

CONSTRUÇÃO DE INSTRUMENTO DE COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA PARA ACESSAR EMOÇÕES BÁSICAS EM PACIENTES DE UTI

DOI: 10.22289/2446-922X.V9N1A28

Lorraine Beatriz **Moreira**¹
Sandra de Fátima Barboza **Ferreira**
Dayanne Alves Pinheiro **Silva**

RESUMO

Introdução: Pacientes em tratamento nas unidades de terapia intensiva (UTI) podem ter restrições comunicativas causadas por vários fatores como a traqueostomia, intubação e fraqueza muscular. A utilização de recursos de comunicação alternativa e aumentativa (CAA), visa romper as barreiras de comunicação existentes e possibilitar ao indivíduo uma forma de se expressar. *Objetivos:* Construir pranchas de comunicação não verbal, almejando identificar emoções básicas em pacientes internados na UTI e avaliar sua contribuição e eficácia quando utilizadas com pacientes em condições de privação da fala. *Método:* Trata-se de um estudo exploratório, de abordagem quali-quantitativa, dividido em três etapas: Etapa 1: estudo preliminar, com a testagem de estímulos representativos de emoções básicas, com uma amostra de 543 sujeitos. Etapa 2: comparação da apresentação dos estímulos na versão física e digitalizada envolvendo uma população não-clínica, composta por 60 indivíduos. Etapa 3: estudo de caso, com um participante, do sexo masculino, 65 anos, internado numa UTI. *Resultados:* Desenvolveu-se uma prancha contendo 7 emoções básicas e uma face neutra e uma prancha com um termômetro para medir a intensidade das emoções. Não ocorreram diferenças significativas na aplicação da prancha na modalidade física e virtual. Na aplicação das pranchas físicas em participante de uma UTI, este indicou que as pranchas contribuíram para a comunicação de suas emoções. *Conclusão:* Considerando a importância do uso de (CAA) e sua implicação na saúde mental do sujeito as pranchas foram caracterizadas como eficazes no atendimento psicológico ao paciente e avaliação emocional deste.

412

Palavras-chave: Unidades de Terapia Intensiva; Barreiras de Comunicação; Comunicação Aumentativa e Alternativa; Comunicação não Verbal; Emoções; Psicologia Hospitalar.

CONSTRUCTION OF ALTERNATIVE COMMUNICATION INSTRUMENT TO ACCESS BASIC EMOTIONS IN ICU PATIENTS

ABSTRACT

Introduction: Patients under treatment in intensive care units (ICU) may have communicative restrictions caused by various factors such as tracheostomy, intubation, and muscle weakness. The use of alternative and augmentative communication resources (CAA) aims to break the existing communication barriers and enable the individual a way to express themselves. *Objectives:* To build non-verbal communication boards aiming to identify basic emotions in ICU patients and evaluate

¹ Endereço eletrônico de contato: lohbeatr@gmail.com

Recebido em 24/03/2023. Aprovado pelo conselho editorial para publicação em 20/06/2023.



their contribution and effectiveness when used with patients in speech deprivation conditions. *Method:* This is an exploratory study, with a quali-quantitative approach, divided into three stages: Step 1: Preliminary study, with the testing of stimuli representative of basic emotions, with a sample of 543 subjects. Step 2: Comparison of the presentation of the stimuli in the physical and digitized version involving a non-clinical population, composed of 60 individuals. Stage 3: case study with one participant, male, 65 years old, admitted to an ICU. *Results:* A board was developed containing 8 basic emotions and a neutral face and a board with a thermometer to measure the intensity of emotions. There were no significant differences in the application of the board in physical and virtual modality. In the application of the physical boards in participant of a ICU, this indicated that the boards contributed to the communication of their emotions. *Conclusion:* Considering the importance of the use of (AAC) and its implication in the mental health of the subject the boards were characterized as effective in the psychological care to the patient and emotional evaluation of the latter.

Keywords: Intensive Care Units; Communication Barriers; Augmentative and Alternative Communication; non Verbal Communication; Emotions; Medical Psychology.

CONSTRUCCIÓN DE UN INSTRUMENTO ALTERNATIVO DE COMUNICACIÓN PARA ACCEDER A LAS EMOCIONES BÁSICAS EN PACIENTES UCI

RESUMEN

Introducción: Los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos (UCI) pueden tener 413 restricciones de comunicación provocadas por diversos factores como traqueostomía, intubación y debilidad muscular. El uso de recursos de comunicación aumentativa y alternativa (CAA) tiene como objetivo romper las barreras existentes en la comunicación y proporcionar a las personas una forma de expresarse. *Objetivos:* Construir tableros de comunicación no verbal con el objetivo de identificar emociones básicas en pacientes de UCI y evaluar su contribución y efectividad cuando se utilizan en pacientes en condiciones de privación del habla. *Método:* Se trata de un estudio exploratorio, con enfoque cuali-cuantitativo, dividido en tres etapas: Etapa 1: estudio preliminar, con una prueba de estímulos representativos de las emociones básicas, con una muestra de 543 sujetos. Paso 2: comparación de presentación de estímulos en versión física y digitalizada involucrando una población no clínica, compuesta por 60 individuos. Paso 3: estudio de caso, con participante masculino, de 65 años, ingresado en la UCI. *Resultados:* Se elaboró un tablero con 8 emociones básicas y cara neutra y un tablero con termómetro para medir la intensidad de las emociones. No hubo diferencias significativas en la aplicación de la pizarra en los modos físico y virtual. Al aplicar los tableros físicos a un participante en una UTI, indicó que los tableros contribuyeron a la comunicación de sus emociones. *Conclusión:* Considerando la importancia del uso del (CAA) y su implicación en la salud mental del sujeto, los tableros se caracterizaron como efectivos en la atención psicológica y evaluación emocional del paciente.

Palabras clave: Unidades de Cuidados Intensivos; Barreras de Comunicación; Comunicación Aumentativa y Alternativa; Comunicación no Verbal; Emociones; Psicología Médica.

1 INTRODUÇÃO

A Unidade de terapia intensiva (UTI) configura-se como um local com tecnologia complexa. Esta característica é advinda da especificidade dos pacientes atendidos, sujeitos que necessitam



de intervenções diagnóstico-terapêuticas invasivas e complexas. Assim é um ambiente voltado para o melhor atendimento do paciente, porém, também é definido como um espaço gerador de estresse (Dias, Resende, & Diniz, 2015; Borges et. al., 2017).

Conforme Pregnotatto e Agostinho (2003 apud Santos et. al., 2011) quando o paciente é admitido nesta unidade, passa por vários estressores, como o isolamento, restrição ao leito, cirurgias, uso de aparelhos, realização de exames com frequência, ruídos e iluminação constantes, alterações na sua rotina, mudanças no sono e na alimentação, de forma repentina. Sebastiani (2003) realça a tensão contínua do paciente diante do clima de morte iminente, a visão estereotipada de irreversibilidade do quadro mórbido, a perda da noção de tempo e espaço, o distanciamento das figuras que lhe geram segurança e conforto, como também da participação direta ou indireta do sofrimento alheio.

Estes fatores provocam alterações no estado do paciente, tanto em nível físico (orgânico) como psíquico (emocional). Sintomas como agitação, somados a ansiedade, ocasionam aumento da pressão arterial, dificuldades circulatórias e baixa resistência à dor (Sebastiani, 2003). Segundo Simoneti (2004) tudo é intenso na UTI, o tratamento, os riscos, as emoções, o trabalho, os custos e a esperança. Assim as experiências vivenciadas na UTI têm alto impacto no estado emocional dos pacientes.

Conjuntamente aos aspectos supracitados, pacientes em tratamento nas unidades de terapia intensiva podem ter restrições comunicativas causadas por fatores como a ventilação mecânica, sedativos, fraqueza neuromuscular, traqueostomia, fadiga, problemas respiratórios, entre outros (Flinterud & Andershed, 2015; Ariffina, 2020). A comunicação é uma necessidade básica que o ser humano possui para socialização e expressão de ideias, desejos, sentimentos, e a privação desta necessidade implica nestes pacientes frustrações, revolta e exclusão social (Franco, 2014). Assim pesquisas apresentam uma relação significativa entre a perda da fala e reações emocionais graves como estresse, ansiedade e depressão ocorrendo em pacientes de UTI (Hoorn, 2016).

Em uma revisão integrativa Happ (2001) indicou associações consideráveis entre a vivência de eventos estressantes dos pacientes na UTI e a incapacidade de falar, evidenciando sentimentos de pânico e insegurança, distúrbios do sono e estresse. Em seu levantamento também mostrou um estudo prospectivo de respostas de ventilados mecanicamente, relacionando a dificuldade em comunicação, autoestima, gravidade da doença, e número de dias de intubação a sentimentos de raiva, preocupação e medo.

