

Tatiana Furtado da Rosa Dias¹
Hedilamar da Graça Ferreira²
Michela de Almeida Rocha³
Paula Vitali Miclos⁴
Elizabeth Regina Araújo de Oliveira⁵
Maria José Gomes⁶

Perception of nursing team in relation to the hearing of the comatose patient

| Percepção da equipe de enfermagem em relação à audição do paciente comatoso

ABSTRACT | *Objective: To investigate the knowledge of nursing team concerning the hearing in the comatose patient, and if this is considered in the installment of the assistance.*

Methodology: This is a descriptive study, with quantitative and qualitative boarding. The social actors, study participants, were 24 members of the nursing team who worked in Intensive Care Units of a Philanthropic Hospital located in Vila Velha – ES, Brazil. To obtain the data, it was used a semi-structured interview, using Jof analysis the Empirical Categories of Minayo. Results: The study evidenced that many professionals of the nursing team believe that the hearing is the last direction to disappear in the comatose patient, had revealed worried about the behaviors adopted during the installment of the cares, indicative of ethical and humanization position, on the part of the team. The data had also disclosed the concern of the team, to name a few factors that excessively intervene with the quality of the given assistance the comatose patient. Conclusion: The professionals of the nursing team know the importance and consider the hearing in its evaluations or installment of the cares in health. Patient's hearing is considered to develop a safe, adequate, and ethical assistance during the coma state.

Keywords | *Nursing; Coma; Hearing; Intensive care units.*

RESUMO | *Objetivo: Investigar o conhecimento da equipe de enfermagem acerca da audição no paciente comatoso, observando se essa audição é considerada na prestação da assistência. Metodologia: Trata-se de um estudo de natureza descritiva, com abordagem quantitativa e qualitativa. Os atores sociais participantes do estudo foram 24 integrantes da equipe de enfermagem que atuavam em Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Filantrópico, localizado em Vila Velha – ES. Para a obtenção dos dados, foi aplicada a entrevista semiestruturada, enquanto, para a análise, foram utilizadas as Categorias Empíricas de Minayo. Resultados: O estudo evidenciou que muitos profissionais da equipe de enfermagem acreditam que a audição é o último sentido a desaparecer no paciente comatoso, mostraram-se preocupados com as condutas adotadas durante a prestação dos cuidados, indicativos de postura ética e humanizada por parte da equipe. Os dados revelaram também a preocupação da equipe, ao citar alguns fatores que interferem sobremaneira na qualidade da assistência prestada ao paciente comatoso. Conclusão: Os profissionais da equipe de enfermagem conhecem a importância da audição em suas avaliações ou prestação dos cuidados em saúde. A audição é considerada para que possam desenvolver uma assistência segura, adequada, ética e humanizada durante o estado de coma do paciente.*

Palavras-chave | *Enfermagem; Coma; Audição; Unidades de terapia intensiva.*

¹ Enfermeira/fonoaudióloga pela UFES.

² Enfermeira: mestre em Enfermagem do Trabalho.

³ Enfermeira/ fisioterapeuta pela UFES.

⁴ Cirurgiã-dentista; mestranda do Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica da UFES.

⁵ Professora associada do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFES.

⁶ Professora associada do Curso de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica da UFES.

INTRODUÇÃO |

Os conceitos de consciência, até hoje, enfrentam o desafio de dar conta da relação entre a experiência e os processos físicos do cérebro. Na investigação científica da consciência, o obstáculo mais difícil de transpor talvez esteja relacionado com a concepção culturalmente arraigada de que percepções conscientes não podem ser consideradas funcionamento do sistema nervoso, pois a consciência é uma entidade distinta deste⁷.

Em situação idêntica, encontra-se o fenômeno da inconsciência. O estado de inconsciência em pacientes ainda é objeto de muitas pesquisas. A não responsividade ao estímulo, o desconhecimento de si próprio, bem como do meio ambiente, a ausência ou diminuição do nível de alerta comportamental e os olhos fechados são características que definem o paciente como em estado de “coma”¹⁴.

Sanvito¹⁵ conceitua o coma como uma síndrome caracterizada, clinicamente, por perda mais ou menos completa da consciência, da motricidade voluntária e da sensibilidade, com conservação das funções vegetativas intactas ou modificadas.

Apesar de o estado de coma carecer de investigações que venham elucidar esse estado pelo qual passam muitos pacientes graves, vivenciá-lo é um processo que poderá deixar sequelas irreversíveis, desde danos físicos até neurológicos dada a sua complexidade.

