

ATENDIMENTO PSICOLÓGICO DE PACIENTES COM COVID-19 EM DESMAME VENTILATÓRIO: PROPOSTA DE PROTOCOLO

Andréa Batista de Andrade Castelo Branco

Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de
Minas Gerais (PUC-Minas), MG, Brasil

Professora de Psicologia na Universidade Federal do Ceará (UFC), CE, Brasil
andrea_andrade@hotmail.com

Karla Driele da Silva Alves Arruda

Mestranda em Psicologia da Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), BA, Brasil
kdrieles@gmail.com

RESUMO

A pandemia do novo Coronavírus (SARS-CoV-2), causador da doença COVID-19, 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 elaborar 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 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.

PSYCHOLOGICAL CARE OF PATIENTS WITH COVID-19 IN VENTILATORY WEANING: PROTOCOL PROPOSAL

ABSTRACT

The pandemic of new Coronavirus (SARS-CoV-2), which causes the disease COVID-19, has caused health, economic and psychosocial impacts. In the hospital context, patients who present with severe symptoms of the disease may undergo intubation and subsequent weaning from the ICU, often presenting negative emotional reactions. The present study sought to investigate this

phenomenon in order to build a psychological care protocol that supports the development of strategies and interventions in mental health directed at patients with COVID-19 in ventilatory weaning. Qualitative methodology was used and, in the data collection, semi-structured interviews and participant intervention observation were carried out in a general public hospital, located in the medium-sized municipality in the Northeast region. The data were analyzed through Content Analysis and the categories that emerged subsidized the construction of the instrument. The result of the research provided the elaboration of a psychology protocol divided into 12 topics, which guide the assessment and intervention in the psychological aspects involved, mainly anxiety, fear, loneliness and stigma. It is concluded that the operationalization and systematization of the practice through this research instrumentalize and improve the performance of hospital psychology in the ICU, which can provide an improvement in the care provided to patients with COVID-19 in SUS.

Keywords: Psychology. Mechanical Ventilation. Protocol. Coronavirus. Intensive Care Unit.

1 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 pandemia (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2020). No Brasil, o Ministério da Saúde apresentou um Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pela COVID-19 (BRASIL, 2020a) 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 relacional. (YUKI; SCHUG, 2020).

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 psicopatologias (ZHANG et al., 2020). 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. Assim, após o evento agudo que motivou o suporte mecânico, esse retorno deve ser gradualmente realizado e é comum que os pacientes desenvolvam um quadro de ansiedade e *delirium* durante esse processo, dificultando o tratamento e a recuperação. (SILVA; NASCIMENTO; SALLES, 2012; PHAM; BROCHARD; SLUTSKY, 2017).

O procedimento de desmame ventilatório compreende essa transição gradual da ventilação artificial para a espontânea realizada com pacientes em ventilação mecânica invasiva por tempo superior a 24 horas. Nesses casos, é realizado um teste de ventilação espontânea que

permite que o paciente ventile voluntariamente 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 momento de transição costuma ser lento e difícil, ocupando cerca de 40% do tempo total de ventilação mecânica. (GOLDWASSER et al., 2007).

O Ministério da Saúde publicou no Diário Oficial da União a Portaria Nº 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 sedação. (BRASIL, 2020b).

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 endotraqueal (CUNHA; OLIVEIRA, 2018). Em estudo realizado 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 (BITENCOURT et al., 2007). Com relação ao desconforto ocasionado especificamente pela dificuldade de respiração, pesquisas evidenciam que os pacientes de insuficiência respiratória crônica apresentam mais queixas sintomáticas de psicopatologia que controles congêneres saudáveis. (MARTINS; SILVA; NÊVEDA, 2005).

Com efeito, a utilização da ventilação mecânica pode ser compreendida como uma experiência perturbadora, que pode provocar sintomas ansiogênicos (ROMANO, 1999). 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 (VARGAS; SCHERF; SOUZA, 2019). No campo da psicologia hospitalar, mais especificamente, a escassez na produção de conhecimento nessa temática é ainda maior⁷.

⁷Após 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.