Silva e Cruz (2019) em uma revisão bibliográfica reforçaram que pacientes críticos incapazes de falar, apresentavam ansiedade, estresse, delírio, confusão e sintomas relacionados ao estresse pós-traumático. A disfunção da fala nestes pacientes levaria à raiva, e ansiedade, o que ocasionaria impactos fisiológicos, frustração, dentre outros sentimentos. Estas sintomatologias associadas à privação da fala são também descritas em outros estudos, que descrevem sentimentos de



desamparo, medo e solidão (Flinterud & Andershed, 2015; Happ, 2000; Heidary, 2020; Leung et al., 2018; Magnus & Turkington, 2006). Pacientes traqueostomizados também relataram diversas emoções, experiências e sentimentos desconfortáveis relativos a problemas de comunicação (Flinterud & Andershed, 2015). Indivíduos ventilados mecanicamente ainda explicitaram que a falta de voz afetava seu bem-estar e que experienciavam perturbações emocionais, pois não eram compreendidos pelos profissionais da saúde, o que contribuía para uma recuperação clínica mais demorada (Ariffina, 2020).

O uso de recursos de comunicação alternativa e aumentativa (CAA) visa romper as barreiras de comunicação existentes, além de abranger todas as vertentes comunicativas (verbal e não verbal) de um indivíduo e buscar complementá-las (Franco, 2014). Patak (2006) em um estudo descritivo com pacientes de UTI identificou que estes quando comunicavam suas queixas, sensações e sentimentos exibiam nível mais atenuado de frustração, demonstrando uma melhora significativa de seu quadro clínico. Além da possibilidade de se expressar, a comunicação seria um modo de mostrar a personalidade, expressar medo e preocupações, assim proporcionando a participação do paciente nas decisões de seu tratamento e reabilitação (Silva & Cruz, 2019). Hosseini, Valizad-hasanloei e Feizi (2018) em sua pesquisa mostraram que, à medida que a dificuldade de comunicação diminuía a satisfação dos pacientes com a comunicação melhorava e o desespero e a ansiedade reduziam. Portanto, com base na literatura, a comunicação eficiente proporciona melhor adesão ao tratamento, resultados de saúde mais satisfatórios, previne conflitos e diminui a ocorrência de ansiedade e depressão (Mangafic, Axelsson, Holzmann, Arbeus, & Bjurman, 2019).

415

Ao considerar conteúdos de comunicação, um estudo observacional constatou que necessidades físicas exibiam maior relevância, depois a dor, e logo mais sentimentos dos pacientes, incluindo frustração, ansiedade e medo (Momennasab, Ardakani, Rad, Dokoohaki, Dakhesh & Jaber 2019). Num estudo comparativo e descritivo os participantes apresentaram elevada ansiedade e depressão após alta da UTI. Estes pacientes já apresentavam ansiedade e depressão considerável enquanto estavam na unidade e apresentaram maior exacerbação após a alta (Momennasab, Ghahramani, Yektatalab & Zand, 2016). A literatura ainda sugere (Momennasab et al., 2016) que o aumento da ansiedade e depressão possa ocorrer após o relativo alívio dos sintomas físicos, o que explicaria a presença de aspectos psicológicos após a resolução das necessidades físicas. Assim indicam a necessidade de acompanhamento psicológico para estes pacientes. Estudos anteriores (Fumis, Ranzani, Martins & Schettino, 2015) também alertam para a necessidade de intervenções para aliviar o sofrimento emocional e aconselham um apoio psicológico precoce na UTI.

A atuação do psicólogo na UTI objetiva que o paciente tenha uma expressão livre de seus sentimentos, medos e desejos, proporcionando-lhe uma elaboração do processo do adoecimento (Gusmão, 2012). Quando devido a procedimentos médicos realizados na UTI o paciente fica privado



da fala, para que o psicólogo possa atuar é necessário o desenvolvimento de técnicas adaptativas (Almeida Junior, 2014), como o uso da expressão corporal, combinação de códigos e da linguagem não verbal, uma comunicação que abrange o espaço interpessoal, a postura, os gestos e as expressões (Fiquer, 2010).

A atuação do psicólogo com pacientes privados da fala na UTI deve ser conjunta a um trabalho multiprofissional (Ortiz, Gieger, & Grzybowski, 2016), contudo observa-se pouco incentivo a comunicação não verbal, ao uso de técnicas de comunicação e ao aprimoramento profissional sobre o tema (Silva & Souza, 2017). A produção científica brasileira sobre o assunto também é considerada escassa em relação a outros países (Carvalho et. al., 2020). A literatura ainda mostra que a comunicação de qualidade com os pacientes privados da fala nas unidades de terapia intensiva tem tido baixo sucesso (Silva & Cruz, 2019) e que embora muitas estratégias de comunicação estejam disponíveis, estas não são utilizadas na rotina dos ambientes intensivos (Happ, 2001). Assim é necessário fornecer urgentemente informações aos profissionais sobre as estratégias de comunicação alternativa e aumentativa (CAA) e de como usá-las para garantir uma melhor comunicação (Silva & Cruz, 2019; Happ, 2000).

Aliado a dificuldade descrita, no que se refere ao profissional psicólogo, ainda há o problema da pouca divulgação científica e dos raros estudos sobre a temática. Júnior (2014) e Carvalho et. al. (2020) discutem a concentração de produções interventivas com pacientes impossibilitados de fala, nas áreas da Medicina, da Enfermagem e da Fonoaudiologia. Os trabalhos são voltados para a melhor eficácia do atendimento profissional em UTI aos pacientes privados da fala e abarcam entre os resultados a melhora emocional dos sujeitos, entretanto não há foco e preocupação com as demandas psicológicas apresentadas por estes pacientes e não atentam para o fornecimento de suporte psicológico a eles. Em função das questões levantadas, percebe-se a necessidade de observar e avaliar o estado emocional dos pacientes da UTI que se encontram impossibilitados de falar. É necessário intervir psicologicamente junto a estes pacientes, de modo que sejam assistidos a fim de oportunizar uma forma de expressão.

Para Ekman e Cordaro (2011) emoções são respostas discretas e automáticas a eventos universalmente compartilhados, e que são específicos da cultura e do indivíduo. Estes autores explanam sobre a teoria básica das emoções, narrando parâmetros que distinguem as emoções de outros estados afetivos. Estas possuem determinadas características como o início rápido e curta duração, experiência subjetiva diversa, representação construtiva ou destrutiva, presença de pensamentos, memórias e imagens diferentes. Deste modo organizam-se sete emoções: raiva, medo, surpresa, tristeza, nojo, desprezo e alegria (Ekman, 2003). Conforme Arruda (2015) para cada uma destas emoções há um substrato fisiológico diferente que leva a uma expressão facial específica e universal. Todavia a ontogenética influencia a experiência de cada emoção, e das representações cognitivas de experiências emocionais (Ekman, 2003).



Segundo Miguel (2015) o fenômeno da emoção deixa marcas em todos os níveis: psicológico, fisiológico e social. Damásio (2000, apud Silva, 2010) afirma que além de função biorreguladora, as emoções e os sentimentos (ligados à razão) são em parte responsáveis por ações envolvendo previsão e planejamento. Desta forma a interpretação de um evento eliciador e a expressão emocional do indivíduo revela dados consideráveis sobre como este se relaciona com o mundo (Miguel, 2015).

Para Beck (2013) além de identificar emoções, também é necessário quantificar o grau da emoção que se vivencia. Desta forma sugere que se possa determinar um número para a intensidade, ou simplesmente classificar a emoção como “um pouco”, “quantidade média”, “muito” ou “completamente”. A autora discorre que a importância em distinguir emoções é verificada na conexão entre pensamentos, emoção e comportamento. A partir da experiência do paciente ocorre a formulação de crenças subjacentes que originam pensamentos automáticos relacionados a uma situação específica, intervindo em suas emoções e seu comportamento. Portanto no contexto de internação em um ambiente intensivo é fundamental que o psicólogo possa ter acesso as emoções do paciente, ainda que este esteja impossibilitado de comunicá-las por meios verbais.

Considerando a literatura vigente sobre a importância do uso de CAA e sua implicação na saúde mental do sujeito e atentando-se para o fato da interferência das emoções na saúde psicológica e física do paciente este trabalho apresentou a proposta de desenvolvimento de pranchas de comunicação alternativa, compostas por emoções básicas com o objetivo de avaliar estas emoções expressas pelo sujeito impossibilitado da fala num momento de internação em uma UTI, avaliando também a intensidade destas para que assim fosse feita uma intervenção psicológica buscando a melhora do quadro de saúde geral do paciente.

417

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Este projeto de pesquisa iniciou-se com uma revisão de literatura e estudo aprofundado sobre o tema considerando a realidade do público atendido pelo Hospital das Clínicas da UFG / EBSEH de Goiânia. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital supramencionado sob o número de protocolo CAAE: **38989920.7.0000.5078** e número do parecer **4.431.968** e após sua apreciação foram efetivados os procedimentos e intervenções com os participantes concordantes, nos requisitos estabelecidos para a realização da pesquisa. Trata-se de um estudo exploratório, de abordagem quali-quantitativa, sendo realizado em três etapas.