Muitas dessas marcas não estão somente ligadas ao coma em si, mas também à experiência de ser “[...] dependente durante esse processo, levando muitos doentes não só a necessitarem de se recuperar da doença, mas de terem se tornados pacientes”¹⁶. Isso dada a ações profissionais despersonalizadas, em sua grande maioria executada pela equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

As UTIs concentram um grande aparato tecnológico destinado ao atendimento de pacientes graves, em coma ou em risco de morte, que exigem, além de equipamentos, assistência médica e de enfermagem contínua e especializada. Então, quando o cuidado se dá em um ambiente que requer alta técnica tal como a UTI, o cuidar pode tornar-se mecânico, devido à alta complexidade de equipamentos e tecnologias¹⁷.

A modernidade, em seu racionalismo, conseguiu com que o ser humano deixasse de ser visto em sua totalidade, passando-se a dar mais importância à máquina do que ao próprio homem. Dessa maneira, os pacientes em estado crítico são tratados de modo despersonalizado e

desumanizado, o que é confirmado por Marsden⁹, que se refere a esses pacientes observando que:

[...] são vistos como objetos ou máquinas inanimadas, sem sentimentos, a serem manipulados, que sofrem experimentos, são fragmentados em problemas e tratados com imparcialidade. Em casos mais extremos são isolados, alienados, despojados de sua dignidade e dada pouco, se alguma, oportunidade de escapar do ambiente estático, estéril e degradante em que estão emaranhados.

A tecnologia deve se subalternizar a expressividade humana, contando com equipamentos e materiais como instrumental complementar do expressivo humano².

Estudos mostram que o paciente em coma, por apresentar ausência de reação, o que não significa ausência de percepção, muitas vezes se torna isolado no ambiente de internação devido à desvalorização dos sinais emitidos, os quais são considerados automáticos, não conscientes: “[...] quanto mais profundo o grau do coma 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”²⁴.

A rotina diária e complexa que envolve o ambiente da unidade de terapia intensiva faz com que os membros da equipe de enfermagem, na maioria das vezes, esqueçam de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está à sua frente⁴.

Os profissionais de enfermagem precisam refletir e perceber que a relação enfermagem-paciente vai além da rotineira execução de meros procedimentos técnicos, não deixando que estes sejam mais importantes do que as necessidades personalizadas dos pacientes para quem as atividades são dirigidas².

O paciente exposto à privação sensorial, ou seja, redução da quantidade ou da qualidade de estímulos sensoriais, pode desencadear desorganização de defesas psicológicas normais. Temos também a sobrecarga sensorial, que é um bombardeio de ruídos, aos quais os pacientes ficam expostos nas unidades de cuidados intensivos, incluindo vozes de estranhos em grandes números; movimentos das grades dos leitos; ruídos dos monitores cardíacos; aspiração de traqueotomias; telefones tocando o tempo todo; sussurros, risos e vozes disfarçadas, criando uma resposta indesejável, incluindo aumento da tensão, ansiedade, agitação e confusão⁵.

Os pacientes não responsivos podem sofrer maior trauma

psicológico relacionado com os efeitos do ambiente. Portanto, suas necessidades psicossociais exigem maior atenção. Essa atenção necessária é prejudicada devido à atitude de desesperança alimentada pelo fato de o paciente ser “inconsciente” e não “responsivo”⁵.

De acordo com Paiva¹², a inconsciência é um estado clínico comum dentro de uma UTI, o que torna o paciente totalmente dependente das ações do enfermeiro. Levando em consideração que muitas das causas de coma são processos reversíveis, o paciente inconsciente poderá recuperar-se completamente, se receber cuidados apropriados de enfermagem durante essa fase crítica de sua doença.

A assistência a um paciente em coma deverá ser integral. Não se pode esquecer do papel relevante da mente nos processos de reequilíbrio vital, que pode contribuir assim como minimizar a ansiedade experimentada pelos profissionais em muitos casos. Esses profissionais podem estender as intervenções para além do cuidado físico e do controle técnico dos monitores, buscando atingir as demais dimensões humanas, potencializando-as tanto quanto possível¹³.

Para se ter um planejamento de assistência de enfermagem, há que ter como um ponto primordial de partida uma boa avaliação do nível de consciência, levando em conta as respostas dos pacientes aos estímulos verbais e nociceptivos, refletindo o grau de relacionamento que o paciente mantém com o meio externo⁸.

