

**O COMA E SEU IMPACTO NO PROCESSO DE
SER E VIVER: IMPLICAÇÕES PARA O
CUIDADO DE ENFERMAGEM**

*Coma and its impact on the process of being and living:
implications for nursing care*

Alcione Leite da Silva¹

Geovana Cristina Schlickmann²

Jéssica Gonçalves Faria²

RESUMO

Trata-se de um estudo fenomenológico-hermenêutico, com base no referencial de Van Manen, que teve como objetivo distinguir os significados das experiências vividas no estado de coma e seu impacto no processo de ser e viver. O estudo envolveu quatro participantes, sendo três do sexo masculino e uma do sexo feminino. Com base na análise das informações três temas foram identificados: o inesperado como realidade; a singularidade dos estados modificados de consciência; e a transformação do processo de ser e do viver. O coma emergiu enquanto processo inesperado, singular, permeado por diferentes estados modificados de consciência, podendo ser a inconsciência um estado de vida interior e, tendo um grande impacto no processo de vida dos participantes. Finalizando, apontamos algumas implicações para o cuidado de enfermagem.

UNITERMOS: coma; consciência; sobrevivência; cuidados de enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

Estudos tendo como foco o coma, enquanto experiência vivida, e o seu impacto no processo de ser e viver humano, têm sido negligenciados na enfermagem. Entretanto, tais estudos são vitais

1 Enfermeira. Doutora em Filosofia de Enfermagem. Professora Titular do Depto. de Enfermagem e Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Coordenadora do Grupo de Pesquisa "Tecnologias Inovadoras de Cuidado Pró Ser e Viver Saudável". Pesquisadora do CNPq.

2 Alunas de Graduação de Enfermagem da UFSC.

para se alcançar a excelência no cuidado a seres que vivenciam estas experiências.

Por ser a vivência do coma um fenômeno complexo, necessitamos de investigações que nos possibilitem uma maior compreensão do mesmo, com vistas a uma maior capacitação para um cuidado de melhor qualidade. O coma vem sendo entendido como um estado de sono profundo, de inconsciência, e que se caracteriza pela ausência de respostas verbais e não verbais conscientes aos estímulos externos, e durante o qual se perdem as atividades cerebrais superiores, conservando-se a respiração e a circulação (PLUM; POSNER, 1997; FERREIRA, 2000). Segundo Becerra (1987), durante o coma, o/a doente apresenta deterioração fisiopatológica do sistema ativador reticular e dos hemisférios cerebrais e, conseqüentemente, dos mecanismos de retrocomunicação entre o sistema ativador reticular e o córtex cerebral. O coma resulta geralmente de lesões estruturais dos hemisférios cerebrais e do tronco cerebral. A sua profundidade pode ser variável, desde o coma ligeiro ou leve, em que há resposta a estímulos dolorosos, conservando-se os reflexos e os sinais vitais, até o coma profundo, com total ausência de resposta a estímulos, abolição dos reflexos, e grave alteração dos sinais vitais (BECERRA, 1987).

O estado de coma nos remete diretamente ao conceito de consciência. Essa, por sua vez, se mostra como área de estudo complexa, abrangendo uma multiplicidade de disciplinas, sendo suas contribuições relevantes para a sua compreensão, mas nenhuma delas esgotando o assunto, cuja discussão se mantém em aberto (FERREIRA, 2000). A consciência pode ser definida como a totalidade experiencial da vida psíquica momentânea, dentro do fluir contínuo desta, e que se manifesta pelas capacidades de captar, ordenar, integrar e responder a estímulos do mundo interior e exterior, assim como de elaborar a comunicação verbal e comportamentos intencionais (SIMÕES, 1996).

Conforme Krippner (1972), um estado modificado de consciência³ pode ser definido como um estado mental que pode ser

3 Na literatura encontramos expressões como “estados modificados de consciência”, “estados alterados de consciência”, “estados não ordinários de consciência” e “estados incomuns de consciência”. Adotamos, nesse estudo, a expressão “estados modificados de consciência”, por concordarmos com Ferreira (2000), que embora o termo “alterado” não implique em juízo de valor, mas somente um caráter descritivo, ele é facilmente identificado com modos patológicos de expressão do ser.

subjetivamente reconhecido por um indivíduo ou por um observador deste, como representando uma diferença no estado “normal”, alerta e desperto do indivíduo. Esse autor refere que as evidências empíricas apontam para a existência de vinte estados de consciência, sendo o coma apenas um deles. Segundo Dias (1995), o estado de consciência é sempre procurado como indicador de avaliação dos estados orgânicos, qualidade nem sempre fácil de aferir, pelos seus inúmeros estados ou graus intermédios.

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

Diante do exposto, esse estudo teve por objetivo: distinguir os significados das experiências vividas no estado de coma e seu impacto no processo de ser e viver. Nesse sentido, as questões norteadoras da pesquisa foram: Quais foram as experiências vividas por clientes que estiveram em coma? Que impacto essas experiências tiveram no processo de ser e viver desses clientes?

Dada a escassez de estudos dessa natureza, esperamos poder oferecer subsídios para um cuidado de melhor qualidade a clientes que vivenciam essa situação crítica.

2 METODOLOGIA

Este estudo foi desenvolvido com base na fenomenologia hermenêutica do educador norte-americano Van Manen (1990), a qual foi influenciada pelo movimento europeu, assim como por certos estudos na América do Norte. A fenomenologia hermenêutica é uma ciência humana que estuda as experiências vividas, como elas se apresentam à consciência, interpretando as expressões e objetificações dos textos da experiência vivida, na tentativa de determinar os seus significados. Neste sentido, ela é a descrição dos significados, como nós o vivemos. Para Van Manen (1990), a pesquisa é um ato atento de cuidado: nós queremos conhecer aquilo que é mais essencial para o ser. O interesse em fazer pesquisa evidencia, assim, as nossas preocupações com a prática cotidiana,

bem como nossa responsabilidade em relação a todos os outros seres. Apresentamos, a seguir, as etapas deste estudo:

2.1 Fenômeno e Perspectiva do Estudo

Neste estudo, o fenômeno escolhido foi a experiência vivida com o coma, enquanto estado alterado de consciência, induzidos por causa orgânica. A opção pela realização do estudo ocorreu em campo de estágio com alunas de graduação em enfermagem, quando da realização de um grupo de vivências com doentes do sexo masculino, internados em unidade de clínica médica. Ao final da vivência sobre “o efeito das cores em nossa saúde”, desenvolvida pelas alunas, um dos doentes, Erasmo⁴, acercou-se de nós e começou a falar sobre sua doença e experiência com o coma. Ao considerarmos que a investigação daquela experiência poderia contribuir para um cuidado de melhor qualidade às pessoas naquela condição, optamos pela realização desse estudo. Nessa investigação, algumas questões foram priorizadas, tais como: Você poderia falar sobre o que o/a levou a vivenciar⁵ o estado de coma? Você poderia falar sobre a sua experiência⁶ com o coma? O que significou para você a vivência do coma? Que impacto a vivência do coma teve em sua vida?

