

ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO E INTERAÇÃO DO ENFERMEIRO COM O PACIENTE INCONSCIENTE

ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN ENTRE ENFERMEROS Y EL PACIENTE INCONSCIENTE

COMMUNICATION STRATEGIES AND NURSES` INTERACTION WITH UN UNCONSCIOUS PATIENT

Isabela Mie Takeshita¹
Izilda Esmeria Muglia Araujo²

RESUMO

A tecnologia beneficia o cuidado ao paciente, mas deve ser utilizada de forma a não substituir a presença humana, com seu toque, olhar ou palavra. Ao cuidar do paciente inconsciente, o enfermeiro percebe um desafio para uma comunicação eficiente. Os objetivos com esta pesquisa foram: avaliar as estratégias de interação e identificadas pelos enfermeiros no cuidado com o paciente inconsciente e identificar itens de prescrições que favoreçam essa interação. Este é um estudo descritivo, realizado em hospital universitário, com enfermeiros submetidos a entrevista e transcrição das prescrições de enfermagem relacionadas à interação com pacientes inconscientes. Concluiu-se que os enfermeiros identificam a utilização de estratégias de interação, muitas sugeridas pela literatura, como chamar o paciente pelo nome, comunicar os procedimentos, evitar comentários próximos ao leito, reduzir ruídos, estimular os familiares a interagir, acalmar o paciente pela conversa e toque. As estratégias identificadas também aparecem na forma de prescrição de enfermagem.

Descritores: Enfermagem; Inconsciência; Comunicação; Planejamento de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

Technological developments are an improvement to patient's care but it should not be a substitute to the human presence, its touch, look and talk. Taking care of an unconscious patient poses a challenge to an efficient communication. This research aimed to identify and evaluate nurses' interaction strategies when caring for an unconscious patient and to detect the aspects that favour that interaction. It is a descriptive study carried out in a university hospital where the nurses were interviewed. Nursing prescription forms related to the interaction with the patient were transcribed. We conclude that the nurses were able to identify the use of interaction strategies, many of them suggested by the literature, such as to call the patient by name, to inform the patient about the procedures being employed, to avoid comments next to the hospital bed, to reduce noises, to encourage family members to interact with the patient, to soothe the patient using the voice and touch. The strategies identified appear also in the nursing prescription form.

Key words: Nursing; Unconsciousness; Communication; Patient Plan of Care.

RESUMEN

La tecnología ha beneficiado el cuidado de los pacientes más no por ello debe sustituir la presencia humana en cuanto al toque, la mirada y las palabras. Cuando los enfermeros tratan pacientes inconscientes enfrentan retos para establecer una comunicación eficiente. Los objetivos del presente estudio han sido evaluar las estrategias de interacción identificadas por los enfermeros al cuidar pacientes inconscientes e identificar puntos en las prescripciones que favorezcan la interacción. Se trata de un estudio descriptivo realizado en un hospital universitario donde se llevaron a cabo entrevistas a enfermeros y se transcribieron las prescripciones de enfermería relacionadas a la interacción con pacientes inconscientes. La conclusión ha sido que los enfermeros identifican el uso de estrategias de interacción, muchas sugeridas en la literatura tales como llamar al paciente por su nombre, informarle de los procedimientos, evitar comentarios cerca de la cama, disminuir los ruidos, estimular a la familia a interactuar y tranquilizar al paciente con el diálogo y el tacto. Las estrategias identificadas también se han observado en las prescripciones de enfermería.

Palabras clave: Enfermería; Inconsciencia; Comunicación; Planificación de Atención al Paciente

¹ Enfermeira graduada pelo Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

² Enfermeira Profª Drª do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Doutora em Ciências Médicas pela Unicamp. Endereço para correspondência – Rua Safira, 171 Prado – Belo Horizonte-MG. CEP. 30411-127. E-mail: isa_jx@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

A humanização da atenção à saúde está em discussão há várias décadas e nos últimos anos destacou-se na literatura científica nacional. Cada vez mais, a dimensão humana, vivencial, psicológica e cultural da doença é levada em consideração nas relações e na comunicação do profissional de saúde com os pacientes.¹

O homem é capaz de atitudes humanas e “desumanas”. Ele precisa ter senso crítico e capacidade de reflexão para associar tecnologia e humanização no seu cuidado. Ao controlar as bombas de infusão, monitores e respiradores, o profissional da saúde está utilizando a tecnologia em seu favor, sem deixar de lado a solidariedade e o compromisso de lidar diretamente com o paciente.²

Os ambientes das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) são estressantes, ocasionam sobrecarga de trabalho e utilizam muitos recursos tecnológicos. Depoimentos de profissionais de enfermagem revelam que há prevalência de ações mecânicas e rotineiras para cumprir as tarefas impostas em detrimento do cuidado holístico.³ A tecnologia beneficia o cuidado ao paciente, oferece maior segurança e economiza o tempo da equipe, mas deve ser utilizada de forma a não substituir a presença humana com seu toque, olhar ou palavra, visto que esses elementos são insubstituíveis.⁴

O cuidado oferecido em ambiente tecnológico hospitalar e as relações interpessoais que se estabelecem neste cotidiano revelam que, para uma efetiva comunicação entre paciente e profissional, são necessárias a escuta, a presença e a sensibilidade, as quais revelam as verdadeiras necessidades de cada indivíduo.⁵

O homem se diferencia dos demais animais por utilizar as palavras (faladas ou escritas) para representar suas necessidades. Pela fala adquiriu o poder da comunicação verbal e melhor interação com os demais membros da sociedade, além do registro de sua história de vida, seja ela oral, seja escrita.⁶ A comunicação implica interação entre dois ou mais elementos, troca de mensagens entre eles: um emite e o outro recebe e reage.⁷