Caso o paciente não apresente respostas aos estímulos, o enfermeiro deve ir além da ausência de resposta e do “silêncio aparente”, investindo na estimulação sensorial e no estabelecimento de um processo de interação com o paciente para criar outras possibilidades de “entender” e se relacionar com o comatoso³.

Segundo Puggina *et al.*¹³, em estudos realizados, a audição parece ser o último sentido que é perdido e tal afirmação pode ser confirmada por meio de relatos de pessoas que retornaram desse estado, referindo-se, inclusive, a dados sensoriais, como sons, palavras, frases, vozes familiares, entre outros.

A percepção auditiva nos pacientes comatosos ainda é muito questionada e intriga os pesquisadores. Há uma insuficiência de trabalhos presentes na literatura para validar esse assunto¹⁶.

Conforme afirma Silva¹⁶:

A audição é quase sempre o último dos sentidos a desaparecer no ser humano com alterações de consciência e temos inúmeros casos que relatam ‘o que ouviram’ quando comatosos, ou mesmo de pessoas que reconheceram as vozes de quem os estava cuidando quando se tornaram conscientes.

Deve existir um cuidado especializado e criterioso, já que não se sabe até que ponto o paciente em coma ouve ou não. Dessa forma, deve-se agir como se o paciente ouvisse, falando-lhe, explicando-lhe o que se vai fazer e evitando tecer comentários acerca da gravidade e prognóstico¹.

Justifica-se a realização deste estudo, cujo objetivo é investigar o conhecimento da equipe de enfermagem acerca da audição no paciente comatoso, observando se essa audição é considerada na prestação da assistência, para que possa subsidiar a equipe de enfermagem na compreensão e esclarecimento da audição no paciente em coma, bem como propiciar outras possibilidades de “entender” e se relacionar com ele.

METODOLOGIA |

Trata-se de um estudo de natureza descritiva, com abordagem quantitativa e qualitativa, sobre a percepção da equipe de enfermagem em relação à audição do paciente comatoso, a partir de um grupo de 29 profissionais de enfermagem, funcionários atuantes da UTI de um hospital filantrópico e beneficente, geral, de médio porte, situado na região Metropolitana da Grande Vitória – ES.

Para validação do instrumento, foi realizado um estudo piloto com quatro profissionais de enfermagem (2 enfermeiros e 2 técnicos de enfermagem), em local privativo e silencioso, onde não houve intercorrências durante a coleta dos dados, estando presente somente as pesquisadoras e o sujeito pesquisado.

Quanto aos critérios de inclusão, foram incluídos na pesquisa os 29 funcionários que compõem a equipe de enfermagem da UTI nos plantões diurnos e noturnos. A amostra final foi composta por 24 profissionais da enfermagem, devido ao fato de os outros não se enquadrarem aos critérios – atuar na UTI por um período mínimo de seis meses; dispor-se a responder, de modo voluntário, ao instrumento de coleta de dados, ou por afastamento do trabalho por motivo de férias e licença de qualquer tipo.

O instrumento que consideramos mais apropriado aos propósitos do estudo foi a entrevista semiestruturada,

realizada com um roteiro elaborado pelas próprias autoras do trabalho, tendo a sua primeira parte destinada à captação dos dados sociodemográficos, enquanto a segunda parte foi composta por perguntas abertas que estão relacionadas com o objeto do estudo. Os dados sociodemográficos foram preenchidos pelas pesquisadoras e, na segunda parte, foi utilizado um microcassete recorder da marca AIWA (CO., LTD. TOKYO JAPAN, model no. TP-M140) para gravar os relatos e melhor analisá-los. O tempo de aplicação do instrumento durou entre 15 e 20 minutos com cada ator social, não havendo nenhuma intercorrência que pudesse interferir no sucesso da coleta.

Os dados obtidos foram analisados com base nas Categorias Empíricas de Minayo¹⁰. Realizamos a transcrição de todos os depoimentos, a leitura, recortamos os dados e posteriormente os agrupamos em trechos semelhantes.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-CIAS) sob o número 120/2008.

RESULTADOS E DISCUSSÃO |

Do universo de 29 profissionais de enfermagem da UTI, apenas 24 participaram da entrevista. Os dados obtidos foram transcritos, analisados, recortados e agrupados em trechos semelhantes. Em seguida, foram construídas oito categorias com base nas Categorias Empíricas de Minayo¹⁰, que diz: “[...] trabalhar com categorias significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso”.

