

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

A COMUNICAÇÃO ENTRE A EQUIPE DE SAÚDE E O PACIENTE EM
COMA: DOIS MUNDOS DIFERENTES EM INTERAÇÃO

MARIA IRENE PIRES DOS REIS FERREIRA

FLORIANÓPOLIS, SETEMBRO DE 2000

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

A COMUNICAÇÃO ENTRE A EQUIPE DE SAÚDE E O PACIENTE EM
COMA: DOIS MUNDOS DIFERENTES EM INTERAÇÃO.

*Dissertação submetida à Universidade Federal
de Santa Catarina para a obtenção do título de
Mestre em Engenharia de Produção*

MARIA IRENE PIRES DOS REIS FERREIRA

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:

ERGONOMIA

ORIENTADOR:

PROF. FRANCISCO ANTONIO PEREIRA FIALHO, DR.

ORIENTADOR: PROF. FRANCISCO ANTONIO PEREIRA FIALHO, DR.

CO-ORIENTADORA: PROF^a. ZULEICA MARIA PATRÍCIO, DR^a.

FLORIANÓPOLIS, SETEMBRO DE 2000

**A COMUNICAÇÃO ENTRE A EQUIPE DE SAÚDE E O PACIENTE EM COMA:
DOIS MUNDOS DIFERENTES EM INTERAÇÃO**

MARIA IRENE PIRES DOS REIS FERREIRA

Esta Dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre em Engenharia, especialidade em Engenharia de Produção, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina, em setembro de 2000.

Coordenador do Programa

Prof. Ricardo Miranda Barcia, Ph.D.

Banca Examinadora:

Prof. Francisco Antonio Pereira Fialho, Dr.
Presidente

Profª . Zuleica Maria Patrício, Drª .
Co-Orientadora

Prof. Glaycon Michaels Dr.
Membro

DEDICATÓRIA

Agradeço ao Universo de possibilidades infinitas que me proporciona sempre tudo o que é importante na hora certa.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor João dos Santos (*in memoriam*) por me ter despertado para o amor incondicional.

À Fundação Bial pelo apoio na minha vinda para o Brasil.

Ao Professor Francisco Fialho por me ter ensinado a voar.

À Professora Zuleika Patrício por me ensinar a aterrar.

À Rosa Maria Rupp pelo seu empenhamento nas causas amorosas.

À minha amiga e mestra Vera Saldanha pelas preciosas lições de vida.

Ao amigo Mário Simões pela disponibilidade, carinho e incentivo às viagens interiores.

A todos os profissionais da instituição hospitalar que me acolheu, pelo apoio e carinho.

Às pessoas em coma que me ajudaram a recuperar uma parte perdida do meu ser.

Ao Dr. Jorge Dias pelo seu interesse, carinho e apoio permanentes.

À Kalina pela ajuda técnica sempre dedicada e carinhosa e pela amizade.

À minha mãe Hermínia por estar sempre ao meu lado e conseguir crescer com a minha ausência.

Ao meu irmão Armando pela ajuda constante a distância.

À Marta e a Inês Martins, por me ajudarem a compreender que o oceano pode unir e não separar.

À todos os meus amigos do Brasil que têm sido também pai e mãe, pelo carinho, apoio e presença constantes na minha vida.

À todos os meus amigos de Portugal, em especial Irene e Jaime e José Afonso, por estarem sempre comigo apoiando inequivocamente as minhas decisões de vida.

A todas as pessoas que ao longo da vida e das formas mais diversas contribuíram para o desenvolvimento da minha consciência.

RESUMO

O objetivo deste trabalho é analisar e compreender a comunicação entre a equipe de saúde e o paciente em coma profundo, com total ausência de respostas verbais ou não-verbais a estímulos externos. É um estudo de abordagem qualitativa, com dados coletados a partir de uma entrevista semi-estruturada, desenvolvido numa unidade de terapia intensiva de um hospital geral da cidade de Florianópolis. A população estudada é constituída por dez elementos da equipe de saúde. O estudo mostra que a equipe e o paciente se encontram em dois mundos distintos sem possibilidade de comunicação: a consciência vígil e o estado modificado de consciência. É feita uma reflexão sobre o modo de funcionamento dessas duas realidades e sugere-se que seja incorporado um outro modelo de comunicação ao que já existe; para tal é necessário que a equipe passe por um processo de mudança interior e se proponha a conhecer os seus próprios estados modificados de consciência. Para se comunicar com o paciente em coma é necessário que cada elemento da equipe se comunique com as dimensões desconhecidas de si próprio.

ABSTRACT

The aim of this work is to analyze and understand the communication between the medical team and the patient under deep coma, with a total lack of oral and non-oral response to external stimuli. This is a study with a qualitative approach, with data collected through a semi-structured interview, developed by the Intensive Therapy Unit of a general hospital in the city of Florianópolis. The group studied is formed of ten members of the medical team. The study shows that the medical team and the patient find themselves in two different worlds without the possibility of communication: the alert consciousness and the state of altered consciousness. An analysis is made of the way in which these two realities work and suggests that a new way be incorporated in the model of communication that now exists; to this end it is essential that the medical team goes through a process of inner change and proposes to know its own state of altered consciousness. To communicate with a patient in coma it is necessary that each member of the team reaches for the unknown dimension of himself or herself.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	iv
AGRADECIMENTOS	v
RESUMO	vi
ABSTRACT	vii
I INTRODUÇÃO	10
1.1 Antecedentes do trabalho	10
1.2 Justificativa.....	12
1.3 Objetivos do trabalho.....	14
1.4 Organização do trabalho.....	14
II REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
2.1 Que é o coma?	16
2.2 Quais são as causas do coma?.....	19
2.3 Como se avalia o coma.....	21
2.4 Coma e outras situações clínicas.....	23
2.5 Estados modificados de consciência	24
2.6 Coma como estado modificado de consciência.....	34
2.7 Comunicação	36
2.8 Equipe de saúde	39
III TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	42
3.1 Tipo de estudo	42
3.2 Sujeitos e local da pesquisa	43
3.3 Aspectos éticos da pesquisa.....	44
3.4 O caminho da pesquisa.....	44
3.5 Registro e análise dos dados	46
IV A EQUIPE INTERAGINDO COM O PACIENTE EM COMA: AS CENAS	48
4.1 O Cenário assistencial	48
4.2 Como a equipe interage com o paciente em coma?.....	53
4.3 Em que momentos a equipe se comunica como paciente?.....	57
4.4 Quais as respostas do paciente que a equipe percebe?.....	60
4.5 Qual a Fonte de Aprendizagem da Equipe para se comunicar com o paciente?	62
4.6 Quadros resumo das entrevistas.....	63
<i>Quadro 1 - Como a equipe interage com o com o paciente em coma</i>	63
<i>Quadro 2 - Os momentos em que a equipe se comunica com o paciente</i>	65
<i>Quadro 3 - As respostas que a equipe espera e percebe</i>	67
<i>Quadro 4 - Fontes de aprendizagem da equipe</i>	69
V DISCUSSÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	70
5.1 O mundo dos significados	71
<i>A equipe</i>	71
<i>O paciente</i>	73
5.2 O mundo das necessidades	74
<i>A equipe</i>	74

<i>O paciente</i>	76
5.3 O mundo das crenças	77
<i>A equipe</i>	77
<i>O paciente</i>	80
5.4 O mundo das emoções.....	80
<i>A equipe</i>	80
<i>O paciente</i>	81
5.5 O mundo dos valores.....	83
<i>A equipe</i>	83
<i>O paciente</i>	84
VI REFLEXÕES FINAIS	85
VII BIBLIOGRAFIA	89
ANEXOS	94

I INTRODUÇÃO

*Sonho que se sonha sozinho é apenas um sonho
Sonho que se sonha junto é realidade*
Raul Seixas

1.1 Antecedentes do trabalho

Tenho cada vez mais dificuldade em estabelecer antecedentes ou marcos importantes para os acontecimentos da minha vida. Tudo é uma grande teia que constantemente se faz e refaz, destrói e recria, originando um movimento permanente que não tem início nem fim.

Retrocedendo na compreensão deste momento até onde a memória permite, lembro-me de um professor, enquanto era aluna do curso de Psicologia, que se recusava a fornecer bibliografia aos alunos, ávidos de acumular conhecimentos e passar nas provas. Um dia segui-lhe os passos na saída da aula e pedi diretamente a tal bibliografia que ele não dava nunca. Olhou para mim com ar terno e suave e respondeu: "não te preocupes, minha filha, o que cura realmente é o amor". Olhei para ele sentindo na pele o que ele queria dizer, embora sem conseguir pôr em palavras.

Suas palavras foram uma semente que ficou germinando. A dado momento da vida quis fertilizar o terreno para que a semente crescesse mais e mais, cortando velhos padrões de funcionamento, afrontando os medos que me ligavam às circunstâncias do meu país natal e decidi para o Brasil. Uma bolsa de pesquisa da Fundação Bial no Porto, Portugal, foi fundamental neste processo. A proposta era pesquisar as possibilidades de comunicação telepática com pacientes em coma. Se não podem se comunicar por meios consensualmente aceitos, quem sabe não poderiam fazê-lo por meios não consensuais?

Depois de um longo período de dois anos de resistência ao projeto, encontrei finalmente abertura numa unidade de terapia intensiva e dei início ao trabalho. A trajetória desta pesquisa (ainda em curso) possibilitou-me um contato próximo com o paciente em coma; durante algum tempo apenas contemplei tudo o que poderia estar acontecendo com ele afastando todas as racionalizações possíveis sobre o que ia observando. Simplesmente entreguei-me sem propósito predeterminado, deixando aflorar o que era importante, sem grandes expectativas. E foi assim que começaram a surgir sensações de paralisia no meu corpo, como se uma força estranha bloqueasse toda a percepção. Talvez este tenha sido o momento mais rico de todo este trabalho. Dei-me conta de que minha mente estava profundamente viva, mas o corpo estava morto. Afinal, ambos tínhamos uma experiência idêntica: esse estado de ausência de resposta a estímulos externos também estava dentro de mim! Este foi o ponto mais sofrido, mas também o mais desafiante. O desafio foi mergulhar a fundo em áreas até então inexploradas, recuperar a dimensão física do meu ser e perceber que os estados de vida ou morte são independentes da dimensão biológica. Se eu posso estar morta em vida, porque um paciente em coma não pode estar vivo, ainda que pareça morto? Se podem coexistir em mim vida e morte, mantendo-se intacto o meu potencial como ser humano, por que isso não pode acontecer no coma? O que nos separa, qual a fronteira entre o coma e nós mesmos?

A pesquisa sobre a possibilidade de comunicação telepática continua. Mas a idéia de que o ser humano é um conjunto de estados, realidades ou mundos passíveis de serem acessados ficou clara na minha vivência e é isso que este trabalho pretende pôr em relevo, por meio do olhar sobre a comunicação. Independentemente das habilidades específicas da equipe de saúde, todas as pessoas se comunicam e podem colocar essa ferramenta a serviço da ajuda à pessoa em coma.

E o que isso tem a ver com o amor? O amor é aceitação de que, num nível mais profundo, todos somos semelhantes e que as nossas possibilidades são ilimitadas. Amar é redescobrir-se através do outro, reconhecendo que somos partes uns dos outros e aceitando incondicionalmente as limitações como detalhes circunstanciais da vida, independentes do nosso inesgotável potencial.

Talvez o desenvolvimento da atitude amorosa ajude o paciente em coma a seguir o seu caminho, seja ele qual for, viver ou morrer. Mas se chegarmos a este nível de ajuda do outro, creio que estaremos ajudando todos os seres do universo e nós próprios. Teremos

então conseguido interagir através de algo que é comum e infindável; neste ponto, acredito que a cura será possível, tal como me ensinou o meu professor da graduação.

1.2 Justificativa

O paciente em coma na unidade de terapia intensiva encontra-se em situação de profundo isolamento com sérios compromissos orgânicos, ou em risco de vir a tê-los; a ameaça à vida é constante, o que requer assistência permanente e um aparato tecnológico considerável e que tem sido responsável pela restituição de muitas vidas e pela melhoria da qualidade de vida depois da saída do coma.

A tecnologia intensiva, associada ao clima impessoal da UTI, cria uma atmosfera "asséptica", deslocando o foco dos cuidados assistenciais da pessoa para a máquina. Cada vez mais tocar, olhar e sentir, para captar sinais vitais do paciente, estão sendo substituídos pela informação captada dos monitores. A tecnologia deixou de ser um meio e corre um sério risco de se transformar num fim em si mesma.

A intensividade dos cuidados implica uma presença permanente junto ao paciente. Seria natural pensar que esse contato tão constante levasse a uma maior proximidade, a uma interação mais profunda. Mas isso não acontece; a presença junto do paciente é centrada nas tarefas e procedimentos, e não na pessoa sobre os quais eles incidem.

Observando o momento da visita, é notória a dificuldade com que os familiares se aproximam do paciente. Como interagir com alguém que não responde? Um dia o pai de um jovem recém internado em coma profundo disse-me ter receio de chegar ao pé do filho, porque tinha sido informado que ele estava sedado para não se emocionar. Dei-me conta de que o isolamento entre o paciente e a família, cujo papel na recuperação é incontestável, também pode ser uma realidade.

Não encontrei no acervo de dissertações e teses nenhum trabalho relacionado com a comunicação com pessoas em coma. Uma pesquisa na Medline e na Internet não apresentou qualquer item relacionado com o tema específico de comunicação. Surgiram vários itens relacionados com grupos de ajuda a famílias e programas intensivos de estimulação.

O coma é entendido como a ausência máxima de consciência e caracteriza-se pela ausência de respostas verbais e não verbais, conscientes, a estímulos externos (Plum e Posner, 1977). Embora seja aceito que as pessoas em coma possam ouvir e sentir, não é esperado que dêem respostas.

A idéia de que a pessoa em coma não possui consciência leva a desvalorizar todos os sinais que ela emite, considerando-os automáticos, não conscientes. A crença de que ela não pode se comunicar conduz a não observar esses mesmos sinais.

Isolado pelo ambiente da UTI, pela mecanização dos procedimentos técnicos, pela tecnologia e até pela família, o paciente em coma é um receptor passivo das decisões e do corpo clínico. Não se sabe o que ele sente e o que ele quer. Não se conhecem as suas necessidades e os seus mais elementares direitos estão impedidos de manifestar-se. E, afinal, como pode alguém "inconsciente" possuir vontade?

Quando se observa a interação entre a equipe e a pessoa em coma, ressalta um conjunto de contradições. Quanto mais intensivo é o tratamento, menos profundo é o contato efetivo da equipe; quanto mais isolado está o paciente, menos a equipe interage com ele; quanto mais ele precisa ser entendido, menor é a compreensão do que se passa. Onde existem paradoxos existe um grande potencial de evolução se existir a coragem de deixar de olhar mais com os mesmos olhos e se puder olhar o mesmo com olhos diferentes.

A minha formação em Psicologia Transpessoal permitiu-me "navegar" por muitas formas de consciência; pude perceber que aquilo a que se refere o "estar consciente" é uma parcela ínfima da vida mental que, na sua maior parte, se desenrola na "inconsciência". Consciência e inconsciência são apenas dois extremos de um contínuo que é o processo de vida e a possibilidade de vivenciar as realidades desse contínuo encerra um profundo potencial de transformação. Ao longo desse contínuo de estados diferentes de consciência, denominados na literatura de "estados modificados de consciência", está incluído o coma (Krippner, 1972 e Dias, 1995).

O estudo experimental dos estados modificados de consciência veio mostrar que se tratam de formas de consciência qualitativamente diferentes e inseparáveis, se pretendermos conhecer a natureza do ser humano e da vida (Tart, 1975). Estes trabalhos deram origem a novas abordagens psicoterápicas e a novas formas de entender a saúde

mental e a vida em geral, mas não geraram mudanças na assistência psicológica às pessoas em coma.

Com este trabalho, pretendo levantar questões que suscitem o interesse pela pesquisa da consciência no coma, compreender a comunicação entre a equipe de saúde e o paciente, e dar subsídios para uma comunicação entre equipe e paciente que promova a interação e o crescimento de ambos.

1.3 Objetivos do trabalho

Nesta dissertação proponho-me pôr em relevo alguns componentes básicos da comunicação entre a equipe de saúde e o paciente em coma, ponderar os dados encontrados tendo como referência o que se sabe hoje sobre estados modificados de consciência e vida psicológica durante o coma, e refletir sobre possíveis melhorias no processo comunicativo. Para tanto, o estudo teve, como objetivo geral, analisar a comunicação que se expressa entre a equipe de saúde e o paciente em situação de coma na unidade de terapia intensiva, e como objetivos específicos os seguintes:

- identificar as interações da equipe de saúde com o paciente em situação de coma;
- identificar como a equipe de saúde percebe as respostas do paciente;
- identificar os momentos em que ocorre a comunicação;
- identificar como a equipe adquiriu habilidades para se comunicar com o paciente.

1.4 Organização do trabalho

O trabalho é composto de sete capítulos, conforme apresento a seguir.

Capítulo I – Neste capítulo reflete-se sobre a problemática que me motivou a elaborar o trabalho, sua importância e conexão com a minha vida, e são explicitados os objetivos a serem atingidos.

Capítulo II – É apresentada uma reflexão teórica sobre o coma como manifestação de uma outra dimensão de consciência, e ainda sobre a comunicação e a equipe de saúde.

Capítulo III – É descrito o caminho escolhido para responder às questões do estudo.

Capítulo IV – Os dados coletados no estudo são apresentados sob forma de uma descrição inserida no ambiente de pesquisa, ilustrada com as falas dos sujeitos entrevistados.

Capítulo V – É feita uma discussão dos dados organizados em temas significativos, recorrendo aos autores citados na revisão bibliográfica e a outros relevantes para o tema, e à experiência da autora como pesquisadora participante.

Capítulo VI – Os objetivos propostos e os dados interpretados são objeto de uma reflexão ponderada, sugerindo-se novas questões de pesquisa.

II REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Devemos fechar os olhos e invocar um novo modelo de ver...um estado de vigília que é direito de nascença de todos nós, embora poucos dele se sirvam
Plotino

2.1 Que é o coma?

A palavra “coma” vem do grego *koma* e significa sono profundo, letargia, um estado de inconsciência do qual o indivíduo não pode ser despertado.

No coma existe um comprometimento sério da consciência. É difícil falar de coma sem falar de consciência, e é igualmente difícil falar de consciência, porque ela faz de tal forma parte de nós que não conseguimos reconhecê-la. Podemos falar sobre o que ela faz, como se comporta, com o que se parece, mas o que é permanece como um mistério, como afirma Ouspensky (1949: 295): “a consciência é indefinível(...) com os recursos habituais que dispomos é impossível demonstrar a presença de consciência em outro homem. Só a conhecemos em nós mesmos”.

Jaspers, citado por Simões (1996), define consciência como a totalidade da experiência momentânea inserida na corrente contínua da vida psíquica. Sri Aurobindo, citado por Weil (1976), afirma que existe em nós um "eu" que faz parte de um "eu universal"; uma parte desse eu universal está em contato com os nossos cinco sentidos, que transformam esse eu num eu parcial, dando a impressão de uma separação entre nós e o

mundo externo, entre o observador e observado. Ou seja, o mundo que percebemos é uma parte do eu total ao qual ele pertence.

Definições metafóricas, como a de Wolf (2000), pretendem desvincular-se da tendência a localizar e definir a consciência: "é uma imensa onda oceânica que em tudo penetra. Quando há atos de consciência a onda transforma-se em bolha e depois vira espuma".

Ken Wilber (1997) resume como a consciência tem sido tratada nas diferentes escolas:

- 1- A ciência cognitiva tem se apoiado no modelo computacional e vê a consciência como o produto de redes hierárquicas integradas sem se ocupar muito das relações entre consciência e estruturas cerebrais.
- 2- O introspecionismo ancora a consciência na introspeção e interpretação do conhecimento imediato e da experiência vivida na primeira pessoa (eu).
- 3- A neuropsicologia vê a consciência ancorada em sistemas neuronais orgânicos de complexidade suficiente.
- 4- A psicoterapia individual vê a consciência ancorada nas capacidades adaptativas de cada organismo. As escolas de psicoterapia abordam a questão da consciência porque têm como objetivo dar conta da necessidade humana em criar significados e sentidos para a vida. Quando há uma ruptura desse sentido surgem os sintomas dolorosos e o estresse.
- 5- A psicologia social vê a consciência embutida em redes com significado cultural e alternativamente como um produto social também.
- 6- Na psiquiatria clínica a consciência é o sistema neuronal, de tal forma, que um problema situado ao nível da consciência provoca um desequilíbrio no sistema neuronal corrigível com medicação.
- 7- A psicologia do desenvolvimento vê a consciência como um processo que acontece só longo do desenvolvimento e que toma diferentes arquiteturas conforme o estágio de desenvolvimento em que se encontra.
- 8- A medicina psicossomática vê a consciência como uma forte interação com os processos orgânicos, tal como é evidenciado na psiconeuroimunologia.

- 9- O estudo dos estados modificados de consciência usando drogas psicodélicas tem revelado aspectos da consciência que de outra forma ficariam sem ser estudados.
- 10- As tradições orientais acentuam que a consciência ordinária é apenas uma versão restrita de uma consciência mais elevada - a consciência em si - que para esta ser evocada necessita de práticas como o ioga ou a meditação.
- 11- As abordagens quânticas da consciência vêm-na como capaz de interagir como mundo físico através de interações quânticas quer no corpo humano quer ao nível intracelular quer no mundo material em geral.
- 12- A pesquisa sobre energias sutis postulam que há tipos de energias mais sutis além das quatro reconhecidas pela física e que essas energias são como que o elo perdido entre a mente intencional e o corpo físico.

A consciência surge nesta classificação ligada ao cérebro como órgão (1, 3, 6, 8) mas também ancorada numa intencionalidade (2, 4, 7, 10, 11) que não pode ser explicada em termos físicos ou empíricos.