Por outro lado, a comunicação não verbal engloba sinais produzidos pelo homem, muitas vezes com a finalidade de auxiliar a compreensão da própria fala. As expressões podem ser emitidas pelas mãos, pela cabeça, pela face e pela boca, tendo forte relação com a emoção e a sensibilidade. Pode não apresentar a clareza das palavras, mas possui muitos significados; como exemplo de expressão não verbal existe o rubor facial causado pelo nervosismo em uma entrevista.⁶

O paciente inconsciente ou em coma é um desafio para uma comunicação eficiente; seu estado neurológico cria dúvidas sobre seu grau de percepção auditiva e sensitiva e limita a comunicação do enfermeiro. Quando não se conhece a demanda do paciente, torna-se difícil a implementação de cuidados voltados para suas necessidades específicas.⁸

A inconsciência pode estar presente por diversas causas, dentre as quais neurológicas, toxicológicas, metabólicas

e induzidas, por meio de agentes anestésicos.⁹ Entre as induzidas estão as indicações para sedação, tais como alívio da ansiedade e do medo, controle de estados confusionais agudos, promoção do sono, diminuição do metabolismo, procedimentos invasivos e ventilação mecânica.^{8,10}

Nos pacientes com grau de consciência reduzido, o comprometimento das funções cerebrais e dos sentidos pode existir, embora isso não implique a inexistência de percepção.¹¹

Em pesquisa realizada em hospital escola da cidade de São Paulo, destacou-se que o paciente comatoso responde com alterações na saturação de oxigênio, frequência respiratória e expressão facial ao ouvir um familiar lendo uma mensagem ou ao ouvir uma música favorita.¹² Embora tais respostas não sejam satisfatórias para a neurociência,¹¹ é importante preocupar-se com o que é falado próximo ao paciente inconsciente, pois não é possível afirmar quanto esses pacientes são capazes de ouvir.¹²

Em outra pesquisa, revelou-se que, apesar do exposto acima, os profissionais se comunicam verbalmente com o paciente inconsciente, além de utilizar o toque e “brincadeiras” para descontrair o ambiente.¹³ Como resposta aos estímulos sonoros, o paciente movimentava as extremidades do corpo e efetua a abertura ocular.¹⁴ Vale ressaltar que alguns membros da equipe de enfermagem são mais sensíveis para interpretar as respostas do paciente, especialmente quando se trata da comunicação não verbal e de emoções.¹⁵

Além do cuidado físico, de importância irrefutável, do controle técnico dos monitores e do estabelecimento de uma relação interpessoal com o paciente, o enfermeiro pode atuar diretamente sobre o ambiente, orientando o paciente quanto ao tempo e ao espaço, favorecendo a sua recuperação pela redução de sons desagradáveis, selecionando de forma criteriosa algumas músicas e leituras, evitando comentários negativos próximos aos pacientes e favorecendo uma sensação de harmonia e bem estar.^{9,11,16}

O processo de interação com o cliente caracteriza-se não apenas por uma relação de poder (submetido aos cuidados do enfermeiro), mas também por atitudes de sensibilidade, aceitação e empatia entre ambos.¹⁷ Os profissionais de enfermagem devem desenvolver diversas estratégias de relacionamento interpessoal para uma comunicação terapêutica mais eficiente.¹⁸ Segundo a literatura, a comunicação com o paciente diferencia o profissional, pois reforça-lhe o interesse na promoção do cuidado de qualidade.⁸

Um plano terapêutico individual e coerente só pode ser desenvolvido após a percepção correta dos sentimentos e necessidades expressas verbal e não verbalmente pelos pacientes; para isso, os profissionais de saúde devem estar aptos a decodificar e a utilizar expressões não verbais,^{19,20} estabelecendo uma comunicação terapêutica com seus clientes.¹⁹

Pela Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, art. 8º, inciso I, “f”, é incumbência privativa do enfermeiro a prescrição

de enfermagem, que viabiliza a descrição do plano de cuidados diários do indivíduo que está sob sua responsabilidade. No caso do paciente inconsciente, a prescrição favorece a conscientização da equipe de enfermagem a estimular e interagir com esse paciente. A Sistematização da Assistência de Enfermagem por meio do registro é importante, pois proporciona a comunicação efetiva entre os membros da equipe e a avaliação da eficácia do cuidado prestado.¹⁷

Diante da legislação vigente que favorece o cuidado integral e individual ao paciente e da política de humanização do cuidado, que também o beneficia, verifica-se a necessidade de identificar como são oferecidos os cuidados de enfermagem, ou seja, a assistência prestada e as características de sua interação com o paciente inconsciente.

OBJETIVOS

- Avaliar as estratégias de interação identificadas pelos enfermeiros no cuidado com o paciente inconsciente.
- Identificar itens nas prescrições de enfermagem que favoreçam a interação com o paciente inconsciente.

SUJEITOS E MÉTODOS

O estudo descritivo foi desenvolvido nas unidades de pacientes críticos de um hospital público, universitário, no município de Campinas-SP.

A pesquisa foi precedida pela aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, sob Parecer nº 603/04. A participação na pesquisa foi voluntária, ocorrendo após a autorização e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, sendo especificado aos participantes o direito à recusa a qualquer momento.

De um total de 55 enfermeiros das Unidades de Terapia Intensiva, Emergência Clínica e Cirurgia do Trauma, dos turnos manhã, tarde e noite, 47 constituíram a amostra da pesquisa. Essa redução ocorreu por causa das faltas, das férias e da alteração nas escalas nos dias de coleta de dados. As entrevistas foram realizadas no período de janeiro a março de 2005.