2.2 Participantes e Contexto

Participaram do estudo quatro pessoas que vivenciaram o coma, sendo três do sexo masculino e uma do sexo feminino. Todas elas se sentiram dispostas a participar, e interessadas na elaboração desse estudo. As entrevistas foram realizadas no período de maio a junho de 2001.

O primeiro a ser selecionado e que diretamente contribuiu para que este estudo fosse realizado, foi Erasmo, de 54 anos, casado, três filhos, primeiro grau incompleto, aposentado como comerciante.

4 O nome dos participantes foi alterado para manter o anonimato e a confidencialidade dos dados.

5 Por vivência, entendemos a forma como o/a cliente vive e se comporta face à situação (DIAS, 1995).

6 Por experiência, entendemos o ato ou efeito de experimentar, quer esse termo se entenda como conhecimento imediato de uma realidade determinada, quer como conhecimento de uma realidade provocada, no propósito de saber algo, particularmente o valor de uma hipótese científica (COSTA; MELO, 1979).

Entrou em estado de coma no ano de 2000, em decorrência do infarto do miocárdio, tendo permanecido neste estado por doze dias. A sua participação se deu em um hospital de Florianópolis, no qual encontrava-se internado em decorrência de uma cardiopatia segmentar isquêmica.

A participação de Néri ocorreu por indicação de Erasmo, sendo ambos colegas de quarto. Néri, de 67 anos, casado, com cinco filhos, sendo três do primeiro casamento e dois do segundo, possui primeiro grau incompleto, aposentado como pedreiro. Encontrava-se internado, quando do nosso primeiro contato, para tratamento de uma pneumonia. Entrou em coma em 1995, em decorrência de infarto do miocárdio, tendo permanecido neste estado por aproximadamente onze horas. Foi entrevistado em sua residência, em Florianópolis.

A seleção do terceiro participante, Renato, ocorreu por indicação de um dos familiares do mesmo, quando soube da realização desse estudo. Renato, de 24 anos, noivo, possui terceiro grau completo e exerce a profissão de contador. A sua experiência com o coma se deu após um acidente automobilístico e, conseqüente insuficiência respiratória, em 1996, tendo ficado neste estado por quatro dias. Foi entrevistado em sua residência, na cidade de São José (SC).

A inclusão da quarta participante, Flávia, se deu pelo interesse da mesma em participar, quando soube do estudo. Flávia, 33 anos, solteira, terceiro grau incompleto, profissão micro-empresária. Como Renato, entrou em coma após um acidente automobilístico, em decorrência de um traumatismo crânio-encefálico, em 1999, tendo permanecido neste estado por dois dias. Sua entrevista se deu em sua residência, em Florianópolis.

2.3 Descrições Experienciais do Cuidado

Para Van Manen (1990), o processo de obtenção das descrições experienciais do fenômeno envolve observação e entrevista. A observação envolve uma atitude de proximidade, mantendo, contudo, um estado de alerta em relação à situação, que nos permita constantemente voltar atrás e refletir sobre o seu significado. A entrevista, por sua vez, é um meio para explorar e obter narrativas experienciais, e um veículo para se estabelecer um diálogo com participantes sobre os significados da experiência.

No primeiro momento, após as apresentações, foi explicado o objetivo, metodologia e possíveis contribuições do estudo, bem como assegurado o anonimato dos participantes e a confidencialidade das informações. As entrevistas ocorreram em clima de informalidade, em uma média de uma a duas horas de duração.

2.4 Reflexão Fenomenológica Hermenêutica

O propósito da reflexão fenomenológica é tentar desvelar o significado essencial de um fenômeno. Esta etapa inclui dois momentos: desenvolver uma análise temática e identificar os temas essenciais, os quais se constituem nos significados das experiências vividas. Van Manen definiu o tema como uma descrição da estrutura da experiência vivida: *“metaforicamente falando, os temas são mais como nós nas teias de nossas experiências, ao redor das quais certas experiências são tecidas e, assim, vividas através de um todo significante”* (1990, p. 90).

Esta etapa foi precedida pela leitura e releitura das descrições, criteriosamente transcritas das fitas -cassete, para que tivéssemos uma visão geral do conjunto. Com base nas descrições, identificamos os temas essenciais, ou três significados das experiências vividas. A análise temática e a identificação dos temas, nas descrições, foram acompanhadas de revisão cuidadosa e repetida, das informações. Neste processo, procuramos manter uma constante orientação para o fenômeno do cuidado, bem como para as partes e o todo.

2.5 Escrita Fenomenológica Hermenêutica

Segundo Van Manen (1990), o ato de escrever a pesquisa não constitui uma etapa final do processo da pesquisa, mas permeia todo o processo. Escrever significa criar relações significantes em que o padrão significante destas relações se condensa em um discursivo todo, que nós podemos chamar de “teoria” (VAN MANEN, 1990). Contudo, a teoria tem de ser teoria do único, do particular, daquilo que é essencialmente insubstituível. Para o autor, a escrita é o método, e está proximamente ligada à atividade de pesquisa e à reflexão em si. Conseqüentemente, a escrita medeia a reflexão e a ação. A escrita envolve uma reflexão textual, no sentido de separar e confrontar-nos com o que conhecemos, dis-

tanciando-nos do mundo vivido, descontextualizando nossas preocupações da ação imediata, abstraído e objetivando nossa compreensão vivida, a partir de nosso envolvimento concreto.

Escrever e re-escrever as descrições do fenômeno proporcionou-nos uma compreensão lingüística dos significados do cuidado, exigindo um constante retorno às descrições. A reflexão sobre os dados facilitou o processo de articular e re-articular os significados. Neste processo, buscamos apoio na literatura de enfermagem e de outras áreas correlatas.

2.6 Princípios Éticos da Pesquisa

Esta pesquisa foi desenvolvida com base na Resolução n°. 196 do Conselho Nacional de Saúde. Este estudo, ao ser parte de um projeto maior aprovado pelo CNPq e Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, assegurou a liberdade dos participantes de aceitar ou recusar a participar deste estudo, tendo todos assinado o termo de consentimento livre e informado. No processo da pesquisa, procuramos manter respeito às crenças e valores dos participantes do estudo, bem como assegurar a veracidade e confidencialidade dos dados, evitando qualquer atitude que gerasse constrangimento ou tensão.

3 SIGNIFICADOS DAS EXPERIÊNCIAS VIVIDAS COM O COMA

Com base nas descrições fornecidas pelos quatro participantes, identificamos três temas ou significados, os quais integram as experiências vividas com o coma: o inesperado como realidade; a singularidade dos estados modificados de consciência; e a transformação do processo de ser e do viver, os quais apresentamos a seguir.