O estudo da consciência confunde-se com as questões profundas sobre a natureza do homem e pertence, hoje, a uma multiplicidade de disciplinas: Psicologia, Biologia, Neurofisiologia, Ciências da Computação e Física. Todos os contributos têm sido relevantes para a sua compreensão, nenhum deles esgotando o assunto, cuja pesquisa e discussão se mantêm em aberto.

Simões (1996;109) propõe a seguinte definição em processo:

(...) é a totalidade experiencial da vida psíquica momentânea, dentro do fluir contínuo desta e que se manifesta pelas capacidades de captar, ordenar, integrar e responder a estímulos do mundo interior e exterior assim como de elaborar a comunicação verbal e comportamentos intencionais.

Esta definição aponta para a consciência como organizadora da identidade e com funções específicas de integração com a realidade do sujeito, admitindo a experiência como um todo que se constitui a partir de estímulos externos e internos, vindos do próprio sujeito. Por estar em progresso, pode incorporar dados relevantes de pesquisas futuras.

Plum e Posner (1977) salientam que o coma consiste na ausência de qualquer reação psicologicamente compreensível a estímulos externos ou necessidades internas. Apesar dos avanços verificados nos últimos anos no que diz respeito ao estudo da consciência (Tart, 1975, Weil, 1991 e Grof, 1992), com repercussão no aparecimento de novas psicoterapias, o estudo da consciência no coma permanece ainda ligado a definições quantitativas a partir de estímulos externos e comportamentos observáveis.

Durante o coma o paciente apresenta deterioração fisiopatológica do sistema ativador reticular e dos hemisférios cerebrais e, conseqüentemente, dos mecanismos de retrocomunicação entre o sistema ativador reticular e o córtex cerebral. O coma resulta geralmente de lesões estruturais dos hemisférios cerebrais e do tronco cerebral. A sua profundidade pode ser variável, desde o coma ligeiro ou leve, em que há resposta a estímulos dolorosos, conservando-se os reflexos e os sinais vitais, até o coma profundo, com total ausência de resposta a estímulos, abolição dos reflexos e grave alteração dos sinais vitais (Becerra, 1987).

Athayde (1987) afirma que no coma se observam quase somente sinais de vida vegetativa e reflexa, mas a observação e relatos posteriores de certos doentes revelam que é mantido ou pode manter um sentir de auto-existência, manifestado pela presença de movimentos de defesa como resposta a estímulos dolorosos e reações a posições incômodas. Em alguns casos podem surgir perturbações de memória, mas em outros podem verificar-se recordações de fatos passados como num sonho, o que denuncia a presença de uma certa atividade integradora dos centros nervosos.

No coma há um comprometimento sério das estruturas cerebrais e uma ausência de relação com o mundo externo; no entanto, não podemos concluir que não haja atividade cognitiva.

2.2 Quais são as causas do coma?

Dias (1995;51), citando Calado e Lacerda, apresenta três tipos de lesões cerebrais que estão na origem do coma.

- Lesões supratentoriais – comprimem as estruturas medianas profundas que são herniados através do buraco da tenda do cerebelo para a fossa posterior, gerando sofrimento do tronco cerebral.
- Lesões infratentoriais (lesivas ou compressivas) – por acidente vascular, tumor, traumatismo do tronco cerebral ou lesões compressivas extrínsecas.
- Lesões metabólicas – vastas zonas cerebrais com o seu metabolismo afetado perturbando a formação reticular.

Citando os mesmos autores, Dias (1995;49) sintetiza no quadro que se segue as causas do coma:

1	Intoxicação acidental
2	Lesões intracranianas
	Traumatismos cranianos
	Tumores e abscessos cerebrais
	Lesões vasculares – trombozes
3	Infecções intracranianas
	Meningite
	Meningoencefalite
4	Perturbações metabólicas
	Insuficiência hepática
	Hipóxia
	Endocrinológicas
	Cetoacidose diabética
	Coma hiperosmolar não cetônico
	Hipoglicemia
	Hipertiroidismo
	Insuficiência renal
	Hipopituitarismo
	Secreção inapropriada da hormona antidiurética
	Distúrbios ácidos base e hidroeletrólíticos
5	Epilepsia
6	Miscelânea

Fonte: Dias (1995;49)

As causas são múltiplas, como se pode verificar pela classificação citada, mas as causas de natureza traumática assumem uma fatia significativa da totalidade dos casos.

De acordo com Gomes (1988), o tratamento das pessoas em coma assenta em alguns pilares fundamentais comuns a qualquer tipo de coma: a monitorização eletrocardiográfica e do pulso, algaliação e controle eletrolítico, boa ventilação e oxigenação cerebral, controle de secreções e prevenção de úlceras de decúbito.

2.3 Como se avalia o coma

Plum e Posner (1977) afirmam que só é possível avaliar a consciência no coma através das suas manifestações, pela presença ou ausência de certos comportamentos. E que a sua integridade se manifesta pela possibilidade de raciocinar apropriadamente e de forma compreensível, mantendo preservada a relação com o meio externo

Existem diversos métodos de avaliação Gomes (1988;147):

- Observação e descrição detalhada das respostas do paciente.
- Listas de checar que consistem na listagem de respostas convencionadas, para distinguir as alterações do nível de consciência, sendo o dado de avaliação assinalado no período correspondente.
- Escores onde se computam numericamente as respostas obtidas dos pacientes segundo um padrão pré estabelecido em graus de gravidade.
- Gráficos evolutivos que permitem uma visão objetiva das alterações do nível de consciência apresentadas pelo paciente durante um período predeterminado.

A avaliação da consciência enquadra o paciente em termos classificatórios como sonolência, turpor, semicoma e coma mas a subjetividade dos conceitos obriga a uma complementação com avaliações que utilizam escores.

Todas as formas de avaliação apresentam vantagens e desvantagens e freqüentemente se associam avaliações baseadas em escores com outras descritivas.

A avaliação da consciência no coma através da escala de Glasgow é a mais usada e constitui-se como uma linguagem comum a todos utilizadores.

A escala baseia-se em três itens subdivididos em várias respostas como se pode verificar no quadro que se segue :

Olhos abertos	Esponaneamente	4
	A Ordens verbais	3
	À dor	2
	Não há resposta	1
A ordens verbais	Obedece	6
Melhor Resposta Motora a estímulos dolorosos	Localiza dor	5
	Flexão retirada	4
	Flexão anormal (decorticação)	3
	Extensão (descerebração)	2
	Não há resposta	1
Melhor Resposta Verbal	Conversa e orientado	5
	Conversa e desorientado	4
	Palavras inapropriadas	3
	Sons incompreensíveis	2
	Não há resposta	1
Total		3-15

Fonte: Andrade (1994, p.49)

Como se pode observar na escala acima reproduzida o nível de consciência é avaliado pelas respostas verbais ou motoras do paciente aos estímulos verbais ou dolorosos imprimidos pela equipe. As respostas motoras são procuradas a partir da execução de ordens verbais do tipo "abrir e fechar os olhos" ou "mostrar a língua", a reatividade à dor é verificada pelo beliscamento dos membros e a orientação é avaliada buscando resposta a questões simples - "onde está?", "qual o seu nome?", "que dia é hoje?"

O escore máximo da escala é de 15 e corresponde à consciência plena, vigíl e ao estado neurofisiológico normal; o mínimo é 3 corresponde ao coma profundo onde não há resposta alguma a estímulos externos.

É importante acentuar que a escala mede uma consciência inferida por um observador externo no momento da avaliação sendo a imparcialidade do observador garantida pela padronização das perguntas e respostas. Os resultados obtidos na escala de

Glasgow são utilizados, em conjunto com outros dados clínicos, para determinar procedimentos clínicos e efetuar prognósticos de evolução.

2.4 Coma e outras situações clínicas

É importante distinguir o coma de outros quadros clínicos, tal como propõem Greenberg, Aminoff e Simon (1996;324):

Irresponsabilidade psicogênica – desordem psiquiátrica, manifestação de esquizofrenia do tipo catatônico ou distúrbio somatoforme, conversão ou somatização ou simulação.

Estado vegetativo persistente – pacientes que recuperam a vigília, mas não a consciência, e podem manter esse quadro durante muitos anos.

Síndrome de encarceramento – corresponde a um estado em que a consciência está preservada, mas os pacientes estão mudos e paraplégicos.

Morte cerebral – cessação irreversível de todas as funções cerebrais, definida na lei pelos seguintes sinais diagnósticos (Andrade,1994;415);

- 1- Paciente em coma profundo e estabelecido, não desencadeado por hipotermia ou fármacos depressores.
- 2- Paciente com ausência total de receptividade e resposta ao ambiente.
- 3- Paciente com ausência total de atividade motora.
- 4- Paciente sem sinal algum de descorticação ou descerebração.
- 5- Paciente com ausência total de reflexos: manutenção das pupilas fixas perante luz direta e dilatadas durante 24 horas ou mais, sem instilação de colírios.
- 6- Paciente com ausência de reflexos oculocefálicos e oculovestibulares aos movimentos bruscos da cabeça e à instilação de água gelada nos ouvidos.
- 7- Paciente não pestaneja quando se verificam os reflexos corneais.
- 8- Paciente não apresenta reflexos faciais.
- 9- EEG durante 30 minutos sem registro de atividade, repetido seis horas depois do primeiro.
- 10- Constatação dos sinais mencionados seis horas depois.

De acordo com os autores, é fundamental distinguir situações em que existem alterações patológicas no processamento dos estímulos externos, ausência de apreensão e resposta a esses estímulos, apreensão de estímulos externos mas impossibilidade motora de resposta e ainda ausência de apreensão e respostas aos estímulos, mas de caráter irreversível.

Um diagnóstico diferencial correto é indispensável à determinação das necessidades assistenciais do paciente e implica não só uma avaliação do nível de consciência, mas também física e psicológica.

2.5 Estados modificados de consciência

Vimos que consciência é um termo com muitos significados e acepções. Estar consciente implica estar desperto em relação ao que se passa ao redor e dentro de nós. Sabe-se que noventa e cinco por cento dos processos cognitivos do homem têm um processamento automático inconsciente; estar consciente diz respeito apenas a uma fatia limitada da realidade cognoscível (Lewick et al., 1992).

W. James, citado por Ornstein (1991), afirma que a nossa consciência desperta normal ou consciência racional, não passa de um tipo especial de consciência e, afastada dela por uma fina tela estão formas de consciência potenciais e totalmente diferentes. Podemos atravessar a vida sem desconfiar de sua existência; mas ao aplicar o estímulo requerido elas surgem com toda a perfeição. Qualquer descrição do universo em sua totalidade não poderá ser definitiva se forem desconsideradas essas outras formas de consciência.

Para W. James, não existe no homem uma única forma de consciência, mas muitas, que se encontram em estado potencial e adormecido, prontas para serem despertadas.

O estudo de formas "de consciência potenciais" e "totalmente diferentes" de que fala W. James tem-se intensificado nos últimos anos nos Estados Unidos e na Europa, e surgem na literatura com o nome de "estados alterados de consciência", "estados modificados de consciência", "estados não ordinários de consciência" e "estados incomuns de consciência". A palavra "alterados" não implica nenhum juízo de valor, tem apenas um caráter descritivo. A facilidade com que a expressão é identificada com modos patológicos de funcionamento tem levado a preterir essa denominação em favor de outras. Ao longo deste trabalho será usada a expressão "estado modificado de consciência" (EMC).

Tart (1975) afirma que um estado modificado de consciência é uma alteração qualitativa no padrão de funcionamento mental, e que quem experimenta essa alteração sente que a consciência funciona de maneira radicalmente distinta do seu modo habitual de operar.

Weil (1991) afirma que um estado de consciência é definido por um padrão total de funcionamento e não por um conteúdo específico da consciência, comportamento ou alteração fisiológica. O autor acentua ainda que coexiste dentro de nós uma infinidade de realidades possíveis, tantas quanto os estados de consciência aos quais temos acesso.

Simões (1998a;110), citando Kokosza, define estados modificados de consciência como "uma modificação na experiência subjetiva ou funcionamento psicológico, reconhecida pelo próprio ou um observador, em relação a certas normas gerais e para um determinado indivíduo". Ou seja, um estado modificado de consciência tem um caráter pessoal, uma vez que o que é um estado modificado para um determinado indivíduo pode ser um estado comum para outro.

Todos conhecemos vários estados de consciência: o estado desperto ou de vigília, o sono e o sonho. Mas, para além destes, existem uma infinidade de estados possíveis. Por exemplo, quando fechamos os olhos e relaxamos, deslocamos a atenção para o nosso interior, mudamos de estado de consciência; quando, de repente, estamos na rua e alguém suspeito se dirige a nós, entramos num estado de alerta, uma outra forma de consciência; quando nos concentramos interiormente sobre uma determinada emoção, adquirimos um outro estado de consciência. Existe uma grande variabilidade de estados que percorremos durante o dia, embora só percebamos a oscilação entre a vigília e o sono.

Embora a pesquisa sobre EMC seja recente, referências a formas qualitativamente diferentes de ver o mundo estão descritas desde os mais remotos tempos (May,1997;123):

"Depois de algum tempo, certos raios de luz, conforto e doçura divina, espalharam essas névoas e trasladaram a alma do servo de Deus para o paraíso de delícias interiores e doçura celestial." Palavras de S. João da Cruz.

"O Tao se obscurece quando fixamos o olhar apenas em pequenos segmentos da existência". Chuang-Tzé.

"Um ser humano é uma parte do todo a que chamamos universo, uma parte limitada no tempo e no espaço, que concebe a si mesmo, às suas idéias e sentimentos como

algo separado de tudo o resto. É como se fosse uma espécie de ilusão de óptica da sua consciência". Albert Einstein.

Krippner (1972) identificou vinte estados de consciência, correspondentes a funcionamentos psicológicos diferentes; o vigésimo estado é o estado "normal" comum e desperto, caracterizado pela lógica, pela racionalidade, pelo pensamento de causa-efeito e pela sensação de estar no controle da atividade mental.

Weil (1989) apresenta uma classificação mais sucinta dos diferentes estados de consciência.

Estado de consciência de sono profundo (sem sonhos) – A consciência volta a ser ela mesma, em unidade com a consciência universal, um mundo onde não operam os cinco sentidos e as funções do ego. É como se durante este momento fôssemos reabastecer-nos na fonte energética para continuar a caminhada na vida.

Estado de consciência de sonho – A seguir ao sono profundo entramos em fase de sonho – sabe-se que sonhamos quatro vezes por noite –, caracterizada pela movimentação rápida dos olhos, que denuncia a formação de imagens. Considera-se aqui o sonho telepático, o sonho simbólico e as experiências de saída do corpo.

Estado de consciência de devaneio – É um estado intermediário entre a vigília e o sonho, acontece quando estamos prontos para dormir ou em relaxamento. Neste estado passam pela nossa mente imagens idéias desconexas. É um estado em que ocorrem muitas das idéias criativas, a atenção é difusa e ocorre uma total disponibilidade para o que vier à mente.

Estado de consciência de vigília – é o estado no qual nos encontramos quando estamos acordados e a partir do qual consideramos inconscientes os outros estados, e em que a consciência opera mediada pelos cinco sentidos.

Estado de despertar – Há uma ampliação do campo da consciência de vigília aos outros três estados: sono, sonho e devaneio. Acontece um contato com o "eu observador", o que está e sempre esteve, mas que se identifica com as emoções e, por isso, se perde provisoriamente. Neste estado de expansão o amor se sublima e estende-se a todos os seres do universo. A concentração em estado de relaxamento profundo e a meditação são um caminho para o despertar.

Estado transpessoal ou de consciência cósmica – Resulta da integração dos quatro estados anteriores; é um estado de sono profundo em que é mantido um registro do estado de vigília. Trata-se de ir para além da dualidade matéria-psiquismo e viver tudo como uma só realidade. É o estado descrito pelos iogues orientais ou ocidentais que praticam meditação por meio de exercícios especiais.

Outros estados de consciência – Os estados descritos anteriormente são obtidos por meios naturais. Existem outros que são induzidos por drogas (por exemplo, LSD, estados anestésicos) ou por outras pessoas (trances hipnóticos).

É como se cada estado de consciência fosse uma janela que abre a possibilidade de ver cenários diferentes. A janela mais comum é a do estado vígil e põe-nos em contato com uma realidade externa, compartilhada e consensual – a única que a maioria de nós conhece. Porque não conhecemos outra e porque todas as pessoas participam da mesma realidade, criamos a ilusão de que é a única e uma tendência a considerar patológico tudo o que sai dela.

São muitos os padrões de consciência aos quais podemos ter acesso. Basta fechar os olhos, relaxar, concentrar o foco da atenção nos movimentos respiratórios, permanecendo assim algum tempo. A simples interrupção do fluxo de entrada dos estímulos através da visão permite o acesso a uma outra forma de "ver" e sentir, um outro estado de consciência.

Os estados modificados podem ocorrer espontaneamente ou ser induzidos por efeito de alucinógenos, privação sensorial (meditação, relaxamento e hipnose) e sobrecarga de estímulos (dança, música).

Existem estados modificados de consciência patológicos como, por exemplo, no caso da esquizofrenia e das psicoses, e que Simões (1996) distingue dos normais quando ocorrem sem serem desejados, impedem soluções adequadas para a vida cotidiana e são a forma dominante de experiência do indivíduo.

O estudo experimental dos EMC iniciou-se com os trabalhos de Grof (1994), um psiquiatra e psicanalista checo, radicado nos Estados Unidos há cerca de vinte anos, que desenvolveu a utilização terapêutica dos estados modificados de consciência (respiração

holotrópica), contando hoje com a experiência e o registro de mais de vinte mil sessões com pessoas de culturas diferentes.

A experiência holotrópica – combinação de hiperventilação com música e trabalho corporal – induz uma modificação de estado de consciência que abre a porta, faz emergir conteúdos inerentes ao período intra-uterino desde a concepção até ao nascimento e vida adulta. E outros que não encontram arcabouço explicativo dentro do modelo clássico de pensamento cartesiano, indo para além da dimensão biográfica do indivíduo, denominados “experiências transpessoais”.

Segue-se o relato de algumas dessas experiências por pessoas que passaram por sessões de respiração holotrópica (Grof, 1994;45).

Relato de uma experiência perinatal:

Eu me sentia preso em máquinas de aço que ameaçavam me sufocar até à morte...meu campo visual brilhava, com um aspecto de cores vermelhas que tinham uma qualidade terrível e numinosa... eu me sentia conectado com as dimensões metafísicas de todos os tipos de crueldade...mas também com o mistério do ciclo menstrual...O tema subjacente a isto tudo parecia ser uma profunda identificação com a luta do bebê para libertar-se das garras do canal de parto.

Relato de uma experiência transpessoal (Grof, 1994;145):

Eu tive a sensação da presença de muitos meus amigos com quem compartilho um sistema de valores... eu não estava vendo mas os estava percebendo em sua totalidade através de um complexo processo de identificação de áreas de concordância e diferenças entre nós... num certo momento parecia que nós havíamos nos unido e nos tornado uma rede completamente unificada, uma entidade com propósito claro e sem contradições internas. E então esse organismo transformou-se no que eu chamei de "nave espacial da consciência.

Outro tipo de experiências – "experiências de quase morte" (EQM) e "experiências de saída do corpo" (ESC) – têm sido também consideradas estados modificados de consciência (Schroeter-Kundhart, 1993).

Macormick (1977), citando Osis, afirma que nas experiências fora do corpo a pessoa está totalmente consciente, em pleno uso das suas capacidades mentais e emocionais (muitas vezes tem medo) e vivência estar fora do corpo, como se o centro da sua

consciência estivesse projetado fora. Neste estado incorpóreo o indivíduo sente uma enorme solidão por não poder comunicar com os seres corpóreos sob os quais flutua, tanto mais que ele ouve e vê tudo o que se passa. Também acontece uma comunicação telepática, direta, entre a mente dele e de outras pessoas no estado normal.

As EQM estão relatadas por Osis, Haraldson (1977) e Moody (1988), e acontecem numa situação em que a pessoa está tão próxima da morte que acredita estar morta, é dada como clinicamente morta, mas sobrevive e continua a vida física (acidente, choque). Kastenbaum (1984) afirma que o isolamento sensorial, febre e fadiga, que ocorrem em certas EQM, provocam uma desorganização do funcionamento mental da relação corporal e da captação dos estímulos externos, facilitando a subjetividade da experiência e o desequilíbrio entre estímulos internos e externos.

Kubler-Ross (1996), médica suíça radicada nos Estados Unidos, estudou durante toda sua vida pacientes terminais e moribundos, e observou que nos momentos que antecedem a morte a consciência passa por diferentes estados, cujos conteúdos se enquadram nas experiências de quase morte e fora do corpo, e que a integração dessas experiências é uma grande oportunidade para recriar a vida, mesmo que a saída seja a morte.

Simões (1998b: 151) publica relatos dessas experiências que a seguir se transcrevem.

Experiência de quase morte



Encontro com outros seres depois da passagem do túnel

(...) de repente sua atenção é atraída por uma escuridão, que lhe parece estar a atravessar, sem corpo, mas com um sentido inequívoco de movimento – e pareceu-lhe que aquela tem a configuração dum túnel... à medida que se aproxima do final do túnel nota um pequeno ponto de luz, que se torna cada vez maior e brilhante... branca e dourada... sem fonte de procedência e que tudo cobre, sentindo-se permeado por ondas de amor puro. Sente que em conexão com essa luz existem presença ou "seres de luz"... quase sempre identificados como antepassados falecidos (algumas vezes dão notícias do futuro, figuras religiosas, cuja consciência mantém consigo um diálogo telepático). E nesse

momento ver um milhão de imagens simultâneas de tudo o que se passou na sua vida. Nesse momento toma consciência que deve regressar, para acabar uma tarefa, por causa da família... e sente dores.

Quem passou por uma EQM relata, na sua maioria, ter tido uma visão panorâmica do passado e o reconhecimento de situações a serem alvo de atenção no futuro. Muitos experimentaram estar no escuro, atravessar um túnel ou corredor e ver ao fundo uma luz clara cuja luminosidade ia aumentando à medida que iam se aproximando dela. Muitos viam familiares e amigos já mortos ou seres, figuras religiosas, anjos e outras pessoas com quem se comunicavam por pensamento.