2 METODOLOGIA

O presente estudo é um desdobramento da pesquisa intitulada “Atuação da psicologia na UTI frente ao paciente em desmame ventilatório”, vinculada Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde e ao Programa de Residência Multidisciplinar em Urgência da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

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. Os pacientes atendidos no período da pesquisa apresentavam os seguintes quadros clínicos, respectivamente: 1. síndrome hepatorenal; 2. politraumatismo, pneumonia aspirativa e rabdomiólise; 3. Hipertensão intracraniana severa; 4. traumatismo craniano encefálico; 5. infarto agudo do miocárdio; e 6. inversão uterina e choque hipovolêmico por hemorragia. Esses pacientes foram internados em 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-psicóloga no período de 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 aos pacientes e familiares foram realizados pela pesquisadora-psicóloga deste estudo, 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 (BARDIN, 2011). 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 pesquisadora-psicóloga, 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 de Conteúdo das 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 do 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 frente aos casos de pacientes com COVID-19.

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 da Universidade Federal da Bahia - Instituto Multidisciplinar em Saúde (CAAE 83779918.2.0000.5556).

3 RESULTADOS

O presente estudo produziu três 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-psicóloga junto aos pacientes internados na UTI em desmame ventilatório. No diário de campo, foram registradas as ações mais resolutivas que visavam diminuir o caráter

aversivo da experiência de desmame, ampliar o repertório comportamental dos pacientes, reforçando diferencialmente os comportamentos relacionados à saída do ventilador e de um modo geral, comportamentos mais adaptativos ao contexto da hospitalização. Além disso, os treinos assertivos permitiram o esclarecimento de dúvidas, uma 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 (Figura 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.

Figura 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(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
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 da 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 estive 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	
INTERAÇÃO COM A FAMÍLIA*	
Nome e parentesco: _____	
Posturas ou reações que interferem no desmame ventilatório do paciente: _____	
INTERAÇÃO COM O PROFISSIONAL DE FISIOTERAPIA:	
<input type="checkbox"/>	Fisioterapeuta percebe o paciente como poliqueixoso ou muito solicitante
<input type="checkbox"/>	Fisioterapeuta apresenta conflitos com o paciente.
<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
<input type="checkbox"/>	Equipe apresenta conflitos com o paciente
<input type="checkbox"/>	Equipe é pouco responsiva às solicitações do paciente
<input type="checkbox"/>	Equipe apresenta medo de contágio, refletindo na qualidade do cuidado
Obs.: _____	
*Preencher esse item 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 <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: _____ <p style="text-align: center;">SUPOORTE FAMILIAR</p> <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): _____												
<p>8. CONDIÇÕES QUE DIFICULTAM O DESMAME:</p> <input type="checkbox"/> Insegurança em relação à retirada da ventilação mecânica <input type="checkbox"/> Medo de não sobreviver sem o aparelho <input type="checkbox"/> Limitação orgânica <input type="checkbox"/> Existem reforçadores condicionados à manutenção da ventilação mecânica Quais: _____ <hr/> <input type="checkbox"/> Existem reforçadores condicionados à permanência no hospital Quais: _____ <hr/>	<p>9. ATIVIDADES QUE GOSTARIA DE REALIZAR NO MOMENTO DO DESMAME:</p> <input type="checkbox"/> Desenho <input type="checkbox"/> Pintura <input type="checkbox"/> Escrita <input type="checkbox"/> Ouvir música <input type="checkbox"/> Ver vídeos <input type="checkbox"/> Conversar <input type="checkbox"/> Outros <hr/> <hr/> <hr/>													
<p>10. ANÁLISE MOTIVACIONAL Quais dos seguintes acontecimentos reforçadores são, relativamente, mais eficientes para iniciar ou manter comportamentos favoráveis à saída do ventilador:</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Melhoria da saúde</td> <td><input type="checkbox"/> Convivência com familiares*</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Alívio de desconforto físico</td> <td><input type="checkbox"/> Convivência com amigos*</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Autonomia</td> <td><input type="checkbox"/> Retorno às atividades laborais*</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Manifestações de afeto</td> <td><input type="checkbox"/> Retorno às atividades de lazer*</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Aprovação social</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Outros _____</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">*Motivadores utilizados apenas com o fim das medidas de isolamento social decorrente da pandemia.</p>			<input type="checkbox"/> Melhoria da saúde	<input type="checkbox"/> Convivência com familiares*	<input type="checkbox"/> Alívio de desconforto físico	<input type="checkbox"/> Convivência com amigos*	<input type="checkbox"/> Autonomia	<input type="checkbox"/> Retorno às atividades laborais*	<input type="checkbox"/> Manifestações de afeto	<input type="checkbox"/> Retorno às atividades de lazer*	<input type="checkbox"/> Aprovação social		<input type="checkbox"/> Outros _____	
<input type="checkbox"/> Melhoria da saúde	<input type="checkbox"/> Convivência com familiares*													
<input type="checkbox"/> Alívio de desconforto físico	<input type="checkbox"/> Convivência com amigos*													
<input type="checkbox"/> Autonomia	<input type="checkbox"/> Retorno às atividades laborais*													
<input type="checkbox"/> Manifestações de afeto	<input type="checkbox"/> Retorno às atividades de lazer*													
<input type="checkbox"/> Aprovação social														
<input type="checkbox"/> Outros _____														
<p>11. ESTRATÉGIAS E INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS</p> <input type="checkbox"/> Promoção da livre expressão e validação das emoções, proporcionando uma audiência não-punitiva; <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 mantêm os comportamentos que prejudicam o tratamento; <input type="checkbox"/> Realização de atividades agradáveis para o paciente durante o processo de desmame ventilatório, sobretudo nos momentos em que o paciente está fora do ventilador; <input type="checkbox"/> Reforço de comportamentos que contribuem com o processo do desmame ventilatório em detrimento de comportamentos que dificultam esse processo (reforço diferencial); <input type="checkbox"/> Aumento gradual da magnitude dos reforços utilizados para auxiliar a saída do ventilador, de modo a														