3.1 O Inesperado como Realidade

Viver é sempre um fenômeno complexo, singular e único, no qual as inúmeras experiências que se sucedem, constroem e desconstroem a trama de nossa existência. Viver é estar constantemente diante da incerteza, da possibilidade de falta de controle, do inesperado, embora nem sempre tenhamos consciência disso. Esta consciência nos remete à nossa condição de seres vulneráveis, a qual dificilmente conseguimos lidar de forma natural. No entanto,

a consciência de nossa vulnerabilidade pode ser um fator de transformação, a qual pode se dar tanto de forma sutil, quase imperceptível, como também de forma abrupta e com grande magnitude. Independente da forma com que essa transformação ocorra, nunca voltaremos a ser as mesmas pessoas.

O coma é um acontecimento inesperado para qualquer pessoa. Para Flávia e Renato, duas pessoas jovens, sadias, que iniciaram este processo em decorrência de um acidente, e mesmo para Erasmo e Néri, que já estavam com problemas cardíacos, este foi um evento inesperado, antes não imaginado. Como refere Renato:

Antes de eu vivenciar o coma ou até mesmo sofrer o acidente, eu acreditava que isto só acontecia com outras pessoas, e não comigo ou com pessoas ligadas a mim. Hoje vejo que isto não é verdade, pois todos estamos sujeitos a sofrer qualquer acontecimento, seja ele bom ou ruim.

Nesse sentido, a vida de uma pessoa que vivenciou o coma nunca voltará a ser a mesma de antes. Ela se transforma frente ao inesperado, que se torna realidade. Esse inesperado, agora realidade, se processa lentamente, muitas vezes, através de um longo período de reflexão, após o coma. Busca-se, assim, reativar a memória, encontrar em seus registros os fragmentos do vivido. O momento vivido que precede o coma pode ou não estar presente em sua totalidade. Para certas pessoas, os fatos estão presentes, podendo ser revividos em seus detalhes. Para outras, restam somente detalhes, quais peças de um quebra cabeça, que vão encontrando seus lugares com ajuda daquelas pessoas com quem compartilharam aquele momento.

Erasmo e Néri lembram-se com detalhes os acontecimentos que precederam o coma e assim os descrevem:

Eu estava bem, mas senti um aperto no peito, e uma vontade imensa de desabafar e falar com a minha esposa. Aí eu fui ao trabalho dela, falei, e ela disse que eu fosse pra casa descansar. Chegando em casa, na garagem, comecei a passar mal, uma dor insuportável no peito. Fui tentar me deitar, me acomodar, pra ver se passava, mas não adiantava. Daí, resolvi ir pra rua pra pedir ajuda. Quando eu cheguei na rua, senti uma dor monstruosa e apaguei. O vizinho me levou pro hospital (Erasmo).

A entrada em coma foi quando eu trabalhava numa casa de construtor e preparei massa para por azulejo no banheiro. Um filho e um sobrinho estavam trepados no telhado fazendo cobertura. Aí quando a massa tava pronta e eu fui colocar o primeiro azulejo, me senti mal, senti como se tivesse dois caminhão que tivesse jogado dois gancho no meu peito e tivesse esgaçado um de cada lado. Aí eu gritei pro filho, ele desceu de lá e me colocou no carro e me levou pra Lagoa da Conceição. Chegando lá, o médico do posto me examinou e imediatamente chamou o bombeiro pra me leva pro hospital, na coronária. Lá, o médico constatou que eu tava em parada cardíaca (Néri).

Apesar de Renato e Flávia terem sofrido um acidente, Flávia teve um traumatismo crânio-encefálico, comprometendo parte de sua memória, o que ocorreu parcialmente com Renato. Nesse sentido, há sempre um esforço da mesma para lembrar fatos, inclusive o acidente.

O que me levou ao coma foi um acidente automobilístico, ocorrido próximo ao acesso de Tijucas, onde eu conduzia meu carro ... Quando eu tava vindo numa reta, vinha um carro ultrapassando uma carreta. Esse carro colidiu com a carreta e veio ao meu encontro e bateu no meu carro. Lembro das pessoas dizendo que eu tava com o braço e a perna quebrados. Eu desmaiava e voltava ... Mas foi tudo tão rápido que tu não consegue identificar. A princípio fiquei internado no hospital de Tijucas e fiquei ali e parece que faltou sangue e tive uma insuficiência respiratória. Aí eu entrei em coma profundo e aí me levaram imediatamente pro hospital de Brusque (Renato).

Até onde eu lembro, eu tava num casamento, por mais que eu puxe a última memória que eu tenho é no casamento, sentada na mesa com meu pai, a esposa dele e mais alguns casais, isso no começo. Logo depois eu me levantei pra falar com umas amigas e amigos ... Então, eu fui prá ala jovem, eu lembro de estar ali dançando, rindo e conversando, isso depois de ter jantado. Eu não lembro de ter pego a bolsa, me despedido das pessoas pra vir embora ... Um casal de amigos

meus me contou que subira a escada comigo lá no Maria do Mar, chegaram lá fora, perguntaram se eu estava de carro ou se eu queria carona, aí eu disse, não obrigada, eu to de carro, boa noite, boa noite. Aí eu bati no caminho, mas não me lembro (Flávia).

A memória refere-se às experiências da pessoa que as viveu. No exercício da memória, os acontecimentos vívidos podem surgir em todas as gradações de claridade ou de penumbra, até atingirem o ponto de completa ausência destes. Segundo Rodrigues e colaboradores, citados por Dias (1995), a memória constitui a função central da nossa consciência. Sem memória nunca nos poderíamos determinar. É a memória que fornece os dados à imaginação criadora que, por sua vez, está na base de toda a elaboração intelectual. Ainda conforme os autores, na impossibilidade de arquivarmos recordações ou de as podermos evocar, perderíamos a relação com o tempo e, por conseguinte, as nossas atividades psíquicas não lograriam uma intenção. Deste modo, afirmam eles, quando não se consegue invocar acontecimentos da vida, em decorrência das perturbações da memória, as pessoas tendem a apresentar várias outras perturbações, com reflexos em nível da consciência, incluindo níveis diversificados de confusão e desorientação auto e alopsíquica.

A capacidade de recordar os acontecimentos que antecederam a vivência do coma, nos pareceu de extrema importância para os participantes desse estudo. Enquanto Erasmo e Néri demonstravam se sentirem confortáveis ao relatarem os acontecimentos, Flávia parecia confusa e um pouco desorientada, ao admitir uma lacuna existente quando invocava os acontecimentos vívidos. Mesmo decorridos alguns anos, o quebra-cabeça ainda continua sem resolução, apesar da ajuda de algumas pessoas. Esse fato se acentua quando avançamos na experiência do coma.

