentos de cuidado em saúde na UTI, sobretudo quando se trata do manejo de pacientes e familiares que enfrentam o diagnóstico de uma doença grave (Vasconcelos et al., 2016). Os autores ainda destacam que uma boa comunicação entre a tríade paciente-família-equipe estimula um clima de confiança entre os envolvidos, facilitando a cooperação e adesão do paciente ao tratamento. Em contrapartida, uma comunicação ineficaz pode comprometer o desempenho de toda a equipe multiprofissional, colocando em risco a qualidade dos cuidados prestados e despertando sentimentos de descaso e solidão nos pacientes e familiares. De acordo com o Entrevistado 1 (Agosto, 2018): “A gente tenta muito facilitar a comunicação . . . porque acontece muito o atravessamento de informações”.

Comumente, devido a vários aspectos como ansiedade, nível de escolarização ou mesmo pouca familiaridade com termos médicos, o paciente tem dificuldade de assimilar a informação que recebe e se sente constrangido por não compreender. Assim, o paciente acaba não dirimindo suas dúvidas, o que gera mais ansiedade e insegurança. Nesse sentido, o psicólogo pode utilizar o treino assertivo com o paciente ou

familiar, estimulando o esclarecimento de dúvidas e uma boa comunicação com a equipe. Por sua vez, a equipe deve acolher os questionamentos e dúvidas dos mesmos valendo-se de diálogos diários e utilizando linguagem acessível, sem tecnicismos, favorecendo essa compreensão (Kitajima et al., 2014). Segundo o Entrevistado 2: “Minha atuação junto as famílias é sempre de acolher essa angústia, essas dúvidas. . . . ‘Olha, a família não está entendendo, estão ficando mais ansiosos’ e aí eu devolvo isso para a equipe para gente poder estar orientando, acolhendo” (Agosto, 2018).

No desmame da ventilação mecânica, estabelecer um vínculo de confiança com a equipe também colabora para que o paciente possa voltar a se sentir capaz de respirar espontaneamente, depois de um período de extrema dependência provocada pelo respirador e pela própria internação na UTI (Romano, 2017). A respeito desse aspecto, foi pontuado pelo Entrevistado 1 (Agosto, 2018): “Fui tentando estratégias relacionais com outros membros da equipe também para fortalecer o vínculo dela com essas outras pessoas, para que ela se sentisse segura também com essas outras pessoas, não apenas comigo”.

A interação entre psicologia e fisioterapia, profissão tecnicamente responsável pelo desmame ventilatório do paciente, é citada como parte da atuação do psicólogo nesse processo, buscando facilitar a comunicação e o fortalecimento do vínculo paciente-fisioterapeuta: “Tinha um conflito entre fisioterapeuta-famíliares-paciente, porque a fisioterapeuta dizia: ‘A paciente é muito solicitante, não confia na gente, acha que a gente precisa aspirar o tempo todo. Foi um caso que eu pude atuar em conjunto com a fisioterapeuta’ (Entrevistado 1, Agosto, 2018).

Kitajima et al. (2014) consideram a UTI um ambiente fértil para mal-entendidos e conflitos, uma vez que as palavras grave, instável e morte são ditas com frequência, o que contribui para um sentimento de desamparo e desorganização emocional da família. Somado a isso, as famílias têm experiências e dinâmicas únicas, estão inseridas em diferentes contextos culturais e, portanto, apresentam diferentes modos de funcionamento. Nesse cenário, o psicólogo pode desempenhar o papel de mediador, identificando as necessidades individuais das partes e auxiliando na busca de soluções (Vieira & Waischunng, 2018).

