

Familiares de pacientes em coma internados na Unidade de Terapia Intensiva: percepções e comportamentos

Relatives of coma patients in the Intensive Care Unit: perceptions and behaviors

Familiares de pacientes en coma internados en Unidad de Terapia Intensiva: percepciones y comportamientos

Deise Godoes Santos¹, Rita Catalina Aquino Caregnato²

¹ Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). Canoas, RS, Brasil. E-mail: deise_enf123@hotmail.com.

² Enfermeira, Doutora em Educação. Professora Adjunta da ULBRA. Canoas, RS, Brasil. E-mail: carezuca@terra.com.br.

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi analisar as percepções e os comportamentos dos familiares frente ao paciente em estado de coma na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Estudo descritivo, realizado com 15 familiares de pacientes em coma internados em UTI, por meio de entrevista e observação participante, em agosto/setembro de 2011. Análise de conteúdo, segundo Minayo, evidenciou familiares satisfeitos com o atendimento e com a equipe, tendo consciência do estado de saúde do seu familiar internado, apresentando forte sentimento de impotência e sofrimento vivenciado pela situação, porém com esperança, encontrando conforto na espiritualidade. Manifestaram contato verbal e não verbal com o paciente e resgate do passado. A observação identificou os contatos não verbais mais manifestados pelo toque e carinho. Concluiu-se que a percepção mais evidenciada foi a satisfação com o atendimento e a equipe e o comportamento mais evidenciado a emoção. Os achados indicam uma assistência humanizada, atendendo à Política Nacional de Humanização.

Descritores: Coma; Unidade de Terapia Intensiva; Família; Enfermagem.

ASBTRACT

The objective of this descriptive study was to analyze perceptions and behaviors of relatives in face of coma patients in the Intensive Care Unit (ICU). Subjects were 15 relatives of coma patients in the ICU by means of interviews and participant observation in August/September of 2011. The content analysis, as per Minayo, revealed the relatives were satisfied with the service and the health team, were aware that the health condition of the patient, with strong feelings of helplessness and suffering caused by the situation, but also expressing hope and finding comfort in spirituality. The expressed verbal and non-verbal contact with the patients and remembered the past. The observation identified the non-verbal contacts represented through caress and affection. In conclusion, the most evidenced perception was the satisfaction towards the health team and the most evidenced behavior was emotion. The findings indicate humanized care, complying with the National Policy of Humanization.

Descriptors: Coma; Intensive Care Units; Family; Nursing.

RESUMEN

Se objetivó analizar las percepciones y comportamiento de familiares frente al paciente en coma internado en Unidad de Terapia Intensiva (UTI). Estudio descriptivo, realizado con 15 familiares de pacientes en coma internados en UTI, mediante entrevistas y observación participante, en agosto/setiembre de 2011. Análisis de contenido según Minayo, evidenció familiares satisfechos con la atención y el equipo, siendo conscientes del estado de salud del familiar internado, presentando fuerte sentimiento de impotencia y sufrimiento experimentado por la situación, aunque con esperanza, encontrando refugio en la espiritualidad. Manifestaron conocimiento verbal y no verbal con el paciente y rescate del pasado. La observación identificó como contactos no verbales más manifestados el tacto y la caricia. Se concluye en que la percepción más evidenciada fue la satisfacción con la atención y el equipo, y el comportamiento más expresado fue la emoción. Los hallazgos indican una atención humanizada, conforme la Política Nacional de Humanización.

Descritores: Coma; Unidades de Cuidados Intensivos; Família; Enfermería.

INTRODUÇÃO

A internação hospitalar de uma pessoa geralmente afeta e fragiliza a família, principalmente quando o estado clínico é grave, precisando de internação em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI)⁽¹⁻⁴⁾. A aparência do paciente internado na UTI, com ventilação mecânica, curativos diversos, fios e aparelhos, bem como os ruídos dos equipamentos e da equipe, impactam os familiares; este ambiente é percebido como um espaço bastante agressivo e ameaçador, pois evidencia risco de morte do paciente⁽⁴⁻⁵⁾. Este cenário gera nos familiares determinados comportamentos e sentimentos, tais como: dúvidas, desamparo, desorganização mental, imobilização frente às decisões inesperadas e outras reações, como depressão ou doenças geradas pelo estresse e pela ansiedade^(1-4,6).