Inicialmente houve uma busca por pacientes inconscientes nas três unidades citadas. Em seguida, foram identificadas as prescrições de enfermagem cujo conteúdo favorecesse a comunicação e a interação com o paciente inconsciente. Os dados foram transcritos para um instrumento previamente elaborado (APÊNDICE 1). Esse instrumento continha as escalas de coma de *Glasgow* e de sedação de *Ramsay* para identificar como os profissionais descreviam o grau de inconsciência dos pacientes.

Para a entrevista foi elaborado outro instrumento, (APÊNDICE 2), um questionário composto por perguntas abertas e fechadas com enfoque nos critérios considerados relevantes:

- motivos que levam à não estimulação do paciente inconsciente;⁸

- relatos sobre a adequação dos sons do ambiente para o paciente inconsciente;¹¹
- sugestão da ocorrência de alterações fisiológicas no indivíduo inconsciente ao ouvir vozes e sons familiares;¹¹
- importância do ambiente ao redor do paciente inconsciente;⁹
- incentivo para os familiares estimularem o paciente inconsciente⁹;
- incumbência privativa do enfermeiro para a realização da prescrição de enfermagem.

Antes da entrevista, os enfermeiros foram esclarecidos sobre o que deveria ser considerado paciente inconsciente, ou seja, os indivíduos sob sedação ou inconscientes pela própria natureza da patologia.

Durante a entrevista, houve anotação fiel das respostas no próprio instrumento (APÊNDICE 2). Após o término, foi dispensada a leitura das respostas pelos próprios entrevistados, pois os profissionais queixavam-se de falta de tempo.

As respostas obtidas foram consideradas *corretas* quando todas as alternativas foram assinaladas, exceto na questão dois, alternativa número três; e *parcialmente corretas* quando uma ou mais alternativas não foram assinaladas. As respostas das alternativas abertas foram divididas em categorias, mas não foi atribuída avaliação para elas, exceto na questão 6, que se considerou *não respondida e correta*.

Os dados coletados foram tabulados com auxílio do programa Microsoft EXCEL-97. Realizou-se análise descritiva (frequências absoluta e relativa) e comparativa dos dados sob orientação do Serviço de Estatística da Comissão de Pesquisa. Para a tabulação foi necessária a categorização das respostas nas questões abertas, bem como sua classificação quanto à natureza da interação (verbal ou não verbal) e do foco da interação (família ou paciente).

Nas análises comparativas utilizou-se o *Teste Exato de Fisher*, para verificar se existiam diferenças entre as respostas *corretas* e *parcialmente corretas* das questões entre os sujeitos que tinham ou não pós-graduação.²¹

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Transcrição das prescrições de enfermagem

As prescrições de enfermagem nos setores pesquisados eram realizadas a cada 24 horas. No mesmo período das entrevistas, foram coletadas 33 prescrições de enfermagem, sendo transcritas apenas as relacionadas com a comunicação e a interação com o paciente inconsciente. Por outro lado, 28 pacientes tiveram prescrições transcritas. A diferença ocorreu, pois alguns pacientes tiveram suas prescrições transcritas por mais de uma vez, em dias diferentes.

Dos que tiveram suas prescrições transcritas, 13/28 (46,4%) eram do sexo feminino e 15/28 (53,6%) do masculino. A idade dos pacientes do sexo feminino variou de 26 a 77 anos, com média de 55,1 ($\pm 16,2$) e, do masculino, de 27 a 72 com média de 44,5 ($\pm 14,2$) anos.

Quanto ao nível de consciência dos pacientes, verifica-se no QUADRO 1 as categorias que foram registradas nas prescrições transcritas.

QUADRO 1 – Categorias referentes ao nível de consciência dos pacientes cujas prescrições foram transcritas. Campinas – 2005

Nível de consciência	N	%
Inconsciente, sedado, abertura ocular aos comandos verbais	5	15,1
Inconsciente, sedado, não responde aos estímulos (dor, verbal)	6	18,2
Sedado respondendo a comandos verbais	5	15,1
Inconsciente, sedado – Ramsay 6	1	3,0
Inconsciente, sedado	8	24,2
Inconsciente, sedado com agitação	1	3,0
Inconsciente, sedado, responde aos estímulos verbais	1	3,0
Inconsciente, sedado com reflexo de tosse	2	6,2
Inconsciente, Glasgow 3, pupilas fotorreagentes	1	3,0
Inconsciente, sedado, responde aos estímulos dolorosos	2	6,2
Inconsciente, sedado, responde aos estímulos (verbal, dor)	1	3,0
Total	33	100

Verifica-se que a inconsciência, na maioria dos casos, foi ocasionada pela sedação e que a maneira de realizar os registros não permite a avaliação da intensidade da sedação, assim como quando utilizada a escala de Ramsay. O que pode ser percebido nas anotações é um destaque para as palavras "Inconsciente" e "Sedado", que foram utilizadas de forma genérica, sem levar em consideração o uso de uma escala universal e a especificidade de cada paciente. Na avaliação da sedação, a escala de Ramsay é a mais utilizada na clínica, identificando os níveis de ansiedade e/ou agitação; tranquilidade, cooperação e orientação; responsividade ao comando verbal; resposta franca à estimulação auditiva intensa ou compressão da glabella; resposta débil à estimulação auditiva intensa ou compressão da glabella; e irresponsividade²².

Das prescrições de enfermagem analisadas, 7/33 (21,2%) não continham nenhum item prescrito, enquanto 26/33

(78,8%) possuíam prescrições relacionadas à interação e à comunicação com o paciente inconsciente. Os conteúdos descritos nas prescrições foram divididos em cinco categorias: a) "Orientar paciente quanto aos procedimentos a serem realizados" (22/26); b) "Realizar mudança de decúbito" (8/26); c) "Atentar para sinais de manifestação de dor" (2/26); d) "Massagem de conforto após o banho" (1/26); e) "Conforto emocional" (1/26).