<p>evitar que os estímulos inicialmente reforçadores percam o seu valor reforçador;</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 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);<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 para a modificação do comportamento do paciente em prol de sua recuperação;<input type="checkbox"/> Comunicação com a equipe sobre os aspectos da avaliação psicológica pertinentes para que possam ajustar suas condutas;<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"/> Inclusão da equipe nas atividades propostas pela psicologia que ampliam o período de tempo sem o uso da ventilação, evitando aglomerações;<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"/> Orientações sobre o quadro clínico, tratamento, contágio, desmame ventilatório e isolamento de contato, de forma articulada com a equipe<input type="checkbox"/> Fortalecimento do vínculo e da confiança entre o fisioterapeuta e o paciente;<input type="checkbox"/> Prevenção de <i>delirium</i> 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);<input type="checkbox"/> 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. <p>Outras intervenções: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>*Intervenções utilizadas apenas nos casos em que não houver restrição do hospital em receber familiares ou quando for possível atendimento remoto.</p>
<p>12. ARTICULAÇÕES COM A REDE DE ATENÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Assistência Social<input type="checkbox"/> Serviços Especializados em Saúde Mental<input type="checkbox"/> Atenção Básica<input type="checkbox"/> Outro: _____

4 DISCUSSÃO

No atual contexto da pandemia do novo Corona vírus, 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 (NATIONAL HEALTH COMMISSION OF THE PEOPLE'S REPUBLIC OF CHINA, 2020). 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 comunicar (DUARTE et al., 2015). 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 hospitalização. (AZEVEDO; CREPALDI, 2016).

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 (GUIMARÃES NETO; PORTO, 2017; SILVA et al., 2016; VIEIRA; OLIVEIRA, 2018). Os psicólogos e psiquiatras são frequentemente desencorajados a entrar nos locais de isolamento para pacientes com COVID-19 por serem considerados “pessoal não essencial” (DUAN; ZHU, 2020), 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 do protocolo 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.

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. (PRESTO; DAMÁZIO, 2009).

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 da 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 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 (2008) afirmam que o estado emocional dos pacientes interfere na condição física. Os aspectos objetivos não se mostram tão relevantes para a qualidade subjetiva da hospitalização quanto o significado de suas vivências, sendo que 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 em 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. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2020).

