
CARLA CRISTINA SOARES DE OLIVEIRA DO VALE

PACIENTE COMATOSO: SUJEITO E OBJETO

Orientador: Antenor Salzer Rodrigues

Juiz de Fora

2014

CARLA CRISTINA SOARES DE OLIVEIRA DO VALE

PACIENTE COMATOSO: SUJEITO E OBJETO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia por Carla Cristina Soares de Oliveira do Vale.

Orientador: Prof. Dr. Antenor Salzer Rodrigues

Juiz de Fora

2014

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Soares de Oliveira do Vale, Carla Cristina.
Paciente Comatoso: : Sujeito E Objeto / Carla Cristina
Soares de Oliveira do Vale. -- 2014.
103 f. : il.

Orientador: Antenor Salzer Rodrigues
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2014.

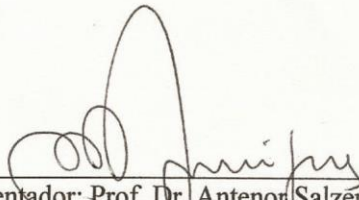
1. Unidades de Terapia Intensiva. 2. Consciência. 3. Emoções Manifestas. 4. Escala de Coma de Glasgow. I. Salzer Rodrigues, Antenor, orient. II. Título.

Carla Cristina Soares de Oliveira do Vale

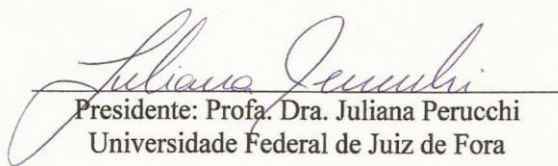
PACIENTE COMATOSO: SUJEITO E OBJETO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora
como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em
Psicologia por Carla Cristina Soares de Oliveira do Vale

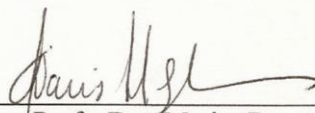
Dissertação defendida e aprovada em 10 de fevereiro de dois mil e quatorze, pela banca constituída por:



Orientador: Prof. Dr. Antenor Salzer Rodrigues
Universidade Federal de Juiz de Fora



Presidente: Profa. Dra. Juliana Perucchi
Universidade Federal de Juiz de Fora



Membro Titular: Profa. Dra. Marisa Decat de Moura
Universidade Fumec

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que me inspirou o dom da vida e me deu forças para chegar até aqui.

A minha mãe que apesar de sua simplicidade e pouca instrução é o melhor e mais completo livro que já li.

Ao meu marido e eterno companheiro que esteve sempre comigo e soube me motivar em todos os momentos desafiadores dessa jornada.

Ao professor Antenor pela brilhante orientação, apoio constante nesse caminho e por ter acreditado em mim.

A minha amiga e companheira de trabalho Irene pelos apontamentos e dicas sempre tão valiosos.

As minhas queridas Lúcia e Ivalda pelos materiais disponibilizados e pelas intermináveis conversas.

As amigas Carolina e Tatiana que mesmo distantes fisicamente se fizeram presentes comigo me apoiando durante a execução dessa pesquisa.

Aos colegas da UTI do HU/UFJF pela disponibilidade e apoio.

Aos meus colegas de Mestrado, onde destaco Rose, sempre tão amiga e companheira, que assim como eu viveu essa experiência fantástica chamada conhecimento.

E, por fim, mas não menos importante a todos os pacientes que acompanhei na UTI nos últimos anos e que me inspiraram abordar esse assunto. Em especial ao paciente G. que com sua notória força de vida me ensinou a ver que existem sentimentos que vão além das palavras.

*“Ao cuidar de você no momento final da vida,
quero que você sinta que me importo pelo
fato de você ser você, que me importo até o
último momento de sua vida e,
faremos tudo que estiver ao nosso alcance,
não somente para ajudá-lo a morrer em paz,
mas também para você viver até o dia de sua
morte.”*

(Cicely Saunders)

RESUMO

O objeto de pesquisa da presente investigação é a verificação de uma possível resposta emocional dos pacientes comatosos frente aos estímulos de seus familiares. Pretende-se identificar se o paciente comatoso internado na Unidade de Terapia Intensiva responde aos estímulos do visitante. E como objetivos específicos: Descrever as alterações das respostas fisiológicas monitoradas nos pacientes comatosos internados na UTI durante as visitas e destacar a importância ou não da comunicação verbal e não verbal com os pacientes comatosos. Atualmente, apesar dos avanços da Medicina e da Neurociência, ainda não se tem uma resposta precisa sobre o que se passa emocionalmente com o paciente em coma, o que demanda uma melhor compreensão dos seus processos emocionais. A pesquisa caracteriza-se por ser um estudo qualitativo, realizado na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora. Utilizou-se como metodologia a Análise do Conteúdo proposta por Bardin e a observação. A análise de conteúdo foi aplicada às entrevistas realizadas com os visitantes enquanto que a observação foi utilizada para identificar as alterações fisiológicas no momento da visita. A coleta de dados se deu em 45 dias de observação com pacientes que estavam dentro dos critérios de inclusão da pesquisa. Foram pesquisados 11 pacientes comatosos que estavam ligados a um monitor eletrônico multiparâmetros e à respiração artificial. Estes aparelhos mediam em tempo real os parâmetros fisiológicos que indicariam uma resposta do paciente frente ao estímulo do visitante (pressão arterial, frequência cardíaca e frequência respiratória). Essa medição foi feita antes, durante e depois das visitas e os dados foram registrados em uma planilha com o intuito de comparar os padrões fisiológicos e identificar alterações. Essa medição foi registrada em dois momentos sem estímulo (antes e depois da visita) e em três momentos com estímulo do visitante (durante a visita). A análise temática das entrevistas e do diário de campo resultou em três grandes categorias: 1- Respostas Emocionais nos pacientes comatosos, na qual se constatou a presença de respostas emocionais nos pacientes comatosos, identificadas através de dois aspectos: alterações fisiológicas e superficialização do nível de consciência; 2- A importância de um outro em que foi descrito os tipos de interação entre visitantes e pacientes, além de abordar a importância da visita na perspectiva do visitante; 3- Possibilidades de humanização no atendimento ao paciente comatoso onde foi discutida a relevância da atuação do psicólogo na UTI. Desta forma, a pesquisa indica a presença de respostas emocionais do paciente comatoso e possibilita informações para que se realizem o

preparo da equipe multiprofissional para acolher os familiares que vivenciam este momento de crise estimulando de forma adequada e eficaz a interação dos binômios: “profissionais-família” e “família-doente”. Quanto ao binômio “profissional-paciente” a pesquisa contribui para a humanização combatendo a reificação do paciente em estado de coma. Como desdobramento desse estudo indica-se ainda novas pesquisas com outras tecnologias como a ressonância magnética e uma maior quantidade de pacientes.

Palavras-chave: Coma. Unidades de Terapia Intensiva. Consciência. Emoções Manifestas. Escala de Coma de Glasglow.

ABSTRACT

Objective: The research aims at finding possible emotional responses to stimuli from their family members in comatose patients. It seeks to identify whether comatose patients admitted to the Intensive Care Unit respond to stimuli of visitors. The specific objectives: (i) to describe the changes in the monitored physiological responses in comatose ICU patients during family visits. (ii) To assess the degree of importance of verbal and nonverbal communication with comatose patients. Despite the advances in Medicine and Neuroscience, no answer to what precisely occurs with comatose patients is satisfactory, since further understanding of their emotional processes is still required. **Methodology:** The research comprises a qualitative study conducted in the Intensive Care Unit of the University Hospital of the Federal University of Juiz de Fora. Content Analysis (Bardin) of the visitors' interviews and direct observation to identify the patients' physiological changes during the family visits were used as methodology. The data collection lasted 45 days of direct observation of selected patients who met the criteria for inclusion in the survey. Eleven comatose patients connected to multi-parameter electronic monitors and artificial respirator were under scrutiny. These devices measured in real time physiological parameters that indicate a patient's response to the stimulus from the visitors (blood pressure, heart rate and respiratory rate). The measurements were conducted before, during and after the visits. The collected data were recorded in spreadsheets in order to compare physiological patterns and identify changes. One measurement was recorded at two moments without stimulation (before and after the visit), and another one three times with the visitor's stimulus (during the visit). **Results:** A thematic analysis of the interviews and the field diary resulted in three major categories: (i) Emotional Responses in comatose patients, in which the presence of emotional responses were found and classified into two categories: physiological changes and superficialization of the consciousness' level. (ii) The importance of the "other", through which the types of interaction between visitors and patients were described, in addition to addressing the importance of the visit under a visitor's perspective. (iii) Possibilities of humanization in comatose patient care, in which the relevance of the psychologist in the ICU. **Conclusion:** The research indicates the presence of emotional responses in comatose patients and provides information on the preparation of a multidisciplinary team to sort out family members who best experience the moment of crisis and stimulate proper and effective interaction of the

binomials: "Professional versus family" and "family versus patient." As for the binomial "physician versus patient", the research underscored the need for the humanization of such environments, and contended the reification of the patient in coma. The study also indicates the need for further research with other technologies such as magnetic resonance imaging with a larger number of patients.

Keywords: Coma. Intensive Care Units. Consciousness. Expressed Emotion. Glasgow Coma Scale.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Quadro da Escala de Coma de Glasgow	11
Quadro 2. Codificação: Geração de 24 itens	66
Quadro 3. Subcategorias de Análise	68

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A.	Planilha de Avaliação.....	99
Apêndice B.	Roteiro de Entrevista	100
Apêndice C.	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	101

LISTA DE ANEXOS

Anexo A.	Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF	103
-----------------	---	-----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEP	Comitê de Ética em pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CTI	Centro de Terapia Intensiva
dB	Decibel
ECGI	Escala de Coma de Glasglow
EUA	Estados Unidos da América
HU	Hospital Universitário
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
TV	Televisão
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

Lista de Quadros.....	ix
Lista de Apêndices	x
Lista de Anexos	xi
Lista de Abreviaturas e Siglas	xii
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1: AS FUNÇÕES PSÍQUICAS E SUAS ALTERAÇÕES	3
1.1 Consciência e suas Alterações	3
1.2 Coma e as Principais Escalas de Avaliação	7
1.3 Afetividade.....	14
1.4 Emoções	16
CAPÍTULO 2: CENÁRIO DA PESQUISA – A SINGULARIDADE DO AMBIENTE DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	22
2.1 O surgimento das Unidades de Terapia Intensiva	22
2.2 (Sobre)Viver na Unidade de Terapia Intensiva	24
2.3 A Morte presente na Unidade de Terapia Intensiva	25
2.4 Unidade de Terapia Intensiva: um ambiente estressor	29
2.5 A Vida presente na Unidade de Terapia Intensiva.....	34
CAPÍTULO 3: FAMÍLIA E AMIGOS NO PROCESSO DE ADOECER DO PACIENTE COMATOSO	37
3.1 Possibilidades de Comunicação com o Paciente Comatoso	41
3.2 Atuação do Psicólogo na Unidade de Terapia Intensiva	46
CAPÍTULO 4: ABORDAGEM TEÓRICO METODOLÓGICA.....	50
4.1 Participantes da Pesquisa.....	52
4.2 Critérios de Inclusão dos Sujeitos	53
4.3 Instrumentos	56
4.4 Trabalho do Piloto do Protocolo de Pesquisa	56
4.5 Aspectos Éticos.....	58
4.6 Coleta de Dados.....	59
4.7 Descrição dos Participantes	61

CAPÍTULO 5: ANÁLISE DE DADOS	64
5.1 Respostas emocionais nos pacientes comatosos	69
5.1.1 Tentativa de falar	69
5.1.2 Não resposta a comandos	71
5.1.3 Possibilidades de comunicação não verbal	72
5.1.3.1 Abertura ocular ao ser chamado	72
5.1.3.2 Alteração na Expressão facial	72
5.1.4 Alterações fisiológicas	74
5.2 A importância de um Outro	76
5.2.1 Tipos de interação	76
5.2.2 Importância da visita	78
5.2.3 Frequência das visitas	80
5.2.4 Apatia das visitas	81
5.2.5 Instabilidade diante do paciente	82
5.3 Possibilidades de humanização no atendimento ao paciente comatoso	83
5.3.1 Intervenção do psicólogo	83
CAPÍTULO 6: CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS	87
APÊNDICES	98
ANEXOS	102

INTRODUÇÃO

O objeto do presente trabalho é a verificação de uma possível resposta emocional de pacientes comatosos, internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), frente aos estímulos de seus familiares. Durante a experiência de aproximadamente dois anos como psicóloga voluntária na UTI do Hospital Universitário de Juiz de Fora, tive oportunidade de observar, assistematicamente, diversos casos de pacientes que ficaram internados por vários meses e que passaram por diferentes níveis de consciência. Aqueles pacientes que eram visitados por suas famílias e que eram estimulados, tanto por estímulos verbais quanto por não verbais (como o toque), pareciam apresentar algum tipo de resposta ao familiar naquele momento. Essas observações assistemáticas inspiraram e instigaram a construção de um trabalho científico que abordasse a existência de resposta emocional dos pacientes comatosos. Partiu-se, então, dessas observações para a construção da presente pesquisa, que tem como objetivo geral identificar se o paciente comatoso, internado na Unidade de Terapia Intensiva, responde aos estímulos do visitante. Como seus objetivos específicos, foi definida a tarefa de descrever as alterações das respostas fisiológicas, monitoradas nos pacientes comatosos internados na UTI durante as visitas e destacar a importância ou não da comunicação verbal e não verbal com esses pacientes.

A resposta emocional neste estudo é avaliada pelas alterações fisiológicas perceptíveis no momento em que o visitante estimula o paciente. Estas são percebidas através da monitorização e foram eleitas na impossibilidade de outras manifestações do paciente em coma e da limitação do estudo em usar outras tecnologias como a ressonância magnética.

Foi realizada uma vasta pesquisa bibliográfica nas principais bases de dados nacionais e internacionais, a fim de localizar o que já se pesquisou sobre o assunto e obter um material consubstanciado que pudesse embasar essa pesquisa. Logo após, partiu-se para o campo onde foram realizadas as observações bem como as anotações dos parâmetros vitais propostos pela pesquisa. E só então ao final executou-se o tratamento dos dados colhidos.

Atualmente, apesar dos avanços da Medicina e da Neurociência, ainda não se tem uma resposta precisa sobre o que se passa emocionalmente com o paciente em coma, o que demanda uma melhor compreensão dos seus processos emocionais. Esta pesquisa não tem a pretensão de ser uma discussão de Neurociência, tampouco de Psicanálise, pois trata de um conceito presente entre as alterações da consciência que já está estabelecido pelos estudiosos.

O primeiro capítulo da pesquisa aborda as funções psíquicas e suas alterações. Apresenta ainda as principais alterações da consciência dando destaque para o coma por fazer parte dos critérios de inclusão dessa pesquisa. Além disso, trata das principais escalas de avaliação de nível de consciência, atualmente utilizadas no mundo e de questões relativas à afetividade e emoções.

No segundo capítulo explana-se sobre o cenário da pesquisa: a Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Apoiado na literatura esse capítulo lança mão de uma abordagem descritiva, com a pretensão de imergir o leitor nesse local desconhecido para muitos. Discorre-se sobre o surgimento da UTI e sobre como é Sobre(Viver) nesse ambiente tão urgente e cheio de simbologias. Além de referir sobre os pacientes que têm alta da UTI, pontua-se ainda a forte correlação entre a morte e este setor de urgência.

Já o terceiro capítulo aborda a família do paciente com todas as suas particularidades, a importância da comunicação nesse ambiente tão estressor e o trabalho pertinente do psicólogo que se insere na UTI.

O quarto capítulo apresenta o referencial metodológico, com os procedimentos utilizados para a coleta de dados, os passos a serem seguidos bem como os aspectos éticos que permearam a pesquisa. Ao final consta uma descrição pormenorizada de cada paciente pesquisado para que o leitor possa se situar diante de cada história.

O quinto capítulo é composto pela análise dos dados, momento em que se apresentam os resultados, as discussões e os apontamentos levantados. Foram identificadas três grandes categorias: 1- Respostas Emocionais dos pacientes comatosos; 2- A importância de um outro e 3- Possibilidades de humanização no atendimento ao paciente comatoso.

Ao final discute-se a relevância da atuação do psicólogo na UTI e indica-se a presença de resposta emocional do paciente comatoso. Possibilita, a partir dos resultados, a sugestão de um melhor preparo da equipe multiprofissional para acolher os familiares que vivenciam um momento de crise, estimulando uma interação eficaz dos binômios *profissionais-família* e *família-doente*. E no que tange ao binômio “profissional-paciente” a pesquisa contribui para a humanização, combatendo a reificação do paciente em estado de coma.

CAPÍTULO 1: AS FUNÇÕES PSÍQUICAS E SUAS ALTERAÇÕES

Embora as funções psíquicas sejam muito estudadas e utilizadas pela área *psi* (psiquiatria, psicologia e psicanálises) e também por outras áreas ligadas à saúde, ainda se tem muito dificuldade com esse conceito por se tratar de um termo difícil de ser encontrado. Para se chegar a essa definição é preciso lançar mão de vários outros conceitos, tais como *função* e *psiquismo*, relacionados às funções psíquicas na tentativa de definir este fenômeno psicológico (Gil, 2006).

Desta forma, para efeito de pesquisa define-se *funções psíquicas* como um conjunto de áreas distintas da atividade mental dos seres humanos, que interagem entre si (consciência, memória, atenção, pensamento, linguagem, afetividade e outras), ajudando o indivíduo a perceber o mundo externo e interno, de forma consciente ou inconsciente (Gil, 2006).

Como se sabe lida-se com indivíduos que precisam ser tratados como tal quando são examinados. Porém, para se estudar as funções usa-se a estratégia de separá-las, mas é necessário ressaltar aqui que não existe função psíquica isolada e que é sempre a pessoa em sua totalidade que adoece e precisa ser considerada (Dalgalarrodo, 2008). Foi essa concepção que guiou a presente pesquisa.

Nesse estudo foi utilizado esse mesmo recurso e frisou-se apenas a função da consciência e a da emoção que fazem parte desse trabalho.

1.1 Consciência e suas Alterações

De acordo com o dicionário Houaiss e Villar (2010), a consciência é a compreensão que se tem da própria existência. É a capacidade de fazer uso de suas faculdades como ver, ouvir e pensar.

A consciência, do ponto de vista neurológico, é um conjunto de habilidades mediada por um processamento cooperativo de informações em diferentes módulos do sistema nervoso (Campos, A., Santos, & Xavier, 1997).

Já, segundo Dalgarrondo (2008), o termo consciência origina-se da junção de dois vocábulos latinos: *cum* (com) e *scio* (conhecer), indicando que consciência seria o conhecimento compartilhado com o outro e também compartilhado consigo mesmo.

A consciência é considerada gradual e não necessariamente estável e também mensurável por diferentes aspectos do comportamento manifesto (Overgaard, 2009).

Esta é subjetiva, ou seja, pode-se ter uma visão sobre o conteúdo da própria consciência, mas nenhum método existente empresta tal visão sobre o conteúdo da consciência de outros indivíduos (Overgaard, 2009).

Será utilizada, neste trabalho, a definição neuropsicológica de Dalgarrondo, que define a consciência como um estado vigil, ou seja, consciência é “estar desperto, acordado, vigil, lúcido.” (Dalgarrondo, 2008, p. 88).

Freud apresentou como parte de sua teoria, o conceito de inconsciente: peça fundamental e de grande importância nos seus estudos. Destacou ainda a tensão entre os sistemas consciente e inconsciente e é dessa tensão que parte o desenvolvimento de suas principais contribuições. A consciência não aparece em Freud como um conceito dado, mas como um processo em constante construção, no qual existe uma luta permanente entre desejo e renúncia, prazer e desprazer, satisfação e frustração (Oliveira, C. P. F., 2005).

As contribuições de Freud sobre a questão da consciência se encontram ao longo de sua obra, onde ele apresenta dados novos e alguns modificados pelo amadurecimento de seu pensamento. Devido a essa riqueza e complexidade de ideias, é que essa discussão cabe a outro trabalho, no qual se aprofunde somente os conceitos levantados por esse autor.

O emprego do termo é, pois, variado e a sua definição, polêmica. Rabello (2003) afirma ainda que não existe uma conceituação satisfatória do termo *consciência* e, na maioria das vezes, os autores utilizam um conceito com valor *operacional* que seria: a consciência representa um estado de perfeito conhecimento de si próprio e do ambiente.

Do ponto de vista de uma interpretação psicológica, segundo Jaspers, citado por Simões (1996), a consciência é como a totalidade da experiência momentânea inserida na corrente contínua da vida psíquica. Para a Neurologia, entretanto, ela é considerada um conjunto de habilidades que são mediadas por um processamento cooperativo de informações em diferentes módulos do sistema nervoso (Campos, A. et al., 1997). Será utilizada, neste trabalho, a definição neuropsicológica que emprega a consciência como um estado vigil, ou

seja, consciência é “estar desperto, acordado, vigil, lúcido.” (Dalgalarondo, 2008, p. 88). No contexto da UTI, onde a presente pesquisa foi realizada, percebe-se que o estado de consciência dos pacientes é verificado várias vezes ao dia, pois é um fator de grande relevância na sua evolução clínica.

A consciência apresentaria dois componentes principais: o conteúdo e o nível de consciência ou vigília. O conteúdo da consciência representa a soma de todas as funções de respostas cognitivas e afetivas do ser humano (Rabello, 2003).

Já a vigília indica o grau de alerta do comportamento do indivíduo, ou seja, se o indivíduo está acordado, desperto. A presença ou não do estado de vigília pode ser verificada a partir da observação do indivíduo: é preciso verificar se os olhos estão abertos, se apresenta tônus muscular para se movimentar e se demonstra capacidade de se orientar diante dos estímulos apresentados (Damásio, 2000).

Durante o estado de vigília a pessoa responde a estímulos vindos do ambiente e apresenta um comportamento ativo demonstrando inclusive atividade motora e locomotora (Lent, 2010).

Na consciência é possível observar diversas alterações, que vão desde aquelas ditas normais, como é o caso do sono e do sonho, até às patológicas. Em vários quadros neurológicos e psicopatológicos o nível de consciência diminui de forma progressiva desde o estado normal, vigil, até o estado de coma grave, onde não há nenhum resquício de qualquer atividade consciente do indivíduo (Dalgalarondo, 2008).

Existe uma vasta terminologia para definir os estados de alteração da consciência, e vários autores desaconselham o uso de alguns desses termos pela falta de uma definição precisa. Apesar dessas recomendações, podem-se definir alguns termos que fazem parte da linguagem diária dos profissionais que lidam com pacientes com alterações de consciência (Santos, M. D. A. E., 2011).

Alguns desses termos serão citados apenas a título de informação, visto que o trabalho se baseia no conceito de coma.

O estado vegetativo é quando o indivíduo apresenta um quadro de vigília sem percepção do ambiente. Como características, o paciente apresenta uma abertura ocular espontânea, movimentos oculares alterados e ciclo de sono vigília, podendo haver movimentos de mastigação e deglutição. Suas respostas motoras geralmente são em flexão e alguns pacientes podem até emitir sons ininteligíveis aos estímulos dolorosos. Em geral, esse quadro aparece em duas ou três semanas na evolução dos quadros de coma, independentemente da etiologia (Santos, M. D. A. E., 2011).

O estado minimamente consciente é considerado um distúrbio grave da consciência, em que há incapacidade de manter comunicação adequada, mas em que não existe estado vegetativo. Há limitada consciência de si e do ambiente e os pacientes podem acompanhar com os olhos, responder a comandos simples, mostrar uma fala fragmentada, porém inteligível e comportamento motor com resposta evidente a estímulos do meio ambiente. A situação pode ser irreversível, mas é possível uma evolução, sendo seu prognóstico relativamente mais favorável que o estado vegetativo (Santos, M. D. A. E., 2011).

Já o estupor é mais difícil definir, porque ele se refere a um grupo de estados comportamentais que têm em comum apenas uma "semelhança familiar" (Wittgenstein, 1967, p. 32). Devido a isso, as definições devem recorrer a critérios distintos, tais como a etiologia, reversibilidade, estado mental, qualidade de consciência e responsividade de comportamento. Os estupores neurológicos presentes em alguns pacientes com rebaixamento do nível de consciência são definidos como prejuízos da consciência com amnésia subsequente (Plum & Posner, 1972). Algumas vezes essas distinções se perdem na prática e, até agora, nenhuma definição capturou a essência do estupor.

O termo *rebaixamento de consciência* se refere a um nível de consciência que se encontra entre a lucidez e o coma. Trata-se de uma perda da clareza da consciência, no qual a percepção do mundo externo torna-se vaga e imprecisa e onde ocorre, ainda, uma dificuldade de introspecção para a apreensão de si mesmo. Este rebaixamento está relacionado a um comprometimento difuso e generalizado do funcionamento cerebral, que sempre possui uma causa orgânica e afeta, em especial, as funções de atenção, da orientação alopsíquica¹, do pensamento, da inteligência, da sensopercepção, da memória, do afeto e da psicomotricidade (Cheniaux, 2005).

Existe uma equipe de estudos denominada *Coma Science Group* que tem trabalhando com essas alterações de consciência e já apresenta uma vasta bibliografia na área que tem sido referência para quem trabalha o tema do Coma e suas alterações. Os artigos estão disponibilizados no site do grupo, <http://www.coma.ulg.ac.be/>, onde é possível encontrar mais informações sobre as pesquisas que estão sendo realizadas e também sobre os livros publicados por eles: *A Neurologia da Consciência* (2008), *Coma Science* (2009), *Desordens da consciência* (2009) e *Limites da Consciência* (2005).

¹ Orientação alopsíquica: "É a capacidade de se situar em relação a si mesmo e ao ambiente. Neste caso refere-se ao mundo externo e pode ser subdividida em orientação temporal, orientação espacial, orientação quanto às outras pessoas e orientação situacional." (Cheniaux, 2005, p. 95).

Eles têm o apoio de diversas entidades as quais podemos citar: *Belgian National Funds for Scientific Research (FNRS), University of Liège, University Hospital CHU Sart Tilman Liège, Fonds Leon Fredericq, Queen Elisabeth Medical Foundation, Mind Science Foundation, James S. McDonnell Foundation* e a FP7 - *CENTER-TBI Collaborative European Neuro Trauma Effectiveness Research in TBI European Space Agency*.

Este grupo tem realizado estudos das funções cerebrais através da ressonância magnética no caso de pacientes em coma e em estado vegetativo.

Uma avaliação do nível de consciência deve incluir a descrição do estado de alerta do indivíduo em resposta aos estímulos verbais e aos dolorosos, tendo como objetivo determinar o grau de alteração do nível de consciência para se chegar a um parâmetro clínico evolutivo e um possível prognóstico da situação (Andrade et al., 2007).

1.2 Coma e as Principais Escalas de Avaliação

Existem muitas causas do coma sobre as quais podem ser citadas: intoxicação acidental, lesão intracraniana, traumatismo craniano, tumores e abscessos cerebrais, meningite, insuficiência hepática, epilepsia entre outras, mas a de natureza traumática tem uma parcela significativa dos casos (Ferreira, 2000).

As causas do coma podem ser divididas em: neurológica (por lesão crânio-encefálico e acidente vascular cerebral), toxicológica (por intoxicação por dose excessiva de drogas ou intoxicação alcoólica) ou metabólica (por insuficiência hepática ou renal) (Brunner & Suddarth, 2009).

Desta maneira a etiologia do coma pode ser claramente estabelecida, todavia, todas estas causas podem ou não levar ao coma, logo, não se aplica concluir que um paciente que sofre de uma delas necessariamente entrará em coma. Então, como identificar em que momento o paciente está comatoso?

A palavra *coma* vem do grego *koma* e significa sono profundo, letargia, estado de inconsciência do qual o indivíduo não consegue despertar (Ferreira, 2000). O coma é considerado o grau mais profundo do rebaixamento do nível de consciência e nesse estado não é possível qualquer atividade voluntária consciente por parte do paciente (Dalgalarondo, 2008).

No coma parece haver uma total ausência de comportamento voluntário ou qualquer tipo de atividade motora intencional ou capacidade de linguagem expressiva. O estado de coma quase sempre se resolve dentro de 2-4 semanas, levando tanto à morte do paciente ou à uma evolução do nível de consciência deste (Overgaard, 2009).

O coma é um estado de apatia em que o paciente não pode ser despertado mesmo quando sofre uma estimulação dolorosa vigorosa. À medida que o coma se aprofunda, as respostas do paciente podem diminuir ou desaparecer, mesmo na presença de estímulos dolorosos. O paciente pode apresentar movimentos reflexos em resposta ao estímulo doloroso e seus membros podem até mover-se, mas nenhuma dessas respostas mostra localização da dor (Plum, Posner, Saper, & Schiff, 2011).

A profundidade do coma pode variar desde o considerado ligeiro ou leve – no qual há resposta aos estímulos dolorosos, conservando assim os reflexos e os sinais vitais – até o coma grave, onde ocorre uma total ausência de resposta a estímulos, uma abolição dos reflexos e uma grave alteração dos sinais vitais (Ferreira, 2000).

O coma seria então um estado de ausência de resposta no qual não há respostas intencionais a estímulos internos ou externos, embora as reações a estímulos dolorosos e reflexos do tronco cerebral possam estar presentes (Brunner & Suddarth, 2009). Por exemplo, um paciente que está em processo de rebaixamento do nível de consciência, quando é realizado nele um estímulo doloroso pelo médico que tenta avaliar o grau desse rebaixamento, pode apresentar ainda um reflexo como movimento do braço. Porém, este paciente não é capaz de expressar a dor verbalmente e nem consegue localizar onde a dor foi provocada, pois não dispõe de consciência suficiente para expressar-se verbalmente ou para localizar essa dor e dirigir sua mão para o local e retirar o agente causador da dor como um paciente consciente o faria.

Logo o nível de resposta retrata o nível de consciência do paciente sendo considerado um indicador importante da condição do mesmo (Brunner & Suddarth, 2009).