2.1 Etapa 1- Estudo preliminar

Para composição da prancha com foco interventivo emocional, dois modelos (masculino e feminino) foram fotografados com expressões faciais que denotavam as emoções básicas

requeridas pelo estudo. Foram realizadas 16 fotografias, sendo 8 feitas pelo modelo masculino e 8 pela modelo feminina. Alegria, raiva, tristeza, nojo, medo, surpresa, e desprezo foram as expressões reproduzidas por cada um dos indivíduos, acrescidas de uma face neutra.



Figura 1. Expressões- modelo feminino.
Fonte: os autores.



Figura 2. Expressões- modelo masculino.
Fonte: os autores.

Após a avaliação de três juízes que julgaram as expressões fotografadas como correspondentes as emoções que buscavam deflagrar, foi elaborado um formulário online com preenchimento único, através da ferramenta google forms. O questionário foi disponibilizado por meio das mídias virtuais e estruturado em 18 páginas, sendo composto por breve explicação sobre o estudo preliminar, termo de consentimento, questões acerca de dados pessoais dos participantes (idade, sexo e escolaridade) e dos dados da pesquisa, onde eram dispostas as 16 fotografias com as expressões intercaladas do homem e da mulher, sendo solicitado ao participante que respondesse de acordo com a foto apresentada que emoção ele consideraria que aquela face expressava.

As expressões foram mescladas e dispostas desta maneira (alegria, surpresa, nojo, raiva, neutro, nojo, tristeza, medo, desprezo, neutro, surpresa, tristeza, raiva, desprezo, medo e alegria). Cada foto ao ser evidenciada continha alternativas com todas as emoções dispostas na configuração do estudo e mais uma alternativa que trazia a possibilidade do participante assinalar que não tinha sido possível identificar a expressão da foto apresentada.

O formulário online foi respondido por um total de 630 indivíduos e destes 543 foram considerados válidos. A amostra final foi composta por 412 mulheres e 131 homens. Atentando-se para as 16 fotos apresentadas, os critérios utilizados respectivamente para a exclusão de participantes com respostas consideradas enviesadas foram os seguintes:

- a) Ter um total de 100% do questionário respondido de forma equivocada, não atribuindo nenhuma resposta esperada a todos os estímulos apresentados, evidenciando flagrante falha na percepção ou má-fé na emissão das respostas;



- b) Assinalar a opção “não foi possível identificar” em no mínimo quatro fotografias;
- c) Assinalar no mínimo dois itens que obtiveram percentuais acima de 95% de respostas esperadas;
- d) Ter 70% do questionário marcado com respostas não esperadas;
- e) Responder 30% do formulário com a mesma resposta, admitindo-se possível projeção da emoção vivenciada pelo sujeito no momento da atribuição de respostas ao questionário.

Utilizou-se a estatística descritiva (média, mediana e desvio padrão), estatística H (análise dos itens) e os testes não – paramétricos Kruskal Wallis (comparação entre médias) e Kolmogorov-Smirnov (verificação de normalidade) para analisar as respostas ao formulário. O T-Student foi utilizado posteriormente para comparar os resultados obtidos na etapa 1 e 2 do estudo.

2.2 Etapa 2 – Comparação da performance dos participantes no instrumento físico e digital

A partir da validação de determinadas fotos, através dos dados obtidos na etapa 1, uma prancha foi desenvolvida apenas com os estímulos válidos e aplicada numa população não clínica de 60 participantes, sendo que trinta deles passaram pela aplicação da prancha física e 30 da prancha virtual. Estes participantes foram pareados por idade, sexo e escolaridade. A aplicação desta prancha teve o objetivo de verificar disparidades e semelhanças na aplicação do estímulo físico/ tátil e do estímulo virtual / eletrônico.

419

O KS (Kolmogorov-Smirnov) foi utilizado para verificar se os dados de cada grupo teriam distribuição normal e o T-Student para comparar os resultados do instrumento físico com o virtual.

2.3 Etapa 3 - Estudo de caso (participante clínico)

O estudo de caso é caracterizado como a investigação empírica de um fenômeno contemporâneo, o chamado “caso” em seu contexto real, compreendendo um método abrangente, planejamento, coleta e análise de dados (Yin, 2015). Desta forma esta etapa caracterizou-se pela aplicação das pranchas na versão física em um paciente privado da fala, situado num contexto de internação intensiva, objetivando-se o aprofundamento do fenômeno estudado.

Participante

O paciente colaborador da pesquisa denominado V.E, é do sexo masculino, com idade de 65 anos, residente no interior de Goiás, motorista particular, de religião católica, casado, possui um filho, é usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) e esteve internado na UTI (Unidade de Terapia



Intensiva) cirúrgica e posteriormente na UTI médica (clínica), do Hospital das Clínicas da UFG / EBSEH, por aproximadamente dois meses.

Critérios de Inclusão

- Paciente interativo (vigil e responsivo) que no momento inicial da pesquisa encontrava-se privado da fala verbal.
- Paciente que fora esclarecido e orientado quanto aos riscos e benefícios da participação do estudo e aceitou participar do mesmo, assinando o termo de consentimento.

Critérios de Exclusão

- Paciente não interativo (inconsciente, comatoso e sedado). Não excluindo o fato de em outro momento se encontrar neste estado, mas no primeiro contato participante - pesquisadora, já se apresentasse vigil e contactuante;
- Paciente com perda auditiva;
- Paciente com cegueira total, ou baixa acuidade visual que impossibilitasse a utilização de óculos como medida corretiva;
- Paciente com ruptura psicótica;
- Paciente com lesão cerebral ou déficit neurológico importante.

420

Materiais

Para o estudo, foram utilizadas uma prancheta, folhas sulfite tamanho A4 e caneta. Estes materiais deram suporte tanto na coleta de dados da pesquisa, quanto na construção da mesma. Também foram utilizados:

- Notebook para análise dos dados;
- Pranchas de comunicação, uma contendo as emoções básicas e a outra um termômetro de intensidade;
- Aplicativo de celular (gravador de voz digital);
- Caderno para evolução dos atendimentos e intervenções.

Todos estes objetos usados na pesquisa foram compostos de materiais possíveis de higienização antes e depois de serem utilizados na UTI. O celular esteve em um invólucro adequado e não entrou em contato direto com o paciente ou com as superfícies a sua volta. As pranchas também foram devidamente higienizadas antes e após contato com o paciente, seguindo as



determinações da CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) do Hospital de realização da pesquisa e as normas de biossegurança.

Instrumentos

- **Pranchas de comunicação alternativa:** foi desenvolvida para a pesquisa uma prancha única contendo rostos com uma face neutra e as sete expressões faciais básicas (alegria, nojo, raiva, tristeza, medo, desprezo e surpresa) e outra prancha contendo um termômetro com numeração de (1 a 5) sinalizando “muito fraca”, “fraca”, “média”, “forte”, “muito forte” para verificar a intensidade da emoção identificada pelo participante.
- **Questionário:** desenvolvido para a pesquisa com o objetivo de delimitar o perfil do paciente.
- **Entrevista semiestruturada:** desenvolvida para avaliar a intervenção aplicada junto ao paciente.

Local do estudo

O estudo ocorreu em um hospital universitário do estado de Goiás. Foi realizado na UTI médica (clínica), situada entre o segundo e terceiro andar, sendo composta por seis leitos. Seguiu-se posteriormente na clínica médica situada no décimo quinto andar do novo prédio do hospital.

421

Procedimentos

Após conclusão das etapas anteriores, o estabelecimento do Rapport (vínculo terapêutico) com o paciente, e consentimento deste via termo de consentimento livre e esclarecido TCLE em participar como sujeito de pesquisa, a coleta de dados teve início com a delimitação e caracterização do paciente, por intermédio de questionário, preenchido via prontuário e complementado por familiares do paciente internado na UTI, com seu devido consentimento.

Posteriormente foram identificadas as emoções básicas do sujeito participante, verificando a intensidade da sua ocorrência por meio da aplicação de pranchas de comunicação alternativa, após perguntas norteadoras, em dois passos. Uma prancha abarcou as emoções básicas e a outra representava um termômetro, para avaliar a intensidade da emoção identificada pelo sujeito. A prancha teve por objetivo identificar as emoções relacionadas à internação e ao adoecimento, no momento em que era utilizada.



1. PASSO

Pergunta: NESTE MOMENTO IREI TE MOSTRAR PRANCHAS QUE CONTÉM VÁRIAS EMOÇÕES. APONTE AQUELA QUE MAIS REPRESENTA O QUE VOCÊ SENTE EM RELAÇÃO AO QUE LHE FOR PERGUNTADO.

- Aplicação das pranchas das emoções

2. PASSO

Pergunta: AGORA IREI TE MOSTRAR UM TERMÔMETRO PARA QUE VOCÊ POSSA MEDIR A INTENSIDADE DESTA EMOÇÃO NUMA ESCALA DE 1 A 5. ISSO SIGNIFICA QUE VOCÊ DEVE APONTAR DE ACORDO COM O NÚMERO A FORÇA DESTA EMOÇÃO PARA VOCÊ, SENDO 5 MUITO FORTE E 1 MUITO FRACA.

