

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO – EEAP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU – MESTRADO EM
ENFERMAGEM

Signos e sinais de comunicação do corpo da pessoa em coma:
respostas aos cuidados de enfermagem

Gunnar Glauco De Cunto Taets

Orientadora: Nélia Maria Almeida de Figueiredo

Coorientador: Renan Tavares

Rio de Janeiro

2010

GUNNAR GLAUCO DE CUNTO TAETS

Signos e sinais de comunicação do corpo da pessoa em coma:
respostas aos cuidados de enfermagem

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu – Mestrado Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito para conclusão do curso e obtenção do título de Mestre em Enfermagem. - Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Cuidado na Sociedade.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Nébia Maria Almeida de Figueiredo

Coorientador: Prof^o. Dr^o. Renan Tavares

Rio de Janeiro

2010

T123 Taets, Gunnar Glauco De Cunto.
Signos e sinais de comunicação do corpo da pessoa em coma : respostas aos cuidados de enfermagem / Gunnar Glauco De Cunto Taets, 2009.
95f.

Orientador: Nébia Maria Almeida de Figueiredo.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

1. Coma. 2. Coma – Pacientes – Cuidado e higiene. 3. Corpo e mente - Signos e sinais. 4. Linguagem não-verbal. 5. Cuidados em enfermagem – Planejamento. I. Figueiredo, Nébia Maria Almeida de. II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2003-). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CCD – 616.8490231

Gunnar Glauco De Cunto Taets

Signos e Sinais da Comunicação da Pessoa em Coma:

Respostas aos Cuidados de Enfermagem

BANCA EXAMINADORA

Dr^a Teresa Tonini – UNIRIO
Presidente

Dr^a. Silvia Teresa Carvalho de Araújo – UFRJ
1^o Examinador

Dr^o. William César Alves Machado – UNIRIO
2^o Examinador

Dr^a. Geilsa Soraia Cavalcanti Valente – UFF
1^a Suplente

Dr^o Renan Tavares – UNIRIO
2^a Suplente

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me devolveu a saúde a tempo para concluir minha pesquisa.

À minha Mãe, que me deu suporte financeiro e espiritual para superar todos os obstáculos.

A minha avó, que deixou o conforto de sua casa no Paraná para cuidar de mim aqui no Rio nos meses em que estive doente.

Ao meu amor, que não me abandonou no momento mais difícil da minha vida.

A minha orientadora, Prof^a Dr^a Enf^a Nébica Maria Almeida de Figueiredo, que me deu a honra de ser seu orientando nestes dois anos e me fez entender porque alguns de seus companheiros de ensino a chamam de “gigante”.

A minha amiga Elisa Saraiva da silva, que me fez acordar para esse mundo de signos e sinais da pessoa em estado de coma.

A Enfermeira e amiga Ana Beatriz Rocha Moreira, seu apoio foi fundamental para a conclusão da pesquisa.

Aos colegas discentes e docentes do PPGENF da EEAP/UNIRIO, por momentos inesquecíveis de muito aprendizado, crescimento pessoal e profissional.

A Sr^a Márcia Regina dos Santos da Luz, da secretaria do PPGENF da EEAP/UNIRIO, por sua dedicação, atenção e prontidão para atender aos nossos pedidos.

Aos professores que passaram pelas Bancas examinadoras na Defesa do Projeto, Qualificação e Defesa Final da Dissertação, que muito contribuíram para o aprimoramento e lapidação da pesquisa: William César Machado, Renan Tavares, Sílvia Tereza Carvalho de Araújo, Teresa Tonini, Maria José Coelho, Geilsa Soraia Cavalcanti Valente.

...“pensar e não poder falar, sentir e não conseguir me expressar
foram uns dos pilares de um caminhar no silêncio e na dor”.

William César Machado, 1999.

TAETS, G.G.C. Signos e sinais de comunicação do corpo da pessoa em coma: respostas aos cuidados de Enfermagem. Rio de Janeiro, 2010, 95p. Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNRIO.

Resumo

Trata-se de uma Dissertação de Mestrado, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro que pretendeu responder a seguinte questão: é possível afirmar que o corpo da pessoa em coma fala através de signos e sinais quando aparenta estar em silêncio? O objeto de investigação foi a leitura dos signos e sinais do corpo do cliente em coma no CTI enquanto é cuidado pela Enfermagem com o objetivo geral de registrar os signos e sinais identificados como linguagem do corpo do cliente no CTI decorrente dos cuidados de Enfermagem e objetivos específicos de identificar os signos encontrados na linguagem do corpo da pessoa em coma e os sinais que se expressam na máquina ligada a ele decorrentes dos cuidados de Enfermagem e discutir as implicações dos dados produzidos dos cuidados de Enfermagem com o corpo da pessoa em coma. A metodologia utilizada foi a pesquisa experimental com abordagem quanti-qualitativa. Os procedimentos escolhidos foram: a técnica do Banho no Leito, a Higiene Oral e a Higiene Íntima por se o momento em que julgamos estar em maior tempo em contato com o doente, e consideradas como aquelas que invadem a privacidade, ricos em toques e estímulos táteis que estimulam respostas sgnicas num corpo que não fala; que silencia porque não pode falar, mas que fala de outras formas. Além disso, entendemos que estas técnicas são práticas científicas que estão nelas conhecimentos científicos sobre o corpo sua estrutura anátomo-fisio-biológica; sua estrutura espiritual; estímulos dos sentidos; intencionalidades de identificação, intervenção e prevenção de problemas. A população em estudo foi composta por 30 sujeitos e os resultados analisados em duas categorias: Os signos estão na linguagem do corpo durante os cuidados: a emergência do signficante visível no corpo e Os sinais antes e depois dos cuidados: alterações na frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial como respostas – o signficante da tecnologia. Concluimos que a resposta a questão deste estudo está dada quando afirmamos que o corpo da pessoa em coma fala através de signos entendidos como expressões do corpo e, através de sinais como os registros da fisiologia interna do corpo que se mostra nos monitores das máquinas ligada a ele no momento dos cuidados de Enfermagem quando fazemos o banho no leito, a higiene íntima e a higiene oral. Esta descoberta amplia estudos anteriores e deverá continuar estimulando novas investigações porque este é um tema que interessa aqueles que cuidam de um cliente que não fala, mas se expressa através de signos e sinais que são a sua linguagem. Finalmente, é preciso entender que se não nos aproximamos do cliente em coma, não há possibilidades de identificar/escutar/ver signos e sinais.

Palavras-chave: Cuidado de Enfermagem; Coma; Corpo; Linguagem não-verbal.

TAETS, G.G.C. Signals and signs of communication from the body of the person in coma: response to medical Enfermgem. Rio de Janeiro, 2010, 95p. Master's Thesis in Nursing – Federal University of Rio de Janeiro State – UNIRIO.

Abstract

This is a Master's thesis, of the Post-Graduate Nursing School of nursing at the Federal University of Rio de Janeiro that he intended to answer the following question: Is it possible to say that the body of the person in coma speaks through signs and signals when it appears to be silent? The object of investigation was the reading of signs and signals of the client's body in a coma in the ICU as it is for nursing care with the overall objective to record the signs and signals identified as the language of the client's body resulting from the ICU nursing care and objectives specific to identify the signs found in the body language of the person in a coma and signs that are expressed on the machine connected to it resulting from nursing care and discuss the implications of the data produced the nursing care with the person's body in a coma. The methodology used was experimental research with quantitative and qualitative approach. The procedures used were: the technique of the bed bath, oral hygiene and Intimate Hygiene for the moment that we believe is in longer contact with the patient and considered as those that invade privacy, rich tones and tactile stimuli that stimulate responses of signs in a body that does not speak, because silencing can not speak, but talking to other forms. Furthermore, we understand that these techniques are scientific practices that are in them scientific knowledge about the body structure anatomical and physio-biological, spiritual structure; stimulation of the senses; intentions identification, intervention and prevention of problems. The study population consisted of 30 subjects and the results analyzed in two categories: The signs are in the language of the body during the treatment: the emergence of significant visible in the body and signs before and after-care: changes in heart rate, respiratory and blood pressure responses to - the signifier of technology. We conclude that the answer to the question of this study is given when we say that the body of the person in coma speaks through signs understood as expressions of the body and through signs such as records of internal physiology of the body that shows the screens of the machines connected to it at the time of nursing care when we make the bed-bath, the hygiene and oral hygiene. This finding extends previous studies and should stimulate further research to continue because this is a topic that interests those who care for a client who does not speak but expresses himself through signs and signals that are your language. Finally, we must understand that if we do not approach the client in a coma, there is no possibility of identifying / listen / see signs and signals.

Keywords: Nursing care; Coma; Body, Non-verbal language.

Taets, G.G.C. Signos y señales de comunicación desde el cuerpo de la persona en estado de coma: respuesta a Enfermgem médica. De Río de Janeiro, 2010, 95p. Tesis de Maestría en Enfermería - Universidad de Río de Janeiro - UNRIO.

Resumen

Se trata de una tesis de maestría, de la Post-Grado en Enfermería Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Río de Janeiro, que tenía la intención de responder a la pregunta siguiente: ¿Es posible decir que el cuerpo de la persona en coma, habla a través de signos y señales cuando parece estar en silencio? El objeto de la investigación fue la lectura de los signos y señales del cuerpo del paciente está en coma en la UCI, como lo es para la atención de enfermería con el objetivo de registrar los signos y señales identificado como el lenguaje del cuerpo del paciente como resultado de la unidad de cuidados intensivos de enfermería atención y objetivos específicos para identificar los signos encontrados en el lenguaje corporal de la persona en estado de coma y signos que se expresan en la máquina conectada a la misma como consecuencia de los cuidados de enfermería y discutir las implicaciones de los datos obtenidos los cuidados de enfermería con el cuerpo de la persona en estado de coma. La metodología utilizada fue la investigación experimental con enfoque cuantitativo y cualitativo. Los procedimientos utilizados fueron: la técnica del baño de la cama, la higiene oral y la higiene íntima, por el momento que creemos que ya está en contacto con el paciente y ser considerados como los que invaden la intimidad, tonos ricos y los estímulos táctiles que estimulan las respuestas de los signos, en un cuerpo que no habla, porque callar no puede hablar, pero hablando con otras formas. Por otra parte, entendemos que estas técnicas son las prácticas científicas que en ellos los conocimientos científicos sobre la estructura del cuerpo anatómico y físico-biológicas, la estructura espiritual, la estimulación de los sentidos, las intenciones de identificación, intervención y prevención de problemas. La población de estudio estuvo constituida por 30 sujetos y los resultados analizados en dos categorías: los signos están en el lenguaje del cuerpo durante el tratamiento: la aparición de importantes visibles en el cuerpo y las señales antes y después de la atención: los cambios en la frecuencia cardíaca, respiratoria y las respuestas de la presión arterial - el significante de la tecnología. Se concluye que la respuesta a la pregunta de este estudio se da cuando decimos que el cuerpo de la persona en coma, habla a través de señales de entenderse como expresiones del cuerpo y por medio de signos, tales como los registros de la fisiología interna del cuerpo que muestra las pantallas de las máquinas conectadas a ella en el momento de los cuidados de enfermería cuando hacemos la cama, de baño, la higiene y la higiene oral. Este hallazgo se extiende los estudios previos y estimular una investigación más a continuar porque este es un tema que los intereses de aquellos que cuidan de un cliente que no habla pero se expresa a través de signos y señales que su idioma. Por último, debemos entender que si no nos acercamos a el cliente en un estado de coma, no hay posibilidad de identificar / escuchar / ver los signos y señales.

Palabras clave: Cuidados de enfermería; Coma; Cuerpo, lenguaje no verbal.

SUMÁRIO

Considerações Iniciais

O Problema.....Pg. 10

Objeto de Estudo.....Pg. 15

Objetivos.....Pg.15

Justificativa.....Pg.15

Fundamentação TeóricaPg.19

Corpo e Comunicação.....Pg.24

Sobre os signos nos Cuidados de Enfermagem.....Pg.29

Sobre a Enfermagem e a comunicação não-verbal.....Pg.40

Caminho Metodológico

Tipo de estudo.....Pg.45

Local.....Pg.45

Momento da produção de dados.....Pg.52

Resultados.....Pg.53

DiscussãoPg.59

Conclusão.....Pg.75

Referências.....Pg.80

Apêndice A.....Pg. 87

Apêndice B.....Pg.88

Apêndice CPg.89

Apêndice DPg.90

Anexo A.....Pg.95

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Sobre o objeto e o problema de estudo

Este estudo pretendeu responder a seguinte **questão**: é possível afirmar que o corpo em coma fala através de signos e sinais quando aparenta estar em “silêncio” ¹?

Foi a partir dela que nos colocamos em contato com o que acreditamos ser o “silêncio” de um corpo que não fala, mas que está vivo diante de nós, nos desafiando a acreditar que podemos identificar suas expressões e ruídos tão internos que não somos capazes de ouvir.

Conviver com o aparente “silêncio” do corpo em coma é fazer o exercício de atravessar sua pele para captar, não só com o sentido da audição, ruídos e sons que a própria pele abafa. Sons internos da circulação sanguínea, sentidos quando verificamos o pulso; o barulho dos batimentos cardíacos, quando verificamos a pressão arterial ou na pele quando vemos o pulsar sob ela; do barulho dos rins que se faz presente através da urina; do espirro que pode ocorrer quando limpamos as narinas; da eliminação de gases e de tantos outros sons que existem no corpo.

Estas reflexões têm recaído sobre nós com experiências (em tempos diferentes) de cuidar de clientes críticos em CTI (Centro de Tratamento Intensivo) e em estado de coma. Diante da questão norteadora deste estudo inicialmente colocada, e que nos incomoda, nos faz pressupor que os Enfermeiros se comunicam com os clientes sem estarem atentos para os signos do corpo, ou, para as expressões que são emitidas por ele, capazes de estabelecer uma linguagem para comunicar com aquele que cuida.

Pressupostos que permanecem sem respostas talvez porque a habilidade desenvolvida pelo Enfermeiro esteja relacionada à identificação de sinais vitais e

¹ Toda vez que falarmos em silêncio ele aparecerá entre aspas para indicar que não estamos afirmando que ele – o corpo – está em silêncio. Aspas para dizer que estamos em teste, em reflexão acerca dele.

sintomas da doença possíveis de serem identificados através de aparelhos ou daquilo que ele lê claramente no corpo do cliente em coma a partir de conhecimentos biomédicos.

No cotidiano de cuidar no CTI temos visto, como condutas dos Enfermeiros, que eles testam (quase que automaticamente) o nível de consciência do doente impossibilitado de falar, como no caso daquele em estado de coma. Esse teste consiste em beliscar, pressionar sua pele, riscar (com chave) a sola dos pés com o objetivo de identificar se o sistema nervoso responde a esses estímulos através de respostas autônomas como, por exemplo, a pupila quando estimulada com foco de luz apresenta midríase ou mióse. Embora esses testes sejam realizados, os sinais vitais sejam aferidos e as eliminações vesico-intestinais sejam observadas, os Enfermeiros não têm exercitado a sua leitura da linguagem que o corpo do cliente expressa.

O ler vem acompanhado da constante afirmativa de que estando em coma ele não fala, ele não ouve, ele não sente se não reage aos estímulos auditivos ou táteis quando fazemos os diversos testes – “cientificamente corretos” – que indicam a situação neurológica do corpo, mas não a situação de vida. É um corpo em “silêncio” que é percebido e veiculado de formas diversas em relatos que indicam a existência de informações de que Enfermeiros notam que eles podem estar ouvindo, de que eles sentem quando são tocados.

Para melhor ilustrar acrescentamos alguns relatos:

Jovem dada como morta clinicamente, ouvia toda a conversa dos profissionais de saúde sobre a sua situação clínica, e logo que recuperou o estado de consciência, conseguiu reproduzir toda a conversa, afirmou Tschui (1992).

Dias (1995) transcreve alguns relatos de doentes que estiveram em coma, e alguns desses relatos, evidenciam que o doente em coma consegue ouvir e que esse fato influencia o seu estado clínico.

Mackreth (1988) apresenta a descrição de um doente acerca de sua experiência quando ansiava pelo toque dos profissionais de saúde e ouvia as suas explicações sobre o seu estado.

Minha ansiedade era muito grande. Solicitava através de sinais e expressões faciais uma via de comunicação entre mim e o mundo ao meu redor, mas quanta dificuldade em ser compreendido! (MACHADO 1999).

Quando tudo estava preparado para me servir, me davam um canudinho para que eu sugasse, e a forma que eu usava para me expressar ou chamar a atenção era soprar ao invés de aspirar, sinalizando que algo estava errado (MACHADO 1999).

Pedro Almodóvar dirigiu, no início do século XXI, o filme *Fale com ela*, em que a trama se desenvolve em torno de um corpo em coma. Cuidando de Alicia (corpo em coma) por um tempo extremamente longo, Benigno (Enfermeiro) teve inúmeras oportunidades de decodificar signos não-verbais que o levaram a insistir em cuidar daquele corpo que, para muitos, inclusive para os médicos, estava morto. Ao estabelecer um contato diário com o corpo em coma, vivo, capaz de emitir signos não-verbais (textura, pigmentação, odores, secreções, etc.) Benigno se vê em comunicação com Alicia que, segundo ele, responde aos seus cuidados e sabe o que lhe agrada ou não (FIGUEIREDO *et al*, 2009).

Embora ouvir seja um conhecimento já dado nas experiências empíricas do cuidar de clientes em coma, o que estamos acrescentado neste estudo é a possibilidade de ver, olhar, identificar que ele está vivo e se expressa através de signos² e sinais³ que o corpo comunica e que pode significar: “ eu estou ouvindo, eu estou sentindo, olhe melhor e mais detalhadamente para mim e saberá o que expresso”.

Então, é imprescindível dizer que não há “silêncio” nos sinais da vida, presente nos corpos, não há “silêncio” na ausência da voz em um corpo que não fala. A afirmativa de Orlandi (2002, p. 22) contribui para nossas considerações quando diz: “se a linguagem implica silêncio, este, por sua vez, é o não dito visto do interior da linguagem. É o silêncio significante: o fato de que a relação silêncio/linguagem é complexa sem deixar de sublinhar ainda uma vez que, no entanto, em nossa reflexão o silêncio não é mero complemento da linguagem. Ele tem significância própria...”.