Experiência de saída do corpo

Alguém dirige numa via rápida a grande velocidade e não vem o caminhão que vai à frente. Trava de repente mas é demasiado tarde. Produz-se uma terrível colisão e depois... um sentimento de extrema paz e bem estar. Não sente dor nem qualquer sensação corporal. Encontra-se num silêncio puro e cristalino e começa a ter uma consciência visual do ambiente. Parece-lhe que observa a cena de cima, com o seu corpo "lá em baixo", rodeado de pessoas preocupadas, mantendo-se desapegado e talvez questionando-se: "porque se preocupam com esse corpo... sinto-me perfeitamente bem". Contempla a cena, com seu automóvel, destroçado junto à estrada e observa à distância uma ambulância, que tenta abrir caminho entre o denso tráfego.



Observação do corpo imóvel

A experiência de saída do corpo acontece espontaneamente, associada a outros estados modificados de consciência (meditação, transe) ou isoladamente. O sujeito sente-se flutuar, voando por cima do próprio corpo físico, reconhecido e observado sem vida. Neste corpo que flutua a cinestesia está ausente; não existe dor, mas uma sensação de relaxamento; contudo, a audição e visão, por vezes num ângulo de 360 graus, estão mais apuradas. Experimentam a estranha sensação de atravessar paredes e poder ver o que acontece noutras salas ou viajar a outros lugares.

Weil (1989) e os seus alunos realizaram uma análise qualitativa a partir de descrições de experiências de saída do corpo e quase morte, no Brasil e no exterior, e apresentam no quadro que se segue as categorias de vivências encontradas.

<u>ESC– Experiência de Saída do Corpo</u>	<u>EQM – Experiências de Quase Morte</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Sentimento de voar acima do próprio corpo. • Sensação de sair do corpo pelas pernas, pés, barriga, cabeça, etc. • Visão do corpo como inerte ou morto a partir de um outro lugar. • Descrição da volta ao corpo. • Encontro com um ser que diz que a hora de partir não chegou e que deve voltar. • Sensação de falar para outras pessoas mas não ser ouvida. • Experiência de passar através de pessoas ou objetos, sem ser sentida. • Descrição de um tubo ou cordão que liga o corpo físico ao outro. • Experiência de passar por um túnel. • Viagens a outros lugares com descrição de pessoas, objetos, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Encontro com um ser em outra dimensão. • Visão de luz indescritível. • Saída do corpo físico. • Volta ao estado cotidiano. • Visão de objetos imateriais. • Descrição de objetos, animais e pessoas. • Visão do próprio corpo. • Comunicação com um ser em outra dimensão. • Depressão e tristeza posterior. • Elação, euforia, alegria durante a experiência. • Sensação de voar. • Transcendência de tempo–espaço. • Comparação entre as duas ordens de realidade. • Perda do medo da morte. • Sensação de peso, de volta à atração terrestre. • Vontade de ficar, de não voltar à realidade cotidiana. • Sentimento posterior de paz profunda. • Conhecimento imediato por revelação. • Descrição da volta ao corpo. • Sentimento de que a experiência é real.

Fonte: Weil (1979:p109)

A categorização de Weil amplia as descrições de MacCormick (1977). Os conteúdos das vivências de EQM e ESC têm em comum uma estrutura que põe em causa a lógica cartesiana como, por exemplo, o princípio da não-contradição: é possível ver-se em vários lugares ao mesmo tempo; muda a concepção de espaço e tempo lineares – imagens do passado, presente e futuro surgem num momento só; os conceitos de matéria como algo sólido mudam – é possível atravessar paredes e pessoas. É característica comum a estas

experiências uma imensa dificuldade em encontrar palavras que expressem a experiência, sendo necessário recorrer a metáforas e expressões simbólicas. Só quem vivência pode descrever o fenômeno.

Se pensarmos que 5% da população experimentam um fenômeno deste tipo, que nos EUA esse número se eleva a oito milhões e que no Brasil, aplicando-se aquela percentagem, daria um número em torno de sete milhões e meio, teremos uma medida da importância do fenômeno. No entanto, o interesse por este assunto é muito recente; constatei que a maior parte da bibliografia surge em publicações da enfermagem, fato apontado por Dias (1995) no seu estudo.

É de salientar o efeito transformador que esta experiência produz no indivíduo. Ring (1984) afirma que as mudanças produzidas por essas experiências incluem uma maior apreciação da vida, maior apreço por si próprio, um maior interesse pelo bem-estar do próximo, maior capacidade de expressar amor e um decréscimo no interesse pelas coisas materiais. A compreensão e a integração no dia-a-dia das experiências de estado modificado seriam o que habitualmente se chama busca espiritual (Grof, 1994; Weil, 1989).

Experiências de estados modificados de consciência caracterizam também as "viagens xamanísticas" ao encontro dos espíritos, mortos e animais de poder através dos vários mundos, inferior, intermédio e superior, com saídas espontâneas do corpo e com o objetivo de transformação e cura. São práticas muito antigas, e que nos chamam a atenção para a perenidade do fenômeno. Dado o seu efeito terapêutico, estão sendo hoje trazidas para os consultórios de atendimento psicológico.

No Brasil, além da tradição xamanística, encontramos rituais de cura no culto da Umbanda, personificado por um "médium" que atua em estado modificado sob o efeito do "espírito" para libertar a pessoa dos fluidos prejudiciais.

Os estados modificados são formas qualitativamente diferentes de funcionamento da consciência, permitem perceber realidades diferentes das que temos acesso no estado ordinário de consciência – o estado vígil. São pessoais e subjetivos, não são definidos por nenhum conteúdo em particular, mas por um padrão de funcionamento. Contudo, há aspectos que são comuns a todos eles (Ludwig, 1966):

- alterações de atenção, memória e julgamento;
- dificuldade de separação entre causa e efeito;
- ausência de conflito entre realidades incongruentes ou opostas;
- perturbação do sentido do tempo: aceleração ou desaceleração do tempo, sensação de estar fora do tempo;
- sensação de perda de controle acompanhada de medo;
- aparecimento de emoções mais primitivas e intensas do que o normal;
- alterações da imagem corporal, nomeadamente sensação de despersonalização e desrealização, cisão entre corpo e mente e dissolução das fronteiras entre o eu e o outro;
- inabilidade para comunicar a natureza da experiência a quem não tenha passado por ela (inefabilidade);
- sensação de renascimento e transformação depois da experiência.

Glicksohn (1993) afirma que os diferentes estados de consciência arrastam diferentes modos de cognição e que, de uma maneira geral, são uma consciência mais primitiva do que a do estado de alerta ou vígil. As diferenças entre os diferentes estados modificados ainda não estão completamente estabelecidas; no entanto, é comum a todos eles uma linguagem simbólico-metafórica: por exemplo, "vida", numa linguagem simbólico-metafórica, poderia ser "um lenço colorido que esvoaça durante um segundo e desaparece nas mãos de um mágico". Igualmente comum a todos eles é a subjetividade do significado dos conteúdos, o que torna impossível fazer deduções ou interpretações.

A resistência da comunidade científica à aceitação de realidades não consensuais, como as que se verificam nos estados modificados de consciência, tem uma história de mais ou menos trezentos anos. A intensificação dos estudos sobre a consciência, a criação de organismos e associações conceituadas de pesquisa e a velocidade de circulação da informação têm produzido uma abertura sensível ao tema nos últimos dez anos. O resultado está traduzido na classificação internacional de doenças, que já não considera como patológicas as manifestações de estados modificados de consciência que ocorrem em contextos religiosos ou culturais (trances) e define-os da seguinte forma (CID10, 1993;154):

Transtornos nos quais há uma perda temporária tanto do senso de identidade pessoal quanto da consciência plena do ambiente; em alguns casos o indivíduo age como que tomado por outra personalidade, espírito, divindade ou "força." A atenção e a consciência podem limitar-se ou concentrar-se em apenas um ou dois aspectos do ambiente imediato e há muitas vezes um conjunto limitado mas repetido de movimentos, posições e expressões vocais.

Uma nova linha de pesquisa sobre a neurofisiologia dos estados modificados está sendo levada a cabo em Portugal pela Associação Luso-Brasileira de Transpessoal, e no Brasil pelo Instituto de Terapia Regressiva a Vivência Passadas em parceria com a Universidade da Pensilvânia (EUA). Os resultados destas pesquisas visam compreender o que acontece na atividade elétrica do cérebro durante a experiência de estado modificado e trarão futuramente uma importante contribuição à compreensão que hoje temos sobre esses estados.

Baseado no fato de que todo o estado modificado de consciência apresenta características precisas e verbalmente formuláveis, Simões e al. (1986) desenvolveram um questionário para avaliação de estados modificados de consciência (APZ – Abnorme Psychischer Zustaende), com 158 questões de resposta Sim ou Não, elaborado a partir de dados coletados em diferentes fontes – descrições clínicas, escalas de observação psiquiátrica e outros questionários (Anexo 1). Este questionário foi alvo de um estudo em vários países da Europa e é usado para rastreio de estados modificados de consciência espontâneos ou induzidos.

2.6 Coma como estado modificado de consciência

A idéia de que o coma não é um estado de perda ou ausência de consciência (inconsciência), mas um estado onde existe uma consciência operando de forma qualitativamente diferente (EMC), é apontada por Krippner (1972) e Mindell (1994).

Mindell (1994) afirma que o coma é o mais profundo dos estados de consciência no qual, aparentemente, a pessoa não reage a estímulos externos, nem é capaz de se comunicar de forma nenhuma. O autor acentua, ainda, que a possibilidade de manter a

consciência no coma depende da habilidade de comunicação e determina a duração do estado e o crescimento possível durante a experiência.

Dias (1995) aplicou o questionário APZ (anexo 1) a um grupo de 44 sujeitos que tinham passado por uma experiência de coma e concluiu, a partir dos resultados recolhidos no pós-coma, que os relatos eram de experiências de estado modificados de consciência. Os seguintes relatos de vivências durante o coma (recolhidos no pós-coma) integram o estudo de Dias (1995;102):



Representação de medo, angústia e sofrimento

A experiência que vivi talvez seja diferente daquela que as pessoas viveram. Gostava no entanto de salientar que a experiência de "do lado de cá" ter a percepção de tudo o que me rodeava e os que me rodeavam não conseguiram transmitir nada. Isso significa uma sensação muito difícil de descrever ou relatar. É algo indescritível e pouco agradável: medos, angústias, poucas expectativas de chegar ao momento seguinte, muitos desconfortos de natureza corporal e psicológicos, em suma, muito sofrimento, para muito poucas interações humanas

Era constantemente assolada por sonhos que me faziam sofrer...as idéias sucediam-se umas atrás das outras...Lembro-me de estarem a olhar para mim. Pareciam umas caixas de robots...Amedrontada, questionava-me sobre quais as suas

intenções e questionava-me porque é que não percebi as minhas. Quando comecei a interpretar e a compreender tudo o que via e o que ouvia todas as histórias me pareciam confusas e loucas, cheguei a pensar que estava louca...planeava fugir...sabia que não conseguia nada, levantar as mãos ou sequer mexê-las. O tempo passava a conta gotas e eu não entendia o que me estava a acontecer. As minhas impressões do local onde me encontrava eram as seguintes; estava numa casa estranha parecia um bordel, cores vermelhas nas paredes, luzes intensas que me faziam doer os olhos. Estava deitada numa cama arredondada e sentia-me rodeada por casais (cujas faces posteriormente, coincidiam com as do pessoal que cuidava de mim) cheios de rituais estranhos... Prenderam-me para assistir ao casamento dele com outra mulher...chorei, gritei e tentei libertar-me. Será que ao debater-me para me soltar tenha arrancado, além das amarras, as sondas ou os soros?

Sinto que a minhas principais preocupações se situavam em torno da dificuldade em ouvir e falar. Sofria por não poder comunicar. Quando comecei a ficar consciente, continuava a ser terrível no período em que dormia. Cheguei a não saber se estava de olhos abertos ou fechados. Sentia-me a enlouquecer.

A revisão bibliográfica fundamenta a idéia que o estado de coma é um dos estados possíveis da nossa consciência, com um padrão comum às EQM e ESC, caracterizado pela ausência do uso da linguagem e sofrimento por não poder comunicar, uma percepção

modificada dos estímulos que podem ser internos ou externos, significado pessoal e subjetivo da experiência e emoções intensas, muitas vezes dramáticas.

Ao contrário de outras vivências de estados modificados, a experiência do coma não se revela terapêutica, deixando muitas vezes seqüelas que persistem durante muito tempo

Uma pesquisa na Medline não revelou nenhum item que abordasse o coma do ponto de vista psicológico; algumas publicações de enfermagem relatam experiências de pós coma em que são reconhecidas vozes e nomes de pessoas da UTI e ainda casos clínicos cujo desfecho positivo surpreendeu todas as previsões efetuadas.

2.7 Comunicação

De acordo com Stefanelli, (1993) a comunicação pode ser entendida como um processo de compreender, compartilhar mensagens enviadas e recebidas, sendo que as próprias mensagens e o modo como se dá o seu intercâmbio exercem influência no comportamento das pessoas envolvidas, em curto, médio ou longo prazo; essa mudança pode ocorrer no ambiente em que a comunicação é efetuada ou quando as pessoas se encontram distantes umas das outras ou do contexto, assinalando a existência de campo interacional que envolve constantemente as pessoas.

Para Beltrão (1982), o processo de comunicação tem por finalidade obter uma interação, isto é, provocar ações e reações entre indivíduos e grupos para o estabelecimento de uma cadeia recíproca de opiniões e comportamentos. No *Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa* (1986) a interação é definida como “uma ação que se exerce mutuamente entre duas ou mais coisas ou duas ou mais pessoas”.

Toda a situação de relação implica comportamentos que se expressam por mensagens sucessivas, a que Watzlawick (1967) chamou interação. Ainda segundo o autor, um comportamento não tem oposto, significa que não existe a "não-comunicação" ou que é impossível não comunicar. A comunicação acontece a todo o momento, quer haja palavras ou silêncio, intencionalidade ou não, consciência ou ausência dela. A comunicação está intrinsecamente ligada à vida.

Ao falar de comunicação, surgem algumas idéias-chave: é um processo, algo que se vai construindo a partir de uma troca de mensagens entre dois elementos, no mínimo: um **emissor** que tem algo a comunicar (intencionalmente ou não), estruturado e codificado sob a forma de uma mensagem, e um **receptor** que partilhe o mesmo sistema de significação, a fim de decodificar a mensagem. Quando o receptor responde, se transforma em emissor de um novo ato comunicacional, estabelecendo-se, assim, um fluxo de troca de mensagens.

O retorno na comunicação possibilita o estabelecimento de uma relação entre ambos os intervenientes. Um outdoor é um emissor que expõe uma mensagem direcionada a vários receptores; no entanto, porque não há retorno não pode ser estabelecida uma relação. Sem troca, sem partilha, não há processo de comunicação, como afirma Beltrão (1982): o processo de comunicação só estará completo quando ambas as partes estão informadas, prontas para adotar uma atitude com pleno conhecimento das idéias e sentimentos comuns. A troca de mensagens entre duas pessoas configura uma relação (Watzlawick, 1967).

Para comunicar uma idéia é necessário organizá-la e codificá-la. Esse código pode ser do tipo verbal, expresso através da fala ou da escrita, ou não-verbal, através de expressão facial, gestos, posturas, toque, voz e forma como a pessoa se organiza em relação ao espaço.

Silva (1996), citando Birdwhistell, afirma que apenas 35% dos significados sociais de qualquer interação correspondem às palavras pronunciadas, pois o homem é um ser multissensorial que, de vez em quando, verbaliza. Uma fatia considerável da comunicação humana passa pelo corpo como sede de expressões, gestos, movimentos e posturas. Comunicar sob a forma verbal é um ato que acontece voluntariamente; mas as mensagens não-verbais estão disponíveis a todo o momento, através da expressão corporal, como afirma Keleman (1992;9):

(...) a forma humana é um processo complexo de impulsos, sentimentos, imagens e ações que projetam e dão corpo à vitalidade da pessoa, numa expressão transitória mas durável. A existência humana baseia-se na corporificação. A realidade somática é como uma pessoa incorpora a si mesma, o como ela vivência essa corporificação e transforma experiências internas em uma forma pessoal.

Watzlawick (1967) denomina de digital a comunicação verbal e analógica a não-verbal, sendo esta mais arcaica e de maior validade geral do que a primeira, mais recente e abstrata: o uso destes dois modos de comunicação é uma característica da espécie humana.

Toda a mensagem expressa um conteúdo e permite estabelecer uma relação. Não existe só transmissão de informação ou conteúdo numa mensagem, existem informações sobre essa informação. Por exemplo, quando alguém diz "bom dia", é possível saber informações acerca da pessoa: se está triste, zangada., feliz ou surpresa.

Toda a comunicação tem um conteúdo explícito – o que é dito – e um conteúdo implícito – como é dito, ambos 0 complementares e presentes em todas as mensagens. Enquanto o conteúdo explícito reflete a atividade consciente do emissor, o conteúdo implícito reflete a atividade consciente e inconsciente. Dito de outra forma, cada ato de comunicação tem a marca da totalidade da sua vida psíquica, consciente e inconsciente.

Pensando no postulado de Watzlawick – "é impossível não comunicar" – e que toda a comunicação tem aspectos conscientes e inconscientes, onde o emissor afeta o receptor e este afeta o outro, e ambos afetam o meio que os circunda, deduz-se que a comunicação é a "matriz" em que se desenrola a existência humana. É a possibilidade de os homens interagirem que cria a percepção de si.

LeShan, (1995) citando Bateson, afirma que duas pessoas não podem ser vistas como intervenientes distintos no processo de comunicação. Não há troca de mensagens, mas uma simultaneidade de percepções e significados. É como se fosse criado um campo comum, que engloba o próprio contexto físico circundante em que os dois se fundem, criam uma nova *gestalt*, para depois se separem, mas já modificados. Na realidade, não é uma pessoa que se comunica com outra, mas as duas que se empenham em comunicar-se.

A comunicação dá-se por meio de sinais ou símbolos cujo significado é partilhado por ambos os intervenientes da comunicação. Na linguagem verbal a palavra assume esse papel. Construimos as mensagens com símbolos que conhecemos e aos quais associamos um significado que resultou da nossa experiência. Assim, o significado de um símbolo não tem que ser igual para ambos os intervenientes, mas tem que ser conhecidos por ambos. A nossa experiência delimita o uso dos símbolos lingüísticos e, portanto, as possibilidades comunicativas. Se perguntarmos a várias pessoas o que é tristeza, obteremos respostas diferentes e em consonância com a sua experiência individual.

A comunicação é um instrumento poderoso de ação sobre o outro. Na saúde importa utilizá-lo para ajudar o paciente a recuperar o bem-estar psicofísico. Independente das diferentes situações em que os intervenientes se encontram, é um ponto comum a todos os autores considerar que o estabelecimento de uma relação de confiança é determinante no estabelecimento de uma relação terapêutica. Para tal, é necessário que o emissor se imagine no lugar do outro, perceba o que ele está vivendo, sentindo e qual o significado que isso tem no momento particular de vida. É uma ação de despojamento das necessidades pessoais de um em prol das necessidades do outro.

A comunicação é um processo interacional em que, no mínimo, dois intervenientes partilham os mesmos sistemas de linguagem (verbal e não-verbal) e se empenham numa ação simultânea de influência recíproca em que se criam e recriam constantemente significados a partir da troca de mensagens. Esta ação estende-se a um âmbito mais vasto que ambos os intervenientes e inclui o próprio contexto em que a ação ocorre. Na saúde a comunicação visa ajudar o paciente a recuperar o seu potencial e colocá-lo a serviço do seu equilíbrio psicofísico.

Ao longo do trabalho foram usados indistintamente os termos comunicação, interação e relação. Foi igualmente usado emissor e equipe de saúde, e receptor e paciente ou pessoa em coma.

2.8 Equipe de saúde

A organização do trabalho na Unidade de Terapia Intensiva¹ assenta no conceito de equipe multiprofissional, um conceito que inclui todo o pessoal, da área de saúde ou não, incluindo quem não trabalha diretamente na UTI, mas cujo trabalho é dirigido no sentido de conseguir os objetivos assistenciais na unidade, Andrade (1994).

Profissionais com várias tarefas e funções, pertencentes à Unidade de Terapia Intensiva (UTI), devem atuar de uma forma cooperante, com respeito mútuo, confiança e compreensão para conseguir elevados padrões de assistência ao paciente.

¹ *Unidade hospitalar com tecnologia intensiva e pessoal altamente especializado que visa atender pacientes em situação crítica*

O quadro de pessoal da UTI tem a ver com o tipo de hospital, equipamento, número de leitos e as capacidades do seu pessoal. Em termos, gerais a equipe é constituída por médicos intensivistas especializados no paciente crítico de uma forma globalizada, tendo em perspectiva não só a estabilidade clínica do momento, mas também a qualidade de vida no futuro. Profissionais médicos de outras especialidades são solicitados a atuar em colaboração com o intensivista sempre que o paciente apresenta deficiências multiorgânicas.

A equipe enfermagem é composta por enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem, estes últimos com tarefas mais rotineiras como mudanças posturais, higiene diária, transportes de pacientes e outras. Os cuidados com o material da UTI (limpeza e manutenção) são garantidos por um auxiliar ou técnico de enfermagem devidamente treinado.

Uma enfermeira-chefe, com conhecimentos, capacidade de organização e liderança, está presente em tempo integral garantindo os objetivos assistenciais, administrativos e de pesquisa. Atividades relacionadas com as rotinas administrativas estão a cargo de uma secretária.

Um fisioterapeuta, treinado em terapia intensiva, é um parceiro importante na recuperação do paciente em situação crítica.

Indiretamente envolvidos e de importância fundamental são a nutricionista e o pessoal da cozinha, que proporcionam as dietas adequadas às necessidades dos pacientes, os funcionários da limpeza que garantem a higiene e desinfecção da unidade, vital na contenção dos processos infecciosos.

