



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ape@unifesp.br

Escola Paulista de Enfermagem

Brasil

Teixeira de Jesus, Luis Miguel; Fernandes Lindo Simões, João Filipe; Voegeli, David

Comunicação verbal com pacientes inconscientes

Acta Paulista de Enfermagem, vol. 26, núm. 5, 2013, pp. 506-513

Escola Paulista de Enfermagem

São Paulo, Brasil

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307029420016>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Comunicação verbal com pacientes inconscientes

Verbal communication with unconscious patients

Luis Miguel Teixeira de Jesus¹

João Filipe Fernandes Lindo Simões²

David Voegeli²

Descritores

Comunicação; Estado terminal; Cuidados críticos; Cuidados de enfermagem; Inconsciência/nursing

Keywords

Communication; Critical illness; Critical care; Nursing care; Unconsciousness/nursing

Submetido

19 de Outubro de 2013

Aceito

6 de Novembro de 2013

Resumo

Objetivo: A comunicação com pacientes críticos nas unidades de cuidados intensivos gera desafios para a equipe de enfermagem e demanda habilidades específicas.

Métodos: Trata-se de um estudo desenvolvido em duas etapas, por meio de métodos qualitativos, para caracterização e padronização da comunicação verbal utilizada com pacientes inconscientes. A primeira etapa consistiu de revisão sistemática e de análise de conteúdo da literatura disponível sobre comunicação e estimulação verbal em pacientes inconscientes.

Resultados: Os resultados da análise de conteúdo foram utilizados na segunda etapa do estudo e forneceram a base para a construção de uma mensagem padronizada de estímulo. Quatro áreas problemáticas foram identificadas: dificuldades básicas na comunicação com pacientes que não são capazes de responder, pressões do ambiente de trabalho, conhecimento limitado sobre as necessidades de pacientes inconscientes, e conhecimento detalhado limitado do porquê e de como se comunicar com pacientes inconscientes.

Conclusão: A mensagem estímulo desenvolvida pode facilitar a comunicação com pacientes inconscientes.

Abstract

Objective: Communication with critically ill patients in intensive care settings generates specific challenges for nursing staff, and demands well-developed skills.

Methods: A study was conducted in two phases using qualitative methods to characterise and standardise verbal communication used with patients. The first phase consisted of a systematic search and content analysis of the literature concerning communication and verbal stimulation of unconscious patients.

Results: The results of the content analysis were then used in phase two and informed the development of a standardised stimulus message. There appear to be four main problem areas: basic difficulty in communicating with a patient who cannot respond; pressures of the working environment; limited knowledge about unconscious patients' needs; limited detailed knowledge of why or how to communicate with unconscious patients.

Conclusion: The stimulus developed, has been shown to facilitate the communication with the unconscious patients.

Autor correspondente

Luis Miguel Teixeira Jesus
Campus Universitário de Santiago,
Aveiro, Portugal. CEP: 3810-193
lmtj@ua.pt

¹Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.

²Faculty of Health Sciences, University of Southampton, Southampton, United Kingdom.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

A comunicação efetiva é uma das bases da prática profissional de enfermagem e é parte integrante da arte de prover cuidado holístico aos pacientes. De fato, os enfermeiros constituem o grupo profissional que possui o maior contato com pacientes, e assegurar que suas necessidades de comunicação são plenamente atendidas tem sido considerada como uma das mais importantes habilidades em enfermagem.⁽¹⁻³⁾ Mesmo com o desenvolvimento tecnológico em saúde, a maioria do cuidado permanece apoiado firmemente em uma abordagem centrada na comunicação.

Os profissionais de saúde utilizam estratégias de comunicação para dar instruções, proporcionar conforto e consolo, expressar compreensão, interpretar, receber informações e realizar diferentes funções e procedimentos. Portanto, quanto mais eficaz e eficiente for a maneira com que o enfermeiro se comunica, melhor o desempenho deste profissional no cumprimento de seu papel de cuidador em saúde. Não surpreende, portanto, a existência de uma longa tradição de pesquisa de enfermagem na área da comunicação e da relação enfermeiro-paciente.⁽⁴⁾ Apesar dessa amplitude de evidências acerca do tema e da relevância da comunicação para a prática de enfermagem, sabe-se que a comunicação é também um de seus aspectos mais difíceis, e um dos que mais frequentemente é negligenciado ou mau desempenhado.⁽¹⁾ Sem enfermeiros capazes de se comunicar não é possível avaliar, planejar, implementar e avaliar os cuidados de forma eficaz.