Primeiramente, a amostra foi caracterizada em termos percentuais, quanto ao sexo, faixa etária, estado civil, grau de instrução, categoria profissional e tempo de atuação (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos dados sociodemográficos da Equipe de Enfermagem em um hospital filantrópico e beneficente na Região Metropolitana da Grande Vitória – ES (continua)

Variáveis	Categorias	Nº de Atores sociais	%
Sexo	Masculino	4	16,67%
	Feminino	20	83,33%
Faixa Etária	20 a 30 anos	15	62,5%
	31 a 40 anos	6	25%
	41 a 50 anos	3	12,5%
	Acima de 50 anos	0	0

Tabela 1 – Distribuição dos dados sociodemográficos da Equipe de Enfermagem em um hospital filantrópico e beneficente na Região Metropolitana da Grande Vitória – ES (conclusão)

Variáveis	Categorias	Nº de Atores sociais	%
Estado Civil	Solteiro	10	41,67%
	Casado	14	58,33%
	Separado	0	0
Grau de Instrução	2º Grau completo	17	70,83%
	3º Grau incompleto	3	12,5%
	3º Grau completo	4	16,67%
Categoria Profissional	Auxiliar de Enfermagem	0	0
	Técnico de Enfermagem	20	83,33%
	Enfermeiro	4	16,67%

O estudo mostrou que o sexo predominante é o feminino, com 83,33%; a faixa etária mais encontrada foi de 20 – 30 anos, atingindo 62,5%, sendo a maioria trabalhadores casados, com 58,33%. A categoria profissional pesquisada foi de técnicos de enfermagem com 83,33% e enfermeiras com 16,67%. Em relação ao grau de instrução, a maioria dos atores sociais pesquisados eram técnicos de enfermagem (2º grau completo), atingindo 70,83%. Somente 16,67 tinham o terceiro grau completo, ou seja, eram graduados em enfermagem. Ainda tivemos 12,5% dos entrevistados cursando o 3º grau, a maioria em enfermagem e poucos em outras áreas distintas.

A seguir, apresentamos os trechos dos depoimentos relativos às atitudes comportamentais de enfermeiros e técnicos em relação à audição do paciente comatoso.

1- Qual é o último sentido a desaparecer no paciente comatoso?

Categoria: Audição preservada

- Até onde eu sei, é a audição [...] (ENF - 1).
- Eu acredito que seja a audição [...] (TE - 3).
- Creio eu que seja a audição [...] (TE - 4).

Ao analisar os depoimentos, os atores sociais apresentaram certa insegurança ao afirmar que a audição é o último

sentido a desaparecer em um paciente em coma. Percebemos esse sentimento nas palavras utilizadas, como: “acredito”, “creio”, “até aonde sei”, termos que expressam dúvidas e incertezas. Essas incertezas vão de encontro à teoria de Silva¹⁶ que diz:

A audição é quase sempre o último dos sentidos a desaparecer no ser humano com alterações de consciência e temos inúmeros casos que relatam ‘o que ouviram’ quando comatosos, ou mesmo de pessoas que reconheceram as vozes de quem os estava cuidando quando se tornaram conscientes.

2- Em relação à pergunta anterior, por qual meio de informações você adquiriu o conhecimento desse assunto?

Categoria: Desvelando o conhecimento acerca da audição do paciente comatoso.

- a) Estudos pela faculdade, artigos científicos e conversas com o próprio neurologista do hospital (ENF-1).
- b) Através de estudos na escola técnica e aqui, no próprio setor onde eu trabalho (TE-5).
- c) Eu nunca li estudos relacionados ao último sentido a desaparecer no paciente comatoso, mas, relacionados à prática diária, observa-se que o último sentido a ser perdido é a audição (TE-3).
- d) O médico coordenador que tinha na UTI realizou uma reunião com a equipe e falou sobre isso (TE-9).

Houve surpresas ao analisar os depoimentos, pois sinalizam que o tema audição no paciente comatoso foi abordado na formação de enfermagem. No entanto, ressaltamos uma escassez de estudos sobre esse assunto, que deveria ser mais explorado por todos os profissionais da área da saúde, principalmente na formação profissional.