OU (a depender da compreensão do paciente)

AGORA IREI TE MOSTRAR UM TERMÔMETRO PARA QUE VOCÊ POSSA MEDIR A FORÇA, O TAMANHO DESTA EMOÇÃO. ISTO SIGNIFICA QUE VOCÊ DEVE APONTAR SE PARA VOCÊ ESTA EMOÇÃO AGORA É MUITO FRACA, FRACA, MÉDIA, FORTE OU MUITO FORTE.

422

- Aplicação da prancha do termômetro

Na subsequência foi desenvolvido um plano de intervenção psicológica personalizado, respeitando a idiosincrasia do participante, abarcando a psicoeducação por meio de orientações alopsíquicas, descrição das rotinas, e da atual condição biopsicossocial do sujeito, seguindo-se de orientação do paciente para que ele pudesse perceber e compreender suas emoções.

Psicoeducação: refere-se à oferta de informações relevantes aos pacientes. Deve ocorrer de forma didática e em linguagem adequada ao público-alvo. Tem por objetivo ampliar o conhecimento do paciente sobre sua condição, auxiliar na tomada de decisões com base em informações confiáveis e promover maior adesão ao tratamento (Oliveira & Dias, 2018). Dentre as informações necessárias a serem passadas ao paciente hospitalizado estão às orientações autopsíquicas, isto é, a orientação do indivíduo em relação a si mesmo, mostrando se o sujeito sabe quem é: e.g., nome, idade, data de nascimento, profissão, estado civil, e as orientações alopsíquicas, ou seja, a capacidade de orientar-se em relação ao mundo, isto é, quanto ao espaço e quanto ao tempo (Dalgalarrodo, 2008).

Os atendimentos realizados foram divididos em três momentos para melhor compreensão da aplicação prática das pranchas. Durante os atendimentos considerou-se o quadro clínico de saúde do paciente atentando-se para suas condições físicas, e suas demandas psicológicas, além



de respeitar sempre o livre arbítrio e escolha do participante de prosseguir ou não com a pesquisa. Após cada encontro com o paciente, o atendimento, as observações e as condutas foram descritas em um caderno de anotações. Optou-se por não gravar os atendimentos para não expor o paciente a mais um provável fator estressante (ser gravado num momento de fragilidade física e emocional e de desestruturação da sua persona ao estar numa UTI).

Seguindo a conclusão das etapas descritas, assim que o paciente teve alta da UTI, indo para a enfermaria, foi submetido a uma entrevista semiestruturada, sendo gravado o áudio desta, conforme a permissão do indivíduo. A entrevista foi realizada num lapso temporal de aproximadamente 24h após a saída do participante da unidade de cuidados intensivos.

A Análise dos dados ocorreu por meio da identificação das principais emoções comunicadas pelo paciente crítico durante a intervenção psicológica. Ocorreu a avaliação da adesão às pranchas aplicadas, objetivando verificar se estas pranchas foram instrumentos facilitadores para o sujeito participante, no processo do atendimento psicológico.

3 RESULTADOS

3.1 Etapa 1- Estudo preliminar

Tabela 1. Características da amostra por idade, sexo e escolaridade.

Idade (Anos)	Participantes (N=543)	
	n	%
18 — 26	123	22,7
26 — 31	77	14,2
31 — 36	47	8,7
36 — 41	46	8,5
41 — 46	41	7,6
46 — 51	39	7,2
51 — 56	38	7,0
56 — 61	32	5,9
61 — 66	27	5,0
≥ 66	73	13,4
Por medidas		
Média	41,8	
Desvio Padrão	17,6	
Mínimo	18,0	
Máximo	90	



Sexo:

Participantes (N=543)

	N	%
Masculino	131	24,2
Feminino	412	75,8

Escolaridade

Participantes (N=543)

	n	%
Ensino fundamental incompleto	78	14,4
Ensino fundamental completo	9	1,7
Ensino médio incompleto	11	2,0
Ensino médio completo	94	17,3
Ensino Superior incompleto	87	16
Ensino Superior completo	144	26,5
Pós-graduado	120	22,1

Fonte: dados da pesquisa.

As características da amostra dispendo dos dados pessoais coletados dos participantes encontram-se na tabela 1. Observa-se maior concentração na primeira faixa etária 18-26, predominância feminina e escolaridade alta (ensino superior/pós-graduação).

Das 16 expressões fotografadas, três (tristeza, nojo e medo) reproduzidas pelo sujeito do sexo masculino e uma face neutra feita pela mulher obtiveram porcentagem de acertos inferior a 60%, não sendo consideradas válidas, conforme se observa na tabela 2.

424

Tabela 2. Porcentagem de acertos por estímulo apresentado.

Estímulos	Modelo feminina %	Modelo masculino %
Est.1 – Surpresa	87,1%	93,9%
Est.2 – Nojo	86,6%	43,2%*
Est.3 – Raiva	87,8%	87,3%
Est.4 – Tristeza	61,7 %	18,2%*
Est.5 – Desprezo	68,9%	60,5%
Est.6 – Neutro	49,4%*	95,2%
Est.7 – Medo	71,5%	53,3%*
Est.8 – Alegria	98,7%	99,4%

* Estímulos não validados. Fonte: dados da pesquisa.

Assim para a composição final da prancha foram selecionadas 7 expressões e uma face neutra, sendo 4 (tristeza, nojo, medo e desprezo) da modelo feminina e 4 (alegria, raiva, surpresa e face neutra) do modelo masculino. A estatística H considerou o número de respostas atribuídas a cada estímulo e a proporção de participantes que identificaram a expressão correta, mostrando a força de indução do estímulo. De acordo com a tabela 3, os estímulos com maior consistência foram



o 8,6 e 1, alegria, neutro e surpresa respectivamente, enquanto o estímulo 4 e 5 (tristeza e desprezo) obtiveram menor consistência e o 7 (surpresa) uma consistência regular em relação aos demais estímulos.

Tabela 3. Proporção de respostas por estímulo apresentado.

Estímulo	Participantes		Acertos		H*
	N	N	N	%	
Est.1 – Surpresa	543	510	93,9	0,085	
Est.2- Nojo	543	481	88,6	0,155	
Est.3- raiva	543	474	87,3	0,171	
Est.4- tristeza	543	335	61,7	0,430	
Est.5- Desprezo	543	374	68,9	0,370	
Est.6- Neutro	543	517	95,2	0,067	
Est.7- Medo	543	388	71,5	0,346	
Est. 8 Alegria	543	540	99,4	0,008	
TOTAL				1,633	

H* - Valores próximos a zero indicam consistência do estímulo apresentado. Fonte: dados da pesquisa.

425

Pelo teste de Kruskal Wallis auferiu-se a comparação entre as médias por meio da análise da amostra dividida por faixa etária e pelo teste de Kolmogorov Smirnov verificou-se sua normalidade. Por meio da tabela 4 observa-se maior desvio padrão das respostas provenientes de indivíduos com ou acima de 65 anos e uma diferença significativa de respostas corretas por cada faixa etária, especialmente a medida que a idade é elevada.

Tabela 4. Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo da quantia de Estímulos respondidos de forma correta de acordo com a idade.

Idade	N	Média	DP	Mínimo	Máximo	PKW
18 — 40 ^A	293	6,94	0,91	5,00	8,00	
40 — 65 ^{B, A}	177	6,47	1,09	3,00	8,00	<0,001
≥ 65 ^{C, A}	73	6,04	1,15	2,00	8,00	

Teste: Kruskal Wallis; Letras iguais indicam diferença significativa pelo teste de Kolmogorov Smirnov; Fonte: dados da pesquisa

No Box plot a seguir é possível visualizar valores atípicos e diferenças por faixa etária, na amostra de 543 participantes, considerando a média de acertos totais obtidos no estímulo em cada faixa etária.

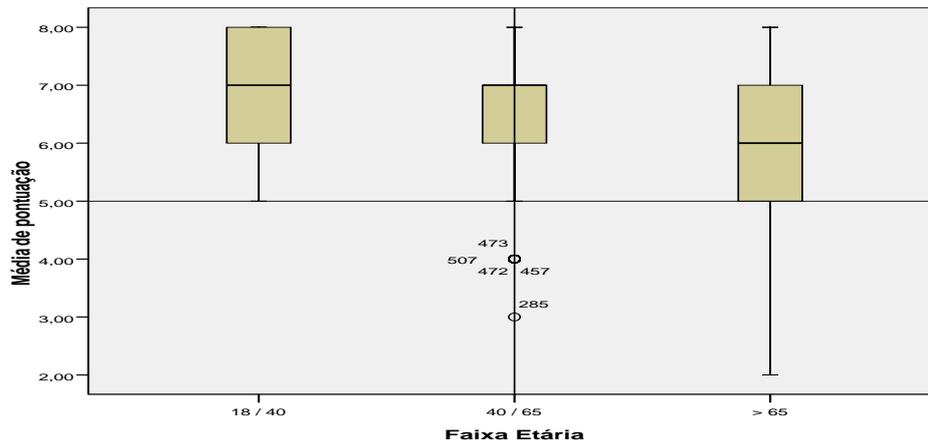


Figura 3. Box plot da comparação entre medianas e valores atípicos por faixa etária. Fonte: dados da pesquisa.