² Qualquer coisa que se produz na consciência tem o caráter de signo. Peirce diz que um signo não tem que necessariamente ser uma representação mental, mas pode ser uma ação ou experiência ou mesmo uma mera qualidade de impressão (DÍAS BORDENAVE, 2007).

³ Sinais são indícios que possibilitam conhecer, reconhecer, adivinhar ou prever alguma coisa (DÍAS BORDENAVE 2007).

Sobre o “silêncio” entendemos ser fundamental trazer o que ele é para Lebreron (1999, p.11):

...“o único silêncio que a utopia da comunicação conhece é o silêncio da avaria, da falha da máquina, da paragem da transmissão”...

...“o silêncio é um vestígio arqueológico, um resquício que ainda não foi assimilado. Anacrônico na sua manifestação, produz o mal estar, a tentativa imediata de o estrangular com um intruso”...

...“o silêncio ressoa como uma nostalgia, apela do desejo de uma escuta incessante do mensurar do mundo”...

...“o silêncio, antes reprimido, adquire então um valor infinito. Por vezes, é grande a tentação de opor à “comunicação” profusa de modernidade, indiferente a mensagem, a “catarse do silêncio” à espera que seja plenamente restaurado o valor da palavra”...

Estas afirmativas reforçam que existe um “silêncio” da fala quando os Enfermeiros se encontram para cuidar do cliente que não fala por estar em coma, mas que nem por isso o seu corpo está em “silêncio”. Um “silêncio” que não responde em voz/fala quando o corpo é tocado, e, muito tocado quando se trata de clientes em coma.

Neste toque os Enfermeiros podem ver que o corpo do cliente responde de diversas formas e isto tem sido possível saber se eles sentiam quando eram tocados, quando saem do coma. Vários são os problemas que envolvem esse tipo de comunicação – ler e decodificar expressões no corpo que possam dizer algo.

Toque que pode estimular no “aparente silêncio” uma profundidade de resposta que não conseguimos mensurar. Mas, podemos ler como um signo concreto que tem forma: toco, e uma lágrima cai; toco, e percebo uma expressão no rosto.

A incumbência de responder a questão aqui colocada, nos indica que precisamos dizer o máximo que podemos a partir do que devemos encontrar nos resultados sobre as respostas do corpo aos cuidados de Enfermagem.

Um cuidado que não é silencioso e que na maioria das vezes não há falas sobre ele, mas o barulho de água no corpo; o barulho de escova nos dentes; o barulho de

rasgar o esparadrapo, o barulho de esticar a roupa de cama. Um cuidado que pode se instalar no “silêncio” do cliente pela ausência de palavra.

Essas considerações, que não são poucas, nos fazem ficar em permanente reflexão e a pensar por que não sabemos nos comunicar com o doente que não fala ou por que não conseguimos identificar em seu corpo a sua forma de comunicação. Esta situação-problema a Enfermagem deveria responder ou, seria menos arriscado em termos de investigação, deixar as coisas como estão?

Voltando para as experiências práticas, temos entendido o quanto é desalentador não conseguir saber o que aquele que não fala quer dizer e como podemos entender o que ele quer se ainda não temos a habilidade “sutil” de decodificar em suas formas expressivas o que ele nos solicita. Mesmo que o toquemos, que falemos com eles o tempo todo quando cuidamos deles, sentimos como se a comunicação só tivesse uma via sem volta. Essa sensação talvez se explique porque esse tipo de comunicação envolve uma leitura de linguagem corporal e uma identificação de signos expressos nessa linguagem. Pois o que temos feito ao longo de nossas experiências é querer dar sentido ao que vemos, como fazemos com aqueles que têm a doença da gagueira – não deixamos que completem a frase; estamos sempre tentando completar o que ele nos quer dizer.

Nessa investida científica entendemos que é preciso aguçar nosso olhar, nosso ouvir, nossa fala e nosso toque para sentir os abalos, os sons, o calor do corpo como respostas aos cuidados que prestamos. Como problema central deste estudo e que se explicita na posição de que se um corpo que fala e coloca nessa fala expressões corporais diversas como seus gestos, mímicas transmissores de informações e se nós ainda não temos habilidade para fazer uma leitura decodificadora e interpretá-la; imagine fazer isso em um corpo que não fala. Provavelmente essa é a tensão que merece

ser resolvida na prática de cuidar da Enfermagem e neste estudo para que possamos dar conta de que signos corporais falamos. Dar conta é resolver inquietações e dar possibilidades de responder a questão aqui colocada.

Definimos como **objeto de estudo**: a leitura dos signos e sinais do corpo do cliente em coma no CTI enquanto é cuidado pela Enfermagem.

Objetivo geral

- Registrar os signos e sinais identificados como linguagem do corpo do cliente em coma no CTI decorrentes dos cuidados de Enfermagem.

Objetivos específicos

- Identificar os significantes encontrados na linguagem do corpo em coma e os sinais que se expressam na máquina ligada a ele decorrentes dos cuidados de Enfermagem.
- Discutir as implicações dos dados produzidos decorrentes dos cuidados de Enfermagem com o corpo do cliente em coma.

Justificativa

A justificativa repousa na possibilidade de ampliar conhecimentos, ainda escassos, na Enfermagem no que diz respeito aos signos e sinais contidos na

expressão/linguagem corporal. Na possibilidade de falar sobre comunicação escondida no “silêncio” da fala e no corpo que se comunica de outras formas.

Provavelmente estaremos colocando uma luz na cegueira de nosso olhar, tímido e sem sutileza para ver o que não vemos concretamente e que sentimos presente quando cuidamos dos clientes em coma.

Destaca-se aqui que estes clientes internados em CTI encontram-se com sérios comprometimentos orgânicos ou em risco de vir a tê-los. A ameaça à vida pode ser constante gerando a necessidade de uma assistência permanente e um considerável aparato tecnológico que de forma específica fala por ele quando registra em gráficos os sinais de vida do corpo biológico.

No entanto, essa mesma tecnologia responsável, entre outros fatores, pela restituição de muitas vidas dentro de um CTI, pode criar uma atmosfera impessoal ao transferir a atenção da pessoa que é cuidada para a máquina, em que cada vez mais ouvir ver e sentir está sendo substituído pelas informações obtidas através de monitores que nos dá a real percepção do que acontece quando tocamos o corpo e podemos dizer que suas reações são respostas do cuidado.

Ampliar nossos conhecimentos sobre a linguagem do corpo em coma é um desafio que interessa aos Enfermeiros de CTI.

A realização desse estudo surge dentro de um contexto que interessa a uma área específica da Enfermagem que envolve clientes de alto risco e da possibilidade de se despertar nestes profissionais especialistas a oportunidade de incluir um olhar mais atento para o corpo que mesmo no uso da máquina, expressa e solicita cuidado sem falar.

Estimular estes Enfermeiros para aguçar os sentidos para decodificar neste corpo signos diversos, escondidos sob o olhar, sob a pele, nos aparelhos e assim dar sentido ao cuidado que fazem.

A comunicação do corpo se faz em grande parte pelo recurso dos gestos. “Gesto” provém do latim *gestus* (“maneira de proceder”, “atitude”, “movimento expressivo”) que é forma nominal do verbo *gerere* (“ter consigo”, “executar”, “produzir”). O gesto é, portanto, uma ação corporal visível, pela qual certo significado é transmitido por meio de uma expressão voluntária (RECTOR, 2003 p.23).

Trata-se, portanto, de emitir e receber “mensagens silenciosas”. Todavia, é difícil identificar, descrever, e analisar movimentos do corpo, porque representam, via de regra, procedimentos largamente inconscientes, tanto para quem os apresenta, quanto para quem os capta (RECTOR, 2003 p. 51-52).

A relevância está em dar sentido a uma prática que se modifica e vem indicando que é imprescindível encontrar caminhos para identificar na subjetividade a resposta da presença dos cuidados de Enfermagem que se expressam para além do discurso biomédico. Que amplia o que sabemos sobre anatomia, psicologia, bioquímica para algo que envolve a complexidade do ser humano vivo: emissor de signos e sinais.

Relevância por acreditar que a Enfermagem faz seus cuidados técnicos com esmero, segurança e competência e na constante busca de um cuidado expressivo que se encontra na intersubjetividade.

É um desafio que deve interessar a estudantes, docentes e profissionais não só de Enfermagem, mas daqueles que se encontram com o outro que lança sobre ele signos a serem decodificados para poder intervir com segurança e encontrar um caminho possível para a comunicação no cuidado.

Segundo Watzlawick (1967), a comunicação acontece a todo o momento quer haja palavras ou silêncio, intencionalidade ou não, consciência ou ausência dela, a comunicação está intrinsecamente ligada à vida.

Logo, pensamos que esse estudo poderá contribuir para o cuidado de pessoas que estão impossibilitadas de falar, a partir de uma compreensão sobre as formas expressivas utilizadas pelo sujeito em coma para se comunicar, provocando o interesse do Enfermeiro pela pesquisa da linguagem não-verbal no cotidiano da prática de cuidar, fornecendo subsídios para a pesquisa e o ensino; demonstrando que as intervenções de Enfermagem devem ir muito além do cuidado físico e do controle técnico de monitores.

Afinal, esse ser cuidado pode estar tentando se comunicar e precisa ser compreendido.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

...após ter vivenciado uma situação em que não foi possível estabelecer um dos processos convencionais de comunicação com os prestadores de cuidados, é que percebo o quanto estamos distante de uma semiologia do gesto, da audição, da busca pela interpretação de todas as mensagens, para de fato podermos interpretar as buscas e necessidades básicas de nossos clientes.” (MACHADO,1999 p. 27)

Organizar um conhecimento não é uma tarefa fácil, isto porque recaem sobre nós muitas exigências, principalmente quando o objeto que queremos investigar não nos é tão familiar no plano teórico e empírico quanto no plano prático.

Somos cobrados a todo o momento sobre os princípios que devem estar contidos sobre aquilo que queremos investigar, quando na verdade, o que nos move são nossas paixões, nossos interesses que estão em jogo quando falamos do corpo e do cuidado que lhe ofertamos em qualquer situação em que se encontre.

Por detrás do que queremos encontrar sobre este corpo que emite signos, estão entendimentos e pressupostos que nos dispomos para compreender quando pensamos sobre o FUNDAMENTAL do CUIDADO⁴, sobre o CUIDADO⁵, sobre a ENFERMAGEM⁶ e sobre o CUIDADO DE ENFERMAGEM⁷ como princípios norteadores que fundamentam o estudo.

⁴ É a ordem ou conjunto de posições de idéias mais gerais e/ou mais simples, de onde se deriva a totalidade dos conhecimentos de Enfermagem. Representa as bases as quais se assenta toda a prática de Enfermagem, e inclui o aparato ético-filosófico e a dimensão histórica da profissão. (CARVALHO; CASTRO, 1985, p. 76).

⁵ O cuidado é fundamento, estrutura, conceito, paradigma epistemológico e unidade epistêmica de significado; esse é o conceito e ao mesmo tempo a definição, o que impede o vício de agregar do substantivo cuidado qualquer adjetivação, do mesmo modo, ele não está agregado a qualquer aula de conhecimento e nem as situações que são próprias da ciência da saúde. (FIGUEIREDO et al., 2009)

⁶ Enfermagem é “disciplina científica” ou “ciência humana” de pessoas e experiências no campo do conhecimento, fundamentações e práticas de cuidar de seres humanos que abrange o estado de saúde ao estado de doença, mediado por situações pessoais, profissionais, políticas, estéticas e econômicas (LIMA, 2006). É prática social e profissão tecnicamente fundamentada em princípios científicos, diretamente da ciências exatas (física, anatomia, biologia, química, fisiologia); ciências humanas (antropologia, filosofia, sociologia, psicologia) e em um conhecimento teórico prático (científico e empírico) (FIGUEIREDO CORPO, 2009, p. 426).

⁷ Cuidado de Enfermagem – expressão da Enfermagem aplicada e não restrita a especialidade de Enfermagem hospitalar, significando um conjunto de ações (ações e atos do cuidado) desenvolvidas em

Consideradas as exigências do que queremos estudar entendemos que devemos deixar claramente o que nos dá suporte ao objeto de estudo que envolve corpo e comunicação não-verbal e sígnica, que envolve problemas – os problemas humanos no âmbito de cuidar. Isto porque estão envolvidas pessoas diversas numa situação de cuidar de clientes em coma no CTI tais como: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, Médicos, Fisioterapeutas, entre outros.

As considerações fundamentais sob o aspecto do objeto deste estudo que traz implícito a questão da comunicação e da afirmativa de que a Enfermagem se utiliza a todo o momento da comunicação como instrumento do cuidado, como ela pode fazer isso quando o cliente não fala? Se for entendido que comunicar sob a forma verbal é um ato que acontece voluntariamente (KELEMAN, 1992) e se as mensagens não-verbais estão disponíveis a todo o momento, através da expressão corporal, afinal, de que linguagem os Enfermeiros lançam mão para se comunicar com esse cliente?

Segundo Zinn (2003), etimologicamente, a palavra comunicar origina-se do latim *communicare* que significa "pôr em comum". Já Silva (2003) diz que a comunicação interpessoal pode ser definida como um conjunto de movimentos integrados, que calibra, regula, mantém e, por isso, torna possível a relação entre os homens. Para Telles (2003), essa comunicação pode ser dividida em verbal (associada às palavras expressas por meio da fala ou da escrita) e em não-verbal (desenvolvida através de gestos, silêncio, expressões faciais, postura corporal, entre outros).

O signo, de interesse deste estudo, como a expressão da linguagem de um corpo que não fala é o que desconstrói a afirmativa de que o corpo em coma está vivo, ou seja, se expressa, comunica. E assim estão envolvidos nestas cenas de cuidar em CTI

situações de cuidados e dirigidas à pessoa sadia ou adoecida, as demais pessoas a ela ligada e aos grupos populacionais com meta de promover e manter o conforto, bem-estar e segurança, no máximo limite de suas possibilidades profissionais e institucionais, é uma ação incondicional do corpo que cuida e envolve impulsos de amor, ódio, alegria, prazer, esperança, desespero, energia. (FIGUEIREDO et al., p. 414).

dois corpos que falam (os dos clientes e os dos Enfermeiros) um que se expressa e o outro que fala e nesta fala pode ser desencadeados signos no corpo em coma (que não fala) e sinais na máquina.

Entender o que esse corpo em coma nos diz tem sido o desafio de muitos de nós que cuidam dele. Segundo Orlandi (2003, p.23) “o silêncio é a garantia do movimento de sentidos. O silêncio não é, pois, em nossa perspectiva, o “tudo” da linguagem. Nem o ideal do lugar do outro, como não é o abismo dos sentidos. Ele é a possibilidade para o sujeito”. Não estamos falando de um sujeito que cala porque quer, mas de um sujeito calado pela doença.

Entender a comunicação de uma pessoa impossibilitada de falar é de fundamental importância para o desenvolvimento de uma adequada metodologia da assistência de Enfermagem, tendo em vista, que, ao cuidar, o Enfermeiro precisa interagir. Logo, comunicar-se para intervir na demanda de cuidados que o cliente sugere pode indicar que o plano de intervenção seja todo voltado não para a fala e nem para o “silêncio”, mas para as impressões que são captadas pelos sentidos de olhar ou escutar os sons do corpo e dos registros que se desenham nas máquinas que ajudam o corpo a se manter vivo biologicamente.

Nesta relação intersubjetiva não é possível se esquecer que este corpo (antes falante) tem uma história de vida, uma história familiar, uma história profissional que não pode ser esquecida quando cuidamos dele.

A delicadeza de falar com ele, mesmo em coma, sobre passagens de sua vida, sobre temas que lhe interessam pode ser estimuladora de expressões sígnicas que entram pelo seu sentido de audição e estimulam o cérebro a responder de várias e diferenciadas formas.

A convivência com estes clientes tem sinalizado para nós que a máquina como extensão do corpo do cliente pode contribuir, em muito, com emissões de sinais que podem ser lidos como respostas do corpo a determinados estímulos que estão na ação de cuidar. Assim, é pertinente fazer uma diferença entre corpo e máquina onde o primeiro expressa signos – formas expressivas materiais concretas como uma lágrima, um sorriso, um rubor facial, um arrepio, etc. – e o segundo expressa sinais – frequência cardíaca, respiratória e pressão arterial. Por isso, correlacionar as respostas no cliente e na máquina é uma possibilidade a ser explorada neste estudo.

O cuidado como instrumento estimulador de respostas exige, dos Enfermeiros e de sua equipe, conhecimentos para além dos saberes da biologia e da tecnologia; quando alguém está em risco de vida ou muito doente, muitas vezes sem se comunicar verbalmente, o cuidado deve levar em consideração a ampliação dos conhecimentos práticos e teóricos na tentativa de aliviar o sofrimento dos clientes, de seus familiares e dos profissionais.

A afirmativa de que o corpo responde está baseada no entendimento de que ele é “uma antena biológica” constituída de substâncias bioquímicas que produzem calor, reações entre substâncias que provocam dor e prazer, de estímulos que percorrem os nervos, dos hormônios que se tornam caravanas a percorrer células e órgãos do corpo e assim vai captando tudo que acontece a sua volta.

Os estímulos provocados no sujeito do cuidado são decorrentes de diversas ações de cuidar e que vão se conectar a essa “antena biológica” quando:

- É banhado.
- É confortado.
- Tem sua roupa trocada.
- Conversam com ele.

- Medicamentos são administrados.
- Ouve o som de uma voz.
- O enfermeiro aproxima-se com o cheiro de seu corpo.
- Cria-se um ambiente saudável.
- Preocupa-se com a espiritualidade.
- É informado sobre o que acontece dentro e fora do CTI.
- Deixa-se que ele perceba que não está só, que tem alguém próximo.