O coma é um estado no qual o paciente não demonstra nenhum conhecimento sobre si mesmo, nem sobre o ambiente que o rodeia. É caracterizado pela ausência ou diminuição do nível de consciência, permanecendo sem respostas tanto aos estímulos externos quanto aos internos. É considerada uma síndrome caracterizada pela perda mais ou menos completa da consciência, da motricidade voluntária e da sensibilidade, com conservação das funções vegetativas intactas ou modificadas. É uma situação de muita gravidade e que vem seguida de diversos prejuízos das estruturas encefálicas (Puggina, 2011).

A autora citada acima acrescenta ainda que o coma possui uma gradação por se tratar de um processo de rebaixamento do nível de consciência e pode variar do leve ao profundo.

O coma profundo pode comprometer as funções vegetativas² e fazer com que o paciente não consiga respirar. Desta forma, quando o médico avalia e encontra tal rebaixamento de nível de consciência, ele intervém antes que aconteça uma parada respiratória. Colocando um tubo oro traqueal (intubação) e um ventilador mecânico para que o ato de respirar não cesse devido à perda da autonomia provocada pelo coma. O nível de consciência determina que tipo de intervenção o médico deverá realizar para a manutenção da vida do paciente. Assim, o rebaixamento do nível de consciência constitui um importante padrão a ser observado com precisão na avaliação clínica.

Também é uma conduta padrão nesses casos, observar a evolução clínica desse paciente após a intervenção de intubação para que o tubo e a ventilação sejam retirados tão logo possível. Pois, em geral, depois de instituído o tratamento das causas orgânicas que o levaram ao coma e a da retirada de sedativos (caso haja) espera-se uma evolução gradativa do nível de consciência, designada *superficialização da consciência*. Neste processo terapêutico o paciente retomará a consciência e depois poderá também recobrar a possibilidade de respirar novamente sem ajuda dos aparelhos de ventilação. Se o paciente não superficializar o nível de consciência, é possível que tenha sofrido lesões cerebrais irreversíveis.

Diante disto como os profissionais podem identificar o coma grave que põe em risco a vida do paciente e demanda intervenção? A forma encontrada na literatura são as escalas apresentadas a seguir.

Com o objetivo de se definir o nível de consciência são utilizadas escalas como importantes instrumentos para as gradações. Essas escalas são importantes, pois permitem a padronização da linguagem utilizada nos serviços de saúde, o que facilita tanto a comunicação oral e escrita entre os membros da equipe, quanto no acompanhamento da evolução do nível de consciência dos pacientes (Muniz, Thomaz, Kubota, Cianci, & Sousa, 1997).

Várias escalas foram criadas ao longo dos anos, sendo que todas se baseiam na análise do paciente e buscam dar um escore/uma medida que proporcione à equipe uma ideia global do nível de consciência do paciente, naquele momento. Com relação ao uso de escalas, deve se destacar que, por medirem algo tão complexo – a consciência –, elas apresentam limitações que precisam ser consideradas em seu uso. Além disso, os itens de uma escala, bem

² Funções vegetativas: “São consideradas funções vegetativas a respiração, deglutição, regulação dos ciclos de sono e de vigília, essenciais à manutenção da vida” (Lima, 2005, p. 8).

como os valores encontrados, não podem refletir de forma total as reais alterações nas funções do paciente relativas à consciência (Muniz et al., 1997).

A avaliação do rebaixamento do nível de consciência é feita por várias escalas, mas uma, especificamente, tem recebido maior destaque: a Escala de Coma de Glasgow (ECGI), desenvolvida por Teasdale e Jennet, em 1974, na Universidade de Glasgow, visando padronizar as observações clínicas dos pacientes com trauma craniano e com alterações de consciência. Essa escala tem como objetivos principais: minimizar a variação entre os observadores que assistem ao paciente, permitir a realização de estudos comparativos sobre diferentes condutas que seriam adotadas nos pacientes e ser um guia para estimar prognósticos (Koizumi, 2000).

A Escala de Coma de Glasgow é muito utilizada para se avaliar o funcionamento neurológico e oferece uma visão geral do nível de resposta do paciente. Por seu manuseio simples e por poder ser utilizada por toda a equipe multidisciplinar, o seu uso difundiu-se nos centros de tratamento intensivos, sendo hoje mundialmente conhecida e também incorporada aos instrumentos desenhados para avaliar o nível de consciência (Koizumi, 2000).

É importante destacar que essa escala mede a consciência inferida por um observador externo no momento da avaliação, sendo que a imparcialidade do observador é garantida pela padronização das perguntas e respostas (Ferreira, 2000). Ela não substitui a avaliação neurológica, que é mais profunda, mas avalia as respostas motoras, verbais e de abertura dos olhos do paciente, dando um panorama geral de seu estado (Brunner & Suddarth, 2009).

A ECGI possui três indicadores de avaliação que são: abertura ocular, melhor resposta verbal e a melhor resposta motora. A pontuação fornecida varia de 3 a 15 pontos, os itens são avaliados independentemente e recebem uma pontuação de acordo com as respostas obtidas do paciente (é considerada sempre a melhor resposta) diante de cada indicador. Uma pontuação menor que oito indica um ponto crítico de alteração de consciência, definindo o indivíduo em um estado de coma. Uma pontuação 15 indica um indivíduo neurofisiologicamente normal, no que se refere ao nível de consciência (Koizumi, 1990). A aplicação dessa escala é rápida e de fácil compreensão e, por isso, tem sido usada frequentemente nos quadros agudos e de trauma (Muniz et al., 1997).

No item *abertura ocular* o paciente recebe uma pontuação que varia de 1 a 4 e este indicador está diretamente ligado à vigília, que é um parâmetro de avaliação do funcionamento do mecanismo de ativação do córtex cerebral. Se a abertura ocular do paciente for espontânea, ele pontua quatro nesse item (Muniz et al., 1997). A abertura ocular

espontânea do paciente indica que os mecanismos de despertar do tronco cerebral estão funcionando bem e que a função cerebral está no nível da normalidade (Koizumi, 1990).

Muniz segue descrevendo que no item *melhor resposta verbal* os pacientes recebem uma pontuação que varia de 1 a 5. Quando a resposta verbal está presente de forma lógica, o indivíduo recebe a pontuação cinco que indica o mais alto grau de integração de seu Sistema Nervoso Central (Muniz et al., 1997). Uma pontuação cinco, neste item, significa que o paciente está orientado no tempo, no espaço e que executa corretamente as ordens que lhe são dadas de forma verbal (Koizumi, 1990).

No indicador de *melhor resposta motora*, a pontuação varia de 1 a 6 pontos. A pontuação seis se refere a quando o indivíduo consegue atender a um comando a partir do comando verbal dado (Muniz et al., 1997). Uma pontuação seis, nesse item, refere-se a uma função motora normal sendo que, nesse caso, o paciente é capaz de obedecer a comandos simples como levantar a mão, por exemplo (Koizumi, 1990).

O Quadro 1, a seguir, apresenta a Escala de Coma de Glasgow.

Quadro 1. Quadro da Escala de Coma de Glasgow

Variáveis	Escore
Abertura Ocular	
Espontânea	4
Com estímulo verbal	3
Com estímulo doloroso	2
Nenhuma resposta	1
Resposta Verbal	
Orientado	5
Confuso	4
Palavras inapropriadas	3
Sons Incompreensíveis	2
Nenhuma resposta	1
Resposta Motora	
Obedece aos comandos	6
Localiza a dor	5
Movimento de retirada	4
Flexão anormal	3
Extensão anormal	2
Nenhuma resposta	1
Total Máximo	15
Total Mínimo	3
Escores de Gravidade do coma	
Muito grave	3 a 4
Grave	5 a 8
Moderado	9 a 12
Leve	≥ 13

Fonte: Dalgalarondo (2008)

Além da Escala de Glasgow, existem outras escalas que também são utilizadas e que precisam ser definidas adequadamente. Cita-se, aqui, a escala de coma de Juvet, de Ramsay e a escala de agitação-sedação de Richmond (RASS).

Para Juvet, as alterações de causa orgânica no nível de consciência ocorrem com mais frequência em pacientes com doenças cérebro-vasculares, traumatismos crânio-encefálico, tumores cerebrais e doenças infecciosas e, ainda, quando ele apresenta uma classificação sintomatológica do coma baseada em critérios de perceptividade e de reatividade (Gomes, 1988).

A escala de coma de Juvet foi utilizada para estudos dos estados de consciência que seguem os níveis de coma, mas existem relatos de sua utilização em casos agudos. A escala utiliza, como parâmetro, os dados relacionados com a perceptividade e a reatividade, sendo que neste último item é considerada a reatividade inespecífica, a reatividade específica à dor e a reatividade autonômica. Seu pouco uso se dá pela difícil aplicabilidade. Essa escala é muito utilizada no acompanhamento de pacientes em recuperação funcional, após quadros neurológicos graves (Andrade et al., 2007).

Para o autor da escala, a perceptividade implicaria na resposta de mecanismos nervosos adquiridos pela aprendizagem e que requer certo grau de integração cortical, sendo, portanto, as respostas de natureza mais complexa como gestos e palavras. Já a reatividade seria induzida por mecanismos localizados subcorticalmente e presentes desde o nascimento. A reação de despertar, a resposta de orientação através da rotação da cabeça para a fonte do ruído e a reação fácio-vocal seriam alguns exemplos dessa reatividade (Gomes, 1988).

A escala de sedação de Ramsay foi desenvolvida em 1974, pelo anestesiológico Dr. Michael Ramsay seu objetivo é avaliar o nível de consciência durante o tratamento com medicações sedativas utilizadas em UTI, bem como medir os níveis diferentes de sedação em pacientes críticos. Ela se baseia em critérios puramente clínicos para classificar o nível de sedação, seguindo a numeração de 1 a 6 para graduar de ansiedade, agitação ou ambas, até coma irresponsivo (Mendes et al., 2008).

Os autores seguem dizendo que, devido a suas características, o escore de Ramsay aproxima-se do ideal esperado para uma escala de sedação, já que suas definições são simples e intuitivas, o que garante um fácil aprendizado. Essa escala pode ser aplicada à beira do leito, de forma simples e rápida e possui sensibilidade e especificidade suficientes para ser considerada padrão de referência entre os escores de sedação existentes.

A escala monitora estágios de sedação usando níveis escalares que vão de R1 a R6. A medida R1 representa a menor quantidade de sedação e a medida R6 a maior. Ou seja, se o

paciente está acordado seu nível oscilará entre R1 a R3 e se o paciente estiver dormindo, oscilará de R4 a R6. Esta escala é uma ferramenta muito utilizada para avaliar a agitação e a eficácia dos medicamentos sedativos (Puggina, 2011).

Já a escala de agitação-sedação de Richmond (RASS) foi desenvolvida por uma equipe multidisciplinar em Richmond, Virgínia (EUA) e mede tanto a sedação quanto o nível de agitação. Seus escores variam de +4 a -5, com 10 estágios, o que permite um enquadramento mais apropriado de cada caso, possibilitando uma maior individualização e uma análise mais fiel da evolução do quadro do paciente. Ela utiliza a resposta auditiva do paciente ao chamado pelo nome, seguida pela duração do contato visual entre paciente e observador como principal meio de medir a sedação (Fernandes et al., 2009).

Constata-se que o conhecimento do estado de consciência de um paciente mantido na UTI, bem como o acompanhamento de seus sinais vitais pela equipe de saúde, é fundamental tanto para a evolução do seu quadro clínico quanto para a humanização do tratamento.

Os sinais vitais são medidas que evidenciam o funcionamento e as alterações da função corporal e estes são verificados diariamente pela equipe de enfermagem nos pacientes internados, mas com maior frequência nos pacientes em coma. Esses sinais são: pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e frequência respiratória (Walker, Eakes, & Siebelink, 1998).

Estudos mostram que pacientes em coma apresentam ausência de reação, o que não significa ausência de percepção e que por isso, na maioria das vezes, este fica isolado no ambiente de internação devido à desvalorização dos sinais emitidos que se supõe serem considerados automáticos e não conscientes (Ferreira, 2000).

O corpo é a expressão da mente e a pessoa em coma apresenta uma grande variedade desses sinais considerados automáticos, portanto, fora da atividade consciente integrada. Na maioria dos casos esses sinais são desvalorizados como sinais de relação com o meio externo (Ferreira, 2000).

Nos pacientes com desordem de consciência, os sinais vitais vêm sendo estudados como indicativos de percepção auditiva, cognição ou até tentativa de comunicação destes indivíduos com o meio exterior, principalmente quando são submetidos a estímulos emocionalmente relevantes para eles. Mensagens utilizando vozes familiares, chamar o paciente pelo próprio nome e utilizar música de sua preferência são alguns dos estímulos usados atualmente em pesquisas (Walker et al., 1998).

Pesquisas que utilizam mensagens ou apresentação do próprio nome realmente têm obtido resultados interessantes em pacientes com distúrbios da consciência (como o *delirium*

e o coma. Outro exemplo de como as mensagens e vozes familiares podem ser estímulos importantes para esse tipo de paciente é apresentado no estudo a seguir (Walker et al., 1998).

Foi estudado o efeito da intervenção através de vozes familiares em pacientes comatosos com trauma craniano, observando-se os parâmetros fisiológicos (pressão arterial, pulso, frequência respiratória, pressão arterial média e saturação de oxigênio) de dez pacientes com ECGI menor ou igual a 10. As mensagens elaboradas pelos familiares seguiam um modelo fixo, tinham aproximadamente 60 segundos e foram repetidas três vezes (totalizando em torno de 3 minutos de mensagem). Os dados foram coletados da seguinte forma: 5 minutos antes da intervenção coletaram-se os dados basais, e transmitiu-se a mensagem (medidas fisiológicas contínuas foram obtidas, foi calculado uma média de cada parâmetro fisiológico e a presença ou ausência de agitação documentada) e 5 minutos após a mensagem repetiram as mensurações. A intervenção foi repetida quatro vezes com um intervalo de 6 horas. A análise dos dados revelou uma variabilidade nas medidas fisiológicas, no entanto, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre a média das medidas antes, durante e após a mensagem. O pulso foi a medida que teve uma maior variabilidade em relação aos outros parâmetros fisiológicos (Walker et al., 1998).

Quando o estado de vigília e de consciência do paciente diminui, acabam por ocorrer alterações nas respostas pupilares, de abertura de olhos, verbal e motora, além de refletir em alterações comportamentais discretas, como inquietação ou ansiedade aumentada (Brunner & Suddarth, 2009).

No estado de coma algumas funções cerebrais e dos sentidos podem estar comprometidas, mas isso não quer dizer que exista uma ausência total de percepção (Silva, M. J. P. & Dobbro, 2000).

1.3 Afetividade

As emoções causam fascínios nos estudiosos há tempos, desde a Grécia Antiga já era relatada a influência do universo subjetivo sobre a dinâmica da alma do ser humano (Pinto, 2007).

A afetividade é um tema de grande importância para a descrição da personalidade humana. Essa relevância era apresentada tempos atrás quando se aludia ao coração para simbolizar o órgão que acolhe a emoção e a sensibilidade humana (Pinto, 2004). Entende-se

por afetividade o conjunto de emoção e sentimentos presentes no indivíduo, ou seja, a afetividade engloba tanto uma reação do corpo representada pela emoção como também uma experiência subjetiva representada pelo sentimento (Pinto, 2005).

As emoções e os sentimentos fazem parte do homem e sustentam o psiquismo humano, elas estão presentes em todas as manifestações da vida e auxiliam na tomada de decisão (Bock, Furtado, & Teixeira, 1999)

A afetividade abarca um conjunto de estados de ânimo e uma organização viva de significados e conteúdos psicológicos que podemos destacar: o amor, a paixão, a inveja dentre outros (Pinto, 2003). Ela é uma expressão genérica que abrange várias modalidades de vivência afetiva, como o humor, as emoções e os sentimentos. A vida afetiva seria a dimensão psíquica que dá sentido a todas as vivências humanas (Dalgarrondo, 2008).

A afetividade se caracteriza por sua dimensão de reatividade que apresenta dois aspectos importantes de resposta afetiva do indivíduo: a sintonização afetiva e a irradiação afetiva. A primeira se refere à capacidade do indivíduo de ser influenciado afetivamente pelos estímulos externos. Já a segunda se refere à capacidade do indivíduo de transmitir, irradiar ou contagiar os outros com seu estado afetivo momentâneo (Dalgarrondo, 2008).

A afetividade abrange um número muito grande de estados de ânimo e de significados e conteúdos psicológicos como a tristeza, o amor, a paixão, a inveja dentre outros e contém a dedução próxima das qualidades dos objetos experienciados pelas pessoas (Pinto, 2005).

Existem cinco tipos básicos de vivências afetivas: humor ou estado de ânimo, emoções, sentimentos, afetos e paixões (Dalgarrondo, 2008) e nesse trabalho serão abordadas apenas as emoções.

Algumas correntes teóricas ainda acreditam que a natureza psicológica está dividida em duas partes: uma radical e uma afetiva e a afetividade nesse caso seria vista como o contrário da cognição. O afeto então integraria tanto a resposta emocional que vem em forma de empalidecimento, cólera, ansiedade e estresse quanto os aspectos expressivos e gestuais da pessoa como as lágrimas, risos e sorrisos. Ou seja, o afeto alcança um conjunto que inclui o temperamento, a personalidade e as atitudes aos valores pessoais (Pinto, 2005).

Os afetos são considerados estados psíquicos subjetivos que têm como característica serem agradáveis ou desagradáveis (Cheniaux, 2005). Estes podem ser definidos ainda como a qualidade e o tônus emocional que segue uma ideia ou uma representação mental e se unem a essas ideias dando uma conotação mais significativa, dando um colorido novo a elas (Dalgarrondo, 2008).

1.4 Emoções

Tomando-se como norte a questão de saber se os pacientes em coma podem apresentar respostas emocionais, faz-se necessário descrever o que este estudo caracteriza como *respostas emocionais*.

Desde o final do século XIX, Charles Darwin e Sigmund Freud já se enveredavam pelos caminhos que os levariam ao estudo das emoções. Eles publicaram vários escritos sobre os aspectos da emoção, dando-lhe um lugar privilegiado no discurso científico. Darwin começou seus estudos pesquisando a expressão das emoções nas diversas culturas e espécies e, embora julgasse que a emoção humana fosse vestígio de estágios anteriores da evolução, tratou com bastante seriedade o tema (Damásio, 2000).

O trabalho de Darwin, realizado em 1872 intitulado de *The Expression of the emotions in man and Animals*, constituiu uma das primeiras fontes de informação sobre as emoções dentro da perspectiva evolucionista. Ele descreveu reações como: medo, choro, dor, ansiedade, mau humor, surpresa, alegria, horror, raiva, dentre outras, considerando sempre suas origens evolucionárias em relação a sua utilidade biológica. O pesquisador descreveu ainda de forma bastante minuciosa as reações respondentes nas quais as emoções são expressas. Reações de luta ou fuga, por exemplo, tinham a função de salvar as vidas de muitos animais na história da evolução (Brannigan & Humphries, 1981).

Freud por sua vez definiu o potencial patológico dos transtornos emocionais e deu ênfase à sua grande importância para a psiquiatria clássica (Damásio, 2000).

A palavra emoção equivale ao vocábulo francês *emouvoir*, que significa comover, emocionar e tem ligação com a ideia de movimento. Já o termo afetividade, que vem do latim *afficere* e significa influenciar e afetar, é usado para indicar os elementos da afetividade onde se incluem as emoções, os sentimentos e o humor (Cheniaux, 2005).

Alguns autores acreditam que a emoção está mais ligada a movimentos do corpo que extrapolariam as sensações inertes. Strongman (1998) e A. R. Reber e E. S. Reber (2001) afirmam que qualquer ser humano na presença de um estado emocional, pode ser afetado por aumentos importantes de pressão sanguínea, de frequência cardíaca ou mesmo de ritmo respiratório. Já Webster (1979) evidencia que a expressão emoção abarca a ideia de agitação da mente cujo efeito é sempre observado no corpo.

Porém, apesar de muitos estudiosos tentarem abordar a fundo o tema das emoções, eles sempre esbarram no grande desafio que é conceituar esse termo e por isso existe tanta divergência sobre esse assunto (Marino, 1975).

A primeira grande teoria sobre as emoções foi criada pelo psicólogo americano William James e o fisiologista dinamarquês Carl Lange que propunham que as emoções não existem sem as manifestações fisiológicas e comportamentais e que na verdade o que ocorre é que a experiência emocional subjetiva seria causada por essas manifestações. Essa teoria apesar de parecer absurda apresenta indícios de que essas manifestações não causam, mas podem influir, sim, na experiência emocional subjetiva (Lent, 2005).

Depois, outra teoria foi criada pelo fisiologista americano Walter Cannon e seu aluno Philip Bard no qual foi proposto que o sistema nervoso central seria o causador tanto da experiência subjetiva emocional quanto das manifestações fisiológicas e comportamentais e que essas reações seriam geradas pelo hipotálamo (Lent, 2005).

A emoção atualmente é vista como uma experiência subjetiva acompanhada de manifestações fisiológicas e comportamentais que podem ser detectadas e hoje, com os métodos das Neurociências, essas manifestações são mais facilmente identificadas através de exames de imagem (Lent, 2010).

Podem-se definir emoções de várias maneiras, uma delas diz se tratar de reações afetivas agudas, momentâneas provocadas por estímulos de valor significativo para a pessoa. Então, a emoção nesse caso seria um estado afetivo intenso, de curta duração e que deriva na maioria das vezes de uma resposta do indivíduo a certas excitações internas ou externas que podem ser conscientes ou inconscientes (Dalgarrondo, 2008).

As emoções humanas são divididas em três tipos: emoções primárias, emoções secundárias e emoções de fundo. As primeiras são as mais comuns nos indivíduos da espécie e são consideradas inatas, ou seja, não precisam ser apreendidas e entre elas destacam-se seis diferentes emoções: alegria, tristeza, medo, nojo, raiva e surpresa (Lent, 2008).

Já as emoções secundárias se caracterizam por serem mais complexas e dependentes da cultura, da época em que o indivíduo está inserido e também de uma experiência prévia (Lent, 2008).

As emoções de fundo se relacionam com o bem-estar ou com o mal-estar, com a calma e com a tensão. Nesse caso, os estímulos responsáveis por ativar essa emoção são em sua maioria internos e gerados por processos físicos ou mentais contínuos que levam a um estado de tensão ou relaxamento, fadiga ou energia, bem-estar ou mal-estar (Lent, 2008).

Do ponto de vista biológico pode-se definir emoção como um conjunto de reações químicas e neurais subjacentes à organização de determinadas respostas comportamentais básicas e necessárias às sobrevivências dos animais (Lent, 2008).

Como existe uma experiência exterior que pode ser mensurada, a experiência emocional pode ser facilmente observada pelos métodos da Neurociência. No ser humano, a descrição da emoção é de difícil controle, visto que só se pode considerar o relato do próprio indivíduo que experencia a tal emoção. Porém, é possível analisar uma emoção através das manifestações orgânicas e do registro cerebral da pessoa partindo das imagens e traçados eletro ou magnetofisiológicos (Lent, 2005).

O que se usa coloquialmente é conceituar emoção como se referindo a sentimentos e humores e a maneira como estes são expressos tanto em forma de comportamento quanto em forma de resposta motora (Kandel, Schwartz, & Jessell, 1995). Ou então que se trata de uma operação mental acompanhada de uma experiência interior característica capaz de orientar o comportamento e realizar os ajustes fisiológicos necessários (Lent, 2010).

As emoções podem ser definidas como sendo reações afetivas às vivências momentâneas e desencadeadas por estímulos que trazem significação para o indivíduo (Dalgalarondo, 2008). O referido autor acrescenta, ainda, que a emoção é um estado afetivo intenso, mas de duração bastante curta e que se origina a partir de uma resposta do indivíduo a certos estímulos internos ou externos, que poderiam incitá-lo de forma consciente ou inconsciente. Partindo desse princípio, as emoções sentidas pelo indivíduo são, em geral, acompanhadas de reações somáticas que podem ser neurovegetativas, motoras, hormonais, viscerais ou vasomotoras.

As manifestações ou comportamentos fisiológicos das emoções são respostas autônomas do organismo comandadas pelo Sistema Nervoso Autônomo (SNA). Este sistema tem atividades independentes dos desejos e intenções da pessoa e são, portanto, manifestações autônomas do organismo (Brunner & Suddarth, 2009). Ele é responsável inclusive por alterar parâmetros cardiovasculares que ocorrem não apenas em resposta reflexa mas também como resposta a comportamentos ou emoções vividas pela pessoa (Lent, 2010).

Dentro desse sistema podem ser descritas duas divisões anatômicas funcionalmente distintas: trata-se do sistema nervoso simpático (SNS) e do sistema nervoso parassimpático (SNP) (Brunner & Suddarth, 2009). Esses dois sistemas têm funções diferentes na regulação do comportamento emocional e na homeostasia do indivíduo: enquanto o primeiro governa a reação de luta ou fuga, o segundo é responsável pelo repouso e digestão (Kandel et al., 1995).

Essas denominações tão particulares com terminação com o vocábulo *simpático* derivam de uma palavra grega e significam: *harmonia*, *solidariedade* e têm relação direta com função de homeostase³ do organismo (Lent, 2010).

Essas manifestações das emoções vêm acompanhadas de respostas autonômicas, endócrinas e motoras esqueléticas do organismo e servem para que o corpo da pessoa se prepare para a ação. Um bom exemplo disso é quando surge o sentimento de medo e o coração e a respiração sofre uma aceleração, ocorrendo secura na cavidade bucal e suor nas mãos; tudo isso se apresenta como respostas dessa emoção vivida pela pessoa (Kandel et al., 1995). Neste trabalho ganha relevo o sistema nervoso simpático, o qual comanda as respostas orgânicas às emoções (Brunner & Suddarth, 2009).

Dentro dessas respostas orgânicas apresentadas pelo indivíduo diante de uma emoção, destaca-se o controle dos batimentos cardíacos, da pressão arterial, da respiração e do seu ritmo e o controle da filtração nos rins. Estas funções acontecem no tronco cerebral que é a parte responsável por diversas funções do indivíduo, incluindo as citadas (Transferetti, 2007).

Destacam-se, ainda, as respostas orgânicas avaliadas na presente pesquisa. A pressão também chamada de tensão arterial (PA) é um parâmetro fisiológico de grande importância na investigação diagnóstica e está relacionada com o trabalho realizado pelo coração (Porto, 1990). Os mecanismos que regulam a pressão arterial incluem o córtex cerebral, o hipotálamo, os centros vasomotores, o SNA – por meio dos SNS e SNP – as supra-renais, os rins, os barorreceptores e algumas vias nervosas especiais, como o nervo de Cyon e o de Hering. Os mecanismos nervosos e humorais influenciam todos os fatores que determinam a PA, mas é sobre a reatividade vascular que se faz sentir de maneira acentuada esta ação reguladora (Porto, 1990).

A frequência cardíaca é considerada o número de vezes que o coração se contrai por minuto. As alterações na frequência cardíaca são efetuadas por controles reflexos mediados pelo SNA, incluindo suas divisões simpática e parassimpática. Os impulsos parassimpáticos que chegam até o coração podem diminuir a frequência cardíaca, enquanto os impulsos simpáticos a aumentam (Brunner & Suddarth, 2009).

Respirar é o ato de inspirar e expirar promovendo a troca de gases entre o organismo e o ambiente. A frequência respiratória normal do adulto oscila entre 16 a 20 respirações por minuto. Como a respiração, em certo grau, está sujeita ao controle involuntário, deve ser

³ Homeostase: “Refere-se a permanente tendência dos organismos de manter certa constância no meio interno.” (Lent, 2010, p. 501).

contada sem que o paciente perceba, ou seja, deve-se observar a respiração procedendo como se estivesse verificando o pulso (Horta, 1979).

A divisão simpática do sistema nervoso autônomo serve como um sistema de atendimento às emergências do organismo. Sob condições de estresse de causa física ou emocional, os impulsos simpáticos se elevam e o organismo se prepara para a luta ou fuga. O sistema simpático é responsável pelo aumento da frequência cardíaca, respiratória e o rubor na face, entre outras (Brunner & Suddarth, 2009). Dessa maneira, uma das formas de se perceber respostas emocionais em pacientes comatosos é a alteração das respostas fisiológicas citadas acima e por isso esses parâmetros são avaliados no presente estudo.

Várias podem ser as alterações fisiológicas apresentadas pelo indivíduo em um momento de emoção, são elas podem ser citadas: a sudorese, a secura da boca, a tensão no estômago, a respiração mais rápida, a aceleração cardíaca e as tensões musculares (Kandel et al., 1995).

A equipe de saúde entende como reação do paciente uma resposta verbal ou motora que aconteça na sequência imediata de um estímulo. Ela é sempre buscada quando é feita a avaliação neurológica em que uma resposta é procurada por meio de um estímulo doloroso (Ferreira, 2000).

Várias são as causas que podem desencadear as emoções, que vão desde causas refinadas até as não refinadas, como no caso de um filme ou uma música. As causas internas são voltadas para dentro e tem a sua manifestação em forma de emoção e se dá de forma externa são voltadas para fora e de maneira pública (Damásio, 2000). Um exemplo que causaria emoções aplicáveis aos pacientes é o contato físico através do toque de um familiar. Essa experiência, apesar de não caracterizar exatamente um episódio emocional, provoca alterações neurais, glandulares, musculares e mentais que denominamos de emoção e, por esse fato, o tato muitas vezes não é sentido pelo paciente como sensação, mas sim como emoção (Silva, M. J. P., 2011).

Por isso é tão importante considerar o toque. Estudos realizados com pacientes internados em unidades de terapia intensiva mostraram que o toque de familiares, enfermeiros e médicos pode alterar o ritmo cardíaco do paciente (Lynch, 1978).

O sistema nervoso autônomo age alterando os parâmetros cardiovasculares como a pressão arterial, não apenas mediante as respostas reflexas, mas também em situações comportamentais e emocionais. Ou seja, o coração dispara quando se vivencia uma forte emoção ou a pressão pode ficar elevada quando alguém prevê uma situação de estresse (Lent, 2005).

