
Artigo Científico

Características do manejo técnico e interpessoal apresentadas por profissionais da saúde na interação com pacientes em estado de coma

Technical characteristics of management and interpersonal presented by health professionals in interaction with patients in a state of coma

Amanda Castro[✉] e Alessandra d'Avila Scherer[✉]

Departamento de Psicologia, Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul),
Florianópolis, Santa Catarina, Brasil

Resumo

O presente artigo tem como objetivo analisar as características do manejo técnico e interpessoal apresentadas por profissionais da saúde na interação com pacientes em estado de coma. Para responder a este objetivo, participaram da pesquisa 14 (quatorze) profissionais da equipe de saúde que atuam em uma Unidade de Terapia Intensiva durante o período mínimo de um ano e que já tiveram contato em sua intervenção profissional com pacientes em estado de coma. O trabalho é classificado como pesquisa exploratória e qualitativa e para a coleta de dados foi utilizado um questionário composto por questões abertas e fechadas. Ao fim deste processo foram identificadas 14 ações dos profissionais de saúde que referem a interação com pacientes em coma apenas por meio do manejo técnico. Já o manejo interpessoal é apresentado em três ações realizadas na interação com pacientes em coma. Quando questionados acerca das ações realizadas na interação com pacientes em coma, a maioria dos profissionais de saúde relacionam o manejo técnico, sem menção ao manejo interpessoal. A interação interpessoal com paciente em coma viabiliza a estimulação e consequente recuperação destes pacientes. Desse modo, é possível evidenciar a importância do conhecimento técnico acerca dos níveis de coma, bem como o suporte psicológico aos profissionais de saúde, a fim de favorecer o manejo interpessoal com pacientes comatosos. © Cien. Cogn. 2012; Vol. 17 (2): 014-027.

Palavras-chave: estado de Coma; manejo técnico; manejo interpessoal.

Abstract

This article aims to analyze the characteristics of interpersonal and technical management provided by health professionals interacting with patients in a coma. To reach this goal, participants were fourteen (14) professionals of an occupational health team working in an intensive care unit for a minimum period of one year and who have had contact during professional interventions in patients in a coma. The work is classified as exploratory and qualitative research and data collection used a questionnaire consisting of open and closed questions. At the end of this process 14 actions of health professionals were identified which refer to the interaction with patients in a coma through technical management only. Interpersonal management was present in three actions of interaction with patients in a coma.

[✉] - A. Castro - Rua Pedro Manoel da Silveira, 280B, Florianópolis, SC 88.049-520, Brasil. E-mail para correspondência: amandandn@yahoo.com.br; A.A. Scherer – Av. Rio Branco, 817, Centro, Florianópolis, SC 88.015-203, Brasil. E-mail para correspondência: alessandra.scherer@hotmail.com.

When questioned about the actions performed in the interaction with coma patients, most health professionals refer to technical management, with no mention of management interpersonal management. The interpersonal interaction with the patient in a coma allows stimulation and subsequent recovery of these patients. It is possible to demonstrate the importance of technical knowledge about the levels of coma, as well as psychological support to health professionals in order to facilitate the interpersonal management with comatose patients. © Cien. Cogn. 2012; Vol. 17 (2): 014-027.

Keywords: *state of coma; technical management; interpersonal management.*

1 Introdução

A relação entre cultura, crenças e comportamentos relacionados com a saúde-doença é complexa. De acordo com Zago, Barichello, Hannickel e Sawada(2001), as experiências pessoais: as crenças grupais interagem entre si e fornecem base para as tomadas de decisões durante o processo de doença. Maruyama e Zago (2005) complementam tal afirmação, pois consideram que o contexto em que acontece a doença, as experiências da vida, as relações sociais, orientação de vida, as crenças e os valores pessoais, afetam o significado do adoecer para pacientes e profissionais da saúde.

A forma adotada pelos hospitais para tratar a morte e a doença pode estar vinculada ao lugar da exclusão e do silêncio. Quintana, Kegler, Santos e Lima (2006) corroboram esta afirmação, pois salientam que uma das causas do afastamento da equipe em relação ao paciente agonizante é a crença de que o doente nada mais pode fazer do que esperar a sua morte. De acordo com os autores, tal crença justifica a dificuldade dos profissionais da saúde em estabelecer comunicação com os pacientes, que exige o manejo técnico e interpessoal. Quintana et al. (2006) explicam essa dificuldade de comunicação, pois revelam que a maioria das equipes que trata de pacientes hospitalizados tem a ideia de que as preocupações destes se restringem à dor e aos sintomas da doença, o que levaria esses profissionais a excluírem do tratamento a dimensão existencial do sujeito que adocece.

Na perspectiva de Leite e Vila (2005), a equipe multiprofissional convive com outros fatores desencadeadores de estresse, tais como: a dificuldade de aceitação da morte, a escassez de recursos materiais (leitos e equipamentos), de recursos humanos e a tomada de decisões conflitantes. Assim, para Leite e Vila (2005) principalmente na Unidade de Terapia Intensiva, os fatores estressantes não atingem apenas os pacientes, mas também a equipe multiprofissional que convive diariamente com cenas de pronto-atendimento, pacientes graves, isolamento e morte. Desse modo, Leite e Vila (2005) compreendem que a realidade vivenciada pela equipe multiprofissional que atua em uma UTI é permeada por variados sentimentos e emoções. Nesse espaço, a rotina exige dos profissionais estratégias para lidar com a perda, com a dor e com o sofrimento, bem como para viabilizar meios para a interação com o paciente em seus variados estados de consciência, incluindo os pacientes em estado de coma.