A comunicação com pacientes críticos em unidades de terapia intensiva (UTI) gera desafios específicos para a equipe de enfermagem e exige habilidades bem desenvolvidas. São inúmeras as barreiras à comunicação com pacientes críticos, tais como:⁽⁵⁾ alterações da consciência, sedação e presença de via aérea artificial. As primeiras pesquisas⁽⁶⁾ sobre comunicação enfermeiro-paciente em UTIs identificaram que esse aspecto do cuidado teve um pior desempenho quando comparado com outros, de natureza mais técnica, e sua performance esteve diretamente relacionada com a capacidade de resposta do paciente. Uma explicação possível para este

fenômeno é que sendo a garantia de sobrevida a questão primária dos cuidados intensivos, a comunicação com o paciente é considerada de baixa prioridade enquanto o enfermeiro atende às demandas de equipamentos altamente técnicos e necessários para sustentar a vida e a recuperação do paciente.^(1,7) Achados semelhantes foram encontrados uma década mais tarde no trabalho de Turnock⁽⁸⁾ que identificou uma negligência por parte dos enfermeiros na provisão de comunicação verbal e não-verbal adequada, e nos estudos de Baker e Melby⁽²⁾ que concluíram que a comunicação verbal com os pacientes inconscientes se encontrava em níveis tão mínimos que qualquer benefício potencial para os pacientes teria sido insignificante. Por sua vez, Elliott e Wright⁽⁹⁾ argumentaram que enfermeiros de cuidados intensivos não estavam a refletir e compreender a importância da comunicação em sua prática. Estudos mais recentes⁽¹⁰⁾ identificaram que, embora os enfermeiros de cuidados intensivos consideravam a comunicação como um aspecto importante de sua prática, esta é considerada como “uma pedra no caminho”, particularmente num sistema focados em tarefas. O grau em que enfermeiros iniciam e estabelecem comunicação com seus pacientes ainda parece ser influenciada pela extensão de resposta global do indivíduo, e em pacientes irresponsivos, a comunicação é muitas vezes limitada a uma breve explicação prévia diante da realização de um procedimento de enfermagem.⁽¹¹⁾

Isto sugere uma perda potencial de oportunidades para a estimulação verbal de pacientes inconscientes pelos profissionais de saúde que mais passam tempo com eles.

As oportunidades de interação de familiares com pacientes comatosos são muitas vezes limitadas, e membros da família usualmente buscam orientações sobre comunicação com a equipe de enfermagem. Além disso, historicamente, as visitas de familiares à UTI foram consideradas como disparadoras de alterações relevantes em variáveis fisiológicas do paciente, como frequência cardíaca, pressão intracraniana e pressão arterial.⁽¹²⁾ Esta percepção pode levar a conflitos entre a família e a equipe da UTI, e a falta de comunicação ou a sensação de estar atrapalhando tem se mostrado como um dos principais

pais fatores de queixas e insatisfação com cuidado ofertado nestes cenários.⁽¹³⁾ No entanto, não existe nenhuma evidência para apoiar a alegação de que a comunicação entre familiares e pacientes inconscientes cause qualquer dano. Um estudo frequentemente citado de Walker, Eakes e Siebelink⁽¹⁴⁾ não identificou efeitos negativos associados à exposição de pacientes inconscientes à vozes gravadas de familiares, ou seja, não foram encontradas alterações significativas na pressão intracraniana (PIC), pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial média, saturação de oxigênio, ou no nível de inquietação dos participantes do estudo. Nenhuma intervenção experimental teve que ser interrompida por causa de uma reação adversa.