Em resumo, a resposta emocional neste estudo é avaliada pelas alterações fisiológicas perceptíveis no momento em que o visitante estimula o paciente. As alterações fisiológicas são percebidas através da monitorização e foram eleitas na impossibilidade de outras manifestações do paciente em coma e da limitação do estudo em usar outras tecnologias como a ressonância magnética. Os principais estímulos presentes durante a visita que provocariam a resposta emocional é a fala e/ou toque do visitante. Assim sendo, a emoção seria uma possível resposta do paciente em coma aos estímulos da família, como conversar, rezar em voz alta, ao carinho e ao beijo durante a visita na UTI. Isso destacaria a possibilidade dessas pessoas gerarem e expressarem emoções, mesmo que não estejam conscientes.

CAPÍTULO 2: CENÁRIO DA PESQUISA – A SINGULARIDADE DO AMBIENTE DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Esta pesquisa se desenvolveu em um ambiente específico: uma UTI. Neste capítulo descreve-se este ambiente com o intuito de imergir o leitor nesta realidade que, por vezes, é desconhecida por aqueles que ainda não adentraram uma UTI, além de discutir alguns aspectos da condição do paciente enquanto sujeito.

2.1 O surgimento das Unidades de Terapia Intensiva

Durante muito tempo, os hospitais tinham áreas com leitos ocupados por pacientes com diferentes níveis de gravidade, logo, com diferentes níveis de necessidades de assistência. Essa situação causava muita dificuldade para os que trabalhavam nesses setores. Percebia-se uma demanda maior de alguns pacientes em detrimento de outros. Perto dos mais necessitados, ocasionalmente, eram colocados equipamentos como respirador, monitor cardíaco e aparelho portátil de Raios-X, o que diminuía o espaço físico do ambiente e aterrorizava alguns pacientes (Souza, E. M., 2008). A forma encontrada para atender a esses pacientes foi a criação de um serviço especializado no hospital em um espaço físico próprio, com mais recursos para os cuidados assistenciais e um predomínio maior de conhecimento e aparelhagem. A esse setor deu-se o nome de *setor de cuidados intensivos* (Souza, E. M., 2008).

Historicamente, a primeira UTI foi fundada em 1953 pelo anestesiológista dinamarquês Bjorn Aage Ibsen, em Copenhague, na Dinamarca, em decorrência de um grave surto epidêmico de poliomielite. Bjorn Ibsen reconheceu, então, a urgência de se criar

unidades de assistência ventilatória contínua e monitorada. Naquela ocasião, utilizou-se um dos primeiros aparelhos de ventilação com pressão positiva do mundo.

No Brasil, a primeira UTI foi criada em 1971 por um grupo de médicos do Hospital Sírio-Libanês, em São Paulo, com o objetivo de centralizar os pacientes graves recuperáveis em uma área do hospital com recursos humanos, equipamentos e materiais direcionados exclusivamente para esses pacientes (Tuoto, 2012).

Para o atendimento dos pacientes graves, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a partir da Portaria nº 466/1998, determinou a existência de UTI em hospitais terciários e secundários, com capacidade igual ou maior a cem leitos. Várias UTIs compõem um Centro de Terapia Intensiva (CTI).

O Ministério da Saúde, em sua Portaria nº 3.432/1998, de 12 de agosto, definiu UTI como: “[...] unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas ao diagnóstico e à terapêutica” (Portaria nº 3.432/1998, p. 39).

Essas unidades dedicam-se ao atendimento de pacientes em condições consideradas graves, ou seja, pacientes que demandam cuidados especializados e ininterruptos, devido à gravidade do quadro clínico e do risco de virem a óbito. Esses pacientes têm, em sua maioria, problemas orgânicos que podem levar à falência de órgãos ou a doenças de base, desencadear intercorrências e gerar comprometimentos orgânicos sérios. Trata-se de um setor fechado, com acesso restrito, caracterizado por uma rotina de trabalho intensa, um clima constante de apreensão e morte iminente, o que gera tanto no paciente, quanto na equipe e familiares, sentimentos de angústia e situações de estresse (Ribeiro & Leal, 2010).

Uma UTI deve estar localizada em áreas de fácil acesso aos elevadores de serviço e emergência, ao centro cirúrgico, à sala de recuperação pós-anestesia, às unidades intermediárias e ao serviço de laboratório e radiologia do hospital (Knobel, Laselva, & Moura, 2006) e o número ideal de leitos dependerá da população atendida, do número de cirurgias, do número de médicos e enfermeiros e do número de recursos institucionais disponíveis no hospital onde está localizada. Uma média relatada é a de que um hospital geral deve destinar 10% da sua capacidade de leitos para a UTI (Knobel et al., 2006).

O paciente internado nesse setor vem de vários locais: centro cirúrgico, enfermarias, pronto-socorro ou mesmo outros hospitais que não possuem recursos necessários para o cuidado integral desse paciente (Pregnotatto & Agostinho, 2010), e acolhe enfermos com diagnósticos diversos como politraumas, traumatismos cranianos em todos os níveis,

insuficiência respiratória aguda, infarto, doenças cardiovasculares, insuficiência renal aguda, aneurisma cerebral, recuperação pós-cirúrgica, infecção localizada ou generalizada, ferimento por arma de fogo, meningite, leucemia entre outras. Devido à diversidade de diagnóstico todos esses paciente precisam de cuidado constante (Pregnotatto & Agostinho, 2010).

As atividades assistenciais realizadas na UTI são desempenhadas ao longo do dia, de forma rápida e precisa, exigindo o máximo de eficiência e concentração por parte da equipe (Romano, 1999).

Esse setor tem como objetivo principal restabelecer nos pacientes o funcionamento de um ou vários sistemas orgânicos que estão gravemente alterados, até que a patologia que motivou a internação seja adequadamente compensada ou até que os parâmetros fisiológicos (pressão arterial, frequência cardíaca e frequência respiratória entre outros) do paciente fiquem em níveis aceitáveis (Di Biaggi, 2002).

2.2 (Sobre)Viver na Unidade de Terapia Intensiva

Para estabilizar o quadro clínico do paciente internado na UTI são utilizados equipamentos que são universais e fundamentais, tais como o *Respirador Mecânico* que tem a função de inspirar e expirar pelo paciente até que ele consiga fazê-lo espontaneamente, o *Monitor Cardíaco* que tem como função registrar os batimentos cardíacos, o *Oxímetro* que mede a quantidade de oxigênio absorvido pelo sangue e a *Bomba de Infusão* que controla a quantidade de soro com alguma medicação que é infundida no organismo do paciente (Pregnotatto & Agostinho, 2010).

No atendimento dessas unidades, é necessário manter uma vigilância contínua, pois os pacientes apresentam mudanças rápidas dos parâmetros clínicos, o que demanda presteza nas ações imediatas e baixa tolerância a erros diagnósticos e terapêuticos (Souza, E. M., 2008). Em decorrência disso, os pacientes são colocados de maneira que sejam visualizados pela equipe de saúde durante todo o tempo, o que permite a sua monitoração constante (Moura, D. F. Jr., Laselva, & Guastelli, 2006).

Apesar do grande número de medicamentos e equipamentos modernos capazes de curar e atenuar muitos sintomas e doenças, ainda hoje é expressiva a taxa de mortalidade nas UTIs, que chega a 35%. Esse índice está vinculado diretamente com a idade e a gravidade da doença do paciente (Morsch & Barros, 2006). Dados de pesquisa recente apontam que na

UTI, onde foi realizada a referida pesquisa, constatou-se a mortalidade de aproximadamente 42% dos pacientes internados no ano de 2010 (Souza, I. D., 2012).

Esse alto índice de mortalidade associado às ideias que o senso comum relaciona ao ambiente da UTI, fazem com que o simples fato de se internar nesse setor já seja considerado uma situação ameaçadora para o paciente. Além disso, a internação na UTI denota o afastamento do seu ambiente natural, a ruptura dos seus laços familiares, a separação temporária de seus entes queridos e ainda levanta o questionamento sobre sua sobrevivência nesse setor (Stumm, Kuhn, Hildebrandt, & Kirchner, 2008).

Esse ambiente tem uma dinâmica muito objetiva e curativa e foca sempre nas questões do corpo doente que precisa de cuidados. Não que isso não seja de grande importância, porém as questões subjetivas que também são parte do indivíduo e influem em sua sobrevivência são, na maioria das vezes, esquecidas ou colocadas de lado (Torres, A., 2012) E isso deveria ser visto com mais cuidado, já que estar no hospital e conviver com a possibilidade de morte faz com que o paciente, sua família e os profissionais de saúde se mobilizem e passem a questionar mais sobre sua própria finitude (Moura, M. D. & Mohallem, 2003).

2.3 A Morte presente na Unidade de Terapia Intensiva

Uma possibilidade constante na UTI é a morte e, por isso, precisa ser levada em consideração, pois mobiliza tanto a equipe de saúde quanto aqueles que acompanham o paciente. O morrer faz parte do processo natural do ser humano, mas, além de seu caráter biológico, há também um caráter simbólico que faz com que cada sociedade tenha uma representação diferente desse fenômeno. Para o homem ocidental moderno, por exemplo, a morte passou a significar fracasso, impotência e vergonha e, por isso, hoje fica reservada ao hospital e escondida dentro da UTI (Combinato & Queiroz, 2006).

Os autores acima citados argumentam ainda que todos esses conceitos atribuídos à morte vêm com o desenvolvimento do capitalismo, que transformou o ser humano em uma máquina produtiva e saudável e, portanto, o adoecer e o morrer seriam então peças destoantes desse quebra cabeça desencadeando assim a vergonha e a sensação de fracasso. Nessa mesma linha de raciocínio, Freud, no capítulo *Reflexões para os tempos de Guerra e Morte*, afirma que, apesar da morte ser parte da vida, ela não é vista com naturalidade entre as pessoas e, por

isso, o que se vê é uma necessidade de colocar a morte à margem, à distância, como se assim fosse possível se afastar dela (Freud, 1969). Na sequência, ele salientou também que os indivíduos têm o hábito de justificar como obra do acaso as mortes que acontecem ao seu redor, tirando a naturalidade desta e lhe dando uma causa fortuita. Em decorrência disso, o ser humano sempre atribui a finitude a um acidente, uma doença, uma infecção, mas nunca como decorrência do próprio seguimento da vida.

O tema da morte é tão intrigante que há décadas mobiliza a atenção de inúmeros estudiosos. Historicamente, então, na sociedade tradicional medieval, por exemplo, os cavaleiros morriam com honra de maneira anunciada, ou seja, o indivíduo era advertido sobre sua morte, tinha total consciência de quando esse momento estava prestes a acontecer e se preparava para ele como quem se prepara para uma festa. A morte era racionalizada e, a quem fosse justo, teria o direito a uma boa morte; vivia-se a morte como parte integrante da vida sendo esse momento considerado como um fato social e público (Oliveira, E. C. N., 2002).

Dessa forma, caracterizava-se a *morte domada* (Ariès, 1977), considerada com muita naturalidade e na qual o indivíduo participava ativamente do seu processo de morrer. Havia, inclusive, a possibilidade de despedida, quando os indivíduos manifestavam seus sentimentos, arrependimentos e possíveis desejos para o momento do seu sepultamento. Nesse período, a morte temida era a repentina, não só porque não havia tempo para a despedida e nem para o arrependimento, mas porque o indivíduo era privado da possibilidade de condução da própria morte (Esslinger, 2004).

Outra consideração importante sobre essa época é que na morte, por se tratar de uma cerimônia organizada e pública, sempre havia a presença de crianças. Não se sabe de qualquer representação do quarto de um doente sem a presença de crianças. Elas eram colocadas a par da situação e podiam acompanhar e se despedir de seus entes queridos (Ariès, 1977).

Hoje, porém, a presença de crianças no processo de morrer ou mesmo no processo de adoecimento é quase nula. Sabe-se que é cada vez mais negado às crianças o direito de participar de rituais que envolvem o sofrimento e, por isso, elas têm tantas fantasias negativas relacionadas com a morte (Ariès, 1977).

A partir dessa breve introdução ao tema, verifica-se que desde o início do século XX a morte se tornou objeto de vergonha e proibição. Procura-se falar e tratar cada vez menos do assunto, principalmente com o doente, visando poupá-lo e escondendo a gravidade do seu quadro. A morte se tornou inimiga e vergonhosa e, por isso, precisou ser oculta. Assim, o local onde a morte ocorria e ainda ocorre, deixou de ser em casa e passou a ser no hospital (Esslinger, 2004).

A morte no século XX se apresentava para a pessoa como um tabu e, por isso, ela não estava presente nos principais discursos. É somente no início do século XXI que esse tema começou a despertar maior interesse do meio acadêmico e a ser pesquisado por historiadores, antropólogos, biólogos, filósofos, psicólogos, psiquiatras e psicanalistas (Torres, C. W., Guedes, & Torres, C. R., 1983).

Até o presente, numa cultura ocidental como a brasileira na qual a morte é negada bem como tudo o que se refere a ela, esta tem ocupado lugar de completa rejeição inclusive no ambiente onde foi acolhida: o hospital. Não se deve falar disso, visto que a missão primordial implícita nas instituições é de busca pela cura a qualquer preço. Dessa forma, a terminalidade é colocada às escondidas de maneira que só apareça àqueles que *têm cura*. Quanto mais a sociedade se torna tolerante, estimulando comportamentos liberados em relação aos preceitos morais relacionados ao sexo, mais a morte, e tudo o que ela acarreta, é rejeitada (Ariès, 1977).

A sociedade renegou a morte e hoje só restam, como prova do ocorrido, pequenos espaços em jornais onde se divulgam os óbitos da cidade, mas, mesmo assim, essa informação fica em uma parte do folhetim que ninguém mais lê. Hoje, apenas nos casos de pessoas públicas a morte é anunciada e, às vezes, até acompanhada por equipes de TV, porém passadas algumas semanas todos já esqueceram e, mais uma vez, a morte cai em desuso (Oliveira, E. C. N., 2002). Essa mudança de atitude em relação à morte pode ser associada ao advento do capitalismo ocidental, onde o homem vale mais pelo que tem e pelo que produz do que pelo que é. Essa sociedade que cultua o belo, o saudável e a eterna juventude precisa manter a ideia de morte sempre distante (Baudoin & Blondeau citado por Esslinger, 2004).

Segundo Kóvacs (1998), na sociedade atual, a morte desejada é sem dor, de forma rápida e, de preferência, dormindo, pois evitaria assim o sofrimento e a agonia. Existem muitas razões para esse evitamento da notícia da morte, sendo uma das mais importantes a ideia de que morrer é muito triste e cada vez mais o morrer está se tornando solitário, mecânico e desumano. O paciente, por vezes, é retirado de seu ambiente familiar e levado às pressas para um hospital onde ficará até o fim (Kübler-Ross, 2008). Assim, quando o paciente falece todos os procedimentos precisam ser feitos muito rápido. O corpo precisa ser logo retirado para não tumultuar e nem deixar vestígios de que aquele ambiente foi alterado e que algo saiu do controle. Esse ritual de tentar ocultar a morte no hospital reflete essa máxima de que o hospital é lugar da cura e não do fim (Esslinger, 2004).

O fim da vida e os ritos dessa passagem foram criados para se lidar melhor com a situação de crise, drama e mal-estar causados pela morte. Esses ritos permitem que, mesmo

diante do desespero e da angústia, as pessoas consigam viver esse momento da melhor forma e, no futuro consigam se reerguer, apesar da perda. Mas o que se vê hoje é um momento de grande revolta e falta de aceitação, no qual todos ficam tentando achar uma razão para aquela morte: uma doença, a velhice, o azar ou um acidente, esquecendo-se de que se trata de uma ocorrência natural da vida (Oliveira, E. C. N., 2002). Ou seja, as pessoas vivem *cegas* diante da morte já que, mesmo convictas de que ela é uma certeza, não é possível conceber a ideia de que haverá um fim para parentes, amigos e para elas mesmas. Por isso, quando o indivíduo se depara com a notícia de morte de alguém próximo, essa lhe causa muita dor e espanto (Morin, 1997).

A morte é vista como a fase final de um ciclo e pensar nela faz com que as pessoas repensem a própria vida e suas crenças. Por ser envolta em mistérios e dúvidas, as pessoas se valem da religiosidade para conseguir responder os seus principais questionamentos (Guerra, 1998).

A religiosidade trata tanto do envolvimento religioso e do seu reflexo na vida da pessoa, como o quanto isso influencia no seu cotidiano, nos seus hábitos e na sua relação com o mundo (Stroppa & Almeida, 2008).

A religiosidade de uma pessoa, de acordo com Gordon Allport, pode ser intrínseca ou extrínseca. Na intrínseca, as pessoas têm na religião seu bem maior. Outras necessidades são vistas como de menor importância, e, na medida do possível, são colocadas em harmonia com sua orientação e crença religiosa. Na religiosidade extrínseca, a religião é um meio utilizado para se obter outros fins ou interesses, para proporcionar segurança e consolo, sociabilidade e distração, status e auto absolvição. A forma mais presente no nosso estudo foi a da religiosidade extrínseca (Stroppa & Almeida, 2008).

A prática da religiosidade se faz muito presente no ambiente hospitalar, pois tem papel importante no enfrentamento da doença. A busca por um sentido para essa dor e sofrimento vivenciados durante o processo de adoecimento parece ser uma saída para tentar organizar o que foi rompido pela doença e pela possibilidade de morte (Torres, A., 2012).

Essa vivência religiosa pode ser um forte aliado no processo de aceitação da doença ou pode levar a um discurso muito fechado na tentativa de excluir a dor ou mesmo de obter uma certeza em meio a tantas dúvidas (Torres, A., 2012).

Assim, quando se trabalha em uma UTI, tem-se que ter em mente a maneira como a cultura Ocidental se organizou em torno da morte a partir do século XX, pois será a morte enquanto fenômeno cultural, além do biológico, que se imporá à equipe de saúde. Na verdade,

os dois grupos humanos envolvidos nas atividades da UTI, isto é, pacientes e equipe de saúde, sofrem as consequências nefastas desse processo histórico que abominou a morte.

2.4 Unidade de Terapia Intensiva: um ambiente estressor

Toda mudança em si já representa uma forma de estresse e exige que a pessoa aprenda a se adaptar. O paciente internado em uma UTI sofre mudanças bruscas em sua rotina e, por isso, a equipe é fundamental na minimização dos estressores, contribuindo assim para a recuperação ou atenuação do sofrimento dos pacientes (Black & Matassarini, 1996).

Lipp (1996) considera estressores tudo aquilo que causa desequilíbrio interno e que demanda alguma adaptação. Muitas vezes, a própria situação de internação na UTI se constitui um problema para o paciente, pois, com frequência, ele não é consultado sobre sua internação e talvez não tenha noção de que tudo e todos estão ali para atendê-lo e ajudá-lo a se recuperar (Stumm et al., 2008).

Os fatores estressores presentes no ambiente da UTI podem ser classificados em internos e externos. Os primeiros se originam dentro da pessoa como uma febre, por exemplo, e os segundos se originam fora da pessoa como mudanças no ambiente ou nas relações sociais vivenciadas (Morsch & Barros, 2006).

Muitas vezes a falta de sintonia entre a equipe de saúde e o paciente pode ser um fator desencadeador de estresse dificultando assim o tratamento. Algumas pesquisas indicam o estresse como causa de diminuição da capacidade de recuperação dos tecidos, resposta imunológica lenta e, conseqüentemente, maior predisposição a infecções no período de tratamento (Chaves, 2000).

Fowler e Smyth (1997) apontaram que as condições de estresse presente nos doentes críticos têm um efeito negativo sobre as respostas à doença, porque favorecem o aumento do esforço cardiovascular e do consumo de oxigênio, o que se reflete em uma estadia mais longa na UTI e uma diminuição progressiva do bem estar biológico e da sua estabilidade psicológica (Novoa & Valderrama, 2006).

Por tudo isso é tão importante que a equipe esteja atenta aos estressores presentes na UTI para auxiliar na adaptação dos pacientes e prevenir danos. Informações sobre procedimentos, equipamentos e materiais utilizados podem tranquilizá-los, fazendo com que passem a se sentir valorizados e bem cuidados (Stumm et al., 2008).

Nesse ambiente, independente do paciente estar acordado ou em coma, vários fatores são considerados desestabilizadores do seu equilíbrio psíquico. Alguns deles são, por exemplo, o estranho maquinário, as constantes privações, as alterações do ciclo sono-vigília, a superestimulação sensorial, a sede, as dores, a abstinência de alimentos comuns, a respiração por ventiladores mecânicos⁴, a monitoração cardíaca constante, a imobilização do paciente e a dificuldade de comunicação (Ribeiro & Leal, 2010).

Dentre as reações que os pacientes internados na UTI podem apresentar estão: tristeza, choro, medo, desorientação, euforia, apatia. Entre essas reações destaca-se a ansiedade que está sempre presente em decorrência das referidas limitações físicas e sociais vividas pelo paciente que sofre por não poder se locomover, realizar sua higiene pessoal e nem permanecer com seus familiares (Pregnotatto & Agostinho, 2010).

Na UTI, o paciente vivencia uma privação sensorial com várias barreiras corpóreas para tocar seu próprio corpo, não têm o mesmo contato diário com sua família e amigos e se vê diante de vários obstáculos que interferem em sua comunicação verbal (Silva, M. J. P., 2000).

Sumariamente, na UTI, o paciente tem o seu corpo invadido por diversos aparelhos e procedimentos, permanece distante do convívio social e, por vezes, permanece impossibilitado de expressar suas angústias e desejos. O paciente vivencia um momento de diversas perdas no qual pode constatar que sua vontade não é ouvida, seus desejos são coibidos, sua intimidade é invadida e seu mundo e relações são rompidos; nesse período ele deixa de ser um indivíduo detentor de particularidades para se transformar em um objeto da prática médico-hospitalar (Camon, 2009).

Durante a hospitalização, o paciente vive um fenômeno designado de *despessoalização*⁵, no qual perde seus referenciais existenciais devido a sua destituição da condição de pessoa. Ele tem mudanças importantes em sua rotina, como a troca de suas roupas, a retirada de seus objetos pessoais, de seus hábitos, sendo tudo isso substituído pelas normas e costumes do hospital. Esse momento pode levar o paciente a um rebaixamento da autoestima, a uma adaptação exagerada ao ambiente e à ansiedade (Fongaro & Sebastiani, 1996).

O paciente também sofre o que é nomeado por Camon (2009), em seu livro *Tendências em Psicologia Hospitalar*, de um processo total de despersonalização ao não ser

⁴ Ventilador mecânico é um aparelho de respiração com pressão positiva ou negativa que pode manter a ventilação e a administração de oxigênio por um período prolongado (Brunner & Suddarth, 2009, p. 625).

⁵ “Despessoalização: Perda da condição de pessoa” (Fongaro & Sebastiani, 1996, p. 14).

chamado pelo nome, transformando-o em um número de leito ou o portador de uma determinada patologia. Ele deixa de ter seus significados próprios para significar os diagnósticos encontrados em seu corpo. A despersonalização do paciente nasce da fragmentação ocorrida a partir dos diagnósticos cada vez mais específicos que o transformam, na maioria das vezes, em apenas um determinado sintoma, esquecendo então de vê-lo de maneira integral. De um modo geral, os diferentes estudos consideram que todas essas condições da UTI podem gerar sofrimento psicológico nos pacientes (Camon, 2009).

Além do já exposto, merece destaque ainda o fato de que pacientes internados em UTI estão sujeitos às alterações psicológicas como o *delirium* e a depressão. Com maior incidência da primeira em pacientes de pós-cirúrgico e da segunda em pacientes com quadros mais cronificados. Nessas situações, é necessário primeiro investigar as causas orgânicas e só então chamar um psiquiatra para uma avaliação mais profunda desse paciente (Torres, A., 2012).

Entre os estímulos externos que podem ser fonte de estresse para os pacientes estão os sons (Morsch & Barros, 2006). Os muitos sons presentes na UTI ocorrem devido ao grande número de equipamentos ligados ao mesmo tempo (bomba de infusão, monitor cardíaco e ventilador mecânico) e a seus alarmes. Também, há de se considerar os ruídos presentes durante o banho de leito, os procedimentos e a troca de plantão.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que o ruído de fundo médio em hospitais não exceda 30 decibéis (dB)⁶ e os picos durante a noite devem ser menores que 40 decibéis, em ambientes fechados.

A *United States Environmental Protection Agency* e a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) recomendam, em diferentes ambientes hospitalares, níveis de pressão sonora entre 35 dB e 45 dB (Macedo, Mateus, Costa, Asprino, & Lourenço, 2009).

A questão sonora é pouco valorizada no ambiente hospitalar e seus desdobramentos, na maioria das vezes, não são considerados. Em decorrência disso, constata-se a dificuldade ou, até mesmo, a inviabilidade de encontrar soluções para a melhoria do ambiente sonoro na concepção de projetos hospitalares. Estudos realizados em três UTIs brasileiras revelam níveis de pressão sonora acima do recomendado pela ABNT e pela *United States Environmental Protection Agency*, significando um problema importante no aspecto da morbidade do paciente internado (Macedo et al., 2009). Todas as UTIs estudadas por estes autores apresentaram médias acima de 30% do recomendado pelas agências reguladoras e, em

⁶ Decibel: Unidade que mede a intensidade do som (Houaiss & Villar 2010, p. 220).

nenhum momento da aferição, tais instituições se apresentaram dentro dos parâmetros de normalidade. Ainda segundo os autores do estudo, níveis elevados de pressão sonora em ambientes hospitalares são frequentes em todo o mundo, de acordo com diversos estudos que apontam uma média entre 60 e 65 dB em um hospital na Áustria, 55 dB em um hospital da Universidade de Valência, na Espanha e 68 dB em uma UTI de um hospital em Manitoba, no Canadá (Macedo et al., 2009).

Para se tentar diminuir o excesso de ruídos no setor, recomenda-se a utilização de recursos tais como: a colocação de pisos que absorvam os sons (não esquecendo os aspectos relacionados ao controle de infecção hospitalar e a movimentação de equipamentos), as paredes e o teto podem ser construídos com materiais dotados de alta capacidade de absorção acústica e o uso de atenuadores e defletores que podem ser instalados no teto para ajudar a reduzir a propagação do som (Knobel et al., 2006).

Além dos problemas relacionados ao nível elevado dos ruídos, inúmeros outros fatores ligados aos sentidos humanos interferem nesse ambiente. Assim, há um odor muito peculiar no ambiente que decorre de uma mistura de cheiros (desinfetante, medicações, materiais para curativos e de secreções corporais) (Menezes, 2000).

Outro item que merece destaque é a questão da iluminação. A luz artificial utilizada nestas unidades é importante para a realização das atividades no setor e facilita o trabalho da equipe (Chavaglia, Borges, Amaral, Iwamoto, & Ohl, 2011). A iluminação artificial por lâmpadas fluorescentes torna o local muito claro tanto durante o dia quanto durante a noite. As janelas estão sempre fechadas e recobertas por um filtro, impossibilitando ver a luz do dia. A temperatura em geral é fria e mantida constante por ar condicionado central (Menezes, 2000). Na UTI, local da pesquisa, as lâmpadas estão dispostas no teto sobre o leito dos pacientes incidindo luz diretamente no rosto e corpo dos mesmos, as janelas são pequenas, próximas ao teto, protegidas por telas e a temperatura controlada por aparelho de ar condicionado.

Esse conjunto de características faz com que a UTI seja um local onde há quase uma total abolição do tempo e um isolamento quase total do mundo exterior, o que pode ocasionar no paciente uma desorientação espaço-temporal (Menezes, 2000).

Apesar de ser considerado um lugar cuja atmosfera é humanamente insensível e despersonalizante⁷, a UTI tem sido adaptada principalmente em relação à humanização do ambiente e da assistência. Observa-se que a arquitetura do ambiente se modificou ao longo

⁷ Despersonalizar: Perder as características específicas, individuais, descaracterizar-se (Houaiss & Villar, 2010, p. 251).

dos anos, para diminuir a sensação traumatizante que esse local provoca nos pacientes e em suas famílias e o atendimento está cada vez mais próximo e individualizado (Romano, 1999).

Por isso, trabalha-se hoje na UTI com intervenções que podem influenciar, no futuro, na recuperação da condição de saúde do paciente e na diminuição e ajustamento dos estressores presentes no setor durante sua permanência naquela unidade. Existem esforços para a redução dos barulhos, e, em algumas unidades de UTI, já há a presença de janelas com visão para o exterior, de relógios e calendários em pontos visíveis para que o paciente acordado possa se orientar (Romano, 1999).

Outra intervenção é a substituição da iluminação artificial pela iluminação natural. Esta última garante ao ambiente uma noção de tempo e os pacientes acordados conseguem assimilar se é dia ou noite, se chove ou faz sol, ficando mais orientados quanto à vida externa ao ambiente (Chavaglia et al., 2011).

Até mesmo a proximidade das camas pode ser um fator estressor. Esta proximidade permite que o paciente, quando acordado, participe do que está acontecendo no leito ao lado e, como se trata de um setor de emergência, tudo pode acontecer e ser acompanhado por ele (Meltzer, Pinneo, & Kirchell, 2001). Ver o sofrimento e a agonia do doente no leito ao lado traz a sensação de que a dor e o sofrimento estão mais próximos do que se imagina (Haberkorn & Bruscato, 2008).

Esse tipo de vivência pode ocasionar o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), que pode ser definido como um conjunto de reações associadas à memória do evento traumático, o qual é decorrente de uma vivência de ameaça de morte, por exemplo: acidentes automobilísticos, desastre natural, ou ser portador de uma doença grave com risco de morte (Organização Mundial da Saúde [OMS], 1993).

Estudos demonstraram que a experiência de estar internado em UTI pode desencadear memórias traumáticas geradas pela vivência de ameaça de morte. A memória traumática seria um registro neurológico do trauma, o qual não é compreendido como uma memória de qualquer tipo de evento estressor, mas é, necessariamente, um registro cognitivo revestido de conteúdo emocional, gerado por um evento extremo de ameaça à vida do indivíduo (Caiuby, Andreoli, P. B. A., & Andreoli, S. B., 2010).