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde - Humaniza SUS⁽⁷⁾ preconiza a humanização como política transversal da rede, valorizando os diferentes sujeitos envolvidos no processo; portanto, a visita dos familiares é essencial para a humanização e recuperação do paciente internado na UTI, e, mesmo quando o nível de consciência deste paciente estiver alterado, a humanização deve ocorrer através de comunicação verbal e não verbal⁽⁸⁾.

A RDC nº 7 determina requisitos mínimos para o funcionamento das UTIs, destacando em alguns de seus artigos a importância do familiar no acompanhamento ao paciente internado na CTI⁽⁹⁾. Embora esta RDC garanta todos esses direitos aos familiares, muitas UTIs têm normas e rotinas rigorosas, dificultando a manutenção ou fortalecimento dos vínculos afetivos entre o paciente e seus familiares. Outro ponto de difícil manejo é a falta de preparo da maioria dos familiares para encarar o sofrimento do seu ente querido internado.

Coma pode ser definido como “um estado em que o indivíduo não demonstra conhecimento de si próprio e do ambiente, caracterizado pela ausência ou extrema diminuição do nível de alerta comportamental, permanecendo não responsivo aos estímulos internos e externos e com os olhos fechados”⁽¹⁰⁾. Pode ser resultante de um processo patológico ou ser induzido por sedação para tratamento. Mesmo em coma, pacientes podem manifestar reações quando escutam a voz de um familiar⁽¹¹⁾. A presença da família neste momento é essencial, servindo de apoio ao paciente e aos

profissionais de saúde, pois permite resgatar as crenças, valores e informações diversas sobre o doente, contribuindo para seu tratamento e recuperação⁽³⁾.

A motivação em realizar uma pesquisa com os familiares de pacientes em coma internados na UTI foi estimulada pela prática vivenciada durante a graduação em Enfermagem, ao perceber, durante o horário de visita, os mais diversos comportamentos dos familiares. Da observação empírica, somada ao conhecimento sobre a transversalidade da humanização preconizado pela Política Nacional de Humanização e dos direitos adquiridos pelos familiares com a RDC nº 7, emergiu o interesse em realizar esta pesquisa, tendo como premissa a importância da enfermagem para efetivar o vínculo da família com o paciente internado.

A partir do contexto exposto, surgiram algumas reflexões, as quais conduziram as questões de pesquisa a investigar: Quais as percepções que emergem nos familiares após o contato com o paciente em coma internado na UTI? Quais os comportamentos manifestados pelos familiares ao visitar o paciente em coma na UTI? Até que ponto o contato verbal e não verbal do familiar influencia na percepção sobre o paciente previamente ativo? Existe a necessidade de estímulo para aproximar-se, tocar, abraçar, conversar, olhar o paciente bem perto de si?

Para responder as questões formuladas, traçou-se como objetivo analisar as percepções e os comportamentos dos familiares frente ao paciente em estado de coma na UTI.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, cujo campo de ação foi uma UTI de adulto com 20 leitos, em um hospital de médio porte localizado na cidade de Canoas, no Rio Grande do Sul, onde são atendidos pacientes do SUS (maioria) e outros convênios. O horário de visita ocorre em dois turnos, das 12h30min às 13h e 19h30min às 20h.

Amostra intencional com 15 familiares de pacientes internados na UTI. O critério de inclusão foi ser familiar de paciente em coma patológico ou induzido por sedação, que visita regularmente o paciente.

Utilizaram-se dois instrumentos para a coleta de dados: roteiro de entrevista semiestruturada e roteiro para observação participante.

O roteiro de entrevista foi estruturado em dois campos: 1) dados de identificação, os quais permitiram traçar o perfil dos familiares; e 2) perguntas abertas, direcionadas ao objetivo proposto, questionando sobre: os sentimentos que emergiam frente ao familiar internado na UTI; o tipo de contato estabelecido com o familiar em coma; o conhecimento técnico em relação ao estado de saúde do seu familiar; o tipo de atendimento prestado ao seu familiar na UTI; o tempo de visita ao paciente na UTI; o desejo de permanecer junto com seu familiar na UTI; e espaço aberto para qualquer outra manifestação verbal que desejasse colocar sobre o tema pesquisado.

O roteiro de observação participante foi estruturado por três itens: 1) avaliação do olhar do familiar; 2) reação do familiar frente ao paciente em coma; 3) relacionamento dos familiares com os profissionais.

Antes de iniciar a coleta de dados, validou-se o roteiro de entrevista e de observação participante, realizando um estudo piloto com dois sujeitos, não sendo necessário realizar modificações.