A assistente social tem o papel de orientar a família em todos os trâmites burocráticos e outros, contribuindo para a diminuição da angústia provocada pelo contexto de hospital, burocrático, frio e hostil. Uma psicóloga ajuda na organização emocional da família e do paciente, depois da saída do coma, sempre que solicitada.

Cada profissional, independente da complexidade da sua função, é uma peça imprescindível na obtenção do resultado final e, por isso, aos objetivos individuais precisam ser sobrepostos os objetivos da equipe como um todo.

A UTI onde este trabalho foi realizado tem como corpo fixo médicos intensivistas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, secretária administrativa e funcionários de limpeza. Os outros profissionais prestam serviço quando necessário, mas não pertencem ao quadro de pessoal.

A equipe de saúde considerada no âmbito deste estudo é composta de médicos intensivistas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que pertencem ao quadro da UTI.

III TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Os seres humanos respondem não aos acontecimentos mas ao que eles significam e podem ler em cada um deles uma interminável variedade de significados.
Jerome Frank

Este capítulo contém o caminho da pesquisa, isto é, o tipo de estudo escolhido, local e população escolhida, procedimentos relativos à coleta e análise de dados.

3.1 Tipo de estudo

Este estudo pretende compreender a realidade referente à comunicação entre a equipe de saúde e o paciente em coma numa Unidade de Tratamento Intensivo, a partir do olhar dos sujeitos que nela participam.

Trata-se de um estudo de caso com uma abordagem qualitativa que utilizou como instrumentos a entrevista semi-estruturada e a observação participante.

No estudo de caso, de acordo com Bogdan e Biklen (1994), existe uma observação detalhada de um contexto ou indivíduo, de uma fonte de documentos ou de um acontecimento específico. Triviños (1995) acrescenta que o grande mérito deste procedimento está em permitir um conhecimento aprofundado que possibilita formular hipóteses ou pressupostos que abrem caminho a novas pesquisas, ou até, como diz Patrício (1996), à produção de elementos que orientem uma intervenção na realidade estudada.

A abordagem qualitativa permite compreender melhor os fenômenos no contexto em que eles ocorrem e a partir da perspectiva das pessoas nele envolvidas. A questão do significado é central na abordagem qualitativa (Bogdan e Biklen, 1994). Patrício (1999) ressalta que o objetivo é captar os significados – crenças, valores, conhecimentos e práticas – em sua cultura e em seus sentimentos, num dado contexto natural e histórico.

3.2 Sujeitos e local da pesquisa

CeleriI (1997) salienta que uma questão importante diz respeito à representatividade dos sujeitos escolhidos para a coleta de dados. Na abordagem qualitativa esse critério não é numérico, pois sua preocupação não é com a generalização. Nos estudos qualitativos a questão mais importante é a qualidade dos sujeitos diante do objetivo a ser alcançado.

Devido à familiaridade da autora com a equipe de saúde da UTI, a escolha deu-se de uma forma natural e harmoniosa num processo que se poderia caracterizar como "uma sintonia entre escolher e ser escolhido".

A população deste estudo compõe-se de dez elementos profissionais de medicina e enfermagem que pertencem ao quadro permanente da instituição. Por questões éticas, esses trabalhadores foram representados na pesquisa por nomes de personagens gregas: Proteu, Nereu, Melissa, Freia, Melpomene, Selene, Deméter, Clio, Calíope e Nut.

A pesquisa desenrolou-se na Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Geral da cidade de Florianópolis que assiste clientes particulares, conveniados e do Sistema Único de Saúde, oriundos de todo o Estado. A escolha do local deveu-se ao fato de a autora já ser titular de uma pesquisa nessa instituição o que permitiu a proximidade com o tema e a facilidade de acesso aos sujeitos.

3.3 Aspectos éticos da pesquisa

Em obediência ao rigor ético da pesquisa, todos os intervenientes foram esclarecidos sobre os objetivos do trabalho e as várias fases da pesquisa tendo sido igualmente garantida a devolução dos resultados.

Foi igualmente garantida a confiabilidade dos depoimentos e a preservação do desejo dos participantes quanto à publicação dos mesmos.

3.4 O caminho da pesquisa

Segundo Patrício (1995), o planejamento da pesquisa dá-se em decorrência da definição do tema; a partir dos referenciais metodológicos, teóricos e dos objetivos inicialmente apresentados, delineiam-se os caminhos a serem seguidos no estudo. Todavia, é preciso lembrar que, em pesquisa qualitativa, o caminho a ser seguido não é algo definido a priori, ele vai desenvolvendo-se, construindo-se gradativamente à medida que o pesquisador for conhecendo melhor o tema e o campo de estudo. O desenvolvimento da pesquisa ocorre a partir de três momentos distintos de interação entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa: “entrando no campo; ficando no campo e saindo do campo.” (Patrício, 1998).

O início da pesquisa foi o contato com a Direção Hospitalar no sentido de obter aprovação para a realização do estudo (Anexo 2).

Seguiu-se a "**Entrada no campo**" que, para Patrício (1999), consiste nas interações de aproximação com os sujeitos, assemelhando-se a um “namoro”. Significa o início do processo de conhecer o ambiente de trabalho, selecionar os sujeitos do estudo e nos fazer conhecer, apresentar a proposta de trabalho, solicitar a sua participação, apoiados nos princípios éticos da pesquisa.

Triviños (1995) acentua a importância da ida a campo, uma vez que as tentativas de compreender a conduta humana, isolada do contexto no qual ela se manifesta, gera

situações artificiais que modificam a realidade, conduzem a enganos e a pensamentos não adequados e sugerem interpretações distorcidas.

O contato com o campo permitiu à autora conhecer o contexto em que os intervenientes atuam, estabelecer um contato mais próximo com a realidade a ser estudada e iniciar uma relação com a equipe que configurasse o processo de escolha dos sujeitos da pesquisa.

O segundo momento, denominado "**Ficando no Campo**" (Patrício, 1998), é aquele em que colocamos em ação os planos do projeto de pesquisa, no que se refere à coleta, ao registro e à análise dos dados. Este é o momento de interação com os sujeitos da pesquisa para aplicar os instrumentos de coleta dos dados.

Neste estudo foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas a partir de um roteiro orientador previamente elaborado (Anexo 3) e da observação participante registrada no diário de campo (Anexo 4).

Na entrevista semi-estruturada, Lüdke e André (1986) acentuam que o entrevistador precisa estar atento não apenas (e não rigidamente, sobretudo) ao roteiro preestabelecido e às respostas verbais que vai obtendo ao longo da interação. Há toda uma gama de gestos, expressões, entonações, sinais não-verbais, hesitações, alterações de ritmo, enfim, toda uma comunicação não-verbal cuja captação é muito importante para a compreensão e a validação do que foi efetivamente dito.

Para Patrício (1990), a Observação Participante com Entrevista se compõe de momentos diferenciados de aproximação e intervenção na situação estudada. Primeiramente, observa-se mais do que se participa (interfere). Em seguida realiza-se a "Entrevista Focalizada" com os sujeitos, a partir do que se observou e, posteriormente, ou concomitantemente, faz-se a "Entrevista com Reflexão", tendo em vista responder os objetivos e finalidades do estudo.

Os sujeitos foram entrevistados no próprio local de trabalho, em espaço reservado pertencente à UTI, o que garantiu a privacidade. A coleta de dados não foi dada como concluída num primeiro momento, uma vez que uma reflexão sobre os mesmos exigiu voltar ao campo para validar, esclarecer significados, ou seja, aprimorar os dados diante dos objetivos pretendidos.

A "**Saída do campo**" pode representar, conforme Patrício (1998), somente as despedidas e os agradecimentos pela participação no estudo; porém, pode incluir a "devolução dos dados" junto aos sujeitos e às empresas, principalmente quando o relatório for subsidiar algum programa na organização.

Os três momentos que compõem o período dessa pesquisa (entrando, ficando e saindo do campo) desenrolaram-se ao longo de aproximadamente um ano (março de 1999 a março de 2000), e em média compreendiam no mínimo duas tardes por semana.

Para a "devolução dos dados" estamos programando uma reunião com toda a equipe de saúde da UTI, onde será apresentada a pesquisa como um todo.

3.5 Registro e análise dos dados

Os **registros dos dados** foram feitos por meio do Diário de Campo, um auxiliar inseparável do pesquisador, ao qual recorreremos em qualquer rotina do trabalho e que, segundo Bogdan e Biklen (1994), é o relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, experimenta, pensa e reflete sobre os dados no decorrer da coleta.

Já Patrício (1998) salienta que no Diário de Campo estão presentes as Notas de Campo, referentes à descrição dos diálogos e do que foi observado no contexto da pesquisa e, ainda, as Notas do Pesquisador, em que constam as reflexões e sentimentos do pesquisador, como notas teóricas e metodológicas sobre o encontro.

As entrevistas foram gravadas com o consentimento dos participantes, e simultaneamente foram feitos registros escritos do discurso. As observações de campo foram registradas a cada observação no documento "Notas de Campo" (Anexo 4), lugar reservado para anotação dos dados referentes à observação do processo de comunicação entre a equipe de saúde e o paciente e, "Notas do Pesquisador", reservado a reflexões metodológicas e teóricas que se constituíram como um precioso instrumento de auxílio para a discussão e interpretação dos dados coletados nas entrevistas.

A **análise dos dados** é um movimento de olhar atentamente para os dados da pesquisa, com a finalidade de compreender o que foi coletado, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou respostas às questões formuladas, e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado. É uma etapa concomitante com a coleta dos dados (Minayo, 1994); entretanto, para Bogdan e Biklen (1994) ela pode ou não ser concomitante, porém no segundo caso o pesquisador utilizar-se-á de estratégias referentes ao modo de análise no campo de investigação.

Neste estudo, a análise dos dados foi feita simultaneamente por meio de leituras repetitivas das falas dos sujeitos, tendo como referencial os objetivos específicos do estudo e visando identificar categorias de resposta e temas significativos que permeassem o discurso. A análise utilizou uma leitura intuitiva, reflexiva e criativa, tendo sempre como referencial o olhar sintético e construtivo das teorizações que emergem, como afirma Patrício (1999). Ainda de acordo com a autora, a interligação de todos os dados dá-se por meio desse movimento de leitura de análise – reflexão – síntese.

IV A EQUIPE INTERAGINDO COM O PACIENTE EM COMA: AS CENAS

*Aquele que não vê a mão que efetua a escrita
Fantasia o efeito do movimento da caneta
Rumi*

Neste capítulo são apresentados os dados coletados nas entrevistas, depois de analisados por leituras sucessivas afim de encontrar categorias de respostas significativas. A apresentação está inserida em cenas do cotidiano da interação entre equipe e paciente e foi enriquecida com os dados coletados pela autora enquanto observadora participante.

No final do capítulo pode encontrar-se um quadro resumo das respostas mais significativas em relação a cada objetivo.

4.1 O Cenário assistencial

Este trabalho teve lugar numa unidade de cuidados intensivos (UTI) de um hospital geral de Florianópolis que presta assistência a clientes particulares, conveniados e do Sistema Único de Saúde, oriundos de todo o Estado. Os pacientes da UTI chegam via emergência, por transferência de outras áreas do hospital ou de outros hospitais.

A UTI é concebida para atender pacientes em estado crítico, necessitando de cuidados altamente complexos e com controle estrito. A sobrevivência do indivíduo é o foco de toda a atividade de uma UTI e determina a sua organização técnica e administrativa.

Pode ser caracterizada como uma área hospitalar cujo foco é o cuidado de doentes recuperáveis, que necessitam uma supervisão contínua e são passíveis de serem submetidos a técnicas especializadas, desenvolvidas por pessoal experimentado. É uma área planejada para atender doentes em estado grave, não é uma sala de recuperação pós-operatória ou local para pacientes terminais, a não ser que estes necessitem cuidados intensivos (Gomes, 1988) e não serve a casos de necessidade de alívio da dor, conforto e tranquilidade.

As palavras-chave que podem caracterizar a UTI são: risco de vida, tecnologia intensiva, planejamento, controle permanente, respostas rápidas e recursos especializados.

A UTI divide um piso da unidade hospital com o centro cirúrgico. A sua estrutura é separável numa área em que se encontram os pacientes e um conjunto de outras áreas que fazem parte da unidade, embora se situem num espaço adjacente: salas de higienização, estocagem de material, recepção, sala de reuniões, copa, quartos para pacientes em isolamento, sala de descanso dos médicos e banheiros.

O cenário assistencial propriamente dito situa-se numa sala de formato retangular com duas áreas distintas:

- uma área central de apoio administrativo com balcão, arquivos, impressora e telefones, uma sala da coordenação de enfermagem e balcão de preparação e estocagem de medicamentos;
- uma área periférica à anterior onde se encontram os leitos em espaços separados uns dos outros por paredes divisórias com o objetivo de isolar e garantir a privacidade do paciente. Todos os leitos possuem visão para a área central e são visíveis a partir daí.

Olhando a UTI do ponto de vista cromático, ela é monótona e padronizada: as cores predominantes são cinza e bege (no chão e teto), os materiais são de lavagem fácil e predomina o cromado nos vários tipos de equipamento e leito dos pacientes. A iluminação é natural – a maioria dos leitos têm janela – e artificial, com luz fluorescente. Nas paredes existem avisos com informações úteis e junto ao paciente está afixada uma listagem de todas as rotinas de enfermagem em papel branco, impresso em preto. A sensação é de padronização e impessoalidade.

O total de leitos disponíveis é de catorze, mas apenas dez estão ativados. Cada auxiliar e técnico de enfermagem tem a seu cargo dois pacientes em cada turno.

A equipe da UTI é composta por dezoito médicos, oito enfermeiros, trinta e quatro técnicos e auxiliares de enfermagem, dois funcionários de limpeza e um auxiliar administrativo. A equipe de saúde visada deste trabalho, é composta por médicos e profissionais de enfermagem que, no seu total, se distribuem por vários turnos de trabalho, conforme o quadro que se segue:

Quadro de Turnos da Equipe de Enfermagem

Horário	Téc. e Aux. de Enferm.	Enferm.	Total
07h00 - 19h00	5	2	7
19h00 - 07h00	5	1	6
Sab. - Dom. - Feriados	5	1	6

Quadro de Turnos dos Médicos

Horário	Total
08h00 - 16h00	3
16h00 - 20h00	3
20h00 - 24h00	2
Sab. - Dom. - Feriados	2



Fig 4 - A equipe e o paciente em coma

O número aproximado de profissionais de medicina e enfermagem que prestam assistência durante o dia é de dez, mas o número de pessoas que circulam na UTI pode triplicar, se considerarmos estagiários de medicina e enfermagem e um conjunto de outros profissionais que, não fazendo parte da equipe da UTI, contribuem para que a sua missão

seja cumprida: médicos de outras especialidades, técnicos de raio X, laboratório, fisioterapeutas e funcionários administrativos.

Totalmente planejada, a UTI é metálica, monocromática, fria e com cheiro característico; é um local de dimensões restritas, o que corresponde à necessidade de observar os pacientes com facilidade, a partir do centro. A agitação é grande, particularmente durante o dia, devido à circulação de um número elevado de pessoas atarefadas, centradas nas suas atividades, que espelham uma tensão no rosto. O nível de ruído é elevado, constituído pelos sons produzidos pelos diferentes aparelhos, telefones, impressora e, sobretudo, vozes em volume elevado que cruzam a todo o momento o espaço da unidade.

Boxe é a denominação do local onde o paciente se encontra, tem mais ou menos nove metros quadrados e não possui nenhum objeto pessoal. Uma estante com gaveta junto à cabeceira do leito guarda algum material de apoio. Junto à cabeceira do leito, fixado na parede existe um conjunto de tomadas que conectam todo o equipamento, pontos de oxigênio, ar comprimido e vácuo.



Fig 5 - O paciente em coma no box

No espaço livre do boxe, há vários suportes de pé para colocação de soros e várias bases móveis em formato de carrinho que suportam bombas de infusão, ventilador, aspirador e outros equipamentos, dependendo das necessidades de cada paciente. No lado superior do leito, bem acima da altura da cabeça, encontra-se um monitor que capta sinais vitais do paciente.

O espaço de circulação junto ao paciente é muito pequeno, devido à quantidade e à dimensão dos equipamentos, sondas e fios. De um dos lados do leito, o acesso ao paciente está, muitas vezes, inacessível, sendo necessário deslocar algum material. O paciente em coma está nu, amarrado no leito pelos punhos, por vezes também pelos tornozelos, com um tubo na cavidade bucal (ou na traquéia) que liga ao respirador artificial (este tubo pode estar amarrado à cama com esparadrapo sempre que existe risco de deslocação do mesmo), sonda nasogástrica e/ou orogástrica, elétrodos no peito e nas extremidades para monitorização dos sinais do coração. Sondas várias transportam medicação e alimentação diretamente para a corrente sanguínea. O equipamento e a tecnologia têm um caráter dominante na assistência do doente.

A partir da área reservada ao paciente (boxe), ouvem-se os ruídos do seu equipamento e do de outros, assim como interações constantes entre os elementos da equipe. O médico que examina o paciente do lado: "Oh...fulano (paciente), abre o olho", ouve-se uma batida no corpo do paciente; "aperta a mão! Solta! Solta agora!" O telefone toca e a enfermeira chama o destinatário em voz alta. "Oh.fulano...(nome) telefone.! está ouvindo?" A conversa desenrola-se em tom completamente audível. Um elemento da equipe aspira o paciente de um leito próximo: "Só um pouquinho!"; o paciente reage à aspiração e ele repete elevando a voz: "só um pouquinho, tá?!"; a funcionária da limpeza limpa o chão e arrasta alguns objetos com a vassoura e alguém entra na sala a cantar em voz alta, provocando riso e comentários de várias pessoas. Simultaneamente ouve-se o ruído agudo da impressora matricial e a enfermeira falando ao telefone: "fulano (nome) estou precisando de um leito."

O ruído de fundo é composto de vozes de elementos da equipe que falam entre si à distância ou junto dos vários pacientes, emergindo em segundo plano o ruído dos equipamentos; não constatei momentos de silêncio durante o dia.

É neste cenário assistencial que os dados vão ser descritos, inseridos sempre que possível em cenas do cotidiano da UTI no que se refere à comunicação entre a equipe e o paciente. A apresentação dos dados segue os objetivos específicos e categorias encontradas; algumas categorias foram aglutinadas a fim de tornar a descrição mais integradora e compreensível.

4.2 Como a equipe interage com o paciente em coma?

As categorias de dados encontrados neste item dizem respeito ao tipo de mensagens utilizadas na comunicação e às finalidades que essas mensagens pretendem atingir.

O acompanhamento da pessoa em coma é feito vinte e quatro horas por dia, em equipes de trabalho diferentes que se sucedem em vários turnos diários. A equipe que cessa o turno transmite à que inicia todos os dados clínicos significativos do paciente para que os cuidados não sofram descontinuidade ou dano. Este momento denomina-se "passar o plantão" e é feito junto do paciente envolvendo os dois profissionais, ora da equipe médica, ora de enfermagem:

Este aqui internou na madrugada, sexta para sábado, teve traumatismo craniano, fratura no úmero, fratura exposta da tíbia. O Glasgow de chegada era 12 e ontem o dia inteiro entrou em hipotensão...sódio normal...potássio normal... Ele abre o olho quando muito estimulado, chega a cumprir ordens. Tá precisando de Co2 de 60% e tem uma ligeira deformidade no pulmão.

A pessoa em coma é identificada com o quadro clínico sem menção a dados pessoais e comportamentais que caracterizem a sua individualidade. O primeiro contato com o paciente no início do plantão é relatado da seguinte forma: "Chego, digo bom-dia, o meu nome é...Digo o mês, como está o tempo" (Selene).

As mensagens são, na sua maioria, **verbais**, com frases curtas e simples, mas podem também ser **não-verbais**, especialmente o toque, como se refere a seguir: "(...) pegamos na mão do doente quando a gente se aproxima. Sempre que chego para trabalhar vou ver os doentes, pego na mão...às vezes ele não abre o olho mas consegue refletir (...) " (Calíope).

Existe uma rotina informal na enfermagem que determina a apresentação ao paciente e a **informação** de todos os procedimentos que vão ser feitos; no entanto, a observação de campo revelou que esta prática raramente é seguida, como se refere a seguir:

Não comunico verbalmente., eu faço assim, trato como se ele estivesse realmente em coma (...) não deveria ser assim, deveria ser tratado como se não estivesse., com uma pessoa acordada a gente conversa e com o paciente a gente não conversa (...) eu, no caso (Clio).

O plantão se inicia muitas vezes com uma rotina de tarefas e procedimentos técnicos que se seguem automaticamente uns após os outros.

A avaliação do nível de consciência é um procedimento efetuado de quatro em quatro horas pela equipe médica e de hora em hora pela enfermagem; o paciente é estimulado verbalmente a responder a ordens verbais e, caso não responda, a resposta é procurada através de um estímulo doloroso, seguindo os procedimentos descritos na escala de Glasgow: "A primeira coisa que a gente faz é o exame neurológico... a gente chama pelo nome, se não tem resposta fazemos outros procedimentos a que chamamos de Glasgow" (Calíope).

As mensagens estão relativamente padronizadas, embora exista uma equação pessoal de atuação que determina algumas diferenças de interação: "Chego lá e chamo... chamo... abra o olho, aperte a minha mão. Se não faz nada (agitação, rosto vermelho), vou ter que provocar dor, mas não chego lá apertando (...)eu não consigo provocar dor." (Freia). Ou: "Chego lá e digo (aumenta a voz): Abre o olho, abre o olho, tá me ouvindo. Aperta a minha mão! Põe a língua de fora! Às vezes é mais fácil a língua do que um membro inteiro" (Freia).

A comunicação entre o paciente e a equipe no momento da avaliação busca as melhores respostas a partir de estímulos predeterminados. A atenção da equipe está centrada na resposta do paciente, na detecção da "presença" ou "ausência" de comportamentos aos quais é atribuída uma pontuação; o somatório dessa pontuação dá o nível de consciência em que o paciente se encontra. Digamos que é uma comunicação totalmente padronizada, indispensável a uma avaliação objetiva. E foi expressa da seguinte forma: "A gente restringe muito a avaliação, resposta motora, ocular... a gente faz a coisa muito científica para não entrar nessa parte, mas eu acredito que ela exista..". (Melissa).

