

TÉCNICAS E PRÁTICAS PSICOLÓGICAS NO ATENDIMENTO A PACIENTES IMPOSSIBILITADOS DE SE COMUNICAREM PELA FALA

Wilson Nascimento Almeida Junior¹

RESUMO

Objetivou-se efetuar um levantamento das técnicas e práticas que podem ser adotadas no ambiente hospitalar no que se refere ao atendimento psicológico de pacientes que não podem se comunicar pela fala devido à traqueostomia ou entubamento. Ambos os procedimentos citados auxiliam pacientes especialmente internados nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIS), dentre outros, na respiração e ingestão de alimentos e medicamentos, entretanto, dificultam ou acometem o paciente de afasia. Buscou-se, por intermédio do levantamento bibliográfico, averiguar de que maneira o atendimento psicológico poderia acontecer para estes pacientes concluindo-se que é possível ao psicólogo adaptar diversas técnicas, principalmente lançando mão de criatividade e trabalhando de maneira multi e interdisciplinar.

Palavras-chave: Traqueostomia, Atendimento psicológico, Técnicas adaptativas, UTI.

TECHNIQUES AND PRACTICES IN PSYCHOLOGICAL CARE OF PATIENTS UNABLE TO COMMUNICATE BY SPEECH

ABSTRACT

The objective was to conduct a survey of the techniques and practices that can be adopted in a hospital environment relating to the psychological care of patients who cannot communicate by speech due to tracheotomy or casing. Both procedures specifically assist patients hospitalized in Intensive Care Units (ICU) with, among other problems: Respiration, and the ingestion of food and medicine. However, these procedures hinder or affect a patient's aphasia. By means of bibliographic investigation, an answer was sought to the question of how psychological care for these patients could best be had. It was concluded that the psychologist can adapt various techniques, especially by resorting to creativity and working along multi and interdisciplinary lines.

Keywords: Tracheotomy, Psychological assistance, Adaptive techniques, ICU.

¹ Psicólogo Clínico – Hospitalar.

INTRODUÇÃO

Desde a promulgação e reconhecimento da prática psicológica em hospitais pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2000), muito se discutiu e ainda se discute a respeito das especificidades da prática e seus principais desdobramentos.

Em um estudo realizado por Yamamoto, Trindade e Oliveira (2002) com psicólogos hospitalares, reconhece-se a prática da Psicologia Hospitalar como campo específico de atendimento psicológico, entretanto, considera-se que as práticas e recursos utilizados ainda constituem-se em adequação a técnicas tradicionais.

Pesquisas recentes desbravam novos campos de atuação no ambiente hospitalar (Rossi, 2008), a própria prática, e também os seus recursos, são debatidos considerando diversos fatores, como podemos verificar no trabalho de Tonetto e Gomes (2005) e Rosa (2005).

Ainda mais recentemente, percebemos um movimento de trabalhos que abrangem não somente questões teóricas, mas também práticas, consolidando a Psicologia Hospitalar como uma prática já inserida e extremamente necessária no ambiente hospitalar (Filgueiras, Rodrigues & Benfica, 2010).

Apesar de todo o aparato teórico e instrumental que a nossa prática nos proporciona, ainda nos deparamos com situações onde precisamos desenvolver estratégias para prestar atendimento aos pacientes hospitalizados.

Nigro (2004) chama a atenção para o alcance das técnicas psicológicas no ambiente hospitalar e considera que:

No hospital geral, ao se pensar nas técnicas mais adequadas para o atendimento psicológico ao paciente internado, enfrenta-se uma situação às

vezes dramática ligada à condição desse sujeito. Ele está doente, com frequência gravemente doente, motivo pelo qual as abordagens psicoterapêuticas tradicionais se tornam inviáveis, sendo necessária a adaptação dos recursos conhecidos para viabilizar o atendimento respeitando a condição imposta pela doença (p. 33).

No tocante à minha experiência como estagiário de Psicologia Hospitalar no Hospital Santa Paula em São Paulo na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no setor de Neurologia, algumas vezes, durante os relatos de supervisão, pude observar que os colegas enfrentavam dificuldades no manejo e intervenção nos casos de pacientes que por algum motivo não podiam se expressar verbalmente independentemente do setor de internação. Na minha prática me deparei com o atendimento de um determinado paciente internado na Unidade de Terapia Intensiva, que devido a um quadro de Polineuropatia Desmielinizante Crônica², não tinha condições de movimentar nenhuma parte do corpo, nem tão pouco falar, por conta de uma traqueostomia³, e utilizava-se de uma intérprete com extrema habilidade em leitura labial para se comunicar.