Os estudos de Ferreira (2000) apresentam o coma como um estado de sono profundo, de inconsciência, que se caracteriza pela ausência de respostas verbais e não verbais conscientes aos estímulos externos. Para a medida inicial da gravidade do trauma, Ferreira (2000) cita a Escala de Coma de Glasgow (ECGI) como o índice mais utilizado, pois leva em consideração resposta verbal, motora e abertura dos olhos frente aos estímulos verbais ou dolorosos.

A pesquisa de Ferreira (2000) que objetivou analisar a comunicação que se expressa entre a equipe de saúde e o paciente em situação de coma na unidade de terapia intensiva, evidenciou ser esta não efetiva. Segundo Ferreira (2000), a interação da equipe de saúde com

o paciente está, ainda, vinculada à execução de procedimentos técnicos e clínicos, e raramente direcionada à transmissão de informação, segurança e afeto. Ferreira (2000) salienta que a prática do profissional da saúde ainda ocorre com base em ações profissionais despersonalizadas, na qual o ser se torna a doença, o objeto passivo da investigação e do tratamento, sendo que tal postura meramente técnica pode se tornar um fator estressor para o sujeito que adoece. Diante desse processo, é necessário identificar “*Quais as características do manejo técnico e interpessoal apresentadas por profissionais da saúde na interação com pacientes em estado de coma?*”

2 Metodologia

Considerando que esta pesquisa é classificada como exploratória, de cunho qualitativo, como instrumento de coleta de dados foi utilizado um questionário composto por uma questão fechada e 7 (sete) questões abertas envolvendo as seguintes variáveis: idade, ano de formação, cargo profissional que exerce no hospital, tempo de atuação em Hospital Geral, tempo de atuação em UTI, especialização, definição de coma, grau de consciência das pessoas internadas em estado de coma, ações realizadas durante exercício profissional na interação com o paciente em, possibilidade de relação interpessoal com pacientes comatosos.

Após aprovação de projeto por Comitê de Ética, foi realizado o contato com possíveis participantes da pesquisa. Aceitaram participar da pesquisa 14 (quatorze) profissionais da equipe de saúde que atuaram em uma Unidade de Terapia Intensiva durante o período mínimo de um ano e que já tiveram contato em sua intervenção profissional com pacientes em estado de coma. Sendo eles: quatro técnicos em enfermagem, quatro enfermeiros, quatro fisioterapeutas e dois médicos. A listagem de emails dos profissionais intensivistas foi obtida junto à rede de contatos profissionais de um fisioterapeuta participante. Este profissional foi indicado por fazer parte da rede de contatos profissionais da pesquisadora responsável e atender aos requisitos estabelecidos para a amostra. O contato inicial com os participantes foi realizado primeiramente por email, quando foram apresentadas as questões, tais como, o objetivo da pesquisa, o sigilo em relação à identificação dos sujeitos e o local e horário para entrega do questionário. Em um segundo momento, conforme os horários disponibilizados pelos participantes, foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido, a fim de cumprir os preceitos éticos de pesquisa e elucidar o objetivo do estudo para o sujeito. Os termos de consentimento foram entregues e apresentados pessoalmente em espaço cedido por uma Universidade, onde posteriormente seguiu-se a coleta de dados individualmente com cada participante.

3 Fundamentação teórica

O atendimento recebido pelo paciente hospitalizado é produto de um grande número de pequenos atendimentos parciais, que vão se complementando, explícita ou implicitamente, a partir da interação entre os vários profissionais da saúde que atuam no hospital. Uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas, saberes, num processo de complementação e fragmentação, compõem o cuidado em saúde em um hospital (Feuerwerker & Cecílio, 2007).

Segundo Feuerwerker e Cecílio (2007) um importante desafio do processo gerencial do hospital geral é justamente conseguir coordenar adequadamente o conjunto diversificado, especializado e fragmentado de atendimentos individuais, de modo que eles resultem em um atendimento integral ao paciente hospitalizado. Esse atendimento integral, de acordo com os autores citados, favorecerá o reconhecimento dos reflexos pessoais e emocionais na equipe de

saúde diante de sua atuação profissional, pois o contato direto com seres humanos coloca o profissional de saúde diante de sua própria vida, saúde ou doença, dos próprios conflitos e frustrações. Mota, Martins e Vêras (2006) apontam que se o profissional da saúde não tomar contato com seus conflitos e frustrações, estará propenso ao distanciamento e poderá apresentar dificuldade no manejo técnico e interpessoal em relação aos pacientes atendidos.

A partir dos indicativos de Hoga (2004) é possível afirmar que muitos profissionais percebem o cuidar como um processo de uma só via, onde há um ser humano dotado de preparo técnico-científico, humanístico e disponível para o cuidado efetivo e outro ser que está necessitando de ajuda de um profissional, que é dotado de tais atributos. No entanto, para Siqueira, Filipini, Posso, Fiorano e Gonçalves. (2006) o atendimento ao paciente hospitalizado extrapola a técnica (procedimento) sendo expresso pelas atitudes, além de ser relacional.