Atuação do Psicólogo Frente à Família do Paciente

A internação de um dos membros da família na UTI causa ansiedade e estresse, exigindo a mobilização de recursos para o enfrentamento da crise (Santos & Gomes, 2018). Nesse contexto de ameaça, o núcleo familiar pode mobilizar-se na busca de retornar seu estado anterior, paralisar-se ou identificar ganhos e tentar para mantê-los. O modo como a família se reorganiza diante da hospitalização pode impactar na recuperação do paciente, principalmente quando os recursos para a elaboração e enfrentamento da situação fracassam (Santos & Gomes 2018; Vieira & Waischunng, 2018). Por essa razão é importante acolher esse parente, sobretudo no momento da chegada à UTI, onde o nível de estresse da família é mais alto, conforme sinalizado pelo Entrevistado 2 (Agosto, 2018): “Sempre peço para vir uma hora antes do horário de visita para conversar, acolher, perceber os recursos de enfrentamento que esse familiar tem para lidar com o paciente hospitalizado, intubado, que está ali em ventilação, sedado muitas vezes”.

Diante de uma situação de enfermidade, a importância dos laços afetivos torna-se ainda mais clara, sendo a família a instituição com maior possibilidade de oferecer suporte e apoio (Baptista et al., 2018). Visando a recuperação do paciente, os psicólogos entrevistados destacaram a estimulação da comunicação e fortalecimento do vínculo paciente-familiar, como uma estratégia interventiva no contexto do desmame ventilatório: “Eu busco estimular que eles estejam próximos, tem uns que tem resistência, com tantos aparelhos, tá intubado, acha que a pessoa não pode se comunicar” (Entrevistado 3, Agosto, 2018). Outro participante da pesquisa lembrou de um caso em que questionou a paciente: “Se eu pedir para estender a visita, para ela ficar mais tempo aqui com a senhora, vai ajudar a sentir mais tranquila? Vai te trazer um pouco mais de conforto?” (Entrevistado 2, Agosto, 2018).

De modo geral, as famílias vivenciam uma situação de crise e também estão ansiosas. A ansiedade parece associar-se aos raros contatos com os médicos e à insuficiência de informações ofertadas. Muitas vezes, o familiar deixou o paciente na UTI em ventilação espontânea e, ao retornar, o mesmo está intubado, em VM, o que pode ser assustador. Nesses casos, faz-se necessário explicar adequadamente o ocorrido. Quando o paciente está sedado, também surgem dúvidas sobre como interagir. Além disso, há uma angústia

quando o paciente está despertando da sedação ainda com o tubo, demonstrando desconforto e dificuldade de se comunicar (Saboya et al., 2018).

A percepção do familiar a respeito do prognóstico do paciente está diretamente relacionada ao modo como ele recebe as informações da equipe. Não raro os familiares não compreendem o quadro clínico e os procedimentos realizados em virtude da utilização de uma linguagem extremamente técnica pelos médicos no momento da comunicação (Romano, 2017). A esse respeito, o Entrevistado 4 relatou que:

Existem questões, de informação, que muitas vezes a família passa errado pra o próprio paciente, porque ele próprio não sabe, não sabe explicar pro paciente, porque ele não a informação de forma tão direta. Então, mais uma vez aí vai entrar essa questão da informação, propiciar informações e que sejam claras. . . . Então, isso facilita também e a família consegue passar mais segurança pra o seu familiar (Agosto, 2018).

Diante da angústia dos familiares no processo de desmame ventilatório do paciente, cabe ao psicólogo instrumentalizá-los para lidarem com a situação de forma assertiva (Saboya et al., 2018). Nesse sentido, os entrevistados destacaram a importância de orientar sobre como motivar o paciente no esforço de sair do ventilador e, ao mesmo tempo, estimular o comportamento empático frente às dificuldades que o paciente pode apresentar no desmame ventilatório. O trecho do Entrevistado 1 (Agosto, 2018) descreve esses aspectos: “A gente orienta como utilizar palavras e frases e até linguagem não verbal a favor da motivação, porque, às vezes, até uma frase que tem o intuito de ser motivadora, acaba sendo punitiva” O Entrevistado 5 (Agosto, 2018), por sua vez, fala da empatia: “Eu tento trazer essa questão da empatia para a mãe, ‘Assim, quando você está sem respirar, com falta de ar, qual é a sensação, o medo que pode causar?’”.