Haberkorn (2004) citado por Rossi (2008) sinaliza as dificuldades enfrentadas pelo psicólogo frente ao paciente impossibilitado de se comunicar, nos fazendo pensar que as dinâmicas hospitalares por vezes nos colocam em choque com as nossas técnicas. Sendo o atendimento psicológico tão dependente da fala em seus diversos desdobramentos, como atuar em situações como a descrita acima? Intervenções associadas à tecnologia apontam uma melhora significativa no estado

² Caracteriza-se pela desmielinização e remielinização associados à presença de macrófagos de células de Schwann, ocasionando a perda axonal, o que gera a perda contínua dos nervos somáticos. Está associada a diversas patologias, como Tireotoxicose e Hepatite C.

³ Procedimento cirúrgico no pescoço, mais especificadamente na traqueia, indicado em emergências e longos períodos de internação, onde é necessária ventilação mecânica.

de saúde de pacientes internados na UTI, que por motivos de traqueostomia e entubamento⁴ não podiam se expressar (Bandeira, Faria & Araujo, 2011), e pesquisas demonstram a necessidade da intervenção psicológica em pacientes que sofreram cirurgia de laringectomia⁵ (Barbosa & Francisco, 2011).

Para Ribeiro e Leal (2010), uma das funções do psicólogo que atua nas Unidades de Terapia Intensiva é possibilitar a expressão da fala em casos onde o paciente esteja impossibilitado de se comunicar através da fala, por meio de técnicas adaptativas. Contudo, como adaptar técnicas de atendimento sem cair em modelos que não servem para pacientes impossibilitados de falar? Quais recursos podem ser adaptados, e qual a serventia para o paciente?

Miranda e Ferreira (2007), ao discutirem sua prática e intervenções com pacientes conscientes, contudo impossibilitados de falar por conta de uma traqueostomia ou outro procedimento médico, referem que: “Muitas vezes, um sinal gerado por ele, numa tentativa de comunicação, pode não ser compreensível, embora movimentos labiais sejam feitos, por vezes. Isto exige de nós habilidade para uma comunicação silenciosa: uma tentativa de comunicação não-oral (p. 4).”

Dessa forma, por intermédio de um levantamento bibliográfico acerca de práticas e instrumentos psicológicos, busca-se identificar possíveis técnicas ou mesmo possibilidades de intervenção dentro da nossa prática que possam ser adaptados, ou mesmo desenvolvidas para o atendimento de pacientes

⁴ Procedimento médico-cirúrgico de suporte avançado de vida, onde é inserido um tubo na traqueia para que seja possível a ventilação mecânica.

⁵ Cirurgia onde se remove parte ou totalmente a laringe, nos casos de câncer da garganta ou nas cordas vocais.

traqueostomizados ou entubados que não podem se expressar verbalmente, especialmente internados nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

Sabe-se que as Unidades de Terapia Intensiva mobilizam sentimentos extremos e quadros ansiógenos, e que a internação neste setor do hospital mobiliza nos pacientes comportamentos regressivos, apatia e agressividade, que podem ser considerados como uma maneira de suportar o estresse gerado no período de internação na UTI (Ribeiro & Leal, 2010; Rossi, 2008).

Em linhas gerais, o trabalho do psicólogo na Unidade de Terapia Intensiva tem por objetivo a destituição e re-instituição da pessoa enquanto sujeito, justamente por conta deste setor do hospital promover sentimentos de desamparo, além de suscitar questões em relação à vida e a morte (Ribeiro & Leal, 2010). Justifica-se, então, promover conhecimentos que busquem trabalhar alternativas e meios de atuação e intervenção psicológica, junto a pacientes que, por motivo de traqueostomia, não podem se comunicar. Como demonstrado, as alterações de ordem psicológica por vezes podem determinar não apenas a capacidade de enfrentamento, mas também o processo de recuperação (Silva, 2007), justificando, dessa forma, a produção deste trabalho.

MÉTODO

Para a construção deste trabalho, foi efetuado o levantamento bibliográfico nas principais fontes de pesquisa acadêmica; BIREME, SCIELO, BVS, dentre outros com as palavras-chave; técnicas adaptativas de atendimento psicológico, atendimento psicológico para pacientes impossibilitados de falar, pacientes traqueostomizados ou entubados.

Conforme já apontado, no que diz respeito a pesquisas específicas em Psicologia considerando o tema, infelizmente não temos muitas produções, o que justifica o levantamento bibliográfico, que suscita, além da possibilidade de repensar a questão, fomentar novas pesquisas que tenham por objetivo corroborar os dados encontrados com a prática já existente.