Outros estudos confirmaram a ausência de relatos sobre efeitos adversos na condição clínica de pacientes expostos a vozes familiares, inclusive identificando, em contrapartida, achados de resultados positivos desta intervenção em relação ao nível de consciência. Jones e colaboradores⁽¹⁵⁾ investigaram a resposta de medidas fisiológicas (frequência cardíaca, frequência respiratória, movimento do corpo e movimento facial), utilizando quatro diferentes estímulos auditivos (música de estilo rock, música clássica, sons da natureza e vozes de familiares/amigos). Os resultados sugerem que as vozes de familiares e amigos, consistentemente, resultaram em maiores aumentos de excitação do que os outros tipos de estímulos gravados. Mais recentemente, Puggina e colaboradores⁽¹⁶⁾ relataram observações semelhantes num estudo comparando o uso de duas formas de estimulação auditiva (gravação de uma mensagem por um familiar ou música). Neste caso, a mensagem gravada por um membro da família foi identificada como um estímulo mais eficaz, medido pelo grau de alteração nos parâmetros fisiológicos. Estes estudos sugerem que pacientes inconscientes mantêm um certo grau de percepção, e incentivar a família do paciente a se comunicar com eles pode fornecer um meio eficaz de estimulação precoce por meio de uma gama de modalidades.⁽¹⁷⁾

Geluing⁽¹⁸⁾ propõe que as unidades de terapia intensiva devem ser vistas como “unidades de reabilitação precoce”, particularmente no caso de pacientes inconscientes após trauma neurológico, sendo a

estimulação sensorial um importante fator no processo de reabilitação precoce. A justificativa para a implementação de intervenções de estimulação sensorial é melhorar “o nível geral de responsividade e consciência do paciente, estimulando diretamente o sistema de ativação reticular”.⁽¹⁹⁾ A evolução da neurociência e em particular em relação ao conceito de plasticidade cerebral fornecem um suporte adicional para a implementação de estimulação sensorial em pacientes inconscientes de forma a promover a “religação” de redes neurais.⁽²⁰⁾

Infelizmente, muitos dos estudos na área de estimulação sensorial de pacientes inconscientes apresentam limitações, como estímulos não-padrонizados, o que dificulta o estabelecimento de recomendações consistentes para a prática clínica. No entanto, não há nenhuma evidência de que a estimulação auditiva cause qualquer dano aos pacientes, e os recentes desenvolvimentos no campo da neuroimagem funcional tem se mostrado como uma prova crítica de que pacientes em coma são capazes de ouvir e, aparentemente, manter alguma capacidade cognitiva, sugerindo a necessidade de redefinição de uma série de conceitos.⁽²¹⁾ Assim, faz-se necessária a investigação contínua nesta área para que estímulos verbais mais eficazes sejam identificados, levando ao desenvolvimento de uma mensagem padronizada que possa ser utilizada por enfermeiros e familiares e resulte em um melhor uso da comunicação.

O objetivo geral deste estudo foi de caracterizar e padronizar a comunicação verbal com pacientes inconscientes utilizada por enfermeiros de cuidados intensivos e seus familiares.

Métodos

Este estudo foi realizado em duas etapas e se utilizou de métodos oriundos da pesquisa qualitativa. A primeira etapa consistiu de uma revisão sistemática da literatura, seguida de análise de conteúdo, sobre comunicação e estímulo verbal de pacientes inconscientes. Os resultados da análise de conteúdo foram então usados na segunda etapa da pesquisa, que consistiu no desenvolvimento de uma mensa-

gem padronizada de estímulo com contribuições de um grupo de especialistas clínicos das áreas de enfermagem, fonoaudiologia e psicologia.

A análise de conteúdo é um meio sistemático e objetivo de descrever e quantificar fenômenos, e está bem estabelecida na pesquisa de enfermagem, na qual este método fornece um meio para analisar e compreender os processos de comunicação.⁽²²⁾ A revisão sistemática da literatura foi utilizada neste estudo para fornecer as informações que seriam usadas posteriormente na análise de conteúdo, sendo utilizadas as seguintes bases de dados eletrônicas: Medline, CINAHL, e Biblioteca Cochrane. Citações foram pesquisadas no item de referências dos materiais levantados para identificação de citações-chave. Os textos recém publicados foram pesquisados manualmente e fontes relevantes não indexadas foram acompanhadas de forma a capturar a literatura não publicada em revistas acadêmicas. Publicações sobre comunicação verbal com pacientes inconscientes foram incluídas nesta revisão da literatura. Apenas aquelas referentes a profissionais de saúde e familiares de pacientes inconscientes foram selecionadas. Este processo de seleção resultou na identificação de catorze publicações.