3.2 A Singularidade dos Estados Modificados de Consciência

A vivência do coma mostrou-se enquanto processo inesperado, singular, permeada por diferentes estados modificados de consciência, cuja delimitação pode ser muito tênue, parecendo, muitas vezes, mais como um evento irreal. A singularidade da experiência inclui também o período do coma, o qual variou para os participantes, indo de horas a dias, sendo para Erasmo, doze dias; Renato, quatro dias; Flávia, dois dias e; Néri, onze horas.

A partir das descrições dos participantes desse estudo, evidenciamos quatro estados modificados de consciência: a) inconsciência; b) inconsciência percebida (audição); c) experiência próxima da morte; e d) distorção da consciência (distorção da percepção e da memória), os quais conferiram às experiências, diferentes significados em seus processos de ser e viver. Esses estados também foram encontrados por Lawrence (1997) em um estudo fenomenológico, com 111 clientes que vivenciaram o coma. Apresentamos, a seguir, os estados modificados de consciência experienciados.

3.2.1 Inconsciência

A inconsciência ou a ausência de memória de qualquer experiência emergiu na descrição de todos os participantes. No entanto, enquanto que para Flávia e Renato a inconsciência foi total durante o coma propriamente dito, para Erasmo e Néri, ela foi permeada por outros estados modificados de consciência.

Eu fiquei na UTI completamente desacordada. Meu pai e minha mãe ficaram ali 24 horas por dia e os médicos dizendo pra eles que, pra mim, só rezando, que não tinha o que fazer. Eu não lembro de nada (Flávia).

Assim que eu fui hospitalizado me colocaram uma tração no joelho..., deram uns pontos no rosto e em outros lugares que tinha corte, mas na parte de ter entrado em coma eu não lembro de nada. Também não lembro da minha transferência para o hospital de Brusque, é como se eu tivesse entrado no hospital de Tijucas e tivesse saído de lá (Renato).

Lawrence (1997) verificou que 27% dos clientes de seu estudo ficaram totalmente inconscientes durante o coma. Eles somente se lembraram do que estavam fazendo imediatamente antes de terem entrado em coma.

3.2.2 Inconsciência percebida

Este estado modificado de consciência se refere a uma condição na qual a pessoa está incapacitada de responder a estímulos

verbais e físicos, sendo considerada inconsciente e, no entanto, está experienciando uma consciência interna e/ou externa (LAWRENCE, 1997).

Nesse estudo, Erasmo e Néri descreveram em suas experiências esse estado modificado de consciência. A descrição de Néri evidencia a sua consciência auditiva referente à sua condição, bem como ao seu tratamento.

Enquanto eu estava em coma eu escutava tudo o que eles diziam, o que eles conversavam. Tá mal, pessoa que não tem mais volta, quando o médico disse: não reagiu. Porque ele não volta, porque dessa vez ele não vai voltar, vamos ver se o cérebro está funcionando, se tem sangue ainda no cérebro e aí chamaram uma nora minha na porta, e mandaram chamar os filhos que estavam em baixo para buscar a roupa. Depois ele saiu. Sei que estava ouvindo isso, não vendo. (Néri).

Na hora que chegou o médico que determinou o choque, que colocou o meu coração a funcionar novamente. Eu fui agradecer o médico por uma razão porque ele havia dito que eu estava morto, não tem jeito, eles trabalhando com aqueles aparelhos todos e lutando para que eu voltasse, mas eu sei que meu espírito estava ali. Pode ter certeza de que aquele que está em coma está ouvindo tudo aquilo que está acontecendo em volta (Néri).

Na descrição de Erasmo também encontramos uma consciência auditiva referente às suas condições, como também aos acontecimentos externos. Destaca-se aqui o fato de Erasmo estar consciente de seu estado emocional e físico.

Eu ouvia as pessoas dizerem que eu não passaria daquela noite, que estaria em óbito. Mas pensava, quando estava com aquela dor pedia que Deus levasse-a com ele, ou que me desse condições de viver sem ela. Eu não podia enxergar e nem falar, mas sabia que estava sendo cuidado e me alegrava por isso. Se eu morresse eu estaria consciente do que estava ocorrendo (Erasmo).

Estava atento a muitas coisas que aconteciam como: separação de uma enfermeira chefe com um médico, que eram casados. Um estudante cantando uma enfermeira, e a bronca que ele levou. Uma coisa muito linda que eu achava é que quando chegava um paciente muito mal, primeiro a equipe brigava, se discordavam, corriam, e quando tudo estava acalmado, eles se abraçavam e rezavam um Pai-nosso. Eu chorava, mesmo não vendo, só escutando, por saber que lembravam-se de Deus. Foi aí que eu comecei a valorizar o médico que acreditava e se apoiava em Deus, que ele tem mais poder de cura. A oração ainda é uma alavanca onde pode se afirmar (Erasmus).

Ambos relataram serem aqueles momentos difíceis de serem vivenciados. Sentiram-se sós, sem condição de compartilhar o que sentiam e o fato de estarem conscientes. Como refere Erasmo: “Tem pessoas que se ouviram o que eu ouvi teriam enlouquecido”. No entanto, o fato de saberem que estavam sendo cuidados, os deixavam mais tranqüilos.

Lawrence (1997) descreve, em seu estudo, esse estado modificado de consciência em 27% dos clientes. Além da consciência auditiva e emocional, a autora também se refere à consciência tátil e consciência do movimento. Alguns clientes relataram sentir as picadas da agulha e o choque do desfibrilador, quando a equipe supunha que eles estavam inconscientes e incapazes de sentir os procedimentos. Outros sentiam serem movimentados e descrevem o movimento como um estímulo que aumentava a consciência. Segundo Lawrence (1997), todos que experienciaram esse estado relataram o quão importante foi ser tratado como uma pessoa. Eles desejavam que a equipe se dirigisse a eles e não que falasse sobre eles. Queriam ser reconhecidos como tendo uma identidade ao invés de serem vistos meramente como objetos. A conexão emocional que eles experienciaram quando alguém se dirigia a eles foi apontada como contribuindo para o bem-estar emocional e encorajamento para a recuperação.

3.2.3 Experiências próximas da morte

A experiência próxima da morte vem sendo estudada por diferentes áreas do conhecimento, dentre elas, a antropologia, enfermagem, psicologia e medicina. Nesses estudos, tem sido

comum a vivência de um ou mais dos cinco estágios de experiência, tais como: euforia, saída do corpo, entrando na escuridão ou túnel, mundo de luz brilhante, entrando na luz e tomando a decisão de voltar ou permanecer (WEIL, 1979; GREYSON; HARRIS, 1989; SILVA, 1997; LAWRENCE, 1997).

Nesse estudo, constatamos que esta experiência foi acompanhada de saída do corpo físico, visão de luz indescritível, sentimento de alegria e paz durante a experiência, visão de cenas e objetos imateriais, vontade de ficar, de não voltar à realidade cotidiana, sensação de atração ao corpo, depressão e tristeza posterior, sentimento de que a experiência é real. Este tipo de experiência foi também encontrado no estudo de Weil (1979) e de Lawrence (1997). Os participantes que relataram essa experiência expressaram suas dificuldades em traduzir em palavras a totalidade e riqueza de detalhes e emoções presentes nas mesmas.