REVISÃO DA LITERATURA

As Unidades de Terapia Intensiva e o trabalho do psicólogo

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) surgiram por volta de 1950 nos Estados Unidos e em nosso país por volta dos anos 1970 (Haberkorn, 2004, citado por Rossi, 2008). Caracterizam-se por prestar atendimento médico e de recursos humanos ininterruptos com o objetivo de restabelecer sistemas orgânicos e manter o funcionamento satisfatório de sistemas fisiológicos, caracterizando os pacientes que precisam de seus serviços de pacientes críticos, ou seja, aquele que necessita de cuidados constantes e especializados, conforme definido por Ribeiro e Leal (2010).

Ribeiro e Leal (2010) e Rossi (2008) enfatizam que as Unidades de Terapia Intensiva despertam diversos sentimentos e comportamentos, tanto nos pacientes internados como na equipe de profissionais que atuam nestes setores do hospital, o que justifica e faz necessária a presença de um profissional da Psicologia. Em relação à Psicologia, já desde os anos 1950 sabe-se da atuação do psicólogo em hospitais (Silva, 2006), entretanto, nos últimos anos, percebe-se, por intermédio da pesquisa, que o psicólogo a cada dia se faz mais necessário nas equipes de saúde abrangendo fatores multidisciplinares e interdisciplinares.

Considerando todo o maquinário que é utilizado para garantir o cuidado do paciente, sem contar os ciclos de sono e vigília, abstinência de alimentos, a constante ingestão de medicamentos, privações de contato, além dos procedimentos médicos, é comum nas Unidades de Terapia Intensiva que os pacientes sejam acometidos de diversas manifestações psíquicas.

A permanência nas UTIs/UICs usualmente mobilizam sentimentos extremos como o medo insuportável, manifestações ansiógenas que podem se manifestar por agitação psicomotora, ou grave depressão, com sintomas de apatia e letargia acentuados. Além disto, o sentimento de solidão experimentado pelo paciente que se vê privado do contato com a família e seu mundo externo, neste momento tão delicado, irá incrementar reações psíquicas indesejadas principalmente porque, na maioria das vezes, o paciente é internado de forma abrupta, tendo seus vínculos anteriores rompidos e, muitas vezes, sem uma plena compreensão da gravidade do seu próprio quadro clínico ou cirúrgico. O medo e a ansiedade podem produzir, inclusive, mudanças fisiológicas e bioquímicas, como variações nos níveis de catecolaminas e corticosteroide, levando a aumentos de pressão arterial, de glicemia e batimentos cardíacos (Ribeiro & Leal, 2010, pp. 82-83).

Ainda a respeito das questões psicológicas suscitadas pela internação na UTI, Zimmermann, Bertuol, Coutinho e Boas (2010) chamam a atenção para os quadros de *delirium*, depressão e ansiedade que podem acometer os pacientes, além dos impactos em seus familiares.

É interessante notar que, apesar de todo o contexto relacionado à finitude da vida na UTI, fora questões relacionadas ao enfrentamento da doença, a organização de uma nova vida, a inserção de novos comportamentos, a UTI também apresenta um caráter de restabelecimento e de recuperação que pode, de certa forma, auxiliar

na recuperação do paciente, promovendo novos sentidos e maneiras de encarar a sua existência.

Para Ribeiro e Leal (2010), é responsabilidade do psicólogo que atua em hospitais promover um espaço para a subjetividade, bem como promover o atendimento psicológico através de práticas alternativas a pacientes impossibilitados de se comunicarem pela fala.

Considerando este aspecto e levando em consideração uma experiência já citada da minha prática, me baseio em Zimmermann et al. (2010), quando os autores afirmam que:

Pode ser particularmente difícil diagnosticar depressão no paciente em ventilação ou com afasia. Entretanto, é possível aprender muito mesmo com os pacientes incapazes de falar. Podemos observar suas expressões, ler seus lábios, ver seus gestos ou solicitar que escrevam. Devemos atentar não apenas para o que dizem, mas para a maneira como dizem (p. 399).

Dessa forma, busco problematizar a questão do atendimento psicológico a pacientes que não podem se expressar verbalmente por conta de traqueostomia visando discutir e pensar quais técnicas podemos adaptar, ou mesmo readaptar ao ambiente hospitalar, tendo como objetivo o atendimento destes pacientes, buscando dessa forma contribuir na práxis da Psicologia Hospitalar especialmente no que diz respeito às intervenções nas Unidades de Terapia Intensiva.