Esse pensamento é confirmado por Silva¹⁶:

[...] a percepção auditiva nos pacientes em estado de coma ainda é considerada um tema que intriga os pesquisadores. Durante esse quadro clínico a percepção auditiva desses pacientes sempre foi muito questionada, porém os trabalhos presentes na literatura para validar esta questão são restritos e estão muito dispersos.

3- Qual a sua conduta durante a realização da assistência de enfermagem ao paciente comatoso, considerando que,

possivelmente, a audição poderá estar preservada?

Categoria 1: Cuidados de enfermagem e suas interfaces

- a) Tudo que eu vou fazer, me identifico e explico o procedimento (TE-8).
- b) Converso com o paciente durante todo o procedimento que vou realizar. Antes de realizar o banho dou bom-dia, falo que dia é hoje, se está chovendo ou fazendo sol, e assim vou incentivando ele a estar melhorando através da conversa (TE-12).

Pode-se identificar nesses depoimentos a qualificação desses profissionais em sua assistência. Percebe-se que não se preocupam somente com a mera execução dos cuidados, mas levam em consideração suas interfaces, identificando-se, explicando o procedimento a ser realizado e, principalmente, fornecendo orientações às quais norteiam o paciente no tempo e espaço, deixando-o informado sobre o meio ambiente externo. Esses cuidados evidenciados pelos profissionais vão ao encontro daqueles descritos por Hudak e Gallo⁵, que afirmam que um dos cuidados seria fornecer informações para sintonizar o paciente no tempo e no espaço, como também fornecer explicações sobre o tratamento e o procedimento executado.

Com essas atitudes comportamentais, os profissionais expressam que estão comprometidos com o sentimento dos pacientes ao proporcionar respeito e dignidade, colocando em sua prática a humanização e vendo o paciente em sua totalidade, ou seja, como um ser humano, e não simplesmente como um enfermo. Há séculos atrás, na fundação das UTIs, as enfermeiras já se preocupavam em adotar práticas de humanização, além de atenderem a grande demanda de pacientes e dar atenção aos recursos tecnológicos que estavam surgindo¹¹.

Categoria 2: Ética profissional na prestação da assistência

- a) Saber o que falar perto do paciente na hora dos procedimentos de enfermagem, porque, uma vez ou outra, sempre surge algum comentário até em relação ao estado dele mesmo. Surgem comentários do que a família está pensando: ‘Coitado, Deus podia levar’. Eu sempre falo para a equipe que não deve realizar brincadeiras junto ao paciente, porque já ouvi relatos de paciente,

quando volta, ele acaba se lembrando de algumas coisas que aconteceram na UTI (ENF-4).

b) Na hora do procedimento, evitar fazer comentários a respeito do paciente e sobre sua patologia, tipo: 'Ah! Não sei, tá morto', mas a audição dele está ali porque, dependendo de certo comentário que você faz, você olha para o olho do paciente e vê as lágrimas saindo, apesar de muita gente pensar que não é do sentimento, mas eu, com minha experiência, eu acho que é sim [...] (TE-2).

c) Evitar a falar, conversar coisas que não estão relacionadas a ele, tentar tranquilizá-lo e não deixa-lo preocupado, tipo: 'Ah, nossa! Esse paciente está ruim, tá grave demais, vai acabar morrendo [...] (TE-14).

d) Eu tento, na medida do possível, proporcionar privacidade até onde é possível no ambiente onde você tem privacidade mínima [...] (TE-19).

Ainda há dúvidas sobre a atuação da enfermagem. Percebe-se esse fato, segundo Silva¹⁶, quando se discute sobre os níveis paradigmáticos da atuação da enfermagem exercida no setor de terapia intensiva: o seu papel é curar ou cuidar? Porque o curar é escravo da tecnologia e o cuidar pressupõe que se tem uma existência mortal. Ao analisar as falas acima, pode-se perceber que a essência de sua prática é o cuidar, providenciando uma assistência norteada pela compreensão e pelo conhecimento do paciente como pessoa, de forma individualizada, e levando em consideração suas necessidades específicas, ou seja, uma assistência baseada em rigorosos padrões éticos.

Fica claro que esses profissionais têm comprometimento com sua profissão e, principalmente, respeito pelo paciente, ao promover cuidados prioritários e necessários para garantir seu bem-estar físico, psíquico e social. As atitudes desses profissionais vão ao encontro da teoria de Andrade¹, que diz que deve existir um cuidado especializado e criterioso, já que não se sabe até que ponto o paciente em coma ouve ou não.