Alguns estudos sobre o TEPT em pacientes que estiveram internados em UTI classificaram as memórias do período de internação em: memórias reais, memórias de sentimentos e memórias ilusórias, sendo que as memórias ilusórias demonstraram forte correlação à formação da memória traumática e o TEPT (Caiuby et al., 2010).

As memórias ilusórias são memórias de formações delirantes e oníricas⁸, gravadas no momento de recuperação da consciência após um longo período de sedação e têm sido associadas às características da doença, tratamento medicamentoso e estado de hipnose produzido por drogas sedativas (Caiuby et al., 2010).

Por tudo isso se faz necessária uma melhor descrição desse ambiente considerado tão desestabilizante bem como desse paciente que vivencia todos esses momentos.

2.5 A Vida presente na Unidade de Terapia Intensiva

Além de um ambiente estressor e da morte que estão sempre presentes na UTI, hoje já é possível também se falar da sobrevivência dos pacientes que conseguem resistir à UTI e voltar para suas casas. Esse novo panorama com prognósticos e recuperação favoráveis precisa ser sinalizado, visto que a forma de ver o sujeito doente vem sendo remodelada ao longo dos anos.

De acordo com Sampaio (1991), o doente, seja qual for o seu diagnóstico e prognóstico, é uma pessoa até o último momento e portanto um ser com dignidade específica, irrepetível, sujeito de opiniões e sentimentos e com histórias que não podem ser desprezadas. O doente precisa ser visto como um sujeito que não se limita apenas a um leito e a uma patologia; por isso os profissionais de saúde têm que despertar para a sensibilidade humana colocando-se a serviço e no lugar do outro.

Hoje o que se presencia é o que Portenoy, Lupu, Arnold, Cordes e Storey, (2005) nomeiam de o mais perverso modelo de medicina onde se pratica uma medicina que é cega e surda. Cega, porque se limita a compreender a doença apenas com suas variáveis anatômicas ou bioquímicas, não conseguindo visualizar o ser humano como ele verdadeiramente é. E surda, porque o paciente, não sendo acolhido como sujeito, é impedido de manifestar-se como tal. Nesse formato, o indivíduo que é sujeito de sua vida e dos desígnios de sua morte, é frequentemente esquecido e silenciado (Menezes, 2000).

Com a melhoria das condições de atendimento e dos atuais recursos tecnológicos disponíveis, os pacientes criticamente doentes têm sobrevivido a graves doenças e a estadias hospitalares prolongadas. Pesquisas já demonstram que a redução da mortalidade dentro da

⁸ Onírica: Relativo ao sonho (Houaiss & Villar, 2010, p. 560).

UTI deve-se a um grande investimento pessoal e também tecnológico presente nesse setor (Moraes, Fonseca, & Leoni, 2005).

O retorno dos pacientes que recebem alta da UTI à sociedade, de forma que consigam manter convívio social adequado ou exercer suas atividades de forma satisfatória, ainda é pouco conhecido e estudado (Rimachi, Vincent, & Brimioulle, 2007).

Não se sabe ao certo qual é a parcela de pacientes que, após um ano, ainda está doente ou quantos voltam a exercer as suas atividades diárias como retornar ao trabalho ou praticar atividades físicas. Pouco se sabe no Brasil a respeito de reinternações hospitalares e também no CTI e sobre o grau de dependência ou a capacidade de realizar autocuidado por parte do paciente que teve alta da UTI (Cabral, Teixeira, Oliveira, Hass, & Azzolin, 2009).

Lizana, Bota, De Cubber e Vincent (2003) quando analisaram o grau de dependência dos pacientes sobreviventes de um CTI clínico, verificaram que 38% dos pacientes apresentavam piora da qualidade de vida. Destes, 8,3% estavam gravemente incapacitados, 24% tinham redução da mobilidade, 25% apresentavam alteração nas atividades diárias usuais, 30,2% expressavam diagnóstico de ansiedade ou depressão e 44% queixavam-se de dor ou desconforto inespecífico. Ou seja, os pacientes que sobrevivem a uma grande permanência na UTI podem, sim, conviver com prejuízos decorrentes de sua internação.

Uma pesquisa realizada por Cabral et al. (2009) avaliou a mortalidade e a qualidade de vida de pacientes dois anos após a alta do CTI e verificou que o desempenho dos pacientes após esse período é preservado, já que os mesmos conseguiram manter a capacidade de realizar auto cuidado, exceto nos casos de pacientes com danos cerebrais, os quais pioram muito a sua qualidade de vida. A pesquisa verificou ainda uma elevada taxa de mortalidade dos pacientes nos primeiros dois anos após alta do CTI (Cabral et al., 2009).

A mortalidade dos pacientes no CTI, conforme citado anteriormente, vem reduzindo substancialmente, porém não se tem estimativas reais das taxas de sobrevivência após a alta do CTI. Hamel et al. (1999) demonstraram que, após seis meses da alta do CTI, as taxas de mortalidade variavam de 47% a 60%, dependendo do tipo de doença estudado. No Rio Grande do Sul, Moraes et al. (2005) demonstraram uma mortalidade de 50% após 30 meses de alta do CTI. Enquanto que outros autores (Ulvik, Kvale, Wentzel-Larsen, & Flaatten, 2008) já demonstraram mortalidade de 30-40% no primeiro ano após alta do CTI.

Na UTI, além dos pacientes inconscientes, há também os conscientes e que nem sempre estão sedados. Esses, às vezes, encontram-se acordados, e podem estar gesticulando. Alguns deles falam, outros escrevem e, eventualmente, choram. Quando estão acordados ficam muito atentos a tudo o que acontece à sua volta e, por vezes, se angustiam muito com o

barulho, com os movimentos no recinto e com o sofrimento de quem está ao seu lado (Backes, 2011).

Em alguns momentos, os pacientes se sentem muito sozinhos e com medo. Nem sempre entendem o que está acontecendo com eles e demandam explicações. Ficam ansiosos ao verem um paciente mais grave do que eles e se chocam com a situação de urgência à sua volta e com pacientes que morrem ao lado de seu leito. Existem casos ainda em que os pacientes se encontram desorientados, podendo até entrar em surto diante de uma situação muito estressante (Backes, 2011).

Esses sujeitos vivem um *apagamento* durante sua internação na UTI. Este *apagamento* representa um momento de urgência em que diante “do desespero, não falam e, se falam, não articulam a fala ao dizer.” (Moura, M. D., 1996, p. 13). É preciso não recuar diante do silêncio que se instaura muitas vezes durante essa internação e manter-se ali pronto para auxiliá-lo, pois ainda há subjetividade presente nesse sujeito (Simonetti, 2011).

CAPÍTULO 3: FAMÍLIA E AMIGOS NO PROCESSO DE ADOECER DO PACIENTE COMATOSO

Durante a coleta de dados para a presente pesquisa, registrou-se que a maior parte dos visitantes aos pacientes na UTI foi de seus familiares. Entretanto, existiram outros atores, pessoas importantes para o paciente, isto é, seus amigos. Como um termo que englobe ambos, empregou-se nessa pesquisa a designação *família*. Ou seja, nos termos desta pesquisa, esses amigos, vizinhos ou colegas estão aqui inclusos dentro de uma visão ampliada de família daquele paciente. Considerando que tanto a família quanto os amigos fazem parte do suporte social do paciente.

Esses amigos, vizinhos ou colegas, independentemente da denominação, são visitantes de grande importância para qualquer paciente, pois estão ali, demonstrando carinho e companheirismo em um momento de sofrimento, dor e às vezes sem nenhuma possibilidade de recuperação.

A família representa o primeiro grupo em que o ser humano se insere. A família, segundo o Dicionário Houaiss, é: “Grupo de pessoas, formado especialmente por pai, mãe e filho(s), que vivem sobre o mesmo teto.” (Houaiss & Villar, 2010, p. 350). Porém, apesar de correta essa definição não alcança o que vemos hoje como os novos padrões atuais de família (Oliveira, E. B. S. & Sommerman, 2012).

Considerando que a família vem sofrendo o impacto de diversas mudanças estruturais, sociais e culturais nas últimas décadas, conceituá-la e encontrar um consenso sobre sua definição tornou-se uma tarefa difícil. Segundo Zamberlan e Biasoli-Alves (1997), a família é um grupo primário mantido pelo parentesco e pelas relações interpessoais entre os familiares, as quais são sustentadas por afeição, apoio, partilha de tarefas domésticas, cuidados com os filhos e pela cooperação mútua em diversas situações.

A família age como um sistema que tem leis que regulam as trocas que se dão entre seus membros e isto é um arranjo que funciona bastante equilibrado, mas quando vem a

doença de um de seus integrantes esta perturba o equilíbrio de funcionamento desse sistema (Jeammet, Reynaud, & Consoli, 1982).

O núcleo familiar é um modelo complexo, com regras e padrões de interação entre seus membros já estabelecidos anteriormente à internação e, por isso, quando se trabalha com a família é importante considerar que cada uma tem uma história particular, bem como uma maneira singular de funcionar (Silva, A. L. M. & Andreoli, 2008). Esta, por vezes, é invadida por situações adversas e a hospitalização é um exemplo disso. Quando isto se dá, acontece um período de desorganização e perturbação que vem desequilibrar sobremaneira esse grupo (Oliveira, E. B. S. & Sommerman, 2012).

Diante do adoecimento de uma pessoa, muitas podem ser as reações destes indivíduos. Alguns conseguirão se organizar naturalmente e lidar bem com essa situação, enquanto outros precisarão de outro indivíduo que os ajude a organizar e elaborar suas dores e perdas (Oliveira, E. B. S. & Sommerman, 2012). A situação de crise muita das vezes vem acompanhada de um aumento da ansiedade familiar, um agravamento dos sentimentos de incerteza, medo e de perda de privacidade diante de um ambiente hostil e desconhecido (Oliveira, E. B. S. & Sommerman, 2012).

A notícia de uma doença na família transforma a forma de viver do paciente e de seus familiares, fazendo com que todos repensem seus comportamentos e atitudes (Oliveira, E. B. S. & Sommerman, 2012).

Essa família, enfrentando as agruras da doença de seu ente querido, se faz bastante presente no ambiente hospitalar e é parte importante de todo o processo de internação do paciente. Quando se dá o adoecimento, o amparo que ela provê se faz ainda mais necessário. No campo da saúde, verifica-se que esse suporte parece aumentar a capacidade do paciente em lidar com o estresse, a partir da modificação da forma de perceber e enfrentar um momento de crise (Campos, E. P., 2005).

Os familiares de pacientes internados na UTI têm essas reações ainda mais exacerbadas pela gravidade em que o paciente se encontra. Quando veem o seu ente querido em uma situação de limite, sentem-se impotentes e sem recursos para ajudar no processo de recuperação. Essa internação funciona como um desequilíbrio, como uma quebra na organização dessa família. O tempo de permanência ao lado do familiar nas visitas da UTI é restrito e, por falta de informação e medo, muitas vezes o contato com o paciente é mínimo, por receio de machucá-lo ou contaminá-lo no simples ato de tocar (Gouveia & Franco, 2008). Na UTI onde se realizou o estudo a duração da visita é de no máximo uma hora, com entrada de duas pessoas sem revezamento.

O familiar sente-se frequentemente desamparado e temeroso à beira do leito de um paciente gravemente enfermo. Os tubos, curativos, fios e aparelhos, com os quais a equipe está tão acostumada, são amedrontadores para os membros da família. Eles veem estes equipamentos fixados ao seu ente querido e podem relutar em tocar o paciente por medo de causar dano a ele ou ao equipamento. Em vários casos, esses familiares podem ficar surpresos e chocados ao ver alguém que prezam tanto numa condição de doente (Kitajima & Cosmo, 2008).

A situação do adoecimento quebra a falsa ideia de um mundo estruturado em que se vive e, por um instante, diante de um acidente ou de uma doença, muda toda a rotina. Rompe-se com a previsibilidade e a família tem que suportar o insuportável (Camon, 2004).

Durante o período de internação de um de seus membros, a família do paciente passa, muitas vezes, por profundas transformações no seu sistema familiar. Essas alterações vão desde a mudança de cidade, para ficar mais perto do ente querido, a troca de papéis por longos períodos, até que o paciente melhore e possa reassumir sua vida (Gouveia & Franco, 2008). Nesse momento crítico é muito importante que este núcleo seja reconhecido em suas necessidades mais específicas, para que a relação entre ele e a equipe seja sólida e eficaz (Bromberg, 1993).

Além de toda a imprevisibilidade do momento e a gravidade da situação se soma a urgência com que as decisões precisam ser tomadas, o que exige da família uma adaptação rápida a situações e agilidade em suas decisões. Porém, essa tomada de decisão não impede que o familiar fique angustiado e confuso diante de tal consentimento (Oliveira, E. B. S. & Sommerman, 2012). Como exemplo podemos citar as situações em que a família assina os termos de consentimentos para realização de procedimentos tais como traqueostomia e amputações, especialmente quando o paciente está em coma, logo, impossibilitado de opinar e decidir sobre sua própria condição. Além das consequências ou sequelas causadas pelo procedimento em si ao paciente, a família teme por todas as complicações que estão dispostas no termo de consentimento como risco de morte, de infecção, etc. Assinar tais termos, em geral, causa angústia aos familiares, pois no seu imaginário pode significar a autorização da própria morte do paciente. É comum a questão: *mas se eu autorizar e ele morrer?*

Estes sentimentos e temores vividos pelos familiares provocam uma série de reações que variam desde uma atitude apática diante da possibilidade de morte até uma atitude de negação representada por uma busca constante pela cura, mesmo que esta aconteça de uma maneira milagrosa (Oliveira, E. B. S. & Sommerman, 2012).

Explicando e descrevendo o equipamento e o aspecto do paciente à família, antes que ela chegue à beira do leito, a equipe pode prepará-la para esta experiência frequentemente difícil. Os diálogos com a família devem ser diários e sem a necessidade de explicações detalhadamente técnicas. É preciso ouvir o que eles trazem de dúvida, certificando sempre que esta foi sanada ou compreendida (Kitajima & Cosmo, 2008).

Este suporte social na UTI é essencial para promover o conforto e amparo ao paciente e pode ser, quando a família está bem preparada, uma forte aliada da equipe fazendo a ponte entre esta e o paciente (Silva, A. L. M. & Andreoli, 2008). Além disso, as intervenções vindas da família junto ao paciente podem promover o encorajamento da expressão dos afetos e isso tem influenciado na diminuição da ansiedade do doente e na melhora da qualidade da relação com a equipe de saúde (Caiuby & Andreoli, 2005).

Estar diante de uma pessoa que se ama que está doente por vezes é desorganizador e bastante angustiante para a família, principalmente quando ela se depara com o familiar diferente do que eles conhecem. Devido à gravidade do caso muitas vezes o paciente apresenta alterações físicas que chegam a gerar dificuldade de contato e de reconhecimento do paciente por parte de sua família (Oliveira, E. B. S. & Sommerman, 2012).

A família sente necessidade de ser incluída no cuidado do paciente e precisa ter confiança na equipe que o atende. Para que esse vínculo se estabeleça, é essencial o empenho por parte da equipe de saúde que pode, a partir do acolhimento e de uma escuta atenta, trazer essa família para somar com a equipe, no que tange aos cuidados com o paciente (Kitajima & Cosmo, 2008).

A questão do cuidado e atendimento à família do paciente já consta da Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico criada em 2005, pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de reconhecer a importância do atendimento humanizado aos pacientes e familiares. Esse documento define, por exemplo, que as UTIs devam ofertar, no mínimo, três visitas diárias programadas aos familiares, garantir que as informações a respeito da evolução do quadro de saúde dos pacientes sejam repassadas de forma adequada e que exista um período de tempo desse familiar com o médico (Almeida, A. S., et al., 2009).

O apoio familiar ao paciente é de extrema importância no seu processo de recuperação, pois lhe garante a integridade de sua subjetividade, que muitas vezes se perde no ambiente hospitalar diante de tantos profissionais e procedimentos. Esse suporte poderá, ainda, ajudá-lo a resistir diante do afastamento do mundo externo além de possibilitar que ele lide de maneira mais tranquila com situações difíceis vivenciadas no hospital (Oliveira, E. B. S. & Sommerman, 2012).

Suporte social é definido, de acordo com Cobb (1976), trata-se de uma determinada forma de relacionamento em grupo em que se destacam as trocas afetivas, os cuidados mútuos e a conversa franca e precisa entre os indivíduos (Campos, E. P., 2005).

Vê-se, portanto, a importância de se trabalhar os binômios *profissionais-família*, *profissionais-doente* e *família-doente*, visto que um fortalecimento dessas relações tem muito a contribuir para uma evolução do quadro do paciente, bem como permitir que a visita aconteça de maneira mais tranquila e produtiva, em prol da sua recuperação. Além de conter o fenômeno da reificação⁹ do paciente em coma no binômio profissional-doente.

3.1 Possibilidades de Comunicação com o Paciente Comatoso

A comunicação é considerada uma estratégia da humanização na assistência e consiste em perceber cada ser humano como um indivíduo único que apresenta necessidades particulares. A partir desse reconhecimento, o que se visualiza é um avanço no processo de cuidado e, também, um progresso nas relações entre quem cuida e quem é cuidado (Fortes & Martins, 2000).

A palavra comunicação vem do latim *comunicare* e significa *por em comum*. Dessa forma a comunicação pode ser compreendida como um processo de troca e compreensão de mensagens enviadas e recebidas a partir das quais as pessoas interagem, se percebem e compartilham ideias, pensamentos e propósitos (Moraes, Costa, Fontes, & Carneiro, 2009).

O processo de comunicação em si é composto por duas partes: o conteúdo que trata da informação que se quer ou precisa transmitir e os sentimentos que o indivíduo tem em relação à notícia que vai passar e com relação às pessoas que vão receber a informação. O conteúdo da comunicação está diretamente relacionado ao referencial de cultura de cada um e a tudo que sabe sobre um determinado assunto. Ou seja, quando o médico dá a notícia de um óbito, por exemplo, essa informação que é transmitida vem cheia de significados que o médico tem sobre a palavra morte e também de seus sentimentos com relação ao paciente que ele assistia e veio a falecer (Silva, M. J. P., 2012).

⁹ Pereira (2012, p. 511) discorre sobre a aplicação do conceito de reificação do antropólogo Michel Taussig (1992) à área de saúde. Este conceito “designa a coisificação do mundo, das pessoas e da experiência, e assinala o movimento pelo qual as relações entre as pessoas se transformam em coisas. Nas sociedades contemporâneas tudo funciona de forma a negar as relações humanas encarnadas nos sintomas, signos e terapias.”

A comunicação tem como grande função entender o mundo, relacionar-se com os outros e transformar a si mesmo e a realidade ao redor. A comunicação é um ato criativo, pois precisa atingir esses objetivos em meio à interação com o ambiente e as pessoas (Silva, M. J. P., 2011).

O ser humano se insere na comunicação desde muito cedo, quando precisa ser atendido e percebe que seus sons e gestos podem fazer com que ele obtenha o que deseja. Ao longo de seu desenvolvimento, aprimora sua comunicação e adquire maior complexidade em sua forma de interagir com o mundo a partir de um domínio da linguagem e de uma compreensão da leitura (Silva, M. J. P., 2011).

A escrita, a fala, as expressões faciais, a audição e o tato são formas de comunicação muito usadas nos ambientes onde as pessoas se encontram e interagem. Isso pode se dar de forma consciente ou não. A comunicação verbal está relacionada às palavras proferidas por meio da linguagem escrita ou falada (Silva, M. J. P., 2011).

A linguagem falada, ou verbal, é a mais conhecida e importante forma de comunicação dos seres humanos e o que a caracteriza e a diferencia das demais modalidades de comunicação é a produção e a compreensão dos sons vocais em uma sequência rápida utilizando o aparelho fonador na emissão e o aparelho auditivo para a captação dos sons (Lent, 2005).

Uma vez que muitos dos pacientes internados em UTI estão impossibilitados de falar, devido ao estado comatoso ou ao uso do tubo endotraqueal (tubo que penetra pela boca em direção aos pulmões e não permite a passagem de ar pelas cordas vocais impossibilitando a fala), faz-se necessária a busca de formas alternativas de contato, haja vista essa impossibilidade da comunicação verbal. Como afirmam M. D. Moura, Mohallen e Faria (1995) é necessária a criação de condições de comunicação que vão além da comunicação verbal.

Ainda que impossibilitado de falar, o paciente não perde a capacidade de ouvir e expressar-se. A comunicação não verbal, por gestos e expressões faciais, por exemplo, tem sido buscada pelos profissionais de saúde que atuam na UTI. Esta procura revela que o paciente é protagonista em seu processo de doença e, por isso, é observado também em suas diversas expressões (Moura, M. D. et al., 1995).

A percepção auditiva nos pacientes comatosos ainda é muito questionada e levanta muitas indagações nos estudiosos, principalmente por haver uma insuficiência de trabalhos presentes na literatura sobre esse assunto (Silva, M. J. P., 2011). Estudos indicam que

pacientes mesmo em coma podem apresentar reações quando escutam uma voz familiar (Santos, D. G. & Caregnato, 2013).

Com relação à audição do paciente e se é possível se comunicar verbalmente com ele também é um assunto que causa muita polêmica e controvérsias. Segundo Puggina, Silva, Gatti, Graziano e Kimura (2005), em estudos realizados e levantados por ela em uma pesquisa bibliográfica, a audição parece ser o último sentido que é perdido. Segundo a autora, isso pode ser confirmado por meio de relatos de pessoas que retornaram desse estado e fizeram referência, inclusive, a dados sensoriais, como sons, palavras, frases, vozes familiares e, portanto, se faz importante manter uma comunicação verbal com esses pacientes.

A comunicação é um processo interacional em que, no mínimo, dois indivíduos dividem o mesmo sistema de linguagem e se empenham numa ação simultânea de influência recíproca em que se criam e recriam constantemente significados a partir da troca de mensagens verbais e não verbais. Esta ação estende-se a um âmbito mais vasto que ambas as partes e inclui o próprio contexto em que essa ação ocorre (Ferreira, 2000).

Como formas alternativas de comunicação é possível utilizar a escrita ou mesmo a leitura labial. Com isso o paciente consegue estreitar sua relação com o profissional e manter uma comunicação mais próxima com ele, lembrando que essa relação só se mantém se houver uma dedicação de ambos os lados (Torres, A., 2012).

A sensibilidade do sujeito à fala do outro perdura até o seu último dia de vida e por isso pode-se reforçar a possibilidade de intervenção mesmo em condições críticas (Manoni, 1995).

O paciente durante o coma sofre procedimentos que impedem a fala (como o tuboendotraqueal ou traqueostomia). Quando ele retoma seu nível de consciência, acorda, tenta e descobre que não consegue mais falar. Neste momento, a equipe pode oferecer a ele formas alternativas de se expressar e atentar-se à comunicação não verbal, principalmente a respeito de suas angústias e frustrações diante dessa limitação de fala que o impede de se comunicar de forma adequada com as pessoas, mesmo que temporariamente (Torres, A., 2012).

A palavra que é expressa na comunicação é ambígua e nunca transmite tudo e é por isso que acontecem os mal-entendidos na comunicação. É comum presenciar familiares angustiados, quando escutam o médico falar da necessidade de colocação de um catéter, porque elas entendem que o paciente precisa de um cateterismo. Mesmo quando são informados de que o paciente ainda não tem a dieta liberada entendem que a equipe vai deixá-lo com fome (Moura, M. D. & Mohallem, 2003).

A linguagem verbal também apresenta uma dimensão não verbal que a acompanha e por isso é tão importante ficar atento aos sinais. O jeito como se fala, o tom de voz que se profere as palavras, os gestos que acompanham a fala, os olhares e as expressões faciais, a postura corporal empregada e até a distância física entre as pessoas devem ser considerados (Silva, M. J. P., 2011).

A comunicação verbal utilizada unicamente não abarca tudo o que se quer transmitir. Logo se faz necessária, neste contexto, a comunicação não verbal, ou seja, todas as formas de comunicação que não envolvam diretamente as palavras e que ocorram por meio de gesto, de silêncios e de expressões corporais, entre outras. Mesmo destituída de palavras, a comunicação feita pelo paciente se apresenta cheia de expressões e significados e pode ser percebida pela equipe como uma forma complexa de interação interpessoal, da qual se tem pouca consciência e conhecimento sobre como manejá-la (Silva, M. J. P., 2011).

Estudos realizados sobre a comunicação não verbal revelam que apenas 7% dos pensamentos são transmitidos por palavras, 38% são transmitidos por sinais paralinguísticos (entonação de voz, velocidade com que a palavra foi dita) e 55% pela expressão corporal e por isso é tão importante estar atento aos sinais que vão além da linguagem falada (Silva, M. J. P., 2011).

A comunicação não verbal tem quatro características básicas: complementar a comunicação verbal, contradizer o verbal, substituir o verbal e demonstrar os sentimentos do emissor. O silêncio, por exemplo, em determinados contextos, tem significado e é capaz de transmitir várias mensagens, e por isso deve ser observado com bastante cuidado (Silva, M. J. P., 2002).

A comunicação no ambiente hospitalar deve abranger um cuidado com o paciente que vai além do simples tratar, devido à complexidade que o adoecer toma na vida do mesmo. É preciso buscar soluções que alcancem as necessidades individuais daquele paciente que está sendo assistido e com isso percebê-lo como um ser humano com necessidades biológicas, psicológicas, sociais e espirituais potencializa o relacionamento interpessoal e minimiza o processo de despersonalização experimentado pelo paciente (Moraes et al., 2009).

Uma adequada relação entre a comunicação verbal e a não verbal é capaz de proporcionar uma maior qualidade no relacionamento dentro do ambiente hospitalar e por isso essa junção deve ser sempre buscada pela equipe de saúde (Araújo, Silva, & Puggina, 2007).

A comunicação eficaz dentro da UTI se faz muito importante tanto, em relação ao paciente quanto em relação às famílias, visto que, hoje, existem múltiplos enfoques e maneiras de se transmitir as informações sobre o diagnóstico e sobre a evolução do

tratamento. Além do como transmitir informações, outros aspectos influenciam na reação da família diante da notícia transmitida: a falta de envolvimento dos profissionais com aspectos emocionais e a ausência de um local adequado no momento da abordagem (Barreto, Vieira & Pinheiro, 2001).

Na maioria das vezes, as informações são oferecidas nas portas das unidades, por médicos que utilizam muitos termos técnicos e que passam as notícias no formato de boletim. Essas notícias são recebidas enquanto os familiares estão em pé no corredor e sob o olhar indiscreto e curioso das pessoas estranhas que por ali passam (Barreto et al., 2001).

O médico precisa falar claramente sobre o prognóstico do paciente e informá-lo (bem como à sua família) da evolução de sua doença. É importante que o médico tente manter uma boa comunicação já desde o primeiro contato e não deixe para melhorá-la só nos momentos mais difíceis como no caso do anúncio de um óbito (Moritz, 2007).

Para os médicos que são formados para tratar e curar, a morte de um paciente é como uma denúncia de fracasso no trabalho e por isso falar da morte é difícil para eles. Essa dificuldade se torna um empecilho no processo de comunicação com a família e com o paciente (Moritz, 2007).

Segundo M. J. P. Silva (2011) para se realizar uma comunicação eficaz é necessário observar quatro aspectos importantes: ficar atento aos sinais emitidos pelo outro e também por si mesmo durante o diálogo, visto que quanto maior a capacidade de perceber os sinais não-verbais será mais fácil responder a eles; é preciso também buscar desenvolver sempre um comportamento empático com o seu interlocutor; utilizar de forma adequada os cinco sentidos e, por fim, é fundamental ofertar e solicitar um retorno das pessoas com as quais se relaciona.

No ambiente hospitalar, os profissionais são os principais responsáveis pela comunicação. Quando este último percebe o valor da comunicação e desenvolve sua forma de interagir com o paciente e demais membros da equipe, acaba, por consequência, influenciando positivamente no cuidado mais efetivo que será dado ao paciente (Prochet & Silva, 2010). Essa comunicação eficaz deve alcançar inclusive a família do paciente que precisa ser amparada e bem esclarecida quanto às suas dúvidas e fantasias. Um fato também importante, e que causa grande fantasia e cria uma representação no imaginário dos familiares, é que estes não estão preparados para ver o doente sedado e com tantos equipamentos. Consequentemente ficam chocados com o cenário da UTI, com as deformações físicas de seu familiar, com o excesso de equipamentos ladeando o leito e saem desesperados, chorosos, sem reconhecer, muitas vezes, seu parente ali naquele leito. Nesse momento, é necessário que a equipe de

saúde, munida de todas as informações técnicas sobre o paciente, acolha essa família e esclareça esse familiar sobre a real situação desse doente (Beccaria et al., 2008).

Dentre os fatores que podem prejudicar a comunicação verbal está o uso de linguagem incompreensível muito presente nos discursos médicos que frequentemente usam jargões e termos técnicos em suas abordagens só conhecidos por um determinado grupo. Isso dificulta muito o entendimento e diminui a eficácia da comunicação (Silva, M. J. P., 2011).

Além das questões relacionadas à comunicação, é preciso atentar também para as condições oferecidas à família que necessita de um local para ficar, enquanto espera o momento de visitar seu familiar. Esse local deve ser próximo à unidade e ser um ambiente acolhedor, que inspire tranquilidade e que favoreça o relaxamento (Knobel et al., 2006).

Uma boa ferramenta para esclarecer essas questões que surgem é a criação de uma cartilha informativa contendo um breve esboço sobre os principais tópicos geradores de dúvidas, que seriam o horário e o número de visitas diárias, como obter informações diárias sobre o paciente, equipe de saúde disponível e restrições do local (Almeida, F. P, Veloso, & Blaya, 2006).