Práticas psicológicas e o ambiente hospitalar

O ambiente hospitalar, principalmente as Unidades de Terapia Intensiva, desperta nos pacientes que necessitam de seus serviços os mais diversos sentimentos e comportamentos. Desde a relação com a morte, e até mesmo

questões relativas à resignificação da vida e do conceito de saúde e doença ali estão presentes (Ribeiro & Leal, 2010). Vale ressaltar que os impactos emocionais suscitados nas Unidades de Terapia Intensiva acometem também todos os profissionais que ali trabalham, sem contar os familiares dos pacientes internados nas Unidades de Terapia Intensiva.

Neste ambiente onde o trabalho do psicólogo abrange desde a prevenção nos aspectos da saúde, e também ações paliativas (Sinigoj, 2012), faz-se um desafio, que o profissional possa fundamentar e desenvolver técnicas de intervenção em diferentes setores hospitalares (Cayubi & Andreoli, 2005; Ribeiro & Leal, 2010).

Em relação às diversas técnicas que apóiam o trabalho do psicólogo, intervenções que podem aumentar os níveis de ansiedade, especialmente aquelas que trabalham forças inconscientes devem ser evitadas, sobretudo quando se trata de pacientes internados nas Unidades de Terapia Intensiva (Cordioli, 1998, citado por Cayubi & Andreoli, 2005), se bem que estudos realizados com crianças hospitalizadas apontam movimentos expressivos com o uso do desenho livre e da família (Nigro, 2004). Dessa forma, cabe ao profissional, dentre seus diversos saberes e técnicas, aprimorar os recursos disponíveis no atendimento ao paciente internado nas Unidades de Terapia Intensiva.

Especialmente nas Unidades de Terapia Intensiva, é comum que os pacientes por vezes necessitem de procedimentos médicos onde a fala dos mesmos é impossibilitada, o que diretamente deveria impossibilitar a intervenção do psicólogo quanto à necessidade da fala para o desenvolvimento do atendimento psicológico.

Dentre os diversos procedimentos a que os pacientes internados nas Unidades de Terapia Intensiva podem se submeter, a traqueostomia visa possibilitar a

respiração nos casos de cirurgias de cabeça e pescoço, afecções neurológicas e infecções pulmonares. A técnica padronizada por Chevalier Jackson no século XIX inicialmente foi utilizada para o restabelecimento das vias aéreas, o que auxiliava na redução do número de mortes nos pacientes submetidos a cirurgias. Consistindo na abertura da traqueia com a inserção de cânulas que auxiliam na respiração, o procedimento tende a trazer complicações em relação à técnica, sendo o estado psicológico do paciente um fator que pode auxiliar no sucesso do procedimento (Hojaig, Stabenow, Nishiro & Plopper, 2003).

A traqueostomia nem sempre vai impossibilitar o paciente de se comunicar verbalmente, entretanto situações como a cirurgia de laringectomia obrigatoriamente faz com que o paciente perca a voz, sendo necessário que o mesmo necessite de mecanismos e suportes para poder verbalizar.

Na cirurgia de laringectomia total são removidas as estruturas que produzem o som emitido pela laringe, o que causa no paciente afonia (Zago & Sawada, 1998). A cirurgia de laringectomia é considerada mutiladora, não apenas por conta da remoção da cartilagem da laringe, mas também devido às consequências sofridas pelos pacientes no que se refere aos aspectos fisiológicos e psicossociais.

Em ambos os procedimentos médicos citados, sendo o atendimento psicológico tão pautado na comunicação via fala, faz-se necessário que o psicólogo possa lançar mão de técnicas adaptativas no atendimento dessa gama de pacientes.

Práticas possíveis: discutindo recursos e técnicas e sua utilização no atendimento psicológico a pacientes impossibilitados de falar

A revisão da literatura aponta que, quando se trata do atendimento em Unidades de Terapia Intensiva, estudos que produzem saberes que possam ser

aplicados a pacientes que não podem verbalizar são produzidos especialmente pelas áreas de enfermagem e fonoaudiologia (Zago & Sawada, 1998).

Aparentemente, mas não menos importante, parece que os colegas concentram suas produções em temas ligados a Resiliência e a Humanização do ambiente hospitalar, o que talvez cause escassez de produções que tratem especificamente de situações de atendimento psicológico que envolva procedimentos médicos como a traqueostomia, ou mesmo a cirurgia de laringectomia, que indiretamente impossibilitam a fala, o que não necessariamente inviabiliza o atendimento psicológico, mas que possibilita ao profissional psicólogo criar meios de atendimento que possam abranger esses pacientes.