Os dados foram coletados no período entre agosto e setembro de 2011, após aprovação do Comitê de Ética da instituição (2011 265-H) e autorização da Direção de Enfermagem do hospital.

Para a coleta de dados inicialmente verificou-se, junto ao enfermeiro responsável da UTI, quais pacientes se encontravam em estado de coma, permitindo selecionar os familiares seguindo os critérios de inclusão.

No horário de visita, a pesquisadora se dirigia à sala de espera, convidando os familiares e explicando os objetivos da pesquisa. Após aceite, solicitava-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme a Resolução nº 196/96 CNS/MS⁽¹²⁾. Em seguida, a pesquisadora acompanhava o familiar na visita ao paciente, realizando a observação durante o encontro e, posteriormente, na saída da UTI, realizava a entrevista individual na sala de espera. Devido ao número reduzido de pacientes em estado de coma no período da pesquisa, houve a necessidade de entrevistar três familiares de um paciente e dois familiares de outro; entretanto, o grau de parentesco era diferente. As observações foram registradas no roteiro específico e as entrevistas gravadas em áudio.

A análise qualitativa seguiu os três passos indicados por Minayo⁽¹³⁾: 1) ordenação: transcrição das entrevistas gravadas, organização dos dados coletados na observação participativa e leitura das entrevistas; 2) classificação dos dados: identificação das unidades de significados para gerar as categorias; e 3) análise final: análise do conteúdo temático, respondendo aos objetivos do estudo.

RESULTADOS

O perfil dos familiares de pacientes internados na UTI participantes desta pesquisa encontra-se apresentado na Tabela 1.

Tabela 1: Perfil dos familiares dos pacientes em coma internados em uma UTI, de um hospital localizado em Canoas, RS, entre agosto e setembro de 2011.

Variáveis	Variáveis	Nº	%
Faixa etária	20-30	5	33,30%
	31-40	3	20,00%
	41-50	4	26,70%
	51-60	1	6,70%
	61-64	2	13,30%
Sexo	F	9	60,00%
	M	6	40,00%
Escolaridade	1º grau	4	26,70%
	2º grau	9	60,00%
	3º grau	2	13,30%
Grau de parentesco	Filho(a)	6	40,00%
	Esposo(a)	5	33,30%
	Neto(a)	3	20,00%
	Sobrinho	1	6,70%
Quantidade de visitas/dia	2X	12	80,00%
	1X	3	20,00%

Observa-se que, em sua maioria, os familiares têm entre 20 e 50 anos (80,0%), são mulheres (60,0%), possuem segundo e/ou terceiro grau completo (73,3%), são filhos(as) ou cônjuge do paciente (73,3%) e visitam o paciente duas vezes por dia (80,0%).

Na primeira etapa da análise das entrevistas

elaborou-se um mapa com todas as perguntas e respostas dos sujeitos na íntegra; posteriormente, realizou-se uma leitura flutuante, possibilitando identificar as unidades de significados temáticas; na segunda etapa, agruparam-se as unidades por semelhanças, emergindo seis categorias finais, apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2: Categorias finais emergidas com número e frequência das unidades de significados identificadas nas entrevistas dos familiares de pacientes em coma internados em uma UTI. Canoas, RS, 2011.

Categorias	Nº de unidades de significados	Frequência (%)
1. Satisfação com atendimento e equipe	66	38,0
2. Impotência e sofrimento	38	21,9
3. Consciência da situação	27	15,6
4. Contato com o paciente verbal e não verbal	22	12,7
5. Espiritualidade e esperança	19	11,0
6. Resgate do passado	4	2,3
Total	174	100,0

A nomenclatura utilizada nesta pesquisa para identificar os sujeitos foi VM e VF, onde V significa visitante, M masculino e F feminino, seguido do número correspondente à ordem da entrevista.

Categoria: satisfação com o atendimento e a equipe

Nas falas dos sujeitos aparece frequentemente a satisfação com o atendimento e com a assistência humanizada prestada pela equipe multidisciplinar. Os sujeitos acreditam que os médicos são os responsáveis por dar informações sobre a real situação do paciente e o tratamento eficaz. Consideram os enfermeiros atenciosos, confiáveis, dedicados e prestando cuidados diariamente. Sentem tranquilidade em relação à internação na UTI, pois têm ideia dos cuidados prestados nas 24 horas. Alguns disseram ser pequeno o tempo para visitação, porque tem de revezar com outro membro da família, para todos poderem entrar um pouco no local.