Só lembro de algum tempo depois. Ali a única coisa que eu senti foi que aquela dor foi passando, passando e comecei a ter uma paz e uma tranqüilidade fora do comum. Eu tava vendo tanta coisa linda que nunca vi na vida. Pra mim descrever mesmo as coisas que eu vi, só digo o seguinte, coisa que o ser humano ainda não viu, a beleza. O primeiro sinal que eu vi foi um terreno limpo e ali apareceu um homem pequeno vestido de branco, abriu uma cova e colocou uma semente ali e dentro de poucos minutos que eu estava ali aquilo começou a crescer, a crescer e a encher de vagem. Depois eu vi uma turma bem grande, como se fosse um exército que se aproximaram daquele pé e foram colhendo aquelas vagens e debulhando. Eu sei que todos foram alimentados com aqueles frutos. Mas a beleza que eu vi em roda eu não sei descrever, só se eu fosse um artista (Néri).

A minha experiência ... é uma coisa espiritual, não é material ... O meu corpo estava ali, eu sei que estava ali, porque eu acordei ali, agora meu espírito andava. Ele vagava, ele não estava comigo. Fiquei até com raiva quando me trouxeram de volta ... Eu até pedi mesmo pra minha família, que quando acontecesse de novo eles não procurassem recurso, porque eu não gostei que eles me trouxessem de volta, eu

queria continuar aonde eu tava, né! A beleza, a paz, a tranqüilidade que eu sentia naquele ponto ali era o essencial pra mim (Néri).

Cada vez me sentia pior. Já quase não ouvia mais o que estavam dizendo. Aí comecei a subir, estava mais alto que o teto, subindo. De repente eu tava morrendo. Eu via uma luz muito brilhante e linda que não consigo descrever, esta luz me atraía. Comecei a ver umas coisas tão lindas, muitas flores. Era um alívio, uma alegria estrondosa. A alegria era tão grande, talvez até mais que ganhar em uma loteria. Não tem palavras pra explicar tanta beleza. A afobação e a pressa de chegar lá eram enormes. De repente, quando parte de meu corpo já parecia estar lá, senti um puxão, socão e voltei. Fiquei um mês chorando, em seguida, por ter voltado e não ter ido. Chorei muito, muito, muito ... Sequei de paixão, queria ter ido. Por mais que aqui, minha família seja mais importante, lá ainda é mais ... Lá nem há tempo de pensar se ia deixar alguém infeliz, só pensava na alegria e de ver e sentir o que estava ocorrendo (Erasmus).

Conforme Greyson e Harris (1989), muitas pessoas, ao vivenciarem esta experiência, podem duvidar da própria sanidade, elas temem muitas vezes a rejeição ou a ridicularização. Como refere Erasmo: “Como eu era uma pessoa criada no sítio, achava que se constasse, as pessoas iriam achar que eu era maluco”.

Ainda segundo esses autores, muitas pessoas convivem com os problemas emocionais relativos à raiva, depressão e frustração por ter voltado, talvez contra a própria vontade. Elas se ajustam aos poucos, por seus próprios esforços à sua experiência e aos efeitos derivados, através da adoção de novos valores, de novas atitudes e de novos interesses. Pode ser difícil a conciliação entre as novas crenças e atitudes e as expectativas da família e dos amigos; por isso pode ser árdua a manutenção dos velhos papéis e do antigo estilo de vida, que já não têm o mesmo sentido.

3.2.4 Distorção da consciência

A distorção da consciência, do tipo perceptual (alucinação e ilusão) e de memória, foi detectada, nesse estudo, após a saída do coma profundo. Nas descrições de Renato podemos evidenciar

distorções da consciência, do tipo alucinação e ilusão. Segundo Lawrence (1997), a distorção perceptual denominada de alucinação é definida como uma percepção sensorial não associada com estímulo externo real. Já a distorção perceptual do tipo ilusão, se refere à falsa percepção sensorial do real estímulo sensorial externo.

Só lembro algum tempo depois, acredito eu, que já estava saindo do coma mesmo, eu delirava muito. E até fazia comparações de como se estivesse num hotel com meu pai e minha mãe, que nós estávamos juntos num quarto, quando eu estava na UTI, no caso. E daí eu tinha impressão também de estar trabalhando na mesa do escritório, onde eu trabalhava e tava pegando fogo no escritório e eu não conseguia levantar da cadeira, um negócio como se estivesse preso (Renato).

Eu lembro de quando eu estava na UTI quando meu pai ia me visitar, e tinha a impressão de que estava no fundo do corredor e eu chamava ele, mas não era corredor nenhum, porque eram vários boxes, ele estava ali do meu lado. Ele estava perto e eu achava que ele estava longe e chamava ele. O resto eu não me lembro é como se fosse um sonho, não tem. É como se tu fosse dormir, acordasse e não lembra do sonho que teve (Renato).

A distorção da memória, que emerge nas descrições de Flávia e Renato, é descrita por Lawrence (1997) como sendo a perda da memória no período em que os clientes se comunicaram com membros da família e profissionais da saúde.

A minha memória apagou do lugar onde eu tava na noite do acidente e capto ela de volta já na casa de minha mãe, depois da UTI, do coma, de semanas de internação lúcida, mas não lembro de nada (21 dias após o acidente) (Flávia).

Eu encontrei amigas minhas na rua e falei assim: pô se eu tivesse morrido ..., tu só ia na missa de sétimo dia, porque não fosse nem me fazer uma visita? Ela respondeu: como não, fui no primeiro dia que você tava na casa da sua mãe. E a minha mãe confirmou que aquelas pessoas tinham estado lá, mas eu não lembro (Flávia).

Como teve um dia que o pai e a minha mãe chegaram lá falaram comigo, e eles dizem que eu apertei a mão deles, mas eu não lembro disso. Na minha cabeça no meu subconsciente, eu identificava na hora, mas eu não lembro (Renato).

Lawrence (1997) encontrou, em seu estudo, um perceptual de 14% de distorções da consciência. Quanto à distorção do tipo ilusão, clientes, comumente, assumiam que tinham sido capturados ou mantidos contra o seu desejo como parte de um experimento. Acreditando serem verdadeiras essas percepções, eles tentavam escapar saindo da cama e retirando o soro e outros equipamentos nos quais estavam conectados. Ainda no estudo da autora, clientes que tiveram traumatismo crânio-encefálico freqüentemente experienciaram amnésia retrógrada e relataram não se lembrar de suas atividades a partir de trinta a doze horas antes do acidente. Outros clientes pareceram estar conscientes e comunicativos com a equipe de saúde, mas não possuíam nenhuma lembrança dos eventos. No entanto, membros da equipe assumiram que o cliente sabia o que estava acontecendo, e se lembravam da concordância deste com certos testes e procedimentos. Muitos desses clientes relataram se sentirem mais tranquilos quando eram constantemente informados sobre onde estavam, e o que estava acontecendo com eles.