Infelizmente a produção científica em Psicologia abrangendo a temática de maneira prática é escassa, sendo as poucas produções encontradas como o trabalho de Miranda e Ferreira (2007), inspiradoras, nos fazendo pensar em como podemos expandir nossa atuação.

É da Medicina, da Enfermagem e da Fonoaudiologia a maior parte das produções que visam intervenções diretamente com pacientes impossibilitados de falar, e é através dessas produções que pretendo discutir a adaptação de tais recursos para utilização no campo da Psicologia.

Sendo na atualidade o profissional psicólogo membro inter e multidisciplinar nas equipes atuantes nos diversos setores hospitalares, pode verificar que as produções e vivências das diversas áreas que buscam atender o paciente em diversas situações, não apenas internados nas Unidades de Terapia Intensiva, possam ser utilizadas como pontos de apoio na prática do psicólogo.

TÉCNICAS E SUAS ADAPTAÇÕES PARA O ATENDIMENTO PSICOLÓGICO

Lousa Mágica

Trata-se de um brinquedo de baixo custo para aquisição, e caracteriza-se geralmente por um quadro ou outras formas de plástico, onde é possível escrever e apagar o que foi escrito sem muito esforço. Em geral, é acompanhado de uma caneta específica para o uso diretamente no produto. Por ser de plástico facilita a limpeza. Geralmente o brinquedo é bastante visual, já que é produzido em cores vibrantes e muitas vezes trazem desenhos de personagens.

Esse recurso foi utilizado por Melles e Zago (2001), juntamente com um formulário, numa intervenção a pacientes submetidos à cirurgia de cabeça e pescoço. As autoras apontam que o recurso se mostra adequado no quesito comunicação, entretanto é preciso salientar que pacientes que por algum motivo não possam movimentar mãos e braços não poderão se beneficiar do recurso, haja vista a necessidade da escrita.

No caso da lousa mágica, as autoras apontam que se trata de um recurso bastante indicado nos casos de pacientes traqueostomizados – inclusive referenciado na literatura internacional em saúde - e salientam a necessidade do receptor, ou seja, aquele que vai esperar o paciente escrever quanto à paciência no uso do recurso, já que interrupções ou tentativas de adivinhação do que se está querendo escrever pode causar angústia e ansiedade no mensageiro, ou seja, no paciente (Melles & Zago, 2001).

Preparação pré-cirúrgica como instrumento de redução de impactos psicológicos nos casos de procedimentos que necessitem traqueostomia ou entubamento

Melles e Zago (2001), a respeito da comunicação com o paciente traqueostomizado apontam que: “Além dos medos que o paciente desenvolve frente à confirmação da necessidade de submeter-se a um procedimento cirúrgico, a impossibilidade da comunicação verbal oral no pós-operatório é um aspecto que, sem dúvida nenhuma, aumenta a intensidade do estresse cirúrgico” (p. 73). As autoras ainda sinalizam que: “Para os enfermeiros, a comunicação com o paciente é considerada como um processo fundamental não apenas para a identificação de sinais, sintomas e problemas físicos, mas também para o desenvolvimento da “comunicação terapêutica”, a qual demonstra o comprometimento do profissional para com o paciente (Silva, 1996 e Stefanelli, 1993, citados por Melles & Zago, 2001).

Tendo por base as referidas observações e pontuações, a preparação pré-cirúrgica atua como uma maneira paliativa de reduzir os impactos psicológicos que podem ser gerados nos casos aonde por ventura o paciente venha a necessitar do uso de traqueostomia ou entubamento, especialmente nas Unidades de Terapia Intensiva, sendo responsável em evitar, dentre outros, que o paciente entre em estado de crise, conforme proposto por Caiuby e Andreoli (2005).

Botega (2011), ao discutir as reações à doença e a hospitalização, chama a atenção para as reações de ajustamento. Segundo este autor:

Pacientes reagem diferentemente às doenças e à internação hospitalar. Os fatores que determinam respostas individuais a essas condições não são conhecidos em sua totalidade. Entretanto, o significado pessoal e subjetivo que a doença física desperta parece ser o fator fundamental, modulado por

características sociais e pela própria natureza da patologia e de seu tratamento. As reações de ajustamento constituem um grupo de transtornos frequentes entre pacientes internados em hospital geral (p. 51).

Dessa forma, a preparação psicológica de fato muito pode auxiliar nos casos aonde o paciente vai se submeter a uma cirurgia, especialmente no pós-operatório, já que nesse momento o paciente pode ter uma visão completamente distorcida da sua realidade.