A doença crítica e os estressores provenientes da UTI trazem repercussões físicas e psicológicas para o familiar do paciente (Huertas, 2018). O ritmo de vida pode ser incompatível com os horários e rotinas do hospital e, muitas vezes, a família tem dificuldades em eleger os membros que podem oferecer suporte ao paciente. Em alguns casos, o paciente desempenha papel de provedor financeiro e/ou emocional da família, havendo a necessidade de uma reorganização da dinâmica familiar. De acordo com o Entrevistado 1, há

também uma sobrecarga da família no processo de cuidado: “No caso dessa paciente em processo de desmame, a mãe é cuidadora exclusiva. A paciente tá aqui há mais de cinco meses. Não são da cidade. A mãe foi retirada do ambiente dela, casamento, trabalho. Então, existe uma sobrecarga” (Entrevistado 1, Agosto, 2018).

Para Lustosa (2007) existe o peso da responsabilidade frente às decisões difíceis: faz parte da rotina em UTI tomadas de decisões angustiantes como amputações e procedimentos invasivos, situações que provocam ansiedade e dúvida na família. Assim, identificar a sobrecarga do familiar está entre as funções do psicólogo nesse contexto (Vieira & Waischung, 2018).

Considerações Finais

A inserção do psicólogo na UTI vai de encontro às políticas que prezam pela humanização do cuidado nos espaços de saúde. O paciente em uma UTI está sujeito a diversas situações estressoras, dentre elas, o processo de desmame ventilatório, cujo êxito está intrinsecamente relacionado aos aspectos psicológicos do paciente. Assim, este estudo possibilitou a identificação dos aspectos emocionais de pacientes acordados em processo de desmame ventilatório e a análise de intervenções utilizadas pelos psicólogos junto aos pacientes, familiares e equipe multiprofissional.

As estratégias do psicólogo frente ao paciente em desmame ventilatório podem ser assim sumarizadas: treino assertivo para expressão de emoções; regulação emocional; ampliação do repertório comportamental; manejo dos aspectos subjetivos e simbólicos da hospitalização; escuta clínica; identificação de expectativas e fantasias frente ao desmame; validação das emoções; estabelecimento de comunicação alternativa com pacientes impossibilitados de falar; prevenção de *delirium*; transmissão de informações ao paciente sobre seu quadro clínico com linguagem adequada; compreensão de experiências relacionadas à história de vida que influenciam de forma direta na dificuldade de sair da ventilação mecânica; reforço de comportamentos condicionados à saída do ventilador; e compreensão da função simbólica do respirador.

Em relação à atuação do psicólogo junto à equipe multiprofissional, os achados apontaram a necessidade de orientar a equipe sobre os aspectos psicológicos identificados para que a equipe possa ajustar

algumas condutas, facilitar a comunicação entre a equipe-paciente-família, acompanhar o profissional de fisioterapia no momento da sua abordagem, mediar eventuais conflitos e sugerir visita estendida nos casos necessários. No que tange à família do paciente, o psicólogo pode fortalecer o vínculo entre paciente-família; realizar psicoeducação, além de oferecer suporte psicológico; estimular a comunicação e a empatia do familiar frente às dificuldades do paciente em desmame ventilatório; e orientar sobre como o familiar pode motivar o paciente de forma adequada.

Os resultados evidenciaram que os psicólogos utilizam uma série de práticas teoricamente embasadas frente ao paciente em desmame ventilatório. A sistematização dessas estratégias potencializa o aprimoramento da prática do psicólogo na UTI, proporcionando uma melhoria na assistência prestada ao paciente no hospital.