Categoria 3: Auxílio da família na estimulação sensorial

a) Eu acho que sempre o estímulo é muito bom. Quando é um paciente comatoso, na hora da visita, eu costumo falar para os familiares estar conversando e tocando nesse paciente para estimulá-lo [...] (TE-7).

Ressalta-se a consciência desse profissional em relação à estimulação desses pacientes comatosos com sua atitude de acolher a família e inseri-la na participação dos cuidados do paciente, incentivando-a a proporcionar estímulos sensoriais adicionais no intuito de beneficiar o paciente. Assim, dotado dessa postura, o profissional, além de proporcionar maior conforto ao paciente, ele também minimiza o sentimento de inutilidade dos membros da família quando estão à beira do leito de uma pessoa querida não responsiva.

Hudak e Gallo⁵ sinalizam a importância da equipe de enfermagem em fornecer instruções e incentivo à família e aos amigos sobre a abordagem ao paciente não responsivo, esclarecendo que eles podem conversar e tocar no paciente, resultando, dessa maneira, em estimulação sensorial significativa adicional.

4- Tem conhecimento da Escala de Coma de Glasgow (ECG) para avaliar o nível de consciência do paciente em coma? Caso afirmativo, você próprio avalia os parâmetros da ECG antes de cuidar do paciente?

Categoria: Descomprometimento com a sistematização da assistência de enfermagem

a) Sim. Avalio em muitos momentos. Não vou te falar que a Escala de Glasgow eu aplico todas as vezes antes de prestar um cuidado ao paciente, mas sempre que eu faço as minhas evoluções do paciente comatoso, eu avalio... (ENF-2).

b) Temos. Alguns médicos fazem a avaliação, e nós, enfermeiros e técnicos, não fazemos a avaliação da Escala. O médico faz e sempre coloca na evolução em qual nível de coma o paciente se encontra (ENF-4).

c) Sim. Tenho conhecimento da Escala a qual aprendi durante o meu curso técnico, mas eu não faço essa avaliação... (TE-4).

d) Não. Eu não entendo nada disso. Isso aí nunca vi aqui, não (TE-1).

Observa-se que, entre os enfermeiros graduados, um deles relata realizar as avaliações, porém somente antes de "evoluir" os pacientes, prática essa que acontece a cada 72h. O outro enfermeiro não realiza e percebe-se que acredita que a avaliação da ECG é responsabilidade médica, e cabe ao enfermeiro observar o prontuário (evolução médica).

Os relatos dos técnicos de enfermagem também foram

distintos, pois um recorda já ter estudado e não aplica, e o outro não tem conhecimento algum. Diante desses depoimentos, questiona-se: como é a sistematização de assistência de enfermagem nesse setor, já que se conhece o grau de complexidade dos pacientes internados e a importância de cuidados apropriados? Fica dúvida em relação à prática da equipe de enfermagem, pois há contradição nos depoimentos.

Sabe-se que, para uma prestação de assistência com qualidade e eficácia, é primordial o planejamento e, para que isso aconteça, é essencial a monitorização desses parâmetros. Segundo Imai⁶, a avaliação neurológica realizada pelo enfermeiro em UTI tem a finalidade de identificar os sintomas e sinais relativos ao desequilíbrio de funções neurológicas do paciente e quais as consequências sobre as suas necessidades básicas. A monitorização desses parâmetros auxiliará o enfermeiro no planejamento da assistência de enfermagem com sua equipe.

Esse planejamento é competência do enfermeiro para garantir uma qualidade do cuidado. Isso se confirma com as palavras de Paiva¹², quando afirma que o paciente inconsciente poderá recuperar-se completamente, se receber cuidados apropriados de enfermagem durante essa fase crítica de sua doença. Em frente ao exposto, observa-se a importância do conhecimento e a aplicação da ECG por toda a equipe do setor, ideia que vai ao encontro da teoria de Teasdale e Jennet¹⁸, que levantam as vantagens desse método: rápida avaliação, fácil treinamento da equipe e o fornecimento de uma linguagem comum entre os vários profissionais.

5- Já vivenciou alguma situação em que você constatou que o paciente em coma ouvia o que se conversava ao lado dele?