O período da manhã tem maior incidência de procedimentos técnicos. Trocar roupa de cama, dar banho, fazer higiene bucal, fazem parte das rotinas matinais. Estas tarefas sucedem-se e implicam manipulação constante do corpo do paciente, exigindo força muscular, e, muitas vezes, a intervenção de dois profissionais que, freqüentemente, se comunicam junto ao leito do paciente: "O que é que ele tem na cabeça? Tá muito machucado?"

A equipe reconhece e demonstra preocupação pelo fato de existir uma comunicação entre si e junto ao paciente: "(...) ao mesmo tempo a gente fala muito entre a gente e o paciente não entra na história, e eu fico pensando o que se passa na cabeça deles... situações de briga no meio." (Freia).

As atividades junto ao paciente são constantes: medir temperatura, pressão, abertura ocular, aspiração de secreções, mudança de decúbito, aplicação da terapêutica, observação dos sinais vitais e controle de todos os equipamentos responsáveis pela administração de medicamentos. Antes de iniciar qualquer tarefa a equipe **informa o que vai fazer**: "Sempre que vou fazer algum procedimento – cateterismo, aspiração – mesmo que o paciente esteja em coma a gente avisa... fala o nome da pessoa e diz o que vai fazer" (Calíope). "A gente explica, diz o nome, falo que é a(nome) que vai virar, que vai fazer injeção, fazer massagem, a gente fala,. vou fazer tal e tal procedimento" (Deméter). "No momento dos cuidados, aviso o que vou fazer: tirar o aspirador, aspirar" (Selene).

Existe um reconhecimento de que a informação ao paciente é uma prática não observada pela equipe, embora seja do conhecimento de todos e tenha sido transmitida pelo currículo escolar: "A gente fala uma vez e (pausa) eu chego, falo com eles no início do turno (pausa) depois fica mais difícil" (Freia). "Na escola aprendi quase tudo o que a gente tem que fazer com o paciente, tem que comunicar (...)" (Clio).

As observações de campo mostraram que a equipe intervém quando os procedimentos já estão em curso e a reação do paciente cria dificuldades à ação da equipe. Nestes casos, esta intervém e explica o que está sendo feito, usando um tom de voz progressivamente mais elevado: "Só um pouquinho!, vou dar uma limpadinha na tua boca."; o paciente movimenta-se; "só um pouquinho, só um pouquinho!".

Toda a atividade da equipe se desenrola com um barulho de fundo com várias conversas, telefones e ruídos próprios do equipamento da UTI. E junto ao paciente outros profissionais prestam assistência e falam entre si: especialistas, funcionários, técnicos laboratoriais e de raio X.

É muito comum a movimentação do paciente (morde os lábios, tensiona os músculos ou flete os membros) enquanto a equipe atua para dar banho, fazer higiene bucal, trocar lençóis e aspirar as secreções.

Por vezes o paciente agita-se espontaneamente, movimenta-se de uma forma descoordenada e pode pôr em risco o bom funcionamento dos aparelhos necessários à manutenção da vida. Quando isso acontece, a grande preocupação é **orientar o paciente**, dizer onde está o que aconteceu:

A minha preocupação é: você sofre um trauma, não sabe o que aconteceu, teve um acidente de carro, não sabe onde está, eu tento dizer o que aconteceu, tá no hospital, na UTI, faz tantos dias que você está aqui... tento situá-lo, porque se, por acaso, ele tá me escutando vai compreender aquela situação inesperada que ele tá vivendo (Nereu).

Vou lá, falo com ele, explico o que aconteceu... onde ele está, para se acalmar (Melpomene).

Os movimentos descoordenados do paciente suscitam a intervenção de vários elementos da equipe e, por vezes, medidas terapêuticas que visem sedar o mesmo.

A necessidade de manter as intervenções técnicas é a bússola orientadora de toda a comunicação. Isto é, existe uma tendência a suprimir toda a comunicação que não sirva ao propósito de facilitar direta ou indiretamente a execução das rotinas técnicas.

A necessidade de transmitir segurança e carinho ao paciente foi mencionada como um momento sem palavras em que a informação é de tipo diferente e ocorre ao nível do invisível e com reciprocidade, isto é, a equipe sente o retorno da comunicação em si própria, no seu bem-estar.

Pego na mão trago, até cima do joelho...ao menos está sentindo o calor da gente (voz alta). Eu gosto de tar junto na hora de virar, na hora de trocar, porque aí eu posso ver a pele, já faz uma massagem, tocar, sabe (...) eu toco assim na hora de fazer o curativo, nossa, como está quente! Aperto aqui (na mão), toco aqui (na fonte). Isso faz bem até para mim... (Freia).

Seguro a mão, passo a mão na cabeça, faz parte dessa conversa que é unilateral, da minha parte. Passar a mão na cabeça, gosto muito (...) o toque é importante para mim... consigo sentir alguma coisa no toque... se eu consigo sentir uma coisa boa, o toque é mais prolongado (...) tá aí a prescrição, o aparelho mantendo a vida, mas falta a comunicação informal (...) (Nereu).

Estes momentos de contato profundo foram referidos por uma minoria de pessoas e são dificilmente observáveis na prática diária, onde as interações são curtas, rápidas e desfocadas da pessoa.

4.3 Em que momentos a equipe se comunica como paciente?

Os dados revelam vários momentos distintos em que a equipe interage com o paciente: o **início do turno**, quando é feito **algum procedimento técnico ou clínico** que, como já foi referido, acontece de uma forma permanente, e quando é necessário **acalmar o paciente**: "Independente do estado do paciente, a pessoa chega e tem que se apresentar e informar o paciente de todo e qualquer procedimento: agora vou aspirar, agora vou picar...". (Freia); "Normalmente quando vou passar visita de 4 em 4 horas..." (Melpomene); "Procedimentos a gente faz o tempo todo quando ele se agita" (Calíope); "No plantão fico o dia inteiro pensando no doente (...) dou um espaço de tempo esperando uma resposta em alguma atitude que a gente toma e quinze minutos depois vou lá" (Nereu).

As respostas a este item revelam que todos os momentos referidos como momentos de interação são coincidentes com objetivos clínicos (fazer procedimentos, avaliação clínica) ou visam apoiar a execução dos mesmos, confirmando os dados coletados no item anterior.

Não existem momentos em que o objetivo seja interagir, compreender o que se passa, "ouvir o que o paciente diz" sem expectativas sobre como vai chegar a informação, sem esperar respostas tipificadas e conhecidas, estando simplesmente aberto a tudo o que pode acontecer.

A intensidade do trabalho é grande e apela para um esforço físico considerável para virar o paciente, massagear (de 2 em duas horas), dar banho, trocar roupa de cama, transportar pacientes para outros pisos e mudar aparelhos. Cada profissional de enfermagem tem a seu cargo dois pacientes e o **volume de trabalho** foi apontado pela equipe como um dos fatores que afetam a **disponibilidade para se comunicar** com o paciente.

A gente tem um volume de trabalho muito grande, são dez pacientes, a gente tem que... (pausa) se a gente vai analisar, até acha que deveria fazer mais isso, deveria ser uma interação melhor com o paciente, mas não adianta, daqui a pouco vai chegando um, sai um, o outro vem (...) (Proteu).

(...) Não tratam a gente como pessoas... a gente resvala nessa vala, porque tem dia que é muita coisa (...), tem dias que o trabalho é tanto que não dá para chegar e falar... é tudo muito rápido (Freia).

Quando o **paciente está sob o efeito de sedativos**, a expectativa de resposta é menor, o número de procedimentos diminui, a necessidade de controle também. A presença efetiva da equipe diminui e a disponibilidade para interagir também: "(...) tu já desliga, falo um pouco menos" (Freia); "(...) quando está sedado ou em coma a gente passa por cima disso. Quando começa a superficializar, começa essa busca de respostas que a gente não sabe se é consciente ou não, a gente não sabe se estão ouvindo ou não estão ouvindo" (Proteu); "Não adianta estimular. Quando saíram da fase aguda, falo alto e aperto a mão até que ele cumpra (...) belisco para ver se movimenta" (Melpomene).

A opinião geral da equipe é que a sedação afeta a recepção e emissão de estímulos, as possibilidades de manifestação de consciência diminuem mais ainda, sendo inútil entrar em contato. Apenas um elemento da equipe se manifestou de forma diferente, acentuando a importância de se considerarem sempre os fatores individuais, aquilo que é único em cada indivíduo: "Comunico da mesma forma, porque ninguém sabe a dose certa que permite sedar, uns sedam com pouco, outros com muito" (Nereu).

Um **prognóstico** negativo é fonte de desesperança e menos investimento na relação, embora, na opinião da equipe, não interfira na qualidade do atendimento clínico:

Há pacientes que eu não consigo me aproximar. Faço o que tenho a fazer, mas a minha intuição diz-me que não adianta, parece que já têm prognóstico estabelecido... Há outros em que eu percebo que todo o esforço tem que ser canalizado (...) o prognóstico é bom, embora o quadro clínico pode ser mau (...). objetivamente quanto ao esforço de trabalho não há diferença (Nereu).

O prognóstico evolutivo sobre os pacientes faz parte da linguagem corrente da equipe: "(...) vai morrer, mas nunca se sabe", e as constatações de progressos inesperados também: "já vi muitas pessoas desenganadas voltarem. (Proteu)

O coma desencadeia um **sofrimento**, e a equipe apresenta algumas estratégias para lidar com ele. Uma delas é reduzir a comunicação ao indispensável e interagir apenas para efetuar o exame neurológico, onde a comunicação é restrita e padronizada.

(...) se tu te envolve é complicado para ti... tu fica preocupada com o estado, né... que ele poderia morrer (...) eu até já tive problema com filho em casa, porque levava essa preocupação. Eu tive que eliminar isso, sentia muito quando o paciente morria ou estava em coma. A gente restringe muito a avaliação, resposta motora, ocular. (Melissa).

Uma outra estratégia é aumentar o envolvimento afetivo estando mais disponível para o paciente. "Depende, o paciente que a gente tem um certo carinho, daí a gente faz uns carinhos, passa a mão na cabeça, diz que está tudo bem, mas não são todos, são aqueles, não sei por que, a gente se apegá." (Clio).

Quando a equipe se envolve com o paciente, a contrapartida é penosa e traduz-se em cansaço e uma sensação de esvaziamento de energia: "(...) aí começa o envolvimento e isso cansa, suga, começo a ficar mais próximo, cansado, pensando" (Nereu).

De uma maneira geral, as interações com o paciente são reduzidas, acompanham o ritmo e as necessidades do cumprimento dos vários procedimentos técnicos, avaliação e controle e são centradas na técnica e não na pessoa.

A falta de expectativa quanto à resposta do paciente, quer seja pelo efeito de sedativos, pelo prognóstico negativo, ou cansaço inerente ao volume de trabalho e ao enfrentamento das dificuldades emocionais, leva a um contato mais escasso e mais automatizado com o paciente. As interações são, em geral, muito reduzidas, e isso é reconhecido pela equipe e expresso desta forma:

(...) no final do dia o nosso limiar esgotou. Tem dias que a gente chega e diz o dia, fala de um monte de coisas... outros a gente está alheia. Eu chego aqui e falo com eles no início do turno. Depois fica mais difícil, porque a gente tem aquela percepção que está alienado e aí tem aqueles que já estão acordando...(Freia).

4.4 Quais as respostas do paciente que a equipe percebe?

O retorno da comunicação é fundamental para o estabelecimento de um vínculo; o que a equipe entende como resposta do paciente é uma reação verbal ou motora acontecendo na seqüência imediata de um estímulo. A equipe reconhece **não existem respostas** e também **não tem expectativa** de poder observá-las: "A gente fala, fala e não nota nada, não tem movimentação nenhuma" (Deméter); "Não espero resposta, por isso não fico aguardando (...) espero que ele se sinta bem." (Freia); "Não consigo avaliar isso, somos muito científicos (...) o médico quer resposta rápida ao tratamento e isso passa a ser o ponto fundamental da assistência, e eu acho que isso não é bom" (Proteu).

Essa expectativa só existe quando é feita a **avaliação neurológica** em que a resposta é procurada por meio de um estímulo doloroso. Nestes casos a equipe centra a sua atenção nas respostas que estão tipificadas na escala de Glasgow, a fim de quantificá-las e determinar o grau de consciência em que o paciente se encontra: "Só espero quando vou fazer Glasgow, pelo menos tá me ouvindo, tá sabendo que eu tou tocando para fazer alguma coisa (...) essas coisas são tão obscuras para a gente, né?" (Calíope).

Fora deste propósito, não existe uma atenção concentrada no paciente. Enquanto a equipe comunica o que vai fazer, já está fazendo; enquanto efetua os procedimentos, concentra o olhar na região corporal em que está atuando, nos instrumentos e equipamentos utilizados e, por vezes, responde simultaneamente a questões de outros profissionais que se aproximam e afastam do boxe dentro de um contexto de uma prática habitual.

Existe uma constatação de que o paciente em coma **reage**, por meio da alteração de parâmetros fisiológicos, **a outros estímulos**, como a presença da família ou mesmo isoladamente (sem qualquer estimulação externa): "Só assim através de sinais, pressão taquicardia, que nem quando recebe visitas (...)" (Nut); "(...) o paciente altera o ritmo respiratório, a gente percebe que ele teve uma sensação, mudou alguma coisa (...) talvez o organismo dele não possa responder mas tenha alguma coisa que consiga captar a mensagem" (Calíope).

Mas estas reações não são inseridas dentro do processo comunicativo, porque não acontecem na seqüência de mensagens e não são decodificáveis pela equipe.

Um elemento da equipe percebe a resposta por meio da evolução como um todo, desvinculado da idéia de estímulo-resposta, com componentes mais individuais e subjetivas. Apesar de não ter opinião geral do grupo, é relevante pela sua singularidade e, por isso, passo a citar:

É subjetivo, mas percebo (...) a expressão é uma coisa que me chama muito a atenção (...) o corpo, o semblante, postura, tenso, relaxado... não tenho resposta objetiva, mas subjetiva, tenho naquele momento (...) o tratamento é como um todo, uma coisa crescente, morosa (Nereu).

O corpo é a expressão da mente e a pessoa em coma apresenta uma grande variedade de sinais que são considerados automáticos, fora da atividade consciente integrada, e por isso desvalorizados como sinais de relação com o meio externo.

Por definição, estar em coma significa não apresentar qualquer resposta a estímulos do ambiente. A **equipe acredita** que o paciente em coma pode estar **ouvindo e sentindo** e que a ausência de reação pode não significar ausência de percepção, mas sim uma impossibilidade de comandar a resposta devido às seqüelas físicas:

Imagino que ele está me escutando, mas não tem a possibilidade de me responder de forma que eu pudesse confirmar que a comunicação está sendo efetiva (...) sempre imagino que possa estar escutando de uma forma ou outra, através do toque, da voz... (Nereu)

(...) não sei se ele está me ouvindo ou não está (...) aviso o que vou fazer, mas não sei se ele tá me escutando. Mas a gente tem que comunicar, né? De repente ele tá me ouvindo e não consegue responder (Calíope)

Dizem que paciente em coma, a gente conversando ele escuta. (Deméter).

A idéia de que no coma existe vida e podem estar ocorrendo experiências diferentes, algo como uma **viagem, um sonho**, apareceu neste depoimento:

A pessoa não está morta, né? Alguma coisa deve estar se passando. Eu acho que eles escutam, eles podem estar, assim, meio viajando, mas alguma coisa eles escutam... eles devem estar sonhando, não que nem a gente. Por exemplo, devem estar a escutar o movimento, mas jamais estão a pensar que estão na UTI (Nut).

A crença de que o paciente em coma sente e ouve é generalizada, mas não alimenta o processo de comunicação, uma vez que – apesar da presença constante da equipe junto do paciente – os momentos de comunicação são escassos e focados na tecnologia e nos procedimentos.

4.5 Qual a fonte de aprendizagem da equipe para se comunicar com o paciente?

A relação terapêutica exige um manejo especial, um conjunto de habilidades que precisam ser desenvolvidas para se poder conhecer o outro, os seus anseios, os seus desejos e as suas necessidades.

A habilidade para se comunicar com o paciente em coma aparece **desvinculada de qualquer aprendizagem escolar**: "A escola ensina a ser médico. A gente aprende com a observação de pessoas, com dedicação das pessoas ao trabalho, do meio que você está trabalhando" (Nereu); "Foi com a experiência, o estágio é muito curto" (Deméter); "Acho que aprendi comigo. A gente lê muitos textos sobre o assunto, a gente vai adquirindo experiência... O meu estágio de UTI foi uma semana e ficou baseado na parte técnica" (Calíope).

A escola aparece com uma função técnica, de acumulação de conhecimentos sem a perspectiva da criação de novos valores:

Na escola, aprendi quase tudo o que a gente tem que fazer com o paciente, tem que comunicar (...) outras coisas no dia-a-dia. Eles não passam para nós assim: "tens que fazer carinho no paciente" A gente aprende no dia-a-dia. Não que a gente tenha vontade de fazer (Clio)

Os livros dizem tudo, mas a gente tem que treinar muito para depois fazer aquilo sem perceber que tu aprendeu em algum lugar (Freia).

O **desenvolvimento da observação consciente** e da **sensibilidade**, de um modo geral, é referido como a fonte de aprendizado para interagir com a pessoa em coma:

Não consigo lembrar-me de nada que algum professor me tivesse ensinado na universidade. Consigo lembrar-me da minha mãe que tinha uma ética maravilhosa. É tu observar mesmo! É ver a coisa acontecer, porque assim as pessoas olham e não vêem. As pessoas têm pouca sensibilidade, são meio embrutecidas... ter consciência dá trabalho. É assim, se tu não consegues perceber a ti, é difícil perceber o outro? (Freia).

4.6 Quadros resumo das entrevistas

As falas dos sujeitos inseridas ao longo deste trabalho não esgotam a totalidade das falas coletadas nas entrevistas. Por constituírem um material muito importante desta pesquisa, foram reunidas nos quadros que se seguem e organizadas de acordo com os objetivos específicos do trabalho e com as categorias de análise.

Quadro 1 - Como a equipe interage com o com o paciente em coma

TIPO DE COMUNICAÇÃO
<p>Verbal</p> <p><i>Abre o olho, abre o olho, tá me ouvindo.? Aperta a minha mão! Põe a língua de fora. Às vezes é mais fácil a língua que um membro inteiro(Freia)</i></p> <hr/> <p><i>È horrível estar nesse mundo isolado, né? (Freia)</i></p>
<p>Não verbal</p> <p><i>Pegamos a mão do doente quando a gente se aproxima. (Calíope)</i></p> <hr/> <p><i>Passar a mão na cabeça, gosto muito (Nereu)</i></p> <hr/> <p><i>Fazer massagem é uma forma de estimular (Deméter)</i></p> <hr/> <p><i>Pego na mão, trago até acima do joelho. (Freia)</i></p>

Não se comunica

*Eu não tenho a hábito de conversar com eles...dizer o que vou fazer...qual o exame que vou fazer...agora a sensação que eu tenho em relação a esses pacientes, eu procuro passar tranqüilidade
Respeito é uma coisa pessoal, é a sensação que eu tenho, na UTI, for da UTI, quando vejo TV e o que está a acontecer a milhares de km daqui.
(Proteu)*

*Não comunico verbalmente, eu faço assim como se ele estivesse realmente em coma(...) não deveria ser assim, deveria ser tratado como se não estivesse, com uma pessoa acordada a gente conversa e com o paciente a gente não conversa, eu no caso.
Eu particularmente, não falo porque são quase todos comatosos. Quando tem alguém que não é, já agimos como se fosse. (Clio)*

FINALIDADE DA COMUNICAÇÃO**Avaliar o nível de consciência**

A primeira coisa que a gente faz é o exame neurológico...a gente chama pelo nome, se não tem resposta fazemos outros procedimentos a que chamamos de Glasgow. (Calíope)

Chego lá e chamo...chamo...abra o olho, aperte a minha mão. Se não faz nada (agitação, rosto vermelho) vou ter que provocar dor, mas não chego lá apertando. (Freia)

Chego lá e digo (aumenta a voz): Abre o olho, abre o olho, tá me ouvindo. Aperta a minha mão! Põe a língua de fora! As vezes é mais fácil a lingua do que um membro inteiro. (Freia)

Orientar e informar ao paciente

A minha preocupação é vc sofre um trauma, não sabe o que aconteceu, teve um acidente de carro, não sabe onde está, eu tento dizer o que aconteceu, tá no hospital, na UTI, faz tantos dias que você está aqui tento situá-lo. porque se por acaso ele tá me escutando vai compreender aquela situação inesperada que ele tá vivendo (Nereu)

Sempre que vou fazer algum procedimento - catateterismo, aspiração - mesmo que o paciente esteja em coma a gente avisa ,fala o nome da pessoa e diz o que vai fazer. (Calíope)

*A gente explica, diz o nome, falo que é a (nome) que vai virar que vai fazer injeção, fazer massagem, a gente fala,vou fazer tal e tal procedimento.(Deméter)
Quando vem um parente a gente diz quem é, que vem visitar que está do lado dele, se é filho, esposa. (Nut)*

No momento dos cuidados, aviso o que vou fazer: tirar o aspirador, aspirar. (Selene)

A gente explica, diz o nome, falo que é a (nome), que vai virar, que vai fazer injeção, fazer massagem, a gente fala, vou fazer tal e tal procedimento (Deméter)

Você teve um acidente, tá no hospital, na UTI., tá tudo bem (Nereu)

Vou lá, falo com ele explico o que aconteceu...onde ele está para se acalmar.(Melpomene)

Agora vou fazer injeção, fazer massagem. (Nut)

Transmitir Segurança, Respeito, Carinho

Pego na mão trago até acima do joelho...ao menos está sentindo o calor da gente (voz alta), eu toco assim na hora de fazer o curativo, nossa como está quente! Aperto aqui (na mão), toco aqui (na fonte). Isso faz bem até para mim(...) a gente percebe a energia das pessoas, é uma coisa boa que não precisa estar prescrita, não tem horário(...) é tornar a pessoa um pouco mais digna na condição de isolamento(...)se eu não fizer não sinto que estou cuidando(...)é lidar com o lado humano e não só com o lado técnico. (Freia)