[...] tempo é curto, nós revezamos (VM4);

[...] atendimento bom, o pessoal passa segurança, acredito que seja 24 horas, assim, mas no tempo que entramos para visita são prestativos enfermeiros e médicos (VM7);

[...] tudo o que busquei e pedi fui bem assistida e bem respondida (VF10).

Categoria: impotência e sofrimento

A internação de um familiar na UTI gera inúmeros sentimentos de sofrimento. A maior parte dos sujeitos manifestou tristeza, angústia, nervosismo e resignação.

Durante a visita, relataram a sensação de impotência ao se deparar com seu ente querido ligado aos aparelhos; alguns sujeitos manifestaram dificuldade em estabelecer algum contato com seu familiar devido à inconsciência do paciente. Outro aspecto de sofrimento é o envolvimento com as visitas diárias na UTI, desorganizando a rotina de suas vidas.

[...] me sinto bem impotente porque poderia fazer mais (VF10);

[...] sentir aqueles aparelhos dá uma impressão ruim [...], vê teu familiar e não respondendo (VF12);

[...] é difícil porque faz em torno de um mês que está internada aqui [...] não consigo fazer mais nada como era antes (VF15).

Categoria: consciência da situação

A maioria dos familiares afirmou perceber a situação como difícil e delicada, demonstrou conhecimento da gravidade do caso, do motivo determinante da internação do paciente na UTI e do risco de morte ou sequelas. Por ter consciência da situação, os familiares mostraram entendimento em relação ao tempo reduzido para a visita.

[...] no caso, se encontra praticamente no final! [...]. Os médicos não vão conseguir reverter o caso e infelizmente vai sair para o óbito (VM6);

[...] sabemos que ela teve um AVC e depois um infarto [...]. O estado é grave, o pior da UTI. Se salvar, vai ficar algumas sequelas.

Esperamos que seja o mínimo possível, pelo menos para ter a vida um pouco normal (VM13);

[...] se pudéssemos ficaria o dia todo [...] entendemos que o pessoal precisa trabalhar e o paciente precisa descansar, e o risco de infecção é grande, isso são coisas que devemos esperar (VM14).

Categoria: contato com o paciente

Verbal

A comunicação verbal foi vista com frequência. Os familiares tentavam tranquilizar o paciente-familiar enfocando informações importantes sobre a casa, trazendo notícias dos familiares, palavras de conforto ao seu tratamento. Referiram saber que a audição é o último sentido a ser perdido, porém não sabem até onde os pacientes entendem suas mensagens.

[...] a audição é a última coisa que o ser humano perde, por isso, tem que falar alguma coisa pra dar força, passar segurança para tua fé e do teu familiar, porque é onde a gente pode ter mais firmeza! (VM7);

[...] converso bastante o que está passando em casa, o quanto amo ela e ficar tranquila com o tratamento [...] Como sempre foi preocupada com a casa, com filhos e netos, tento tranquilizar que o resto está tudo sob controle para o tratamento dela ser bem eficiente (VF8);

[...] falar e chamar pelo nome... Na realidade, não sabemos se está entendendo e se está nos ouvindo. A sensação que temos e que está, porque correu uma lágrima nos olhos dela. Não tudo, mas ela nos entende... (VM13).

Não-verbal

Alguns sujeitos ressaltaram a importância do contato não-verbal pelo fato de serem pacientes inconscientes e, talvez, não entenderem verbalmente; entretanto, acreditam que gestos como tocar, abraçar, beijar e oferecer carinho são formas eficientes de comunicação que ajudam a manter o vínculo familiar e/ou no tratamento/recuperação do paciente.

[...] como ela se encontra sedada, não tem como falar com ela. Mais é abraçar e tocar (VM11);

[...] tocar e abraçar para ver se sente mais seguro, tranquilidade para ele ficar estável (VF14);

[...] por mais que está sedada e não fala, eu procuro tocar, abraçar, dar carinho... É a única maneira que podemos ajudar (VF15).

Categoria: espiritualidade e esperança

A espiritualidade aparece como um aspecto importante nas falas, em todo período de internação do familiar. A fé em Deus, apesar do estado ser crítico, traz segurança diante da situação. A esperança surge como perspectiva de uma melhora.