Procedeu-se a análise de conteúdo dos catorze artigos selecionados sobre comunicação verbal com pacientes inconscientes. Um único pesquisador leu cada artigo várias vezes de forma a possibilitar a imersão na literatura selecionada. Cada trabalho foi sistematicamente analisado de forma a destacar as áreas temáticas gerais e suas freqüências relativas. Os temas globais foram posteriormente examinados para permitir a emergência das categorias e sub-categorias.⁽²³⁾ Os resultados da análise de conteúdo foram usadas para construir uma mensagem de estímulo padronizado que possa ser usada em estudo subsequentes. Esta mensagem inicial foi apresentada a um grupo de especialistas (enfermeiros, fonoaudiólogos e psicólogos) recrutados entre os funcionários da Universidade de Aveiro, o que permitiu maior refinamento.

Todos os dados foram analisados por um único pesquisador, promovendo uma abordagem consistente para análise de dados. Os dados foram analisados manualmente, utilizando a abordagem do quadro explicativo,^(24,25) que combinou temas pré-estabelecidos com os temas identificados a partir dos

dados selecionados, resultando em uma estrutura de codificação. Ao aplicar essa abordagem sistemática e validada, promoveu-se rigor à pesquisa, que foi reforçada pela revisão crítica de todo o processo de análise por pesquisadores independentes. Assim, a comunicação verbal realizada por enfermeiros de unidades de cuidados críticos e familiares de pacientes atendidos neste contexto, conforme relatado na literatura, foi exaustivamente analisada, incluindo as referências relacionadas com a comunicação verbal de familiares e enfermeiros ao paciente inconsciente.

A leitura dos artigos selecionados foi seguido pela análise temática.^(24,25) Tal como acontece com outros métodos de pesquisa qualitativa, a análise envolveu a abstração de características marcantes dentre o imenso detalhamento dos dados brutos. A releitura, o agrupamento, e a condensação dos dados levou a identificação de um número de subcategorias e categorias.

As áreas temáticas relevantes para o estudo foram : a) Vantagens da comunicação verbal com pacientes inconscientes ; b) Respostas dos pacientes inconscientes à comunicação verbal; c) Finalidade da comunicação verbal realizada por enfermeiros; d) Finalidade da comunicação verbal realizada por familiares.

Primeiramente, os dados foram reduzidos a *declarações significativas* (frases relativas a comunicação verbal com os pacientes inconscientes). Com um marcador todas as descrições relevantes para o tema da pesquisa foram destacadas, de acordo com suas respectivas *áreas temáticas relevantes*.

A partir das áreas destacadas, cada unidade distinta de significado foi determinada. Considerou-se que as unidades de significado eram separadas por uma pausa ou mudança de sentido (neste processo exige-se do pesquisador a certeza sobre a retenção de todas as informações relevantes para a compreensão da unidade de significado). As unidades foram divididas e as unidades similares foram classificadas de acordo com as áreas temáticas. Cada unidade foi codificada com o nome do autor, data de publicação e número da página. Unidades similares e categorias inicialmente marcadas em cada unidade temática foram então agrupadas, usando palavras-chave ou frases em destaque copiadas dos textos originais. Todas as unidades de significado por categoria foram analisadas e redistribuída conforme a necessidade.

As categorias foram reagrupadas ou subdivididas em subcategorias de acordo com o mais apropriado. Após alguns dias, as unidades de significado, as categorias e subcategorias foram relidas e novamente redistribuídas, considerando-se cuidadosamente se as unidades eram muito pequenas ou muito grandes. As categorias foram unidas ou subdivididas conforme o caso. Finalmente, as categorias e subcategorias foram avaliadas em sua totalidade e o pesquisador verificou se os achados refletiam com precisão a revisão da literatura. Uma enfermeira experiente em cuidados intensivos realizou a revisão da interpretação inicial dos dados de forma independente.

As áreas temáticas selecionadas buscaram justificar a importância da comunicação com os pacientes inconscientes, assim como o conteúdo da comunicação verbal realizada por enfermeiros de cuidados intensivos e por familiares do paciente.