(FIGUEIREDO, 2008)

Nestas ações estão incluídos todos os sentidos do corpo que cuida e que se ampliam decodificando-se na medida em que o cuidado aumenta em complexidade pela condição de saúde do cliente. E quando aumenta a necessidade de cuidados de alta complexidade, a atenção a subjetividade do cliente se tornam mais difíceis de serem atendidas.

Quanto mais ele cala pelo estado de coma, mais aumentam as necessidades dos profissionais entenderem o que acontece com ele, obrigando-os a acreditar que a saída para esta compreensão do outro está em saber ler os signos que ele expressa.

Expressões de movimentos do corpo, comuns nas preocupações dos Enfermeiros traduz-se como o termo científico cinésica (inglês Kinesics, do grego Kinesis, “movimento”) que designa uma disciplina aplicada ao estudo do comportamento comunicativo do corpo humano. Trata-se, portanto, de emitir e receber “mensagens silenciosas”. Todavia, é difícil identificar, descrever, e analisar movimentos do corpo, porque representam, via de regra, procedimentos largamente inconscientes, tanto para quem os apresenta, quanto para quem os capta (RECTOR, 2003 p. 51-52).

Para que nós Enfermeiros possamos prestar um cuidado adequado atentos a essa linguagem que não se utiliza da fala, precisamos reaprender a nos comunicar.

Reaprender a ver, a ouvir e a sentir a linguagem utilizada pelo nosso doente. Descobrir na multiplicidade de significantes, tais como um olhar, uma expressão facial, uma lágrima, uma alteração no monitor cardíaco e até mesmo no “aparente silêncio”. Estes significantes são a base da comunicação do doente impossibilitado de falar.

Ampliando ainda mais sobre os fundamentos do objeto desta investigação, entendemos que precisamos falar sobre:

A. CORPO E COMUNICAÇÃO

Normalmente, na prática, não é assim que pensamos no corpo como o sujeito que cuidamos – não há uma preocupação com o conhecimento do corpo (por inteiro) a não ser compartimentado e entendido como portador de uma doença como aquela que é indicadora de conhecimentos anátomo-biológicos e de cuidados que dê conta dos sinais e sintomas das doenças. Muito distantes estão as preocupações com o corpo sensível, subjetivo, emocional e merecedor de atenções para além do estado de doença.

Para Gil (1997, p.27) o corpo tem interessado a estudiosos diversos que lhe impõe diferentes entendimentos que dependem da área de conhecimento de cada um deles. Destas diversas posições sobre o corpo, Gil (1997, p.27) destaca que eles se concentram em “torno do espaço interior do corpo, segundo quatro noções: espaço do corpo, limiar e intervalo do corpo, que se fixam no limite da pele, no espaço próprio do corpo com uma tipologia singular”... Assim ele vai nos orientando que este corpo que cuidamos tem fraturas, orifícios, reentrâncias, apêndices e texturas (poroso e sólido) que somente se exterioriza pelos orifícios da comunicação: olhos, ouvidos, boca, nariz, pênis, vagina, ânus e outros mais.

Para nós, é preciso saber mais sobre este corpo em coma para poder destacar uma conduta mais acertada que Figueiredo *et al* (2009, p.30) sugere que só é possível se

o interesse da Enfermagem for ampliado para fora dos sinais e sintomas, como olhar para o outro, ultrapassar a estrutura organizada por órgãos e sistemas para pensar que ele é pele, pensamento, movimento (físico-político-social); é sentido e sentir (audição, visão, fala, toque, olfato); ético, político, histórico, expressivo (verbal e não-verbal); poderoso, espiritual, lúdico, reativo aceita ou não o cuidado, que tem direitos e deveres porque é cidadão...”

Quando falamos do corpo que comunica estamos falando, como diz Figueiredo *et al* (2009, p.43), de “novas formas de olhar, de aprender a olhar o corpo, o que depende de treino em espaços de aprendizagem”. Não é possível esquecer que os “sentidos estão presentes na ação humana e necessitam de encontros humanos, pois o corpo funciona por meio de movimentos sensoriais capazes de captar sensações, como um radar, os signos do corpo enviam mensagens para os outros ao seu redor”...

Esse tema nos instiga a aprofundar mais sobre o que entendemos sobre o corpo sadio e, assim, entender melhor o corpo com desvio de saúde. Falar sobre corpo na Enfermagem é quase que obrigatório já que ela é desenvolvida através de profissionais que cuidam do corpo, que estão em permanente contato com ele, sem muita vezes se darem conta de que tem um saber-fazer sobre ele.

Mas isso não significa dizer que é simples, uma vez que o fortalecimento de nosso saber sobre ele não só porque é de origem biomédica (conhecimentos biológicos, bioquímicos, fisiológicos e anatômicos) e têm sido a base de nosso conhecimentos sobre ele, mas, porque ler o corpo é extremamente complexo principalmente quando falamos, de um corpo que se expressa em “silêncio”.

O corpo, segundo Lima (2006), é a forma original de que cada ser humano dispõe para relacionar-se com outros; para exteriorizar a realidade profunda que nele habita. Enfim, para dar “corpo” a sua própria identidade.

Refletindo a respeito do corpo na relação interpessoal da Enfermeira e o cliente, Silva (1998a) indica como primeiro passo para o cuidar na Enfermagem, perceber o nosso corpo, para podermos descobrir os sentimentos mais verdadeiros e profundos que existem em nós. Só assim é possível compreender nossa relação com os outros e poder depurar mais essa próxima presença com eles – os nossos doentes – quando cuidamos atentos a um corpo que se expressa, mesmo em coma.

Provavelmente, teremos as mesmas ou maiores dificuldades em tratar sobre a linguagem do corpo do sujeito impossibilitado de falar de tão acostumados que estamos em lidar com corpos “normais” e aparentemente de fácil abordagem. Essas experiências vão aos poucos nos ajudando a descobrir o que sabemos sobre eles.

Fazendo uma reflexão sobre como o corpo e o toque são percebidos, encontramos em Zinn *et al* (2003) uma ressalva que chama a atenção para a possibilidade da tecnologia avançada substituir o que é próprio do ser humano, destacando que:

"O afago, o aperto de mão, oferecendo apoio e suporte, ou mesmo o olhar carinhoso e amigo parece não ser mais necessário. A máquina passa a realizar o cuidado e a cuidadora a ocupar-se, absorvendo-se e concentrando-se no manuseio da mesma, por vezes esquecendo o ser humano a ela conectado".

Não tocar é a impossibilidade de manter o cliente no fluxo da vida, como algo vivo e não mecânico, que troca energia e informações. Os Enfermeiros estarão cuidando de clientes e máquinas – clientes que emitem signos (subjetivo) e máquina que mostra a normalidade e alterações de sinais vitais.

Esses são problemas que dizem respeito à comunicação não-verbal e estudos desenvolvidos nesta área podem proporcionar aos profissionais que cuidam de clientes em coma o desenvolvimento da capacidade de perceber com maior precisão os anseios e desejos do cliente, suas dúvidas em suas dificuldades de verbalização. Ajuda ainda a

potencializar sua própria comunicação, enquanto ser humano transmissor de mensagens e deve ampliar sua capacidade de decodificar as informações que entram através de seus olhos.

Segundo Birdwhistell (1985), um grande estudioso da linguagem do corpo, somente 35% do significado social de qualquer interação corresponde às palavras pronunciadas, pois o homem é um ser multisensorial que, de vez em quando, verbaliza. No entanto a comunicação não se constitui apenas na palavra verbalizada. Temos de aprender a ser artistas, no sentido de captar as mensagens, interpretá-las adequadamente e potencializá-las criativamente. É o tesouro da linguagem não-verbal que precisa ser descoberto e lapidado.

Um dado interessantíssimo merece ser ressaltado: estudos de comunicação não-verbal estima que apenas 7% dos pensamentos são transmitidos por palavras; 38% por sinais paralinguísticos, tais como entonação de voz, velocidade com que as palavras são pronunciadas; e 55% pelos sinais do corpo (fisionomia tensa, olhar triste etc.). Enfim, o corpo grita sem palavras!

A tarefa do profissional de saúde é decodificar, decifrar os elementos formais para entender o significado da mensagem que o cliente envia, para só então estabelecer um plano de cuidados adequado e coerente com as suas necessidades.

Contudo, quase sempre nos esquecemos de que o cliente, vivendo em cima de uma cama e totalmente dependente dos nossos cuidados, já foi uma pessoa livre, dona de seu corpo e de suas vontades. A perda da autonomia, conquistada desde a infância, faz com que ele regrida e volte toda a sua atenção para coisas que, até então, passavam despercebidas no seu dia-a-dia como o simples fato de tomar banho no leito, como acontece com a pessoa que está em estado de coma.

Todas as reações físicas obedecem ao comando mental, e o que leva uma pessoa a agir, em primeira instância, é sempre a emoção ou estímulo externo a pessoa que está em coma, por sua vez, age basicamente como uma pessoa assustada, pois está em um ambiente desconhecido e, em sua imaginação, tudo pode acontecer. O instinto natural de autodefesa e autopreservação falam mais alto e ele passa, então, a prestar atenção redobrada ao que acontece à sua volta, delimita o próprio território e não admite a invasão arbitrária. O profissional de saúde precisa estar atento à linguagem corporal e aprender a distinguir, em cada contexto, em cada sinal, em cada signo, quais são seus sentimentos expressos no rosto, principalmente.

No meio dos movimentos de cuidar, ricos em sons decorrentes da conversa dos profissionais, dos aparelhos ligado ao cliente, do ar condicionado, do telefone, ler os signos do corpo fica mais difícil. Por isso a escuta e o olhar atento se tornam instrumentos altamente sensíveis para identificar e interpretar o que o corpo fala que nos indica como uma linguagem corporal cheia de formas expressivas – calor, rubor, tremor, arrepio, expressões musculares, tentativas de falar através de olhar, etc.

Aumentamos nossa efetividade na comunicação quando tomamos consciência da importância da linguagem corporal, principalmente no tocante à proximidade, postura e contato visual. A comunicação adequada é difícil porque a maioria dos estímulos é transmitida por significantes e não por símbolos já convencionados na sociedade.

Podemos então dizer que comunicar é o processo de transmitir e receber mensagens por meio de signos, sejam eles símbolos⁸ ou sinais.

Cada parte do corpo humano fala exatamente isso – a sua parte. Cada significante diz seu significado – como diria Saussure. Pirre Weil (2007), um grande

⁸ São objetos físicos a que se dá significação moral fundada em relação natural (DÍAS BORDENAVE, 2007).

estudioso da comunicação não-verbal, nos traz grandes contribuições acerca dos significados para alguns significantes da comunicação do corpo:

- Aumento da respiração significa tensão e forte emoção.
- Suspiros são indicadores de ansiedade e angústia.
- Caso a pessoa esteja apenas levemente vestida pode-se observar o palpitar do coração; o aumento do ritmo cardíaco é também indicador de forte emoção.
- Sobrancelhas abaixadas: concentração, reflexão, seriedade.
- Sobrancelhas levantadas: surpresa, espanto, alegria.
- Olhos brilhantes: entusiasmo, alegria.
- Olhos baços: desânimo, tristeza.
- Lábios arqueados para cima: prazer, alegria, satisfação.
- Lábios arqueados para baixo: desprazer, tristeza, insatisfação.
- Lábios em bico: dúvida, contrariedade, raiva.

Essas são decodificações dadas e que podem ser instrumentos para testar o que vemos e que pode nos ajudar a interpretar a linguagem, entendida por Weil (2007, p. 259) quando diz que o homem não consegue dominá-la a partir da afirmativa:

“É possível tornarmo-nos conscientes das nossas posturas e querermos controlá-las. Mas só conseguiremos isso durante alguns segundos ou no máximo minutos. No entanto, como é grande o número de mensagens corporais que podemos entender claramente nestes tão breves instantes!”

Isto nos indica que devemos estar aguçados para estes instantes e próximos de nossos clientes.

B. Sobre os signos nos cuidados de Enfermagem

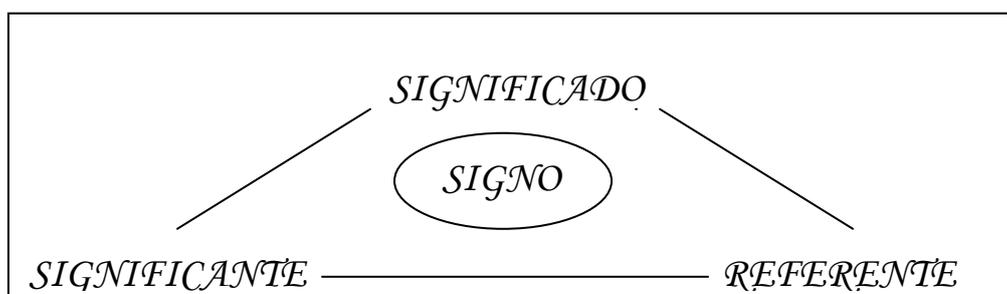
Não temos dúvida de que esse tema é mais um complicador a desafiar-nos porque este não é o discurso que habitualmente utilizamos no cuidado. Há um

entendimento dos profissionais, docentes e estudantes de Enfermagem, que antes de pensar-fazer semiologia e semiotécnica é preciso pensar numa SEMIÓTICA⁹ para o cuidado, para a “ciência” do cuidado.

Neste caso estamos atentos a semiótica como instrumento teórico para cuidar de um corpo em coma que assenta-se sobre os sentidos como instrumentos que nos ajudam a captar, ouvir, olhar, sentir no toque. Sentidos que para Ackermam (1992) são como aqueles que esclarecem a vida em atos gritantes ou sutis; divide a realidade em fatias vibrantes; captam transações e fornecem milhões de informações ao cérebro, como se fossem microscópicas peças de um quebra-cabeças.

Um jogo presente no cuidado, que é um quebra-cabeça, se torna mais complexo quando a situação do cliente também se torna mais complexa optamos por uma semiótica que pode nos ajudar a dar conta da riqueza de signos, que se concretiza no olhar de quem o vê, e amplia a semiologia a que estamos acostumados.

A semiologia, segundo Barthes (1992), é uma parte da lingüística, mas precisamente, a parte que se encarrega das grandes unidades significantes do discurso. O referente, o significante e o significado são os componentes de um signo do qual o objeto referente, ou simplesmente o referente é aquele o qual o signo faz referência, o plano dos significantes constitui o plano das expressões e o plano dos significados, o plano de conteúdos. A significação é o ato que une o referente, significante e significado, cujo produto dessa união é o signo conforme apresentado na fórmula de Días Bordenave, 2007:



⁹ Semiótica como a ciência que estuda os signos e seus elementos ampliando para um discurso do olhar intersubjetivo sobre o outro que pode acrescentar-se a semiologia médica que usamos quando fazemos o exame físico do corpo (ARKERMAM, 1992).

Para melhor esclarecer pelo fato de não estar acostumado com essa terminologia apresentamos duas situações:

Situação 1

Enquanto duas auxiliares de Enfermagem realizavam o banho no leito em uma pessoa em coma internada no CTI, uma Enfermeira se aproximou e disse que do lado de fora do CTI estava uma moça que dizia ser a filha da cliente em coma, e que estava muito ansiosa para entrar e ver sua mãe, pois, desde a sua internação há quase 15 dias que mãe e filha não se vêem. Disse também que elas são muito amigas e que só não veio antes porque mora fora do país e não a avisaram (referente). Ao passar essa informação para a cliente em coma, eis que surgiu uma lágrima (significante) provavelmente de saudade (significado).

Situação 2

Referente → Terri Schiavo (na imagem a seguir com sua mãe Mary Schindler), Norte-Americana, entrou em estado vegetativo, em 1990, após a adoção de uma dieta de chá gelado (relacionada com a sua bulimia), resultando em uma deficiência de potássio desastrosa que causou danos cerebrais irreversíveis. Neste estado de coma vegetativo persistente, ela manteve-se nos últimos quinze anos de sua vida.

Seu marido, Michael Schiavo, declarou que era o desejo de sua esposa que ela não fosse mantida viva por meios mecânicos e entrou na Justiça pedindo a eutanásia. Ambos os médicos de Terri e os médicos nomeados pelo Tribunal de Justiça consideraram que não existia uma esperança de reabilitação. Michael Schiavo queria que o suporte nutricional (tubo de alimentação dela) fosse removido, após o que Terri poderia morrer lentamente de desnutrição e desidratação.

E finalmente em 18 de março de 2005, o tubo de alimentação de Terri foi removido por ordem judicial e seu coração parou de bater 13 dias depois. Michael, seu ex-marido, alegou que, quando o tubo foi retirado, Terri deixou escapar: "Eu quero viver!", mas aí já era tarde demais.



Fonte: <http://harveygold.files.wordpress.com/2006/12/terry-schiavo17.jpg>

Significantes → olhar brilhante, levantamento da bochecha, sorriso, abertura da boca e dos olhos, olhar na direção da pessoa.

Significados → alegria, surpresa, interesse.

Nós, pesquisadores, não estamos interessados, inicialmente, no significado, mas em identificar no signo o significante como o norteador de um cuidado que envolve subjetividade.

Quando a semiologia proposta por Saussure e desenvolvida depois por outros cientistas constituiu-se objeto de colóquios internacionais, o termo semiologia foi examinado seriamente, e foi proposto substituí-lo por “semiótica”, e isso por uma razão que particularmente nos interessa aqui: a fim de evitar a confusão entre a semiologia de origem lingüística e a semiologia médica; é por isso que foi pedido que se designasse a semiologia não-médica pelo termo semiótica (BARTHES, 2001 p.232).

Temos a certeza de que estamos falando de uma semiótica, que não é médica, mas que também nos interessa no momento do exame físico. Precisamos aceitar a afirmativa de Santaella e Nöth (1998) de que “o código verbal não pode se desenvolver sem imagem” o que não acontece com o corpo em coma, mais uma imagem de um corpo que se expressa e assim esse corpo-imagem que não fala, codifica-se em signos a serem decodificados por nós.