[...] graças a Deus, tenho uma paz de espírito. Acredito que Deus tem uma força pra ajudar que ele vai sair (VF1);

[...] tem que ter força e muita fé, porque em primeiro lugar Deus [...]. Passar segurança para tua fé e do teu familiar, porque onde a gente pode ter mais firmeza é segurar na mão de Deus (VM7);

[...] estamos na expectativa que tenha uma melhora (VF15).

Categoria: resgate do passado

As falas de alguns familiares próximos valorizam o passado, fazendo um resgate histórico de lembranças importantes, as quais marcaram suas vidas, fortemente relacionadas ao vínculo afetivo que os une.

[...] fico emocionado e consigo lembrar de certas coisas da vida que aconteceram e talvez de tu pensar tantas coisas que poderia ter feito diferente! Você faz um resgate daquilo que passou do lado daquela pessoa, al... principalmente meu pai! (VM2);

[...] como sou muito próxima da minha mãe, é eu que cuido dela e [...] quando tu vê que é do teu sangue, tu sente! (VF12);

[...] era ela que no momento estava cuidando de casa e dos meus filhos enquanto trabalhava... Sinto saudades! (VF15).

A Tabela 3 apresenta as variáveis identificadas no comportamento do familiar durante a observação participante da visita ao paciente internado na UTI.

Tabela 3: Comportamento dos familiares durante a visita ao paciente em coma na UTI. Canoas, RS, 2011.

Variável observada	Nº	%
Direcionamento do olhar ao entrar na UTI		
Para o paciente		
corpo	15	100,0
equipamentos	13	86,7
cama	12	80,0
materiais de procedimentos	10	66,7
Para outros pacientes		
acompanhantes visitantes	12	80,0
equipamentos	02	13,4
cama	02	13,4
corpo	01	6,7
Outro local		
Procedimentos técnicos	10	66,7
Posto de Enfermagem	04	26,7
"Round" dos estagiários	04	26,7
Tipo de contato não-verbal com paciente		
Toque	13	86,7
Carinho	09	60,0
Abraço	04	26,7
Beijo	04	26,7
Tipo de contato verbal com paciente		
Notícia da família	07	46,7
Incentivo	06	40,0
Só cumprimento	06	40,0
Comportamento durante a visita		
Emoção	06	40,0
Rapidez	06	40,0
Ansiedade	05	33,4
Calma	04	26,7
Tranquilidade	02	13,4
Estresse	01	6,7
Medo de aproximar-se	01	6,7
Informações solicitadas à equipe		
Estado de saúde	12	80,0
Álcool gel	06	40,0
Lavagem das mãos (água e sabão)	05	33,4
Isolamento	02	13,4
Funcionamento dos equipamentos	01	6,7

Os comportamentos apresentados pelos familiares durante as visitas evidenciam que eles estão mais interessados em seus pacientes e tudo que os cercam. Entretanto, outros acompanhantes/visitantes e procedimentos técnicos realizados na unidade durante a visita também chamam sua atenção. O contato não-verbal (toque e carinho) dos familiares com o paciente foi mais manifestado do que o verbal e a emoção ficou evidente em 40,0% das situações observadas. Em muitos casos (40,0%), os familiares visitantes demonstravam pressa em sair, talvez pelo fato do paciente estar inconsciente e/ou para permitir o acesso a outros familiares, já que é permitida a entrada de um familiar por vez. A observação participante confirmou que os sujeitos estavam bem

informados sobre seu familiar internado.

DISCUSSÃO

As unidades de significados mais manifestadas pelos familiares nesta pesquisa foram relativas à "satisfação com o atendimento e a equipe". Nas entrevistas, disseram perceber tanto os médicos quanto os enfermeiros desempenhando bem suas funções, prestando cuidados diariamente. Observou-se os primeiros, informando a gravidade do estado de saúde dos pacientes, e a enfermagem estabelecendo algum tipo de vínculo com os familiares durante a entrada na UTI e a visita, ambos proporcionando uma assistência humanizada. Os resultados encontrados vêm ao encontro de outra

pesquisa, que investigou o acolhimento na UTI e identificou satisfação dos familiares com a forma como os profissionais forneciam dados sobre o paciente (situação e aparelhagem acoplados), as normas e rotinas do setor, o tipo de aproximação (participação do cuidado) possível de ser estabelecido com o ente querido, pois é um modo de ajudar alguns sentimentos emergidos com a internação do familiar na UTI⁽¹⁴⁾.