A comunicação é o instrumento fundamental para que haja interação entre a equipe de saúde e o paciente hospitalizado. Siqueira et al. (2006) salientam que pela comunicação o inter-relacionamento acontece, amenizando as sensações de angústia vivenciadas pela pessoa hospitalizada, aumentando sua confiança e autoestima. Entretanto, quando o atendimento ocorre em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) a comunicação com o paciente internado pode ser desconsiderada pela equipe de saúde, o cuidar pode tornar-se mecânico devido à alta complexidade de equipamentos e tecnologia. Estes fatores podem, de acordo com Siqueira et al.(2006), favorecer um comportamento de equipe pouco comprometido com os sentimentos dos familiares e dos pacientes internados em uma UTI.

A UTI parece oferecer um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes do hospital. Para Villa e Rossi (2002) os fatores agressivos não atingem apenas os pacientes, mas também a equipe multiprofissional, principalmente a enfermagem, que convive diariamente com cenas de pronto-atendimento. Assim, conforme indica Correa (1998), o cuidar técnico em UTI é complexo em muitos aspectos. Correa (1998) exemplifica tal afirmação ao considerar que um banho, uma mudança de ambiente, uma higiene oral ou procedimentos razoavelmente simples, exigem nesse espaço ainda mais cuidados, tendo em vista a atenção para que esses procedimentos não lesem os pacientes, desconectando-os, por exemplo, das máquinas que, no momento, dão sustentação à vida. Conforme apontam Rossi e Vila (2002) a própria dinâmica de uma UTI não possibilita momentos de reflexão para que a equipe de saúde possa repensar suas atuações com os pacientes internados.

Em pesquisa desenvolvida por Correa (1998) é indicado que os pacientes internados em UTI, muitas vezes, ficam impedidos de falar e de se expressar com mais clareza, devido à presença de tubos de alimentação, aparelhos de ventilação artificial, sedação, coma, dentre outros aspectos, estando em situação de dependência aqueles que deles cuidam. Assim, torna-se difícil para o profissional da saúde definir as necessidades reais do paciente. Nesse contexto são necessários discernimento, empatia, sensibilidade para avaliar cada situação, e cooperação de toda a equipe de saúde para que apesar da necessidade de técnicas invasivas, seja possível resgatar a totalidade da pessoa humana (Correa, 1998).

De acordo com Siqueira et al. (2006) dentre os pacientes internados nesta unidade, destacam-se aqueles que apresentam o rebaixamento do nível de consciência, caracterizado pela ausência de respostas verbais e não verbais. O paciente em coma torna-se isolado no ambiente de internação pela incapacidade de se comunicar. Tendo em vista tais aspectos é possível questionar de que forma os profissionais da saúde exercem suas atuações junto aos pacientes em estado de coma.

Segundo Andrade, Carvalho, Amorim, Paiva, Figueiredo e Teixeira. (2007), quando fisiológico, o estado de coma pode ser mensurado através da Escala de Coma de Glasgow

(ECGI). A escala de coma de Glasgow é uma escala padronizada utilizada para avaliação do nível de consciência em pacientes em estado de coma.

A audição é citada por Puggina e Silva (2009) como o último sentido a ser perdido, pois alguns pacientes que retornaram do estado de coma relatam dados sensoriais auditivos como sons, palavras, frases, vozes familiares etc. Os dados apresentados por Puggina e Silva (2009) salientam a relevância do ambiente sonoro em que o paciente está inserido, pois as conversas ao lado do leito e a própria comunicação efetuada a respeito.

Os estudos de Aldridge, Gustorff e Hannich (1990) referente à função da música para a comunicação entre equipe de saúde e pacientes em coma, aponta os benefícios proporcionados por esta, em forma de canto improvisado, para o trabalho com pacientes comatosos, no sentido de se tratar de um significativo recurso para facilitar o contato humano nestas situações de monitoramento intensivo e suporte da vida por meio da máquina. Ainda, os referidos autores acrescentam que a arte agregada à ciência da medicina pode facilitar o desenvolvimento de habilidades de comunicação humana, tornando-se parte da rotina do médico e da equipe de enfermagem.

Na pesquisa desenvolvida por Silva, Schlickmann e Faria (2002), em relação aos pacientes sob o efeito de sedativos, ou com prognóstico negativo, a comunicação pode ser mesmo nula. No entanto, os autores perceberam que os pacientes neste estado, apresentavam reações físicas ao contato com a família ou isoladamente. Por isso, de acordo com Silva et al. (2002), a comunicação verbal e não verbal e o toque são instrumentos importantes no cuidado à pessoa em estado de coma.

4 Apresentação e discussão dos resultados

Os resultados do estudo foram organizados em categorias, sendo a primeira, o conhecimento acerca do estado de coma, que se subdividiu em três subcategorias: Coma como redução de atividades biológicas; Coma como perda da capacidade de responder a estímulos externos e Não respondeu a questão acerca da definição de coma.

A segunda categoria está atrelada ao Conhecimento acerca dos níveis de consciência dos estágios de coma, subdividindo-se em: Reconhecimento dos níveis de consciência justificado em relação à redução de atividades biológicas; Reconhecimento dos níveis de consciência justificado nas possibilidades de resposta do paciente em coma; Reconhecimento dos níveis de consciência justificado em relato de pacientes que retornam do estado de coma; Impossibilidade de precisar o estado real de consciência do paciente em coma; Reconhecimento dos níveis de consciência justificado com base na escala Glasgow; Não identifica níveis de consciência em pacientes em estado de coma e Não respondeu a questão acerca do grau de consciência do paciente em estado de coma.