5. Comportamentos relevantes identificados

Neste item, são assinalados os comportamentos relevantes identificados durante os atendimentos dos entrevistados e da pesquisadora-psicóloga 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 privados que foram incluídos no protocolo: sensação de aprisionamento, sentimento de 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. (DUARTE et al., 2015).

6. Avaliação de aspectos inter-relacionais

Neste item, o psicólogo deve avaliar a postura e reações da família no que se referem a sua participação no processo de cuidado (ativa ou passiva), analisando possíveis conflitos com o paciente ou família, distanciamento afetivo ou comportamentos que interferem no processo de desmame ventilatório. 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 no período da pandemia. Nas UTIs, as visitas foram suspensas, e os profissionais apenas passam o boletim (atualização de informações sobre o quadro clínico) de cada paciente internado para o respectivo familiar responsável.

É necessário avaliar também a interação com a equipe multiprofissional, principalmente com o fisioterapeuta, uma vez que participa mais ativamente do processo de desmame ventilatório. Também é preciso 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. (DUARTE et al., 2015).

7. Déficits, excessos e reservas comportamentais

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

Este item é destinado 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. 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 (KANFER; SASLOW, 1976). No contexto da Unidade de Terapia Intensiva, o comportamento de emitir solicitações e reclamações repetitivas e constantes à equipe pode ser considerado um comportamento excessivo do paciente.

As reservas comportamentais são comportamentos não-problemáticos. O que o paciente faz bem, seus talentos, comportamentos sociais adequados (KOHLENBERG; TSAI, 2001) O conteúdo de experiências de vida que pode ser utilizado para executar um programa terapêutico é ilimitado (KANFER; SASLOW, 1976). 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 (PRESTO; DAMÁZIO, 2009). Aspectos psicológicos como insegurança e medo em relação à retirada da ventilação mecânica também influenciam esse

processo. Além desses aspectos, é preciso considerar também a possibilidade da existência de reforçadores condicionados à manutenção da ventilação mecânica ou à permanência no hospital como, por exemplo, a disponibilidade de atenção e afeto por parte da família, esquia 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 esperada (KOK, 2015). 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 (DUAN; ZHU, 2020), 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 da 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. (NATIONAL HEALTH COMMISSION OF THE PEOPLE'S REPUBLIC OF CHINA, 2020).

5 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 psicoterapeuta 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 idiosincrasias de cada encontro entre psicoterapeuta-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

AZEVEDO, A. V. S.; CREPALDI, M. A. A psicologia no hospital geral: aspectos históricos, conceituais e práticos. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, Campinas, v. 33, n. 4, p. 573-585, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2016000400573&script=sci_arttext. Acesso em: 5 abr. 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BITENCOURT, A. G. V. *et al.* Análise de estressores para o paciente em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 53-59, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2007000100007&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 5 abr. 2020.

BRASIL. **Plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo coronavírus COVID-19**: centro de operações de emergências em saúde pública: COE-COVID-19. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2020a. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/Livreto-Plano-de-Contingencia-5-Corona2020-210x297-16mar.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2020.

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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-639-de-31-de-marco-de-2020-250847738>. Acesso em: 5 abr. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Nota orientativa às(aos) psicólogas(os): trabalho voluntário e publicidade em psicologia, diante do coronavírus (COVID-19)**. Brasília, DF: CFP, 2020.

CUNHA, F. A.; OLIVEIRA, A. F. Complications arising from mechanical ventilation to the patient of units of adult intensive therapy (icu). **Revista Pesquisa em Saúde**, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 138-161, 2018. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/eea9/0d5aea9bf463e669bb289d3bd2659f778ddb.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2020.

DUAN, L.; ZHU, G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. **The Lancet Psychiatry**, [S. l.], v. 7, n. 4, p. 300-302, 2020. 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). Acesso em: 5 abr. 2020.

DUARTE, T. L. *et al.* Repercussões psicológicas do isolamento de contato: uma revisão. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 88-113, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092015000200006. Acesso em: 5 abr. 2020.

ESPINHA, T. G.; AMATUZZI, M. M. O cuidado e as vivências de internação em um hospital geral. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 24, n. 4, p. 477-485, 2008. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-37722008000400011&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 5 abr. 2020.