O desenvolvimento do estudo cumpriu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

Os resultados da análise de conteúdo são apresentados de acordo com as principais áreas temáticas identificadas. A área temática com o maior número de referências foi a finalidade da comunicação verbal realizada por enfermeiros, com 10 (71%) dos 14 publicações identificadas. Assim, esta área temática foi considerada como a mais comum na literatura sobre comunicação com pacientes inconscientes. A área temática com o menor número de referências foi sobre a finalidade da comunicação verbal do paciente realizada por familiares com 5 (36%) das 14 publicações levantadas.

a) *Vantagens da comunicação verbal com pacientes inconscientes.* Nesta área temática, foram identificadas duas categorias: *vantagens para os enfermeiros de cuidados intensivos e vantagens para o paciente inconsciente.*

No que diz respeito à primeira categoria, que correspondeu a 33% das unidades registradas, as seguintes subcategorias foram identificadas: *relação terapêutica, aplicar a metodologia científica e feedback.* O mais representativo foi a *feedback* com frequência de 14%.

No que diz respeito à segunda categoria, *vantagens para o paciente inconsciente* (67% das unidades registradas), identificamos as subcategorias: *promover cuidado, promover orientação, valor terapêutico, reduzir o risco de distúrbios psicológicos, reduzir a ansiedade, relaxar.* A subcategoria com maior percentual de unidades registradas foi a *valor terapêutico*, com 29%.

b) *Respostas dos pacientes inconscientes à comunicação verbal.* Nesta área temática, três categorias foram identificadas: *sem resposta* (9% das unidades registradas); *alterações neurológicas* (19%) e *alterações fisiológicas* (72% - a mais representativa).

No que diz respeito à primeira categoria foram identificadas as seguintes subcategorias: *parâmetros fisiológicos inalterados, sem resposta do tronco cerebral e paciente em coma sem resposta.* Esta última foi a mais representativa (5% das unidades registradas).

Na segunda categoria foram identificadas três subcategorias: *alteração nas seções cerebrais, alteração do nível de consciência, e alteração da escala de coma de Glasgow.* A *alteração nas seções cerebrais* foi a subcategoria com maior percentual de unidades registradas (14%).

Na última categoria, as seguintes subcategorias emergiram: *murmúrios, transpiração, agitação, espasticidade, choro, presença do componente neural do eletroencefalograma denominado ERP-P300 (potencial evocado relacionado a eventos), alterações no eletroencefalograma, pressão intracraniana, pressão arterial, temperatura corporal, respiração e pulso.* A subcategoria *pulso* apresentou o maior percentual de unidades registradas (16%).

c) *Finalidade da comunicação verbal realizada por enfermeiros.* Seis categorias foram identificadas dentro desta área temática: *para informar* (10% das unidades registradas); *para incentivar* (2%), *para estimular* (21%), *para avaliar* (5%), *para orientar* (44%) e *para identificar* (19%).

No que diz respeito à primeira categoria, foram identificadas as seguintes subcategorias: *informar sobre o equipamento clínico, sobre o contato de um membro da famíliae sobre o estado clínico.* Esta última subcategoria foi a mais representativa.

Na categoria *para incentivar* identificou-se apenas a subcategoria *movimento do corpo.*

Dentro da terceira categoria (*para estimular*) seis subcategorias foram identificadas: *conforto, consciência, movimento, resposta a estímulo auditivo, redução do nível de ansiedade e estressee colaboração*. A subcategoria com maior percentual de unidades registradas foi a *resposta a um estímulo auditivo* (8%).

No que diz respeito à categoria *para avaliar* foi identificada apenas a subcategoria *reflexos cerebrais*. Em relação à categoria *para orientar*, identificamos as seguintes subcategorias: *hábitos diários, orientação no tempo e espaço, motivo do estado de inconsciência e intervenções de enfermagem*. Este último foi o mais representativo.

Na última categoria (*para identificar*) quatro subcategorias emergiram na análise: *medicina, membro da família, enfermeiroe paciente em coma*. A subcategoria *paciente em coma* apresentou o maior número de unidades registradas.

d) *Finalidade da comunicação verbal realizada por familiares.* No que diz respeito a esta última área temática, foram identificadas quatro categorias (semelhantes às categorias da área temática anterior): *para estimular* (23%), *para orientar* (18%), *para informar* (43%) e *para identificar* (16%).

Para a primeira categoria (*para estimular*) foram identificadas as seguintes subcategorias: *esquecer o acidente, colaboração, orientação, crença religiosa ou fé, incentivar e tranquilizar, resposta e recuperação*. Esta última foi a mais representativa.

Dentro da categoria *para orientar* identificamos cinco subcategorias: *grupo de contacto, contato com os familiares, hábitos diários, tempo e orientação espacial e motivo da admissão*. As subcategorias com maior número de unidades registradas foram: *contato com os familiares e tempo e orientação espacial*.