Os profissionais de saúde percebem que quando o paciente encontra-se em estado de coma, este apresenta redução nos níveis de consciência, sem paralisação das atividades biológicas. A partir dos dados disponíveis na terceira coluna da Tabela 1 é possível identificar, que três fisioterapeutas, um técnico em enfermagem e uma enfermeira corroboram com a definição de coma na perspectiva de redução das atividades biológicas e não paralisação das mesmas:

“S.1 Estado em que há redução das atividades não paralisação.”

“S.3 Estado onde ocorre diminuição da atividade cerebral, o seja, estado de inconsciência profunda.”

Categoria	Subcategoria	INDICAÇÕES DOS PROFISSIONAIS PARTICIPANTES														Total
		Fisioterapeuta				Técnico Enfermagem				Enfermagem				Médicos		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Conhecimento acerca do estado de coma.	Coma como perda da capacidade de responder a estímulos externos		X		X	X				X				X	X	6
	Coma como redução de atividades biológicas	X		X				X			X		X			5
	Coma como um estado composto por diversos níveis de consciência		X			X						X				3
	Não respondeu a questão acerca da definição de coma						X	X								2
	Total	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
Conhecimento acerca dos níveis de consciência dos estágios de coma	Níveis de consciência justificado em relação à redução de atividades biológicas	X	X	X			X						X			5
	Níveis de consciência justificado em relato de pacientes que retornam do estado de coma					X		X				X				3
	Níveis de consciência justificado nas possibilidades de resposta do paciente				X				X							2
	Impossibilidade de precisar o estado real de consciência do paciente em coma									X						1
	Níveis de consciência justificado com base na escala Glasgow										X					1
	Não identifica níveis de consciência em pacientes em estado de coma													X		1
	Não respondeu a questão														X	1
	Total	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14

Tabela 1 - Conhecimento acerca do estado de coma.

Silva et al. (2002), por sua vez, consideram que em relação aos pacientes em coma, a comunicação pode ser mesmo nula. No entanto, os autores perceberam que o paciente apresentava reações físicas ao contato com a família ou isoladamente, havendo, portanto a preservação de algumas atividades biológicas. Desse modo, a pesquisa desenvolvida por, Silva et al.(2002) confirma as percepções de seis participantes (S.1, S.3, S.7, S.10, S.12) ao considerar que as atividades biológicas do paciente em coma estão reduzidas, não necessariamente inexistem.

O estado de coma pode ser definido a partir de seus níveis de consciência. Puggina e Silva (2009) esclarecem que a consciência 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. Os profissionais que lidam a maior parte do tempo com pacientes comatosos, sendo eles de acordo com Pregnotatto e Agostinho

(2010), enfermeiros, técnicos em enfermagem e fisioterapeutas, parecem identificar o coma a partir de seus diversos níveis de consciência, conforme pode ser verificado na Tabela 1 (terceira coluna, quarta linha) e exemplificado nas indicações abaixo, que constam em Apêndice:

S. 5 “(..) Essa semana presenciei uma cena onde a equipe falava para a família, ao pé da cama do paciente, que ele não passaria daquela noite e o paciente começou a piscar os olhos insistentemente, isso mostra que pode sim haver níveis de consciência nos estados de coma.”

S.11 “É um estado de saúde no qual o paciente se encontra com o nível de consciência rebaixado.”

Os estudos desenvolvidos por Lawrence (1997) também fazem menção aos diversos níveis de consciência dos estados de coma, pois destacam que 27% dos pacientes em coma apresentaram consciência auditiva e emocional, consciência tátil e consciência do movimento. Lawrence (1997) salienta que alguns pacientes relataram sentir as picadas da agulha e o choque do desfibrilador, quando a equipe em seus procedimentos técnicos acreditava em pleno estado de inconsciência do paciente hospitalizado.

Considerando os diferentes e variados estados modificados de consciência, descrito pelos participantes desta pesquisa (S.2, S.5, S.11) Silva et al.(2002) indicam que as pessoas em estado de coma podem apresentar algum nível de consciência e, assim, se sentirem muito amedrontadas e angustiadas, principalmente com determinadas informações acerca do agravamento do seu estado, e por não poderem expressar esses sentimentos. Desse modo, para Silva et al.(2002) cabe aos profissionais atuantes em UTI, considerar os diversos níveis de consciência em pacientes comatosos, tendo em vista a subjetividades desses sujeitos que aparentemente estão impossibilitados de responder a estímulos externos.

Durante o coma, os pacientes não apresentam resposta verbal aos estímulos externos o que pode levar o profissional da saúde a considerar que pacientes comatosos perdem a capacidade integral de responder a qualquer estímulo. A partir dos dados colhidos em questionário é possível identificar na segunda linha da Tabela 1 que dois fisioterapeutas (S. 2, S.4), dois médicos (S.13, S.14), um técnico em enfermagem (S.5) e uma enfermeira (S.9) definem o coma como perda da capacidade de responder a estímulos externos, conforme pode ser verificado nas indicações abaixo:

S.13 “Estado no qual o paciente apresenta incapacidade de interagir ou responder adequadamente com o meio ao seu redor.”

S.5 “Estado em qual o paciente perde a consciência não sendo capaz de responder a estímulos externos.”

Os estudos de Ferreira (2000) também apresentam o coma como um estado de inconsciência caracterizado pela ausência de respostas verbais e não verbais conscientes aos estímulos externos. Puggina e Silva (2009) contribuem com esta concepção ao considerar o paciente em coma em situação de alteração de consciência definindo a consciência como capacidade de responder a estímulos do mundo interior e exterior. Porém, em relação às emoções na interação com pacientes em estado de coma, os referidos autores esclarecem que manifestações ou correlatos fisiológicos, o aumento da frequência cardíaca, respiratória e rubor da face são exemplos de manifestações fisiológicas de uma emoção do paciente comatoso.