Quanto à identificação dos enfermeiros que prescreveram os cuidados, 6/33 (18,2%) prescrições apresentavam caligrafia ininteligível, enquanto 27/33 (81,8%) apresentavam leitura possível, o que reforça o estudo que revelou que a identificação dos profissionais de enfermagem é muito ruim, dada a falta de carimbo e nomes ilegíveis.²³

Entrevistas com enfermeiros

Foram abordados 47 enfermeiros, dos quais 7/47 (14,9%) eram do sexo masculino e 40/47 (85,1%) feminino. A idade variou entre 22 e 52 anos, com média de 35,8 ($\pm 7,6$) anos. O tempo de formado dos entrevistados variou de um a 24 anos, com média de 9,9 ($\pm 6,0$) anos.

O tempo de atuação na área (paciente crítico) variou de 1 a 20 anos, com média de 8,5 ($\pm 5,0$) anos. Verificou-se é que, na maioria dos casos, o tempo de formado corresponde, aproximadamente, ao de atuação nessa área. Além disso, há enfermeiros que já atuavam na área, mas como técnicos de enfermagem.

Com relação à realização de especializações na área de paciente crítico, 30/47 (63,8%) não possuíam nenhuma, enquanto 17/47 (36,2%) possuíam pelo menos uma. Dos 17 enfermeiros com pós-graduação, 6/17 fizeram especialização na área (35,3%), 7/17 (41,2%) aprimoramento, 1/17 (5,9%) realizou aprimoramento e mestrado e 3/17 (17,6%) especialização e mestrado.

Na primeira questão da entrevista, sobre como os enfermeiros se comunicam com o paciente inconsciente, houve 27/47 (57,4%) respostas corretas. São entrevistados que apontam que chamam o paciente pelo nome; orientam o paciente em tempo, espaço e pessoa; comunicam sobre os procedimentos a serem realizados; evitam comentários sobre o prognóstico próximo ao leito; e tocam o paciente. Esses resultados apontam que a maioria dos enfermeiros utiliza as formas de interação sugeridas pela literatura²⁴ para reduzir a sensação de abandono do paciente e reforçar a presença dos cuidadores, além de revelar uma forma de tornar o cuidado mais humanizado.²⁵

Por outro lado, 20/47 (42,5%) apresentaram respostas parcialmente corretas. Dentre as alternativas não assinaladas, a que visava à orientação do paciente em tempo, espaço e pessoa foi a menos mencionada, com 19/47 (40,4%). Logo surgiu o questionamento: Como o enfermeiro irá orientar o paciente em tempo, espaço e pessoa, se ele mesmo tem dúvida sobre o grau de percepção auditiva do paciente? Provavelmente, essa dúvida compõe um fator limitante na comunicação.⁸

Em análise comparativa, ao verificar se a existência de pós-graduação interfere nas respostas dos entrevistados, observou-se que os que possuem apenas graduação obtiveram 38,30% respostas corretas, enquanto os que possuíam algum tipo de pós-graduação obtiveram apenas 18,15% na questão 1 do APÊNDICE 2, sugerindo que essa diferença não foi significativa (Teste Exato de Fisher $p=0,7615$).

Além das alternativas apresentadas 25/47 (53,2%) não acrescentaram nenhuma outra intervenção, por outro lado, 22/47 (46,8%) citaram pelo menos um item de interação com o paciente inconsciente. Diante da variedade de respostas, estas foram categorizadas para o procedimento de análise, obtendo-se 14 itens, dos quais 5/14 (35,7%) eram comunicações verbais e 9/14 (64,3%) não verbais, como pode ser verificado na TAB. 1.

TABELA 1 – Categorização das respostas citadas na comunicação com o paciente inconsciente. Campinas-SP – 2005

Interação	Verbal	Não verbal
1. Conversa com o paciente	8	–
2. Observa faces de dor	–	4
3. Realiza massagem	–	2
4. Favorece conforto e tranquilidade	–	3
5. Passa energia positiva para o paciente	–	1
6. Fala que ele vai melhorar	1	–
7. Realiza exame físico	–	2
8. Observa alteração de sinais vitais	–	1
9. Questiona o paciente sobre dor e compreensão	1	–
10. Preserva o pudor do paciente	–	1
11. Identifica-se para o paciente	1	–
12. Acredita que uma boa interação vai além do cuidado técnico	–	1
13. Orienta a família a conversar com o paciente	1	–
14. Realiza estimulação tátil	–	1

Fonte: Pesquisa direta dos autores. Campinas-SP, 2005.

Os itens “Conversa com o paciente” e “Observa faces de dor” apresentaram maior frequência. Ao mencionarem o item “Conversa com o paciente”, os enfermeiros estão revelando preocupação em interagir com o paciente, vale destacar que as interações verbais (uso das palavras) e não verbais (postura, expressões faciais, gestos e contato corporal) são diferentes formas de fazer contato com o paciente.¹⁷

No segundo questionamento, que tratava do ambiente do paciente inconsciente, 16/47 (34,1%) sujeitos apresentaram resposta correta, ao concordar com os itens considerados adequados e 31/47 (65,9%) parcialmente correta, pois não assinalaram nenhum dos itens. O percentual das respostas corretas foi igual (17,02%) para os sujeitos que possuíam e não possuíam pós-graduação na análise comparativa (Teste Exato de Fisher $p=0,2057$).

Verificou-se que 41/47 (87,2%) enfermeiros buscam reduzir os sons desagradáveis do ambiente, enquanto 6/47 (12,8%), não. A oferta de sons familiares (músicas preferidas, sons domésticos, televisão e rádio) foi realizada por 17/47 (36,2%), enquanto 30/47 (63,8%) não o fazem. Uma das justificativas manifestadas pelos enfermeiros foi a falta de recursos materiais (aparelhos de som, televisão, etc.) na instituição para que pudesse ser implementado esse cuidado.