No seu “silêncio” não-verbal há de se acreditar que há uma fala que está presa em sua mente que cria formas de se expressar colocando para fora sutis signos e até, em alguns momentos, apresentando determinados gestos que podem conter signos. No entanto o doente em coma não faz gestos porque o corpo está impedido de fazê-los. Para que o leitor não confunda gestos com signo, que estão presentes nas relações de comunicação humana, apresentamos como informação ilustrativa segundo Ekman (1971) os gestos humanos classificados em cinco categorias:

1. Emblemáticos : são gestos culturais, aprendidos, e admitem transposição oral direta. São gestos simbólicos de largo uso social. Exemplos de gestos emblemáticos na nossa cultura:
 - bater o pé – impaciência, raiva;
 - mover as mãos lentamente – adeus, até logo;
 - encolher os ombros – dúvida, proteção;
 - tamborilhar os dedos – ansiedade;
 - mãos ou dentes cerrados – raiva;
 - bater palma rápido e forte – aprovação;
 - bater palma devagar e fraco – desaprovação;
 - roer as unhas – ansiedade ou medo.

2. Ilustradores – são gestos aprendidos por imitação. Acompanham a fala enfatizando a palavra ou a frase como se desenhassem a ação descrita. Davis (1979) diz que, se você pedir a alguém que repita o que disse porque não entendeu direito, a ilustração virá, caso não tenha ocorrido da primeira vez.
3. Reguladores – são gestos que regulam e mantêm a comunicação entre duas ou mais pessoas. Sugerem ao emissor que continue, repita, elabore, dê oportunidade ao outro de falar. O maneiio positivo com a cabeça reforça a continuidade da fala do outro; o movimento dos olhos na direção da pessoa reforça a fala, e o desvio, inibe.
4. Manifestações afetivas – são configurações faciais que assinalam estados efetivos. Podem ser conscientes ou não.
5. adaptadores – funcionam como “muletas”, isto é, são partes do nosso corpo que usamos para compensar sentimentos como insegurança, ansiedade e tensão. Isso acontece principalmente quando não conseguimos verbalizar o que sentimos diante de um interlocutor presente ou mesmo quando estamos sozinhos.

No encontro do cliente, para cuidar dele, os Enfermeiros têm mais facilidade de trabalhar com sinais, pois é o que eles são treinados em sua formação. Os sinais são importantes para conhecer seus clientes e eles se colocam melhor no rosto, segundo Ekman (apud KNAPP, 1980) que afirma, os sinais faciais podem ser classificados em quatro tipos:

1. Sinais estáticos – não mudam ou mudam pouco durante a vida das pessoas.
2. Sinais lentos – estão relacionados com a idade, como rugas por exemplo.

3. Sinais rápidos – mudanças que ocorrem rapidamente no rosto, às vezes em questão de segundos, e são mais sutis, como o movimento e tônus muscular, temperatura e coloração da pele, suor e dilatação da pupila.
4. Sinais artificiais – são assim chamados por interferir em veículos dos sinais estáticos e lentos. Além desta classificação o autor ainda divide as configurações faciais em três áreas: testa, olhos e boca; e descreve as chamadas emoções puras:
 - alegria – pálpebras levantadas, sorriso, “olhar brilhante”, levantamento da bochecha com fechamento do olho e levantamento da boca;
 - raiva – testa enrugada verticalmente pela junção das sobrancelhas, olhos fechados e tensos ou abertos e firmes, boca tensa, mandíbula cerrada, pupila contraída;
 - nojo – lábio superior levantado com acompanhamento ou não do lábio inferior, sobrancelha acentuada;
 - medo – testa levantada com rugas horizontais, pálpebras fechando rapidamente ou abrindo-se excessivamente, rigidez, lábio finos e tensos com boca aberta ou não;
 - tristeza – comissura labial voltada para baixo, sobrancelha oblíqua, “olhar cabisbaixo”, choro;
 - surpresa – abertura da boca e dos olhos, sobrancelhas erguidas e afastadas;
 - desprezo – lábio superior com um dos cantos levantados, olha de cima para baixo;
 - ansiedade – suor na região frontal, palidez, rugas na fronte, mordiscar os lábios;

- dor/incômodo – olhos fechados, rugas na testa, lábios comprimidos, rigidez facial, comissura labial voltada para baixo, suor frio, choro;
- dúvida – lábios em “bico”, inclinação lateral da cabeça, sobrancelhas erguidas;
- interesse – olhar na direção do objeto ou da pessoa, sorriso, maneiio positivo da cabeça;
- vergonha – rubor na face, abaixar os olhos, mudança do foco do olhar, leve protusão da língua, observação através dos cílios.

Na busca de uma leitura do corpo que se expressa através de signos, temos nos detido nos significantes. Estamos em busca do que representa para nós, o significante emitido pelo sujeito de nossa atenção. Alguns significados que os Enfermeiros dão são decorrentes de experiências empíricas no cotidiano de cuidar, carregados de expressões sem a devida confirmação.

É importante dizer que o cliente passa uma imagem mental a partir de uma situação silenciosa de seu corpo e nos obriga a utilizarmos da nossa cognição para processar os signos de seu corpo se expressa através de linguagem não-verbal. Essa representação mental do conhecimento sobre imagem e signo são descrito por Santaella e Nöth (1998) como: idéias no sentido de uma matéria mental estruturada; como imagens; como símbolos e como estados neurofisiológicos.

Também não tem sido comum a utilização da ciência da cognição na prática de cuidar da Enfermagem, mesmo que sejam sujeitos cognitivos ou estejam o tempo todo trabalhando com imagem real e imagem mental – imagem interior. Isto porque, cada uma delas também tem uma linguagem silenciosa, tem imagem mental própria – interpreta o que percebe a partir de um objeto externo. No caso desse estudo, o objeto externo é o corpo impossibilitado de falar – objeto referência.

Devemos considerar Gil (1997) quando fala do corpo tradutor de signos como o lugar de operações que se realizam e permanecem desconhecidas. Assim, permanecerão até que uma semiologia adequada seja estabelecida, isto é, que se tenha o domínio trans-semiótico.

Esse autor diz ainda, que é conveniente dar um lugar de importância ao corpo, à sua aptidão para emitir e receber signos, para inscrevê-los sobre si mesmo, para traduzi-los uns nos outros. O corpo desempenha papel decisivo na função significante e, em especial, no simbolismo.

É pertinente considerar o que é entendido sobre cada sentido, ferramenta de um olhar/sentir atento quando tentamos ler/interpretar o que o corpo nos fala, a partir dos autores Rector (2003) e Ackermam (1992):

- Visão

É o mais “racional” dos sentidos. O comportamento ocular é talvez a forma mais sutil da linguagem física. A cultura nos programa desde pequenos, ensinando-nos o que fazer com os olhos e o que esperar do próximo. É um sentido que nos mostra o mundo.

- Audição

Se a visão é tida como o mais “racional” dos sentidos, é possível que seja a audição o mais “sensível”. É ela, de resto, um dos instrumentos privilegiados da consciência que temos de nós mesmos e do mundo que nos cerca. Escutar é um ato voluntário, porque se refere a uma aquisição cultural. Já ouvir é, a princípio, um fato natural, em que o ouvido percebe e localiza fontes de emissão sonora. O que chamamos de som é, na verdade, o avanço, o ondular

e o recuo de uma onda de moléculas de ar, desencadeados pelo movimento de qualquer objeto, grande ou pequeno, e que se expandem em todas as direções. O som é importante para apurar a audição, além de estimular todo o sensorial das pessoas ajudando-as a interpretar, comunicar e expressar fatos do mundo que as rodeiam.

- Tato

O estudo da comunicação pelo tato chama-se de tacésica. O toque físico permite sempre um aumento do fluxo e do refluxo das emoções. O exercício da comunicação tátil se faz pelo toque (mão, braços etc.). O tato é, portanto, a capacidade de tocar e sentir objetos externos. Assim, o toque é a primeira forma de que dispomos para comunicar. É surpreendente a quantidade de informações que podem ser transmitidas por meio do toque. Pode-se focalizar a atenção em qualquer órgão, mas o tato encontra-se por todo o corpo. Tocar é o mesmo que desencadear numa sinfonia, porque ele vai estimular conexões de várias partes do corpo. As partes do corpo estimuladas pelo toque poderão representar naquele que é tocado um mergulho em seu passado. Quem toca o outro não percebe o que ocorre e talvez, por causa disso, não valorize o toque como algo muito mais do que simplesmente tocar.

- Paladar

O gosto é uma parte intrínseca de nosso ser. O paladar é um dos nossos mais aguçados sentidos. O paladar é um importante canal de comunicação, pois sempre permite experimentar e conhecer os sabores que dão gosto ao

mundo. O profissionais devem ficar atentos à falta de paladar, pois ela provoca dificuldades, levando o cliente à perda de vontade de se alimentar e tristeza por perder algo que lhe era vital, o sabor da comida.

- Olfato

Segundo Rector (2003), a “linguagem do cheiro”, olfativa, é uma forma de comunicação constituída por sinais químicos, que, emitidos, provocam comportamentos variados por parte de um eventual receptor. A mensagem olfativa é de apreensão difícil, porque não se pode definir a materialidade física de um cheiro. Mas usar um perfume é emitir uma mensagem olfativa. Todo perfume funciona como um signo, compreendendo um significante (a sua composição físico-química) e um significado (socialmente valorizado). Assim se o significante é o mesmo para todos, o significado pode variar, modificando-se mensagem. O olfato é o único sentido humano cujas células receptoras são as próprias células cerebrais em contato direto com o estímulo recebido. O olfato é o mais direto dos nossos sentidos. È o sentido mais peculiar a cada pessoa, o qual entra em ação quando os odores levam a pessoa que os sente a lugares diferentes no passado, apesar de não haver muita relação entre olfato e o centro da memória.

Enfim, se o homem primitivo sabia provar as coisas pelo paladar, aprendeu a saboreá-las; se sabia vê-las, aprendeu a observá-las; se sabia ouví-las, aprendeu a escutá-las; se sabia cheirá-las, aprendeu a sentí-las; se sabia pegá-las, aprendeu a tocá-las. É o que se pode chamar, em diferentes quadros culturais, de intelectualização da sensorialidade. Os sentidos humanos servem efetivamente à comunicação social e são partes integrantes de toda comunicação do corpo. (RECTOR, 2003 p. 33-48).

Podemos concluir que o corpo fala através dos sentidos, ou seja, todo homem pode entender seu próximo e comunicar-se com ele sem dizer nenhuma palavra.

C. Sobre a enfermagem e a comunicação não-verbal

Bordenave (1998) definiu comunicação como um processo natural, uma arte, uma tecnologia, uma situação e uma ciência social. Silva (1993) diz que a Enfermagem é a arte e a ciência do cuidar, cuidar de pessoas! E para que isso seja viável é necessário um processo de interação entre quem cuida e quem é cuidado, e que para isso é necessária uma troca de informações e de sentimentos entre essas pessoas.

A Enfermagem teve, durante muitos anos, a orientação de sua prática dirigida para enfrentar as circunstâncias mais imediatas apresentadas na vivência clínica que eram resolvidas de forma intuitiva e pouco reflexiva. Os Enfermeiros estiveram voltados para uma prática direcionada pela mesma ótica que conduz as atividades praticadas pelos médicos, centralizando suas ações mais na doença do que no cliente (TANNURE & CHIANCA, 2006).

Neste sentido, considerando que a comunicação se faz presente em todas as nossas ações e etapas do Processo de Enfermagem (Histórico, Diagnóstico, Planejamento, Implementação e Avaliação), perdemos grandes oportunidades de nos comunicar e perceber a linguagem que nosso doente utiliza para se comunicar. Logo, o que a Enfermagem vem registrando como signos expressos pelo corpo dos clientes em coma ainda é uma questão a ser resolvida.

Toda a situação de relação implica comportamentos que se expressam por mensagens sucessivas, a que Watzlawick (1967) chamou interação. Ainda segundo o

autor, um comportamento não tem oposto, significa que não existe a "não-comunicação" ou que é impossível não comunicar.

Toda a mensagem expressa um conteúdo e permite estabelecer uma relação. Não existe só transmissão de informação ou conteúdo numa mensagem, existem informações sobre essa informação. Por exemplo, quando alguém diz "bom dia", é possível saber informações acerca da pessoa: se está triste, zangada, feliz ou surpresa.

Pensando no postulado de Watzlawick – "é impossível não comunicar" – toda a comunicação tem aspectos conscientes e inconscientes, onde o emissor afeta o receptor e este afeta o outro, e ambos afetam o meio que os circunda. Disso sabemos, mas, os Enfermeiros dizem que durante o momento da visita a pacientes internados em CTI, é notória a dificuldade com que os familiares se aproximam do cliente. Afinal, como interagir com alguém que não responde?

Neste estudo, utilizamos Knapp (1970) como referência para classificação dos sinais não-verbais:

1. Paralinguagem – é qualquer som produzido pelo aparelho fonador que não faça parte do sistema sonoro da língua usada. Independentes dos fonemas que compõe as palavras, os sinais paralinguísticos demonstram sentimentos, características da personalidade, atitudes, formas de relacionamento interpessoal e autoconceito.
2. Cinésica – é a linguagem do corpo, ou seja, os seus movimentos, desde os gestos manuais, movimentos dos membros, meneios da cabeça, até as expressões mais sutis, como as faciais. Sabe-se que quanto mais encoberto for um significante – um leve tremor nas mãos, por exemplo – mais difícil é ter consciência dele.
3. Proxêmica – é o uso que o homem faz do espaço enquanto produto cultural específico, como a distância mantida entre os participantes de uma interação.

4. Tacêsica – é tudo que envolve a comunicação tátil: pressão exercida, local onde se toca.

Sendo a comunicação um dos instrumentos básicos de cuidar – assim nos é ensinado na Enfermagem Fundamental –, fui buscar na produção do conhecimento de Enfermagem o estado da arte sobre a comunicação não-verbal destacando-se a leitura dos signos para despertar naquele que cuida a necessidade de conhecer as diferentes formas de comunicação não-verbal expressas pelo cliente. Através da meta-análise foram analisados os estudos encontrados no Banco de Dados de Enfermagem (BDENF) – 80 estudos – e na Scientific Eletronic Library Online (SciELO) – 41 estudos – com o termo de busca “comunicação não verbal”.

A comunicação não-verbal envolve todos os órgãos do sentido e ocorre na interação pessoa-pessoa mesmo que não haja verbalização de palavra alguma. Ou seja, quando é aceito e entendido que todo comportamento, numa situação interacional tem valor de mensagem, entendemos que o indivíduo pode deixar de verbalizar algo ao outro, mas não deixa de se comunicar através da expressão facial, postura corporal, distância mantida, entre outros (SILVA, 1993).

Os tipos de significantes não verbais mais encontrados na amostra pesquisada foram: as ações ou movimentos corpóreos, o toque, a postura corporal, os sinais vocais, o espaço entre os comunicadores, os objetos e adornos utilizados, o tipo do corpo das pessoas envolvidas no processo comunicativo, o momento em que as palavras são ditas, expressões faciais e gestos.

Os estudos nos dizem que devemos aprender a decifrar as mensagens “silenciosas” (não-verbais) com tanta facilidade como as comunicações escritas ou faladas, Observa-se, no entanto, que a percepção dos Enfermeiros, a respeito da comunicação na interação com os clientes, está voltada para a comunicação verbal.

O toque é considerado como uma das maneiras mais importantes de comunicação não-verbal, podendo enviar mensagens positivas e negativas para o cliente, dependendo do momento, forma e local onde ocorre. É referida à comunicação não-verbal como uma possibilidade importante do Enfermeiro responder às necessidades emocionais do cliente (DELL'ACQUA *et al*, 1998).

Para prestar assistência ao cliente é citada como premissa a necessidade de compreendê-lo, para assim ministrar os cuidados de Enfermagem, e esta compreensão será oriunda do que for expresso por ele de maneira verbal e também do não-verbal.

Para tanto, o Enfermeiro terá que se manter atento aos diferentes canais onde a interação está ocorrendo (SILVA, 1991).

Muito embora a linguagem falada seja considerada um dos mais importantes meios de comunicação, ela não é o único. Podem ser utilizados outros significantes como movimentos dos ombros, movimento dos dedos, ou da cabeça, bem como um piscar de olhos (SILVA, 1991).

O rosto é um dos canais onde as formas mais expressivas do corpo se manifestam, talvez por ser a parte mais exposta. As mensagens principais, emitidas através da expressão facial, são provavelmente a felicidade, a surpresa, a tristeza, o medo, a raiva, o desgosto, o desdém, o interesse. Da mesma forma que as palavras, o silêncio tem significado (SILVA, 1991).

Segundo Silva (2007) as fontes primordiais do comportamento não-verbal são:

1. Programas neurológicos herdados – são próprios da espécie humana. Uma experiência realizada com crianças surdas e cegas de nascimento, e que, portanto, não puderam aprender por imitação, constatou-se o desenvolvimento das mesmas expressões de crianças normais, diferenciando-se apenas o grau de demonstração. Exemplificando, eles levantam as sobrancelhas e abrem mais os

olhos por surpresa, choram ao sentir tristeza, ficam ruborizadas de vergonha e sorriem quando alegres.

2. Experiências comuns a todos os membros da espécie – são aquelas relacionadas, principalmente, com a demonstração de necessidades fisiológicas. Independentemente da cultura, o bocejo significa sono ou relaxamento.

Como podemos observar, a linguagem do corpo diz muitas coisas tanto para nós quanto para aqueles que nos rodeiam. O corpo é, antes de tudo, um centro de informações; transmite mensagens, emoções e reações diante de uma situação.

Fica claro que as manifestações proxêmicas¹⁰ e tacésicas¹¹ devem ser consideradas na experiência do Enfermeiro. Quando se valorizam os aspectos subjetivos e se explora o potencial de informações do cliente, enquanto ele se mantém em “silêncio”, certamente obtém-se com ele uma interação mais calorosa. O Enfermeiro precisa refletir sobre a comunicação não-verbal para torná-la mais consciente e ter recursos para entender seu próprio comportamento e o do cliente.

Silva (1993) afirma, então, que quanto maior for a capacidade do profissional de saúde de decodificar corretamente o não-verbal, maiores serão as suas condições de emitir adequadamente os sinais não-verbais, ser coerente na sua relação com o paciente (falar e agir expressando a mesma coisa), potencializar a sua capacidade de compreendê-lo e de comunicar e orientar.