Estudos em Psicologia Cognitiva Comportamental (Ribeiro, Tavano & Neme, 2002) relatam o sucesso do uso de relaxamento e visualização no pré e pós-operatório numa experiência que envolveu enxerto ósseo. Os autores concluíram que as técnicas utilizadas pareceram eficazes e adequadas no acompanhamento pré e pós-cirúrgico nesse tipo de procedimento. Essa experiência pode auxiliar não somente no processo de pré e pós-cirurgia, mas também nas questões que ocorrerão ao paciente após a própria cirurgia, como por exemplo, a informação da necessidade do uso de traqueostomia, questões relativas a dificuldades que acometerão a deglutição, tempo de adaptação e formas e meios que poderão ser utilizados para a comunicação.

Ainda Doca e Costa Junior (2007), ao efetuarem um levantamento bibliográfico acerca da preparação psicológica pré e pós-cirúrgica em crianças, referem que os procedimentos para preparação se dividem em seis passos. 1. Preparação da equipe, de maneira que todos possam entender a necessidade do procedimento a ser realizado e suas principais vantagens para a criança, seus pais e a própria equipe. 2. Treinamento da equipe, para que a mesma desenvolva habilidades de escuta, habilidades sociais e possa intervir em situações de crise. 3. Definição de métodos para admissão hospitalar infantil, como linguagem em

consideração ao nível filosófico, educacional e social. 4. Preparação dos recursos a serem trabalhados no programa de pré e pós-cirúrgico como cartilhas, panfletos e demais materiais educativos. 5. Divulgação do programa de treinamento e recursos junto à equipe envolvida. 6. Avaliação sistemática e periódica a médio e curto prazo em relação aos efeitos do plano de intervenção. No trabalho desenvolvido pelos referidos autores, o campo de intervenção, vale lembrar, foi com crianças, entretanto acredita-se ser possível seguir os passos determinados também para as internações de pacientes adultos.

A proposta de intervenção deve se pautar em atuação interdisciplinar para seu sucesso. O psicólogo deve ter sua atuação dentro da equipe, mas sem desconsiderar a atuação dos demais membros, além de trabalhar com técnicas que possam alcançar a intervenção que será trabalhada junto ao paciente, o que justifica o apontamento de Cayubi e Andreoli (2005), quando os autores discutem a inserção do psicólogo no ambiente hospitalar e as especificidades de sua atuação.

Comunicações alternativas

A comunicação sem dúvida é uma necessidade básica e indispensável ao homem. A fala e a comunicação também são indispensáveis na aprendizagem e na própria expressão de estados emocionais e necessidades humanas, mesmo estando desconexa, o que não significa que a pessoa não possa ser entendida (Miranda & Ferreira, 2007), nem tão pouco não tenham algo ou nada a dizer.

Sendo a fala e a comunicação extremamente importantes, Bandeira et al. (2011) observam que, na Unidade de Terapia Intensiva, muitos pacientes permanecem sem possibilidade de se comunicarem por diversos fatores, como a

necessidade de realizar um procedimento de traqueostomia, ou estar entubado ou mesmo sob efeito de medicamentos. É nessas situações que se pode fazer uso da Comunicação Alternativa, que conforme Bandeira et al. (2011) “citando” Asha (1981) e Gava (1999), trata-se de uma prática da área clínica, educacional e de pesquisa, com intuito de compensar e facilitar a comunicação expressiva e/ou distúrbios da comunicação, por intermédio de figuras, desenhos ou símbolos.

Num trabalho que alia tecnologia e figuras que sinalizam estados emocionais e necessidades, conclui-se que o tipo de comunicação alternativa utilizado demonstrou melhoras significativas na qualidade intra-hospitalar de pacientes impossibilitados de falar.

Em estudo a respeito de pictogramas e sua interface com a medicina, Matos (2009) alude a respeito da importância dos pictogramas e seus desdobramentos diretamente como melhoras no quadro clínico. A constatação de Matos (2009) é extremamente válida, pois trabalhos que objetivaram verificar indicadores de depressão utilizando métodos não verbais comprovaram a incidência de depressão em pacientes que por diversos motivos não se expressavam (Fiquer, 2010).

No trabalho de Bandeira et al. (2011), verifica-se que as pranchas de comunicação utilizadas em sua intervenção foram produzidas por um programa de computador, assim como o material utilizado na confecção das pranchas estava aliado a tecnologia, entretanto, experiências como a das psicólogas Eunice Miranda e Mariana Ferreira (2007), do Hospital Municipal de Belo Horizonte, que surgiu da necessidade e da dificuldade em atender pacientes traqueostomizados, também fez uso de pranchas sinalizadas por símbolos, todavia utilizando papel e plástico.