A prancha foi construída a partir da coleta e análise dos dados, extraindo as sete expressões básicas e a fase neutra, de 8 fotografias válidas e selecionadas dos resultados obtidos, na seguinte sequência (alegria, nojo, raiva, tristeza, medo, neutro, desprezo e surpresa). Abaixo de cada foto, foi colocado o nome da expressão em grafos maiúsculos e fonte arial 24. As medidas utilizadas para definição de tamanho da prancha foram 297 × 420mm. O resultado final da prancha pode ser observado na Figura 4.

426



Figura 4. Prancha de intervenção emocional. Fonte: os autores.

A segunda prancha confeccionada apresentou as dimensões externas 210 × 297 mm. Foi colocada uma superfície interna de cor vermelha para dar a ideia de progressão de intensidade com as dimensões 100 X 270 ml. O resultado final da prancha encontra-se abaixo:

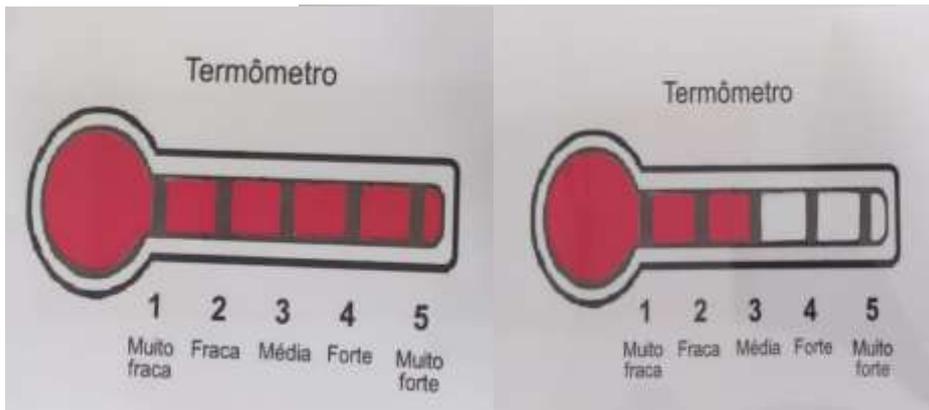


Figura 5. Termômetro de intensidade. Fonte: os autores.

3.2 Etapa 2- Comparação da performance dos participantes no instrumento físico e digital

A tabela 5 mostra a comparação entre os 2 grupos pareados por idade, sexo e gênero. O grupo 1 respondeu ao teste utilizando a prancha física e o grupo 2 utilizando a apresentação dos estímulos virtuais. O teste de comparação entre médias não indicou diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos indicando que é possível usar com segurança as duas versões do instrumento (Figura 6). O valor modal foi 8.

Tabela 5. Média, Mediana, Desvio Padrão da pontuação em cada grupo.

427

Grupo	Média	Mediana	Desvio Padrão
1	7,57	8,00	0,82
2	7,63	8,00	0,72

P = 1,000 (Teste: Kolmogorov Smirnov). Fonte: dados da pesquisa

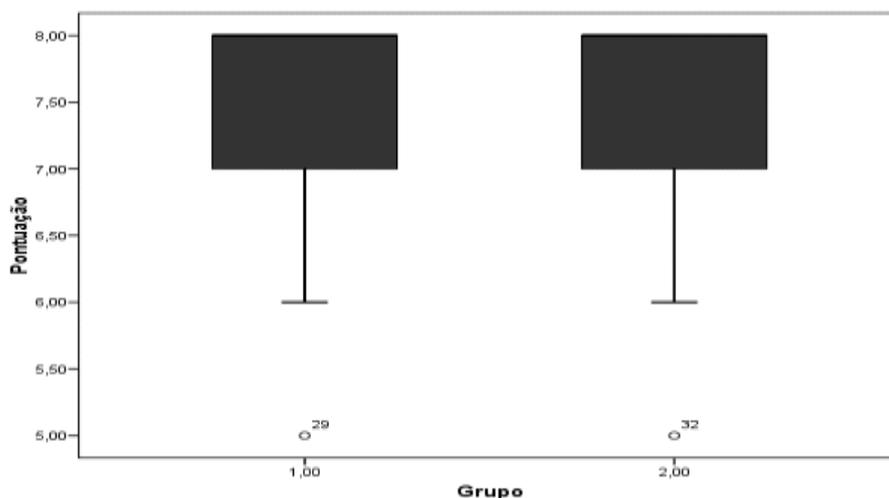


Figura 6. Box plot da comparação das pontuações obtidas por cada grupo. Fonte: dados da pesquisa.



3.3 Etapa 3 - Estudo de caso (participante clínico privado da fala)

Descrição clínica do participante / paciente V.E

V.E deu entrada no hospital para tratamento de pneumonias e influenza, sendo diagnosticado posteriormente com COVID-19 e transferido para a UTI Cirúrgica, unidade que devido ao contexto pandêmico de 2020, fora reestruturada para atendimento de pacientes com a nova doença. V.E fora admitido na UTI com dispneia (dificuldade de respiração) e hipóxia (concentração insuficiente de oxigênio no sangue), sendo necessária a intubação e sedação profunda. Após 12 dias intubado V.E. passou por um procedimento de traqueostomia (TQT), permanecendo sedado e em ventilação mecânica. A traqueostomia é conceituada como um procedimento cirúrgico caracterizado como a inserção de uma cânula provisória ou por tempo indeterminado, em um orifício da traqueia (Gomes, Aoki, Santos & Motter 2016). A TQT altera a anatomia e a fisiologia do sistema respiratório impactando a produção vocal, causando a afonia ou disfonia, sendo estas de diferentes graus de severidade (Barros, Portas, & Queija, 2009).

A medida que V.E tornava-se estável hemodinamicamente, a sedação era retirada de modo progressivo. Alguns dias depois o paciente apresentava-se em regular estado geral (REG) e paulatinamente foi apresentando melhora clínica, apresentando-se acordado, em ar ambiente. Pouco mais de um mês da sua admissão na UTI Cirúrgica fora transferido para a UTI Clínica do hospital, uma vez que já não apresentava sintomas da COVID-19. Neste local fora admitido com diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS), doença renal crônica (DRC) agudizada, necessitando de hemodiálise, polineuropatia do paciente crítico, sintomatologia esta, decorrente da doença inicial, além de estar traqueostomizado, o que impedia uma comunicação verbal eficaz. Nesta unidade o paciente foi convidado a participar da pesquisa em questão, pois cumpria todos os critérios de inclusão. Após aceite da participação os procedimentos da pesquisa foram iniciados.

428

Descrição dos atendimentos ao participante / paciente V.E

1ºMomento: Paciente encontrava-se no leito da UTI Clínica, com traqueostomia, estabelecendo comunicação com a equipe multiprofissional através de gestos, piscar de olhos, e articulação de palavras. Após a aplicação da primeira prancha com as emoções básicas, seguida da pergunta norteadora o paciente apontou com o dedo a emoção “desprezo”. Sucessivamente foi-lhe apresentada a prancha com o termômetro e o participante que demonstrou dificuldade para erguer os braços, piscou os olhos para identificar a intensidade da emoção indicada por ele, num tipo de comunicação combinada com a pesquisadora. A medida que a psicóloga movimentava a



prancha no intuito de demonstrar a progressão da força da emoção, o paciente piscou considerando a intensidade fraca, de número 2. Foi solicitada ao paciente a contextualização sobre o que o levava àquela determinada emoção e as falas do paciente foram identificadas por meio da leitura labial. Paciente relatou que sentia desprezo em tudo. Ao ser questionado sobre o significado de “tudo” para ele, fez sinal de negação com a cabeça, articulando não saber. Foi realizada a contextualização da história clínica do paciente associada a uma psicoeducação acerca das emoções e da importância de nomeá-las, compreendê-las e identificar suas causas e consequências. Ao refazer os passos e percursos durante a internação juntamente com a psicóloga o paciente iniciou um choro ininterrupto e após algum tempo articulou que sentia desprezo advindo das outras pessoas.

“É muita humilhação, ficar desprezado, jogado num canto”

“Você sente dor e não pode falar nada”

“Ficar aqui é muito humilhante”

(Descrição de fala direta do paciente)

Assim foi realizada a validação do que o paciente trazia e do que lhe provocava sofrimento psíquico, favorecendo a expressão dos seus sentimentos. Paciente foi orientado a comunicar da forma como conseguisse (gestos, sussurros, escrita) suas necessidades e a sempre questionar sobre possíveis dúvidas. Foi discutido com a equipe multiprofissional da UTI sobre a necessidade de se comunicar com o paciente por meios verbais e não verbais, e de orientá-lo quanto a procedimentos realizados, assim como esclarecer as dúvidas provenientes da internação.