3.2 Atuação do Psicólogo na Unidade de Terapia Intensiva

Existem muitos fatores estressantes presentes no ambiente das UTIs e que influenciam negativamente na evolução clínica de alguns pacientes e, por isso, merecem maior atenção por parte da equipe de cuidado. Observou-se que, nesse aspecto, quem muito contribui para o bom manejo dessa situação de estresse é o psicólogo (Oliveira, E. B. S. & Sommerman, 2012).

O psicólogo é um profissional plural e tem demonstrado isso nos vários ambientes onde tem emprestado suas habilidades de atuação. Historicamente, esse profissional atuava, principalmente, na esfera privada tendo a prática clínica como seu principal instrumento de trabalho. Essa era a grande fonte de interesse dos psicólogos (Marcon, Luna, & Lisboa, 2004).

E foi só a partir da década de 1980, com a abertura da área de saúde pública, que surgiu um novo campo de trabalho para esse profissional (Marcon et al., 2004) e o trabalho do psicólogo já não se limitou apenas aos consultórios ou clínicas de saúde mental. Esse fato mudou, inclusive, os anseios da classe que aspirava por maiores oportunidades de inserção nas instituições de saúde tradicionais (Brown, R. T. et al., 2002).

O psicólogo só adentrou o hospital quando os médicos e demais profissionais de saúde perceberam que existia um lado *obsuro, desconhecido* na doença que causava conflitos, assim como a dificuldade do paciente em lidar com seu diagnóstico, pois estes profissionais não possuíam recursos técnicos para lidar com essas questões. Além disso, o apelo à humanização fez com que o psicólogo que domina o campo das relações humanas fosse, de vez, incluído na equipe de saúde (Romano, 1999).

A princípio, tudo o que não tinha solução no hospital era encaminhado ao psicólogo, que ficou com excesso de trabalho e precisou definir exatamente o que lhe competia ou não, delimitando de maneira clara suas atividades em função de seus conhecimentos técnicos e práticos. Esse posicionamento ainda hoje é muito importante para que o psicólogo estabeleça seu espaço na equipe de saúde e possa com isso realizar um trabalho de qualidade dentro de seu campo de atuação (Romano, 1999). Para isso, esse profissional deve ter uma visão clara dos limites de sua atuação para que não se torne mais um elemento invasivo ao paciente. Mesmo que receba um parecer encaminhando um paciente para atendimento é necessário ficar atento aos desejos e deliberações do mesmo, preservando seu direito de querer ou não ser acompanhado psicologicamente (Camon, 2009).

A presença de um profissional da saúde mental, no caso o psicólogo, no ambiente da UTI tem como efeito o reconhecimento da subjetividade dos que ali estão, da constatação de que os sofrimentos presentes nesse local vão além dos padecimentos do corpo (Torres, A., 2012).

Esse especialista que atua na instituição hospitalar tem um papel importante no processo de humanização e precisa ter como objetivos de seu trabalho prestar assistência psicológica aos pacientes e aos seus familiares, trabalhar na produção de conhecimento psicológico na sua área de atuação e utilizar esse material produzido para contribuir com o aperfeiçoamento de outros profissionais de saúde que também trabalham nessa equipe (Marini, 2006).

O psicólogo hospitalar que atende na UTI precisa ter competências profissionais que lhe permitam interagir com as pessoas em condições especiais, diferentes das normalmente encontradas em seus outros campos profissionais. Da mesma forma, ele deve integrar conhecimentos que transcendem os da sua própria disciplina em suas habilidades profissionais, a fim de complementar suas explicações com conhecimento proveniente da biomedicina e também das ciências sociais (Novoa & Valderrama, 2006).

No que tange à pesquisa, os psicólogos têm trabalhado conjuntamente com profissionais de saúde de diversos campos, como a medicina, a enfermagem e a terapia

ocupacional de saúde em todo um conjunto de disciplinas. Os psicólogos realizam ainda intervenções, estudam os serviços de saúde e sua utilização e os fatores de risco e de proteção, visando à prevenção dos agravos em saúde (Brown, R. T. et al., 2002) e, com suas habilidades específicas, devem contribuir para a construção desse saber interdisciplinar que é múltiplo e compartilhado entre todos (Andreoli, 2008).

A intervenção psicológica pode, sim, auxiliar o paciente no seu processo de adoecimento, visto que nesse momento ele se encontra em desordem orgânica e muitas vezes com desordem emocional (Pregnotatto & Agostinho, 2010).

A importância de se considerar o papel do psicólogo em uma UTI é exposto por Scragg, Jones e Fauvel (2001), que confirmam que o tratamento em UTI pode gerar problemas psicológicos em pacientes e que isso interfere com a qualidade de vida desses. Dentre os problemas mais comuns os autores citam a ansiedade e a depressão presentes em 47% dos pacientes pesquisados por eles e o estresse pós-traumático indicadores presente em 38% dos pacientes (Novoa & Valderrama, 2006).

No que diz respeito às intervenções realizadas, os resultados confirmam a relevância do apoio psicológico tanto para os pacientes quanto para suas famílias, especialmente para aquelas condições percebidas como aversivas, relatadas por vários autores (Durbin, 1995; Fontaine, 1994; Hayden, 1994), incluindo aquelas relacionados aos aspectos essenciais, tais como nudez, imobilização e a presença de outros pacientes. Todas essas condições implicam restrição de movimento e perda de privacidade e têm repercussões sobre a perda de controle percebida, a reatividade psicológica e a falta de sentimentos de proteção, como apontam por Aldana, Morales, Novoa e Rodríguez (2000) e Novoa e Valderrama (2006).

O psicólogo hospitalar tem como objetivo principal de seu trabalho amparar o paciente e se ater aos fatores que influenciam sua estabilidade emocional, como orientar e informar as rotinas do setor onde ele está internado. Além disso, é necessário avaliar se o paciente está adaptado ao hospital, qual é sua compreensão do diagnóstico e como este está sendo experienciado pelo paciente (Pregnotatto & Agostinho, 2010).

Este trabalho na UTI deve se embasar nas necessidades do paciente e no conhecimento das características desse setor. Portanto, se o psicólogo julgar necessário, pode sugerir a presença ou retirada de objetos (livros, fotos, som) ou pessoas, que possam influenciar de alguma maneira na recuperação do paciente. Assim, esse profissional deve atentar para o fato de que essas necessidades mudam a cada momento do tratamento: a cada

nova medicação administrada, a cada novo exame, ou mesmo a cada nova tentativa de *desmame do ventilador*¹⁰ (Caiuby & Andreoli, 2005).

Além de prestar assistência ao paciente, cabe ao psicólogo na UTI atuar junto aos seus familiares, disponibilizando acesso a uma comunicação efetiva e afetiva dos mesmos com seu paciente e também com a equipe de saúde (Romano, 1999).

Ao longo dos anos essa atividade realizada no hospital foi se refinando e se constituindo como uma possibilidade de promover um olhar diferenciado do momento vivenciado diante do adoecimento para além do óbvio, buscando com uma escuta atenta dar voz ao paciente e a seu sofrimento (Andreoli, 2008).

Nos tempos atuais, o número de pacientes acordados e orientados na UTI aumentou bastante e, por isso, a equipe deve atentar, ainda mais, para manter uma comunicação eficaz com o paciente, que o deixe mais seguro diante do seu tratamento. Esclarecer as dúvidas e tentar apaziguar o medo e a ansiedade presentes no paciente é um fator muito importante no processo de recuperação do doente (Kitajima & Cosmo, 2008). As dúvidas com relação à sua recuperação ou mesmo quanto ao tempo de permanência no hospital fazem com que a internação em unidades de urgência como a UTI deixem o paciente em contato direto com um forte desamparo (Torres, A., 2012).

¹⁰ Desmame do ventilador: Entende-se por desmame de ventilação mecânica o processo de descontinuação do suporte ventilatório associado à remoção da via aérea artificial (Vaz, Maia, Melo, & Rocha, 2011, p. 302).

CAPÍTULO 4: ABORDAGEM TEÓRICO METODOLÓGICA

Tendo como objetivo identificar se o paciente comatoso internado na Unidade de Terapia Intensiva responde aos estímulos do visitante e como objetivos específicos descrever as alterações das respostas fisiológicas, monitoradas nos pacientes comatosos internados na UTI, durante as visitas e destacar a importância ou não da comunicação verbal e não verbal, a opção pela abordagem metodológica qualitativa se mostrou a mais adequada para esta pesquisa.

Esse tipo de método faz uso da linguagem verbal (através de entrevistas que foram transcritas e analisadas), da linguagem não verbal (através da observação das respostas realizada durante a visita) e não se baseia em dados numéricos.

Trata-se de uma pesquisa de campo, pois busca coletar dados que permitam responder aos problemas relacionados a um grupo que, no caso presente, constitui-se dos pacientes comatosos internados na UTI do Hospital Universitário (HU) de Juiz de Fora (MG). Trabalhou-se com as observações nesse ambiente particular, durante um período de tempo estipulado, usando diferentes técnicas para coletar informações (Fontelles, M. J., Simões, Farias, & Fontelles, R. G. S., 2009).

O principal objetivo do observador de campo é descrever o ambiente, os eventos ocorridos naquele local e as pessoas observadas. Um segundo objetivo seria analisar tudo o que foi observado. Só, então, a partir dessas observações e posteriores interpretações, o pesquisador precisa formular hipóteses que o ajudem a explicar os dados e torná-los mais compreensíveis (Flick, 2009). Foram seguidos todos esses passos na construção desse trabalho.

As observações da pesquisadora foram registradas em um diário de campo que é “o relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, experiencia e pensa no decurso da recolha e refletindo sobre os dados de um estudo qualitativo” (Lopes, Saupe, & Massaroli, 2008, p. 150).

No campo foram feitas notas que depois eram imediatamente expandidas. “O objetivo é estimular pensamento crítico sobre o que se observa e de se tornar algo mais que uma mera máquina de registro.” (Bogdan & Biken, 1994, p. 211).

Esse tipo de pesquisa é de natureza primariamente qualitativa e apresenta descrições geralmente muito ricas e próximas do fenômeno estudado, que vão além dos resumos estatísticos apresentados por pesquisas quantitativas. Porém, em alguns casos se vê que, apesar da predominância da pesquisa qualitativa no trabalho de campo, a quantitativa com o levantamento de alguns dados, como é o caso de questionário sociodemográfico, pode enriquecer muito uma pesquisa (Flick, 2009).

Tratando-se do eixo central do estudo qualitativo, onde está o ser humano com sua capacidade de responder a estímulos de maneira seletiva, sabe-se que tanto o objeto da pesquisa quanto o pesquisador têm formas particulares de definir e interpretar situações, acontecimentos e, por isso, de acordo com S. R. Santos (1999), essa abordagem não apresenta padrões formais ou conclusões definitivas. Portanto, com esta pesquisa chegará apenas a um panorama da situação, havendo a necessidade de novos estudos para descortinar outras questões.

A pesquisa utiliza como metodologia a Análise do Conteúdo proposta por Bardin (2011) e a observação. A análise de conteúdo foi aplicada às entrevistas realizadas com os visitantes, enquanto que a observação foi utilizada para identificar as alterações fisiológicas no momento da visita. Para Bardin (2011), a análise de conteúdo é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens” (p. 40) e se dá em três fases, a saber: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

A análise de conteúdo busca descobrir aquilo que está para além do dito e para se chegar a essa descoberta se debruça sobre outras realidades através das mensagens que foram emitidas (Bardin, 2011).

Essa técnica de análise se dá através de uma descrição objetiva e tem como finalidade trazer inferências de conhecimentos relativos às condições de produção dos dados. Essas inferências podem recorrer a indicadores quantitativos ou não (Bardin, 2011).

Inferir algo é o mesmo que deduzir de maneira lógica os conhecimentos sobre o que foi emitido ou mesmo sobre o emissor da mensagem. O pesquisador atua como um detetive trabalhando com os índices que são colocados em evidência (Bardin, 2011).

A autora segue dizendo que se a descrição onde é feita a enumeração das características do que foi encontrado é a primeira etapa do processo e a interpretação desse

material a última fase, a inferência seria então o momento intermediário que permite a passagem por essas fases.

Para início dessa análise foi feita uma leitura flutuante dos discursos dos entrevistados da pesquisa para que fosse possível ter uma familiaridade com os dados e assim chegar às primeiras impressões e orientações. Depois da transcrição, foi realizada a análise das categorias analíticas, pré-determinadas para só então obter as subcategorias. E por fim, houve o confronto com a literatura e propostas inferências a partir de resultados significativos e válidos (Almeida, A. S. et al., 2009).

Essa análise das categorias se deu pela codificação que é o processo onde os dados levantados são transformados e agregados em unidades e com isso é possível uma descrição mais pormenorizada das principais características desse conteúdo (Bardin, 2011).

4.1 Participantes da Pesquisa

Os participantes da presente pesquisa foram pacientes em coma que estavam internados na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF) e seus visitantes. A instituição foi escolhida por critério de conveniência, pela facilidade de acesso ao local e pelo fato de o orientador da pesquisa ser o representante do programa de residência em psicologia hospitalar na referida instituição.

O HU/UFJF se constitui como centro de referência ao atendimento de pacientes da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), numa área de abrangência que engloba mais de 90 municípios da Zona da Mata Mineira e do estado do Rio de Janeiro e está há mais de 40 anos realizando trabalhos na área de saúde nos níveis primário, secundário e terciário, sempre seguindo a premissa do ensino, pesquisa e extensão (Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, s.d.a).

A UTI do HU/UFJF possui nove leitos, sendo um deles de isolamento e dois reservados para pacientes de pós-operatório. Nesse setor é registrada a taxa de ocupação mensal de 100% dos leitos. Os pacientes, em sua maioria, procedem das enfermarias do próprio hospital e permanecem em média 23 dias no setor de terapia intensiva, segundo dados do primeiro semestre de 2012 (Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, s.d.b).

A UTI tem um horário de visita que acontece diariamente das 16 horas às 17 horas e durante a visita, o médico plantonista presta assistência à beira dos leitos, informando aos familiares o estado de saúde dos pacientes e esclarecendo suas dúvidas.

As visitas acontecem diariamente e não há um protocolo que defina quem deve receber e orientar estas visitas, sobre como deve ser a higienização das mãos e como se portar durante as mesmas. Existem algumas restrições que precisam sempre ser repassadas às visitas, as quais citamos: é proibido o uso de celulares dentro da UTI, não é recomendado levar alimentos para o paciente e nem roupas pessoais. Além disso, não é permitido tirar foto do paciente internado nessa unidade. Também é vetado acompanhante na UTI, a não ser que haja autorização expressa, com as devidas justificativas da equipe multiprofissional, a qual deverá orientá-lo.

Sobre as roupas pessoais, elas são consideradas desnecessárias pelos profissionais, uma vez que todos os pacientes usam a vestimenta da instituição: uma *camisola* verde clara, estampada com a logo da instituição, sem mangas, aberta nas costas e presa por apenas uma tira no pescoço, esta roupa é utilizada porque permite o acesso dos aparelhos ao corpo e por ser de fácil troca para procedimentos de higiene, como banho no leito e troca de fraldas, e por ser higienizada pela própria instituição.

Quanto à alimentação, os pacientes seguem uma dieta individual, elaborada pela nutricionista da instituição, sendo comum restrições que impedem totalmente a alimentação por via oral.

Em relação à idade mínima para proceder à visita na UTI, ela é de 12 anos, mas as exceções são avaliadas caso a caso e autorizadas pela equipe multiprofissional, sendo registrado em impresso próprio. Nesses casos, a entrada da criança na unidade só é possível após avaliação psicológica e com acompanhamento de um profissional dessa área, o que não é definido institucionalmente, pois não consta de qualquer protocolo, além de a instituição não dispor de um psicólogo disponível nos finais de semana e feriados.

4.2 Critérios de Inclusão dos Sujeitos

Serão incluídos no grupo a ser pesquisado os pacientes: a) que estejam em coma, segundo avaliação da Escala de Coma de Glasgow (ter pontuação de oito ou menor); b) que

tenham a função auditiva preservada, segundo o relato de familiares; c) que não estejam com diagnóstico ou suspeita de morte encefálica.

A Escala de Coma de Glasgow possui três indicadores de avaliação que são: abertura ocular, melhor resposta verbal e a melhor resposta motora. A pontuação fornecida varia de 3 a 15 pontos, os itens são avaliados independentemente e recebem uma pontuação de acordo com as respostas obtidas do paciente (é considerada sempre a melhor resposta) diante de cada indicador. Uma pontuação igual ou menor que oito indica um ponto crítico de alteração de consciência, definindo o indivíduo em um estado de coma. Desta forma somente foram incluídos os pacientes em coma grave e muito grave (Dalgalarondo, 2008).

A eleição de pacientes com a função auditiva preservada deve-se ao fato de que um dos estímulos da família é a voz.

Quanto ao terceiro critério é necessário melhor esclarecimento sobre o conceito de morte encefálica. Esta se caracteriza por pacientes que não apresentam sistema nervoso funcionando, o que é incompatível com a manutenção das funções fisiológicas, como a respiração e os batimentos cardíacos. Dessa forma, essas funções são mantidas por aparelhos, e, por isso, não possuem respostas emocionais, o que os torna excluídos da pesquisa. Os pacientes em suspeita de morte encefálica, que estavam durante a realização de todo o protocolo de diagnóstico da mesma (definido em lei como especificado abaixo) também foram excluídos. Caso inadvertidamente estes pacientes fossem incluídos na pesquisa, causariam grande viés, pois estariam incluídos pela escala de coma (com pontuação três, sem resposta), mas jamais seriam capazes de gerar respostas emocionais.

No Brasil, a Lei nº. 9.434/1997, de 4 de fevereiro, determinou que a competência para definição dos critérios para o diagnóstico de morte encefálica é de responsabilidade do Conselho Federal de Medicina (CFM), a partir de seu artigo 3º, que diz: “Art. 3º A retirada post mortem de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica, constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina.” (Lei nº 9.434/1997).

Esse diagnóstico de morte encefálica, definido pela Resolução nº 1.480/1997 do CFM, deve ser registrado em prontuário comum, na forma do Termo de Declaração de Morte Encefálica, descrevendo os elementos do exame neurológico que demonstram ausência de reflexos do tronco cerebral, bem como o relatório de um exame complementar. Para constatação de morte encefálica, inicialmente, é necessário certificar-se de que o paciente

tenha identificação e registro hospitalar; a causa do coma seja estabelecida e conhecida; o paciente esteja hipotérmico (temperatura inferior a 35°C), não esteja usando medicamentos depressores do Sistema Nervoso Central, que mudariam seu estado de consciência; e não esteja em hipotensão arterial, ou seja, não esteja com a pressão arterial muito baixa.

Depois dessas certificações, o paciente deve ser submetido a dois exames neurológicos que avaliem a integridade de seu tronco cerebral. Estes exames são realizados por dois médicos que não participam das equipes de captação e transplante, para mostrar a imparcialidade da situação, havendo um intervalo de tempo entre um exame e outro, o qual é definido de acordo com a idade do paciente. Após o segundo exame clínico, é realizado um exame complementar que demonstre ausência de perfusão sanguínea cerebral por imagem através do *doppler transcraniano*, que demonstre ausência de atividade elétrica cerebral ou que certifique a ausência de atividade metabólica cerebral.

Os critérios previstos na Resolução nº 1.480/1997 devem ser rigorosamente seguidos pelos médicos, não só para afastar dúvidas quanto à constatação da ocorrência da morte encefálica, mas para resguardá-los perante a sociedade e o Estado, frente à possibilidade de se tornarem alvo de processos administrativos e judiciais, em que lhes possa ser imputada a responsabilidade por morte. Esses processos envolvendo a área médica estão se tornando mais comuns e os médicos estão mais receosos quanto às suas condutas.

Vale aqui destacar ainda que não foram utilizados todos os dados dos onze pacientes durante o tempo todo da pesquisa pois duas situações específicas precisaram ser trabalhadas à parte: A primeira tem relação com um paciente cuja possibilidade de morte encefálica e foi levantada; fazendo com que ele saísse dos critérios de inclusão desta pesquisa consequentemente a partir daí, seus dados foram descartados. O outro caso relaciona-se com uma paciente que teve seu nível de sedação alterado em um dia específico, causando alterações que fugiam ao seu padrão diário e por isso chamou a atenção. Ela também teve seus dados nesse referido dia descartados para a pesquisa. Segue abaixo a descrição desses dois casos:

Tivemos um paciente (P05) que no dia 25/08 foi levantada a possibilidade de morte encefálica o que não foi confirmado até o seu óbito ocorrido no dia 31/08. Cabe aqui ressaltar que a partir desse dia continuamos as observações, mas não utilizamos nenhum dado.

Outra paciente (P07), no dia 17/10 teve sua dosagem de sedação abaixo do necessário e por isso algumas das reações apresentadas nesse dia podem ter sido consequência da falta de medicação e por essa razão não utilizamos nenhum dado dela referente a esse dia.

4.3 Instrumentos

Constam como instrumentos de coleta de dados: Uma planilha de avaliação com os seguintes parâmetros: frequência cardíaca, pressão arterial e frequência respiratória (criada pela autora com base em outros estudos já apresentados), (Apêndice A); uma entrevista semiestruturada, (Apêndice B); diário de campo com registros provenientes da observação sistemática realizada durante todo o tempo de coleta.

4.4 Trabalho do Piloto do Protocolo de Pesquisa

Uma vez vistos os aspectos até aqui mencionados, mostrou-se necessária a realização de um piloto, visando um melhor entendimento do campo pesquisado e dos instrumentos a serem utilizados. Fez-se, então, uma inserção no campo durante o período do dia 15 ao dia 29 de julho de 2011, quando foram observados quatro pacientes que estavam dentro dos critérios de inclusão na pesquisa (descritos acima), mas apenas três famílias consentiram. Estes três pacientes participaram apenas do piloto.

No início dos trabalhos, as famílias foram abordadas pela pesquisadora, ao final da visita na UTI, quando foram apresentados os objetivos da pesquisa e sobre a possibilidade de inserção daquele paciente como integrante da mesma. A família foi informada, ainda, do caráter voluntário da pesquisa e da inexistência de custo ou benefício financeiro. Devido ao momento de muita fragilidade em que se encontravam algumas famílias, já no piloto se negaram a participar da pesquisa e se recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C).

O que se pode constar desse período da realização do piloto foi que lidou-se com indivíduos em um momento de muita dor e sofrimento e estes se sentiam *invadidos* por qualquer abordagem ou procedimento vindos da equipe de saúde. Deve-se lembrar de que, ao se inserir no campo institucional para a realização de um trabalho ou pesquisa, incorpora-se a instituição, e o familiar/paciente entende o pesquisador como sendo uma representação do hospital. Por isso, a forma como o familiar se relaciona com o hospital dirá a forma como receberá a abordagem.

Quando se aborda o indivíduo para falar sobre a pesquisa e a necessidade da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a família já vem cheia de dúvidas e fantasias e quase não assimila as explicações fornecidas. Traz experiências prévias e isso, muitas vezes, dificulta o contato com o pesquisador.

Ainda dentro das dificuldades do TCLE, é preciso descobrir qual o melhor momento de abordar o familiar para falar da pesquisa, visto que a internação na UTI é traumática e cheia de grandes surpresas que assombram as famílias todo o tempo, pois além da assinatura dos termos de consentimento, a família também se responsabiliza por assinar os termos para a realização de procedimentos de risco no paciente tais como traqueostomia e amputações.

Uma grande dificuldade encontrada, ao longo da coleta de informações, foi o fato de se estar em um setor de urgência e, por isso, as alterações dos pacientes acontecem a toda hora, precisando ser atendidas a contento. Por muitas vezes a visita foi atrasada ou mesmo interrompida devido ao agravamento súbito da condição do paciente, como no caso de uma parada cardíaca. Como se estava realizando as medições e as observações em horários pré-determinados, fica a questão: Essas alterações de horário poderiam enviesar as marcações? Para evitar tal questão optou-se por excluir o dia em que um paciente da pesquisa apresentou necessidade de atendimento de urgência.

Parece, então, que a amostragem segue mais pelo caminho da amostragem teórica do que pelo caminho da amostragem estatística, já que não se definiu o tamanho da amostra previamente. Um dos fatores que dificultam a delimitação de amostra no presente estudo é o fato de o paciente comatoso, devido à gravidade de seu quadro orgânico, poder vir a óbito no meio da pesquisa, como ocorreu com um dos pacientes pesquisados durante a aplicação piloto.

No piloto foram feitas as mesmas medições efetuadas na pesquisa. Essas medições, que são realizadas durante os cinco momentos de aferição, serão mais bem discutidas no decurso da dissertação, visto se tratar de um tópico chave do trabalho e que requer uma explanação mais cuidadosa e detalhada dos dados coletados.

Inicialmente aplicaram-se planilhas já estabelecidas na literatura, todavia durante o piloto percebeu-se a necessidade de afinar ainda mais o instrumento, para conseguir atingir os objetivos dessa pesquisa. Logo, não está apenas replicando estudos anteriores. Um dos itens retirados da planilha foi a temperatura axilar, pois ela não era medida em tempo real pelos monitores.

Houve um treinamento prévio teórico e prático da pesquisadora e da auxiliar por um membro da equipe da UTI sobre aplicação da ECGI e programação dos monitores para aferição dos sinais vitais.

4.5 Aspectos Éticos

O início do trabalho se deu com a elaboração de um projeto de pesquisa e sua posterior aprovação pelo professor orientador. Em seguida, foi protocolado junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HU/UFJF, no dia 7 de fevereiro de 2011, sob o número 015-420-2010, tendo sido aprovado no dia 28 de fevereiro de 2011 com o parecer número 036/2010 (Anexo A).

O estudo foi desenvolvido, obedecendo às recomendações do Conselho Nacional de Saúde na Resolução nº 466/2012, que apresenta as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos.

A participação dos sujeitos foi voluntária, não vinculada a qualquer benefício ou vantagem e condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo representante legal do paciente (Apêndice C).

Cabe aqui destacar que a necessidade de representação dos pacientes inclusos na pesquisa em pauta se dá pela falta de condições de responderem por si mesmos e, portanto, incapazes de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As definições legais acerca da incapacidade e da representação encontram-se na Lei nº 10.406/2002, de 10 de janeiro, Código Civil Brasileiro. No caso de pacientes comatosos, diz-se que se encontram em estado de incapacidade para os atos da vida civil. Incapacidade que, no presente estudo, trata-se de uma incapacidade absoluta, mesmo que transitória, assim definida legalmente: “Art. 3º. São absolutamente incapazes de exercer os atos da vida civil: [...] III - os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade.” (Lei nº 10.406/2002).

Diante desta incapacidade do paciente, afigura-se a necessidade do representante legal para o exercício dos atos atinentes à vida civil do paciente. O representante aqui assinalado conforma-se ao que é estabelecido pela Lei nº 10.406/2002, que define como representantes legais os tutores, os curadores e aqueles que detêm o pátrio poder. Este estudo tratará, tão somente, do representante na figura do curador, haja vista os pacientes, alvo da pesquisa, serem todos maiores de 18 anos. São assim definidos pela referida lei:

Da Curatela

[...]

Art. 1.775. O cônjuge ou companheiro, não separado judicialmente ou de fato, é, de direito, curador do outro, quando interdito¹¹.

§1º Na falta do cônjuge ou companheiro, é curador legítimo o pai ou a mãe; na falta destes, o descendente que se demonstrar mais apto.

§ 2º Entre os descendentes, os mais próximos precedem aos mais remotos.

§ 3º Na falta das pessoas mencionadas neste artigo, compete ao juiz a escolha do curador. (Lei nº. 40.406/2002, p. 66).

Todo o material coletado já foi arquivado em pastas separadas por período de coleta e as entrevistas foram salvas em um arquivo no computador. Tudo será destruído após cinco anos do término do estudo, conforme orientação da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde em seu item XI que diz: “XI – DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL - f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.” (Resolução nº 466/2012, p. 11).

Para manter e garantir o sigilo dos participantes todos foram contemplados com códigos específicos que agora os representam.

4.6 Coleta de Dados

A pesquisadora já se encontrava inserida no serviço quando se deu a elaboração do projeto, pois era então Residente de Psicologia do hospital pesquisado e, por isso, teve facilidade para conseguir as permissões necessárias para a realização da pesquisa.

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e pelo chefe do serviço da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) da instituição supracitada, o primeiro passo foi a realização de uma coleta de dados piloto como descrito anteriormente.

O segundo passo foi a coleta de dados da pesquisa, realizada entre os dias: 13 e 27 de agosto de 2012; 11 e 25 de setembro de 2012 e 10 e 24 de outubro de 2012. O intervalo entre os períodos da coleta objetivou conseguir um maior número de pacientes em estado comatoso, visto que uma mesma pessoa pode permanecer internada por períodos prolongados na UTI. A coleta de dados realizada nesse setor aconteceu em três momentos diferentes, cada um composto por 15 dias ininterruptos. Neste período foram observados onze pacientes

¹¹ Interdito é a pessoa que se encontra limitada para exercer os atos da vida civil conforme disposições da Lei nº 10.406/2002, no que se refere os artigos 1.767 a 1.773 combinado com o artigo 3º, inciso III do mesmo diploma legal cuja condição de interdito se dá por meio de sentença judicial declaratória de interdição.

comatosos. A entrevista foi realizada também com onze familiares que em sua maioria foi representado pela mãe, seguida pelos filhos e irmãos dos pacientes.

Após o aceite das famílias, iniciou-se a coleta dos dados com os pacientes. Foram coletados os seguintes parâmetros fisiológicos: pressão arterial, frequência cardíaca e frequência respiratória em cinco momentos: 30 minutos antes da visita, ao iniciar a visita, 30 minutos após o início da visita, ao final da visita e 30 minutos após o fim da visita. Totalizando três momentos com a visita e dois momentos sem a presença da mesma. Desta forma, geraram-se dados para fins comparativos dos dois momentos.

Para que não ocorresse nenhum viés na pesquisa, foram feitas as medições do nível de consciência através da ECGI 30 minutos antes das medições diárias. Elas foram realizadas todos os dias no mesmo horário pela própria pesquisadora. Essas medições foram estabelecidas próximas ao horário de visita propositadamente para garantir que no momento da visita os pacientes estavam comatosos. Quando nessa aferição o paciente apresentava resultado superior a 8 pontos na ECGI era desconsiderado aquele dia. Desta forma, assegurou-se que todos os dias e no momento da visita os pacientes inclusos estavam realmente em coma, de acordo com a medição da ECGI daquele dia.