A alternativa que remetia à falta de tempo como responsável por não haver intervenções no ambiente do paciente inconsciente não foi assinalada por nenhum deles. Esses dados contradizem estudo com enfermeiros que lidam com muita tecnologia nas Unidades de Terapia Intensiva, que dizem que por isso falta tempo para se aproximar do paciente e, assim, validar as mensagens verbais e não verbais transmitidas pelo paciente.²⁶

Dentre os enfermeiros que afirmaram oferecer sons familiares, a maioria justificou que isso só é possível diante da colaboração do familiar em prover o aparelho de som ou televisão. A música pode contribuir para a humanização do cuidado em terapia intensiva, tornando o ambiente menos tenso, mais agradável, o atendimento mais seguro²⁷ além de reduzir a dor e distrair o paciente.²⁸

Sobre outras formas de adequar o ambiente, 25/47 (53,2%) fizeram propostas enquanto 22/47 (46,8%) não. Dos 25 enfermeiros que fizeram sugestões, foi necessário categorizar as respostas resultando em nove itens, dispostos segundo a categoria “Verbal” (3/9-33,3%) e “Não verbal” (6/9-66,7%) (TAB. 2).

TABELA 2 – Categorização das respostas sobre o ambiente do paciente inconsciente. Campinas-SP – 2005

Interação	Verbal	Não verbal
1. Adapta a luminosidade	–	16
2. Proporciona ambiente calmo	–	5
3. Favorece objetos familiares para o paciente (fotos)	–	3
4. Mantém o ambiente limpo	–	1
5. Realiza leituras familiares	1	–
6. Permite maior permanência dos familiares	–	1
7. Favorece sons familiares	2	–
8. Evita conversas alheias ao paciente próximo ao leito	1	–
9. Atenta para a temperatura adequada do ambiente	–	1

Fonte: Pesquisa direta dos autores. Campinas-SP, 2005.

Na categoria “Não verbal”, destaca-se a adequação da luminosidade, que obteve 16/25 das respostas. Esse resultado contradiz um estudo realizado em UTI neonatal no qual os profissionais, mesmo conscientes dos efeitos nocivos dos ruídos e da iluminação inadequada, deixavam as luzes sempre acesas, para atender às próprias necessidades.²⁹ Será que essa diferença de atitude dos profissionais deve-se ao fato de um ser adulto e o outro neonato?

Outros enfermeiros sugeriram itens não relacionados ao ambiente, por isso estão destacados fora da TAB. 2. São eles: 1/25 (4%) relatou que “Faz oração” para o paciente inconsciente e outros 3/25 (12%) enfermeiros mencionaram que “Favorecem posição confortável no leito” ou “Realizam mudança de decúbito”.

Sobre a estimulação dos visitantes para tocar e conversar com o paciente inconsciente, todos estimulam a família. As justificativas foram as mais diversificadas, havendo necessidade, também, de categorizá-las, obtendo-se 16 categorias, nas quais o enfoque de 14/16 (87,5%) era para o paciente e de 2/16 (12,5%) a família (TAB. 3).

TABELA 3 – Categorização das justificativas apresentadas para a estimulação dos visitantes no contato com o paciente inconsciente. Campinas-SP – 2005

Categorias	n
1. O contato, o toque e a voz dos familiares são estimulantes e ajudam na recuperação	10
2. É uma boa orientação ao familiar: reduz o impacto da visita e aumenta a segurança do familiar	6
3. A resposta do paciente é melhor quando o familiar interage	6
4. A família é importante e querida para o paciente	5
5. Mantém o vínculo entre paciente e família, o paciente não perde suas referências	4
6. É importante apresentar a família para o paciente	3
7. O familiar pode transmitir energia positiva para o paciente	2
8. É importante para a família acreditar que o caso não é tão ruim	1
9. A família traz conforto psicoespiritual para o paciente	1
10. Existe dúvida sobre o grau de percepção do paciente	15
11. A audição é o último sentido a ser perdido	5
12. O paciente está com sua percepção preservada	4
13. Faz parte da humanização do cuidado	1
14. O contato humano faz bem	1
15. Aproxima o paciente do ambiente que o cerca	1
16. Mostra para o paciente que alguém está presente	1

Fonte: Pesquisa direta dos autores. Campinas-SP, 2005.

As categorias 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9 incluem justificativas que envolvem a família do paciente. Esse resultado tem relação com outro estudo que destacou a maior elevação na frequência cardíaca do paciente em coma ao ouvir uma voz familiar, comparado a outros estímulos sonoros.¹⁴

Os itens 10, 11, 12, 13, 14, 15 e 16 se referem a justificativas diversas para a estimulação. Quinze entrevistados referiram que a dúvida sobre o grau de percepção do paciente é o que os estimula a motivar os visitantes. Outros dez entrevistados acreditam que o contato, o toque e a voz dos familiares são estimulantes e ajudam na recuperação. Esse resultado é favorável, pois os familiares têm papel fundamental no processo de internação e são considerados importantes na recuperação do paciente.³⁰

Diante do questionamento sobre o paciente sedado que se agita, houve 13/47 (27,7%) respostas parcialmente corretas e 34/47 (72,3%) corretas. Verificou-se que 33/47 (70,2%) enfermeiros identificam que solicitam aumento da sedação ao responsável médico, além de verificar alterações concomitantes dos parâmetros vitais. A literatura revela que a sedação previne a retirada acidental do tubo orotraqueal, de cateteres e sondas, e a não cooperação em atividades terapêuticas, que podem complicar o quadro clínico e prolongar a permanência do paciente na UTI.²⁷ Os demais 14/47 (29,8%) assinalaram pelo menos uma das alternativas mencionadas. Ressalte-se que 43/47 (91,5%) tentavam acalmar o paciente agitado por meio da conversa e do toque, como proposto em uma das alternativas. Apenas 4/47 (8,5%) não optaram por esse item.