429

2º Momento: Paciente havia passado recentemente por um processo de obstrução da traqueostomia realizado pelo serviço de fonoaudiologia. Quando a cânula da TQT era obstruída o paciente conseguia verbalizar algumas palavras com entonação de voz fraca, audível com esforço. A voz do paciente era entoada por meio de cochichos e sussurros. Ao ser aplicada novamente a prancha de emoções básicas, paciente apontou a emoção “medo” e intensidade fraca número 2 na outra prancha. Paciente exibiu choro, marcado pelas frases:

“Medo de não sair daqui”

“Medo de nunca mais ver meus familiares”

(Descrição de fala direta do paciente)

Foi realizada a validação do que o paciente trouxe, levando-o a percepção real de sua condição clínica anterior e atual, objetivando a redução de possíveis fantasias e estimulando a



busca por pontos de apoio e estratégias de enfrentamento, sendo identificado junto ao paciente o uso do coping religioso:

“Eu penso em Deus”

“Só Deus, só Deus”

“Só Deus para me dar força”

(Descrição de fala direta do paciente)

3º Momento (finalização dos atendimentos / entrevista final na enfermaria com gravação de áudio): paciente recebeu alta da UTI Médica sendo transportado posteriormente para a enfermaria clínica. V.E fora admitido neste novo local ainda em traqueostomia, contudo conseguia obstruir a cânula com a própria mão e sua voz estava mais forte e perfeitamente audível, porém ainda mostrava tosse persistente. Ao ser apresentada pela última vez a prancha com as emoções básicas, verbalizou e apontou a emoção “surpresa”, esboçando “muito forte” intensidade 5. Paciente relatou que sentiu uma surpresa agradável ao chegar na enfermaria e reencontrar sua esposa, a quem não tinha tido contato direto desde que fora internado. Afirmou que sentia falta de sua família.

Posteriormente foi conduzida a entrevista semiestruturada com o participante. Este afirmou ter entendido o significado do que era representado nas pranchas e da sua escrita. Para ele as pranchas utilizadas facilitaram a identificar as suas emoções, contribuindo para comunicar a pesquisadora e psicóloga responsável o que estava sentindo no momento. Relatou ainda que foram várias as emoções que passaram sua internação na UTI e que considerava difícil entrar em contato com as emoções no momento da hospitalização estando numa unidade de cuidados críticos. Entretanto considerava uma forma de aprendizagem a sua experiência na UTI, afirmando que o uso das pranchas de comunicação alternativa tinha auxiliado neste processo. V.E sugeriu que fossem acrescentadas novas emoções na prancha utilizada nesta pesquisa.

430

4 DISCUSSÃO

No decorrer deste trabalho foram levantadas informações acerca da condição psíquica dos indivíduos internados na UTI, principalmente no que tange a incapacidade de comunicar-se verbalmente devido a condições específicas do tratamento nesta unidade. Logo, este estudo teve como objetivo desenvolver pranchas de comunicação alternativa com o intuito de trabalhar as emoções de forma eficaz com estes pacientes. Para isto valeu-se do conceito de emoções básicas divulgado por muitos pesquisadores atuais e suas expressões faciais características, além da face neutra.



Deste modo dois modelos reproduziram as emoções (alegria, nojo, raiva, tristeza, medo, neutro, desprezo e surpresa) e estas foram disponibilizadas para avaliação em uma população não clínica, onde foram selecionados oito estímulos consistentes, válidos na versão física e na modalidade virtual. Sucessivamente foram confeccionadas pranchas físicas e estas foram aplicadas num paciente crítico traqueostomizado e com a linguagem verbal comprometida.

De acordo com a Tabela 1, no estudo houve predominância de uma população mais jovem, feminina e de alta escolaridade. A literatura científica indica que há um padrão distinto de reconhecimento de expressões faciais associado a escolaridade, ao sexo dos indivíduos e que mulheres tem melhor desempenho no reconhecimento das emoções (Alves, Rodrigues, Souza & Sousa, 2012; Natale, 2016).

Dos 8 estímulos utilizados na construção da prancha, conforme Tabela 3, a tristeza, o desprezo, e o medo respectivamente tiveram menor consistência. Miguel e Primi (2014) apontam que a tristeza é caracterizada por respostas musculares específicas, como o rebaixamento das extremidades dos lábios, elevação leve das bochechas, com o aperto dos olhos, elevação do centro das sobrancelhas, inclinação das pálpebras superiores e olhar para baixo. Desta forma supõe-se que a expressão de tristeza da mulher tenha sido confundida por alguns participantes com a sua face neutra, pois o rosto natural da modelo implica numa composição onde se vê um decaimento das pálpebras e dos lábios, o que exigiria do participante um foco atencional maior para distinguir a expressão de tristeza da face neutra.

Para Ekman (2003) embora seja diferente, o desprezo se relaciona a aversão (nojo). Quando nossos sentidos (visão, olfato, audição, tato, paladar) captam algo considerado desagradável exibimos a emoção nojo, porém ela também é demonstrada em relação às ações, as ideias ou até mesmo a aparência das pessoas, enquanto o desprezo só é vivenciado a respeito de pessoas ou ações. Assim infere-se que a baixa consistência do estímulo 5 (desprezo) possa sinalizar uma possível confusão entre as expressões nojo e desprezo pelos participantes.

De acordo ainda com a Tabela 3, a expressão medo obteve média regular de consistência em relação à média obtida pelos demais estímulos. Conforme Miguel (2015) a ativação muscular provocada pela surpresa é muito semelhante ao medo, incluindo diferenças sutis como o não levantamento das pálpebras inferiores, na forma de abertura da boca e no enrugamento da testa. No medo a pálpebra superior é elevada, a boca abre-se de um modo horizontal e as sobrancelhas tendem a se elevar e juntar-se. Desta maneira infere-se que a expressão medo poderia ter denotado uma ideia de surpresa em alguns sujeitos respondentes da pesquisa.

No que se refere as respostas não esperadas vale citar que Sousa (2010) ao revisar posições teóricas sobre a abordagem da Expressão Emocional, considerando questões controversas existentes na pesquisa sobre a emoção e as expressões faciais, observa que os significados selecionados para uma face dependem do contexto. O sujeito relaciona a figura ao fundo, e se muda o fundo, a interpretação do comportamento facial pode também mudar. Assim



infere-se que ainda que um sujeito participante tenha apresentado respostas não esperadas no formulário virtual, no seu cotidiano poderia exibir uma identificação adequada das emoções, pois usaria toda a informação do contexto para interpretar a expressão facial de pessoas ao seu redor. Este sujeito poderia também marcar uma alternativa no formulário a depender de seu contexto no momento da resposta.

Pode-se inferir a noção de contexto a forma de aplicação do formulário. A expressão facial apresentada de forma online (contexto) teria um significado a depender da forma pela qual foi apresentada e isto poderia ser hipotetizado a respeito da maior incidência de respostas inesperadas numa faixa etária de indivíduos mais velhos, sujeitos que não foram incluídos num ambiente virtual de forma majoritária e que tem em sua maioria dificuldade de manuseio de mídias sociais (Wasserman, Grande, Machado & Behar 2012). Entretanto considerando que não houve diferenças estatísticas nas respostas ao estímulo físico conforme tabela 5, sustenta-se também a justificativa da diminuição da capacidade de reconhecer emoções a partir do avançar da idade (Ferreira & Torro 2016; Ferreira, de Moraes Fabrício, & Chagas 2021; Hayes, et. al., 2020), associada ainda a baixa escolaridade.

Ainda com base na cláusula da influência do contexto, a apresentação destes estímulos dentro da unidade de terapia intensiva evitaria possíveis interpretações equivocadas, pois seria mostrada ao indivíduo a prancha em sua forma física ou virtual conforme sua preferência. Desta maneira o paciente é convidado a indicar a emoção correspondente ao seu contexto de internação e o significado daquela estará diretamente ligado com sua experiência. A partir da exposição de um estímulo emocional, o indivíduo acessa sua própria condição psíquica.

Pelo relato dos atendimentos psicológicos e da aplicação das pranchas em V.E, sujeito internado numa unidade de terapia intensiva foi possível acessar as emoções indicadas por ele como correspondentes ao seu estado emocional durante sua hospitalização, sendo estas o desprezo, medo e surpresa, emoções semelhantes à de outros pacientes de UTI (Flinterud & Andershed, 2015; Happ, 2000; Leung et. al., 2018). Além do uso das pranchas de comunicação alternativa, outras estratégias não verbais foram utilizadas como os gestos, o piscar de olhos e principalmente a leitura labial, sendo esta identificada como o método não verbal mais usado entre pacientes críticos (Happ, 2001; Silva & Cruz, 2019; Happ, 2000).