Categoria: A eficácia da percepção da equipe de enfermagem

a) Eu já observei algumas reações que às vezes você fica até surpreso, como o paciente apresentar uma taquicardia no momento que ele observa um movimento próximo. Então eu já presenciei alguns sintomas que me fazem pensar que realmente ele estava ouvindo, até mesmo uma lágrima [...] (ENF-2).

b) Sim, inclusive tinha uma paciente internada e, durante o banho, eu não sei por que eu sempre lembrava de uma música e, assim que ela voltou do coma, ela escreveu a música no papel e falou assim 'Você lembra que, quando

eu estava em coma, você vivia cantando essa música para mim?'. Foi muito gratificante, gostei muito da situação (TE-12).

c) [...] Às vezes, quando chega uma pessoa muito próxima do paciente, a mãe ou o filho, a saturação altera. Às vezes eu seguro a mão do paciente e ela tenta segurar mesmo estando em coma [...] (TE-3).

d) [...] Presenciei um paciente que sofreu um acidente de bicicleta e, quando ele saiu do coma, ele sabia o nome de todo mundo. Ele não reconhecia a gente, porém lembrava da voz, lembrava de alguns nomes, não de todos (TE-8).

Percebe-se que todos tinham experiências para relatar situações já vivenciadas com pacientes comatosos, em que estes demonstraram, por alguns sinais, movimentos e gestos, que sua audição estava preservada. Isso significa que os profissionais da área da saúde devem sempre adotar, em suas práticas, a arte de comunicar, fornecer-lhes estímulos sensoriais, principalmente auditivos, de modo satisfatório, pois, por meio da comunicação, o profissional poderá ir além de meros procedimentos e estimular o potencial máximo dos pacientes.

Em acréscimo, é importante que o profissional tenha a sensibilidade de perceber todas as mensagens não verbais que o paciente fornece como resposta e, caso não responda, não subestime sua audição, continue as tentativas. Essas experiências são semelhantes aos relatos de Kimura¹³, o qual, em seus estudos, afirma que a audição parece ser o último sentido que é perdido. Tal afirmação pode ser confirmada por relatos de pessoas que retornaram desse estado, referindo-se, inclusive, a dados sensoriais, como sons, palavras, frases, vozes familiares, entre outros.

6- Você considera que exista algum fator dentro da UTI que possa interferir na prestação da assistência ao paciente comatoso?

Categoria: Ambiente desfavorável

a) [...] O que interfere é o barulho, às vezes tem muita gente no setor, fisioterapeuta, médicos, acadêmicos e outros profissionais. Eu acho que isso atrapalha a assistência. Esse barulho que surge uma certa agitação no paciente. Senti esta diferença quando fui para a noite, por exemplo, quando estava em coma induzido e acabava o efeito, ele agitava muito mais que esses da noite. Mas a gente nunca parou para fazer uma avaliação disso [...]

(ENF-4).

b) Conversa de médico, de funcionário da própria equipe de enfermagem. Falam muito alto, atendem celular, às vezes o som está alto demais e conversas paralelas. Eu acho que o barulho deve interferir, sim (TE-16).

c) [...] O alarme de bomba de infusão, de respirador e algumas conversas, mas, já que estamos falando do comatoso e a gente não tem certeza da audição dele, eu acho que incomodaria também o frio do ar-condicionado (TE-20).

d) [...] Penso que a UTI é projetada de forma funcional para quem trabalha e não para quem vai ser cliente, por isso que a humanização, de uma forma geral, é comprometida. Sabe-se de pacientes que ficam internados e, quando saem as queixas são muitas em relação a UTI, como o frio, as posturas, o senso de humor inadequado, tanto por parte do médico quanto da enfermagem (TE-19).

e) [...] A equipe médica, quanto à da enfermagem, encara o paciente comatoso como um paciente que não precisa de uma demanda maior de tempo para estar com ele, então, na maioria das vezes, é um paciente que fica sozinho [...] (ENF-3).

Os depoimentos acima demonstram que a população do estudo têm conhecimento dos fatores que interferem na prestação de assistência humanizada, porém não se manifestam para resolver essa situação. Sugere-se mudança de atitudes comportamentais, que dependem de cada profissional.

Sabe-se que a rotina da UTI é bastante complexa, mas não se pode aceitar que essa prática do cuidar se torne impessoal. As intervenções devem ir além dos cuidados físicos e do controle técnico de monitores, devem-se estender e atingir as demais dimensões humanas, garantindo, assim, um ambiente propício e um relacionamento eficaz entre enfermagem-paciente. A enfermagem e toda a equipe de saúde devem refletir sobre as posturas que estão sendo adotadas e desenvolver a percepção de que isso pode até mesmo comprometer o quadro clínico do paciente, ao invés de prover cuidados e melhorias.