Ao comparar o percentual das respostas corretas, os sujeitos com graduação obtiveram 48,94% de acertos na questão 4, e os que possuíam pós-graduação obtiveram 23,40%, não havendo diferença significativa entre as respostas (Teste Exato de Fisher $p=0,5005$).

Ao serem abordados sobre outras formas de lidar com a situação de agitação, 29/47 (61,7%) enfermeiros sugeriram outras intervenções, enquanto 18/47 (38,3%), não. As respostas diferenciadas foram categorizadas, havendo predomínio das interações não verbais (90%-9/10) sobre as verbais (10%-1/10) (TAB. 4).

Dentre as não verbais, as mais citadas foram: “avaliar a causa da agitação” e “restringir paciente no leito”. Esta última previne a retirada acidental de cateteres e drenos, sendo uma opção agressiva, especialmente se o paciente apresentar algum nível de percepção.

Estudo revela que ao eliminar fatores que alteram o estado psicomotor do paciente, como dor ou desconforto, evitam-se exames laboratoriais e reduzem custos hospitalares.³¹

Ao serem questionados sobre as manifestações do paciente inconsciente, na questão 5, 15/47 (31,9%) assinalaram as respostas consideradas corretas e 32/47 (68,1%) parcialmente corretas. Os sujeitos com graduação obtiveram 23,40% de corretas, enquanto os com pós-graduação 8,51%, diferença que não foi significativa (Teste Exato de Fisher $p=0,5171$).

TABELA 4 – Categorização das intervenções citadas quando o paciente sedado se agita. Campinas-SP – 2005

Intervenção	Verbal	Não verbal
1. Oferece conforto ao paciente	–	1
2. Restringe o paciente no leito	–	8
3. Avalia a causa da agitação	–	15
4. Observa fatores associados, como febre e dor	–	1
5. Orienta o paciente sobre o que está ocorrendo	1	–
6. Compara com a escala de sedação de Ramsay	–	1
7. Não restringe o paciente ao leito	–	1
8. Observa se houve alteração dos parâmetros hemodinâmicos	–	1
9. Solicita a troca/mudança do fármaco	–	1
10. Observa se houve aumento da frequência respiratória	–	1

Fonte: Pesquisa direta dos autores. Campinas-SP, 2005.

Foi destacado por 37/47 (78,7%) enfermeiros que a agitação do paciente, muitas vezes, está associada à audição de uma voz familiar, por outro lado, 10/47 (22,3%) negaram qualquer relação entre dois eventos. Sobre a associação da alteração da frequência cardíaca a algum estímulo (como voz familiar ou dor), a maioria 45/47 (97,5%) acredita haver uma relação direta entre elas e apenas 2/47 (4,3%) não fizeram essa relação. Dos participantes, 29/47 (61,5%) relataram associação entre a alteração da pressão arterial e os estímulos como voz familiar ou dor, enquanto os demais 18/47 (38,5%), não.

Procedimentos invasivos podem ser agentes estressores, produzindo respostas individuais (fisiológicas e bioquímicas), assim como os sons familiares. No caso das respostas psicofisiológicas, está a ativação hipotalâmica-pituitária-adrenal e do sistema nervoso simpático, que eleva a frequência cardíaca e a pressão arterial.³¹

Quanto a outras formas de observação da manifestação do paciente inconsciente, 23 enfermeiros (48,9%) não as sugeriram. Por outro lado, 24/47 (51,1%) mencionaram 11 categorias. O item “aumento da frequência respiratória” foi apontado por 9/24 (37,5%); “choro/lágrimas” 8/24 (33,3%); “agitação psicomotora” 5/24 (20,8%); “alteração de temperatura” 4/24 (16,6%); “tranquilidade” 3/24 (12,5%); “expressões faciais de emoção e/ou dor” 2/24 (8,3%); “sinais de briga com o respirador”; “elevação da pressão intracraniana”; “tosse”; “desconforto respiratório” e “sudorese” 1/24 (4,2%) cada.

No último questionamento, questão 6, sobre o conteúdo das prescrições relacionadas à interação do enfermeiro com o paciente inconsciente, 3/47 (6,4%) entrevistados não sugeriram nenhuma prescrição, os demais 44/47

(93,6%) responderam corretamente. O percentual de respostas corretas entre os sujeitos que tinham graduação (57,45%) com os de pós-graduação (36,17%) apresentou diferença estatística não significativa (Teste Exato de Fisher $p=0,2923$).

A sugestão de prescrição foi feita por 38/41 (92,7%), enquanto 3/41 (7,3%) não sugeriram. Houve, ainda, duas categorias de justificativas para a não inserção de itens na prescrição: 4/47 (8,5%) mencionaram que não prescrevem, pois esperam que esses cuidados sejam implementados, dadas as características da profissão e 2/47 (4,2%) por falta de tempo. As respostas obtidas foram categorizadas em nove itens de prescrição. A TAB. 5 apresenta as sugestões, sendo cinco itens de enfoque verbal e quatro não verbais.

TABELAS 5: Itens de prescrição de enfermagem divididos por categorias. Campinas-SP – 2005

Itens de prescrição	Verbal	Não verbal
1. Orientar paciente quanto aos procedimentos a serem realizados	33	–
2. Realizar massagem de conforto ou toque terapêutico	–	9
3. Favorecer um ambiente tranquilo	–	6
4. Atentar para respostas a estímulos verbais ou dolorosos	–	5
5. Oferecer apoio e orientações à família	2	–
6. Orientar o paciente em tempo, espaço e pessoa	2	–
7. Realizar mudança de decúbito	–	2
8. Favorecer visitas e identificá-las ao paciente	2	–
9. Oferecer apoio emocional-espiritual por meio da interação	6	–

Fonte: Pesquisa direta dos autores. Campinas-SP, 2005.