Ao apontar o desprezo como emoção presente e exibir um relato marcado por choro e por frases acompanhadas de palavras como dor, humilhação, ser desprezado, estar jogado, o paciente destaca os estressores pelos quais passa durante a internação consolidando as alterações em nível físico (orgânico) e psíquico (emocional) mencionadas por Sebastiani, (2003). V.E ainda comunica que estar sem a fala verbal era valorado de forma negativa por ele, como sendo a pior parte, o que corrobora Franco (2014), Happ (2001), Flinterud e Andershed (2015), Silva e Cruz (2019) e Hoorn (2016), que relatam reações emocionais adversas provenientes da restrição comunicativa.



A comunicação não implica somente em obter informações do paciente sobre sua patologia, mas também é um meio de informá-lo sobre esta, proporcionando-lhe entendimento e colocando-o desta forma como co-participante no tratamento (Osuna, Pérez-Carrión, Pérez-Cárceles & Machado, 2018). Isto é realizado quando V.E é orientado a comunicar suas necessidades ao seu modo e é estabelecido o diálogo com a equipe multiprofissional da UTI sobre a necessidade da comunicação com o paciente seja por meios verbais ou não verbais sobre os procedimentos realizados e as dúvidas que surgirem.

Esta conduta foi realizada como forma de proporcionar a V.E humanização e uma maneira de diminuir o que ele delimitou como causa de sofrimento psíquico e que ainda segundo ele não tinha chegado a uma intensidade forte, mantinha-se por enquanto numa intensidade abaixo da média. O atendimento visou por meio da escuta e expressão do que o paciente sentia prevenir possíveis disfunções psíquicas que poderiam ocorrer posteriormente, uma vez que estudos indicam maior exacerbação de estados emocionais vivenciados na UTI quando o paciente recebe alta (Momennasab et. al., 2016, Hirshberg et. al., 2020). Logo a melhoria das comunicações na UTI favorece a interação social, a redução do sofrimento e a participação do paciente nas decisões (Happ, 2001; Silva & Cruz, 2019).

No 2º momento V.E aponta a emoção medo, estando esta, muito presente nos relatos de pacientes internados na UTI (Happ, 2000; Happ, 2001; Flinterud & Andershed, 2015, Lucchesi, 2008; Silva & Cruz, 2019; Leung et. al., 2018). Quando o sujeito está sob esta emoção mostra dificuldade para sentir ou pensar em qualquer outra coisa. Gera a interpretação de incerteza ou falta de controle associadas ao que poderá acontecer. Em função deste fato alguns modelos teóricos colocam a ansiedade na categoria do medo (Miguel, 2015). O medo de V.E de não rever seus familiares, o medo de não retornar para casa, mais objetivamente o medo da morte confirmam esta lógica.

Vários dos estudos citados nesta discussão trazem a ansiedade presente em diversos pacientes críticos privados da fala. Momennasab et. al. (2019) constatou que após o suprimento das necessidades físicas, surgiam nos pacientes sentimentos de ansiedade e medo. Mangafic et. al. (2019) afirmam que a comunicação eficiente diminuiria a ocorrência de ansiedade e depressão.

Desta forma o atendimento psicológico neste quesito além de proporcionar a comunicação, realizou-se com o objetivo de trazer o paciente para a sua realidade presente e concreta, buscando diminuir possíveis fantasias e crenças disfuncionais, corroborando com Lucchesi (2008) ao afirmar que a comunicação efetiva teria função terapêutica esclarecendo fantasias que pudessem prejudicar o tratamento como, por exemplo, o fato de estar na UTI não necessariamente implicar em morrer, e também ajudando o sujeito a buscar recursos internos de enfrentamento e motivação. No caso de V.E seu enfrentamento tinha foco religioso e pesquisas apontam o uso deste coping, como forma de conforto, contra a ansiedade, e voltado para o restabelecimento da saúde (Silva, 2014).



A última expressão descrita por V.E foi a surpresa. V.E comunica esta emoção com posterior sensação agradável mediante sua transferência para a enfermaria e reencontro com a esposa, reestabelecendo seu vínculo afetivo com esta.

Para V.E a composição das pranchas se mostrou satisfatória, afirmando a importância da utilização destas na identificação e comunicação das emoções que sentia naquele momento, propiciando aprendizagem. Pesquisas apontam para o aumento do nível de satisfação dos pacientes pelo uso de pranchas de comunicação (Carruthers, Astin & Munro, 2017; Hoorn, Elbers, Girbes & Tuinman, 2016 Bandeira, Faria, & Araujo, 2011).

Portanto quando a CAA é implementada de forma adequada e sob medida para o usuário individual, seja ela de alta ou de baixa tecnologia, poderá ser eficaz (Silva & Cruz, 2019), sendo de grande valia para a prevenção de falhas nos cuidados de saúde (Osuna et. al., 2018) e para a diminuição dos mal-entendidos (Silva & Cruz, 2019). Em uma pesquisa quase experimental os pacientes de UTI tiveram melhora significativa de atributos psicológicos após o uso de placas de comunicação (Hosseini, et. al., 2018).

Fumis (et. al., 2015) citado anteriormente destaca a importância do apoio psicológico precoce na UTI. É necessário salientar que pela aplicação das pranchas de foco emocional, além do favorecimento da expressão do sujeito, do autoconhecimento, da busca por estratégias de enfrentamento pode-se construir com este, competências emocionais. Estas são capacidades necessárias para lidar com as exigências do contexto social imediato (Buckley et. al., 2003 apud Moreira 2012) numa forma de um novo aprendizado como bem citou o participante da pesquisa V.E.

Pesquisadores aconselham o uso de vários métodos combinados entre si (Hoorn, et. al., 2016; Thomas & Rodriguez, 2011) e uso de recursos multidisciplinares (Happ, 2001; Ortiz et. al., 2016), na comunicação alternativa, uma vez que os pacientes usam várias estratégias para se comunicar durante o período de perda de fala. Desta forma sugere-se que o uso das pranchas de foco interventivo emocional seja feito em conjunto a pranchas com outros conteúdos de forma a favorecer uma comunicação mais integral.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Unidade de terapia intensiva (UTI) é caracterizada como um ambiente complexo e de características invasivas a nível físico e emocional. Estas características são potencializadas quando o indivíduo fica privado da fala verbal, sendo necessário o uso de recursos de comunicação alternativa e aumentativa (CAA). Entretanto a literatura vigente não traz estudos suficientes sobre o tema e o envolvimento da psicologia é minimamente explorado. Portanto este estudo buscou relacionar a prática psicológica na unidade de terapia intensiva com o uso de estratégias de



comunicação não verbais, por meio da confecção e desenvolvimento de pranchas de comunicação alternativa com foco de intervenção emocional, elaborando um banco de dados contendo 7 expressões emocionais e uma face neutra.

As pranchas confeccionadas foram aplicadas em um paciente na UTI, caracterizando um estudo de caso. O uso destas pranchas foi considerado eficaz para avaliar e comunicar as emoções por parte do participante, além de contribuir para o atendimento psicológico, possibilitando no sujeito autoconhecimento emocional. As emoções trabalhadas foram às denominadas emoções básicas, indica-se o desenvolvimento de novas pranchas com um novo grupamento de emoções, o que não foi possível desenvolver devido ao tempo estimado para a condução do estudo. Sugere-se que a avaliação por meio das pranchas seja realizada desde a admissão do paciente na UTI ou quando este estiver acordado e em condições físicas adequadas, sendo realizada durante todo o tempo de internação na UTI. Isto não foi possível neste estudo devido a condições de demarcações específicas de local em virtude do cenário pandêmico.

O uso de pranchas de (CAA) já repercute no estado emocional do paciente e isto é comprovado pela literatura, porém buscou-se fornecer um instrumento facilitador do atendimento psicológico, para o psicólogo trabalhar o estado emocional inerente a internação na UTI. Assim as pranchas caracterizam um meio de avaliação emocional do paciente.

435

6 REFERÊNCIAS

- Almeida Junior, W. N. (2014). Técnicas e práticas psicológicas no atendimento a pacientes impossibilitados de se comunicarem pela fala. *Psicologia Hospitalar*, 12(2), 24-44.
- Alves, N. T., Rodrigues, M. R., Souza, I. B. M. B., & de Sousa, JPM (2012). Ansiedade social e atribuição de emoções a faces neutras. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 17(1), 129-134.
- Ariffina, S. M., Ludinb, S. M., & Arifinc, S. R. M. (2020). Being Voiceless: A Review On Patient Communication In Intensive Care Unit. *Systematic Reviews in Pharmacy*, 11(12), 1328-1333.
- Arruda, B. B. (2015). *Emoções e perturbação emocional: reconhecimento de expressões faciais* (Doctoral dissertation, [sn]).
- Bandeira, F. M., Faria, F. P. D., & Araujo, E. B. D. (2011). Quality assessment of inhospital patients unable to speak who use alternative and extended communication. *Einstein (São Paulo)*, 9(4), 477-482.
- Barros, A. P. B., Portas, J. G., & Queija, D. S. (2009). Implicações da traqueostomia na comunicação e na deglutição. *Rev Bras Cir Cabeça Pescoço*, 38(3), 202-7.
- Beck, J. S. (2013). *Terapia cognitivo-comportamental*. Artmed Editora.
- Borges, F., Bohrer, C. D., Bugs, T. V., Nicola, A. L., Tonini, N. S., & Oliveira, J. L. C. D. (2017). Dimensionamento de pessoal de enfermagem na UTI-adulto de hospital universitário público. *Cogitare enferm*, 22(2), e50306.
- Rev. Psicol Saúde em Debate*. Jun., 2023:9(1): 412-438.