À guisa de conclusão, espera-se que esta pesquisa não se configure como verdade única acerca das práticas psicológicas desenvolvidas na UTI frente aos pacientes em desmame ventilatório, mas que tenha apontado possibilidades interventivas e reflexões relevantes no que se refere à atuação do psicólogo hospitalar nesse contexto específico. Com efeito, é importante ressaltar a necessidade de outros estudos referentes à atuação do psicólogo em UTIs, sobretudo frente ao paciente em desmame ventilatório, a fim de respaldar uma prática profissional resolutiva. Ademais, considerando as limitações metodológicas desse estudo, recomenda-se a realização de entrevistas com os pacientes, familiares e outros profissionais para ampliar e aprofundar o objeto de estudo.

Referências

- Alberti, R. E., & Emmons, M. L. (1978). *Comportamento assertivo*. Belo Horizonte: Interlivros.
- Baptista, M. N., Dias, R. R. & Baptista, A. S. D. (2018). *Psicologia hospitalar, teoria, aplicações e casos clínicos*. (3a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Bardin, L. (1997). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Castro, E. K. D., & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: Definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 24(3), 48-57. doi:10.1590/S1414-98932004000300007
- Catania, A. C. (1999) *Aprendizagem: Comportamento, linguagem e cognição*. Porto Alegre: Artmed.
- Cerqueira, F. A., Brandão, M. A. G., Mattos, V. Z., & Castellões, T. M. F. W. (2012). Investigação da temporalidade das características definidoras do diagnóstico de resposta disfuncional ao desmame ventilatório. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 16(3), 544-552. doi:10.1590/S1414-81452012000300017
- Cherer, E. Q., Quintana, A. M., & Leite, C. T. (2012). Repercussões psíquicas do adoecer: Um relato de atendimentos na nefrologia hospitalar. *Psicologia: Teoria e Prática*, 14(2), 66-73. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1938/193823800006.pdf>
- Dias, D. S., Resende, M. V., & Leite, G. D. C. (2015). Estresse do paciente na terapia intensiva: Comparação entre unidade coronariana e pós-operatória geral. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 27(1), 18-25. doi:10.5935/0103-507X.20150005
- Farias, A. K. C., Fonseca, F. N., & Nery, L. B. (2018). *Teoria e formulação de casos em análise comportamental clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Golino, A. J., Leone, R., Gollenberg, A., Christopher, C., Stanger, D., Davis, T. M., & Friesen, M. A. (2019). Impact of an active music therapy intervention on intensive care patients. *American Journal of Critical Care*, 28(1), 48-55. doi:10.4037/ajcc2019792

- 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), 746-752. doi:10.1097/00003246-200204000-00004.
- Guimarães Neto, G. C., & Porto, J. (2017). Utilização de instrumentos de avaliação psicológica no contexto hospitalar: Uma análise da produção brasileira. *Revista da SBPH, 20*(2), 66-88. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v20n2/v20n2a05.pdf>
- Haugdahl, H. S., Dahlberg, H., Klepstad, P., & Storli, S. L. (2017). The breath of life. Patients' experiences of breathing during and after mechanical ventilation. *Intensive and Critical Care Nursing, 40*, 85-93. doi:10.1016/j.iccn.2017.01.007
- Huertas, Z. E. (2018). Cuidados a la familia del paciente en estado crítico (Tese de Doutorado, Universidade Autónoma de Madrid). Recuperado de https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684853/escudero_huertas_zaidatfg.pdf?sequence=1&isAllowed=yhttps://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684853/escudero_huertas_zaidatfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Kitajima, K., Saboya, F., Marca, J., & Cosmo, M. (2014). *Psicologia em unidade de terapia intensiva - Critérios e rotinas de atendimento*. Rio de Janeiro: Revinter
- Lana, L. D., 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. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n52/pt_1695-6141-eg-17-52-580.pdf
- Leahy, R. L. (2016). *Terapia do esquema emocional*. Porto Alegre: Artmed.
- Lustosa, M. A. (2007). A família do paciente internado. *Revista da SBPH, 10*(1), 3-8. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v10n1/v10n1a02.pdf>
- Mesa, P., Previgliano, I. J., Altez, S., Favretto, S., Orellano, M., Lecor, C., Soca, A., & Ely, E. W. (2017). Delirium em uma unidade de terapia intensiva latino-americana. Estudo prospectivo em coorte em