A maioria dos enfermeiros citou “orientar paciente quanto aos procedimentos a serem realizados”; a massagem de conforto ou o toque terapêutico apresentou a segunda maior citação.

O toque é expressivo, oferece ao paciente uma assistência que favorece a comunicação, a integração humana e pode ser utilizado como tratamento. Alguns enfermeiros³² demonstraram que a ênfase no dia a dia era para o toque espontâneo, para ajudar e interagir com o paciente. Esses profissionais atendem às necessidades biológicas e psicoespirituais dos pacientes, e neste último item é a estimulação sensorial que auxilia o paciente a superar a privação sensorial profunda.⁹

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo permitem concluir que os enfermeiros revelaram algumas formas de interação utilizadas no seu cotidiano que estão de acordo com a literatura preconizada: chamar o paciente pelo nome; comunicar os procedimentos que vão ser realizados; evitar comentários sobre o prognóstico próximo ao leito e orientar o paciente no tempo, espaço e pessoa.

Sobre o ambiente ao redor do paciente inconsciente, os enfermeiros relataram que se preocupam em reduzir ruídos e sons desagradáveis, colaborando com um ambiente mais tranquilo.

Todos os entrevistados relataram que favorecem a interação de familiares com o paciente inconsciente, fato relevante, uma vez que o familiar possui vínculo importante com o doente e pode estimulá-lo na sua recuperação.

Em situações em que o paciente sedado se agita, inesperadamente, a maioria dos entrevistados relatou que procura acalmá-lo por meio do toque e da conversa; por outro lado muitos ainda solicitam o aumento da sedação e verificam alterações nos parâmetros vitais.

A conduta identificada pela maioria dos enfermeiros revela o predomínio de um cuidado humanizado e menos tecnicista.

Diante da manifestação do paciente, muitos acreditam que há associação entre a alteração da frequência cardíaca e estímulos, como voz familiar ou dor. Confirmaram, também, a relação entre a agitação motora diante de uma voz familiar. Grande parte dos entrevistados sugeriu itens de prescrição de enfermagem que promovam a comunicação e a interação com o paciente inconsciente.

Das prescrições de enfermagem analisadas, a maioria possuía itens relacionados à interação com o paciente inconsciente. Do conteúdo descrito nessas prescrições ressaltam-se os seguintes: "orientar paciente quanto aos procedimentos a serem realizados"; "realizar mudança de decúbito"; "atentar para sinais de manifestação de dor"; "realizar massagem de conforto após o banho" e "oferecer conforto emocional".

Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas, nas respostas corretas do questionário, entre os sujeitos que possuíam algum tipo de pós-graduação em relação aos que não possuíam.

REFERÊNCIAS

1. Goulart BNG, Chiari BM. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(1). [Citado 2010 jul. 21] Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100031&lng=en&nrm=iso>.
2. Marques IR, Souza AR. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(1): 141-4.
3. Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido". *Rev Latinoam Enferm*. 2002 mar/abr; 10(2):137-44.
4. Lucena AF, Crossetti MGO. Significado do cuidar na unidade de terapia intensiva. *Rev Gaúcha Enferm*. 2004 ago; 25(2):243-56.
5. Cunha PJ, Zaganel IPS. As relações interpessoais nas ações de cuidar em ambiente tecnológico hospitalar. *Acta Paul Enferm*. 2008; 21(3). [Citado 2010 jul. 21]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000300005&lng=en&nrm=iso>.
6. Alcure L, Ferraz MNS, Carneiro R. Comunicação verbal e não verbal. Rio de Janeiro: SENAC/DN/DFP; 1996. 80p.
7. Aguiar VT. O verbal e o não verbal. São Paulo: UNESP; 2004. 112p.
8. Zinn GB, Silva MJP, Telles SCR. Comunicar-se com o paciente sedado: vivência de quem cuida. *Rev Latinoam Enferm*. 2003 mai/jun; 11(3):326-32.
9. Smeltzer SC, Bare BG. Tratamento de pacientes com disfunção neurológica. In: Smeltzer SC, Bare BG. *Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.1562-601.
10. Rodrigues Júnior GR, Amaral JLG. Experiência clínica com uso de sedativos em terapia intensiva. Estudo retrospectivo. *Rev Bras Anestesiologia*. 2002 nov/dez; 52(6):745-55.
11. Silva MJP, Dobbro ERL. Reflexões sobre a importância da mente na recuperação do paciente em coma. *O mundo da saúde*. 2000 jul/ago; 24(4):249-54.
12. Puggina ACG, Silva MJP. Sinais vitais e expressão facial de pacientes em estado de coma. *Rev Bras Enferm*. 2009 Jun; 62(3). [Citado 2010 jul. 21]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300016&lng=en&nrm=iso>.
13. Silva AL, Schlicknann GC, Faria JG. O coma e seu impacto no processo de ser e viver: implicações para o cuidado de enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*. 2002 jul; 23(2):81-107.
14. Puggina ACG, Silva MJP da, Gatti MFZ, Graziano KU, Kimura M. A percepção auditiva nos pacientes em estado de coma: uma revisão bibliográfica. *Acta Paul Enferm*. 2005 Set; 18(3). [Citado 2010 jul. 21]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000300013&lng=en&nrm=iso>.
15. Ferreira MA. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. *Ver Bras Enferm*. 2006 Jun; 59(3): 327-30. [Citado 2010 jul. 21]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000300014&lng=en>.
16. Silva MJP. A importância da comunicação nos processos de qualidade. *Nursing*. 1998 jun; (1):20-6.
17. Oriá MOB, Moraes LMP, Victor JF. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. *Rev Eletrônica Enferm*. 2002; 6(2):292-97. [Citado 2010 jul. 21]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/pdf/R4_comunica.pdf>.
18. Pontes AC, Leitão IMTA, Ramos IC. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Rev Bras Enferm*. 2008 Jun; 61(3): 312-318. [Citado 2010 jul. 29]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000300006&lng=en>.