As autoras desenvolveram seis lâminas compostas por números, símbolos, palavras, frases e desenhos impressos em papel comum posteriormente plastificado (Miranda & Ferreira, 2007). As lâminas foram identificadas da seguinte forma:

Lâmina 1: Comunicação não oral - esta lâmina é composta por consoantes e vogais dispostas em linhas retas e tem por objetivo auxiliar na formação de palavras. Ainda na mesma lâmina, encontramos também números, as palavras sim e não e o desenho de um telefone (Miranda & Ferreira, 2007).

Lâmina 2: Assuntos Importantes - segundo as autoras, esta lâmina tem por objetivo facilitar ao paciente a comunicação de assuntos que podem preocupá-lo, ou que por conta da internação ficaram pendentes. Estes assuntos são divididos em: família, trabalho, questões financeiras como banco e contas a pagar, amigos, escola e mesmo o hospital (Miranda & Ferreira, 2007).

Lâmina 3: Formas alternativas de comunicação - nesta lâmina, as autoras distribuíram diversas palavras que poderiam traduzir sentimentos do paciente de maneira agrupada no momento da apresentação do material (Miranda & Ferreira, 2007).

Lâmina 4: Formas alternativas de comunicação: sensações - tendo por base a lâmina três, esta lâmina foi desenvolvida considerando sensações que o paciente pode estar sentindo no momento da aplicação, ou mesmo durante o período de internação. Nota-se, como colocado pelas autoras, o fato que a linguagem nem sempre precisa ser verbal, sendo o corpo também um canal de comunicação (Miranda & Ferreira, 2007).

Lâmina 5: Preocupações - pensando na preocupação de pacientes que deram entrada no hospital por intermédio de acidentes automobilísticos, as autoras

desenvolveram a lâmina cinco, que é composta por diversas palavras, que refletem questionamentos como onde estou, ou mesmo teve alta, o que sem dúvida auxilia na redução do estresse experimentado após um evento de acidente automobilístico (Miranda & Ferreira, 2007).

Lâmina 6: Comunicação não verbal - nesta lâmina, um desenho caracterizando vários lugares e objetos do cotidiano auxilia na comunicação com pacientes analfabetos (Miranda & Ferreira, 2007).

Pensando que o trabalho das referidas autoras (Miranda & Ferreira, 2007) foi desenvolvido em um Hospital Municipal, é válido realmente um maior cuidado com os caracteres a serem difundidos pelas lâminas ou pranchas, já que, em geral, a comunidade atendida no Sistema Único de Saúde tende a ter diferenças significativas no que se refere ao grau de instrução, e mesmo questões relativas ao entendimento da própria doença, o que corrobora os levantamentos de Botega (2011), ao fazer referência às reações de ajustamento à doença e a hospitalização.

CONCLUSÃO

A partir do momento que esta pesquisa teve por objetivo realizar um levantamento bibliográfico acerca de práticas que poderiam ser adotadas no atendimento psicológico de pacientes, que por motivos de traqueostomia ou entubamento não podem se comunicar, ficou evidente que realmente estes atendimentos são possíveis.

Através do trabalho desenvolvido por diversos profissionais da saúde, concluiu-se que o psicólogo pode se valer das produções já desenvolvidas e adaptá-las à realidade destes pacientes.

Para tal, sem dúvida é preciso que o psicólogo, além de criatividade, também desenvolva uma relação de parceria com os demais profissionais que assistem o paciente.

Determinadas ações como, por exemplo, a preparação pré-cirúrgica, devem ser estabelecidas como uma rotina de trabalho do psicólogo que atua em hospitais, com intuito de atuar de maneira paliativa sobre um procedimento ou necessidade, que muitas vezes pode acontecer sem prévio aviso.

As demais práticas como a lousa mágica e os cartões e lâminas de comunicação alternativa devem fazer parte de um *kit* de atendimento, e deveriam estar à mão do psicólogo a todo tempo, já que a demanda psicológica não pede licença nem tão pouco escolhe momento para ser atendida.

REFERÊNCIAS

Bandeira, F.B; Faria F.P; Araujo, E.B. (2011). Avaliação da qualidade intra-hospitalar de pacientes impossibilitados de falar que usam comunicação alternativa e ampliada, *Einstein*, 9, n.4, p.477-42.

Barbosa, L.N.F., Francisco, A.L. (2011). Paciente laringectomizado total: perspectivas para a ação clínica do psicólogo. *Paidéia* (Ribeirão Preto), 21(48), 73-81.