Seguro a mão, passo a mão na cabeça, faz parte dessa conversa que é unilateral, da minha parte. Passar a mão na cabeça, gosto muito(...) o toque é importante par mim...consigo sentir alguma coisa no toque...se eu consigo sentir uma coisa boa o toque é mais prolongado(...) tá aí a prescrição, o aparelho mantendo a vida mas falta a comunicação informal(...) (Nereu)

Quadro 2 - Os momentos em que a equipe se comunica com o paciente

Início do turno

A gente fala uma vez e...eu chego, falo com eles no inicio do turno...depois fica mais difícil porque a gente tem aquela percepção que está alienado e aí tem aqueles que já estão acordando. (Freia)

Quando chego para receber o plantão sempre toco. (Calíope)

No momento de efetuar ou controlar procedimentos

Procedimentos a gente faz o tempo todo. (Calíope)

No plantão fico o dia inteiro pensando no doente...dou um espaço de tempo esperando uma resposta em alguma atitude Qual e gente toma e 15 minutos depois vou lá. (Nereu)

Normalmente quando vou passar visita de 4 em 4 horas. (Melpomene)

Quando o paciente se agita

Quando ele se agita. (Calíope)

FATORES QUE DIMINUEM A INTERAÇÃO COM PACIENTE**Volume de trabalho da equipe**

A gente tem um volume de trabalho muito grande, são dez pacientes, agente tem que (pausa) se a gente vai analisar, até acha que deveria fazer mais isso, deveria ser uma interação melhor com o PT, mas não adianta daqui a pouco vai chegando um, sai um, o outro vem.(Proteu)

...não tratam a gente como pessoas...a gente resvala nessa vala porque tem dia que é muita coisa...tem dias que o trabalho é tanto que não dá para chegar e falar... é tudo muito rápido (Freia)

Prognóstico clínico

Dá para perceber os doentes que têm grandes possibilidades apesar da gravidade e doentes não muito graves mas que...há pacientes que eu não consigo me aproximar. Faço o que tenho a fazer mas a minha intuição diz-me que não adianta, parece que já têm prognóstico estabelecido, isso tem a ver com a história, como surgiu a doença, o que o motivou a ter o tipo de vida que tem...há outros em que eu percebo que todo o esforço tem que ser canalizado(...) o prognóstico é bom embora o quadro clínico pode ser mau(..) objetivamente quanto ao esforço de trabalho não há diferença." (Nereu)

Sedação do paciente

(...)tu já desliga, falo um pouco menos (Freia)

(...)quando está sedado ou em coma a gente passa por cima disso. (Proteu)

Estão sedados, em coma profundo, não existe como obter resposta. (Nereu)

Sofrimento da equipe

Depende, o paciente que a gente tem um certo carinho daí a gente faz uns carinhos, passa a mão na cabeça, diz que está tudo bem, mas não são todos, são aqueles, não sei porquê, a gente se apega. (Clio)

(...)se tu te envolve é complicado para ti... tu fica preocupada com o estado, né...que ele poderia morrer(..)eu até já tive problema com filho em casa porque levava essa preocupação...eu tive que eliminar isso, sentia muito quando o paciente morria ou estava em coma

A gente restringe muito á avaliação, resposta motora, ocular. (Melissa)

Quanto mais intuitivo você é mais envolvimento começa a existir(...)quando você é muito técnico essa coisa fica meio deslocada.O ideal seria desenvolver as duas coisas para você percebê-lo melhor

Muitas vezes a minha expectativa me decepciona e isso é difícil de lidar (Nereu)

Quadro 3 - As respostas que a equipe espera e percebe**Não espero resposta verbal**

Não espero resposta, por isso não fico aguardando...espero que ele se sinta bem. (Freia)

Não espero respostas, não sei se ele está me ouvindo ou não está...aviso o que vou fazer mas não sei se ele tá me escutando(...) mas a gente tem que comunicar, né... de repente ele tá me ouvindo e não consegue responder. Só espero quando vou fazer Glasgow, pelo menos tá me ouvindo, tá sabendo que eu tou tocando para fazer alguma coisa... essas coisas são tão obscura para a gente, né. (Calíope)

É difícil, muito difícil. O que eu procuro passar para eles é mais essa coisa...não sei se eles vão ter essa percepção (Proteu)

Não consigo avaliar isso...somos muito científicos...o médico quer resposta rápida ao tratamento e isso passa a ser o ponto fundamental da assistência e eu acho que isso não é bom. (Proteu)

Não existe resposta

A gente fala, fala e não nota nada, não tem movimentação nenhuma. (Deméter)

Quando está em coma tem uma face sem expressão(...)no coma, não, não percebo. (Melpomene)

*Se não for para avaliar não espero de onde vêm as respostas
Já aconteceu ter respostas sem esperar, o paciente altera o ritmo
respiratório, a gente percebe que ele teve uma sensação, mudou alguma
coisa...talvez o organismo dele não possa responder mas tenha alguma coisa
que consiga captar a mensagem. (Calíope)*

Ah, em coma ,não sei a resposta. A gente fala tudo mas não... (Nut)

Existe uma reação não imediata

*É subjetivo mas percebo ,a expressão é uma coisa que me chama muito à
atenção...o corpo, o semblante, postura, tenso, relaxado... não tenho resposta
objetiva mas subjetiva, tenho ,não naquele momento(...) o tratamento é como
um todo, uma coisa crescente, morosa. (Nereu)*

Escutam mas não podem responder

*Imagino que ele está me escutando,mas não tem a possibilidade de me
responder de forma que eu pudesse confirmar que a comunicação está sendo
efetiva. (Nereu)*

*Não sei se ele está me ouvindo ou não está, aviso o que vou fazer mas não sei
se ele tá me escutando...mas a gente tem que comunicar, né... de repente ele tá
me ouvindo e não consegue responder (Calíope)*

*A pessoa não está morta, né...alguma coisa deve estar se passando...eu acho
que eles escutam...eles podem estar assim meio viajando mas alguma coisa
eles escutam. (Nut)*

*Mesmo ele estando em coma eu acho que está ouvindo. Converso normal.
Uma vez uma colega em coma disse-me que ouvia tudo ,então eu falo. (Selene)*

Estão sonhando

*Eles devem estar sonhando, não que nem a gente. Por exemplo devem estar a
escutar o movimento mas jamais estão a pensar que estão na UTI (Nut)*

Quadro 4 - Fontes de aprendizagem da equipe

<p>A escola dá preparação técnica, não humana</p> <p><i>Na escola, aprendi quase tudo o que a gente tem que fazer com o paciente tem que comunicar(...)outras coisas no dia a dia. Eles não passam para nós assim "tens que fazer carinho no paciente" A gente aprende no dia a dia(...)não que a gente tenha vontade de fazer (Clio)</i></p>
<p><i>(...) a escola prepara para ser médico (Nereu)</i></p>
<p>Aprender é desenvolver a sensibilidade e observar</p> <p><i>Ter consciência dá trabalho. (Freia)</i></p>
<p><i>Não consigo lembrar-me de nada que algum professor me tivesse ensinado na universidade(...)consigo lembrar-me da minha mãe que tinha uma ética maravilhosa(...)é tu observar mesmo! É ver a coisa acontecer(...)porque assim as pessoa olham e não vêem. As pessoas têm pouca sensibilidade, são meio embrutecidas. (Freia)</i></p>
<p><i>Os livros dizem tudo mas a gente tem que treinar muito para depois fazer aquilo sem perceber que tu aprendeu em algum lugar. (Freia)</i></p>

V DISCUSSÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

*E a cada instante um novo fim ocorre ao coração.
Decorrente não de si, mas da situação.
Porque então você confia nos propósitos do coração?
O que o faz jurar só para se cobrir de vergonha?*
Rumi

Para Weil (1991) a cultura modela a consciência para conformar-se a certas normas, limita os tipos de experiência ou categorias de experiência acessíveis ao indivíduo, assim como a conveniência e o grau de aceitação de um estado de consciência ou de sua comunicação na situação social". Por exemplo, na comunidade dos Sénoi, na Malásia, o dia começa com a discussão dos sonhos da noite anterior e a integração dos resultados dessa discussão reflete-se num relacionamento harmonioso entre todos os elementos da tribo na vida da comunidade; na cultura indígena os estados modificados de consciência são usados como prática de cura e como forma cotidiana de perceber a realidade, tal como retrata Castañeda (1972) na sua extensa obra. Os orientais desenvolveram os estados meditativos e toda uma linguagem para expressar experiências que não têm correspondente no léxico ocidental.

Na cultura ocidental não foram cultivadas as experiências de outros estados, ao contrário, foram reprimidas e consideradas patológicas por serem contrárias às crenças do modelo vigente de pensamento – o modelo newtoniano-cartesiano. Esse modelo reflete-se em todo o conhecimento e está expresso na estrutura de comunicação da equipe de saúde. Mas o paciente em coma encontra-se num estado cujas regras são e bem diferentes.

Uma reflexão efetuada sobre os dados analisados fez emergir como tema distintas realidades em que assenta a comunicação e que foram denominadas de "mundos". Neste capítulo são apresentados os dados organizados em mundos da equipe e do paciente e

discutidos a partir da revisão bibliográfica, de outros autores significativos e da experiência da autora como observadora participante.

5.1 O mundo dos significados

A equipe

A comunicação **verbal** da equipe é estruturada a partir do vocabulário corrente. Para a equipe é a linguagem comum, usada no dia-a-dia, em que emissor e receptor possuem o mesmo domínio de significados. Nos estados modificados de consciência a linguagem é simbólico-metafórica e o seu significado é domínio exclusivo de quem o experimenta. Não se sabe qual o significado que as palavras "aspirar", "injeção", "trauma" e todas as outras usadas pela equipe poderão ter no contexto da experiência que o paciente está vivendo. Como ele não se comunica verbalmente, esse significado não pode ser partilhado pela equipe.

Muitos pacientes recordam, quando acordam do coma, vozes, sons, nomes pertencentes à vida da UTI (Dias, 1995; Griffin, 1992). Mas esse reconhecimento acontece depois de acordarem, o que não nos permite saber o significado que essas vozes, sons e nomes tiveram no contexto da experiência que ele viveu. Este aspecto encontra-se ilustrado numa vivência de coma relatada por Dias (1995;102):

(...) as minhas impressões do local onde me encontrava eram as seguintes: estava numa casa estranha, parecia um bordel, cores vermelhas nas paredes, luzes intensas que me faziam doer os olhos. Estava deitada numa cama arredondada e sentia-me rodeada por casais (cujas faces, posteriormente, coincidiam com as do pessoal que cuidava de mim) (...).

Neste relato a equipe de assistência assumiu o significado de casais que partilhavam uma cama de bordel; ao acordar, no estado vígil, o paciente reconheceu as vozes, mas o simples reconhecimento não informa sobre o significado atribuído durante a vivência.

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. Montagut (1988) assinala o toque como uma forma de comunicação que transmite segurança, aceitação, 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.

Na enfermagem o toque confere uma ordem qualitativamente diferente no cuidado. Dias (1995) cita um estudo de Palma e Silva onde se conclui que pacientes estimulados em certas regiões do corpo, durante algum tempo, no pós-operatório de cirurgia cardíaca, afirmaram ter recebido melhores cuidados de enfermagem do que o grupo controle. Mas, ao pensar na pessoa em coma, temos que acrescentar outros dados: no coma os canais sensoriais estão mais abertos e intermutáveis, a proprioceptividade (sensação que todos temos sobre a localização exata de todas as partes do corpo sem olhar para elas) e a visualização são particularmente intensas no coma e em outros estados modificados, encontrando-se "desocupadas" no estado vígil, como afirma Mindel (1991). 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. Um relato de Dias (1995;102) ilustra o que pretendo afirmar:

(...) lembro-me de estar deitada e amarrada, sabia que tinha que ir ter com o meu namorado, mas para ficar junto dele tinha que trocar um dos meus braços com ele, coisa que eu não queria porque tinha que sofrer. Prenderam-me para assistir ao casamento dele com outra mulher. Chorei, gritei e tentei libertar-me (...)

Neste relato, a região imobilizada dos braços está carregada de forte conteúdo emocional. Qualquer pressão na região "amarrada" e em EMC seria provavelmente sentida como uma fonte de grande ansiedade. Mais uma vez, a pressão e a região do toque deveriam seguir a informação que o corpo dá a cada momento.

O mesmo tipo de raciocínio pode ser aplicado à elevação do volume da voz, freqüentemente utilizada para conseguir a cooperação do paciente no momento dos procedimentos técnicos. No estado vígil, aumentar o volume da voz, só em circunstâncias especiais pode ter um efeito benéfico sobre a comunicação. O volume de voz da equipe contrasta com a ausência de expressão verbal do paciente, constituindo-se num diálogo

assimétrico e perturbador do ambiente da UTI, onde, de acordo com um estudo da Universidade de São Paulo citado no Cremesp (2000; 12), os índices de barulho são muito elevados, especialmente devido às vozes da equipe. A construção das mensagens deve seguir os referenciais da pessoa a que se destina; a pessoa em coma não verbaliza; por que não explorar o silêncio, a voz baixa dirigida ao ouvido? Como perceber os referenciais do paciente se não escutamos ativamente o que ele está querendo dizer?

O paciente

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 (1994) acentua 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 são o compromisso da vivência subjetiva e da limitação física.

Esses sinais não-verbais, sutis e estranhos, são percebidos (alguns), mas não são decodificados, por não possuírem significado para a equipe ou por serem automáticos, 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.

A situação do paciente em coma pode ser comparada à conhecida metáfora da emissora e da TV. Se o aparelho de TV estiver danificado, a recepção do programa pode ser um conjunto de riscos na tela, mas o programa original na emissora permanece intacto. Os riscos são, no entanto, o compromisso possível entre a emissão do programa e o estado do receptor. A distinção entre automático e não automático, consciente e não consciente parece pouco pertinente quando nos centramos na "emissão" e não no "aparelho". Por outro lado, se a maior parte da nossa vida mental é inconsciente (Lewick et al.,1992) e a

maior parte da comunicação é não-verbal, como afirmam Watzlawick (1967) e Silva (1996), por que desconsiderar possíveis sinais não conscientes e veiculados pelo corpo?

Não existe uma partilha de significados do mundo de ambos os intervenientes e, por isso, as mensagens não são decodificadas. Sem troca, sem partilha, não há processo de comunicação (Beltrão, 1992). A apreensão dos sinais do paciente e a criação de um novo código de comunicação com a pessoa em coma pressupõem uma nova síntese dos conceitos de vida e morte, consciente e inconsciente, corpo e mente.

5.2 O mundo das necessidades

A equipe

A **avaliação do nível de consciência** no coma através da escala de Glasgow possibilita, entre a equipe, a troca de informação sobre o paciente numa linguagem simples e uniformizada, sendo também utilizada como elemento de prognóstico de evolução clínica.

Observei muitas manifestações do paciente – flexões de membros, abertura de olho, tremor e tensão de certos músculos, inclinações da cabeça, que não são observadas ou não são consideradas como sinais de comunicação do paciente. Cabe aqui utilizar a metáfora da rede de pesca: se eu lançar ao mar uma rede com uma malha muito fina, só pesco peixes grandes; mas nem por isso posso afirmar que os pequenos não existem. A consciência medida através de instrumentos da avaliação impõe uma limitação considerável ao entendimento da vida do paciente em coma.

No estado vígil a **informação** "agora vou fazer injeção" é insuficiente, porque não contém elementos que **orientem** o indivíduo no mundo das sensações (dor grave ou aguda, evolução da dor, duração) e das emoções (revolta, ódio, abandono) do paciente. O seguinte relato é de um elemento da equipe que passou por uma situação de coma:

Chega lá conversa com o paciente e pede para ele pôr a língua para fora, mas eles querem uma resposta imediata, e desde quando a gente consegue dar uma resposta

imediate numa situação assim, está num universo em que tudo... ele é horrível... (pausa) ... não tem nada de bom... então, assim chega alguém lá e te dá uma ordem: "vai à...(olhos congestionados, fala com revolta). Quem diz que eu quero pôr a língua para fora, que eu quero apertar a tua mão e ainda tu vem aqui e belisca, mas eu quero é te matar! É isso que pensa, porque é isso que eu senti e duvido que não sintam as pessoas que estão aí." (Freia)

A equipe precisa fazer avaliações, procedimentos clínicos, mas o paciente pode necessitar sair desse "mundo horrível" onde qualquer mensagem é susceptível de ampliar o seu estado emocional. Como conciliar estas duas necessidades?

Quando o paciente **se agita**, a tendência é **orientá-lo**: "Você tá na UTI, está tudo bem" ou "calma, querido, já vai passar". Estas mensagens pressupõem que o paciente apreenda a realidade externa tal como ela é para a equipe, não levando em conta as características dos estados modificados de consciência, cujo "mapa" é individual e precisa ser conhecido. Orientar, acalmar implica "dar a mão" para que ele percorra o seu território cognitivo e emocional com segurança.

A **massagem** é o momento em que a equipe afirma tocar o paciente no sentido de **transmitir segurança e afeto**. Para que isso aconteça, é necessário que esteja presente uma intencionalidade, ou seja, que o emissor focalize totalmente a sua atenção no significado da ação e no que acontece a ele e ao outro, o tempo todo. Neste sentido, é um ato que se assemelha a uma meditação (Epstein, 1995) e uma forma de dizer "estou aqui inteiro, sem restrições". Observei que quem massageia focaliza o olhar em outros lugares, dispersa a atenção na observação de outros fatos e ocupa-se em responder a outras solicitações. Que mensagem chega ao paciente através desse ato é algo que vale a pena questionar.

O contato com o paciente não aparece como o objetivo primário da comunicação, mas sim criar um terreno que facilite a atuação médica ou de enfermagem. A equipe está junto do paciente quando tem algo a fazer. Os movimentos dos elementos da equipe são da periferia, onde se encontram os leitos, para o centro da sala. Não existe na UTI uma cadeira ou outro objeto que facilite a permanência junto aos leitos dos pacientes.

Os **momentos** em que a equipe interage são determinados pelas necessidades técnicas e fazem parte de uma rotina informal – um conjunto de regras que determinam os momentos em que é imperativo se comunicar com o paciente: apresentação **no início** do

turno, informação sobre o que vai ser feito **antes de iniciar qualquer procedimento técnico** agindo sempre como se o paciente estivesse acordado. O foco é a execução técnica, não existe um espaço para estar junto ao paciente, um momento de abertura à compreensão do que ele pode estar vivendo, uma intenção genuína de perceber os significados e as experiências da sua realidade e usá-los como referência de ajuda.

O fim último de toda a comunicação é recuperar o corpo físico e devolver a vida à pessoa que está em coma. Quando entra na UTI, o paciente é abordado por médicos, enfermeiros, técnicos de raio X e laboratório, é ligado a uma parafernália de instrumentos, sofre avaliações várias e recebe medicações diversas, infusões de vários tipos. Começa aí a comunicação da equipe: "abra o olho", "ponha a língua para fora", "calma, já vai passar", "talvez precise um sedativo, se não acalmar". Começa aqui uma luta desenfreada pela devolução da vida. Mas será isso que o paciente quer? Por que essa luta avassaladora contra a morte?

O paciente

Sabe-se que existe isolamento e sofrimento (Dias, 1995; Mindel, 1994), mas como ajudar o paciente a sair de lá se não conhecemos a sua expressão e significado? Cada um de nós diria que, se um dia entrasse em coma, queria ser tirado de lá. Mas o que diríamos quando estivéssemos realmente lá?

A legitimidade de forçar o retorno à vida e a devolução da decisão ao paciente tem sido objeto de discussão jurídica nos últimos anos nos EUA (Berger, 1997). Nancy Cruzan estava em coma vegetativo há cinco anos, dependente de uma sonda gástrica para viver. Os seus pais pediram a retirada da sonda e a morte conseqüente da filha baseados num depoimento dela a um amigo antes do acidente. Ela teria dito que preferiria morrer a ficar com as suas capacidades diminuídas em pelo menos 50%. O tribunal recusou o pedido, uma ampla discussão foi aberta surgindo propostas de pesquisa que configuravam a possibilidade de receber diretamente informações sobre qual seria o seu desejo.

A questão dos direitos e necessidades das pessoas que não podem se comunicar tem que ser analisada na perspectiva de quem está do lado de lá e não de quem está do lado de cá. Mesmo podendo estar vivenciando experiências difíceis e dolorosas, não é possível

negligenciar a sabedoria de vida e o potencial de transformação de quem está em estado modificado de consciência num momento próximo da morte, como acentua Kubler-Ross (1996).

A recuperação do corpo é o ponto crítico da intervenção em situações de coma; sem corpo não pode haver crescimento. No entanto, a recuperação do corpo deve ser acompanhada de uma compreensão das necessidades do paciente, só assim ele poderá decidir viver ou morrer em paz.

A entrada no mundo dos estados modificados tem sido excluída da nossa vida de um modo geral. Se remontarmos um pouco à nossa infância, vamos recordar momentos em que a expressão de emoções foi tolhida e, pior ainda, foi condicionada a algo de ruim, pouco social e inadequado. Falar sobre sonhos, fantasias, visões ou expressões de outros tipos de consciência era inaceitável. Sabemos ouvir com os ouvidos, mas quando não há comunicação verbal e não-verbal resta-nos desenvolver outros sentidos para "captar" o que o outro nos está dizendo.

5.3 O mundo das crenças

A equipe

Aquilo em que acreditamos acontece. Este fenômeno denominado "efeito de Pigmaleão" foi demonstrado por Rosenthal (1976) num estudo clássico sobre a influência da expectativa na avaliação que os professores faziam dos seus alunos. As expectativas são construídas a partir das informações que constituem os modelos de conhecimento vigentes e aceitos, e condicionam todo o universo de possibilidades no qual a realidade do dia-a-dia de cada um de nós se insere.