3.3 A Transformação do Processo de Ser e do Viver

A experiência do coma emergiu para todos os participantes desse estudo, como um divisor de águas em suas vidas. Esse divisor aponta para uma nova jornada existencial, na qual se reconhecem como diferentes do que costumavam ser antes dessa experiência. Esse processo de transformação se identifica com o que Silva (1997) denomina de “processo de morte-renascimento”, o qual implica em mudanças de antigos hábitos, condicionamentos, reflexos e percepções, dando surgimento a novos padrões de vontade-pensamento-sentimento-emoção e ação no mundo. Segundo a autora, esse processo pode ser desencadeado pelas mais variadas situações: por situações de crise, face à necessidade de novos significados e propósitos na vida; pelas experiências de proximidade da morte; pela remissão de doenças tidas como incuráveis; bem como nos momentos inesperados, através da reflexão, de uma leitura, de um diálogo, de uma frase e, até mesmo, de uma palavra. Os depoimentos a seguir evidenciam seus processos de transformação.

Isto transformou a minha vida, principalmente a minha vida espiritual. Eu era um alcoólatra, eu era um fumante, eu maltratava a família por causa disso, eu vivia na bagunça e na rua, na jogatina. Depois disso eu transformei minha vida, eu deixei tudo. Hoje eu vivo unicamente pra meu lar, pra minha família e pra aquele que precisa de mim. Essa é a transformação que houve na minha vida ..., observada por todos da família, por minha vizinhança ... Eu era uma pessoa, a pior pessoa que entrou aqui neste lugar, tá. Eu era a ovelha negra que tinha entrado aqui. Chegou ao ponto de um cunhado meu ... dizer pra mulher que abandonasse eu, que me mandasse embora, que ele sustentava ela ... Agora pergunta hoje, sai por aí e pergunta quem sou eu. Vai tomar informação. Basta aqui na frente, oh! Ali, vinte anos de mal. Vai lá e pergunta pra ele quem sou eu. Pra ver como é as coisas, a mudança que houve. Eu enxergo outras coisas nas pessoas. Primeiro, eu enxergava eles como um inimigo, e hoje eu enxergo como um irmão, entende? Uma obra de Deus. Eu descobri que eu não me amava, não tinha amor por mim, eu tava me destruindo (Néri).

Todas as coisas na minha vida mudaram. Eu já amava com loucura os meus filhos, e agora amo mais ainda. Eu sinto que eles também me amam mais ainda (Erasmus).

O que mais modificou foram os valores. Automaticamente ao mudar os valores a gente muda tudo. Sou muito mais feliz. As coisas que me interessava, hoje já não são todas as mesmas, e as que já não me interessava tanto, hoje eu valorizo. Acho que por aquela coisa de estar quase ali, né, todo mundo fala isso (Flávia).

Através destes acontecimentos tiramos conclusões que nos tornam pessoas melhores, mais humanas e espiritualizadas. Acredito muito em Deus e agradeço todos os dias pelo dom da vida, do amor e da amizade. Vi que não adianta tantos luxos, visto que a vida é curta demais e devemos viver cada dia como se fosse o último. (Renato).

A experiência da doença, e da proximidade da morte, ao tomar parte em nossa vida, pode nos dar oportunidade de direcionar a vida que levaremos. Quando valorizamos o sentimento de perda, passa-

mos a valorizar a vida em si, e iniciamos a viver novamente. Paradoxalmente, a morte passa a ser parte da vida, uma companhia constante, que pode chegar a qualquer momento. Experimentar o coma pode nos levar a sentir a morte não mais como algo amedrontador. Neste sentido, a perda do medo da morte esteve ligada à experiência de proximidade dela e à lembrança de quão agradável foi esta experiência, bem como à ausência de percepção no momento do acidente. Esse fato nos pareceu mais marcante para a primeira situação.

Antes eu nem pensava na morte, agora vejo que ela está sempre por perto; é algo que chega sem percebermos. Qualquer um de nós pode vir a morrer sem saber o porque. Isso aconteceu, é assim como um piscar de olhos (Flávia).

Olha eu tive muito perto dela. Pra mim a morte não existe ... Olha eu acredito que se eu tivesse morrido nem iria saber, seria uma morte tranqüila, porque eu na hora não senti dor nenhuma, só senti uma paz muito grande. Acredito que a pessoa que morre de acidente talvez sofra menos do que a pessoa que morre por qualquer outra doença. A pessoa não sente nada, na hora do acidente, da colisão. O corpo da gente não sente nada, fica dormente, é uma morte tranqüila. Se eu tivesse morrido não saberia nem que tinha morrido e nem sentido nada também (Renato).

A recuperação do estado de coma pode também significar a convivência com seqüelas e a aceitação de limites, mesmo não estando confortável com eles. Nesse estudo, todos referiram não ter nenhum trauma em relação à experiência com o coma. Mesmo para Flávia e Renato, o acidente parece uma situação já elaborada. Referem ter passado inúmeras vezes pelo local e não sentir impacto sobre suas emoções. No entanto, dois deles ficaram com seqüelas, como referem abaixo.

Tem muita gente que fica com seqüelas físicas, mas no meu caso graças a Deus isso não aconteceu, nada que me prejudique. Só a minha cabeça, acho que claro por causa do traumatismo, a minha memória já não é mais a mesma, como era antes. Esqueço muito fácil das coisas, mas também se eu esqueço eu vou lá e busco e capturo (Flávia).

Olha, a única seqüela que eu fiquei foi com o movimento limitado no meu braço, por causa da calcificação. No começo eu achava que era o fim do mundo, que eu não iria mais poder dirigir ou coisa parecida, mas a partir desse momento a gente vai vivendo e vai aprendendo que existem tantas outras dificuldades, tem pessoas que não têm braço ou não têm perna, que não caminham. Então eu fui me acostumando e hoje em dia é como se não tivesse acontecido nada (Renato).

Estar criticamente doente nos leva a experiências ainda não vividas. Todos sentem que nessa experiência há um objetivo maior, o de transformação pessoal e familiar. Nesse sentido, experienciar o processo do coma é apenas outra forma de viver, da qual emerge novos significados da existência. Para Erasmo e Néri, a vida agora tem um novo e importante significado, que é traduzido como o de cumprir uma missão, que é a de contar suas experiências, para que outras pessoas possam modificar suas vidas. Sabem-se ainda gravemente doentes, pelo comprometimento cardíaco, e a morte mais próxima, mas referem não se abalar com esse fato. Para Renato e Flávia, a vida é uma oportunidade importante de aprendizagem e crescimento.

Devo tudo isto, acho que pelo fato de ter estado quase morto, e se isso tivesse acontecido eu não estaria aqui hoje e teria perdido a oportunidade de vivenciar e aprender novas experiências que tenho vivido e aprendido. Também não estaria tão feliz quanto estou hoje, e sei que também estou proporcionando muita felicidade e amor pra outras pessoas (Renato).