¹⁰ Uso do espaço pelo homem.

¹¹ Linguagem do toque.

CAMINHO METODOLÓGICO

Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa experimental com abordagem quanti-qualitativa que não segue as orientações das pesquisas sob controle como acontece nas ciências básicas. Experimental porque o objeto de investigação exige esta postura; porque é preciso encontrar e descrever a linguagem corporal do cliente e como expressa em signos que devem ser identificados.

Gil (1999) ressalta que há pesquisas que, embora não apresentando distribuição aleatória dos sujeitos nem grupos de controle, são desenvolvidas com bastante rigor metodológico e aproximam-se bastante das pesquisas experimentais básicas.

A opção por esse tipo de estudo pode ser entendida por LoBiondo (2001) como um estudo experimental onde é possível observar o que ocorre, quando ocorre, a quem ocorre e como ocorre, tornando-se possível a análise de relações causa-efeito; são estudos que proporcionam a validação da prática clínica e fundamentos lógicos para mudar alguns aspectos específicos da prática sendo úteis para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem porque testam os efeitos das ações de Enfermagem.

Segundo Polit e Hungler (2004), quando utilizamos a abordagem quanti-qualitativa na pesquisa, permitimos que cada método desempenhe o seu papel evitando limitações da abordagem única levando assim, ao enriquecimento da pesquisa. Embora os dados qualitativos prevaleçam no estudo de campo, os pesquisadores, algumas vezes, podem incluir medidas quantitativas ao trabalho de campo para tirar proveito de uma coleta mais estruturada de informações.

O local escolhido para cuidar e identificar signos e sinais da pessoa em coma foi o CTI de dois Hospitais Municipais da Cidade do Rio de Janeiro. A produção de dados

iniciou-se a partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (anexo A) da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e assim atendemos as exigências da resolução 196/96.

Nestes hospitais, a maior parte dos doentes encaminhados para o CTI é provenientes da emergência e por problemas que envolvem risco de vida e/ou que dependem do uso de máquinas para manutenção da vida. Muitos se encontram em coma que é decorrente do trauma ou da doença ou induzido por opção de tratamento médico.

Os clientes escolhidos para o estudo incluem-se nos seguintes critérios:

- Estar internado no CTI.
- Estar em coma (ou impossibilitado de falar).
- Maiores de 18 anos de idade.
- De qualquer sexo.
- Podem estar sedados ou não.
- Pontuação na escala de coma de Glasgow maior ou igual a três.

A escala de coma de Glasgow (apêndice A) foi publicada oficialmente por Teasdale e Jannett em 1974, como um apoio para a avaliação da profundidade e duração clínica da inconsciência e coma. Inicialmente, a escala de coma de Glasgow foi desenvolvida como um instrumento de pesquisa para estudar o nível de consciência de clientes comatosos. Jannett comentou que a escala foi adotada para melhorar a comunicação entre os profissionais fornecendo uma linguagem comum para informar os achados neurológicos baseados em informações obtidas à beira do leito. Jannett deu crédito às Enfermeiras a beira do leito para o sucesso inicial da escala de coma.

Escolhemos o somatório mínimo de três porque mesmo que o cliente não apresente resposta para abertura ocular, resposta motora e resposta verbal, ele ainda

assim poderá apresentar respostas através de outros significantes, como por exemplo, expressões corporais ou alterações nos monitores.

Portanto, esse instrumento é utilizado para mensurar o nível de consciência, avaliando a capacidade do paciente em abrir os olhos, comunicar-se verbalmente, obedecer a comandos e mover suas extremidades.

Vale ressaltar que os signos emitidos pelo cliente sedado pode se diferenciar em suas respostas aos estímulos dos cuidados, sendo nesse caso, feita uma avaliação do cliente segunda a escala de Ramsay (apêndice B). O objetivo dessa escala é avaliar o grau de sedação de clientes em uso de fármacos sedativos.

Finalmente, o último critério era a escolha de um procedimento desenvolvido quando o cliente em coma era cuidado. Os procedimentos escolhidos foram: a técnica do Banho no Leito, da Higiene Oral e da Higiene Íntima por ser o momento em que julgamos estar em maior tempo em contato com o doente, e considerados aqueles que invadem a privacidade, ricos em toques e estímulos táteis que estimulam respostas sîgnicas num corpo que não fala.

Além disso, entendemos que estas técnicas são práticas científicas que estão nelas conhecimentos científicos sobre o corpo: sua estrutura anátomo-fisio-biológica; sua estrutura espiritual; estímulos dos sentidos; intencionalidades de identificação, intervenção e prevenção de problema.

Conhecimentos sobre higiene, conforto e sobre os aspectos específicos da fisiologia da pele; aspectos da sexualidade humana; do uso da água, das massagens de conforto. Conhecimentos em que se encontram os três grandes campos do conhecimento como: ao cuidar me utilizo da física nos movimentos que faço; da biologia que envolve a vida e a antropologia que exige de nós saber quem é ele, porque

devemos cuidar dele e que cuidados determinamos e que respostas identificamos no que corpo que cuidamos.

Colocamos a descrição dos procedimentos, segundo Mussi et al (1995) – adaptada à realidade dos hospitais onde realizamos a pesquisa –, que indicam os movimentos e as ciências que estão distribuídas em suas etapas. Cabe aqui a observação de que o banho no leito, bem como as demais técnicas envolvidas neste estudo, foi realizado pela equipe de Enfermagem de cada hospital conforme rotina já estabelecida em cada setor.

Optamos por observar e não executar a ação com o intuito de não interferir na rotina já existente nas instituições e também acatando a um pedido das responsáveis pelos setores, e constatamos, que desta forma pudemos estar mais atentos aos significantes. Essa observação ocorreu à beira do leito acompanhando cada movimento da equipe de Enfermagem na realização das três técnicas.

Banho no Leito:

- Conceito: é a higiene corporal realizada no cliente ao leito.
- Objetivos: limpar e proteger a pele, estimular a circulação, proporcionar conforto.
- Material: biombo, roupa de cama, toalha de banho, um par de luvas de procedimento, sabonete, algodão, uma bacia, um balde, álcool, recipiente para lixo, pente.

Procedimentos para realização do Banho no Leito:

1. Lavar as mãos (prevenir infecção hospitalar).
2. Orientar o paciente, observando as condições de higiene.

3. Preparar o material.
4. Preparar o ambiente: colocar biombo (respeitar a privacidade)
5. Colocar o material de modo que facilite a execução do procedimento.
6. Soltar as roupas de cama.
7. Providenciar hamper, evitando colocar as roupas no chão.
8. Lavar os olhos sem sabão para evitar irritação.
9. Ensaboar, enxaguar, enxugar o rosto, orelhas e pescoço anterior e posterior.
10. Limpar ouvidos e nariz.
11. Ensaboar, enxaguar e enxugar o antebraço, braço, escápula e, por último, a axila.
12. Ensaboar as mãos, enxaguar e enxugá-las.
13. Ensaboar os pés e a perna, enxaguar e enxugar.
14. Proceder da mesma maneira com a outra perna.
15. Posicionar o paciente em decúbito lateral.
16. Ensaboar, enxaguar e enxugar as costas, coxa posterior, glúteos e interglúteos.
17. Trocar a roupa de cama, fazendo a desinfecção concorrente para prevenir infecções.
18. Pentear os cabelos.
19. Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem.
20. Lavar as mãos para prevenir infecção hospitalar e proporcionar autoproteção.

Higiene Íntima:

- Conceito: é a lavagem da região genital e perianal.
- Objetivos: proporcionar conforto, prevenir infecções, auxiliar no tratamento de infecções.

- Material: biombo, jarro com água morna, toalha de banho ou rosto, sabonete, algodão, um par de luvas de procedimento, recipiente para lixo.

Procedimentos para a realização da Higiene Íntima Feminina:

1. Lavar as mãos (prevenir infecção hospitalar).
2. Orientar o paciente sobre o procedimento, observando as condições de higiene.
3. Preparar o material.
4. Preparar o ambiente cercando o leito com o biombo (respeitar a privacidade).
5. Dispor o material de modo que facilite o procedimento.

ATENÇÃO! Falar com o cliente explicando o passo a seguir.

6. Fletir as pernas do paciente mantendo-as separadas e protegidas com lençol (respeitar a privacidade, facilitar a execução do procedimento).
7. Calçar as luvas de procedimento (proporcionar autoproteção).
8. Irrigar as coxas e púbis.
9. Ensaboar a face interna das coxas, região pubiana e perianal.
10. Enxaguar e enxugar as regiões antes citadas.
11. Separar com uma das mãos os grandes lábios; utilizando algodão, ensaboar os grandes lábios, fazendo movimentos de cima para baixo (evitar traumatismo e contaminação ascendente do aparelho geniturinário).
12. Proceder à limpeza do vestíbulo vaginal, observando as condições do clitóris e dos orifícios (meato uretral, vaginal e glândulas).
13. Lavar o ânus e região perianal por último. Utilizar movimentos delicados e trocar de algodão quantas vezes necessárias.
14. Enxaguar irrigando.
15. Enxugar com a toalha.

16. Deixar o paciente confortável e a unidade em ordem.

17. Lavar as mãos (prevenir infecção hospitalar e proporcionar autoproteção).

Na realização da Higiene Íntima Masculina, muda-se apenas o item 11, onde deve-se proceder da seguinte maneira: afastar o prepúcio e ensaboar com algodão no sentido meato uretral – raiz do pênis – bolsa escrotal – voltar ao prepúcio à posição normal após enxugar.

Higiene Oral:

- Conceito: é a limpeza da cavidade oral, ou seja, dentes, gengivas e língua.
- Objetivos: prevenir cáries, prevenir infecções bucais, digestivas e respiratórias.
- Material: duas espátulas e gaze, copo com solução dentrífica (cepacol ou similar), recipiente para lixo, toalha de rosto.

Procedimentos para realização da Higiene Oral (em pacientes impossibilitados de se autocuidar):

1. Informar ao paciente sobre o procedimento, observando as condições da cavidade oral.
2. Lavar as mãos (prevenir infecção hospitalar).
3. Preparar o material.

ATENÇÃO! Elevar a cabeceira ao máximo possível.

4. Lateralizar a cabeça do paciente, se não houver contra-indicação (evitar aspiração).
5. Colocar a toalha de rosto sobre o tórax do paciente.
6. Envolver a gaze na espátula e umedece-la com solução dentrífica.

7. Abrir a boca do paciente com auxílio da espátula e, delicadamente, friccionar a espátula envolta em gaze nos dentes, gengiva e língua (remover resíduos sem provocar lesões na mucosa oral).
8. Repetir a limpeza quantas vezes for necessária, trocando as gazes.
9. Secar os lábios e lubrificá-los.
10. Retirar a toalha de rosto, deixar o paciente confortável e a unidade em ordem.
11. Lavar as mãos (prevenir infecção hospitalar e proporcionar autoproteção).

OS MOMENTOS DA PRODUÇÃO DE DADOS

Coletando informações

Após muita reflexão e várias visitas a diversos CTIs para me preparar para o encontro com os clientes, esta fase do estudo aconteceu em três momentos distintos:

1. Optamos pelo instrumento de registro que envolveu duas etapas decisivas: na primeira optamos pela captação de significantes no corpo da pessoa em coma e na segunda a captação de sinais registrados pela máquina que estava ligada ao cliente (apêndice C).
2. Observar o cuidado direto do cliente e a execução dos três procedimentos técnicos propostos registrando o que havia encontrado na busca dos signos, especificamente me atendo para os significantes. Registrei o que vi nos diversos passos desenvolvidos durante as técnicas de Enfermagem escolhidas.
3. Foi o momento de observar os sinais que a máquina ia registrando sobre a frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial antes e depois do procedimento.

RESULTADOS

Trabalhando as informações

Após registrar as informações de 30 clientes e das observações na máquina, seguimos as três orientações de Bardin (2009, p.121) para este momento, que são:

- Pré-análise.
- Exploração do material.
- Decodificação.

A pré-análise envolveu reflexão e questionamentos sobre o que vi e identifiquei. Organizei as idéias, tentando ser o mais neutro possível para não me contaminar pelo que “acreditei” ver ou ler.

Como é um estudo que não produziu um texto consistente pela especificidade do objeto e de um trabalho primeiro sobre as buscas dos signos num corpo em coma, revi diversas vezes os significantes registrados.

Para explorar o material produzido (organização da análise), optamos pela construção de três quadros:

a) Quadro 1

CARACTERIZAÇÃO DOS CLIENTES

CLIENTE	IDADE	SEXO	Glasgow	Ramsay	SITUAÇÃO/DOENÇA
01	69	Feminino	04	05	Insuficiência hepática
02	70	Feminino	06	01	Pós-OP cirurgia vascular
03	78	Feminino	05	01	Pós-OP hematoma subdural
04	56	Feminino	07	02	Pancreatite
05	82	Masculino	09	--	Septicemia
06	44	Masculino	11	--	Tumor cerebral
07	54	Masculino	03	06	Traumatismo crânio-encefálico
08	85	Masculino	08	--	Acidente vascular

					cerebral Isquêmico
09	34	Masculino	03	06	Trauma crânio-encefálico
10	40	Feminino	09	--	Acidente vascular encefálico hemorrágico
11	35	Masculino	03	06	Pós-OP de artrodese por Trauma raquimedular
12	80	Masculino	06	06	Trauma ortopédico - fratura de fêmur
13	78	Feminino	06	01	Edema agudo de pulmão
14	68	Masculino	07	--	Peritonite
15	38	Masculino	09	05	Trauma de face - hematoma temporal direito
16	83	Feminino	08	--	Insuficiência Cardíaca Congestiva e Fibrilação atrial crônica
17	82	Masculino	10	05	Peritonite - tumor de cólon
18	57	Feminino	09	01	Peritonite
19	28	Feminino	08	01	Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico
20	70	Masculino	05	--	Trauma de tórax + pelve + fratura tíbia direita e Pneuemonia
21	55	Masculino	08	02	Pós-OP cirurgia vascular
22	71	Masculino	06	--	Pneumonia + erisipela
23	73	Masculino	09	--	Acidente Vascular Encefálico Isquêmico
24	85	Masculino	03	06	Fratura transtrocanteriana + fibrose pulmonar
25	38	Masculino	08	01	Fratura em C6 e C7
26	51	Feminino	10	01	Pós-OP transmetatársica bilateral
27	23	Masculino	05	06	Insuficiência Renal + Insuficiência Cardíaca Congestiva + cardiomegalia
28	84	Masculino	05	06	Septicemia urinária + choque séptico
29	51	Masculino	10	04	Pancreatite
30	84	Masculino	09	01	Infarto agudo do

					miocárdio
--	--	--	--	--	-----------

b) Quadro 2

TOQUE NOS MOVIMENTOS DE CUIDAR

CLIENTES	PROCEDIMENTOS	TOQUES	TOTAL DE TOQUES
30	Banho no Leito	30	900
30	Higiene Íntima	12	360
30	Higiene Oral	08	240

Nos 30 clientes, que compuseram a amostra pesquisada, foram realizados os 03 procedimentos propostos (banho no leito, higiene íntima e higiene oral), sendo cada cliente tocado 50 vezes, gerando um somatório total de 1500 toques.

A Enfermagem por menor que seja o tempo que permaneça para cuidar, não pode desconsiderar que os procedimentos demandam movimentos de seu corpo e que este toca o cliente o tempo todo. Este tocar estimula terminações nervosas, auditivas quando falamos com eles e cada cliente que passa por essas três técnicas de Enfermagem são tocados no mínimo 50 vezes em um tempo médio de trinta à 40 minutos.

c) Quadro 3

QUADRO GERAL DA LINGUAGEM DO CORPO DA PESSOA EM COMA

CLIENTES	PROCEDIMENTO	SIGNIFICANTES	SINAIS ANTES DOS CUIDADOS			SINAIS DEPOIS DOS CUIDADOS		
			FC	FR	PA	FC	FR	PA
01	Banho no leito	Pêlos dos braços arrepiados	132	16	102 x 68	155	16	115 x 74
02	Banho no leito	Fechou os olhos com força	96	16	135 x 81	124	16	146 x 92

03	Higiene íntima	Contração das pernas	105	16	110 x 70	121	16	134 x 90
04	Banho no leito	Choro	89	18	132 x 75	134	28	136 x 85
05	Banho no leito	Piscou os olhos	69	12	136 x 72	112	24	142 x 96
06	Banho no leito	Sorriu	82	16	110 x 62	113	25	113 x 67
07	Banho no leito	Piscou os olhos	85	16	100 x 61	127	16	121 x 86
08	Higiene oral	Protusão da língua	82	09	90 x 56	98	18	100 x 48
09	Higiene íntima	Contração muscular das pernas	56	16	124 x 78	88	16	138 x 72
10	Banho no leito	Movimento com os olhos abertos (acompanhando-nos)	60	18	126 x 82	78	22	134 x 79
11	Banho no leito	Rugas na testa	120	16	110 x 71	115	16	88 x 48
12	Banho no leito	Rugas na testa	102	16	162 x 93	110	16	119 x 73
13	Higiene oral	Rugas na testa	173	16	116 x 81	148	16	141 x 82
14	Higiene oral	Sorriu	96	16	138 x 71	97	16	155 x 96
15	Higiene oral	Retração da língua	88	16	80 x 43	66	16	100 x 55
16	Higiene oral	Protusão da língua	78	16	129 x 58	65	16	148 x 61
17	Higiene oral	Movimento com os dedos das mãos	66	16	145 x 65	99	16	166 x 89
18	Higiene íntima	Contração muscular das pernas	96	16	112 x 85	128	16	134 x 84
19	Higiene íntima	Contração muscular das pernas	121	24	125 x 77	144	38	140 x 68
20	Higiene íntima	Movimento com os dedos dos pés	92	20	153 x 66	112	28	155 x 82
21	Higiene íntima	Movimento com os dedos dos pés	103	16	97 x 49	124	16	160 x 106
22	Higiene oral	Abriu a boca	60	26	140 x 69	69	28	150 x 89
	Banho no leito	Fechou os olhos com força e rugas na testa						
23	Higiene oral	Fechou os olhos com força	58	18	128 x 57	101	12	150 x 66
	Banho no leito	Rubor facial contração das pernas e músculo diafragmático						
	Higiene íntima	Rubor facial e rugas na testa						
24	Banho no leito	Trincar de dentes	99	25	130 x 64	107	51	152 x 87
25	Banho no leito	Suor na região	91	24	140 x	88	26	221 x

		frontal			70			108
26	Banho no leito	Rugas na testa	118	26	160 x 99	122	32	156 x 92
27	Higiene íntima	Movimento ocular interno	68	19	150 x 110	89	28	155 x 100
28	Banho no leito	Movimento ocular interno	98	28	130 x 98	112	32	162 x 84
29	Higiene oral	Fechou a boca	66	12	127 x 86	89	22	138 x 88
30	Higiene oral	Fechou a boca	92	16	174 x 84	75	16	214 x 137

Os dados são indicadores de que o recorte, agregação e numeração dos significantes e sinais, numa representação do conteúdo quando distribuídos nos quadros, principalmente no terceiro, nos permite descrevê-los.