- pacientes em ventilação mecânica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 29(3), 337-345. doi:10.5935/0103-507x.20170058
- Mofredj, A., Alaya, S., Tassaioust, K., Bahloul, H., & Mrabet, A. (2016). Music therapy, a review of the potential therapeutic benefits for the critically ill. *Journal of Critical Care*, 35, 195-199. doi:10.1016/j.jcrc.2016.05.021
- Otero, V. R. L. (2012). Considerações sobre valores pessoais e a prática do psicólogo clínico. In N. B. Borges, & F. A. Cassas, *Clínica analítico comportamental: Aspectos teóricos e práticos* (pp. 200-206). Porto Alegre: Artmed
- Park, J. Y., & Park, S. (2019). Effects of two music therapy methods on agitation and anxiety among patients weaning off mechanical ventilation: A pilot study. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing*, 26(2), 136-143. doi:10.7739/jkafn.2019.26.2.136
- Pettes, A. A., & Ros, M. A. (2018). A determinação social da saúde e a promoção da saúde. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 47(3), 183-196. Recuperado de <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/375/282>
- Romano, B. W. (2017) *O psicólogo clínico em hospitais: Contribuições para o aperfeiçoamento do estado da arte no brasil*. São Paulo: Vetor.
- Saboya, F., Marca, J. F., Kitajima, K., & Cosmo, M. (2018). *Psicologia em Unidade de Terapia Intensiva-Intervenções em situações de urgência subjetiva*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Samuelson, K. A. M., Lundberg, D., & Fridlund, B. (2007). Stressful memories and psychological distress in adult mechanically ventilated intensive care patients – A 2-month follow-up study. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 51(6), 671-678. doi:10.1111/j.1399-6576.2007.01292.x
- Santos, J. R. R. B., & Gomes, C. A. (2018). Atuação do psicólogo hospitalar frente às reações emocionais apresentadas por familiares de pacientes em unidade de terapia intensiva em um hospital público do

- interior de Rondônia. *Psicologia.pt - O portal dos psicólogos*, 1-15. Recuperado de <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1245.pdf>
- Sanches, R. D. C. N., Gerhardt, P. C., Rêgo, A. D. S., Carreira, L., Pupulim, J. S. L., & Radovanovic, C. A. T. (2016). Percepções de profissionais de saúde sobre a humanização em unidade de terapia intensiva adulto. *Escola Anna Nery*, 20(1), 48-54. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1277/127744318007.pdf>
- Silva, J. S., & 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), 1-26. Recuperado de <http://jornalold.faculdadecienciasdavidacom.br/index.php/RBCV/article/view/258/84>.
- Soares, E. C., Cunha, J. X. P., & Biondo, C. S. (2020). Representação social de pacientes sobre a unidade de terapia intensiva. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 91(29), 33-39. Recuperado de <http://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/531/602>
- Skinner, B. F. (2003). *Ciência e comportamento humano*. São Paulo: Martins Fontes.
- Vareta, D. F. A. (2018). *O despertar da pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva em cuidados intensivos* (Tese de Doutorado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa – ESEL). Recuperado de <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/24162/1/Relat%c3%b3rio%20de%20est%c3%a1gio%20Diana%20Vareta.pdf>
- Vasconcelos, E. V., Freitas, K. O., Torres, R. S. C., Silva, S. É. D., Baia, R. D. S. M., Araújo, J. S., & Filgueira, G. P. (2016). A importância da comunicação: familiares de pacientes internados em um centro de terapia intensiva. *Revista Conexão UEPG*, 12(2), 196-207. [doi:10.5212/Rev.Conexao.v.12.i2.0002](https://doi.org/10.5212/Rev.Conexao.v.12.i2.0002)
- Vieira, A. G., & Waischung, 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. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v21n1/v21n1a08.pdf>