Botega, J.N. (Org.) (2011). *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência* (3.edição). São Paulo: Artmed.

Caiuby, A.V.S. & Andreoli, P. B. A. (2005). Intervenções psicológicas em situações de crise na Unidade de Terapia Intensiva. Relato de Casos, *RBTI*, 17, n.1, p.63-67.

Conselho Federal de Psicologia (2000). *Resolução nº 014/2000*, de 20 de dezembro de 2000. Brasília, DF. Disponível em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/01/resolucao2000_14.pdf Acesso em: 26.05.2014.

Conselho Federal de Psicologia. (2010). *Resolução CFP 13/2007*. Publicada Em 01/2010, Brasília, Brasil.

Doca, F.N.P. & Costa Junior, A.L. (2007). Preparação psicológica para admissão hospitalar de crianças: uma breve revisão, *Paidéia*, 17, n.37, p.167-179.

Filgueiras, M.S.T.; Rodrigues, F.D.; Benfica, T.M.S. (Org.). (2010). *Psicologia Hospitalar e da Saúde: consolidando práticas e saberes na residência*. Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes.

Fiquer, J.T. (2010). *Comunicação não-verbal e depressão: Uso de indicadores não-verbais para avaliação de gravidade, melhora clínica e prognóstico*. Tese de doutorado em Psicologia – Universidade de São Paulo, São Paulo.

Hojaig, F. Stabenow, E.; Nishiro, S. Plopper, C. (2003). Complicações das traqueostomias: técnica convencional, *Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço*, 32, n.3, p.43-45.

Matos, C.R. (2009). *Pictogramas e seu uso nas instruções médicas: estudo comparativo entre repertórios para instruções de uso de medicamentos*. Dissertação (Mestrado em Ciências da Comunicação – Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Melles, A. M.; Zago, M.M.F. (2001). A utilização da lousa mágica na comunicação do traqueostomizado. *Revista Latino Americana Enfermagem*, 9,n.1, pp. 73-79.

Miranda, E.M.F. Ferreira, M.D.V. (2007). *Novas estratégias da equipe e familiares na comunicação com o paciente*. Disponível em:
http://www.pbh.gov.br/smsa/saudeonline/artigo_novas_estrategias_eunice_e_marian_a.pdf. Acesso em: 25.06.2012.

Nigro, M. (2004) *Hospitalização: O impacto na criança, no adolescente e no psicólogo hospitalar*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Ribeiro, R. M., Tavano, L. D., Neme, C. M. B. (2002). Intervenções psicológicas nos períodos pré e pós-operatório com pacientes submetidos a cirurgia de enxerto ósseo. *Estudos de Psicologia*, 19, 67-75.

Ribeiro, I.D.F.; Leal, F.S. (2010). *A atuação do psicólogo junto do paciente crítico, seus familiares e equipe de saúde*. In: Filgueiras, M.S.T.; Rodrigues, F.D.; Benfica, T.M.S. (Org.). *Psicologia Hospitalar e da Saúde: consolidando práticas e saberes na residência*. Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes.

Rosa, A.M.T. (2005). *Competências e habilidades em psicologia hospitalar*. Dissertação de Mestrado em Psicologia – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul.

Rossi, L.D. (2008). *Gritos e sussurros*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Silva, R.R. (2007) Psicologia e Unidade de Terapia Intensiva, *Revista Salus-Guarapuava*, 1,n.1,p.39-41.

Silva, L. P. P. (2006). *O percurso histórico do serviço de Psicologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Porto Alegre.

Sinigoj, D. (2012) Atención primaria em salud mental. Psicoprofilaxis quirúrgica,el rol Del psicólogo clínico en un equipo de trabajo interdisciplinario, *Revista Del Hospital J.M. Ramos Mejía*,Edición Electrónica,17,n.1,p.01-21.

Tonetto, A., & Gomes, W. (2005). Prática psicológica em hospitais: demandas e intervenções. *Psico*, 36(3), 283-291.

Yamamoto, O.H.; Trindade, L.C. O; Oliveira, I.F. (2002). O psicólogo em hospitais no Rio Grande do Norte, *Psicologia USP*, 13, n.1, p.217-246.

Zimmermann, P.R. Bertuol, C.S. Coutinho, M.A. Boas, P.F.V. (2010) *O paciente na UTI*. In: Botega, J.N. Prática psiquiátrica no hospital geral: Interconsulta e emergência (org.). São Paulo 3.edição 2011, Artmed, 720 p.

CONTATO

E-mail: wilson.nascimentoalmeidajunior@gmail.com