Todos os pacientes que fizeram parte da pesquisa estavam ligados a um monitor eletrônico multiparâmetros da marca Dixtal, modelo Dx20[®] e à ventilação mecânica. Todos os pacientes estavam em ventilação mecânica, pois apresentavam coma grave ou muito grave, o que comprometeu até mesmo a capacidade de respirar sem a ajuda de aparelhos. A pesquisadora, além da medição da ECGI programava todos os monitores para aferição dos parâmetros propostos na pesquisa a cada 30 minutos e desta forma, adquiria uma medida em tempo real.

Essas medidas foram registradas na Planilha de Avaliação por uma auxiliar, graduanda em psicologia e treinada pela pesquisadora. Pois, concomitantemente, a pesquisadora acompanhava as respostas não verbais dos pacientes durante a visita, fazendo as anotações pertinentes em seu diário de campo, os quais foram posteriormente analisadas.

Em alguns momentos de maior comoção das visitas ocorreu a intervenção da psicóloga responsável pelo setor para que fossem apaziguados os ânimos e inclusive essas ocorrências foram observadas e constam do diário de campo da pesquisadora. Porém, essas intervenções pontuais só foram consideradas no item da pesquisa que se intitula Intervenção do psicólogo.

Para complementar a avaliação da resposta dos pacientes comatosos à visita de seus familiares, foi aplicada, ao final das avaliações, uma entrevista semiestruturada com um familiar, que foi transcrita na íntegra e analisada posteriormente.

Essas entrevistas foram pré-agendadas e realizadas individualmente, em uma sala reservada, cedida pelo Setor de Psicologia do hospital e tiveram duração média de trinta minutos, sendo gravadas em mídia digital e posteriormente transcritas pela própria pesquisadora. Para que o familiar tivesse privacidade e não fosse retirado no momento em que estava em visita, optou-se por realizar as entrevistas sempre ao final desta.

O local utilizado para a realização das entrevistas foi uma sala de atendimento, onde havia somente duas poltronas. O lugar era bastante silencioso e isolado o que mantinha o caráter de sigilo da conversa.

No início da entrevista, a pesquisadora se apresentava novamente para o familiar e em seguida lia as perguntas que seriam feitas posteriormente. Foi percebido que, assim, era possível diminuir a ansiedade das famílias, que já chegavam às entrevistas apreensivas, dizendo não saberem se conseguiriam responder às perguntas. Essas entrevistas não tinham tempo estimulado para serem concluídas, mas levou-se em média 30 minutos para cada uma.

A coleta de dados realizada nesse setor aconteceu em três momentos diferentes, cada um composto por 15 dias ininterruptos cada, no horário das 15 horas às 17 horas e 30 minutos, tendo como horário de maior destaque o das 16 horas às 17 horas, quando acontecem as visitas. Seguindo a dinâmica do setor, no horário de visitas podem entrar apenas dois visitantes para cada paciente, por dia e este momento pode ser alterado caso ocorra alguma urgência no setor.

4.7 Descrição dos Participantes

Apresenta-se um breve resumo dos pacientes para que se tenha uma ideia de cada caso estudado. Foram 11 os pacientes observados, que serão identificados pela letra *P*, seguida de um número de 01 a 11, para garantir o anonimato, fato que se repetirá na análise de dados.

Dos onze pacientes pesquisados, 55% eram do sexo feminino e 45% do sexo masculino. Com relação à idade houve uma grande variação, de 21 a 71 anos, e quanto ao tempo de permanência na UTI este também oscilou bastante, de 9 a 130 dias de internação.

Quanto ao índice de mortalidade, durante a pesquisa, dois dos participantes vieram a óbito e após o término da coleta de dados no campo, outros seis pacientes faleceram e apenas três tiveram alta, retornando para casa.

- *P01*: Paciente com 71 anos, diabético, hipertenso e com insuficiência vascular. Nesse período viveu duas grandes perdas familiares: a filha e a esposa faleceram de morte súbita em menos de 30 dias. Recebia quase que diariamente a visita de uma sobrinha que o considerava como um pai. Ficou internado por 35 dias, vindo a falecer nesse local.

- *P02*: Paciente com 48 anos, portadora de Paralisia Cerebral desde a infância e com histórico de internações longas. Apesar de apresentar bom prognóstico, o que a manteve tanto tempo na UTI foram os seus problemas de ordem respiratória. Essa paciente recebia diariamente a visita de uma das irmãs. Ficou internada por mais de dois meses, sendo depois transferida para a enfermaria e, logo em seguida, teve alta e retornou para casa.

- *P03*: Paciente com 43 anos, portador de uma doença degenerativa Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA). Paciente dentro desse período teve muitas variações nas medições do ECGI e por vezes se apresentou bastante deprimido. Sua permanência na UTI era para Cuidados Paliativos. Recebeu poucas visitas por ser de uma cidade distante e pelo pouco comparecimento da família. Ficou internado por mais de 100 dias até seu óbito.

- *P04*: Paciente com 35 anos, portador de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) há 7 anos. O mesmo era usuário de drogas há 17 anos, e veio para o hospital em estado muito grave com insuficiência cardíaca e infecção generalizada. Recebia diariamente a visita da mãe. Ficou apenas 9 dias na UTI, vindo a óbito depois de um dia de muitas oscilações cardíacas, este dia foi descartado da análise.

- *P05*: Paciente com 29 anos e portador de Anemia Falciforme. Teve um Acidente Vascular Encefálico na enfermaria do hospital e precisou ser transferido rapidamente para a UTI. Foi acompanhado diariamente pela mãe. O mesmo ficou 16 dias na UTI, quando veio a óbito com suspeita de morte encefálica.

- *P06*: Paciente com 70 anos e portador de câncer de bexiga. Apresentou alterações na presença de suas visitas, mas o mais relevante foi o dia em que ele recebeu a visita do filho único. As visitas no início eram escassas, pois a família acreditava que o paciente não tinha chances de sobreviver. Ficou pouco mais de um mês na UTI, vindo a óbito no referido setor.

- *P07*: Paciente com 21 anos e com Linfoma Hodgkin. Veio transferida do setor de Transplante de Medula Óssea, após a realização de um transplante autólogo e por apresentar um sofrimento respiratório muito severo. Mãe e namorado da paciente se mudaram de BH para Juiz de Fora para acompanhar seu tratamento. Paciente permaneceu por 30 dias na UTI

sendo transferida de volta para o transplante, onde após o restabelecimento dos seus parâmetros, teve alta e retornou para casa.

- *P08*: Paciente com 30 anos, com um câncer raro que atacou o peritônio. O caso chamou muita atenção devido à deformidade física causada por edema generalizado. Esse caso era mantido no setor como Cuidado Paliativo. A família estava muito abalada com a piora da paciente e com a sua aparência chocante. Paciente recebia diariamente a visita da mãe e de uma das irmãs. Ficou 11 dias na UTI vindo, então, a óbito.

- *P09*: Paciente com 65 anos, padecendo de grande sofrimento respiratório devido a uma pneumonia. Ela era cega, segundo relato de seu esposo. Recebia visitas diárias do marido que apesar de ter pouca informação sempre era muito carinhoso e cuidadoso com ela. Permaneceu por um mês na UTI e 15 dias na enfermaria, quando veio a óbito.

- *P10*: Paciente com 64 anos, diabética e hipertensa. Era muito bem cuidada pelos dois filhos que moravam com ela, a filha em especial dedicava sua vida para cuidar da mãe e do pai que também estava doente. Isso foi percebido durante a entrevista. Recebia a visita diária dos filhos que moram e cuidam dela. Ficou por quase cinco meses internada na UTI entre dias bons e ruins, vindo então a óbito no referido setor.

- *P11*: Paciente de 56 anos com suspeita de Acidente Vascular Encefálico (AVE). Paciente apresentava problemas com alcoolismo e dificuldades em seu relacionamento familiar. Recebia com frequência a visita de uma irmã que ficou muito tempo sem interagir com a paciente. Só depois de alguns dias, durante uma abordagem, falou da dificuldade que os familiares tinham em demonstrar carinho pela paciente por conta de um relacionamento familiar fragilizado devido ao alcoolismo da paciente. Ficou mais de dois meses internada na UTI e depois 30 dias na enfermaria até ter alta e retornar para casa.

CAPÍTULO 5: ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011). Inicialmente, foi feita uma leitura flutuante dos discursos dos entrevistados da pesquisa, de forma que o pesquisador se deixe sensibilizar pelos conteúdos presentes, como se *flutuasse* sobre o texto, para que fosse possível ter uma familiaridade com os dados e assim chegar às primeiras impressões e orientações. Depois da transcrição, foi realizada a análise das categorias analíticas, pré-determinadas para só então obter as subcategorias. E por fim, foi realizado o confronto com a literatura e propostas inferências a partir de resultados significativos e válidos (Almeida, A. S. et al., 2009).

A categorização dos dados, que corresponde à divisão dos componentes das falas analisadas em categorias, neste caso tido como categorias temáticas, foi realizada através do processo de *caixa* (Bardin, 2011), em que o referencial teórico usado forneceu o sistema de categorias, nas quais os elementos pertinentes foram agrupados. Após agrupar as falas e observações em cada categoria, foram realizadas novas leituras de cada um, procurando identificar aspectos comuns e divergentes, bem como os significados ocultos nas mensagens que permitissem fazer inferências e interpretações apoiadas no referencial teórico.

As categorias assim identificadas foram: Respostas Emocionais nos pacientes comatosos, A importância de um outro e Possibilidades de humanização no atendimento ao paciente comatoso. Na categoria Respostas Emocionais nos pacientes comatosos, foram encontradas as subcategorias: Tentativa de Falar, Não responde a comandos, Abertura Ocular ao ser chamado, Expressão Facial, Alteração de Pressão Arterial, Alteração de Frequência Cardíaca e Alteração de Frequência Respiratória. A categoria A importância de um outro se dividiu em Tipos de Interação, Importância da Visita, Frequência das Visitas, Apatia das Visitas e Instabilidade diante do paciente. E a última categoria Possibilidades de humanização no atendimento ao paciente comatoso foram selecionadas a seguinte categoria: Intervenção do Psicólogo.

Os resultados são apresentados de forma descritiva, incluindo trechos de depoimentos e das observações que ilustram cada categoria. Os sujeitos são identificados ao final dos trechos com indicação entre parênteses da letra *P*, seguida de um número de 01 a 11, para garantir o seu anonimato.

No que tange a presença de visitas durante o período de internação, 80% dos pacientes receberam visitas frequentes, que variavam entre diariamente e dias alternados, e apenas 20% receberam visitas esporádicas que aconteciam em média uma vez por semana. Apesar de toda a dificuldade das famílias, principalmente daquelas que não residiam na cidade, nenhum paciente pesquisado ficou sem receber visitas por mais de cinco dias consecutivos.

Nas visitas, a predominância foi da família, mas alguns pacientes receberam outras pessoas que apesar de não serem parentes tinham vínculo afetivo com ele. Porém essas visitas não familiares foram em menor escala e em casos específicos e constituíam-se na presença dos amigos, vizinhos e até dos orientadores espirituais.

As perdas no estudo chegaram a 12 casos, ou seja, no período pesquisado, encontrou-se 23 pacientes dentro dos critérios de inclusão da pesquisa, mas só foi possível realizar todo o processo com 11 pacientes. Dessas 12 recusas em participar da pesquisa, nove delas foram por que os familiares se apresentavam sem condições emocionais e outras três recusas aconteceram em decorrência do óbito do paciente antes da realização da entrevista.

As medições dos parâmetros, as notas de campo e as entrevistas foram lidas minuciosamente e interpretadas, de forma a obter um agrupamento que permitiu identificar os principais temas que atendessem aos objetivos desta pesquisa.

A codificação é a transformação realizada dos dados brutos do texto que permite atingir uma representação do conteúdo ou da expressão e que seja capaz de esclarecer o pesquisador sobre as características do material (Bardin, 2011).

A partir dessa codificação, todos os dados gerados foram agrupados o que resultou em 24 itens de análise que podem ser visualizadas no Quadro 2.

Quadro 2. Codificação: Geração de 24 itens

Nº	EXEMPLOS DE TRECHOS DAS ENTREVISTAS OU OBSERVAÇÕES	ITENS
01	O marido da paciente estava ao seu lado conversando e o telefone tocou. Quando o mesmo saiu para atender ao telefone, a paciente começou a lacrimejar os olhos e só parou quando ele voltou a falar com ela (P09 – 30 minutos antes da visita apresentava ECGI de 5).	Paciente lacrimejando os olhos
02	Paciente com expressão de dor. Não conseguiu abrir os olhos ao meu comando de voz, mas conseguiu apertar a minha mão. (P03 – 30 minutos antes da visita apresentava ECGI de 8).	Paciente expressando dor
03	Paciente recebeu a visita dos filhos que ficaram em oração ao lado dela. (P10 – 30 minutos antes da visita apresentava ECGI de 3).	Visita rezando pelo paciente
04	O pai falou ainda do desejo da família de que se a filha morresse, queria seu caixão lacrado para que ninguém a visse feia e deformada como se encontrava então. (P08– 30 minutos antes da visita apresentava ECGI de 3).	Visita falando de morte ao lado do leito
05	A mãe do paciente ficou acariciando seu rosto o tempo todo. Ela beijou a testa do filho e depois chorou copiosamente sem nada dizer. (P05– 30 minutos antes da visita apresentava ECGI de 3).	Visita beijou o paciente
06	Visita ficou ao lado do paciente até quando o médico passou dando as notícias. Saiu de lá muito sem esperanças dizendo que o caso do amigo não tem mais jeito. (P06– 30 minutos antes da visita apresentava ECGI de 3).	Visita temerosa diante das notícias
07	Paciente recebeu agora a visita de um amigo que não reconheceu a paciente quando entrou no CTI. (P08– 30 minutos antes da visita apresentava ECGI de 3).	Visita não reconhece o paciente
08	<i>“Minha filha que veio com esses problemas, coitada. Mas o resto tem saúde. Então a gente não tá acostumado com hospital, acostumado com doença assim... Eu vi ela ali, pra mim ela já tava até morta!”</i> (P08– 30 minutos antes da visita apresentava ECGI de 3)	Percepção da visita sobre o estado de saúde do paciente
09	<i>“Eu sinto bem não. Não sinto bem não, pelo fato do local. Acho até que ela tá até bem. Tá bem... Aliás, até bem monitorada... Não é questão... Não é isso... Não é desconfiança de nada. O problema é que a gente não gosta de ver o filho da gente assim.”</i> (P07– 30 minutos antes da visita apresentava ECGI de 3)	Aversão, medo ou desconforto da visita
10	Paciente abriu os olhos e a boca quando ela tentou falar com a irmã. Paciente ainda não percebeu que por causa da traqueostomia sua voz ainda não pode sair. (P11– 30 minutos antes da visita apresentava ECGI de 5).	Tentativa de Falar
11	Paciente recebeu a visita de uma sobrinha que ficou o tempo todo fazendo carinho em sua testa e falando palavras de encorajamento e o paciente não reagiu. (P01– 30 minutos antes da visita apresentava ECGI de 3).	Não responde a comandos
12	Paciente recebeu a visita das duas irmãs que ficaram primeiro observando tudo ao redor e só depois foram se comunicar com ela. Assim que a irmã chamou a paciente pelo nome e ela abriu os olhos. (P02– 30 minutos antes da visita apresentava ECGI de 3).	Abertura Ocular ao ser chamado
13	Paciente recebeu a visita da irmã e do ex-marido. Quando eles chamaram, ela abriu os olhos e ficou observando-os enquanto falavam. Sua expressão nesse momento aparentava certa surpresa e contentamento ao vê-los. (P11– 30 minutos antes da visita apresentava ECGI de 6)	Expressão Facial
14	O paciente apresentou alteração da pressão arterial durante as visitas no período de 15:30 às 16:00 do dia 17/08/12. (P03– 30 minutos antes da visita apresentava ECGI de 3).	Alteração de Pressão Arterial
15	O paciente apresentou alteração da frequência cardíaca durante as visitas no período de 15:30 às 16:30 do dia 23/09/12. (P02– 30 minutos antes da visita apresentava ECGI de 3)	Alteração de Frequência Cardíaca

16	O paciente apresentou alteração da frequência respiratória durante as visitas no período de 15:30 às 16:30 do dia 13/09/12. (P09– 30 minutos antes da visita apresentava ECGI de 5).	Alteração de Frequência Respiratória
17	Paciente recebeu a visita da mãe e da tia. A mãe começou a interagir com ele e logo ele abriu os olhos para ela e balançou a cabeça respondendo a uma pergunta feita. (P04– 30 minutos antes da visita apresentava ECGI de 8).	Interação
18	<i>“Acho que ele sente, né, o carinho da família, que a gente se importa com ele, né? Que ele tem valor especial, né, não só pra Deus, mas como é pra gente.”</i> (P01– 30 minutos antes da visita apresentava ECGI de 5)	Importância da Visita
19	Com qual frequência a senhora visita o P05 aqui no CTI? Todos os dias. (P05– 30 minutos antes da visita apresentava ECGI de 3).	Frequência das Visitas
20	Paciente recebeu visita da irmã que não interagiu nada com ela. Ficou apenas ao lado do leito observando tudo. (P11– 30 minutos antes da visita apresentava ECGI de 3).	Apatia das Visitas
21	Paciente recebeu a visita da mãe e de um tio. Mãe da paciente saiu rapidamente porque passou mal e desfaleceu nos braços da minha colaboradora na pesquisa. (P08– 30 minutos antes da visita apresentava ECGI de 3).	Instabilidade diante do paciente
22	A psicóloga veio chamar a mãe do paciente para conversar, mas ela não quis sair do lado dele. Então a psicóloga ficou ali ouvindo a mãe que chorava enquanto apalpava todo o corpo do filho em estado grave e com poucas chances de recuperação. (P04– 30 minutos antes da visita apresentava ECGI de 3).	Intervenção do Psicólogo
23	O irmão do paciente orou por ele e pediu para passar um óleo sobre ele e foi autorizado. (P03– 30 minutos antes da visita apresentava ECGI de 3).	Religiosidade
24	<i>“Nossa eu com ela não é mãe e filha. É uma amiga, uma colega...”</i> (P08– 30 minutos antes da visita apresentava ECGI de 3).	Bom relacionamento familiar

Após essa etapa, partiu-se para o recorte, quando foi feita a escolha dos itens e só então a classificação e a identificação das categorias. A categorização é uma atividade de classificação dos elementos que compõe um conjunto por diferenciação e, por conseguinte, por reagrupamento seguindo uma analogia a partir de critérios previamente definidos (Bardin, 2011).

Assim, a categorização constituiu-se no processo de integrar os 24 itens encontrados, classificando-os de forma a construir as três grandes categorias do estudo, com suas subcategorias relacionadas, mostrando de maneira pormenorizada como se dá as visitas na UTI e ao final ficamos com 10 subcategorias de análise (Quadro 3).

Quadro 3. Subcategorias de Análise

CATEGORIA 1 – RESPOSTAS EMOCIONAIS NOS PACIENTES COMATOSOS		
Sub-Categorias		Definição
1.1	Tentativa de Falar	Paciente mesmo traqueostomizada tenta falar com as visitas. Quando está mais calma pode até ser compreendida em partes pela leitura labial.
1.2	Não responde a comandos	Paciente mesmo sendo estimulado por suas visitas (tanto por estimulação verbal quanto tátil) não apresenta nenhum tipo de resposta.
1.3	Possibilidades de Comunicação Não Verbal	Abertura Ocular: Paciente abriu os olhos ao ser chamado e por vezes acompanhou suas visitas com o olhar. Expressão Facial: Durante as visitas foi possível observar por várias vezes expressões faciais dos pacientes tais como: expressão de dor, lacrimejamento dos olhos, aparência de alegria, movimentos de cabeça e dos olhos como se respondesse <i>sim</i> ou <i>não</i> e tentativas de se locomover no leito com movimentos de pés, pernas, mãos ou braços.
1.4	Alterações Fisiológicas	O paciente apresentou alteração da pressão arterial ou de frequência cardíaca ou de frequência respiratória durante as visitas o que pode ser observado nas medições feitas no monitor multiparâmetros.
CATEGORIA 2 – A IMPORTÂNCIA DE UM OUTRO		
Subcategorias		Definição
2.1	Interação	Foi possível verificar vários tipos de interação realizados por parte das visitas para com o paciente. Além da comunicação verbal expressa pela fala foi possível também verificar a comunicação não verbal expressa pelo toque e também pelos olhares atentos que visualizavam todo o maquinário que envolvia o paciente.
2.2	Importância da Visita	As visitas verbalizaram tanto durante as entrevistas quanto durante os encontros nos corredores da UTI que acreditavam ser muito importante para o paciente receber visitas, pois ele se sentia mais acolhido e menos só. Mas alguns também consideram essa importância para quem realiza as visitas.
2.3	Frequência das Visitas	A frequência das visitas verificada foi bastante variada, indo de visitas diárias passando por dias alternados e chegando a visitas mais espaçadas (uma vez por semana ou uma vez a cada quinze dias).
2.4	Apatia das Visitas	As visitas em decorrência da gravidade do quadro do paciente e também de sua possibilidade de enfrentamento individual, algumas vezes apresentam apatia diante do paciente não conseguindo muitas vezes nem tocá-lo durante a visita.

2.5	Instabilidade diante do paciente	A visita diante do seu ente querido por muitas vezes se desestruturou e presenciamos desabafos, muito choro, às vezes desespero pela proximidade da morte e até desmaios.
CATEGORIA 3 – POSSIBILIDADES DE HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO AO PACIENTE COMATOSO		
Sub-Categorias		Definição
3.1	Intervenção do Psicólogo	Durante as observações foi possível verificar que nos momentos de notícias impactantes como óbitos, suspeita de morte encefálica, amputações; as visitas se desestruturaram muito e precisavam ser assistidas por um profissional da Psicologia.

A seguir apresenta-se a discussão de cada categoria.

5.1 Respostas emocionais nos pacientes comatosos

A primeira categoria é formada pelo que foi observado nos pacientes com relação às suas possíveis respostas emocionais aos estímulos das visitas. Essas respostas foram demonstradas de várias maneiras. Destacam-se as mais frequentes: Tentativa de Falar, Não resposta a comandos, Possibilidades de Comunicação Não Verbal (Abertura Ocular ao ser chamado e Alteração na Expressão Facial) e Alterações Fisiológicas (Alteração de Pressão Arterial, Alteração de Frequência Cardíaca e Alteração de Frequência Respiratória).

5.1.1 Tentativa de falar

Primeiro trata-se das possibilidades de comunicação não verbal que são as manifestações visíveis observadas durante a visita. Nota-se que no primeiro item, *Tentativa de Falar*, foi verificada nos pacientes P11 e P09 uma superficialização do nível de consciência quando foram estimuladas pelas visitas. Chegando ao ponto de tentar comunicar com os visitantes sendo que anteriormente apresentavam ECGI abaixo de 8 conforme descrição a seguir:

Paciente com ECGI medindo 5 (30 minutos antes da visita) abriu os olhos e a boca quando a irmã falou com ela. Paciente não percebeu que por causa da traqueostomia sua voz ainda não pode sair. (P11)

Paciente com ECGI medindo 5 (30 minutos antes da visita) ficou muito agitada quando recebeu a visita do marido que ficou falando o tempo todo com ela. Ela ficava tentando se comunicar, mas com o tubo na boca não conseguia. (P09)

Esse item foi verificado apenas em duas pacientes, porém é relevante, pois se trata de uma grande modificação no nível de consciência. A interação com a família provocou uma superficialização do nível de consciência.

O assunto da consciência e suas alterações têm sido bastante estudados e aqui cita-se um grupo que tem se esmerado em desvendar mais sobre a mente humana. Trata-se do *Coma Science Group*, hospedado no site <http://www.coma.ulg.ac.be/>, do Centro de Pesquisa Cyclotron e Departamento de Neurologia em Sart Tilman na Universidade de Liège na Bélgica. Esse grupo de pesquisadores é dirigido pelo professor Steven Laureys que atualmente trabalha como Professor Clínico e Diretor de Pesquisa para o Fundo Nacional de Pesquisa Científica Belga.

O objetivo desse grupo é avaliar por meio de neuroimagem funcional multimodal a recuperação da incapacidade neurológica e da plasticidade neuronal no cérebro severamente danificado de doentes com estados alterados de consciência. O grupo trabalha ainda com o intuito de caracterizar a estrutura do cérebro e a função cerebral residual em pacientes que sobrevivem a uma grave lesão cerebral como: pacientes em coma, estado vegetativo e estado minimamente consciente.

Uma abordagem que merece especial interesse a este respeito são os recentes avanços na neuroimagem tentando decodificar a experiência consciente de uma pessoa com base apenas em medidas não-invasivas de sua atividade cerebral. Experiências atuais que utilizam ressonância magnética funcional investigam os processos cognitivos que podem existir conscientemente, bem como inconscientemente (Overgaard, 2009).

A ressonância magnética funcional é uma das aplicações da Ressonância Magnética que se refere à utilização desta tecnologia para identificar alterações encontradas tanto no fluxo sanguíneo quanto na oxigenação sanguínea e que ocorrem no cérebro como resposta à atividade neuronal (Queirós, 2011). Nas últimas décadas esta técnica tem se desenvolvido muito com o objetivo de mapear o cérebro humano e tem sido extensivamente utilizada para investigar funções cerebrais como a visão, linguagem, motora e cognitiva (Buxton, 2009).

No presente estudo não se dispõe da tecnologia de ressonância magnética para realização do mapeamento das funções cerebrais que levam ao tipo de resposta destes dois pacientes. Todavia, não saber como a resposta emocional foi processada não retira a importância da observação que pacientes em estado comatoso foram capazes de superficialização do nível de consciência apenas com a interação do visitante.

5.1.2 Não resposta a comandos

Em contraponto aos pacientes anteriores, outros pacientes mesmo sendo estimulados por suas visitas (tanto por estimulação verbal quanto tátil) não apresentaram nenhum tipo de resposta. Porém como afirma Ferreira (2000), existe no coma um comprometimento severo das estruturas cerebrais com uma ausência de relação com o mundo externo, porém, não se pode afirmar de todo que não exista nenhuma atividade cognitiva. Por isso é ressaltado aqui os pacientes que em alguns momentos não tiveram qualquer reação mediante estímulo.

Paciente com ECGI medindo 3 (30 minutos antes da visita) recebeu a visita da sobrinha que ficou falando o tempo todo com ele sobre tudo que está acontecendo em sua casa. Mesmo diante desses estímulos, nesse dia o paciente não respondeu aos chamados da sobrinha e nem teve nenhum de seus sinais vitais alterados. (P01)

Paciente com ECGI medindo 3 (30 minutos antes da visita) recebeu a visita da mãe e das duas irmãs mas só a mãe permaneceu ao lado da paciente fazendo carinho em suas mãos. Mesmo com a mãe falando e acariciando suas mãos, a mesma não apresentou nenhuma alteração em seus sinais vitais. (P08)

Paciente com ECGI medindo 3 (30 minutos antes da visita) recebeu a visita do sobrinho que ficou a visita toda conversando com ele e o motivando a melhorar logo para voltar para casa e mesmo assim o paciente não apresentou nenhuma alteração em seus sinais vitais. (P06)

5.1.3 Possibilidades de comunicação não verbal

5.1.3.1 *Abertura ocular ao ser chamado*

Segundo Laureys, Faymonville e Maquet (2002) a *quantificação* da atividade cerebral é de relevância para os estudos da consciência pois permite identificar funções cognitivas nos pacientes em que um piscar de olhos, pequeno e fugaz, seria o único sinal de consciência.

Desta forma, o autor coloca que até mesmo o piscar dos olhos pode ser um sinal da consciência. Nos pacientes abaixo citados a abertura ocular somente diante do estímulo das visitas é uma expressão da consciência tanto quanto o piscar dos olhos citado por Laureys et al. (2002). O autor acredita que o piscar dos olhos pode ser um sinal da consciência, pois, usa de técnicas de neuroimagem funcional (Ressonância magnética funcional, por exemplo) que permite uma melhor decifração das lesões dos pacientes com o cérebro gravemente doente e uma melhor avaliação do funcionamento de pacientes ditos inconscientes (Laureys et al., 2002).

Paciente com ECGI medindo 3 (30 minutos antes da visita) recebeu a visita da sobrinha e da sobrinha neta e quando elas falaram com ele, o paciente abriu os olhos. (P01)

Paciente com ECGI medindo 8 (30 minutos antes da visita) recebeu a visita da mãe e da tia. A mãe começou a interagir com ele e logo ele abriu os olhos para ela e ainda balançou a cabeça parecendo responder a uma pergunta feita. (P04)

Paciente com ECGI medindo 6 (30 minutos antes da visita) recebeu a visita da irmã e do ex-marido. Quando eles chamaram, ela abriu os olhos e ficou observando-os enquanto falavam. (P11)

5.1.3.2 *Alteração na Expressão facial*

Esse item se mostrou mais rico em manifestações e será dividido de acordo com a expressão específica observada: expressão de dor, lacrimejamento dos olhos, movimentos de

cabeça e dos olhos como se respondesse *sim* ou *não* e tentativas de se locomover no leito com movimentos de pés, pernas, mãos ou braços.