Entretanto, é possível admitir que dependendo do nível do coma o paciente pode emitir respostas motoras, que servem como ferramentas para a comunicação, cabendo ao profissional de saúde a busca por formas alternativas de interação. Sohlberg e Matter (2009) afirmam que para a equipe de saúde a tentativa de comunicação do paciente em coma é comumente associada com agitação e inquietação. Os mesmos autores consideram que pacientes em coma aumentam sua capacidade de compreensão a partir de estímulos auditivos ou táteis eliciadores de resposta, enfatizando então a importância da estimulação e consequente interação com o paciente em estado de coma. Dessa forma, o paciente pode começar a responder a alguns estímulos ainda que não de forma verbal.

A dificuldade em precisar os níveis de coma pode ser um fator contribuinte para a ausência de respostas quanto à definição do coma. Dois técnicos em enfermagem participantes não responderam a questão acerca da definição do coma (S.6, S.8). Entretanto os mesmos participantes responderam em questão posterior, indicada na segunda categoria da Tabela 1 sobre a possibilidade de existência de níveis de coma. Em relação ao grau de consciência dos pacientes em estado de coma Puggina e Silva (2009) enfatizam que apesar da existência de uma escala que mensura graus do coma, os profissionais da saúde ainda apresentam dificuldade em precisar o nível de consciência de pacientes comatosos.

Desse modo, é possível verificar que embora não definam o coma, os participantes mencionados consideram os diversos níveis de coma. Em virtude da falta de precisão acerca dos níveis de coma é necessário tomar cuidados para que seja considerada a subjetividade do sujeito comatoso.

Há profissionais da equipe de saúde que não identificam níveis de consciência em pacientes em estado de coma. Esses profissionais consideram que o paciente neste estado é incapaz de perceber acontecimentos externos. É possível verificar essa afirmação a partir da resposta de um médico participante, que quando questionado sobre a existência de níveis de consciência de pacientes comatosos, respondeu:

S.13 “Não, pois embora exista alguma resposta incipiente a estímulos mais intensos como a dor, o paciente por definição é incapaz de perceber e ter consciência do que se passa ao seu redor.”

A resposta fornecida pelo participante S.13 demonstrada na décima primeira linha da terceira coluna na Tabela 1 se remete ao conceito de consciência. A consciência é definida por Andrade et al. (2007) como a capacidade do indivíduo em reconhecer a si mesmo e aos estímulos do ambiente. A pessoa em estado de coma não externaliza verbalmente quando percebe algum estímulo do ambiente. Essa ausência de verbalização pode ser considerada como ausência também de consciência deste paciente, pois o mesmo médico participante (S.13) na terceira coluna e primeira linha da Tabela 1, quando questionado sobre uma definição do estado de coma afirma que o paciente comatoso:

S.13 “(..) apresenta incapacidade de interagir ou responder adequadamente com o meio ao seu redor”.

Desse modo, é possível identificar que há profissionais da equipe de saúde que não acreditam na existência de níveis de consciência em pacientes em estado coma. Possivelmente esses profissionais relacionam a consciência à possibilidade de resposta verbal aos estímulos, sem considerar outras formas de interação com o paciente em coma, tais como: sinais previamente combinados, movimentação de pupilas ou outras reações fisiológicas que possibilitem ao paciente comatoso expressar suas emoções durante a interação.

O paciente comatoso apresenta níveis de consciência que variam de acordo com a gravidade do estado de saúde desse paciente. No entanto, um médico participante da presente pesquisa (S.14), não apresentou resposta quando questionado sobre os níveis de consciência dos pacientes em coma. O mesmo médico participante ao definir o estado de coma na terceira coluna e primeira linha da Tabela 1 considera que:

S.14. “É quando o paciente apresenta estado de inconsciência profunda sem alteração significativa”.

Diante da ausência de resposta do médico participante (S.14) no que se refere aos níveis de consciência do paciente em coma, é possível questionar quais fatores contribuíram para que este participante definisse o coma como um estado sem alteração significativa, mas não respondesse quanto aos níveis de consciência durante o estado de coma. Talvez ao definir o coma a partir de um “estado de inconsciência profunda sem alteração significativa” este sujeito possa ter excluído a possibilidade de níveis de consciência durante o estado de coma.

Assim, é possível considerar que há profissionais de saúde que não definem os níveis de consciência de pacientes em estado de coma. Esta indefinição pode significar ausência de precisão em relação à mensuração da consciência, ou mesmo desconhecimento em relação à existência de níveis de consciência em pacientes comatosos.

Quanto às ações realizadas na interação com pacientes em estado de coma, os resultados foram subdivididos em seis subcategorias: Cuidados relativos à higiene, medicação e curativos; Exercícios de dinâmica respiratória e motora; Manejo técnico acompanhado de manejo interpessoal; Não descreveu o manejo técnico; Supervisionar a equipe de enfermagem e Avaliação do paciente e prescrição de medicamentos. A fim de facilitar a compreensão dos dados, segue tabela abaixo:

Categoria	Subcategoria	INDICAÇÕES DOS PROFISSIONAIS PARTICIPANTES														Total
		Fisioterapeuta				Técnico de Enfermagem				Enfermagem				Médicos		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
Ações realizadas na interação com pacientes em estado de coma	Cuidados relativos à higiene, medicação e curativos					X	X	X	X		X		X			6
	Exercícios de dinâmica respiratória e motora	X	X	X	X											4
	Manejo técnico acompanhado de manejo interpessoal	X		X					X							3
	Não descreveu o manejo técnico									X				X		2
	Supervisionar a equipe de enfermagem											X				1
	Avaliação do paciente e prescrição de medicamentos														X	1
	Total	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16

Tabela 2 - Ações realizadas na interação com pacientes em estado de coma.