Todas as palavras para identificar os significantes foram levadas em consideração e todas consideradas plenas e são unidades de significação.

O número de respostas do corpo da pessoa em coma, ao cuidado, é decorrente do número de vezes que é estimulado durante as técnicas realizadas.

O que é possível ver é que o corpo da pessoa em coma responde e não há nenhuma tensão nisso. O “esperado” é não responder já que o corpo é contido e em “silêncio” por imposição de uma doença.

Vale destacar que temos consciência de que este estudo tem obstáculos epistemológicos que estão na relação entre o sujeito – objeto. Isto nos coloca em situação de incerteza e nos obriga a ser autocríticos e auto-reflexivos.

A necessidade de encontrar respostas para a questão de estudo é que nos leva a produção do conhecimento a partir do ponto de vista de que o corpo responde aos cuidados.

A opção metodológica é de uma experiência primeira e por isso deve nos colocar em vigília sob o ponto de vista da verificação. Sabemos que existem limitações do conhecimento no sentido real da ciência.

Com o objetivo de facilitar a visualização dos dados e sua análise, construímos um quarto quadro unindo os dados anteriormente apresentados dos quadros 1 e 3 (Apêndice D). Estamos cientes de que a denominação dada aos dados organizados é para fazer progredir o tema que nos interessou investigar. E assim, sugerimos duas categorias inequívocas do estudo como:

- 1) Os signos estão na linguagem do corpo durante os cuidados: a emergência do significante visível no corpo

- 2) Os sinais antes e depois dos cuidados: alterações na frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial como respostas – o significante visível na tecnologia.

A seguir, apresentamos a análise e discussão das categorias.

DISCUSSÃO

É imprescindível dizer o quanto desenvolver este estudo foi de difícil operacionalização devido a complexidade, não especificamente do objeto, mas da questão que queríamos responder. Para Morin (1990, p.20) a afirmativa de “complexidade envolve efetivamente o tecido de conhecimentos, ações, interações, retroações, determinações, acasos que constituem o mundo fenomenal”. Nesta afirmativa está o pano de fundo desta pesquisa que envolveu um corpo em “silêncio” em coma e a tentativa da Enfermagem em buscar uma linguagem que não envolvia fala, mas signos e sinais do corpo de uma pessoa viva.

Isso exigiu encontrarmos uma ordem possível nos achados mesmo acreditando que é possível afirmar que o cuidado com seus movimentos e toque faz o corpo falar, não estamos convencidos que o quantitativo dos achados sustente a afirmativa na exigência do rigor da ciência.

Isto é, trinta doentes investigados podem indicar, com segurança, que tentam falar com quem cuida dele? Acreditamos que a análise das categorias a seguir pode ampliar nossas reflexões e afirmativas sobre a questão norteadora do estudo.

1ª CATEGORIA – Os signos estão na linguagem do corpo durante os cuidados: a emergência dos significantes visíveis no corpo.

O corpo está vivo, não há dúvida, a doença calou sua voz, mas não consegue controlar sua expressão. Os dados do quadro três, anteriormente apresentado, mostram que a vida está no corpo que cuidamos. Um doente que em seu leito, apresenta-se imóvel, sem falar e ao ser tocado nos procedimentos fala através de “rugas na testa”,

“pisar de olhos”, “movimento de mandíbula”, “fechar e abrir a boca”, “tem contração muscular nas pernas” e “chora”, não é possível dizer que ele nos é indiferente.

Podemos olhar estas respostas através de implicações que chamamos de implicações biológicas e químicas que se iniciam no estímulo tátil com a pele que está em alerta e ao ser estimulada reage como corrente elétrica a desencadear choques diversos. Isso acontece quando estamos cuidando, nos conectamos um aos outros, somos sistemas abertos e disponíveis a trocas concretas e subjetivas, mesmo que um dos corpos envolvidos no encontro não fale.

O cérebro é o lugar da lembrança e do esquecimento e é nessa estrutura que estão os espaços limite do id, ego, e superego os quais guardam ações e reações humanas.

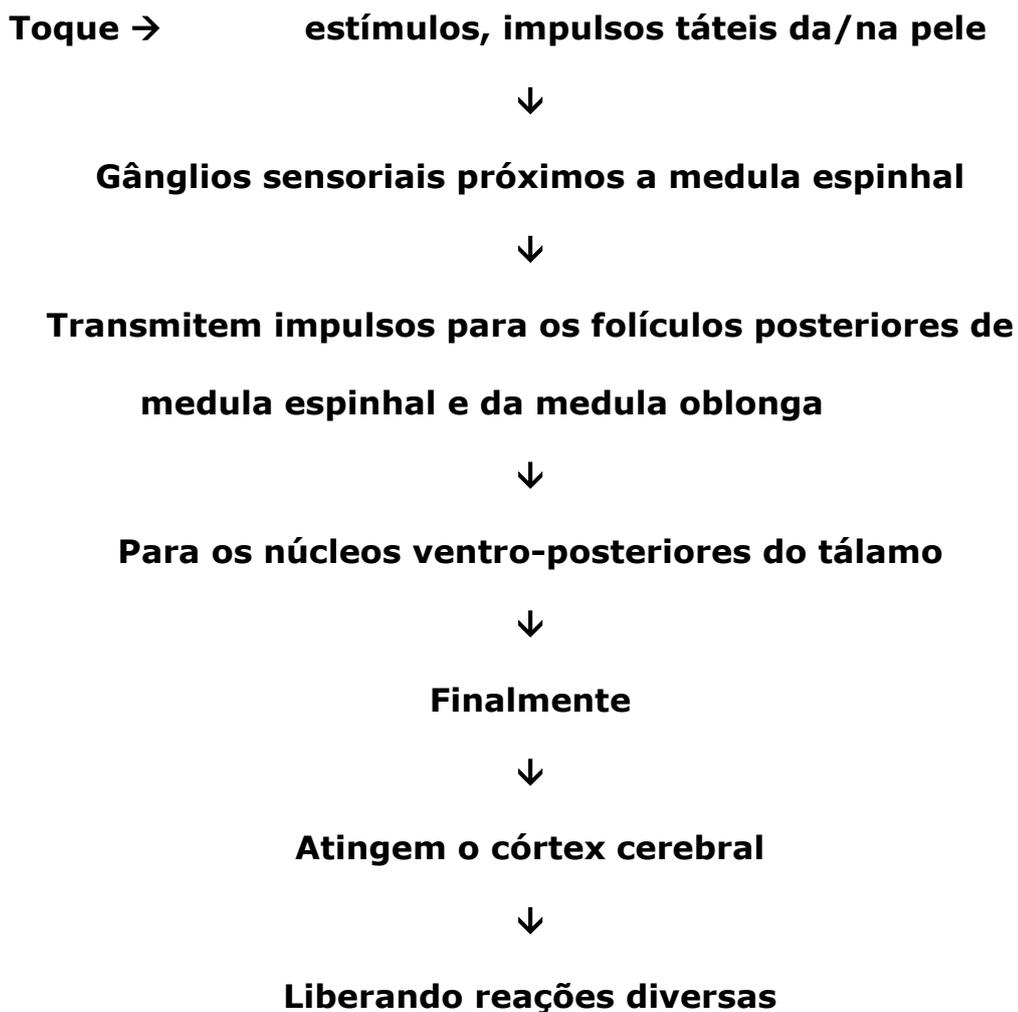
Cuidar de um corpo que já não é mais assim porque está adormecido, exige segundo Figueiredo et al. (2009, p.279)

“melhor compreensão do que aprendemos, fazemos e somos. Isso implica também deixar vir à tona emoções e sentimentos capazes de expressar uma conduta clínica de respeito e delicadeza para com ele conectando a emoção a tão debatida racionalidade das técnicas e dos procedimentos para determinar a situação como se o corpo não existisse”.

Ao tocar esse corpo que responde, falamos da cobertura do corpo, a pele cheia de órgãos e acessórios. Pele como local de memória, órgão de sentido que avisa quando é tocado.

Para o doente em coma somos seu contato com o mundo externo, com o ambiente onde se encontra. Através da pele, o corpo em coma pode sentir a mão do cuidador esfregar, alisar, fazer lembrar, fazer feliz, ser delicado.

As respostas deste estudo sobre os signos no corpo enquanto é cuidado, são respostas de um delicado sistema por onde o estímulo decorrente do toque percorre demonstrado por Daios (1994, p.40) no esquema assim:



Assim o estímulo de tocar causa reações de ordem física e mental em todo o corpo que acreditamos que quando ele não fala se expressa através de signos.

O Sujeito em coma, impossível de ser visitado por nós, mas tocado por nós, tenta se auto organizar, encontrar sua autonomia que inicia-se em qualquer tipo de reação.

Ao emitir signos ele provoca em seu corpo uma brecha, uma ruptura que é percebida por quem cuida, colocando os Enfermeiros em seu mundo “silencioso” para que olhem, toquem, escutem o que seu corpo lhes diz quando está sendo cuidado. Obriga-os a intersubjetivar-se para escutar, aprender a olhar para além da pele, do corpo, dos órgãos, da doença – ouvir, ver discretos movimentos e ruídos do corpo para reconstruir o sujeito (em coma).

A Enfermagem, de um modo geral, quando cuida de clientes em CTI, se preocupa com as necessidades do corpo do doente para sobreviver e sua atenção está sempre voltada para os sinais vitais, como está sua respiração, suas eliminações, alimentação.

A complexidade de situações que acometem clientes em CTIs, o excesso muitas vezes, de máquinas ligadas a eles não contribui para a necessidade de identificar signos. Muitas vezes, o corpo é um terreno de risco, onde uma teia de fios se encontra sobre ele, e o corpo do doente passa a ser a cartografia das máquinas. Vemos exemplo disso na figura a seguir:



Fonte: <http://images.google.com.br/images?hl=ptBR&source=hp&q=monitor+de+CTI&gbv=2&aq=f&oq=>

Não há no CTI, como um todo, um espaço para a emergência de outros paradigmas de cuidar em CTI. O olhar, a escuta, a intervenção de cuidados ainda são maciçamente para a doença sem que seja possível pensar em saúde físico-mental. Para Figueiredo et al. (2008, p.81), deve-se pensar em dias atuais que “a saúde e a doença

como algo que transcende a (dis)função biológica, que vai além do órgão comprometido. Não se deve mais cuidar do coração arritmico, mas cuidar do cliente em toda a sua plenitude, isto é, do corpo com arritmia cardíaca, mas em pleno ritmo da vida”.

Talvez a maior implicação, não no sentido de grandeza, mas de complexidade que envolve o olhar clínico da Enfermagem como um movimento de construção para a Semiótica do Cuidado, seja a emergência de signos.

O olhar clínico capitaneado de Ellenberg (*apud* FIGUEIREDO *et al*, 2009, p.253) que busca uma nova linguagem médica, também serve para nós que queremos “ler” signos nos doentes. O olhar clínico vem, neste caso, atravessar a pele quente do doente para nele encontrar o traço frio de um corpo.

A doença não é mais um feixe de caracteres disseminados, aqui e acolá, na superfície do corpo e ligados entre si por concomitâncias e sucessões estatisticamente observáveis: a doença é um conjunto de formas e de deformações, de figuras, de acidentes, de elementos deslocados, destituídos ou modificados, que se encadeiam uns aos outros, segundo uma geografia em que se pode caminhar passo a passo. Não se trata mais de uma espécie patológica, que se insere no corpo onde for possível; é o corpo, ele mesmo, se tornando doente (FOUCAULT 1963, *apud* FIGUEIREDO *et al*, 2009, p.253).

Uma semiótica como o lugar da língua nos fatos humanos; que nos aponta para olhar os signos no seio da vida, como sistemas verbais e não-verbais – de um lado o signo nos dá a idéia de conceito e o significado que formamos a partir dos significantes emitidos pelo corpo do cliente do CTI, a imagem psíquica, acústica que temos das palavras.

Se vejo “rugas na testa”, “trincar de dentes”, “um choro”, vejo um lado do signo na linguagem corporal. Para que eu possa ler, não para definir o corpo que cuidamos, para lhe dar significados, mas para conhecê-lo para poder cuidar dele, que começo pelo uso por inteiro dos nossos sentidos – sentidos comunicantes de nossos corpos – e assim identificar sua linguagem que é entendida por Artand (2006) que nos diz:

“o corpo é capaz de mostra a base orgânica das emoções e materialidade das idéias. Quando falo do treinamento do ator (e nós pensamos no treinamento dos Enfermeiros) diz que o ator quando é treinado, é orientado para ser capaz de autorizar o corpo a elaborar a linguagem por ele preconizada, que Artand chama de violência sensorial, na qual se procura excluir qualquer elemento que simbolize o outro. Para ele uma outra linguagem, não imitativa ou convencional, em que o gesto do ator (dos Enfermeiros) (signos emanados de seus corpos) não pode submeter-se a nenhuma ordem discursiva pré-estabelecida (como fazemos quando falamos de necessidades humanas básicas e colocamos todos os corpos nesse discurso),ao contrário, deve compor uma linguagem como um hieróglifo vivo (o cliente) para ser decifrado pelo expectador (nós, profissionais da saúde)”.

Colocando o que diz Ekman (apud kNAPP, 1980) sobre as emoções puras, alguns significantes identificados no rosto do nosso cliente em coma pode nos dizer muitas coisas:

SUJEITOS	SIGNIFICANTES	EMOÇÕES PURAS
11, 12, 13, 22, 23, 26	Rugas na testa	Raiva, medo, ansiedade, dor, incômodo
2, 22, 23	Fechar os olhos com força	Raiva, dor, incômodo
4	Lágrima	Dor, incômodo, tristeza
6, 14	Sorriso	Alegria, interesse
8, 16	Protusão da língua	Vergonha
10	Olhar na direção da pessoa	Interesse
23	Rubor facial	Vergonha
25	Suor na região frontal	Ansiedade

As implicações no que diz respeito ao signo envolvem comunicação quando Ferreira (2006) nos diz que a linguagem não-verbal quando captada pelo Enfermeiro reverte no atendimento de algumas das necessidades sentidas pelos clientes e na resolução efetiva dos seus problemas, que na maioria das vezes não é decodificado por nós.

Por exemplo: o sujeito de número 23, que aparece três vezes no quadro acima, apresenta rugas na testa, rubor facial e fecha os olhos com força. Podendo ter os seguintes significados: raiva, medo, ansiedade, dor, incômodo, vergonha. Se tais significantes forem decodificados por nós Enfermeiros, poderemos então intervir na demanda de cuidados necessários para, por exemplo, diminuir a dor, a raiva, a ansiedade, o medo e a vergonha sentidos pelo sujeito.

É incrível constatar que o sujeito número 04, por exemplo, com escore sete na escala de coma de Glasgow e nível 02 na escala de sedação de Ramsay apresente significantes como o choro no momento que ouve a voz do Enfermeiro e este a informa de que sua família está esperando o procedimento acabar para poder vê-la.

Instantes como este é que nos fazem perceber o quão importante é a consciência, por parte de nós profissionais de saúde, de que a todo o momento aquele corpo “aprisionado” em um mundo paralelo por motivo de doença pode estar tentando se comunicar e para isso, utilizando-se da comunicação não-verbal que nós identificamos, mas não podemos dizer: é isso, ele quer isso, então farei isso...

Para Ackermam (1992), a “mente” não se encontra exatamente no cérebro, mas percorre o corpo em caravanas de hormônios e enzimas, ocupadas em dar sentido às maravilhas que o corpo cataloga como tato, paladar, olfato, audição e visão. Temos

acreditado que é isso e por isso podemos encontrar informações em diversos espaços do corpo.

Um aspecto importante que emerge da linguagem do corpo do cliente é que 100% dos sujeitos pesquisados apresentaram algum tipo de expressão em seu corpo indicando que até mesmo o “silêncio” pode ser o não dito visto do interior da linguagem. Birdwhistell (1985) em seu estudo concluiu que num nível abaixo da consciência ocorre parte da comunicação humana, local onde é indireta a importância das palavras.

Segundo Dobbro e Silva (2000) o comprometimento de algumas funções cerebrais e sensoriais não implica necessariamente na inexistência perceptual; a diferença está na possibilidade de expressão do que é percebido.

Entendemos que a Semiótica própria do Cuidado de Enfermagem valoriza a profissão na construção de seu conhecimento enquanto uma Ciência da Saúde preocupada com a interação entre o cliente e o Enfermeiro sabendo que a comunicação não-verbal faz parte dessa interação.

Ferreira (2006) nos diz que o ato de cuidar implica no estabelecimento de interação entre sujeitos (quem cuida e quem é cuidado) que participam da realização de ações, as quais denominamos cuidados, que é a essência da Enfermagem. Isto porque ao cuidarmos do outro estamos realizando não somente uma ação técnica, como também sensível, que envolve o contato entre seres humanos através do toque, do olhar, do ouvir, do olfato, da fala.

Cuidar implica, também, em intervir no corpo do outro, no seu espaço íntimo, logo, as respostas ao nosso cuidado devem ser buscadas no corpo do cliente, ou seja, na sua comunicação não-verbal.