Outro estudo realizado sobre as necessidades dos familiares de pacientes internados na UTI evidenciou maior grau de insatisfação no hospital público do que no privado, pois no primeiro o número de visitantes e o tempo eram determinados, as informações solicitadas para os profissionais eram em horários restritos, o médico fornecia notícias sobre o estado clínico do paciente e não havia relacionamento dos enfermeiros com os familiares, ocasionando angústia⁽²⁾.

Na entrevista, alguns familiares mencionaram ser curto o tempo de visita, uma vez que era permitido entrar um visitante por vez na UTI, sendo necessário fazer a troca com outro integrante da família; este fato pode gerar angústia, devido à incerteza do estado de saúde e ao prognóstico do paciente⁽³⁾.

Os familiares fazem parte do processo de cuidado na UTI; eles precisam de ajuda, da devida atenção e acolhimento neste momento de angústia e sofrimento⁽⁵⁾. Reforçando essa afirmação, a RDC nº 7, em seu artigo 25, determina o acompanhamento do familiar, durante o período de internação⁽⁹⁾. Na PNH, a cartilha “Visita Aberta e Direito a Acompanhante”⁽¹⁵⁾ diz ser importante a participação da família no tratamento, pois é uma forma de amenizar a angústia, gerando mais satisfação quanto à assistência, mesmo em paciente graves, em estado de coma.

Os sentimentos de “impotência e sofrimento” dos familiares foram a segunda categoria com mais unidades de significados identificadas nesta pesquisa. Os sujeitos entrevistados revelaram que o envolvimento com a hospitalização havia desorganizado sua rotina de vida, fragilizando-os, o que também já foi constatado em outro estudo⁽¹⁾. Os familiares também manifestaram, em suas falas, sentimentos de angústia, tristeza, nervosismo e conformismo (resignação) com a situação. A impotência surge ao tentarem se aproximar dos pacientes em coma, ligados a aparelhos, impossibilitando algum modo de contato. Vivenciar a situação de internação de um parente

propicia o surgimento de vários sentimentos relacionados ao risco de morte do paciente, ao prognóstico reservado, à dinâmica de trabalho da unidade, à tecnologia e ao saber especializado dos profissionais⁽³⁾. Ver um ente querido em coma causa muito sofrimento, podendo os familiares ficar confusos, imobilizados, com medo e angustiados⁽⁴⁾.

Neste estudo, na categoria denominada “consciência da situação”, constatou-se o fornecimento das informações sobre o estado de saúde dos pacientes, independente da situação específica, de forma real e de acordo com o nível de compreensão dos familiares; estes referiram ficar esclarecidos sobre o caso, bem como preparados para um possível mal prognóstico. Apesar do difícil momento vivenciado, é importante aos familiares conhecer tanto a real situação dos pacientes quanto as exigências impostas pelas normas e rotinas deste setor, principalmente a visita com permanência de apenas um familiar por vez, com tempo restrito⁽¹⁶⁾. A RDC 7, artigo 25, enfoca como requisitos para humanização a preparação dos familiares para entrarem na UTI e o fornecimento de informações de maneira simples, conforme condição sociocultural^(9,17). Em pesquisa avaliando a leitura do boletim médico informando a situação da gravidade do paciente, os familiares a consideraram “superficial”, pois o modo como são fornecidas as informações não traz as particularidades de um estado ou evolução do paciente-familiar⁽¹⁷⁾.

Durante a entrevista, o “contato verbal” foi mais citado do que o não-verbal, pois os familiares ressaltavam a necessidade de manter um diálogo. Além disso, sua presença poderia ser notada pelo reconhecimento da voz; isto seria uma forma de trazer tranquilidade ao seu ente querido hospitalizado. Conversar com pacientes neste estado é eficaz, ajudando a acreditar na vida, a viver momentos do passado, trazer novidades dos familiares, encorajar o paciente a ter alguma reação, valorizando as pequenas coisas⁽³⁾.

Existem algumas dúvidas em relação aos pacientes em coma escutarem ou não, e estas aparecem nas falas dos sujeitos, quando referem não saber quanto o familiar-paciente compreende. Entretanto, em estudo realizado com pessoas que vivenciaram o coma, estas relataram: “sentiam dor, mas não podiam falar, escutavam tudo o que estava acontecendo ao seu redor, sentiam as picadas da agulha, outros o choque do desfibrilador e havia

aqueles que percebiam quando eram movimentados”⁽⁴⁾. A partir desse pressuposto, é importante manter algum contato verbal mesmo com o paciente inconsciente. Outros autores reconhecem ser a audição no estado de coma um assunto questionável; porém, a ideia da audição ser o último sentido a ser perdido é apoiada nos depoimentos de pessoas que retornaram desse estado e relataram o que ouviam⁽¹⁸⁾.