Em relação às ações realizadas na interação com pacientes em coma os profissionais da equipe de saúde indicaram atividades relacionadas majoritariamente ao manejo técnico em

detrimento ao manejo interpessoal. Na terceira coluna da Tabela 2 é possível verificar que quatro participantes fisioterapeutas (S.1, S.2, S.3, S.4) indicaram exercícios de dinâmica respiratória e motora, enquanto quatro técnicos em enfermagem (S.5, S.6, S.7, S.8) e duas enfermeiras (S.10 e S.12) indicaram cuidados relativos à higiene, medicação e curativos como ações realizadas na interação com pacientes em coma. Uma enfermeira (S.11) apontou que sua atividade profissional em relação ao paciente comatoso se restringe a supervisionar a equipe de enfermagem. Avaliação do paciente e a prescrição de medicamentos foram citados por um médico participante (S.14) como ações realizadas na interação com o paciente em coma. Silva et al.(2002) corroboram com tais dados, pois afirmam que a interação da equipe de saúde com o paciente está baseada quase unicamente na execução de procedimentos técnicos e clínicos.

Um médico participante não descreveu suas atividades junto ao paciente em coma durante exercício profissional. O participante S.13 não descreveu o manejo técnico, pois quando questionado em relação às ações realizadas na interação com pacientes em coma respondeu:

S.13 “Ser médico”.

Os autores Farias e Vaitsman (2002) esclarecem que a autonomia no exercício profissional dos médicos baseia-se no monopólio legítimo de um tipo de conhecimento específico que caracteriza seu campo de trabalho. Entretanto, o participante S.13 não caracterizou as ações profissionais na interação com pacientes em coma, não relatando as atividades relativas ao conhecimento específico citado por Farias e Vaitsman (2002).

O manejo técnico acompanhado de manejo interpessoal foi indicado por dois fisioterapeutas (S.1 e S.3) e por um técnico em enfermagem (S.8) quando questionados em relação às ações realizadas na interação com pacientes em estado de coma. Conforme é evidenciado na terceira linha e terceira coluna da Tabela 2:

S.2 “[...] e também me apresento para iniciar o atendimento.”

S.3 “Antes dos atendimentos costumo falar com eles, explicando o que eu farei e os benefícios que a fisioterapia trará na sua recuperação.”

S.8 “[...] enfim fazer todo o procedimento de enfermagem, mas sempre brincando e rindo, colocando músicas, mostrando as fotos dos familiares e falando o nome dos mesmos, não importando se o paciente está de olhos abertos ou fechados.”

Lawrence (1997), por sua vez considera que a vivência emocional de pacientes em coma resultante da interação entre paciente e equipe de saúde, contribui para o bem-estar emocional e para a recuperação destes pacientes. Hoga (2004) contribui com a pesquisa de Lawrence (1997), pois enfatiza que recursos de toque corporal, de suporte físico e emocional devem permear a realização dos procedimentos e as intervenções da equipe de saúde junto aos pacientes.

Desse modo, o resultado do estudo aponta 14 indicações de profissionais de saúde que enfatizam a interação com pacientes em coma apenas por meio do manejo técnico. Já o manejo interpessoal é apresentado em três indicações de ações realizadas na interação com pacientes em coma. Sendo assim, quando questionados acerca das ações realizadas na interação com pacientes em coma, a maioria dos profissionais de saúde relacionam o manejo técnico, sem menção ao manejo interpessoal.

6 Considerações finais

Nesta pesquisa objetivou-se analisar as características do manejo técnico e interpessoal apresentados por profissionais da saúde na interação com pacientes em estado de coma. Para responder a este objetivo, participaram da pesquisa 14 (quatorze) profissionais da equipe de saúde que atuam em uma Unidade de Terapia Intensiva durante o período mínimo de um ano e que já tiveram contato em sua intervenção profissional com pacientes em estado de coma. Os dados foram analisados através de categorias selecionadas a partir dos objetivos específicos e das respostas fornecidas pelos entrevistados, fundamentados através do referencial teórico pré-definido.

Foi possível perceber através das características dos profissionais participantes, bem como as respostas fornecidas por estes, que a variável pós-graduação parece não influenciar na concepção dos níveis de coma ou nas intervenções com pacientes comatosos. Por meio dos dados coletados, não é possível identificar diferença entre o conhecimento apresentado pelos profissionais que realizaram especialização em área relacionada à UTI (quatro fisioterapeutas, uma enfermeira e dois médicos) em comparação aos demais sujeitos que não realizaram curso de especialização. Assim, no presente estudo, o conhecimento adquirido pela formação profissional não demonstra agregar conhecimento à aprendizagem empírica e consequentemente ao manejo interpessoal.