- Quanto à expressão de dor:

Paciente com ECGI medindo 8 (30 minutos antes da visita não abriu os olhos ao comando realizado durante a medição do ECGI mas apresentou uma expressão de dor. (P03)

- Quanto ao lacrimejamento dos olhos:

Paciente com ECGI medindo 6 (30 minutos antes da visita) os olhos enquanto a filha falava com ela. (P10)

Paciente com ECGI medindo 5 (30 minutos antes da visita) recebia sempre a visita do marido, que ficava muito tempo conversando com ela, segurando sua mão. Esposo da paciente saiu rapidamente para atender ao telefone sem se despedir e ela começou a lacrimejar os olhos e só parou quando ele voltou e pegou sua mão. (P09)

- Com relação aos movimentos de cabeça e dos olhos como se respondesse sim ou não:

Paciente com ECGI medindo 4 (30 minutos antes da visita) recebeu a visita do marido que teve um AVC e se recupera com dificuldades. Ela conseguiu uma forma de se comunicar com o marido: o filho fazia a pergunta e se a resposta fosse *sim* ela fechava os olhos. O marido ficou muito emocionado com as interações da esposa. (P10)

Paciente com ECGI medindo 3 (30 minutos antes da visita) recebeu a visita do marido que ficou mexendo com ela (chamou várias vezes e mexeu no queixo dela) e de tanto insistir ela abriu os olhos e respondeu a tudo que ele perguntava balançando a cabeça fazendo *sim* ou *não*. Paciente continua respondendo ao marido com acenos de cabeça. (P09)

- Quanto às tentativas de se locomover no leito com movimentos de pés, pernas, mãos ou braços:

Paciente com ECGI medindo 8 (30 minutos antes da visita) apesar de não conseguir responder ao meu comando de voz, apertou a minha mão e seu ECGI estava nesse dia 8.(P03)

Paciente com ECGI medindo 5 (30 minutos antes da visita) segurou forte a mão do marido no momento da visita.(P09)

- Quanto aos olhares atentos:

Paciente com ECGI medindo 3 (30 minutos antes da visita) recebeu a visita da sobrinha e da esposa. Como estava com os olhos abertos, as visitas ficaram bem felizes de poder comunicar com ele e ter a “sensação” de que ele as acompanhava com o olhar. (P01)

Paciente com ECGI medindo 5 (30 minutos antes da visita) estava com os olhos abertos e acompanhando com os olhos durante o tempo que eu falava com ela. (P09)

Dentro das expressões faciais destaca-se o olhar que pode dizer muito de uma pessoa. Ele demonstra emoções como a surpresa ou mesmo a tristeza em uma simples diferença ao abrir mais ou menos os olhos (Silva, M. J. P., 2011).

Lowen (1990) afirma que a contração e a distensão musculares são um reflexo da experiência emocional do indivíduo, ou seja, o corpo reflete a mente a todo o momento da vida. Neste caso, qualquer sinal corporal pode ser uma preciosa porta de entrada no seu mundo e a massagem não apenas um ato de estimulação, mas um momento diferenciado de profunda interação.

Mindell (1991) acentua ainda que o paciente em coma está em emissão permanente de sinais corporais por vezes estranhos, tais como: leve tremor das sobrancelhas, inclinação da cabeça, rigidez da musculatura facial, e que estes são o compromisso da vivência subjetiva e de sua limitação física.

Esses sinais não verbais, sutis e por vezes estranhos, são percebidos, mas não são decodificados, por não possuírem significado para a equipe ou por serem automáticos e, portanto, não conscientes. Pelas mesmas razões, outros sinais espontâneos que a equipe observa tais como alterações do ritmo cardíaco e respiratório, também não são considerados como símbolos de comunicação (Ferreira, 2000).

5.1.4 Alterações fisiológicas

O paciente apresenta alteração da pressão arterial durante as visitas o que pode ser observado nas medições feitas no monitor multiparâmetros.

Existe uma constatação de que o paciente em coma reage, por meio da alteração de parâmetros fisiológicos como a pressão arterial, por exemplo, a outros estímulos, como a

presença da família ou mesmo isoladamente (sem qualquer estimulação externa) (Ferreira, 2000).

Sobre as manifestações fisiológicas verificadas: pressão arterial, frequência cardíaca e frequência respiratória:

- Pressão arterial:

O paciente P01 recebeu a visita da sobrinha e da sobrinha neta que ficaram falando com ele e, logo em seguida, recebeu a esposa. Nesse ínterim de troca de visitas, aconteceu a maior alteração de PA do dia, variando de 130 para 123 e nesse dia seu ECGI era de 3.

O paciente P03 recebeu a visita da sobrinha e da irmã que ficaram receosas de tocá-lo sem proteção e pediram luvas. Ao receber seus familiares a PA do paciente sofreu alteração de 98 para 122 e nesse dia seu ECGI era de 3.

A paciente P07 recebeu a visita da mãe. Enquanto ela orava pela filha, a PA abaixou de 119 para 103 e seu ECGI era de 3.

- Com relação à frequência cardíaca:

A paciente P10 recebeu a visita da filha que ficou acariciando seu rosto e falando com ela. Nesse período de tempo sua frequência cardíaca subiu de 51 para 102 batimentos por minuto com ECGI 6.

A paciente P07 recebeu a visita dos pais. A mãe ficou primeiro conferindo tudo na cama e depois permaneceu ao lado do leito, só olhando. Após algum tempo, a mãe começou a massagear o pé da paciente. O pai ficou inerte, observando tudo. Nesse período sua frequência cardíaca caiu de 133 para 107 batimentos por minuto e sua ECGI era de 3.

O paciente P05 recebeu a visita da mãe e do irmão detento que foi liberado pela diretora do presídio sem escolta por bom comportamento devido à gravidade do estado de saúde do paciente. Os dois permaneceram ao seu lado, chorando e falando com o paciente. Sua frequência subiu de 127 para 137 e seu ECGI era de 3.

- Com relação à frequência respiratória:

O paciente P01 recebeu a recebeu a visita da sobrinha e da sobrinha neta. Quando elas falaram com ele, o paciente abriu os olhos e a boca. Elas continuaram motivando-o e tentando interagir dizendo que ele tinha que melhorar para sair dali pois todos estavam lhe esperando lá fora. Enquanto isso sua frequência respiratória variou de 9 para 15 e seu ECGI era de 3.

Paciente P06 recebeu a visita do sobrinho que lhe deu parabéns pelo seu aniversário que foi ontem. Visita pedindo que o paciente pisque os olhos se estiver escutando mas o mesmo não conseguiu esboçar nenhuma resposta aparente porém sua frequência respiratória variou de 18 para 12 e seu ECGI estava 3.

Paciente P07 recebeu a visita da tia e da mãe que ficaram rezando por ela sem tocá-la. Enquanto isso frequência respiratória baixou de 25 para 19 e seu ECGI estava 3.

Cabe aqui esclarecer que os pacientes não apresentaram grandes alterações comportamentais e nem saíram do coma durante as nossas marcações. O que ocorre foi que ao aplicar a ECGI no paciente da pesquisa, os mesmos não apresentaram abertura ocular a nenhum dos estímulos previstos na escala, a saber: verbal ou doloroso devido ao coma. Entretanto no momento da visita, ao estímulo de voz ou toque do visitante a maioria dos pacientes apresentaram tanto manifestações visíveis quanto alterações fisiológicas em seus sinais vitais.

5.2 A importância de um Outro

A segunda categoria é composta pelos itens: Tipos de Interação, Frequência das Visitas, Apatia das Visitas, Instabilidade diante do paciente verificada durante as visitas, além de abordar a importância da visita na perspectiva do visitante.

Owen acredita e insiste que o *esclarecimento* do estado de consciência do paciente auxilia as famílias a lidar com a tragédia. "Eles querem saber o que o diagnóstico é realmente para que eles possam seguir em frente e lidar com isso. A dúvida e a incerteza são sempre coisas ruins." (Cyranski, 2012, p.180). E por isso o levantamento e o esclarecimento acerca do que se passa na UTI é tão necessário e relevante.

5.2.1 Tipos de interação

A interação social tem sido objeto de interesse na investigação científica desde o século passado. Tem, entretanto, assumido diferentes significados em função da leitura epistemológica que fundamentou sua investigação nos diferentes momentos históricos da Psicologia. Mas foi na década de 70 que esse tema ganhou destaque com o surgimento de vários estudos sobre a interação e destacamos aqui as contribuições de Hinde que fez expressivas contribuições para o campo. Este autor contribuiu bastante ao refletir questões

teóricas e metodológicas acerca do estudo da interação enquanto unidade de construção das relações sociais (Aranha, 1993).

Ainda fundamentadas nas reflexões de Hinde (1979) é possível definir relação como o produto de uma sequência de interações ocorridas ao longo do tempo, apreendendo, portanto, o conteúdo, a qualidade e os padrões de interação desenvolvidos entre os parceiros.

Partindo do pressuposto de que as relações cotidianas aparentemente comuns têm um efeito cumulativo no desenvolvimento e na caracterização dos indivíduos, Hinde aponta que estas têm sido o ponto de encontro entre diferentes disciplinas, embora não seja central em nenhuma delas (Aranha, 1993).

A interação é a condição de construção do indivíduo. Os resultados individuais da interação, que só abstratamente podemos conceber e que às vezes são teoricamente referidos como a personalidade é importante nos encontros posteriores entre os mesmos indivíduos e desses com outros, de tal modo que se propagam no tempo, no interior dessa relação entre os mesmos indivíduos e no espaço, participando da interação desses com outros. A dimensão coletiva dessas mudanças permitirá novas configurações sociais e culturais. As interações se revelam, então, também como condição de construção do social e do cultural, viabilizada pela participação individual em uma multiplicidade de interações (Duran, 1993).

Esta passa a ser vista enquanto processo complexo que tem propriedades próprias e peculiares, qualitativamente diferentes dos seus componentes mais simples. Além disso, nesta tendência, a interação passa a ser vista como via de formação de relações sociais, produto considerado "como um sistema comportamental de imensa significância adaptativa para os seres humanos." (Schaffer, 1984, p. 4).

A interação pode ser vista como, num dado momento do percurso de vida de dois sujeitos, a influência de um sobre o outro que, de alguma forma elaborada por esse outro, a partir de estruturas previamente organizadas, se constitui em momento de transformação e desenvolvimento dessas estruturas. Trata-se de um encontro do qual cada um dos membros pode sair diferente de quando entrou, em algum aspecto e/ou em algum grau (Duran, 1993).

No entanto, grande parte das experiências fundamentais para o desenvolvimento está vinculada ao outro e dependem dele. O mundo em que o homem vive é um mundo de pessoas, coisas, lugares, ações que têm significados construídos historicamente e cuja apropriação se dá sempre no contato social. Nesse sentido, se pode dizer que é assim que o indivíduo se constitui (Duran, 1993).

Por tudo isso e partindo do pressuposto de que toda pessoa se constitui e se sustenta a partir do contato social é que consideramos tão importante levantar a questão das visitas ao

paciente comatoso, pois apesar deste estar com seu nível de consciência rebaixado ainda estamos diante de um ser vivo que precisa de cuidados, carinho e acima de tudo de amor.

Nota-se que no item: Tipos de Interação foi verificado que

Paciente recebeu a visita dos pais. Enquanto o pai ficou imóvel diante do leito, a mãe ficou primeiro conferindo tudo na cama e depois de um tempo começou a massagear o pé da paciente e mesmo com o ECGI 3 seus sinais vitais (frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial) apresentaram uma discreta elevação. (P07)

Outro paciente também com ECGI 3 nesse dia recebeu a visita da mãe continua “conferindo” a temperatura do paciente e depois chegou até a tirar a luva só para “sentir” melhor o filho. Nesse momento seus sinais vitais também apresentaram uma discreta melhora, os três que estavam sendo observados. (P04)

O toque surge como uma forma predominante de comunicação não verbal com o paciente; sendo o coma um estado de profundo isolamento, o contato físico assume uma ponte importante com a vida. Montagu (1988) assinala o toque e a proximidade física como uma forma de comunicação que transmite segurança, afeto, aceitação e envolvimento. É como se estivéssemos transmitindo ao outro: *estou aqui com você e comigo você está seguro, gosto de você*. Privado de sentir o contato com o corpo do outro, o ser humano fica relegado ao isolamento.

A ausência de contato corporal no coma pode significar maior aprofundamento do seu estado modificado, mas o contato corporal nesse contexto nem sempre é sentido como agradável, dependendo da vivência que estiver acontecendo no momento do toque (Dias, 1995). Mesmo assim é preciso considerar cada momento de interação e cada reação do paciente a ela.

5.2.2 Importância da visita

As visitas verbalizaram tanto durante as entrevistas quanto durante os encontros nos corredores da UTI que acreditavam ser muito importante para o paciente receber visitas pois ele se sentia mais acolhido e menos só. Mas alguns também consideram essa importância para quem realiza as visitas.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde - HumanizaSUS (Ministério da Saúde [MS], 2008a) indica a humanização como

política transversal da rede que valoriza os diferentes sujeitos envolvidos no processo e por isso, a visita dos familiares é vista como essencial para a humanização e recuperação do paciente internado na UTI.

Na cartilha “*Visita Aberta e Direito a Acompanhante*” (Ministério da Saúde [MS], 2008b) é ressaltada a relevância da participação da família no tratamento, pois é uma forma de atenuar a angústia destes, gerando inclusive mais satisfação quanto à assistência mesmo no caso de pacientes graves.

Isso pode ser visto em quase todas as visitas conforme os recortes abaixo:

Eu acho que mesmo ele tano inconsciente, ou que o cérebro tiver morto, eu acho que ele sente a presença de alguém que goste dele, que tá rezando, pedindo a Deus por ele... (E P05)

Ah... Ele... Ele gosta muito de mim, graças a Deus, né? Então ele... A gente chega, ele já fica alegre, né? Que dizer... Vê a gente... Quer dizer... Pelo menos tá preocupado comigo. Ah... Eu acho, né? (E P03)

Porque... Acho que ele sente, né, o carinho da família, que a gente se importa com ele, né? Que ele tem valor especial, né, não só pra Deus, mas como pra e... Pra gente, né, que a gente se importa com ele e quer que ele saia o mais rápido possível pra o convívio com a gente de novo, né? (E P01)

Ah... Porque... É... Mais uma parente, assim... Alguém da família que tá do lado dela... Aí eu sinto... (E P11)

Porque ela sente, né? Que a gente tá perto, que eu tô perto. Pelo menos que eu não deixei ela pra lá. Que ela tá ali porque ela tá sendo cuidada e que eu não posso ficar porque no CTI não pode ficar acompanhante. (E P10)

Super, hiper, mega importante. Não só pra ele, como pra mim. Até pra gente... (E P06)

Ah, é... Porque se ela conseguir ouvir... Nossa, é muito importante! (E P08)

Eu não sei... É... Questão assim de... De intimidade, se ela sente a minha presença na realidade, entendeu? Ah, eu acho que a gente tem que visitar, né? Porque se ela tiver... A gente não tem... Igual eu tô te falando, a gente sabe o que que a pessoa tá sentindo... (E P07)

Eu acho... Eu acho importante, assim, porque ela sabe que eu tenho, assim, preocupação, que eu faço o que eu posso, que eu... Eu acho que ela fica assim... Que ela confia, assim, ela confia, assim, na minha visita, como confia e gosta da visita das outras também... (E P02)

5.2.3 Frequência das visitas

A frequência das visitas verificada foi bastante variada, indo de visitas diárias passando por dias alternados e chegando a visitas mais espaçadas (uma vez por semana).

Quando foram questionados na entrevista sobre a frequência de visitas ao paciente a grande maioria disse que vinha todos os dias conforme os relatos abaixo:

Todos os dias. (E P05)

Sempre que eu posso, né? Porque não é sempre que dá pra vim... (E P03)

Aqui no hospital? É um dia sim, um dia não. É que eu venho lá... Quando ele estava no outro hospital era todo dia, mas aqui é um dia sim, um dia não que eu venho. (E P01)

Eu venho todo dia. (E P09)

Todo dia... (E P04)

Normalmente eu sempre venho, às vezes, às sextas. Todo final de semana é que eu tenho que trabalhar os dias de semana... (E P06)

Todos os dias. Se eu pudesse de manhã, de tarde, de noite. Porque a gente é muito agarrado, sabe? A gente não gosta de ficar longe dela. (E P08)

Aqui? Todos os dias. (E P07)

Quase sempre. Eu vou responder assim, né. Quase sempre. (E P02)

5.2.4 Apatia das visitas

As visitas em decorrência da gravidade do quadro do paciente e também de sua possibilidade de enfrentamento individual, algumas vezes apresentam apatia diante do paciente não conseguindo muitas vezes nem tocá-lo durante a visita.

Paciente recebeu a visita dos pais. A mãe começou a massagear o pé da paciente. O pai ficou inerte só observando tudo. (P 07)

Paciente recebeu a visita da filha que ficou com muito receio de tocá-lo e do sobrinho que ficou só observando. A filha não quis ficar muito tempo e logo saiu para que o irmão do paciente (que também veio visitá-lo) pudesse entrar. (P 03)

Paciente recebeu a visita de um casal de sobrinhos que ficaram meio assustados com tantos aparelhos e ficaram só olhando o paciente. (P 06)

Paciente recebeu a visita da sobrinha que está visivelmente desmotivada. Sobrinha do paciente não se comunica mais com o paciente desde que foi informada pelo médico de que o tio não vai mais acordar. (P 01)

Irmã da paciente chegou para visitá-la e como de costume ficou só observando-a sem tocá-la. (P 11)

Paciente recebeu a visita da filha que ficou só observando a paciente. (P 10)

Essa aparente apatia pode ser fruto da angústia da família diante da notícia de um diagnóstico de doença em estágio avançado o que desperta nessas pessoas um sentimento ligado à dor de se pensar numa possível perda do ente querido (Oliveira, E. B. S. & Sommerman, 2012).

Essa angústia presente nos familiares se dá principalmente porque ao vivenciar a possibilidade de morte do outro, cada membro da família será obrigado a se confrontar com a própria finitude (Oliveira, E. B. S. & Sommerman, 2012).

Esses sentimentos experienciados pela família podem variar desde reações mais passivas e apáticas até reações mais efusivas como gritar ao pé do ouvido do paciente acreditando que isso poderá acordá-lo, sempre com a esperança de que uma cura milagrosa possa acontecer (Oliveira, E. B. S. & Sommerman, 2012).

5.2.5 Instabilidade diante do paciente

A família tem dificuldades em reconhecer seu familiar depois que ele está emagrecido, traqueostomizado, fragilizado, edemaciado já que essa imagem não corresponde aquela que eles tinham antes da internação. Essa nova imagem pode por vezes chocar a família (Torres, A., 2012)

Estar com o doente por vezes é desorganizador e bastante angustiante para a família, principalmente quando eles se deparam com o familiar diferente do que eles conhecem. Devido à gravidade do caso, muitas vezes o paciente apresenta alterações físicas que chegam a gerar dificuldade de contato e de reconhecimento do paciente por parte de sua família (Oliveira, E. B. S. & Sommerman, 2012).

Além disso, as autoras acrescentam que nesse momento de grande crise diante da eminência da perda de um familiar amado, muitos sentimentos conflitantes podem aparecer sendo os mais frequentes a revolta, a culpa, a negação e a impotência (Oliveira, E. B. S. & Sommerman, 2012).

Essa dificuldade de aceitar o impensável gera muita instabilidade nos visitantes e isso pôde ser visto de forma bastante clara conforme as observações abaixo:

Paciente P04 recebeu a visita da mãe e da tia. Quando a mãe chegou mesmo sem saber da piora do estado dele ficou transtornada diante do filho e começou a chorar muito. Depois começou a falar com ele dizendo que tinha avisado que aquela vida o levaria para a morte. Mãe parecia estar sentindo o que está por vir, ficava olhando para ele e dizia à sua irmã: “Ele está indo!”

Mãe da paciente P07 chegou já um pouco emocionada. E quando sentiu que estava mais fragilizada pediu para sair do quarto para se refazer e então voltar. Ela disse ao sair que não gosta de parecer muito frágil perto da filha por acreditar que ela “sente” tudo em sua volta.

Paciente P08 recebeu a visita da mãe e de um tio. Mãe da paciente saiu rapidamente porque passou mal e desfaleceu e precisou ser amparada.

5.3 Possibilidades de humanização no atendimento ao paciente comatoso

A terceira grande categoria é formada por um item que fazem grande diferença no atendimento ao paciente comatoso e sua família. Destaca-se aqui a importância da intervenção do psicólogo junto ao paciente e a seus familiares.

5.3.1 Intervenção do psicólogo

Durante as observações foi possível verificar que nos momentos de notícias impactantes como óbitos, amputações; anúncio de intervenções cirúrgicas as visitas se desestruturam muito e precisavam ser assistidas por um profissional da Psicologia.

O psicólogo já é parte integrante da equipe da UTI porém como em muitas unidades este profissional trabalha sozinho, não consegue ao mesmo tempo *assistir* a todos leitos e precisa usar de sua escuta apurada e de muita sensibilidade para acolher as demandas que se apresentam no setor.

Paciente P08 recebeu a visita da mãe que está visivelmente abatida e com olheiras muito profundas. Depois de verificar tudo na paciente inclusive os olhos tampados com gaze, a mãe ficou segurando a mão da filha e rezando por ela. Como o caso da filha está sem prognóstico e a mãe desesperada, a psicóloga do setor se aproximou oferecendo atendimento e a mãe aceitou bem o acolhimento.

Paciente P04, horas antes de sua morte recebeu a visita de sua mãe que ficou observando enquanto a pressão do paciente caía abruptamente chegando a medir 6 por 4. Nesse momento, a médica responsável pelo caso chegou para dar a notícia diária e disse que não tem mais jeito e que tudo que poderia ser feito pelo paciente já tinha sido tentado. Nesse instante, a mãe do paciente começou a passar mal e precisou ser amparada por sua irmã e pela psicóloga residente como que prevendo o desfecho ruim que o filho teria naquele mesmo dia.

Paciente P05 entubado, com febre, batimento cardíaco com alterações grandes e significativas e mesmo com o tubo, se apresenta com aparência de sofrimento para respirar. Recebeu a visita da mãe que está visivelmente assustada com as alterações no estado de saúde do filho e está chorando muito. Foi feito um pedido de parecer para que a Psicologia acompanhe de perto o caso.

Pode-se verificar no que se refere à presença do psicólogo que nos momentos de grande sofrimento, o amparo ofertado aos familiares foi fundamental para que estes suportassem a dor da perda e a desesperança que tomava conta nos momentos que a ciência não tinha mais o que oferecer como resposta. E como afirma Romano (1999) além de prestar assistência ao paciente, cabe ao psicólogo na UTI atuar junto aos seus familiares disponibilizando acesso a uma comunicação efetiva e afetiva dos mesmos com seu paciente e também a equipe de saúde que o assiste (Romano, 1999 apud Lamosa, 1990).

CAPÍTULO 6: CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa demonstra significativa relevância para quem atua na área de saúde mais especificamente no âmbito de uma UTI, pois traz uma nova perspectiva com relação ao paciente comatoso.

A pesquisa dispôs de um número pequeno de pacientes e de recursos limitados se comparado às atuais pesquisas com emprego de exames de imagem. Desta forma, sabe-se que com os dados levantados não é possível fazer generalizações. Porém, é possível apontar indicativos da presença de respostas emocionais do paciente comatoso. Como desdobramento desse estudo indica-se ainda a importância de novas pesquisas com outras tecnologias como a ressonância magnética e um maior número de pacientes.

Ao identificar alterações nas quais os pacientes comatosos superficializavam o nível de consciência a pesquisa reafirma a condição de seres humanos dos pacientes comatosos e tal como seres humanos capazes de perceber e responder a estímulos ainda que de forma não captada pelos profissionais. Assim sendo, os achados do estudo combatem a reificação dos pacientes comatosos contribuindo para a humanização do binômio *profissional-paciente*.

Os resultados da pesquisa trazem informações para subsidiar treinamentos da equipe multiprofissional no intuito de prepará-la para acolher os familiares que vivenciam este momento de crise estimulando-os de forma adequada e eficaz na interação dos binômios: *profissional-família* e *família-doente* respectivamente.

Percebeu-se ainda que as alterações verificadas, em sua maioria aconteceram diante da presença da família e do estímulo destes e podemos com isso reforçar a importância dessas visitas para os pacientes. Aqui se destaca que o tempo de visita nem sempre é importante, mas sim à qualidade do contato realizado com o paciente, ou seja, o que faz diferença é a qualidade da interação e não simplesmente o tempo disponibilizado para isso.

Diante de todas as considerações citadas acima, essa pesquisa não tem um caráter definitivo sobre o tema pesquisado, mas constitui-se de uma pesquisa ousada, que contribuiu

para a identificação da possibilidade de respostas emocionais dos pacientes comatosos, além de ressaltar a importância do trabalho do psicólogo em UTI.

Outra questão importante que precisa ser registrada e que foi verificada na pesquisa é sobre as respostas diante do estímulo do visitante e estas não são definidas como boas ou más. Não se tem a intenção de afirmar que, por exemplo, a elevação da frequência cardíaca provocada pelo estímulo da visita seria melhor ou pior para o estado de saúde do paciente. O que se buscou perceber foi a capacidade do paciente de expressar suas emoções por respostas não verbais e alterações fisiológicas.

Dessa maneira, a afirmativa de que o paciente apesar de estar em coma está ali presente como sujeito, faz com que todos que trabalham na UTI e lidam diariamente com ele repensem a forma de melhor abordar o seu tratamento e o que deve ou não ser feito e dito ao pé do leito. Ou seja, o paciente precisa ser considerado enquanto sujeito que apesar de suas limitações físicas temporárias precisa de alguma maneira ter suas necessidades atendidas e consideradas.

Outro fato que deve ser apontado e merece atenção foi a presença da religiosidade durante as visitas. Verificou-se que as famílias lançavam mão de sua fé para conseguir suportar os momentos de maior crise na UTI. Portanto é fundamental que os profissionais que atuam nesse setor considerem a crença de cada um como possibilidade de enfrentamento no momento de crise.

Uma das limitações que se fez presente neste estudo foi a ausência das famílias às visitas, pois dificultou o nosso contato com o responsável legal pelo paciente para que fosse assinado o TCLE e realizada a entrevista. Além disso, por não se fazerem presentes durante a visita dificultaram a observação por não haver estímulo em um determinado dia. Assim, levanta-se a seguinte questão: É possível *controlar* a presença da família e os estímulos durante as visitas? Na literatura é possível encontrar pesquisas com estímulos controlados como gravações de voz com mensagens dos familiares ou músicas.

Cabe aqui apontar que esse estudo é um trabalho dentro do contexto hospitalar que oferece dados rumo ao conhecimento de uma área ainda pouco explorada pelos profissionais da Psicologia que adentraram o setor da UTI e que precisam sempre de respaldo teórico para que sua prática nesse ambiente possa ter mais condições de eficácia.

REFERÊNCIAS

- Aldana, C., Morales, C., Novoa, M. & Rodríguez, B. L.(2000). *Programa de la Unidad de Cuidados Intensivos. Informe I Semestre*. Faculty of Psychology, PUJ. Unpublished manuscript.
- Almeida, A. S., Aragão, N. R. O., Moura, E., Lima, G. C., Hora, E. C., & Silva, L. A. S. M. (2009). Sentimentos dos Familiares em Relação ao Paciente Internado na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(6), 844-849.
- Almeida, F. P., Veloso, J. W. N., & Blaya, R. P. (2006). Humanização em UTI. In E. Knobel, C. R. Laselva, & D. F. Jr. Mora, *Terapia Intensiva: Enfermagem*. São Paulo, SP: Atheneu.
- Andrade, A. F., Carvalho, R. C., Amorim, R. L. O., Paiva, W. S., Figueiredo, E. G., & Teixeira, M. J. (2007). Coma e outros estados de consciência. *Revista medicina*, 86(3), 123-131.
- Andreoli, P. B. A. (2008). Psicologia no Hospital e os Caminhos para a Assistência na UTI. In E. Knobel, P. A. Andreoli, & M. R. Erlichman, *Psicologia e Humanização – Assistência aos Pacientes Graves* (pp. 257-264). São Paulo, SP: Atheneu.
- Aranha, M. S. F. (1993). A Interação social e o desenvolvimento humano. *Temas em Psicologia*, 1(3), 19-28.
- Araújo, M. M. T., Silva, M. J. P., & Puggina, A. C. G. (2007). A Comunicação não-verbal enquanto Fator Iatrogênico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41, 419-425. doi:10.1590/S0080-62342007000300011
- Ariès, P. (1977). *História da Morte no Ocidente: da Idade Média aos Nossos Dias*. Rio de Janeiro, RJ: Francisco Alves.
- Backes, M. T. S. (2011). *A sustentação da vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva* (Tese de doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. São Paulo, SP: Edições 70.
- Barreto, S. S. M., Vieira, S. R. R., & Pinheiro, C. T. S. (2001). *Rotinas em terapia intensiva* (3a ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.

- Beccaria, L. M., Ribeiro, R., Souza, G. L., Scarpetti, N., Contrin, L. M., Pereira, R. A. M., & Rodrigues, A. M. S. (2008). Visita em Unidades de Terapia Intensiva: concepção dos familiares quanto à humanização do atendimento. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 15(2), 65-69.
- Black, J. M., & Matassarín, J. (1996). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: uma Abordagem Psicofisiológica* (4a ed.). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Bock, A. M. B., Furtado, O., & Teixeira, M. L. T. (1999). *Psicologias – Uma Introdução ao Estudo da Psicologia*. São Paulo: Saraiva.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto, PT: Porto Editora.
- Brannigan, C. R., & Humphries, D. A. (1981). Comportamento não-verbal humano, um meio de comunicação. In N. B. Jones (Org.). *Estudos Etiológicos do Comportamento da Criança* (pp. 37-66). São Paulo, SP: Pioneira.
- Bromberg, M. H. F. (1993). *Luto como uma crise familiar: uma abordagem terapêutica e preventiva* (Tese de doutorado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Brown, R. T., Freeman, W. S., Brown, R. A., Belar, C., Hersch, L., Hornyak, L. M., . . . Sheridan, E. (2002). The role of psychology in health care delivery. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 536-545. doi:10.1037//0735-7028.33.6.536
- Brunner, L. S., & Suddarth, D. S. (2009). *Tratado de enfermagem médico cirúrgica* (Vol. 1 e 2). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Buxton, R. B. (2009). *Introduction to Functional Magnetic Resonance Imaging - Principles and Techniques* (2nd. ed.). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Cabral, C. R., Teixeira, C., Oliveira, R. P., Hass, J. S., & Azzolin, K. O. (2009). Avaliação da mortalidade e qualidade de vida dois anos após a alta do CTI: dados preliminares de uma coorte prospectiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 21, 18-24. doi:10.1590/S0103-507X2009000100003
- Caiuby, A. V. S., & Andreoli, P. B. A. (2005). Intervenções Psicológicas em Situações de Crise na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 17(1), 63-67.
- Caiuby, A. V. S., Andreoli, P. B. A., & Andreoli, S. B. (2010). Transtorno de estresse pós-traumático em pacientes de unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 22, 77-84. doi:10.1590/S0103-507X2010000100013
- Camon, V. A. A. (2004). *Psicossomática e a Psicologia da Dor*. São Paulo, SP: Pioneira Thomson Learning.
- Camon, V. A. A. (2009). *Tendências em Psicologia Hospitalar*. São Paulo, SP: Pioneira Thomson Learning.