Às vezes eu sinto que ter voltado a viver, falar, andar, rir, chorar, é como uma segunda chance de vida que eu tenha ganho. Como se eu tivesse voltado pra cumprir ou mostrar alguma coisa (Flávia).

Com certeza tem algum objetivo ... que seja melhorar, e comigo teve sucesso pelo menos. Às vezes não é só pra pessoa que ficou em coma, mas pra família, pro seu meio, as pessoas com quem você convive, todo mundo, dá uma sacudida, assim (Flávia).

A experiência com o coma evidencia ser este um processo complexo, que necessita maiores investigações. Nesse estudo, constatamos diferenças e semelhanças no processo vivido. Contudo, a natureza pessoal da experiência é fundamental e necessita ser reconhecida. Apesar do tempo decorrido, o qual variou de um a seis anos, essa experiência permanece viva em suas memórias, através dos diferentes momentos e fragmentos de uma história que não pode ser contada na íntegra.

4 IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

A experiência do coma é um processo complexo que pode deixar profundas marcas em quem o vivenciou. Muitas destas marcas não estão somente ligadas ao coma em si, mas às experiências de ser “des/cuidado” durante esse processo, levando muitos doentes não só a necessitarem de se recuperar da doença, mas do fato de terem se tornado “pacientes”. Isto porque, apesar dos avanços teóricos acerca do cuidado, a prática ainda se dá, quase que exclusivamente, com base em ações profissionais despersonalizadas, na qual o ser se torna a doença, o objeto passivo da investigação e do tratamento.

O cuidado ao ser humano requer um deslocamento epistemológico dessa perspectiva reducionista, que ainda preside a formação e a ação profissional. Esse deslocamento perpassa por priorizar o ser humano em detrimento da doença, procurando não objetivá-lo, ou reduzi-lo ao seu corpo ou aos sinais e sintomas que ele expressa. Tal priorização requer, por sua vez, a compreensão das diferenças e particularidades de cada ser. Isto implica na premissa de que cada ser vivencia determinada situação de forma única, a qual é norteadada pela sua história de vida, suas experiências anteriores, sua capacidade cognitivo-expressiva, de enfrentamento, de resolução dos desafios, dentre outros aspectos.

Quando estamos interessados/as em compreender as diferenças e particularidades do ser aos nossos cuidados, precisamos ouvir suas experiências vividas, buscar os significados dados à situação vivenciada, os quais são sempre individuais e singulares. No entanto, muitos/as de nós não estamos interessados/as em reconhecer diferenças e particularidades, porque para isso é preciso envolvimento e intimidade. E isto requer tempo.

A compreensão dos significados dados às situações vividas nos leva às necessidades do ser aos nossos cuidados. Nesse sentido,

a arte de cuidar inclui a busca de abordagens terapêuticas que permitam às pessoas doentes expressarem suas necessidades. Já para as pessoas criticamente doentes, como é o caso das em coma, que não são capazes de expressar e/ou atender as suas próprias necessidades, é preciso sensibilidade e discernimento para intuí-las.

Considerando os diferentes e variados estados modificados de consciência, cuja delimitação pode ser muito tênue, bem como a dificuldade de precisar a transição entre eles, faz-se necessária muita atenção, por parte de quem cuida, sobre o que se diz ou se faz perto do/a doente em coma. Pessoas que parecem inconscientes podem estar percebendo o que se passa e, assim, se sentirem muito amedrontadas e angustiadas, principalmente com determinadas colocações acerca do agravamento do seu estado, e por não poderem expressar esses sentimentos. O modo de lidar com pessoas em coma deve ser flexível e criativo, baseado na avaliação da condição individual e lançando mão de todos os recursos disponíveis. Faz-se necessário fornecer às pessoas em coma um contexto positivo para as suas experiências, assim como buscar informá-las sobre o processo pelo qual estão passando.

Segundo Lawrence (1997), a consciência, ao invés da audição, é o último sentido a desaparecer. Tal premissa nos leva a apontar a comunicação verbal e não verbal, a exemplo do toque, como instrumentos importantes no cuidado à pessoa em coma, mesmo quando considerada inconsciente. O isolamento acentua a perda do ritmo natural da vida e esta leva a posteriores perdas de planos e expectativas de sentido da vida. No entanto, é muito comum observarmos pessoas em coma em quase completo isolamento, sem qualquer tipo de estímulos. O estudo de Ferreira (2000) que objetivou analisar a comunicação que se expressa entre a equipe de saúde e o/a cliente em situação de coma, na unidade de terapia intensiva, evidenciou ser esta inefetiva. Segundo a autora, a interação da equipe de saúde com o/a cliente está, ainda, vinculada à execução de procedimentos técnicos e clínicos, e raramente direcionada à transmissão de informação, segurança e afeto. Para aqueles/as clientes sob o efeito de sedativos, ou com prognóstico negativo, a comunicação pode ser mesmo nula. No entanto, a equipe desse estudo percebeu que o/a cliente apresentava reações físicas ao contato com a família ou isoladamente. A equipe, por sua vez, afirmou que a escola ensinou a lidar com a dimensão racional do ser humano e com o lado técnico da relação, e que a comunicação com

o/a cliente requer outras capacidades que passam, inclusive, pelo desenvolvimento da sensibilidade.

O cuidado ao doente em coma também requer atenção para as distorções da consciência, as quais incluem as evidenciadas nesse estudo, do tipo perceptual (alucinação e ilusão) e de memória. Estas distorções podem ser mais comuns do que imaginamos, e podem estar presentes no processo de transição do coma para o estado consciente. Nesse sentido, a avaliação das perturbações da memória, indicando os níveis diversificados de confusão e desorientação auto e alopsíquica, são indicadores importantes na avaliação dos estados de consciência, qualitativa ou quantitativamente alterados (DIAS, 1995). A compreensão, a vigilância constante, o fornecimento de informações precisas e de forma pausada, e a demonstração de afeto podem auxiliar sobremaneira essas pessoas, nesse estágio. Também necessitamos lembrar que muitas atitudes estranhas dessas pessoas, tais como retirar o soro ou outros equipamentos e tentar sair da cama, podem ser decorrentes de distorções da consciência. Tal fato nem sempre parece ser compreendido pelos/as profissionais, que reagem de uma forma não terapêutica.

À medida que vão saindo do coma, muitos/as deles/as sentem necessidade de falar sobre suas experiências e de que estas sejam conhecidas. A recuperação é mais fácil quando ela é um processo compartilhado e compreendido. O cuidado é, assim, inseparável do entendimento e todo entendimento deve ser simétrico. Ouvindo o outro, nós ouvimos a nós mesmos. Cuidando do outro nós também cuidamos de nós mesmos, ou nós terminamos em frustração e esgotamento.