Em relação à categoria *para informar* identificaram-se as seguintes subcategorias: *arrependimento, sentimento de impotência, estado clínico, apoio da família, crença religiosa e fé, equipamento clínico, barreiras para comunicação, cuidados clínicos, ausência de relação com o paciente em coma* (sendo esta a mais representativa) e *aspectos da vida diária*.

Para a última categoria, duas subcategorias foram elaboradas: *identificar o parente e identificar o paciente em coma*. A primeira foi a mais representativa.

Os resultados da análise de conteúdo foram apresentados a um grupo de especialistas nas áreas de en-

fermagem, fonoaudiologia e psicologia (cujos agradecimentos encontram-se citados neste artigo). Os quatro principais temas (a, b, c, d tal como acima) e as categorias e subcategorias mais freqüentes foram utilizadas para construir o formato de uma mensagem de estímulo padronizada. O grupo de especialistas propôs que a mensagem deveria promover um grau crescente de estimulação ao longo de sua implantação, sendo importante que o estímulo deveria incluir tanto um conteúdo agradável (ex.: “*Sua família me disse que eles realmente gostam de você e que desejam se recuperar rapidamente*”) quanto ordens diretas (por exemplo, “*Sr./Sra., eu estou aqui para ajudá-lo, vamos lá, abra seus olhos*”). Esta ordem foi elaborada ao considerá-la a mais propensa a provocar uma reação exacerbada no paciente alvo do estímulo. O estímulo consistiu em três seções: i) apresentação e orientação; ii) fornecimento de informações; iii) avaliação funcional e estimulação.

i) Apresentação e orientação:

Os conteúdos desta seção foram extraídos de três dos principais temas previamente identificados sobre as vantagens e a finalidade de estimulação verbal (a, c, d). Esta seção teve como objetivo proporcionar introduções gerais e orientações relacionadas ao espaço e tempo e consistiu na identificação da pessoa em coma (usando o seu nome), a identificação do profissional de saúde ou familiar (nome, profissão ou relacionamento), orientação temporal (dia, mês, dia da semana e tempo), orientação espacial (atual localização, cama e procedimentos) e apresentação do estudo.

ii) Fornecimento de informações:

O conteúdo desta seção também foi extraído dos principais temas sobre as vantagens e a finalidade de estimulação verbal (a, c, d). Esta foi desenvolvida para aumentar o nível de estimulação verbal e fornecer informações sobre assuntos atuais, informações relativas à família do paciente, informações sobre as atividades da vida diária antes do coma e informações sobre eventos importantes.

iii) Avaliação funcional e estimulação:

Os conteúdos desta seção final foram extraídos a partir dos temas referentes às vantagens, respostas e finalidade da estimulação verbal realizada por enfermeiros (a, b, c). Esta seção aumentou o nível de estimulação verbal e se mostrou capaz de fornecer o maior nível de estimulação. Seu objetivo foi de

avaliar a capacidade funcional do paciente e proporcionar um forte estímulo verbal, e consistiu de pedidos para estimular e avaliar a resposta verbal, a abertura de olhos e a resposta motora do paciente.

Discussão

Este estudo foi delineado com o objetivo de investigar como a comunicação verbal é utilizada por enfermeiros de terapia intensiva e por familiares de pacientes; como descrito na literatura, e construir uma mensagem verbal de estímulo padronizada, baseada nos achados do presente projeto, que possa ser aplicada na assistência de pacientes inconscientes.

Foram encontradas evidências na literatura de que pacientes inconscientes apresentam alterações neurológicas e psicológicas causadas pela estimulação auditiva,^(2,9,14,16,26-29) e que a maioria dos enfermeiros de terapia intensiva reconhece a comunicação verbal como muito importante,^(2,7-9) apesar de certa ambiguidade em relação ao nível de consciência dos pacientes comatosos. Os principais fatores que influenciam a comunicação são o nível de consciência dos pacientes, a quantidade de cuidado físico oferecido e a presença de familiares.⁽²⁾

As evidências resultaram em achados conflitivos acerca dos efeitos da estimulação em pacientes inconscientes. Há, no entanto, suficiente evidências para apoiar o pressuposto de que há uma crescente atividade mental e consciência emocional em paciente inconscientes estimulados. Achados descritos na literatura também apontam claramente uma correlação entre estímulo auditivo e aumentos na pressão sanguínea arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão intracraniana, movimentação corporal e facial.^(14,15,29)