O tempo de atuação em UTI, igualmente ao fator pós-graduação, não pareceu ser relevante em relação ao conhecimento sobre os níveis de coma, ou ao manejo interpessoal com pacientes comatosos. Já o cargo profissional demonstrou exercer possível influência com relação a estes dois aspectos. Profissionais fisioterapeutas e técnicos de enfermagem que em sua intervenção profissional atuam diretamente com pacientes em coma parecem identificar os níveis de coma, e consequentemente é possível que considerem a possibilidade de interação com o paciente comatoso, além do manejo técnico. Os resultados apontam que a interação com o paciente comatoso, justificada nos níveis de coma, parece ser proporcional ao grau de contato que o profissional mantém com este paciente durante sua intervenção.

As características inerentes aos cargos profissionais constituíram variáveis importantes durante o processo de coleta de dados. Dos profissionais que aceitaram a participação na pesquisa, dois médicos e cinco psicólogos que atuam em hospitais gerais alegaram não apresentar disponibilidade de tempo para responder o questionário.

O estabelecimento de contato com psicólogos hospitalares ocorreu de modo dificultoso, pois possivelmente estes profissionais apresentam-se em número reduzido nas equipes de saúde. E àqueles com quem o contato foi estabelecido, pareceram não demonstrar interesse em participar, sendo a ausência de tempo foi a justificativa fornecida por estes profissionais. Assim, é possível questionar se a falta de tempo atribuída por estes profissionais encontra-se relacionada à dificuldade de inserção do psicólogo no espaço da UTI e consequente ausência de manejo com o paciente comatoso.

O hospital se constitui como palco do saber médico, e tem como proposta investigar o corpo, ou partes do corpo, como objetos de interesse. Jucá-Vasconcelos (2010) esclarece que trata-se de um saber que se importa com o corpo, mas não com os inúmeros atravessamentos (social, político, cultural, familiar) que o perpassam. O psicólogo então poderia auxiliar na observação dos demais atravessamentos (social, político, cultural, familiar) a partir da troca de saberes, incluindo os dos usuários e sua rede social, diálogo entre os profissionais, modos de trabalhar em equipe que considerem tais aspectos.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) recebe pacientes em situação de risco intensa. Essa característica da UTI faz com que os profissionais da equipe de saúde mantenham-se em alerta em relação à conservação da vida do paciente internado. As máquinas, tubos de

respiração e de alimentação em pacientes a princípio não contactantes, podem intimidar o profissional e fazê-lo desconsiderar a subjetividade do ser humano que se encontra hospitalizado.

As intervenções junto a pacientes que respondem verbalmente podem representar atuações mais seguras ao profissional da psicologia, que por muito tempo teve sua intervenção vinculada apenas à psicologia clínica. A psicologia hospitalar é uma área de atuação relativamente nova. Na UTI onde a prioridade é a manutenção da vida, o psicólogo intensivista pode ser o profissional menos requisitado pela equipe de saúde. É possível que tais fatores contribuam para que haja poucos psicólogos atuantes em UTI e conseqüente escassa produção teórica acerca das intervenções de psicólogos nesse espaço. O psicólogo deve adentrar a UTI, atuar também com pacientes comatosos, favorecer a estimulação daqueles que independente da capacidade de resposta, possuem experiências de vida, características de personalidade que precisam ser consideradas durante o manejo técnico. Deve objetivar em suas intervenções a manutenção e resgate da subjetividade dos sujeitos que compõe esse espaço: pacientes, profissionais e familiares.

Os dados coletados e apresentados demonstram a importância da estimulação do paciente comatoso, pois a interação com este paciente parece estar relacionada ao manejo técnico e com pouca menção ao manejo interpessoal. Diante desses dados, é possível refletir sobre o papel do psicólogo hospitalar como facilitador do contato da família e profissionais de saúde, com o paciente em coma. Desse modo, este estudo parece fornecer importante subsídio para a formulação de intervenções do psicólogo na UTI com pacientes em coma, demanda esta que necessita ser mais explorada na literatura da área.

Uma profissional da área da Enfermagem indica a diferenciação em relação às possibilidades de interação com pacientes em coma induzido e pacientes em coma resultante de traumatismo. Em relação à justificativa teórica para este fato, não foram identificadas na literatura evidências que salientem tal diferenciação. Desse modo, permanece o questionamento: Haverá diferença nos contatos estabelecidos com pacientes que em situação de coma induzido? A percepção de profissionais de saúde acerca dos níveis de coma é alterada de acordo com o prognóstico do paciente comatoso? São necessárias novas pesquisas a fim de responder esses questionamentos e oferecer novas diretrizes de intervenção e interação com pacientes em coma.

O “descaso” com o paciente comatoso que aparece nos dados pode ser avaliado como uma possível estratégia de enfrentamento dos profissionais de saúde para lidar com o paciente internado. Leite e Vila (2005) e Quintana et al. (2006) corroboram com tal afirmativa, pois compreendem que a realidade vivenciada pela equipe multiprofissional que atua em uma UTI exige dos profissionais estratégias para lidar com a perda, com a dor, com o sofrimento. Assim, as ações despersonalizadas podem representar estratégias de enfrentamento apresentadas pelos profissionais de saúde que ao inviabilizarem meios para a interação com o paciente em estado de coma, inviabilizam envolvimento emocional e a conseqüente sofrimento em caso de óbito.

De acordo com os dados apresentados na análise, a indefinição apontada pelos participantes com relação aos níveis coma pode significar ausência de precisão em relação à mensuração da consciência. O desconhecimento em relação à existência de níveis de consciência em pacientes comatosos pode também estar vinculado à pouca referência dos participantes sobre a escala Glasgow como recurso de trabalho. A investigação acerca do conhecimento sobre a escala Glasgow faz-se necessária a fim de identificar se os profissionais estão capacitados tecnicamente para avaliar os níveis de coma.