A definição de coma diz-nos que é um estado em que as pessoas não respondem conscientemente a estímulos externos, Plum e Posner, (1977). No estado oposto ao coma está a consciência vígil que pressupõe total percepção e resposta aos estímulos externos. A consciência é detectada pela "presença" ou "ausência" de comportamentos que acontecem inseridos no fluxo temporal de causa e consequência. É uma definição quantitativa que não

inclui elementos qualitativos característicos de outras formas de consciência, onde os estímulos podem ser internos, fora do tempo linear, e a vida mental se mantém apesar da ausência de relação do paciente com o meio. É uma definição vinculada ao modelo mecanicista e que organiza o tipo de fenômenos que se podem considerar, deixando fora um largo domínio de comportamentos característicos. Todas as "respostas" que caem fora do domínio não são **esperadas, nem observadas**. Ou seja, quando a equipe interage não tem retorno, logo não há troca nem partilha, o que inviabiliza o processo de comunicação.

A equipe acredita que o paciente em coma pode estar **ouvindo e sentindo**, mas talvez não consiga se comunicar, o que está de acordo com Dias (1995) e Griffin (1992). Esta convicção, fundamentada pela pesquisa bibliográfica, arrasta uma outra: só ouvimos e sentimos o que vem de fora. Estar consciente é, neste caso, uma interação entre o paciente e o mundo externo e exclui a possibilidade de considerar sinais intrapsíquicos e canais sensoriais só ativados em EMC (Mindell, 1994).

Um prognóstico negativo do paciente induz a equipe a uma desesperança e a uma menor interação num momento em que a luta pela vida poderia exigir a disponibilidade de todos os recursos: "(...) está todo queimado, não há nada a fazer... mas não se pode perder a esperança". A falibilidade do prognóstico é reconhecida através da reversão inesperada de quadros clínicos negativos.

O Fulano internou em 96, TCE e grave, ficou 3 semanas na UTI e três meses em coma na enfermaria. Tinha uma mãe muito dedicada, que ficava o tempo integral e isso criou um elo muito grande com o paciente. Era uma pessoa muito estimada pela mãe. Todo o dia eu passava pelo leito, conversava com a mãe e com o Fulano, mesmo em coma.

Bom-dia, como é que vai, tá melhor hoje? Não obtinha resposta. Um belo dia ele me respondeu: "Bom-dia" (sorriso aberto). Valeu a pena, pô... (Nereu)

Mindell (1996) acentua a pobreza de qualquer prognóstico, qualquer que ele seja, quando o comparamos com a riqueza e a criatividade do ser humano. Desligada das regras mecanicistas do estado normal de consciência, a pessoa em coma encontra-se mergulhada numa realidade com muito poucas regras, num mundo de todas as possibilidades (Mindell, 2000). A crença negativa no prognóstico determina um empobrecimento da comunicação

num momento em que precisaria ser intensificada, enriquecida e colocada a serviço da descoberta de soluções criativas por parte do paciente.

Não é fácil aceitar que a pessoa em coma possui dentro de si todo o potencial para voltar à consciência vígil e decidir sobre o caminho a seguir. É uma inversão total da estrutura do pensamento vigente. Mas, se a ciência pretende evoluir, ela não pode rejeitar hipóteses antes de provar que elas podem ser falsas (Popper, 1962). Este é o desafio que se coloca a quem lida com o ser humano, qualquer que seja o seu estado de consciência.

O efeito das drogas sedativas anula qualquer expectativa sobre a comunicabilidade do paciente. A ação química das drogas modifica a condução dos impulsos nervosos, afeta a emissão e a recepção dos estímulos, assim como a memória do período correspondente a sua ação. Se o paciente não consegue recordar eventos, é pressuposto que não existiu experiência relativa ao período de sedação, então não adianta interagir: "(...) quando está sedado ou em coma a gente passa por cima disso" (Proteu); "do meu contato ao longo do tempo eles apagam completamente... até porque estão sedados e a droga provoca amnésia" (Melpomene).

Recordando as descrições das sessões de Grof (1994) com respiração holotrópica, podemos questionar onde se encontram armazenadas memórias da gestação referentes a períodos de vida em que o desenvolvimento do sistema nervoso central não permitia ainda aquisição de memória?

Sheldrake (1995) demonstrou que o aprendizado de um comportamento por um determinado grupo de animais era apresentado por outros do mesmo grupo a grandes distâncias e que nunca tinham tido contato. Como foi obtida essa informação?

Não é meu propósito desenvolver o tema da memória ligada ao cérebro, mas existem hoje muitas evidências de que a memória pode depender do cérebro para se manifestar, mas não para se constituir (Fenwick, 1996). Recuperando a metáfora da emissão do programa e do aparelho de TV, se o aparelho estiver quebrado, o programa deixará de existir? Sabemos que não. O fato de não existir memória não permite concluir que não exista experiência significativa.

O paciente

Nos estados modificados de consciência são ultrapassados os limites espaço-temporais, é possível viajar até ao passado e ao futuro e a outros lugares, atravessar objetos sólidos, comunicar diretamente sem intervenção dos cinco sentidos, vivenciar através de símbolos e metáforas que ampliam os significados possíveis de um mesmo evento mental e transformam o sentido da vivência como algo profundamente pessoal. Ao contrário da equipe, o paciente em coma expandiu largamente o campo das suas possibilidades, encontrando-se fora do alcance das crenças. Dificilmente podemos afirmar que uma reação na seqüência da comunicação da equipe é uma resposta, ou rejeitar como resposta uma reação fora do contexto do estímulo. No coma existe uma atividade interna intensa (imagens, sensações) que, por si só, é geradora de muitos estímulos (Mindell, 1994). Uma reação é, no mínimo, o produto de estímulos internos e externos filtrada pelas limitações físicas e fora da dimensão temporal esperada. Por estas razões, as reações do paciente podem parecer estranhas e bizarras. Mesmo aquelas cujo significado é conhecido (lágrimas que deslizam no canto do olho) não devem ser interpretadas linearmente a partir do conhecimento do estado vígil (tristeza, dor, sofrimento). Qualquer movimento corporal é um sinal expressivo de vida "possível" e de contato com o mundo no preciso momento em que ele ocorre. O significado desses símbolos e das mensagens que veiculam precisa ser aprendido pela equipe para que haja possibilidade de comunicação.

5.4 O mundo das emoções

A equipe

Fernandes et al. (1984), num estudo sobre as intervenções de enfermagem diante do paciente em morte iminente, revelam que o apoio psicológico a estes pacientes, embora sentido pela maioria dos enfermeiros como fazendo parte da assistência devida, sofre o impacto de sentimentos de rejeição, temor e tristeza que eles sentem em relação ao tema. O

envolvimento afetivo, fundamental em qualquer relação de cuidado, é sentido como indesejável e fonte de sofrimento:

(...) se tu te envolve é complicado para ti... tu fica preocupada com o estado, né... que ele poderia morrer... eu até já tive problema com filho em casa porque levava essa preocupação...eu tive que eliminar isso... sentia muito quando o paciente morria ou estava em coma. A gente restringe muito à avaliação, resposta motora, ocular (...) (Melissa).

O contato com a morte gera medo da morte, porque na nossa sociedade a morte está ligada à extinção e a perdas várias, começando pela perda do próprio corpo. Mortes acontecem permanentemente nas nossas vidas mas, em vez de incorporá-las habituamo-nos a não olhá-las. O paciente em coma é o espelho daquilo que nos recusamos ver em nós e, por isso, o contato com ele é penoso, gera medo (das várias mortes internas não vividas) e impotência por não podermos evitar que elas aconteçam, Kubler-Ross, (1996), Mindell, (1994). Para não sofrer, a equipe encontrou estratégias de insensibilização através de uma mecanização mais acentuada e uma diminuição da comunicação. É uma forma de fazer o que já é feito, mas com maior intensidade (quanto maior a mecanização, menor o contato com cada um e com os outros), em vez de fazer o que é necessário, mas de uma forma diferente.

É particularmente visível na UTI um ritmo de agitação (movimentação rápida de pessoas e instrumentos, volume e ritmo de voz elevados) que denota uma grande ansiedade das pessoas que nela trabalham. Por que será que as pessoas correm tanto para poder se sentar a seguir? Seria interessante pesquisar a influência mútua entre o cansaço como origem da diminuição do contato com o paciente e esta como originando cansaço. Acredito que a falta de energia resulte dos processos emocionais de cada um, incluindo aqueles que emergem do contato com o coma. Para nos defendermos do sofrimento, colocamos em ação estruturas defensivas que consomem energia e são fonte de sofrimento também. Se a diminuição da comunicação com o paciente é devida ao cansaço, por outro lado é também uma fonte de cansaço. Uma contradição (aparente) que necessita um olhar qualitativamente diferente.

O paciente

Uma característica comum aos estados modificados de consciência é o aparecimento de emoções primitivas e mais intensas que o normal (Ludwig, 1966). Apesar dessa tonalidade emocional intensa, as pessoas que passaram por experiências de quase morte e experiências de saída do corpo afirmaram que o resultado foi profundamente positivo e transformador dos seus valores (Moody, 1988). O mesmo acontece com a vivência terapêutica de outros estados de consciência (Grof, 1994).

O seguinte relato de uma vivência de coma revela algo diferente (Dias, 1995;102):

(...) num outro momento ouvia vozes do meu marido e dos meus filhos. O meu marido disse-me que não me deixava voltar a vê-los porque eu não merecia... sabia que precisa muito deles para me conseguir curar e livrar de todos estes pensamentos negativos e maus (...).

A tonalidade emocional das experiências durante o coma é sentida como negativa, profundamente dolorosa e traumática (Dias, 1995). Como está impossibilitado de usar os seus mecanismos de defesa (Mindell, 1994), o paciente em coma não tem possibilidades de criar estratégias para diminuir o sofrimento e, se considerarmos que ocorrem fenômenos telepáticos durante os EMC – recepção direta de mensagens, sem a intervenção dos cinco sentidos (Krippner, 1972) –, podemos nos interrogar sobre a possibilidade de percepção direta dos estados emocionais da equipe.

Mindell (1994) acrescenta que, por detrás das vivências dramáticas do coma, existe sempre uma história de vida tentando desenrolar-se e um profundo potencial de transformação. Ou seja, o que nos parece ser um processo de morte pode ser um processo de vida. Nas psicoterapias que usam estados modificados, a vivência se organiza para expressar um determinado conteúdo emocional, o que chama a atenção para a possibilidade de o coma configurar uma necessidade do paciente vivenciar padrões emocionais, inacessíveis a partir do estado de vigília. Se assim for, a experiência traumatizante do coma pode estar ligada a uma entrada, muitas vezes forçada, no estado vígil sem ter elaborado os conteúdos e as emoções do seu estado modificado. Para tornar mais clara esta questão, podemos pensar como nos sentiríamos se, no meio de um sonho emocionalmente intenso, alguém nos acordasse de supetão.

Uma vez mais estamos perante realidades distintas: a equipe em contato com o mundo externo, em pleno processo de vida, mas dissociada dos seus processos internos de morte, e o paciente em pleno mergulho interno vivendo intensamente um mundo das emoções de morte que, como afirma Mindell (1994), são a essência de um processo de vida.

No entanto, cada um dos intervenientes tem aquilo que o outro precisa: o paciente precisa transformar a morte em vida e a equipe precisa integrar na vida os seus processos de morte. Um maravilhoso desafio ao crescimento de ambos.

5.5 O mundo dos valores

A equipe

Foi uma opinião unânime da equipe que a escola valoriza a aprendizagem pelo racional e que o ensino prepara os profissionais para serem "técnicos" sem incorporar conhecimentos de outras dimensões do ser humano: "A escola prepara para ser médico" (Nereu); "Acho que aprendi comigo, a gente lê muitos textos sobre o assunto, a gente vai adquirindo experiência... O meu estágio de UTI foi uma semana e ficou baseado na parte técnica" (Calíope).

O funcionamento racional é característico do paradigma mecanicista, como afirma Capra (1982) e do estado de consciência vígil (Weil, 1991). Mindell (1994) afirma que "a nossa excessiva adaptação ao estado ordinário de consciência produz um funcionamento automatizado, uma 'embriaguez' coletiva que nos separa da nossa riqueza interna e nos cria uma insensibilidade normal". Ou, como afirma Castañeda, esse funcionamento automatizado nos torna "fantasmas da vida" em vez de seres reais.

No entanto, é difícil nos darmos conta disso, pois todos nos convencemos que o estado de vigília é uma condição sadia e adequada, pela única razão que todos somos suas vítimas comuns (King, citado por Weil, 1991).

A escola é também porta-voz dessa insensibilidade e transformou-se na sede de reprodução de velhos modelos de conhecimento, em vez de ser um laboratório permanente de abertura à pesquisa do "inusitado". A comunicação com o paciente em coma obriga a repensar a idéia do papel da escola na criação de um novo modelo de homem e consciência.

O paciente

A habilidade para a comunicação surgiu nos dados ligada a auto-observação, autoconhecimento, percepção consciente e desenvolvimento da sensibilidade de um modo geral e desvinculada da formação escolar.

(...) é assim se tu não consegues perceber a ti é difícil perceber o outro? Não consigo lembrar-me de nada que algum professor me tivesse ensinado na universidade... consigo lembrar-me da minha mãe que tinha uma ética maravilhosa... É tu observar mesmo! É ver a coisa acontecer... porque assim as pessoas olham e não vêem. As pessoas têm pouca sensibilidade, são meio embrutecidas (...) (Freia)

As vivências dos estados modificados são imprevisíveis, de impossível interpretação para quem está fora do contexto da experiência e desconhecidas porque o paciente não verbaliza. Por isso, exigem a abertura de outros canais de comunicação, como é explicitado neste depoimento:

Quanto mais intuitivo você é, mais envolvimento começa a existir. Quando você é muito técnico essa coisa fica meio deslocada...O ideal seria você desenvolver as duas coisas...o tempo. Às vezes a gente não tem essa paciência de poder entender e lidar com o tempo... isso tu não passa falando... não sei te dizer como... (Nereu)

A comunicação com o paciente deve assentar na possibilidade de abertura da intuição e criatividade e de outras formas de perceber o outro, desvinculadas da limitação da lógica e da racionalidade.

VI REFLEXÕES FINAIS

Eu vim a este mundo para contribuir para a felicidade de todos os seres humanos, inclusive a sua e a minha. Você também veio a este mundo para contribuir para a felicidade de todos os seres, inclusive a sua e a minha. Se unirmos nossos corações com esta finalidade, então juntos abriremos o caminho da descoberta da verdadeira natureza do espírito: você e eu somos ele. Caso contrário, não há nada que se possa fazer Teremos vivido em vão, numa troca de satisfações pessoais e provisórias de nossas necessidades mútuas. Pierre Weil

A proposta inicial deste trabalho foi analisar a comunicação entre a equipe de saúde e o paciente em coma respondendo às seguintes questões:

1. identificar as interações da equipe de saúde com o paciente em situação de coma;
2. identificar como a equipe de saúde percebe as respostas do paciente;
3. identificar os momentos em que ocorre a comunicação;
4. identificar como a equipe adquiriu habilidades para se comunicar com o paciente.

Quanto à primeira questão, a equipe de saúde interage com o paciente em coma fazendo uso da linguagem verbal e não-verbal, esta surgindo associada ao toque corporal no momento da massagem. As grandes finalidades da comunicação aparecem direta ou indiretamente ligadas à execução de procedimentos técnicos e clínicos, esporadicamente vinculadas à transmissão de segurança e afeto ao paciente e todas englobadas num objetivo maior: devolver a vida ao paciente. As necessidades do paciente não são percebidas. As interações com o paciente em coma são escassas, fato que a equipe atribui majoritariamente ao cansaço e, pontualmente, ao sofrimento desencadeado pelo coma. Em

pacientes sob o efeito de sedativos ou com prognóstico negativo a comunicação pode ser mesmo nula.

Em relação à segunda questão, a equipe não espera nem identifica quaisquer respostas do paciente em coma. É comum à equipe a idéia de que o paciente pode captar estímulos e sensações do meio, embora não possa se comunicar. A equipe percebe, no entanto, que o paciente apresenta reações físicas ao contato com a família ou isoladamente.

Quanto à terceira questão, a equipe se comunica com o paciente no início do turno, sempre que efetua qualquer procedimento técnico, exame ou avaliação clínica. Fora do contexto das necessidades técnicas e das rotinas informais de conduta de comunicação diante do paciente em coma, as mensagens da equipe são praticamente inexistentes.

Por último, a equipe afirma que a escola ensinou a lidar com a dimensão racional do homem e com o lado técnico da relação, e que a comunicação com o paciente requer outras dimensões que passam pelo desenvolvimento da sensibilidade e da observação consciente.

Da análise da comunicação entre a equipe e o paciente em coma sobressaem duas realidades completamente distintas tentando estabelecer contato. A equipe se comunicando como se o paciente estivesse recebendo estímulos externos e pudesse partilhar da linguagem, conteúdos, símbolos e significados do universo do estado de consciência vígil; o paciente em estado modificado de consciência, sem possibilidade de verbalizar e imerso num mundo interno cuja forma de perceber é distinta da do estado vígil. Não há partilha ou comunhão de idéias e sentimentos. Existe uma emissão de mensagens que não se configura numa comunicação que proporcione percepção e influência recíproca geradora de processos de mudança.

O resultado é um isolamento da equipe, uma sensação de ter como interlocutor um "objeto" que de vez em quando "dá sinais" de uma vida não plena, "automática" e "não consciente". A impossibilidade de entrar em contato com o paciente leva a equipe a se comunicar cada vez mais dentro dos parâmetros conhecidos, acentuando as formas de comunicação já estabelecidas ou simplesmente diminuindo o contato.

Ajudar a pessoa em coma é proporcionar-lhe a manutenção da consciência do seu estado modificado, garantindo o direito de decisão sobre os seus mais elementares direitos. Isto significa "dar a mão" ao longo dessa caminhada interna, sem saltar nenhum passo,

devolvendo a percepção de que tudo o que está vivenciando faz parte da vida. Este é o grande desafio que se coloca à equipe de saúde, e diria que a todos os que interagem com a pessoa em coma.

A relação de ajuda a pacientes críticos, usando um conceito de vida multidimensional e acentuando a necessidade de abandonar o modelo mecanicista, tem sido objeto de vários trabalhos na enfermagem. No entanto, essa produção científica não tem conseguido transformar o modelo de comunicação na UTI e, de uma forma mais ampla, a relação equipe-paciente.

Um novo modelo de comunicação e de relação deverá passar por uma vivência de toda a equipe dos seus próprios estados modificados, experimentando diretamente a sua linguagem, os seus símbolos e sinais, incorporando esses estados ao estado de consciência normal, o que significa criar um novo conceito de vida, de "ser" humano e de suas possibilidades. Não basta ter mais conhecimentos – o que é resultado de uma construção racional – é necessário ser diferente, resultado de uma construção experiencial e participante da realidade na qual pretendemos atuar.

Podemos ser levados a pensar que toda a estrutura da comunicação existente na UTI está inadequada. De forma alguma. A busca da multidimensionalidade do homem faz-se pela inclusão e não pela exclusão. A dimensão física é parte integrante do homem e, não sabemos verdadeiramente como o paciente alterna estados de consciência, podendo, em certos momentos imperceptíveis, passar por estados de consciência vígil. A comunicação existente pode ser melhorada se a equipe for sensibilizada para as questões da relação médico-paciente e orientada para lidar com emoções específicas que resultam do contato com as pessoas em coma. A linguagem existente pode ser melhorada adequando a estrutura e os símbolos verbais e não-verbais à realidade do paciente em coma.

Mas o modelo de comunicação existente é restrito, precisa ser ampliado com novas formas de comunicação que usem os referenciais do estado de consciência em que o paciente se encontra.

A escassez do conhecimento sobre a consciência no coma abre um emocionante campo de pesquisas e um leque amplo de perguntas, entre elas:

- qual a relação entre as vivências do estado de coma e o padrão de funcionamento psicológico antes do coma?
- poderia ser o coma uma forma de entrar em contato com emoções que a pessoa se "recusa" a vivenciar no estado vígil?
- qual o papel do estado de coma no desenvolvimento psicológico do indivíduo?
- existe um único estado de consciência durante o coma ou vários estados que são intermutáveis?

Mais do que produzir respostas, este trabalho pretendeu levantar questões estimuladoras de futuras pesquisas que possam melhorar a compreensão da consciência no coma e estimular novas formas de comunicação que devolvam às pessoas nessas circunstâncias a esperança e liberdade a que têm direito.

VII BIBLIOGRAFIA

- ANDRADE, M. **Cuidados Intensivos**. Rio de Janeiro: MacGraw Hill, 1994.
- ATHAYDE, S. **Elementos de Psicopatologia**. Lisboa: FCG, 1987.
- BECERRA, M. Comas. **Boletim Sindical**. Lisboa, v 8, n.6, p.56-59, nov-dez, 1987.
- BELTRÃO, L. **Teoria Geral da Comunicação**. Brasília: Thesaurus, 1982
- BERGER, A. Who Lives, Who Dies? Helpless Patients and ESP. **Journal of Scientific Exploration**. v .11, n 3, p387-394, 1997.
- BOGAN, R. BIKLEN, S. **Investigação Qualitativa em Educação**. Portugal: Porto, 1994.
- BRANDÃO, D, CREMA, R. **O Novo Paradigma Holístico**. São Paulo: Summus, 1991
- CAPRA, F. **O Ponto de Mutação**. São Paulo. Editora Cultrix, 1982
- CASTANEDA, C. **Porta para o Infinito**. Rio de Janeiro: Record, 1974
- CASTANEDA, C. **Viagem a Ixtlan**. São Paulo: Circulo do Livro, 1972.
- CELERI, E.H.R.V. **Mães de Crianças com Transtornos Mentais**: um estudo psicológico. (Tese de Doutorado). Campinas: Universidade estadual de Campinas. 1997.
- CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993 .
- CONGER, J. Yung e Reich. **O corpo como sombra**. São Paulo. Summus Editorial, 1993.
- DIAS, F. **Experiências Subjetivas do Doente em Coma**. Coimbra: Portugal (Dissertação de Mestrado em Psicologia) Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, 1995.
- EPSTEIN, M. **Thoughts Without a Thinker**. N.Y: Basic Books, 1995.
- FENWICK, P. Encontrar uma Base Científica. Lisboa **Revista Razão** n. 48, p.45-45, 1996.