A revisão da literatura sobre o tema revelou a escassez de estudos que investigaram o que enfermeiros de fato dizem a seus pacientes, emergindo a necessidade de pesquisas empíricas adicionais. Porém, os estudos disponíveis sugerem que enfermeiros de terapia intensiva não oferecem suficiente comunicação verbal a seus pacientes⁽⁹⁾ e destacam diversos pontos preocupantes. Enfermeiros tendem a se concentrar mais nos aspectos técnicos do trabalho e geralmente falham na assistência das necessidades psicológicas e sociais dos pacientes por uma comunicação insuficiente ou ine-

fetiva.⁽²⁾ A comunicação com pacientes irresponsivos é descrita como limitada, essencialmente relacionada apenas com as intervenções de enfermagem a serem realizadas.⁽⁷⁾ Quatro áreas problemáticas foram identificadas: dificuldades básicas na comunicação com pacientes que não são capazes de responder, pressões do ambiente de trabalho, conhecimento limitado sobre as necessidades de pacientes inconscientes, e conhecimento limitado do porquê e de como se comunicar com pacientes inconscientes.⁽²⁾

No presente estudo, identificaram-se quatro áreas temáticas relacionadas a comunicação com pacientes inconscientes: vantagens da comunicação, resposta dos pacientes, propósito da comunicação realizada por enfermeiros e propósito da comunicação realizada por familiares. Como esperado, foram encontradas diferenças entre o objetivo da comunicação verbal realizada por enfermeiros de terapia intensiva - voltada à aspectos profissionais e à realização das intervenções de enfermagem - e o objetivo da comunicação verbal de familiares, que está focada em aspectos de cunho pessoal e na tentativa de fornecer estímulos diretos para "acordar" o paciente. Atentar-se a estes temas permite a construção de uma mensagem verbal padronizada que pode ser utilizada pela equipe de enfermagem de forma a otimizar a efetividade da comunicação entre enfermeiro e paciente, e como um instrumento para explorar as respostas do paciente a estimulação verbal em estudos subsequentes.

Comunicar-se com pacientes inconscientes persiste como um problema no contexto das unidades de terapia intensiva, e oportunidades de promover estratégias de comunicação efetivas e potencialmente terapêuticas tem sido perdidas. Há, no entanto, evidências o suficiente para apoiar o pressuposto de que pacientes inconscientes podem ouvir, e que estímulos verbais são efetivos em provocar uma resposta. Não obstante, as inconsistências na literatura apontam para a necessidade de estudos mais detalhados sobre o efeito do estímulo de voz em pacientes comatosos.

Conclusão

Os resultados do presente estudo sugerem que devemos falar com pacientes inconscientes, contribuin-

do para a reflexão acerca da prática da interlocução com tais indivíduos, de forma a sensibilizar enfermeiros e outros profissionais da saúde sobre a importância da comunicação nas unidades de terapia intensiva e colaborando com uma melhoria geral da qualidade da assistência à saúde.

Agradecimentos

À Isabel Monteiro, Marisa Lousada e Marco Ramos, da Universidade de Aveiro e a Cláudia Simões do Centro de Saúde de Águeda em Portugal. Esta pesquisa foi parcialmente financiada pela FEDER por meio do Programa Operacional Fatores de Competitividade - COMPETE e com fundos nacionais por meio da FCT – Fundação para Ciência e Tecnologia no contexto do projeto FCOMP-01-0124-FEDER-022682 (FCT processo PEst-C/EEI/UI0127/2011).

Colaborações

Jesus LM; Simões JFFL e Voegeli D declaram que contribuíram com a concepção e projeto, análise e interpretação dos dados; redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.