Fica claro para nós, analisando os resultados encontrados, que podemos considerar as expressões do corpo do cliente como significantes de uma interação durante o

cuidado de Enfermagem, interação essa que quando efetiva, é denominada comunicação.

2ª CATEGORIA – sinais antes e depois dos cuidados: alterações na frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial – os significantes visíveis na tecnologia.

Esta categoria é a de um olhar de Enfermagem para a máquina ligada ao corpo do cliente em coma, impossibilitado de falar e que se expressa através de sinais no monitor. Estes sinais são decorrentes de cuidados realizados – Banho no Leito – como uma técnica/tecnologia¹² de Enfermagem (obrigatória em clientes acamados).

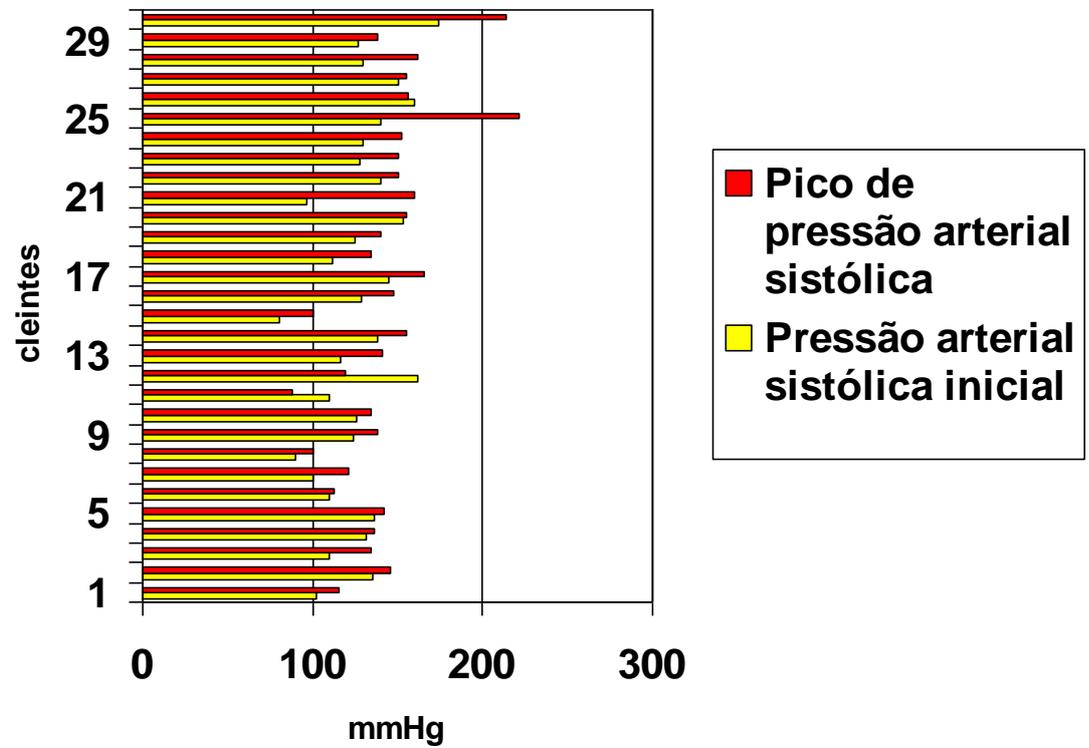
Banho no Leito, Higiene Íntima e Higiene Oral são entendidas como ações terapêuticas que tomam espaço e tempo no cotidiano de cuidar, de se aproximar do outro, ficar mais tempo tocando, invadindo seu corpo, sem muitas vezes pedir licença, é também estimuladora de reações corporais.

Os princípios científicos que estão nestas técnicas/tecnologias de cuidar são de anatomia, física, química, microbiologia, história, ciências sociais e da subjetividade e são eles que balizam a nossa afirmativa de que é uma tecnologia feita pela máquina biológica – o corpo dos Enfermeiros.

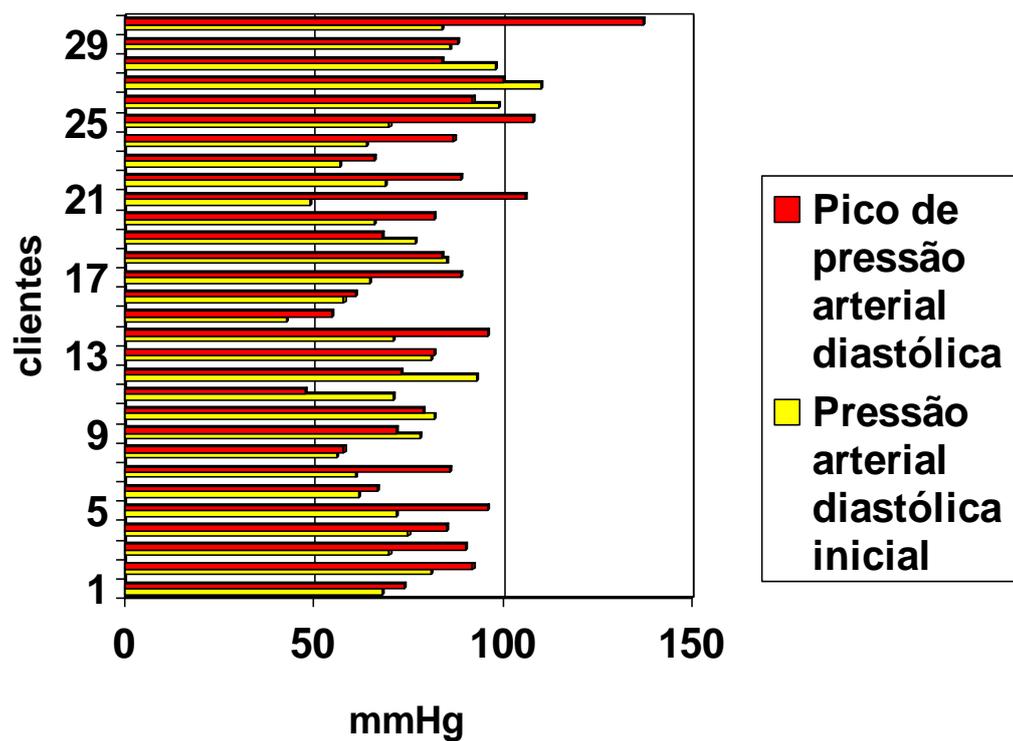
Trazemos a seguir, em forma de gráfico, as alterações observadas na máquina anteriormente citadas no quadro três:

¹² Conjunto de conhecimentos, especialmente princípios científicos, que se aplicam à um determinado ramo de atividade/ciência que trata do vocabulário técnico peculiar de cada ciência. A técnica é uma parte material ou conjunto de processos de uma arte/maneira, jeito ou habilidade especial de executar ou fazer algo. Procedimento é um ato ou efeito de proceder/modo de proceder/de portar-se / comportamento / processo, método.

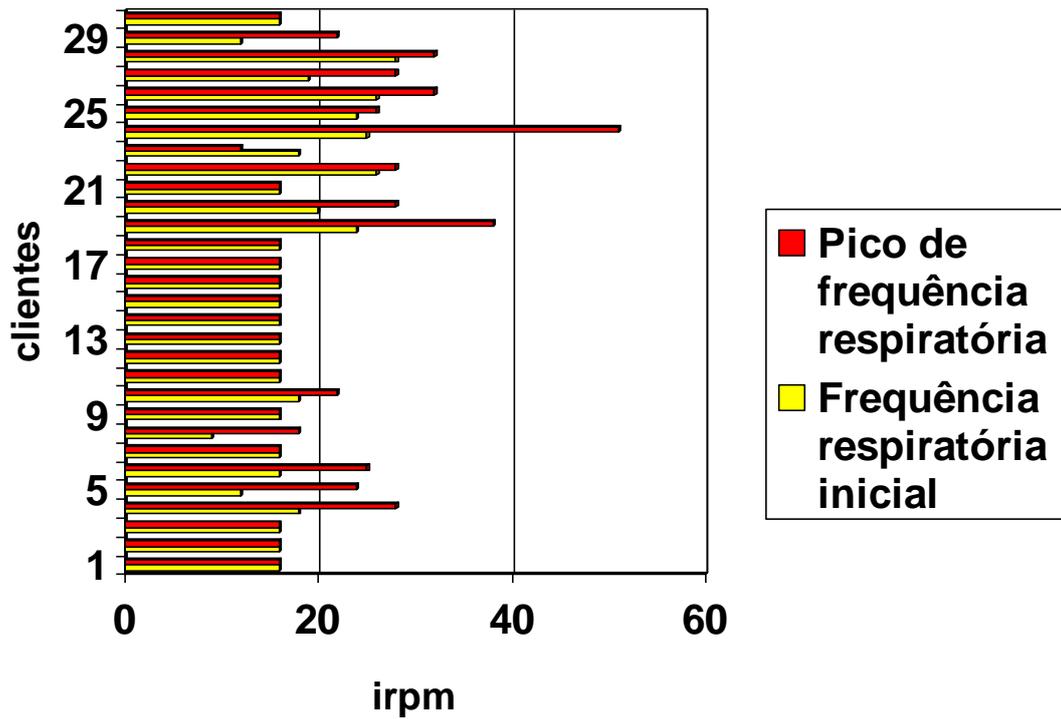
A)



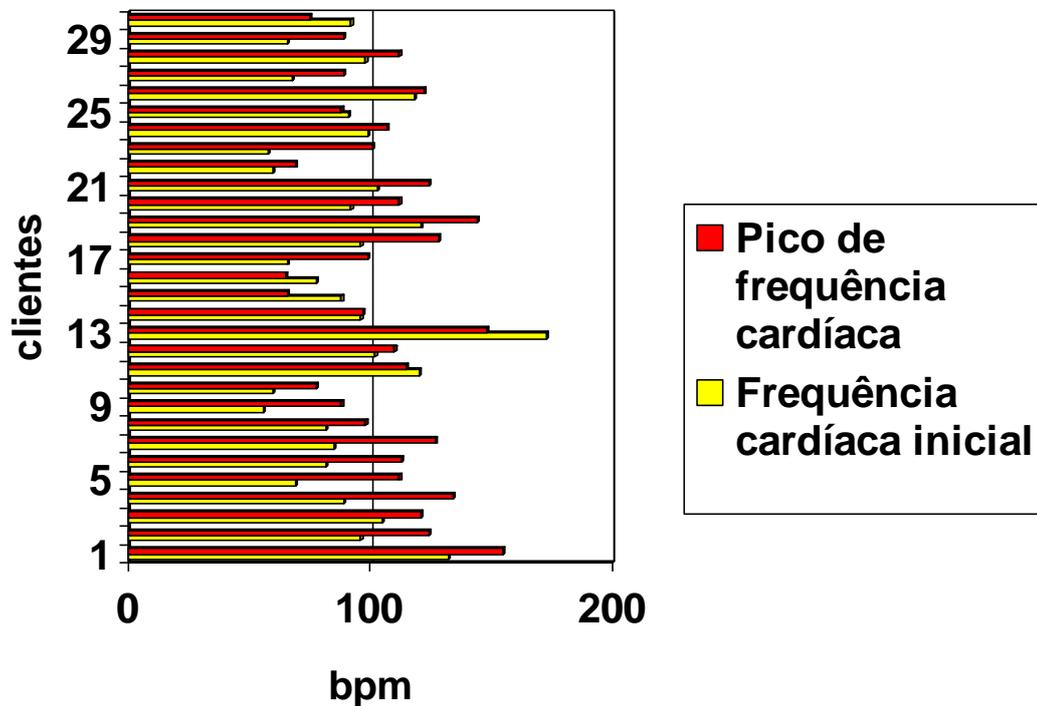
B)



C)



D)



Os sinais que emergem nas máquinas ligadas aos doentes em coma, trazem implicações diversas. Atribuindo alguns significados segundo Pierre Weil (2007), temos:

SUJEITOS	SIGNIFICANTES	SIGNIFICADOS
4, 5, 6, 8, 10, 19, 20, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29	Aumento da frequência respiratória	Tensão e forte emoção
1, 2, 3,4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 29	Aumento da frequência cardíaca	Forte emoção

Levando em consideração que os sujeitos 22 e 23 apresentaram aumento da frequência cardíaca e que anteriormente, na leitura do significante visível no corpo, apresentaram rugas na testa e fechar os olhos com força, podemos dizer que estes dois sujeitos estariam sobre forte emoção e possivelmente com alguma dor.

É exatamente neste contexto que mostramos o diferencial desse estudo. A possibilidade de se fazer enxergar os significantes para então, num segundo momento, decodificá-lo intervir com os cuidados de Enfermagem adequados.

Cabe ressaltar que 50% dos sujeitos não sofreram nenhuma alteração na frequência respiratória pelo fato de que estavam sob ventilação mecânica no modo controlado, ou seja, a frequência respiratória independe da vontade do sujeito.

Também nos chamou a atenção o fato de que 20% dos sujeitos sofreram diminuição na frequência cardíaca o que pode nos levar a pensar que o banho no leito, a higiene oral e a higiene íntima podem promover certo conforto em alguns clientes.

A primeira implicação com relação aos significantes na tecnologia é de que os instrumentos básicos de cuidar são as ferramentas dos profissionais que precisam:

- Observar.
- Criar.
- Comunicar.

- Ter habilidade e destreza manual.
- Ter método lógico-científico.
- Uso de princípios científicos

O uso de princípios científicos é importante para explicitar sua intervenção e construir uma sistematização de cuidar a partir de uma semiologia própria para o cuidar. No CTI estas técnicas e tecnologias tomam um outro caminho e têm despertado a atenção às novas tecnologias que provocam nos profissionais sensações e significados diversos.

Cuidar da máquina que registra sinais é um jeito novo de pensar o cuidado, pois ela tem sido parte de um corpo que não pode sozinho: respirar, eliminar, alimentar-se. Ao mesmo tempo ela tem sido a nossa garantia concreta (e não intersubjetiva) de que contribuem para a cura do corpo físico e codificam para nós sinais mensuráveis.

Não há máquina que se emocione diante de um corpo que expressa este sentimento, mas registra sinais concretos da emoção quando mostra um traçado cardíaco que se redesenha, uma frequência cardíaca que aumenta. Por isso é imprescindível cuidar dela, ao que chamam de “descuidado” quando transferimos a atenção da pessoa que é cuidada para a máquina. Descuidado porque é do humano quando se fala de instrumentos e tecnologias quando se abre mão do cliente para se encantar com elas.

Ao olhar para a máquina e dizer que a frequência cardíaca (do corpo) aumentou ou diminuiu durante o banho no leito, é reconhecer o humano que corre como energia através da eletricidade contida nos fios da máquina. A vida está ali: no monitor cardíaco ligado ao corpo que se expressa em sinais.

A segunda implicação envolve o discurso da semiologia, na emergência dos sinais segundo Barros e cols (2009, p.212-215) a UTI é uma das unidades mais complexas e mecanizadas dentro do hospital, onde a prioridade é a atenção dos aspectos

técnico-biológicos para atender clientes que se encontram em situação de risco e de necessidade de manter a vida, a constante presença da morte exige da Enfermagem rapidez, eficiência e habilidade.

Neste conturbado espaço de cuidar a Enfermagem diante da tecnologia pode provocar um cuidado desconfortante, impessoal devido a dependência que tem da tecnologia.

Em busca da implementação do Processo de Enfermagem, opta-se, por exemplo, por um histórico que não privilegia o sujeito em função da doença DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) e seus sinais e sintomas. Todas as intervenções (adequadas) envolvem a doença e suas possíveis conseqüências confirmando o que está dito sobre cuidados de Enfermagem. O não-dito e nem assumido é que um doente com DPOC produz subjetividade e suas aflições físicas emocionais são decorrentes da falta de oxigênio.

A semiologia tão debatida no momento do exame físico, como disciplina fundamental é um importante método para um diagnóstico adequado que possibilita a identificação de diversas alterações orgânicas e corporais como sinais da máquina.

Quando Silva *et al.* (2008, p.101) falou de semiologia e Enfermagem, apontou uma série de dificuldades que a teorização e a prática apresentam, quando dizem: “passado quatro anos após a inclusão da semiologia como disciplina do curso de Enfermagem, ainda sabe-se o quanto tem sido difícil e desafiador ministrar aulas sobre o tema”.

Um dos obstáculos, dizem eles, é a não compreensão que estudantes e profissionais tem de sua importância na vida profissional. A semiologia é da prática cotidiana de cuidar e ensinar.

As etapas desta semiologia envolvem a revisão de sistemas (somatoscópico) e tudo é registrado a partir de sinais e sintomas; seguido da inspeção – 1ª etapa do exame físico – e neste momento se vê para identificar possíveis alterações; depois palpação, onde o tato é o órgão do sentido que ajuda a visão, também para determinar alterações nas estruturas anatômicas do corpo; segue-se a percussão, entendida como uma ação de golpear determinada área estrutural e assim ouvir os sons normais e anormais do corpo; e, finalmente, a ausculta, que é um modo de escutar o corpo – o ouvido é colocado diretamente no corpo do cliente ou utiliza-se um estetoscópio.

Essa categoria fala de uma semiologia que está atenta ao monitor ligado ao doente para captar sinais vitais e suas alterações.

Aumentar a frequência cardíaca ou a frequência respiratória é decorrente do permanente toque que os doentes são submetidos quando tocamos 30 vezes durante o banho no leito como mostra o quadro dois deste estudo.

Respirar é vital e ela é expressa no corpo de diversas formas. Respirar está ligado a situação circulatória. O doente pode expressar sinais de angústia, asfixia, sufocamento, junto com coloração da pele, aumento ou diminuição da frequência cardíaca.

Gaiarsa (2002) fala dos significados da palavra respiração para a física e o som, que só é possível devido a existência do ar, porque na palavra existe música, som e significado. Há nesta existência duas linguagens diferentes: a da fisiologia da respiração e a fenomenologia do inconsciente.

Os sinais lidos no monitor são decorrentes do toque nos cuidados. Segundo Ackerman (1992, p.102) a quantidade de informações que podem ser transmitidas por meio do toque é surpreendente, isto porque os neurônios estão nas terminações nervosas que se encontram na pele.