19. Silva JA, Silva MJP. Expressões faciais e emoções humanas: levantamento bibliográfico. *Rev Bras Enferm.* 1995 abr/jun; 48(2):180-7.
20. Ordahi LFB, Padilha MICS, Souza LNA. Communication between nursing staff and clients unable to communicate verbally. *Rev Latinoam Enferm.* 2007 Out; 15(5): 965-72. [Citado 2010 jul. 29]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000500013&lng=en>.
21. Agresti A. *Categorical Data Analysis*. New York: John Wiley & Sons; 1990. 710p.
22. Amaral JLG, coordenador. *Recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira sobre Analgesia, Sedação e Bloqueio Neuromuscular em Terapia Intensiva (AMIB)*. São Paulo: AMIB; 1999.
23. Setz VG, D'innocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22(3). [Cited 2010 Jul 29]. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000300012&lng=en&nrm=iso>.
24. Hayashi AAM, Gisi ML. O cuidado de enfermagem no CTI: da ação-reflexão à conscientização. *Texto Contexto Enferm.* 2000 mai/ago; 9(2):824-37.
25. Inaba LC, Silva MJP, Telles SCR. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2005; 39(4): 423-9. [Citado 2010 jul. 29]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000400008&lng=en>.
26. Oliveira PS, Nóbrega MML, Silva AT, Ferreira Filha MO. Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em centro de terapia intensiva. *Rev Eletrônica Enferm.* 2005; 7(1): 54-63. [Citado 2010 jul. 29]. Disponível em: <<http://200.137.221.132/index.php/fen/article/view/861/1035>>.
27. Camargos AT, Dias LO. Comunicação: um instrumento importante para humanizar o cuidado de enfermagem em unidade de terapia intensiva. In: *Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem [Proceedings online]*; 2002 May 02-03; São Paulo, SP, Brasil. 2002. [Citado 2010 jul. 29]. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000100029&lng=en&nrm=van>.
28. Todres ID. Music is medicine for the heart. *J Pediatr (Rio J)*. 2006; 82:166-8.
29. Lamego DTC, Deslandes SF, Moreira MEL. Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005 jul/set; 10(3):669-75.
30. Santos CR, Toledo NN, Silva SC. Humanização em unidade de terapia intensiva: paciente – equipe de enfermagem – família. *Nursing.* 1999 out; 17:26-9.
31. Bensenor FEM, Cicarelli DD. Sedação e analgesia em terapia intensiva. *Rev Bras Anestesiologia.* 2003 set/out; 53(5):680-93.
32. Dell'acqua MCQ, Araujo VA, Silva MJP. Toque: qual o uso atual pelo enfermeiro? *Rev Latinoam Enferm.* 1998 abr; 6(2):7-22.

Data de submissão: 17/6/2009

Data de aprovação: 28/4/2011

APÊNDICE 1

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: TRANSCRIÇÃO DAS PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM RELACIONADAS À PROMOÇÃO DA INTERAÇÃO E COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE INCONSCIENTE

Iniciais do paciente: _____ Data: ___/___/___

Grau de inconsciência segundo escala de: Ramsey – _____ Glasgow – _____

Enfermeiro(a) responsável (nome fictício): _____

Prescrições: _____

Iniciais do paciente: _____ Data: ___/___/___

Grau de inconsciência segundo escala de: Ramsey – _____ Glasgow – _____

Enfermeiro(a) responsável (nome fictício): _____

Prescrições: _____

APÊNDICE 2

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA A ENTREVISTA

Este instrumento permite que o entrevistado escolha uma ou mais alternativas para caracterizar sua resposta.

1. Como você se comunica com o paciente inconsciente? Faz uso de alguma das alternativas abaixo?

Chama o paciente pelo nome.

Orienta o paciente em tempo, espaço e pessoa.

Comunica ao paciente sobre os procedimentos a serem realizados.

Evita comentários sobre o prognóstico do paciente próximo ao leito.

Toca o paciente.

Outros. _____

2. Em relação ao ambiente do paciente inconsciente, você:

Tenta reduzir os sons desagradáveis do ambiente.

Propicia sons familiares (exemplos: gravações dos ambientes de trabalho e doméstico, músicas preferidas, programas de televisão ou rádio de preferência do paciente).

Acaba não realizando qualquer modificação no ambiente dada a falta de tempo.

Outros. _____

3. Você estimula os visitantes (familiares ou amigos) a conversar e tocar o paciente inconsciente?

Sim. Não. Por quê? _____

4. Quando um paciente sedado agita, você:

Solicita ao responsável médico o aumento do gotejamento do sedativo.

Verifica se houve alterações nos parâmetros vitais.

Conversa e toca o paciente para tentar acalmá-lo.

Outros. _____

5. O que você observa de respostas do paciente inconsciente para constatar que ele está apresentando alguma manifestação?

Agitação ao ouvir a voz de uma pessoa familiar.

Alteração de frequência cardíaca a algum estímulo (voz familiar, dor, etc.).

Alteração de pressão arterial a algum estímulo (voz familiar, dor, etc.).

Outros. _____

6. Em suas prescrições, você inclui algum cuidado relacionado à promoção da interação e da comunicação com o paciente inconsciente? Quais? _____