- Carvalho, D. N. D., Queiroz, Í. D. P., Araújo, B. C. L., Barbosa, S. L. D. E. S., Carvalho, V. C. B. D., & Carvalho, S. D. (2020). Augmentative and alternative communication with adults and elderly in the hospital environment: an integrative literature review. *Revista CEFAC*, 22(5).
- Carruthers, H., Astin, F., & Munro, W. (2017). Which alternative communication methods are effective for voiceless patients in Intensive Care Units? A systematic review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 42, 88-96.
- Dalgalarrodo, P. (2018). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Dias, D. D. S., Resende, M. V., & Diniz, G. D. C. L. M. (2015). Patient stress in intensive care: comparison between a coronary care unit and a general postoperative unit. *Revista Brasileira de terapia intensiva*, 27(1), 18-25.
- Ekman, P. (2003). *Emotions revealed*. New York: St.
- Ekman, P., & Cordaro, D. (2011). What is meant by calling emotions basic. *Emotion review*, 3(4), 364-370.
- Ferreira, C. D., & Alves, N. T. (2016). Reconhecimento de emoções faciais no envelhecimento: uma revisão sistemática. *Universitas Psychologica*, 15(5).
- Ferreira, B. L. C., Morais, D. F., & Chagas, M. H. N. (2020). Are facial emotion recognition tasks adequate for assessing social cognition in older people? A review of the literature. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 104277.
- Fiquer, J. T. (2010). *Comunicação não-verbal e depressão: uso de indicadores não-verbais para avaliação de gravidade, melhora clínica e prognóstico* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).
- Flinterud, S. I., & Andershed, B. (2015). Transitions in the communication experiences of tracheostomised patients in intensive care: a qualitative descriptive study. *Journal of clinical nursing*, 24(15-16), 2295-2304.
- Franco, N. D. M. (2014). *Uma linguagem para modelagem do vocabulário de pranchas de comunicação alternativa*.
- Fumis, R. R. L., Ranzani, O. T., Martins, P. S., & Schettino, G. (2015). Emotional disorders in pairs of patients and their family members during and after ICU stay. *PloS one*, 10(1), e0115332.
- Gomes, R. H. S., Aoki, M. C. D. S., Santos, R. S., & Motter, A. A. (2016). A comunicação do paciente traqueostomizado: uma revisão integrativa. *Revista CEFAC*, 18(5), 1251-1259.
- Happ, M. B. (2000). Interpretation of nonvocal behavior and the meaning of voicelessness in critical care. *Social science & medicine*, 50(9), 1247-1255.
- Happ, M. B. (2001). Communicating with mechanically ventilated patients: state of the science. *AACN Advanced Critical Care*, 12(2), 247-258.
- Hayes, G. S., McLennan, S. N., Henry, J. D., Phillips, L. H., Terrett, G., Rendell, P. G., ... & Labuschagne, I. (2020). Task characteristics influence facial emotion recognition age-effects: A meta-analytic review. *Psychology and aging*, 35(2), 295.



- Heidary, A., & Hajiabadi, F. (2020). The difficulty of being voiceless and attempt for expressing needs among conscious mechanical ventilation patients in ICU: a qualitative study. *Navid No*, 23(74), 19-31.
- Hirshberg, E. L., Butler, J., Francis, M., Davis, F. A., Lee, D., Tavake-Pasi, F., ... & Hopkins, R. O. (2020). Persistence of patient and family experiences of critical illness. *BMJ open*, 10(4), e035213.
- Hosseini, S. R., Hasanloei, M. A. V., & Feizi, A. (2018). The effect of using communication boards on ease of communication and anxiety in mechanically ventilated conscious patients admitted to intensive care units. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 23(5), 358.
- Leung, C. C., Pun, J., Lock, G., Slade, D., Gomersall, C. D., Wong, W. T., & Joynt, G. M. (2018). Exploring the scope of communication content of mechanically ventilated patients. *Journal of critical care*, 44, 136-141.
- Lucchesi, F., Macedo, P. C. M., & Marco, M. A. D. (2008). Saúde mental na unidade de terapia intensiva. *Revista da SBPH*, 11(1), 19-30.
- Magnus, V. S., & Turkington, L. (2006). Communication interaction in ICU—patient and staff experiences and perceptions. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22(3), 167-180.
- Mangafic, S., Axelsson, B., Holzmann, M. J., Arbeus, M., & Bjurman, C. (2019). Communication in intensive care units and cardiac wards—A literature review and personal experiences. *Journal of Hospital Administration*, 8(1).
- Miguel, F. K. (2015). Psicologia das emoções: uma proposta integrativa para compreender a expressão emocional. *Psico-usf*, 20(1), 153-162..
- Momennasab, M., Ghahramani, T., Yektatalab, S., & Zand, F. (2016). Physical and mental health of patients immediately after discharge from intensive care unit and 24 hours later. *Trauma monthly*, 21(1).
- Momennasab, M., Ardakani, M. S., Rad, F. D., Dokoohaki, R., Dakhesh, R., & Jaber, A. (2019). Quality of nurses' communication with mechanically ventilated patients in a cardiac surgery intensive care unit. *Investigacion y educacion en enfermeria*, 37(2).
- Moreira, P. A. S., Oliveira, J. T., Crusellas, L., & Lima, A. (2012). Inventário de identificação de emoções e sentimentos (IIES): estudo de desenvolvimento e de validação. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 3(1), 39-66.
- Natale, L. L. (2016) *Construção de uma tarefa para estimar a capacidade de reconhecimento de micro e macro expressões faciais emocionais básicas* (Doctoral dissertation, Universidade Federal de Minas Gerais).
- Oliveira, C. T. D., & Dias, A. C. G. (2018). Psychoeducation for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: What, How and Who Shall We Inform?. *Trends in Psychology*, 26(1), 243-261.
- Ortiz, B. R. D. A., Gieger, F. F., & Grzybowski, L. S. (2016). Pacientes com limitação na comunicação verbal: prática do psicólogo na UTI. *Psicologia Hospitalar*, 14(2), 42-62.
- Osuna, E., Carrión, A. P., Cárceles, M. D. P., & Machado, F. (2018). Perceptions of health professionals about the quality of communication and deliberation with the patient and its impact on the health decision making process. *Journal of public health research*, 7(3).



- Patak, L., Gawlinski, A., Fung, N. I., Doering, L., Berg, J., & Henneman, E. A. (2006). Communication boards in critical care: patients' views. *Applied Nursing Research*, 19(4), 182-190.
- Santos, S. N., Santos, L. S. R. L., Rossi, A. S. U., de Araújo Lélis, J., & Vasconcellos, S. C. (2011). Intervenção psicológica numa unidade de terapia intensiva de cardiologia. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14(2), 50-66.
- Sebastiani, R. W. (2003). Atendimento psicológico no centro de terapia intensiva. In Angerami-Camon, V. A. (Org.), *Psicologia hospitalar: Teoria e prática* (pp. 29-71). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Silva, M. J. M. R. D. (2010). *A inteligência emocional como factor determinante nas relações interpessoais: emoções, expressões corporais e tomadas de decisão* (Doctoral dissertation).
- Silva, C. D. S. (2014). *O coping religioso-espiritual em pacientes de hospital escola: uma compreensão biopsicossocial* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).
- Silva, J. S., & de Souza, E. R. F. (2017). A comunicação com pacientes sob ventilação mecânica invasiva em uma unidade de terapia intensiva no interior de minas gerais sob a perspectiva da equipe de enfermagem. *Revista Brasileira de Ciências da Vida*, 5(2).
- Silva, N. C. N. R., & Cruz, I. (2019). Nursing evidence-based interprofessional practice guidelines for impaired verbal communication in ICU—Systematic Literature Review. *Journal of Specialized Nursing Care*, 11(1).
- Sousa, C. (2010). Emoções e expressão facial: Novos desafios. *Psicologia*, 24(2), 17-41.
- Hoorn, S.t., Elbers, P. W., Girbes, A. R., & Tuinman, P. R. (2016). Communicating with conscious and mechanically ventilated critically ill patients: a systematic review. *Critical Care*, 20(1), 1-14.
- Thomas, L. A., & Rodriguez, C. S. (2011). Prevalence of sudden speechlessness in critical care units. *Clinical Nursing Research*, 20(4), 439-447.
- Wasserman, C., Grande, T. P. F., Machado, L. R., & Behar, P. A. (2012). Redes sociais: um novo mundo para os idosos. *RENOTE-Revista Novas Tecnologias na Educação*, 10(1).
- Yin, R. K. (2015). *Estudo de Caso-: Planejamento e métodos*. Bookman editora. 2015.