A observação participante evidenciou reação contraditória dos familiares em relação à comunicação com os pacientes, pois no momento da entrevista afirmavam a importância do contato verbal, mas, durante a visita, prevaleceu o “contato não-verbal”, manifestado através do toque e do carinho. Em outra pesquisa realizada em uma UTI aparece o toque, tanto dos profissionais como o dos familiares, podendo alterar o ritmo cardíaco do paciente, diminuindo quando seguram sua mão⁽¹⁹⁾. “Conversar, tocar e ouvir são poderosos instrumentos de cura; muitas vezes são o próprio remédio”⁽²⁰⁾.

Frente às dificuldades, alguns familiares buscam na espiritualidade forças para melhor compreender a internação do ente querido e seu estado de saúde. O sofrimento direciona a espiritualidade como forma de superar e estabelecer uma expectativa de melhora do quadro, emergindo a esperança. A barganha, terceiro estágio de uma doença incurável, é geralmente realizada com Deus, pois este é o meio de amenizar os sentimentos angustiantes e, dependendo da crença religiosa, pode influenciar no comportamento destas pessoas, se as graças forem atendidas⁽³⁾. “A esperança não só cura como também é um modo de adaptar-se”⁽³⁾. Contrapondo a questão da espiritualidade, outro artigo analisa, neste período de hospitalização, a possibilidade de se manifestarem sentimentos (atitudes) de descrença ou revolta em Deus⁽⁴⁾.

Na categoria denominada “resgate do passado” os familiares sentiram a necessidade de resgatar momentos importantes vivenciados com o familiar internado. Nesse momento, a família, muitas vezes, sente necessidade de demonstrar a importância daquela pessoa na sua vida, mesmo não tendo manifestado antes; entretanto, esta é uma oportunidade de manter e fortalecer um vínculo⁽³⁾.

A observação participante dos familiares durante a visita identificou a maioria dos sujeitos da pesquisa, ao entrar na UTI, direcionando seu olhar ao do ente querido,

bem como aos equipamentos, cama e aos materiais de procedimento. Outro aspecto observado nos familiares foi a busca de informações com a equipe: 80% dos familiares, durante a visita, procuravam saber mais sobre o estado de saúde, possibilitando uma compreensão melhor sobre a internação. Percebeu-se em alguns visitantes dúvidas quanto à higienização das mãos, ao uso do sabão e água e/ou álcool-gel, sendo eles brevemente esclarecidos pelos funcionários. Ainda assim, constatou-se 27% das pessoas não higienizando as mãos, devido à ansiedade ao visitar o familiar ou por distração do familiar e/ou funcionário. A emoção e a visita rápida foram comportamentos bem evidenciados; os familiares ficavam pouco tempo devido à inconsciência do paciente e também para permitir o acesso a outros, pois, nas normas da instituição, cada paciente tem direito a um acompanhante no horário de visita, possivelmente determinando a visita rápida.

Estudos realizados mencionam a falta das devidas informações sobre este setor do hospital aos familiares, sobre o quadro determinante da permanência do paciente na UTI, a condição física do seu familiar-paciente, com tantos equipamentos desconhecidos, curativos, sondas, cateteres entre outros⁽⁴⁻⁵⁾. Os aspectos considerados normais para um profissional da UTI talvez não o sejam para um familiar; logo, ao entrar no ambiente, ficam assustados e saem emocionados sem algum apoio da equipe. Nessa mesma pesquisa, observou-se o fornecimento de atenção a eles nos horários restritos à visita e/ou pelo telefone⁽⁶⁾. Quanto à lavagem das mãos, ressalta-se terem os familiares recebido ordens e orientações dos profissionais da UTI para executá-la; todavia, estes não explicam que este procedimento permite tocar no familiar-paciente com segurança, diminuindo o risco de contaminação⁽⁶⁾. A RDC nº 7, artigo 44, enfoca a necessidade de orientar os visitantes sobre a prevenção e o controle de infecções⁽⁹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu conhecer as percepções e os comportamentos dos familiares do paciente em estado de coma na UTI. Nesta situação vivenciada os familiares carecem do apoio da equipe da UTI; por isso, o profissional de enfermagem tem o dever de confortá-los, dando-lhes a atenção necessária.