É possível salientar, a partir do exposto nesta pesquisa, a importância do conhecimento técnico acerca dos níveis de coma, bem como o suporte psicológico aos

profissionais de saúde que atuam com pacientes comatosos. A proposta de suporte psicológico aos profissionais deve estar vinculada à necessidade destes em falar de seus sofrimentos e anseios em relação à atuação profissional. Visando que estes possam interagir com pacientes em coma, considerando a subjetividade dos sujeitos, ancorando o manejo técnico e interpessoal no princípio do atendimento integral.

7 Referências bibliográficas

- Aldridge, D.; Gustorff, D.; Hannich, H.J. (1990). Where am I? Music therapy applied to coma patients. *J R Soc Med.*, 83(6), 345-346.
- Andrade, A.F.; Carvalho, R.C.; Amorim, R.L.O.; Paiva, W.S.; Figueiredo, E.G.; Teixeira, M.J. (2007). Coma e outros estados de consciência. *Rev. Med.*, 86 (3), 123-131. Recuperado em 02/05/2011, de http://medicina.fm.usp.br/gdc/docs/revistade_101_123-131%20863.pdf.
- Correa, A.K. (1998). O paciente em centro de terapia intensiva: reflexão bioética. *Rev. Esc. Enf. USP*, 32, (4), 297-301. Recuperado em 18/05/2011, de <http://www.ee.usp.br/re USP/upload/pdf/445>.
- Farias, L.O.; Vaitsman, J. (2002). Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. *Cad. Saúde Pú.*, 18 (5). Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2002000500015&lng=en&nrm=iso. Acessado em 27 abr.2011.
- Ferreira, M.I.P.R. (2000). *A comunicação entre a equipe de saúde e o paciente em coma: dois mundos diferentes em interação*. Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção, Programa de Pós-Graduação em Engenharia. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.
- Feuerwerker, L.C.M.; Cecilio, L.C.O. (2007). O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 12 (4). Recuperado em 18/05/2011, de http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000400018&lng=en&nrm=iso.
- Hoga, L.A.K. (2004). A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. *Rev. Esc. Enferm. USP* [online], 38 (1), 13-20. Recuperado em 18/05/2011, de <http://www.scielo.br/pdf/re USP/v38n1/02.pdf>.
- Jucá-Vasconcelos, H.P. (2010); Reflexões sobre o hospital geral: um olhar *psi* e histórico. *Revista IGT na Rede*, 7 (13), 371-382. Disponível em <http://www.igt.psc.br/ojs/>. Acesso em 24 abr.2011.
- Lawrence, M. (1997). *In a world of their own: experiencing unconsciousness*. Westport, Connecticut: Praeger.
- Leite, M.A.; Vila, V.S.C. (2005). Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. *Rev. Latino-Am. Enf.*, 13 (2), 145-150. Recuperado em 18/05/2011, de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a03.pdf>.
- Maruyama, S.A.T.; Zago, M.M.F. (2005). O processo de adoecer do portador de colostomia por câncer. *Rev. Latino-Am. Enf.* Recuperado em 18/05/2011, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200013.
- Mota, R.A.; Martins, C.G.M.; Vêras, R.M. (2006). Papel dos profissionais de saúde na Política de Humanização Hospitalar. *Psicol. Estud.*, 11 (2), 323-330. Recuperado em 18/05/2011, de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a10.pdf>.
- Pregolato, A.P.F.; Agostinho, V.B.M. (2010). O psicólogo na unidade de terapia intensiva – adulto. Em: Baptista, M.N.; Dias, R.R. *Psicologia Hospitalar: Teoria, Aplicações e Casos Clínicos* (2ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Puggina, A.C.G.; Silva, M.J.P. (2009). Sinais vitais e expressão facial de pacientes em estado de coma. *Rev. Bras. Enferm.*, 62 (3). Recuperado em 18/05/2011, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672009000300016&lng=en&nrm=iso.
- Quintana, A.M.; Kegler, P.; Santos, M.S.; Lima, L.D. (2006). Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal. *Paidéia*, 16 (35). Recuperado em 18/05/2011, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103863X2006000300012&lng=en&nrm=iso.
- Silva, A.L.; Schlickmann, G.C.; Faria, J.G. (2002). O coma e seu impacto no processo de ser e viver: implicações para o cuidado de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.*, 23 (2), 81-107. Recuperado em 18/05/2011, de <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4450/2375>.
- Siqueira, A. B.; Filipini, R.; Posso, M.B.S.; Fiorano, A.M.M.; Gonçalves, S.A. (2006) Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados à qualidade da assistência. *Arquivos Médicos do ABC*, 31 (2), 73-77. Recuperado em 18/05/2011, de <http://www.fmabc.br/admin/files/revistas/31amabc73.pdf>.
- Sohlberg, M.M.; Mateer, C.A. (2009). *Reabilitação Cognitiva: uma abordagem neuropsicológica integrativa*. São Paulo: Editora Santos.
- Vila, V.S.C.; Rossi, L.A. (2002). O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 10 (2), 137-144. Recuperado em 18/05/2011, de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n2/10506.pdf>.
- Zago, M.M.F.; Barichello, E.; Hannicke, S.; Sawada, N.O. (2001). O adoecimento pelo câncer de laringe. *Rev. Esc. Enf. USP*, 35 (2), 108-114. Recuperado em 18/05/2011, de <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v35n2/v35n2a02.pdf>.