GOLDWASSER, R. *et al.* Desmame e interrupção da ventilação mecânica. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 384-392, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2007000300021&script=sci_arttext. Acesso em: 5 abr. 2020.

GUIMARÃES NETO, A. C.; PORTO, J. D. S. Utilização de instrumentos de avaliação psicológica no contexto hospitalar: uma análise da produção brasileira. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 66-88, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582017000200005. Acesso em: 5 abr. 2020.

KANFER, F. H.; SASLOW, G. An outline for behavioral diagnosis. **Behavior therapy assessment**, [S. l.], p. 495-506, 1976.

KOHLBERG, R.; TSAI, M. **Psicoterapia analítica funcional**: criando relações intensas e curativas. Santo André: ESETec, 2001.

KOK, V. C. Compassionate extubation for a peaceful death in the setting of a community hospital: a case-series study. **Clinical interventions in aging**, [S. l.], v. 10, p. 679, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4396346/>. Acesso em: 5 abr. 2020.

MARTINS, A.; SILVA, A.; NÉVEDA, R. Ajustamento psicológico de doentes com insuficiência respiratória crônica em ventilação mecânica domiciliária. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, [S. l.], v. 7, n. 1-2, p. 125-137, 2005. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/287/28770210.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2020.

NATIONAL HEALTH COMMISSION OF THE PEOPLE'S REPUBLIC OF CHINA. **Notice on the issuance of guidelines for the emergency psychological crisis intervention of pneumonia outbreaks of new coronavirus infections**. [China], 2020. Disponível em: <http://www.nhc.gov.cn/xcs/zhengcwj/202001/6adc08b966594253b2b791be5c3b9467.shtml>. Acesso em: 5 abr. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (Brasil). **Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus)**. Brasília, DF: OMS, 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875. Acesso em: 5 abr. 2020.

PHAM, T.; BROCHARD, L. J.; SLUTSKY, A. S. Mechanical ventilation: state of the art. **Mayo Clinic Proceedings**, [S. l.], v. 92, n. 9, p. 1382-1400, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025619617303245>. Acesso em: 5 abr. 2020.

PRESTO, B.; DAMÁZIO, L. **Fisioterapia na UTI**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

ROMANO, B. W. **Princípios para a prática da psicologia clínica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

SILVA, L. A. *et al.* Protocolo de avaliação psicológica em hospitais: humanização do atendimento. **Revista Semioses**, [S. l.], v. 10, n. 3, p. 13-20, 2016. Disponível em: <http://apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/Semioses/article/view/1981996X.2016v10n3p13/849>. Acesso em: 5 abr. 2020.

SILVA, S. G.; NASCIMENTO, E. R. P.; SALLES, R. K. Bundle to prevent ventilator-associated pneumonia: a collective construction. **Text And Context Nursing**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 837-844, 2012. Disponível em: <http://www.index-f.com/textocontexto/2012pdf/e21-837.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2020.

VARGAS, M. H. M.; SCHERF, M. F.; SOUZA, B. S. Principais critérios relacionados ao sucesso e insucesso do desmame da ventilação mecânica invasiva. **Revista Saúde Integrada**, [S. l.], v. 12, n. 23, p. 162-177, 2019. Disponível em: <http://local.cneccs.br/revistas/index.php/saude/article/view/717>. Acesso em: 5 abr. 2020.

VIEIRA, M. F. C.; OLIVEIRA, M. L. C. Protocolo de atendimento psicológico em um serviço de reprodução humana assistida do sistema único de saúde-SUS. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 34, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/ptp/v34/1806-3446-ptp-34-e3449.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2020.

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>. Acesso em: 5 abr. 2020.

ZHANG, J. *et al.* Recommended psychological crisis intervention response to the 2019 novel coronavirus pneumonia outbreak in China: a model of West China Hospital. **Precision Clinical Medicine**, [S. l.], v. 3, n. 1, p. 3-8, 2020. Disponível em: <https://academic.oup.com/pcm/article/3/1/3/5739969>. Acesso em: 5 abr. 2020.

Recebido em 10/04/2020

Aceito em 30/05/2020