Considerando que a percepção mais evidenciada foi a satisfação com o atendimento e com a equipe e o comportamento mais evidenciado foi a emoção, concluiu-se que a assistência oferecida no campo estudado é humanizada, atendendo a Política Nacional de Humanização e a maioria dos requisitos da RDC nº 7, em relação ao atendimento aos familiares.

A equipe deve estar ciente da importância da participação dos familiares no tratamento do paciente, além de estar atenta para perceber as diversas reações dos familiares frente aos pacientes, orientando-os para entrar na UTI, considerando ser este um setor complexo,

com dinâmica diferente das demais unidades da instituição, colaborando assim com a qualificação da assistência.

Embora se reconheça que o pequeno número de familiares investigados represente uma limitação desta pesquisa, os achados podem estimular outros enfermeiros de UTI a pesquisar sua realidade. Pretende-se que o conhecimento produzido subsidie ações da enfermagem direcionadas ao planejamento da assistência ao familiar do paciente que se encontra internado na UTI, atendendo a legislação vigente e a Política Nacional de Humanização.

REFERÊNCIAS

1. Urizzi F, Carvalho LM, Zampa HB, et al. Vivência de familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2008;20(4):370-375.
2. Freitas KS, Kimura M, Ferreira KASL. Necessidades de familiares de pacientes em unidades de terapia intensiva: análise comparativa entre hospital público e privado. *Rev Latinoam Enferm*. [Internet]. 2007 [cited 2011 nov 12]; 15(1). Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a13.pdf
3. Puginna ACG, Silva MJP, Araújo MT. Mensagens dos familiares de pacientes em estado de coma: a esperança como elemento comum. *Rev Acta Paul Enferm*. 2008;21(2): 249-55.
4. Prates TS, Stumm EMF, Loro MM, Ubessi LD. Familiares de pacientes que vivenciaram o coma e o retorno à vida. *Cad Bras Saúde Mental*. 2011;2(4-5):138-58.
5. Bettinelli LA, Erdmann AL. Internação em unidade de terapia intensiva e a família: perspectiva de cuidado. *Rev Avan Enferm*. 2009 Jan-Jun; XVII(1): 15-21.
6. Leite MA, Vila VSC. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. *Rev Latinoam Enferm*. 2005;13(2):145-50.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
8. Padilha KG, Vattimo MFF, Silva SC, Kimura M. (Org.). *Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico*. São Paulo: Manole; 2010. Cap. 57.
9. Ministério da Saúde (BR). Resolução RDC nº 7 da ANVISA, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
10. Rabello GD. Coma e estados alterados de consciência. In: Nitri R, Bacheschi LA. *A neurologia que todo médico deve saber*. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 143-69.
11. Silva MJP, Dobro ERL. Reflexões sobre a importância da mente na recuperação do paciente em coma. *Rev Mundo Saúde*. 2000;24:249-54.
12. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
13. Minayo MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 19. ed. Petrópolis: Vozes; 2001.
14. Martins JJ, Nascimento ERP, Geremias CK, et al. O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional. *Rev Eletr Enferm*. [online] 2008 [cited 2011 nov 4]; 10(4): 1091-10. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a22.htm>.
15. Ministério da Saúde (BR). *HumanizaSUS. Visita aberta e direito à acompanhante* [online]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008 [cited 2011 out 24]. Available from: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/humanizacao_visita_aberta_2ed_2008.pdf.
16. Oliveira PR, Tristão RM, Neiva ER. Burnout e suporte organizacional em profissionais de UTI neonatal. *Ciênc Tecnol*. 2006 Jul-Dez; 1(1): 27-38.
17. Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido". *Rev Latinoam Enferm*. 2002;10(2): 137-44.
18. Puggina ACG, Silva MJP, Gatti MFZ, Graziano KU, Kimura M. A percepção auditiva nos pacientes em estado de coma: uma revisão bibliográfica. *Rev Acta Paul Enferm*. 2005;18(3):313-19.
19. Zinn GR, Silva MJP, Telles SCR. Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida. *Rev Latinoam Enferm*. 2003;11(3):326-32.
20. Silva MJP. Humanização em unidade de terapia intensiva. In: Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA, organizadores. *Assistência de enfermagem ao paciente crítico*. São Paulo: Atheneu; 2000.

Artigo recebido em 19/01/2012.

Aprovado para publicação em 02/11/2012.

Artigo publicado em 30/06/2013.