- Campos, A., Santos, A. M. G., & Xavier, G. F. (1997). A consciência como fruto da evolução e do funcionamento do sistema nervoso. *Psicologia USP*, 8, 181-226. doi:10.1590/S0103-65641997000200010
- Campos, E. P. (2005). *Quem Cuida do Cuidador*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Chavaglia, S. R. R., Borges, C. M., Amaral, E. M. S., Iwamoto, H. H., & Ohl, R. I. B. (2011). Ambiente do Centro de Terapia Intensiva e o Trabalho da Equipe de Enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32, 654-661. doi:10.1590/S1983-14472011000400003
- Chaves, A. C. M. (2000). *Percepções dos familiares internados em UTI, em relação à equipe de enfermagem* (Monografia de graduação). Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, SC.
- Cheniaux, E. (2005). *Manual de Psicopatologia* (2a ed.). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderation of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Combinato, D. S., & Queiroz, M. S. (2006). Morte: uma visão psicossocial. *Estudos de Psicologia*, 11, 209-216. doi.org/10.1590/S1413-294X2006000200010
- Cyranoski, D. (2012). The mind reader. *Nature*, 486, 178-180. doi:10.1038/486178a
- Dalgalarrondo, P. (2008). *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Damásio, A. (2000). *O Mistério da Consciência: do Corpo e das Emoções ao Conhecimento de Si*. São Paulo, SP: Companhia das Letras.
- Di Biaggi, T. M. (2002). *A Atuação do Psicólogo Hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva*. Recuperado de <http://www.grupos.com.br/group/psicounib/Messages.html?action=download&year=07&month=11&id=1194660874229625&attach=TextoUTI+complementar.doc>
- Dias, F. (1995). *Experiências Subjetivas do Doente em Coma*. (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Coimbra, PT.
- Duran, A. P. (1993). Interação social: o social, o cultural e o psicológico. *Temas em Psicologia*, 1(3), 1-8.
- Durbin, C. G. Jr. (1995). Sedation of the Agitated, Critically ill patient without an artificial Airway. *Critical Care Clinics*, 11(4), 913-936.
- Esslinger, I. (2004). *De quem é a vida afinal?* São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Fernandes, C. R., Gomes, J. M. A., Moraes, R. P., Marinho, D. S., Holanda, M. A., & Oliveira, F. R. A. (2009). Avaliação sistemática do delirium e da dor em pacientes criticamente enfermos. *Revista Dor*, 10(2), 158-168.

- Ferreira, M. I. P. R. (2000). *A Comunicação entre a Equipe de Saúde e o Paciente em Coma: dois Mundos Diferentes em Interação* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC.
- Flick, U. (2009). *Introdução à Pesquisa Qualitativa*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Fongaro, M. L. H., & Sebastiani, R. W. (1996). Roteiro de avaliação psicológica aplicada no hospital geral. In: V. A. Angerami-Camon (Org.). *E a Psicologia entrou no Hospital* (pp. 5-64). São Paulo, SP: Pioneira Thomson Learning.
- Fontaine, D. K. (1994). Non-pharmacological management of patient distress during mechanical ventilation. *Critical Care Clinics*, 10(4), 651-657.
- Fontelles, M. J., Simões, M. G., Farias, S. H., & Fontelles, R. G. S. (2009). Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. *Revista Paraense de Medicina*, 23(3). Recuperado de <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2009/v23n3/a1967.pdf>
- Fortes, P. A.C., & Martins, C. L. (2000). A ética, a humanização e a saúde da família [Número especial]. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 53, 31-33.
- Fowler, J., & Smyth, K. (1997). Application of a transactional model of stress and coping with critically ill patients. *Dimensions of critical care nursing*, 16, 292-299
- Freud, S. (1969). Reflexões para os tempos de guerra e morte. In *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 310-341). (J. Salomão, Trad.). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Original publicado em 1915).
- Gil, A. C. (2006). *Funções Psíquicas, suas Alterações e a Dinâmica do Sujeito em Processo de Hospitalização* (Monografia de graduação). Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, SC.
- Gomes, A. M. (1988). *Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva* (2 ed. rev. e amp.). São Paulo, SP: Editora Pedagógica e Universitária.
- Gouveia, F. A. C. P., & Franco, M. H. P. (2008). Humanização do processo assistencial: a família como cuidadora. In E. Knobel, *Psicologia e Humanização: Assistência aos Pacientes Graves* (pp. 213-229). São Paulo, SP: Atheneu.
- Guerra, D. R. (1998). *Morte na UTI: compreensão de enfermeiras*. (Trabalho de Conclusão de Curso de graduação). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE.
- Haberkorn, A., & Bruscato, W. L. (2008). Qualidade de vida e internação em UTI. In E. Knobel, P. A. Andreoli, & M. R. Erlichman, *Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves* (pp. 125-131). São Paulo, SP: Atheneu.
- Hamel, M. B., Davis, R. B., Teno, J. M., Knaus, W. A., Lynn, J., Harrell, F. Jr., . . . Phillips, R. S. (1999). Older age, aggressiveness of care, and survival for seriously ill, hospitalized adults. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. *Annals of Internal Medicine*, 131(10), 721-728.

- Hayden, W. (1994). Life and near-death in the Intensive Care Unit. *Critical Care Clinics*, 10(4), 651-657.
- Hinde, R. A. (1979). *Towards Understanding Relationships*. New York: Academic Press Inc.
- Horta, W. A. (1979). *Processo de Enfermagem*. Ribeirão Preto, SP: Pedagógica.
- Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora. (n.d.a). Apresentação. Recuperado de <http://www.ufjf.br/hu/institucional/apresentacao/>
- Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora. (n.d.b). Indicadores Pro-Hosp. Recuperado de <http://www.ufjf.br/hu/indicadores/indicadores-pro-hosp/>
- Houaiss, A., & Villar, M. S. (2010). *Mini Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro, RJ: Objetiva.
- Jeammet, P., Reynaud, M., & Consoli, S. (1982). *Psicologia Médica*. Rio de Janeiro,, RJ: Masson.
- Kandel, E. R., Schwartz, J. H., & Jessell, T. M. (1995). *Fundamentos da Neurociência e do Comportamento*. Rio de Janeiro, RJ: Prentice-Hall do Brasil.
- Kitajima, K., & Cosmo, M. (2008). Comunicação entre paciente, família e equipe no CTI. In E. Knobel, P. A. Andreoli, & M. R. Erlichman, *Psicologia e Humanização: Assistência aos Pacientes Graves* (pp. 93-100). São Paulo, SP: Atheneu.
- Knobel, E., Laselva, C. R., & Moura, D. F. Jr. (2006). *Terapia Intensiva: Enfermagem*. São Paulo, SP: Atheneu.
- Koizumi, M. S. (1990). Método de avaliação do nível de consciência e interpretação. *Acta Paulista de Enfermagem*, 3(1), 17-24.
- Koizumi, M. S. (2000). Avaliação neurológica utilizando a Escala de Coma de Glasgow: origem e abrangência. *Acta Paulista de Enfermagem*, 13(1), 90-94.
- Kóvacs, M. J. (1998). Avaliação da qualidade de vida em pacientes oncológicos em estado avançado da doença. In M. M. J. Carvalho, *Psico-oncologia no Brasil: resgatando o viver* (pp. 159-185). São Paulo, SP: Summus.
- Kübler-Ross, E. (2008). *Sobre a Morte e o Morrer: o que os Doentes Terminais têm para Ensinar a Médicos, Enfermeiras, Religiosos e seus Próprios Pacientes* (9a ed.). São Paulo, SP: WMF Martins Fontes.
- Laureys, S., Faymonville, M-E., & Maquet, P. (2002). Quelle conscience durant le coma? *Pour La Science*, (302), 122-128.
- Lei nº 10.406/2002, de 10 de janeiro. *Diário Oficial da União*, p. 1. Presidência da República. Brasília, DF.
- Lei nº 9.434/1997, de 4 de fevereiro. *Diário Oficial da União*, p. 2191. Presidência da República. Brasília, DF.

- Lent, R. (2005). *Cem Bilhões de Neurônios. Conceitos Fundamentais de Neurociência*. São Paulo, SP: Atheneu.
- Lent, R. (2008). *Neurociência da Mente e do Comportamento*. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Lent, R. (2010). *Cem Bilhões de Neurônios: Conceitos Fundamentais de Neurociência*. (2a ed.). São Paulo, SP: Atheneu.
- Lima, C. (2005). Do conceito ao diagnóstico de morte: controvérsias e dilemas éticos. *Medicina Interna*, 12(1), 6-10.
- Lipp, M. E. N. (Org.). (1996). *Pesquisa sobre Stress no Brasil: Saúde, Ocupações e Grupos de Risco*. Campinas, SP: Papirus.
- Lizana, F. G., Bota, D. P., De Cubber, M., & Vincent, J. L. (2003). Long-term outcome in ICU patients: what about quality of life? *Intensive Care Medicine*, 29(8), 1286-1293.
- Lopes, W. O., Saupe, R., & Massaroli, A. (2008). Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 7, 241-247. doi:10.4025/cienccuidsaude.v7i2.5012
- Lowen, A. (1990). *A Espiritualidade do Corpo*. São Paulo, SP: Cultrix.
- Lynch, J. J. (1978). The simple act of touching. *Nursing*, 8(6), 32-36.
- Macedo, I. S. C., Mateus, D. C., Costa, E. D. M. C., Asprino, A. C. L., & Lourenço, E. A. (2009). Avaliação do Ruído em Unidades de Terapia Intensiva. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 75, 844-846. doi:10.1590/S1808-86942009000600012
- Manoni, M. (1995). *O Nomeável e o Inominável: a Última Palavra da Vida*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.
- Marcon, C., Luna, I. J., & Lisbôa, M. L. (2004). O Psicólogo nas Instituições Hospitalares: Características e Desafios. *Psicologia Ciência e Profissão*, 24(1), 28-35.
- Marini, E. (2006). *Psicologia Hospitalar: Utilização de Técnicas Transpessoais e Metáforas no Atendimento Hospitalar*. São Paulo, SP: Vetor.
- Marino, R. Jr. (1975). *Fisiologia das Emoções: Introdução à Neurologia do Comportamento, Anatomia e Função do Sistema Límbico*. São Paulo, SP: Sarvier.
- Meltzer, L. E., Pinneo, R., & Kirchell, J. R. (2001). *Enfermagem na Unidade Coronariana* (3a ed.). São Paulo, SP: Atheneu.
- Mendes, C. L., Vasconcelos, L. C. S., Tavares, J. S., Fontan, S. B., Ferreira, D. C., Diniz, L. A. C., ... Silva, S. L. (2008). Escalas de Ramsay e Richmond são equivalentes para a avaliação do nível de sedação em pacientes gravemente enfermos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 20, 344-348. doi:10.1590/S0103-507X2008000400005

- Menezes, R. A. (2000). Díficeis decisões: uma abordagem antropológica da prática médica em CTI. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 10, 27-49. doi:10.1590/S0103-73312000000200002
- Mindell, A. (1991). *O Caminho do Rio. A Ciência dos Processos do Corpo Onírico*. São Paulo, SP: Editorial.
- Ministério da Saúde [MS]. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2008a). *HumanizaSUS. Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS*. (4a ed.). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde [MS]. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. (2008b). *HumanizaSUS : Visita Aberta e Direito a Acompanhante*. (2. ed.). Brasília: Ministério da Saúde.
- Montagu, A. (1988). *Tocar. O significado humano da pele*. São Paulo, SP: Summus.
- Moraes, R. S., Fonseca, M. L. F., & Leoni, C. B. R. (2005). Mortalidade em UTI, fatores associados e avaliação do estado funcional após a alta hospitalar. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 17(2), 80-84.
- Morais, G. S. N., Costa, S. F. G., Fontes, W. D., & Carneiro, A. D. (2009). Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, 323-327. doi:10.1590/S0103-21002009000300014
- Morin, E. (1997). *O Homem e a Morte*. Rio de Janeiro, RJ: Imago.
- Moritz, R. D. (2007). Como melhorar a comunicação e prevenir conflitos nas situações de terminalidade na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19, 485-489. doi:10.1590/S0103-507X2007000400014
- Morsch, C., & Barros, E. (2006). Qualidade de Vida em Terapia Intensiva In D. P. Diniz, & N. Schor, *Guia de Qualidade de Vida* (pp. 91-101). Barueri, SP: Manole.
- Moura, D. F. Jr., Laselva, C. R., & Guastelli, L. R. (2006). Estrutura e Organização. In E. Knobel, C. R. Laselva, & D. F. Jr. Moura, *Terapia Intensiva: Enfermagem*. São Paulo, SP: Atheneu.
- Moura, M. D. (1996). Psicanálise e urgência. In M. D. Moura, *Psicanálise e Hospital* (pp.). Rio de Janeiro, RJ: Revinter.
- Moura, M. D., & Mohallem, L. N. (2003). Quem Cuida se Cuida. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 6(2), 8-15.
- Moura, M. D., Mohallen, L., & Faria, S. M. (1995). O psicanalista no CTI. In B. W. Romano, *A prática da Psicologia nos Hospitais* (pp. 149-172). São Paulo, SP: Pioneira.
- Muniz, E. C. S., Thomaz, M. C. A., Kubota, M. Y., Cianci, L., & Sousa, R. M. C. (1997). Utilização da Escala de Coma de Glasglow e Escala de Coma de Jovet para Avaliação do Nível de Consciência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 31, 287-303. doi.org/10.1590/S0080-62341997000200010

- Novoa, M., & Valderrama, P. B. (2006). The Role of the Psychologist in an Intensive Care Unit. *Universitas Psychologica*, 5(3), 599-612.
- Oliveira, C. P. F. (2005). A Construção do Conceito de Consciência em Freud, Marx e Adorno. *Inter-Ação*, 30(2), 305-329.
- Oliveira, E. B. S., & Sommermam, R. D. G. (2012). A Família Hospitalizada. In: B. W. Romano, *Manual de Psicologia Clínica para Hospitais* (pp. 117-143). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Oliveira, E. C. N. (2002). O Psicólogo na UTI: Reflexões sobre a Saúde, vida e Morte nossa de cada dia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 22, 30-41. doi:10.1590/S1414-98932002000200005
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (1993). *CID-10 - Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas* (D. Caetano, Trad.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Pereira, P. P. G. (2012). Limites, traduções e afetos: profissionais de saúde em contextos indígenas. *Mana* 18, 511-538. doi:10.1590/S0104-93132012000300004
- Pinto, F. E. M. (2003). Psicologia e Hospital: Uma Reflexão sobre a Cognição e a Afetividade. *Revista Roteiro*, 10(1), 83-99.
- Pinto, F. E. M. (2004). *Por Detrás dos seus Olhos: A Afetividade na Organização do Raciocínio Humano* (Dissertação de mestrado). Universidade de Campinas, Campinas, SP.
- Pinto, F. E. M. (2005). A Afetividade na Organização do Raciocínio Humano: Uma Breve Discussão. *Psicologia: Teoria e Prática*, 7(1), 35-50.
- Pinto, F. E. M. (2007). A Dimensão Afetiva do Sujeito Psicológico: Algumas Definições e Principais Características. *Revista de Educação*, 10(10), 9-15.
- Plum, P., & Posner, J. B. (1972). *Diagnosis of stupor and coma*. (2a ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Plum, F., Posner, J. B., Saper, C. B., & Schiff, N. D. (2011). *Diagnóstico del Estupor y Coma*. Madrid, ES: Marbán Libros.
- Portaria nº 466/1998, de 04 de junho. *Diário Oficial da União*, Seção 1, p. 9. Ministério da Saúde. Brasília, DF.
- Portaria nº 3.432/1998, de 12 de agosto. *Diário Oficial da União*, Seção 1, p. 109. Ministério da Saúde. Brasília, DF.
- Portenoy, R. K., Lupu, D., Arnold, R. M., Cordes, A., & Storey, P. (2005). *Journal of Palliative Medicine*, 8, 266-268. doi:10.1089/jpm.2005.8.266
- Porto, C. C. (1990). *Semiologia Médica*. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.

- Pregnotatto, A. P. F., & Agostinho, V. M. (2010). O Psicólogo na Unidade de Terapia Intensiva – Adulto. In M. N. Baptista, *Psicologia Hospitalar: Teoria, Aplicações e Casos Clínicos* (2a ed.). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Prochet, T. C., & Silva, M. J. P. (2010). Competência Comunicacional: o que é isso ? *Revista Técnico-Científica de Enfermagem*, 8(25), 112-118.
- Puggina, A. C. G. (2011). *Análise das Respostas Vitais, Faciais e de Tônus Muscular Frente ao Estímulo Música ou Mensagem em Pacientes em Coma, Estado Vegetativo ou Sedado* (Tese de doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Puggina, A. C. G., Silva, M. J. P., Gatti, M. F. Z., Graziano, K. U., & Kimura, M. (2005). A percepção auditiva nos pacientes em estado de coma: uma revisão bibliográfica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18, 313-319. doi:10.1590/S0103-21002005000300013
- Queirós, G. C. P. (2011). *Análise Computacional de Imagens de Ressonância Magnética Funcional* (Dissertação de estrado). Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, Porto, PT.
- Rabello, G. D. (2003). Coma e Estados Alterados de Consciência. In R. Nitrini, *A Neurologia que todo Médico deve saber* (pp. 143-169). São Paulo, SP: Atheneu.
- Reber, A. R., & Reber, E. S. (2001). *Dicitionary of psychology*. London, UK: Penguin.
- Resolução nº 1.480/1997, de 21 de agosto. Diário Oficial da União, Seção 1, p. 18227. Conselho Federal de Medicina. Brasília, DF.
- Resolução nº 466/2012, de 12 de dezembro. *Diário oficial da União*, Seção 1, p. 59. Ministério da Saúde, Conselho Nacional da Saúde. Brasília, DF.
- Ribeiro, I. D. F., & Leal, S. F. (2010). A Atuação do Psicólogo junto do Paciente Crítico, seus Familiares e Equipe de Saúde. In M. S. T. Filgueiras, F. D. Rodrigues, & T. M. S. Benfica (Orgs.), *Psicologia Hospitalar e da Saúde: Consolidando Práticas e Saberes na Residência* (pp. 119-143). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Rimachi, R., Vincent, J. L., & Brimioulle, S. (2007). Survival and quality of life after prolonged intensive care unit stay. *Anaesthesia and Intensive Care*, 35(1), 62-67.
- Romano, B. W. (1999). *Princípios para a Prática da Psicologia Clínica em Hospitais*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Sampaio, F. (1991, abr./jun.). Um Contributo para a Humanização Hospitalar. *Hospitalidade*, 26-33.
- Santos, D. G., & Caregnato, R. C. A. (2013). Familiares de pacientes em coma internados na Unidade de Terapia Intensiva: percepções e comportamentos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 15, 487-495. doi:10.5216/ree.v15i2.16929
- Santos, M. D. A. E. (2011). Coma e alterações do nível de consciência. *Revista Médica Ana Costa*, 16(3), 58-64.

- Santos, S. R. (1999). Métodos Qualitativos e Quantitativos na Pesquisa Biomédica. *Jornal de Pediatria*, 75, 401-406. doi:10.2223/JPED.335
- Schaffer, H. R. (1984). *The Child's Entry into a Social World*. London, UK: Academic Press Inc.
- Scragg, P., Jones, A., & Fauvel, N. (2001). Psychological problems following ICU treatment. *Anaesthesia*, 56(1), 9-14
- Silva, A. L. M., & Andreoli, P. B. A. (2008). Cuidando de Pacientes “Difíceis” ou Famílias “Difíceis”. In E. Knobel, P. A. Andreoli, & M. R. Erlichman, *Psicologia e Humanização: Assistência aos Pacientes Graves* (pp. 113-124). São Paulo, SP: Atheneu.
- Silva, M. J. P. (2000). Humanização em UTI. In E. A. Cintra, V. M. Hishide, & W. A. Nunes, *Assistência de Enfermagem ao Paciente Crítico* (pp. 1-11). São Paulo, SP: Atheneu.
- Silva, M. J. P. (2002). O Papel da Comunicação na Humanização da Atenção à Saúde. *Revista Bioética*, 10(2), 73-88.
- Silva, M. J. P. (2011). *Comunicação tem Remédio: a Comunicação nas Relações Interpessoais em Saúde*. São Paulo, SP: Loyola.
- Silva, M. J. P. (2012). Comunicação de Más Notícias. *O Mundo da Saúde*, 36(1), 46-53.
- Silva, M. J. P., & Dobbro, E. R. L. (2000). Reflexões sobre a Importância da Mente na Recuperação do Paciente em Coma. *Mundo Saúde*, 24(4), 249-254.
- Simões, M. (1996). Consciência e Estados Modificados de Consciência em Psicoterapias. *Psicologia*, 11(2/3), 15-49.
- Simonetti, A. (2011). *Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença*. (6a ed.). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Souza, E. M. (2008). *A Percepção dos Pacientes acerca da Internação na Unidade de Terapia Intensiva* (Monografia de especialização). Centro Educacional São Camilo, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, SC.
- Souza, I. D. (2012). *Integralidade da Assistência: a Narrativa de Usuários Egressos de Unidade de Terapia Intensiva no Sistema Único de Saúde* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG.
- Strongman, K. T. (1998). *A Psicologia da emoção – uma perspectiva sobre as teorias da emoção*. Lisboa, PT: Climepsi.
- Stroppa, A., & Almeida, A. M. (2008). Religiosidade e Saúde. In M. I. Salgado, & G. Freire (Orgs.), *Saúde e Espiritualidade: Uma Nova Visão da Medicina* (pp. 427-443). Belo Horizonte, MG: Inede.
- Stumm, E. M. F., Kuhn, D. T., Hildebrandt, L. M., & Kirchner, R. M. (2008). Estressores Vivenciados por Pacientes em uma UTI. *Cogitare Enfermagem*, 13(4), 499-506.

- Torres, A. (2012). O Paciente em Estado Crítico. In B. W. Romano, *Manual de Psicologia Clínica para Hospitais* (pp. 39-59). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Torres, C. W., Guedes, G. W. & Torres, C. R. (1983). *A Psicologia e a Morte*. Rio de Janeiro, RJ: Fundação Getúlio Vargas.
- Transferetti, J. (2007). *Morte Qual seu Significado? Entre a Medicina, a Filosofia e a Teologia*. Campinas, SP: Alínea.
- Tuoto, E. A. (2012). História da Unidade de Terapia Intensiva (UTI). In E. A. Tuoto, *História da Medicina*. Recuperado de <http://historyofmedicine.blogspot.com.br/2012/09/historia-da-unidade-de-terapia.html>
- Ulvik, A., Kvale, R., Wentzel-Larsen, T., & Flaatten, H. (2008). Quality of life 2-7 years after major trauma. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 52(2), 195-201.
- Vaz, I. M., Maia, M., Melo, A. M. C., & Rocha, A. (2011). Desmame Ventilatório Difícil. O Papel da Medicina Física e de Reabilitação. *Acta Médica Portuguesa*, 24(2), 299-308.
- Walker, J. S., Eakes, G. G., & Siebelink, E. (1998). The effects of familial voice interventions on comatose head-injured patients. *Journal of Trauma Nursing*, 5(2), 41-46.
- Webster, N. (1979). *Webster's new twentieth century dictionary*. New York, NY: Simon and Schuster.
- Wittgenstein, L. (1967). *Philosophical Investigations*. Oxford: Blackwell.
- Zamberlan, M. A. T., & Biasoli-Alves, Z. M. M. (Orgs.). (1997). *Interações Familiares: Teoria, Pesquisa e Subsídios à Intervenção*. Londrina, PR: UEL.

APÊNDICES

Apêndice A – Planilha de Avaliação

PLANILHA DE AVALIAÇÃO		
NOME:		
SEXO: () MASC () FEM	ESTADO CIVIL:	IDADE:
PRONTUÁRIO:	DIAGNÓSTICO:	

Data da medição / /			ECGI:		
	15:30:00h	16:00:00 h	16:30:00 h	17:00:00 h	17:30:00 h
Pressão Arterial					
Frequência Cardíaca					
Frequência Respiratória					

Data da medição / /			ECGI:		
	15:30:00h	16:00:00 h	16:30:00 h	17:00:00 h	17:30:00 h
Pressão arterial					
Frequência Cardíaca					
Frequência Respiratória					

Data da medição / /			ECGI:		
	15:30:00h	16:00:00 h	16:30:00 h	17:00:00 h	17:30:00 h
Pressão arterial					
Frequência Cardíaca					
Frequência Respiratória					

Apêndice B – Roteiro de Entrevista

A – Identificação:

Nome:

Idade:

Grau de Parentesco:

Cidade onde reside:

B- Questões:

1. Como é o(a) Sr(a). Fulano(a) antes da internação?
2. Como é o relacionamento de vocês antes da internação?
3. Com qual frequência você visita o(a) Sr(a). Fulano(a)?
4. Como o(a) Sr(a). Fulano(a) veio parar aqui no CTI?
5. Como você se sente quando está aqui no CTI ?
6. O(a) Sr(a). percebe alguma alteração no(a) Sr(a). Fulano(a) durante as suas visitas?
7. Quais alterações ele(a) apresenta na sua companhia?
8. Você pensa que desde que o(a) Sr(a). Fulano(a) se internou aqui no CTI ele(a) teve alguma melhora? Se sim, qual?

Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CARLA CRISTINA SOARES DE OLIVEIRA DO VALE
 ENDEREÇO: RUA JAYME SCHMITZ, 229/101 – ENCOSTA DO SOL
 CEP: 36083-013 – JUIZ DE FORA – MG
 FONE: (32) 3223-3434/9114-0776
 E-MAIL: CARLADRA@BOL.COM.BR

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Paciente comatoso: Sujeito e Objeto”. Este estudo tem como objetivo identificar como o paciente comatoso reage à visita de seus familiares na UTI e possibilitar, a partir dos resultados, um melhor preparo dos familiares para vivenciar este momento de crise e estimular de forma adequada e eficaz seu doente internado na UTI do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora.

O motivo que me leva a estudar tal temática é reforçar a importância das visitas aos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: aplicação de uma entrevista semi-estruturada a ser preenchida junto com os familiares e utilizado uma tabela onde se medirá as alterações dos parâmetros vitais do paciente antes, durante e depois da visita recebida, atentando para o anonimato.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou não do estudo. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “Avaliação da resposta emocional em pacientes comatosos”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2012.

Nome	Assinatura participante	Data
Nome	Assinatura pesquisador	Data
Nome	Assinatura testemunha	Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o
 CEP HU - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HU/UFJF
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO UNIDADE SANTA CATARINA
 PRÉDIO DA ADMINISTRAÇÃO SALA 27

ANEXOS

Anexo A – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
HOSPITAL HUNIVERSITÁRIO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP-HU/CAS/UFJF
RUA CATULO BREVIGLIERI S/Nº - B. SANTA CATARINA
36036-110- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº 036/10

Protocolo CEP-UFJF: 015-420-20110 **FR:** 399026 **CAAE:** 0010.0.180.420-11

Projeto de Pesquisa: Avaliação da resposta emocional em pacientes comatosos

Versão do Protocolo e Data: 07/02/2011

Grupo: III

Pesquisador Responsável: Antenor Salzer Rodrigues

Pesquisadores Participantes: Carla Cristina Soares de Oliveira do Vale

TCLE: 07/02/2011

Instituição: Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora

Sumário/comentários do protocolo:

- **Justificativa:** A Unidade de Tratamento Intensivo unidade dedica-se ao atendimento de pacientes em condições consideradas críticas, ou seja, pacientes que demandam cuidados especializados e ininterruptos devido à gravidade do quadro clínico e risco de virem ao óbito.

- **Objetivo:** Identificar como o paciente comatoso reage à visita de seus familiares.

Verificar se a família altera a resposta afetiva do paciente internado na UTI a partir de sua estimulação durante as visitas.

Pesquisar se existe percepção auditiva nos pacientes considerados comatosos.

Reforçar a importância da boa comunicação com os pacientes comatosos.

- **Metodologia:** A pesquisa será quantitativa e realizada na UTI do Hospital Universitário de Juiz de Fora

- **Características da população a estudar:** Foi elaborada uma tabela com os seguintes parâmetros: frequência cardíaca, temperatura axilar, pressão arterial, saturação de oxigênio e frequência respiratória dos pacientes internados na UTI.

- **Orçamento:** Sob a responsabilidade do pesquisador

Cronograma: Adequado para a realização da pesquisa

- **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:** O TCLE está em linguagem adequada, clara para compreensão dos participantes do estudo, com descrição suficiente dos procedimentos, explicitação de riscos e forma de contato com o pesquisador e demais membros da equipe.

- **Pesquisador:** apresenta experiência e qualificação para a coordenação do estudo. Demais membros da equipe também apresentam qualificação para atividade que desempenharão durante o estudo.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP-HU/CAS da UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96 e suas complementares manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Salientamos que o pesquisador deverá encaminhar a este comitê o relatório final.

Situação: Projeto APROVADO

Juiz de Fora, 28 de fevereiro de 2011.

Dra. Angélica Maria Collier
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
HU/CAS da UFJF

RECEBI
DATA: 22 / 03 / 2011
Carla Cristina Soares de Oliveira
Psicóloga
CRP - 04725384