Referências

1. Verity S. Communicating with sedated ventilated patients in intensive care: focusing on the use of touch. *Intensive Crit care Nurs.* 1996;12(6):354–8.
2. Baker C, Melby V. An investigation into the attitudes and practices of intensive care nurses towards verbal communication with unconscious patients. *J Clin Nurs.* 1996;5(3):185–92.
3. Hemsley B, Balandin S, Worrall L. Nursing the patient with complex communication needs: time as a barrier and a facilitator to successful communication in hospital. *J Adv Nurs.* 2012;68(1):116–26.
4. Fleischer S, Berg A, Zimmermann M, Wüste K, Behrens J. Nurse-patient interaction and communication: A systematic literature review. *J Public Health (Bangkok).* 2009;17(5):339–53.
5. Magnus VS, Turkington L. Communication interaction in ICU--Patient and staff experiences and perceptions. *Intensive Crit. care Nurs.* 2006;22(3):167–80.
6. Ashworth P. *Care to Communicate.* London: Royal Collage of Nursing; 1980.
7. Ashworth P. The needs of the critically ill patient. *Intensive Care Nurs.* 1987;3(4):182–90.
8. Turnock C. Communicating with patients in ICU. *Nurs Stand.* 1991;9:38–40.
9. Elliott R, Wright L. Verbal communication: what do critical care nurses say to their unconscious or sedated patients? *J Adv Nurs.* 1999;29(6):1412–20.
10. Alasad J, Ahmad M. Communication with critically ill patients. *J Adv Nurs.* 2005;50(4):356–62.
11. Happ MB, Garrett K, Thomas DD, Tate J, George E, Houze M, et al. Nurse-patient communication interactions in the intensive care unit. *Am J Crit care.* 2011;20(2):e28–40.
12. Makic MBF, VonRueden KT, Rauen CA, Chadwick J. Evidence-based practice habits: putting more sacred cows out to pasture. *Crit Care Nurse.* 2011;31(2):38–61; quiz 62.
13. Fassier T, Azoulay E. Conflicts and communication gaps in the intensive care unit. *Curr Opin Crit. Care.* 2010;16(6):654–65.
14. Walker JS, Eakes GG, Siebelink E. The effects of familial voice interventions on comatose head-injured patients. *J Trauma Nurs.* 1998; 5(2):41–5.
15. Jones R, Hux K, Morton-Anderson KA, Knepper L. Auditory stimulation effect on a comatose survivor of traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil.* 1994;75(2):164–71.
16. Puggina A, Paes da Silva MJ, Ferreira Santos JL. Use of Music and Voice Stimulus on Patients With Disorders of Consciousness. *J Neurosci Nurs.* 2011;43(1):E8–E16.
17. Abbasi M, Mohammadi E, Sheaykh Rezayi A. Effect of a regular family visiting program as an affective, auditory, and tactile stimulation on the consciousness level of comatose patients with a head injury. *Japan J Nurs Sci.* 2009;6(1):21–6.
18. Geluing L. Researching patients in the vegetative state: Difficulties of studying this patient group. *J Res Nurs.* 2004;9(1):7–17.
19. Tolle P, Reimer M. Do we need stimulation programs as a part of nursing care for patients in "persistent vegetative state"? A conceptual analysis. *Axone.* 2003;25(2):20–6.
20. Duffau H. Brain plasticity: from pathophysiological mechanisms to therapeutic applications. *J Clin Neurosci.* 2006;13(9):885–97.
21. Laureys S, Schiff ND. Coma and consciousness: paradigms (re)framed by neuroimaging. *Neuroimage.* 2012;61(2):478–91.
22. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs.* 2008;62(1):107–15.
23. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today.* 2004;24(2):105–12.
24. Ritchie J, Spencer L. Qualitative data analysis for applied policy research. In: Bryman A, Burgess R, editors. *Analysing qualitative data.* London: Routledge; 1994. p. 173–94.
25. Fischer C. Qualitative research methods for psychologists: introduction through empirical studies. New York: Academic Press; 2006.
26. Johnson SM, Omery A, Nikas D. Effects of conversation on intracranial pressure in comatose patients. *Heart Lung.* 1989;18(1):56–63.
27. Doman G, Wilkinson R, Dimancescu M, Pelligrina R. The effect of intensive multi-sensory stimulation on coma arousal and recovery. *Neuropsychol Rehabil.* 1993;3:203–12.
28. Holeckova I, Fischer C, Giard M-H, Delpuech C, Morlet D. Brain responses to a subject's own name uttered by a familiar voice. *Brain Res.* 2006 ; 12;1082(1):142–52.
29. Perrin F, Schnakers C, Schabus M, Degueldre C, Goldman S, Brédart S, et al. Brain response to one's own name in vegetative state, minimally conscious state, and locked-in syndrome. *Arch Neurol.* 2006;63(4):562–9.