No entanto, a abertura para o outro, por si só, não é suficiente, é preciso honestidade e confiança. É difícil para muitas pessoas que vivenciaram outros estados modificados de consciência, falar sobre suas experiências, pois para muitas delas estas são estranhas e temem o fato de serem mal interpretadas pelo/a profissional. Esta dificuldade pode ser ainda maior no tocante às experiências próximas da morte. Segundo Greyson e Harris (1989), as pessoas que vivenciaram tais experiências costumam fazer sutis insinuações para testarem a disposição do/a profissional para ouvi-las antes de correrem o risco de partilharem-nas. Na opinião desses autores, devemos deixá-los/as descreverem a sua experiência em seu próprio ritmo, mantendo-nos atentos/as a essas sutis indicações de que elas desejam contar mais a você. Não imponha suas crenças ou a sua própria interpretação sobre as experiências, deixando que a conver-

sa seja conduzida pelo próprio relato e pelo próprio entendimento da pessoa que a teve. Perceba com atenção as indicações de como ela entende a experiência e ajude-a a esclarecer essa interpretação com as próprias palavras dela (GREYSON; HARRIS, 1989).

O acompanhamento ambulatorial de pessoas que se recuperaram do coma através do cuidado efetivo é fundamental para a recuperação do processo vivido e redirecionamento de sua vida. Trabalhar com as emoções, frustrações, as perdas e tentar encontrar coerência sobre o que significou ser doente, são algumas das metas desse cuidado. Precisamos reconhecer a natureza curativa de qualquer processo de doença, ou seja, reconhecer a doença enquanto oportunidade de mudança e redirecionamento do processo de ser e viver. Nesse sentido, muitas pessoas necessitaram de apoio e ajuda para revisitarem suas atitudes, crenças e valores e, ao mesmo tempo, buscarem novas prioridades e estilos de vida. Cabe, então, ao/a profissional ajudá-las a criar um espaço para a possibilidade de um viver atento e pleno de esperança.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Procuramos, nesse estudo, investigar os significados das experiências vividas no estado de coma e seu impacto no processo de ser e viver. Os significados encontrados foram: o inesperado como realidade, a singularidade dos estados modificados de consciência, e o processo de transformação do ser e do viver.

Nesse estudo, três aspectos importantes emergiram. Primeiro, a vivência do coma se mostrou enquanto processo inesperado, singular, permeado por diferentes estados modificados de consciência, cuja delimitação pode ser muito tênue. Segundo, o estado de inconsciência pode ser um estado de vida interior. Terceiro, as diferentes experiências decorrentes do coma tiveram um profundo efeito no processo de ser e de viver dos participantes.

Com base nas informações do estudo, apontamos algumas implicações para o cuidado de enfermagem a clientes que vivenciam o coma, com vistas a melhorar a qualidade deste.

Considerando a escassez de literatura sobre o tema e a limitação da amostra desse estudo, recomendamos que novos estudos possam ser desenvolvidos, com vistas a aprofundar os conhecimentos existentes. Estes estudos são vitais para a busca de um cuidado de maior qualidade a clientes que vivenciam o coma.

ABSTRACT

This is a hermeneutic phenomenological study based on the Van Manen's framework, that aimed to distinguish the meanings of the experiences lived in the state of coma and its impact on the being and living process. It was developed with four participants, three males and one female. Based on the analysis of the information three themes were identified: the unexpected as reality; the singularity of the modified states of consciousness, and the transformation of the being and living process. The coma emerged as an unexpected and unique process, permeated by different and modified states of consciousness; and possibly the unconsciousness as a state of inner life; and having a great impact on the life process of the participants. Finally we addressed some implications for the nursing care.

KEY WORDS: *coma; conscience; survival; nursing care.*

RESUMEN

Trata-se de una investigación fenomenológica hermenéutica con base en el referencial de Van Manen, que tuvo como objetivo distinguir los significados de las experiencias vividas en el estado de coma y su impacto en el proceso de ser y vivir. La muestra fue compuesta de cuatro participantes, tres del sexo masculino y uno del femenino. Con base en la análisis de las informaciones, tres temas fueron identificados: el inesperado como realidad; la singularidad de los estados modificados de la conciencia y; la transformación del proceso de ser y vivir. El coma emergió como proceso inesperado, singular, compuesto por diferentes estados modificados de conciencia, pudiendo ser la inconsciencia un estado de vida interior e, teniendo un grande impacto en el proceso de vida de los participantes. Finalmente, nosotras apuntamos algunas implicaciones para el cuidado de enfermería.

DESCRIPTORES: *coma; conciencia; supervivencia; atención de enfermería.*

REFERÊNCIAS

- ATHAYDE, Edison. **Elementos de psicologia**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1987.
- BECERRA, M. Comas. **Boletim Sindical**, Lisboa, v. 8, n. 6, p. 56-59, nov./dez., 1987.
- COSTA, J. A.; MELO, S. A. **Dicionário da língua portuguesa**. Porto: Porto, 1979.
- DIAS, M. F. P. B. **Experiências subjectivas do doente em coma**. 1995. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra, 1995.
- FERREIRA, Maria Irene Pires dos Reis. **A comunicação entre a equipe de saúde e o paciente em coma: dois mundos diferentes em interação**. 2000. 106 f. + tabs. anexos. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000. Disponível em: <http://www.stela.ufsc.br/defesa/pdf/400.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2002.
- GREYSON, B.; HARRIS, B. O aconselhamento na experiência de proximidade da morte. *In*: GROF, S.; GROF, C. **Emergência espiritual**. São Paulo: Cultrix, 1989. p. 213-224.
- KRIPPNER, S. Estados alterados de consciência. *In*: WHITE, J. **O mais elevado estado de consciência**. São Paulo: Cultrix, 1972. p. 21-24.
- LAWRENCE, M. **In a world of their own: experiencing unconsciousness**. Westport, Connecticut: Praeger, 1997.
- PLUM, Fred; POSNER, Jerome B. **Diagnóstico de estupor e coma**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
- SILVA, Alcione Leite da. **Cuidado transdimensional: um paradigma emergente**. 1997. 177 f. Tese (Doutorado) - Centro de Ciências sa Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.
- SIMÕES, Mário. Consciência e estados modificados de consciência em psicoterapias. **Psicologia**, n. 2/3, p. 13-50, 1996.
- VAN MANEN, M. **Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy**. New York: The State University of New York, 1990.
- WEIL, P. **As fronteiras da evolução e da morte**. São Paulo: Vozes, 1979.

As autoras agradecem ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, pelo apoio financeiro à pesquisa.

Entrada na revista: 19/11/01

Início do período de reformulações: 04/02/02

Aprovação final: 22/03/02

Endereço da autora: Alcione Leite da Silva
Author's address: Av. Ivo Silveira, 2508/105
88.085-950 - Capoeiras – Florianópolis-SC
E-mail: alcione@nfr.ufsc.br