De acordo com Hudak e Gallo⁵, a sobrecarga sensorial, que é um bombardeio de ruídos aos quais os pacientes ficam expostos nas unidades de cuidados intensivos, incluindo vozes de estranhos em grandes números, movimentos das grades dos leitos, ruídos dos monitores cardíacos,

aspiração de traqueostomias, telefones tocando o tempo todo, sussurros, risos e vozes disfarçadas, cria uma resposta indesejável, incluindo aumento da tensão, ansiedade, agitação e confusão.

Os pacientes não responsivos podem sofrer trauma psicológico relacionado com os efeitos do ambiente. Suas necessidades psicossociais exigem maior atenção, mas estão prejudicadas, devido à atitude de desesperança alimentada pelo fato de o paciente ser “inconsciente” e não “responsivo”.

CONCLUSÃO |

Conclui-se que os profissionais da equipe de enfermagem conhecem a importância e consideram a audição em suas avaliações ou prestação dos cuidados em saúde, e também que a audição é considerada para que se possa desenvolver uma assistência segura, adequada, ética e humanizada durante o estado de coma do paciente.

REFERÊNCIAS |

- 1 - Andrade MTS. Guias práticos de enfermagem: cuidados intensivos. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil Ltda; 2001.
- 2 - Barbosa SFF. A transcendência do emaranhado tecnológico em cuidados intensivos. Blumenau: Nova Letra; 1999.
- 3 - Coelho LME. A escuta do silêncio: atendimento de paciente em coma. Anais do I Fórum Paulista de Musicoterapia. São Paulo, 22 maio. 1999. [citado 2008 maio 3]. Disponível em: URL: http://www.emind.info/apmsp/acordeol_nov2005/artigo_escuta_silencio.pdf.
- 4 - Ferreira, MIPS. A comunicação entre a equipe de saúde e o paciente em coma: dois mundos diferentes em interação [Dissertação de Mestrado]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.
- 5 - Hudak CM, Gallo BM. Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
- 6 - Imai MFP. Avaliação neurológica do paciente inconsciente em unidade de terapia intensiva. In: Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA. Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo. 2 ed. São Paulo: Atheneu; 2003.

7 - James W. Principles of psychology. [citado 2008 maio 3]. Disponível em: URL: <http://psychclassics.yorku.ca/james/principles/>.

8 - Koizumi MS, Kamiyama Y, Freitas LA. Percepção dos pacientes de unidade de terapia intensiva: problemas sentidos e expectativas em relação à assistência de enfermagem. Rev Esc Enferm USP 1979; 13(2):135-45

9 - Marsden C. Technology assessment in critical care. Heart & Lung 1991; 20(1):93-4.

10 - Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7 ed. São Paulo: Hucitec: Rio de Janeiro: Abrasco; 2000.

11 - Nishide VM, Malta MA, Aquino KS. Aspectos organizacionais em unidade de terapia intensiva. In: Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA. Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo. 2 ed. São Paulo: Atheneu; 2003.

12 - Paiva MFA. Avaliação neurológica do paciente inconsciente em unidade de terapia intensiva. In: Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA. Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo. 2 ed. São Paulo: Atheneu; 2003

13 - Puggina ACG, Silva MJP, Gatti MFZ, Graziano KU, Kimura M. A percepção auditiva nos pacientes em estado de coma: uma revisão bibliográfica. Acta Paul Enferm 2005;18(3):313-9.

14 - Rabello GD. Coma e estados alterados de consciência. In: Nitrini R, Bacheschi LA. A neurologia que todo médico deve saber. São Paulo: Atheneu; 2003.

15 - Sanvito WL. Propedênciã neurológica básica. São Paulo: Atheneu; 2002.

16 - Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: CEDAS/Gente; 1996.

17 - Siqueira AB, Filipini R, Posso MBS, Fiorano AMM, Gonçalves SA. Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados à qualidade da assistência. Arq Med ABC 2006; 31(2):73-7.

18 - Teasdale G, Jennet B. Assessment of coma and impaired consciousness. Lancet 1974; 2(872): 81-4.

Correspondência para/ Reprint request to:

Maria José Gomes

*Av. Castelo Branco, 1060 - 104, Centro
Vila Velha - ES*

CEP: 29100 - 040

Email: majogomezlou@yahoo.com.br