- FERGUNSON, M. **The Aquarian Conspiracy**. Los Angeles: Tarcher, 1980.
- FERNANDES et al. Estudo Sobre as Intervenções de Enfermagem Frente ao Paciente em Morte Iminente. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília: v.37.n.2, p.102-108, 1984
- GLICKSOHN, J. Altered States Cognition. **The Journal of Mind and Behaviour**. v.14, n.1, p.1-12, 1993.
- GOMES, A. **Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva**. São Paulo: EPU, 1988.
- GREENBERG, D. et al. **Neurologia Clínica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- GRIFFIN, B. A Voice From the Past. **Nursing**: p.43, July, 1992
- GROF, S. **A Aventura Da Autodescoberta**. São Paulo: Summus, 1994.
- GROF, S. BENNETT, H. **A Mente Holotrópica**. Novos Conhecimentos Sobre Psicologia Pesquisa da Consciência. Rio de Janeiro: Rocco, 1992.
- JAMES. R. Consciousness - Popper's Contribution. **Journal of Consciousness Studies**.v.2, n. 2: p188-190, 1995.
- JASPERS, K. **Psicopatologia Geral**. Buenos Aires: Belta, 1963.
- JORNAL DO CREMESP. Hospital de São Paulo mede ruídos. São Paulo, n.154, p.12. Junho de 2000.
- KASTENBAUM, R. **Haverá Vida Depois da Morte?**. Lisboa: Caravela, 1984.
- KELEMAN, S. **Padrões de Distress**. Agressões emocionais e forma humana. São Paulo: Summus,1992.
- KELEMAN, S. **Viver o seu morrer**. São Paulo: Summus, 1997.
- KOKOSZKA, J. An integrated model of th main states of consciousness. **Imagination, Cognition and Personality**. N.3:p. 385-418
- KRIPPNER, S. Estados Alterados de Consciência. IN: WHITE, J. **O mais elevado estado de consciência**. São Paulo: Cultrix, 1972.
- KUBLER-ROSS, E. **Perguntas e Respostas Sobre a Morte e o Morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1979.
- KUBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer**. São Paulo: Martins Fontes,1996.
- LESHAN, L. **De Newton à Percepção Extrasensorial**. A Parapsicologia e o Desafio da Ciência Moderna. São Paulo: Editorial, 1995.
- LEWICKI,P. et al. Nonconscious Acquisition of Information. **American Psychologist** v. 47, n 6:p.796-801,1992.
- LOWEN, A. **A Espiritualidade do Corpo**, São Paulo. Editora Cultrix, 1990

-
- LUDKE, M. ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa e Educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1986.
- LUDWIG, A. Altered States of Consciousness. **Arch. Of Gen Psychiatry**, n.15:p.225-234.
- MAY, R. **Consciência Cósmica Revisitada: as origens modernas e o desenvolvimento de uma psicologia espiritual do ocidente.** São Paulo: Eleusis, 1996
- McCORMICK, D. The Nature of The Out of Body Experience. **The New England Journal of Parapsychology**. n.1,p.66-92, 1977.
- MINAYO, M.C. et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 1994.
- MINDELL, A. **O Caminho do Rio.** A ciência dos processos do corpo onírico. São Paulo: Editorial, 1991.
- _____ **Coma: The dreambody near dead.** England: Arkana Press, 1989.
- _____ **Trabalhando com o corpo onírico.** São Paulo: Summus, 1990.
- _____ **Quantum Mind.** The edge between physics and psychology. Portland, Oregon: Lao Tse Press, 2000.
- MONAT, C. **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica.** Porto Alegre: Atlas Médicas, 1992.
- MONTAGUT, A. **Tocar. O significado humano da pele.** São Paulo: Summus, 1988.
- MOODY, R. **Vida Depois da Vida.** Lisboa: Caravela, 1988.
- NANCY, R What is Coma. **Nursing**, p.25-27. August, 1977.
- ORNESTEIN, R. **a Evolução da Consciência.** São Paulo: Best Seller, 1991.
- OSIS, K. HARALDSON, B. **The Hour of Death.** New York: Avon, 1977.
- OUSPENSKY, P.D. Em busca do milagroso. IN: WHITE, J. **O mais elevado estado de consciência.** São Paulo: Cultrix, 1972.
- PATRÍCIO, Z. M. **A prática do cuidar/cuidado á família da adolescente grávida solteira e seu recém nascido, através de um marco cultural de enfoque sócio-cultural.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Curso de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1995.
- PATRÍCIO, Z. M. CASAGRANDE, J.L.; ARAÚJO, M.F. de (Orgs.) **Qualidade de Vida do Trabalhador: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas.** Florianópolis: PCA, 1999.
- PATRÍCIO, Z.M. **Métodos Qualitativos de Pesquisa.** Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1998 (notas de aula)

-
- _____ **A dimensão felicidade-prazer no processo de viver saudável individual e coletivo: uma questão bioética numa abordagem holístico- ecológica.** Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem), Curso de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1995.
- PLUM, F; POSNER, J. **Diagnóstico de Estupor e Coma.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1977.
- POPPER, K. **Conjectures and Refutations.** The Growth of Scientific Knowledge. N.Y.: Basic Books, 1962.
- RING, K. **Heading Toward Omega.** N.Y.:William Morrow , 1984.
- ROSENTHAL, R. **Experimental Effects in Behavioural Research.** N.Y.: JohnWiley, 1976.
- SCHROETER-KUNDHART, M. A. Review of Near Death Experiences. **Journal of Scientific Exploration.** v7, n.3:p.219-239.
- SHELDRAKE, R. **A New Science of Life.** The Hypothesis of Morphic Resonance. London: Inner Traditions, 1995.
- SIEGAL, B. **Amor, Medicina e Milagres.** São Paulo: Best Seller, 1989.
- SILVA, M. **Comunicação Tem Remédio: A comunicação nas relações interpessoais em saúde.** São Paulo: Gente, 1996.
- SIMÕES, M et al Altered States of Consciousness. **II SIMPÓSIO DA FUNDAÇÃO BIAL-** Aquém e Além do Cérebro. 2, 1988. Anais.Porto.p.305-311, 1998 a)
- SIMÕES, M. Consciência e Estados Modificados de Consciência em Psicoterapias **Psicologia.** v 2/3:p 15-50, 1996.
- _____ **Estudo Internacional sobre Estados de Consciência Alterados: resultados em Portugal.** Lisboa **Psicologia.** v 5:p59-70, 1986.
- _____ **A Luz ao Fundo do Túnel. A vivência do sagrado** p.151-167. Coordenação do Núcleo de Psicologia Transpessoal da AEFPCE da Universidade de Lisboa: Hugin, 1998b
- SOUSA, W. **O Novo Paradigma.** São Paulo. Cultrix, 1993.
- STEFANELLI ,M.C **.Comunicação com o paciente - teoria e ensino** .São Paulo: Robe, 1993.
- TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1995
- WATZLAWICK P et al **A Pragmática da Comunicação Humana.** São Paulo: Editorial, 1967.

WEIL, P. A **Consciência Cósmica**. Introdução à Psicologia Transpessoal. São Paulo: Vozes, 1989.

WEIL, P. **As Fronteiras da Evolução e da Morte**. São Paulo: Vozes, 1979.

WEIL, P. **Mística e Ciência**. Pequeno Tratado de Psicologia Transpessoal, Volume II. São Paulo: Vozes, 1991.

WHITE, J. **O Mais Elevado Estado de Consciência**. São Paulo: Cultrix, 1972.

WILBER, K. An Integral Theory of Consciousness. **Journal of Consciousness Studies**, v 4, n.1: p71-92, 1997.

WOLF, F.A. www.thinkingallowed.com, acessado 20-05-2000

ANEXOS

ANEXO I

Questionário para avaliação de estados modificados de consciência

APZ PO

INSTRUÇÕES

Nas páginas seguintes encontram-se uma série de afirmações que podem ser respondidas com SIM ou NÃO

Por favor avalie se

Durante a situação por si recordada

Fez uma experiência correspondente, assinalando o **SIM** ou o **NÃO**

Por favor observe os seguintes pontos:

1. Não tenha medo de responder uma afirmação com SIM por talvez pensar que sua experiência não tenha sido normal.

Muitas pessoas têm sob certas condições experiências estranhas, sobre as quais não falam no entanto com os outros.

2. Por favor responda rapidamente e não deixe afirmações sem resposta.

Naturalmente com estas curtas perguntas não podem ser consideradas todas as particularidades de uma experiência. Talvez, por isto, algumas não correspondam, exatamente ao que experimentou. Decida-se mesmo assim, no caso de cada questão, da melhor maneira da qual se possa lembrar, se fez ou não uma tal experiência durante o seu estado de então ou, se a sua resposta tende para SIM ou NÃO

**POR FAVOR VIRE AGORA A PÁGINA E COMEÇE A RESPONDER ÀS
QUESTÕES**

APZ

Pergunta	Sim	Não
1. Eu tinha a impressão que tudo à minha volta era de certo modo irreal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sons e ruídos soavam de modo diferente do que usualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. O tempo passava mais depressa que habitualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Eu tinha a impressão de que uma força superior falava por mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Eu estava convencido de que os meus pensamentos eram vigiados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Qualquer pensamento sem importância não me "saía da cabeça"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Eu me sentia como se estivesse flutuando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Eu tinha a impressão de que alguém estava me fitando, com os olhos, embora não houvesse ninguém perto de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Eu tinha dificuldades de distinguir coisas importantes de coisas não importantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Parecia-me ouvir vozes embora ninguém estivesse presente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tive consciência de que atrás do meu "Eu" habitual se escondia um outro "Eu"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Por causa de pequenos erros tinha profundos sentimentos de culpa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. O limite entre mim e o meu redor parecia me confundir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Vinham-me , ao mesmo tempo, tantas idéias e sensações que fiquei confuso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Eu sentia poder prever o futuro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentia-me completamente livre e isento de todas as obrigações.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentia-me no limiar de uma revelação significativa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Tinha um sabor estranho na boca, cuja origem não podia explicar corretamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. O chão, sobre o qual estava, parecia oscilar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Tinha um zunido nos ouvidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ruídos sem sentido soavam como palavras ou frases corretas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Não podia me lembrar do que havia acontecido duas horas antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Tinha perdido todo o sentimento de decência tradicional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Tinha o sentimento vago de que comigo ia acontecer uma coisa importante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. As outras pessoa podiam ler os meus pensamentos contra a minha vontade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Eu sentia poder modificar o mundo inteiro por meio de uma frase ou de um gesto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Odiava as pessoas à minha volta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Partes do meu corpo pareciam não me pertencer mais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Podia ver , durante completa escuridão, ou com os olhos fechados, luminosidade ou raios de luz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Senti forças extraordinárias em mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Senti-me deslocado para um outro mundo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Os meus pensamentos eram sempre interrompidos por pensamentos secundários.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Eu via em perfeita escuridão ou com os olhos fechados se desenrolarem cenas inteiras como num filme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Tinha a impressão de que no mundo não havia mais qualquer contradição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sentia-me transportado para a minha infância	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Eu sentia um impulso irresistível de destruir tudo à minha volta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Tinha a impressão de que as pessoas falavam sobre mim atrás de minhas costas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Tinha a impressão de ter compreendido o sentido da vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Tinha a impressão de que meus membros eram maiores do que habitualmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Meus próprios sentimentos me pareciam estranhos, como se não pertencessem a mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. Eu estava convencido de já ter vivido a mesma situação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Objetos ao redor de mim me afetavam emocionalmente muito mais do que habitualmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. As coisas ao meu redor pareciam-me maiores do que normalmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Sentia-me torturado sem saber exatamente porquê.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Eu tinha medo de que ia morrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Tinha a impressão de que ia ficar louco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Parecia-me que nada era coincidência, tudo estaria relacionado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Tinha medo de sofrer de uma doença incurável.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. As palavras possuíam um significado singularmente estranho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Tinha a impressão de que estava sendo controlado por microfones escondidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. As coisas à minha volta tinham para mim um significado estranho e novo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Eu falava em voz alta comigo mesmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Acreditava não estava mais são, psíquica e mentalmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Tinha a sensação de estar a viver o fim do mundo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Sentia-me como um autômato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. O meu redor me parecia singularmente estranho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. As coisas ao meu redor tinham outro odor que normalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Estava cansado e esgotado porém, ao mesmo tempo, completamente acordado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Escutava ruídos sem poder explicar de onde vinham.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. A minha própria voz me parecia estranha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Tinha a impressão de que as paredes do quarto iam cair em cima de mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Parecia-me que os outros podiam ouvir meus pensamentos como se fossem falados alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

63. Parecia-me que já tinha sonhado o que estava a viver no momento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Sentia-me ameaçado sem saber exatamente de quê.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Relações estranhas entre fatos em si distantes uns dos outros tornaram-se claras para mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Tinha a impressão de que já não possuía mais vontade própria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Tinha a impressão que os meus pensamentos eram influenciados por outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Parecia-me que já não tinha mais corpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Acreditava ter feito uma descoberta que viria a transformar o mundo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Via, em completa escuridão ou com os olhos fechados, cores diante de mim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Tinha medo, sem poder dizer exatamente porquê.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Tinha a impressão que as pessoas me tinham inimizade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Sentia-me como se fosse composto de diversas pessoas das quais somente uma correspondia ao meu "eu" normal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Tinha pensamentos que pareciam estranhos a mim mesmo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. Parecia-me que era menor que normalmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. Sentia-me como se tivesse nascido de novo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. Tinha a impressão de estar ligado a uma força superior.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78. Acreditava ouvir vozes que vinham de mim mesmo e não do meu ambiente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79. Sentia o meu corpo desmoronar-se.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. Via coisas que sabia não serem reais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81. Os meus movimentos eram convulsivos e pouco naturais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82. Tinha a impressão de ser uma sobrecarga para os meus próximos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83. Sentia-me como se fosse uma marionete.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84. Sentia-me sem motivo exterior, muito feliz e contente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

85. Acreditava sem critica tudo o que me era dito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86. Palavras do dia a dia pareciam ter vários significados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. Tinha dificuldade em distinguir entre o que eu imaginava e o que eu na realidade vivia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88. As minhas mãos movimentavam-se automaticamente sem que eu o desejasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. Ouvia vozes, sem que houvesse alguém perto de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90. Sentia-me sem motivo exterior extremamente cheio de energias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91. Tudo ao meu redor ia tão depressa, que não sabia bem o que acontecia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92. Teria podido ficar horas seguidas sentado, a contemplar qualquer coisa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93. Parecia-me maior do que normalmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94. Ouvia vozes que repetiam o que eu tinha dito ou pensado, sem que alguém estivesse perto de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
95. Tudo me era completamente indiferente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
96. Tinha a impressão de que os outros podiam ler meus pensamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
97. Estava em comunicação com o poder superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
98. Minha memória parecia não estar mais em ordem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99. Tinha a impressão de estar no centro dos acontecimentos do mundo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100. Via em completa escuridão ou com olhos fechados padrões regulares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101. Via em alguns objetos toda a maravilha do universo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
102. Sentia-me perseguido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
103. Tinha a impressão de ouvir vozes que falavam sobre mim, embora não houvesse ninguém perto de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
104. As coisas à minha volta pareciam-me menores que habitualmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

105. Ficava longo tempo como rígido numa posição completamente não natural	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
106. Tinha a impressão que alguém me tocava, embora não houvesse ninguém perto de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
107. Tinha dificuldade de tomar mesmo a mais pequena decisão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
108. Tinha a impressão que meus pensamentos eram feitos por outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
109. Sentia ímpeto de dizer coisas obscenas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
110. Sentia-me como que paralisado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
111. Não conseguia recordar-me em que ano estávamos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
112. Quando dizia ou pensava alguma coisa, isto se repetia dentro de mim altamente como se fosse um eco.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
113. Não sabia mais onde estava realmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114. O meu "Eu" parecia deixar o corpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
115. Não conseguia recordar-me do nome de um bom conhecido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
116. Sentia que estava próximo de um poder superior.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
117. Estava muito agressivo sem motivo exterior.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
118. Sentia-me eleito por Deus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
119. Algo me vinha à idéia que eu não sabia se era sonhado ou realmente experimentado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
120. Via coisas estranhas, das quais agora sei, que não eram reais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
121. Sentia o ímpeto de assassinar alguém.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
122. Tinha a impressão que podia pensar mais depressa e com mais clareza que habitualmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
123. A falta de sentido da vida toda tornou-se-me consciente de maneira assustadora.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
124. Ouvia chamar meu nome, sem que houvesse alguém perto de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
125. Podia influenciar outras pessoas ou objetos por meio de meus pensamentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

126.	Ouvia vozes que falavam sobre mim, embora não houvesse ninguém ao meu redor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
127.	Vivia o passado, o presente e o futuro, como uma unidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
128.	Coisas do dia a dia tinham para mim um significado especial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
129.	Parecia-me que o mundo à minha volta e eu éramos um só.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
130.	Eu estava completamente desesperado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
131.	As coisas à minha volta pareciam-me distorcidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
132.	Vinham-me tantos pensamentos à idéia que já não conseguia ordená-los.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
133.	O tempo passava mais devagar do que habitualmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
134.	sons pareciam influenciar o que eu via.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
135.	Ocorria-me uma melodia que eu tinha de repetir constantemente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
136.	Eu não podia pensar nada corretamente até ao fim; os pensamentos eram constantemente interrompidos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
137.	Eu estava extremamente acordado e super sensível.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
138.	As cores do que eu via eram modificadas por sons ou ruídos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
139.	Tinha a impressão de que tudo o que se passava à minha volta se relacionava comigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
140.	As pessoas à minha volta pareciam atores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
141.	Eu sentia-me isolado de tudo e de todos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
142.	Eu vivia a maravilha, a alegria e a paz do mundo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
143.	Eu queria cometer suicídio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
144.	Não possuía mais controle próprio e domínio sobre mim mesmo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
145.	As outras pessoas podiam fazer de mim o que quisessem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
146.	Tinha a impressão que já não podia mais controlar os movimentos do meu corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
147.	Tinha a impressão de que sonhava.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

148. Parecia-me que já não tinha mais sentimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
149. Eu podia influenciar outros de maneira fora do comum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
150. Tinha a sensação de que se iria passar algo de terrível.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
151. Não me ocorria em que mês estávamos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
152. Sentia-me influenciado pela corrente elétrica, raios ou hipnose.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
153. Tinha medo de mim mesmo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
154. Tinha a impressão de estar sendo observado através de câmaras escondidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
155. Sentia que tinha de morrer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
156. Parecia-me haver uma parede invisível entre mim e o meu ambiente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
157. Observava-me a mim mesmo como a uma pessoa estranha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
158. Tinha a impressão de um vazio total na cabeça.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO II

Carta encaminhada a direção do Hospital

À Comissão Ética dos Hospital....

Sr Presidente

Maria Irene Pires dos Reis Ferreira, psicóloga, é mestranda em Ergonomia e minha orientanda no Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção. É titular de um projeto de pesquisa sobre a comunicação com pessoas em coma.

Com esta pesquisa pretende-se trazer ao conhecimento científico outras dimensões da consciência humana. A Ergonomia , ao resgatar o ser humano, busca compreendê-lo para melhor elaborar produtos e serviços desenhados para atender a variabilidade natural da nossa espécie.

Para realização desta pesquisa venho solicitar autorização para ao acesso á UTI desse Hospital a Maria Irene Ferreira que possui maturidade e conhecimentos necessários para realizar esta pesquisa.

Atenciosamente

Francisco A. P. Fialho, Dr. Eng.
Professor do Programa de pós Graduação em Engenharia de Produção
PPGEP-UFSC

ANEXO III

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
MESTRADO EM ERGONOMIA
MESTRANDA: MARIA IRENE PIRES DOS REIS FERREIRA
ORIENTADOR: PROF. FRANCISCO ANTONIO PEREIRA FIALHO, DR.
CO-ORIENTADORA: PROFA. ZULEIKA PATRÍCIO, DRA

TÍTULO DA PESQUISA: A COMUNICAÇÃO ENTRE A EQUIPE DE SAÚDE E O PACIENTE EM COMA: DOIS MUNDOS DIFERENTES EM INTERAÇÃO

ROTEIRO DE PERGUNTAS

DADOS DO ENTREVISTADO

Nome:

Sexo: Categoria Profissional:

Tempo de experiência em UTI:

Data: Horário:

OBJETIVO: Coletar dados referentes à comunicação entre a equipe de saúde e os pacientes em coma profundo, sem resposta alguma a estímulos externos, numa Unidade de Terapia Intensiva.

ROTEIRO

1. Como você se comunica com o paciente em coma profundo?
2. Como percebe as respostas do paciente em coma profundo ?
3. Em que momentos se comunica com o paciente em coma profundo ?
4. Onde aprendeu a se comunicar com os paciente em coma profundo ?
5. Tem algum caso interessante que gostasse de relatar?

ANEXO IV

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
MESTRADO EM ERGONOMIA
MESTRANDA: MARIA IRENE PIRES DOS REIS FERREIRA
ORIENTADOR: PROF. FRANCISCO ANTONIO PEREIRA FIALHO, DR.
CO-ORIENTADORA: PROFA. ZULEIKA PATRÍCIO, DRA

TÍTULO DA PESQUISA: A COMUNICAÇÃO ENTRE A EQUIPE DE SAÚDE E O PACIENTE EM COMA: DOIS MUNDOS DIFERENTES EM INTERAÇÃO

DIÁRIO DE CAMPO

OBJETIVO: Registrar os dados da comunicação entre a equipe de saúde e o paciente em coma profundo coletados na observação participante

DATA	NOTAS DE CAMPO	ANÁLISE

OBJETIVO: Analisar e categorizar os dados das Notas de Campo assim como reflexões teóricas e metodológicas .

DATA	NOTAS DO PESQUISADOR	ANÁLISE