Segundo Ackermam (1992, p.93-112), sobre o tato e o toque:

“Nossa pele é uma espécie de roupa especial, dentro da qual nos movemos em meio a uma atmosfera de gases agressivos, e radiação solar e de obstáculos de todos os tipos. Mas a pele é viva, respira e produz secreções, protegendo-nos contra os raios malignos e os ataques dos micróbios, metabolizando a vitamina D, isolando-nos do calor e do frio, recompondo-se quando necessário, regulando o fluxo sanguíneo, atuando como moldura para nosso tato, auxiliando-nos na atração sexual, definindo nossa individualidade.”

“Nossa pele é o que fica entre nós e o mundo. Se pensarmos sobre o assunto, verificamos que nenhuma outra parte nossa entra em contato com outra coisa além de nós como a pele. A pele é o centro do tato.”

“A linguagem repousa sobre metáforas relacionadas ao tato. Chamamos nossas emoções de sentimentos e ficamos mais satisfeitos quando alguma coisa nos “toca”. O tato é o sentido mais antigo e o mais urgente. Durante um longo tempo, acreditamos que cada sensação tivesse seu próprio receptor, e que esse se ligasse diretamente ao cérebro, mas atualmente acreditamos que todos os neurônios do corpo estejam ligados a qualquer sensação, segundo códigos elétricos.”

“O cérebro não codifica a forma corretamente. Como já foi demonstrado pelas pessoas que são simultaneamente surdas e cegas, é possível localizar-se predominantemente pelo tato, mas uma pessoa, que não tenha tato, move-se ao longo de um mundo morto, confuso, no qual pode perder uma das pernas sem perceber, queimar uma das mãos sem sentir e perder a noção de onde ele pára e começa o dia completamente sem feições.”

“É necessário um conjunto de receptores para formar a delicadeza sinfônica que chamamos de carícia. Entre a epiderme e a derme, existem minúsculos corpúsculos de Meissner, que são nervos dentro de cápsulas. Parecem concentrar-se em locais do corpo que não apresentam pêlos – solas dos pés, ponta dos dedos, clitóris, pênis, mamilos, palmas das mãos e língua – que reagem rapidamente ao estímulo mais suave.”

“Dentro de um corpúsculo de Meissner, semelhante aos muitos filamentos de uma lâmpada elétrica, estão as extremidades nervosas que ficam paralelas à superfície da pele e que captam um grande número de sensações.”

O toque cria uma relação entre o outro que é tocado, que é energético e dependendo da mão e do modo como se toca, o corpo responde. O sujeito de numero 25, por exemplo, entra em contato com o mundo externo quando excreta através de sua pele, um suor na região frontal do rosto.

Quando tocamos o corpo do nosso cliente em coma durante o banho no leito, a higiene íntima ou a higiene oral verificamos a tentativa de resposta através das alterações visíveis na máquina.

CONCLUSÃO

A resposta a questão deste estudo está dada quando afirmamos que o corpo da pessoa em coma fala através de significantes entendidos como expressões do corpo, e, através de sinais como os registros da fisiologia do corpo que se mostra nos monitores das máquinas ligadas a ele no momento dos cuidados de Enfermagem quando fazemos o banho no leito, a higiene íntima e a higiene oral.

Esta descoberta amplia estudos anteriores e deverá continuar estimulando novas investigações porque este é um tema que interessa aqueles que cuidam de um cliente que não fala, mas se expressa através de signos e sinais que são linguagens decodificadas.

O que foi possível perceber durante a produção de dados é que os Enfermeiros trabalham muito para cuidar destes corpos em coma e os tocam muitas vezes durante o dia e durante a noite para fazer diversas intervenções. Só nesse estudo, foram no total 1500 toques.

Portanto, é evidenciada a importância que tem o toque para a comunicação do corpo da pessoa em coma. Sem ser tocado ele não emitiria, como vimos na discussão dos dados, significantes e nós não poderíamos saber então se ele está com dor, raiva, medo, vergonha, ou simplesmente passando por uma forte emoção.

Logo, podemos afirmar que o corpo da pessoa em coma se expressa através dos significantes visíveis no corpo e dos significantes visíveis na tecnologia.

Os tesouros a seguir mostram a organização dos dados para a conclusão desse estudo.

TESAURO 1

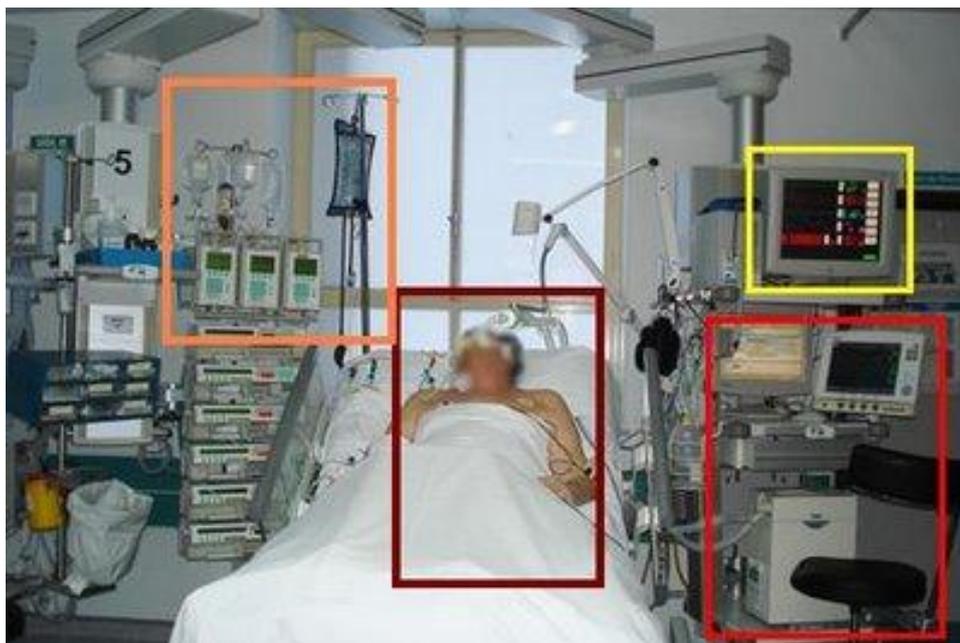


TESAURO 2



Estes dois tesouros explicativos reforçam a idéia de que os signos são corporais externos e identificados pelo olhar de quem cuida e os sinais são do corpo interno (pressão, pulso e respiração) decodificados pela máquina que mostra no monitor o número, o traçado, dando significado aos dados concretos (figura A).

Figura A



Fonte:http://4.bp.blogspot.com/_wpRdMwSLJuM/SamHA1QN_I/AAAAAAAAAjY/WAnaYyFjYXw/s400/leito12+cti.JPG

Os signos sugerem intervenções subjetivas que os profissionais usam quando se utilizam de todos os sentidos em sua profundidade (ampliação e aguçamento) para sentir e fazer leituras no corpo que é cuidado e articular-se com o que o monitor registra.

E assim estas considerações finais vão mostrando a construção de um olhar que percorre um corpo em sofrimento: um olhar clínico possui dupla sensorialidade, ou melhor, como dupla funcionalidade; um olhar que escuta e um olhar que fala. O olhar clínico oscila, então, entre a escuta dos sintomas e o espetáculo dos signos: dupla linguagem significativa.

Ao propor que para cuidar destes, passa obrigatoriamente pelo olhar já é uma posição assumida por nós e tem sido ampliada que se chama como um dos instrumentos básicos “observação”, rude olhar e escutar dar a ela uma cientificidade que envolve sentidos, olhar, olhar, olhar, escutar, escutar, escutar aquilo que o corpo expressa quando cuidamos dele e são implicações bio-psico-afetivas, bio-psico-sensíveis, bio-psico-sentidos do corpo que exige checar, decodificar, refletir, comparar o que chamamos – o que os nossos olhos vêem no corpo e no monitor.

Olhar e escutar envolve encontro, estar próximo, ligado ao corpo, tocando numa relação “quente”, objetiva e subjetiva – sinais, sintomas, signos. Um olhar que não fragmenta o sujeito, que considera uma diversidade de signos que podem formar uma rede de comunicação, caminhos diversos de chegar e sair do corpo; linhas de fuga para associar o olhar ao respeito que precisamos ter quando escutamos. Se o nosso doente não fala, sua família fala por ele, seu corpo fala por ele. Ouvir/escutar é uma ação singular que ultrapassa o que é acolher, porque estar e cuidar do outro que não “fala” comigo e que eu preciso acolhê-lo através de meus sentidos de olhar e ouvir e isso envolve modalidades sensíveis de saber fazer, de saber escutar, sentir atentamente.

Olhar signos no corpo e sinais no monitor deve ser um exercício cotidiano dos Enfermeiros quando cuidam de seus clientes e os signos precisam ser percebidos, vistos de diversas maneiras (para dar conta do significante e do significado) que não é só um mero perceber; o olhar bem, isso sim tem um custo: dirigir o olhar e concentrar-se em algo supõe um esforço que acarreta, portanto, num cansaço.

Fazer isso é trazer para o discurso do olhar atento, a ética que se encontra nas formas de se aproximar do outro, do cuidado com ele (seu corpo) nos espaços e nas técnicas de cuidar, nos registros que fazemos com ele e dos cuidados que devemos ter com sua família, sua comunidade.

REFERÊNCIAS

ACKERMAM, D. **Uma história natural dos sentidos**. Rio de Janeiro; São Paulo: Bertrand do Brasil, 1992.

ARTAND, A. **Linguagem e vida**. São Paulo: Perspectiva, 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: 2009.

BARROS, V.G.; FROTA, O.P.; FERREIRA, A.M. **Implementação do processo de Enfermagem**: estudo de caso numa Unidade de Terapia Intensiva. Revista Enfermagem Brasil v. 8. nº. 4. julho/agosto de 2009.

BARTHES R. **Elementos de Semiologia**. Tradução Izidoro Blikstein. São Paulo: Cultrix, 1992.

_____. **A Aventura Semiológica**. Tradução Mário Laranjeira. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

BIRDWHISTELL, R.L. **kinesis and context**: essays on body motion communication. 4. ed. Philadelphia: UPP.(University of Pensylvania Press), 1985.

DÍAS BORDENAVE, J.E. **Além dos Meios e Mensagens**: introdução a comunicação como processo, tecnologia, sistema e ciência. 3 ed. Petrópolis: Vozes,1998.

_____. **O que é comunicação**. São Paulo, Brasiliense, 1985.

CARVALHO, V. de; CASTRO, I. B. **Marco Conceitual para o ensino e a pesquisa de enfermagem fundamental**: um ponto de vista. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília: 38 (1), p. 76-86, Jan/mar 1985.

CAPRA, F. **A teia da vida**. São Paulo. Cultrix: 1996.

DAIOSO, V. **Da cultura do corpo**: corpo e motricidade. 2 ed, São Paulo: Papirus, 1994.

DELL'ACQUA, M.C.Q.; ARAÚJO, V.A. de; SILVA, M.J.P. da. **Toque**: qual o uso atua pelo enfermeiro? Rev Latino-am de Enfermagem abril 1998; 6 (2): p. 17-22.

DAVIS, F. **A comunicação não-verbal**. Tradução de Antonio Dimas. São Paulo: Summus, 1979.

DÍAS BORDENAVE, J.E. **Além dos Meios e Mensagens**: introdução a comunicação como processo, tecnologia, sistema e ciência. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

_____. **O que é comunicação**. São Paulo, Brasiliense, 2007.

DIAS, F. **Experiências Subjetivas do Doente em Coma**. Coimbra: Portugal, 1995.

DOBBRO, E.R.L.; SILVA, M.J.P. da. **Reflexões sobre a importância da mente na recuperação do paciente em coma**. O mundo da saúde 2000; 24 (4): 249-54.

EKMAN, P.; FRIESEN, W.V. “**Origen, uso y codificación:** bases para cinco categorías de conducta no verbal” in VERÓN, E. et alii. *Language y comunicación social*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1971.

ELLEMBERG, E. **Do Olhar Clínico a caminho ético:** por uma linguagem médica. Tradução de Renan Tavares – capítulo 3 do livro *Arte e Saúde* de Renan Tavares e Nébia Maria Almeida de Figueiredo. Yendis, 2009.

ESQUIROL, J. **O respeito ou olhar atento:** uma ética para a era de ciência e da tecnologia. Tradução de Cristina Antunes. Belo Horizonte: Autentica, 2008.

FERREIRA, M.A. **A comunicação no cuidado:** uma questão fundamental da enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2006 maio-junho; 59 (3): 327-30.

FIGUEIREDO, N. M. A. de; PORTO, F.; SILVA, C.R.; SILVA, R.C.L. da. **CTI:** Atuação, Intervenção e Cuidados de Enfermagem. São Caetano do Sul: Yendis, 2008.

FIGUEIREDO, N.M.A. de. MACHADO, W.C.A. **Corpo e Saúde:** condutas clínicas de cuidar. Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2009.

GAIARSA, J.A. **O que é Corpo.** 7 ed. São Paulo: Brasiliense, 2002.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIL, J. **Metamorfoses do Corpo.** Lisboa: Relógio d'água, 1997.

GOSWAMI, A. **O universo autoconsciente**. 5 ed. Rio de Janeiro. Rosa dos Tempos: 2002.

KELEMAN, S. **Padrões de Distress: Agressões emocionais e forma humana**. São Paulo: Summus, 1992.

KNAPP, M.L. **La comunicación non verbal: el cuerpo y el entorno**. Barcelona: Paidós, 1980.

LEBRERON, D. **Do silêncio – Epistemologia e Sociedade**. Instituto Piaget Editions Métaillé. Lisboa, 1999.

LIMA, M.J.de. **O que é enfermagem**. São Paulo: Brasiliense, 2006.

LOBIONDO, G; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**. Métodos, Avaliação e Utilização. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MACHADO, W.C.A. **Minha prisão sem grades: uma abordagem semiótica de reabilitação em enfermagem**. Goiânia: Kelps, 1999.

MACKERETH, P. **A comunicação**. Revista Nursing Fevereiro 1988; 1: p.17-19.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Instituto Piaget, 2ª ed. Lisboa, 1990.

MUSSI, N.M.; OHNISHI, M. UTYAMA, I.K.A., OLIVEIRA, M.M.B.de. **Técnicas Fundamentais de Enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 1995.

ORLANDI, E.P. **As formas do Silêncio**. São Paulo: UNICAMP, 2002.

POLIT D.F, CHERYL T. B., HUNGLER B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Tradução Ana Thorell. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RECTOR, M.; TRINTA, A.R. **Comunicação do Corpo**. 4ª ed. São Paulo: Ática, 2003.

SANTAELLA, L; NÖTH, W. **Imagem – cognição, semiótica e mídia**. São Paulo: Iluminuras, 1998.

SILVA, A. A. **Julgamento de expressões faciais de emoções: fidedignidade, erros mais frequentes e treinamento**. São Paulo, 1987. 260 p. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

SILVA, M.J.P. da. **Comunicação Tem Remédio: A comunicação nas relações interpessoais em saúde**. 5ª ed. São Paulo: Loyola, 2007.

_____. **Reflexões sobre a relação interpessoal no cuidar: o fator corpo entre a enfermeira e o paciente**. In: MEYER, D.E.; WALDOW, V.R.; LOPES, M.J. *Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998a cap. 7, p. 127-35.

_____. **O toque e a distância interpessoal entre enfermeiros e pacientes nas consultas de enfermagem.** Rev da Esc de Enfermagem da USP 1991, 25 (3): p. 309-18.

_____. **“Construção e validação de um programa sobre comunicação não-verbal para enfermeiros”.** São Paulo, 1993, 108pp. Tese de doutorado – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

SILVA, M.L. **A comunicação como processo interativo do relacionamento terapêutico enfermeiro-cliente.** Revista Enfoque dezembro 1991; 19 (4): p 16-19.

TAESDELE, G.; JENNETT, B. **Assessment of coma and impaired consciousness: a practical scale;** Revista Einstein 2004; 2(2):129.

TANNURE, M. C., CHIANCA, T. C. M.: **A seleção do referencial teórico de Orem para a sistematização da assistência de Enfermagem.** Revista Nursing, 2006;100 (8).

THAREL, F. **Biological nonlocality and the mind** - brain interaction problem: comments or a new empirical approach. Biosis terms, vol. 70, p. 35-41, 2003. Disponível em: < <http://arxiv.org/ftp/9-bio/papers/0510/0510039.pdf> > acessado em 19/10/2009.

TSCHUI, M. **O homem luz:** a existência de um universo superluminoso, paralelo ao nosso, explicaria os fenômenos irracionais. O Jornal. Lisboa, n.º17 (922), 23 de Outubro de 1992.

ZINN, G. R.; SILVA, M. J. P. da; TELLES, S. C. R.: **Comunicar-se com o paciente sedado**: Vivência de quem cuida. Rev Latino-am de Enfermagem Maio/Junho 2003; 11(3).

WATZLAWICK, P. et al **A Pragmática da Comunicação Humana**. São Paulo: Editorial, 1967.

WEIL, P, TOMPAKO, R. **O corpo fala**: a linguagem silenciosa da comunicação não-verbal. 62ª Ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

Apêndice A

Escala de coma de Glasgow	
Abertura dos olhos:	Score
Espontânea	4
Ao comando verbal	3
À dor	2
Sem resposta	1
Resposta Verbal:	Score
Orientada	5
Desorientada ou confusa	4
Inapropriada	3
Incompreensível	2
Sem resposta	1
Resposta Motora:	Score
Ao comando verbal	6
Localiza estímulo	5
Flexão normal do membro estimulado	4
Flexão anormal	3
Extensão	2
Sem resposta	1

Apêndice B

Escala Ramsay

Ramsey 1	Quando o paciente está ansioso e/ou agitado.
Ramsey 2	Cooperativo, orientado e tranqüilo.
Ramsey 3	Responde a comandos.
Ramsey 4	Desperta com estímulo glabellar ou com estímulo sonoro alto.
Ramsey 5	Pequena resposta mediante estímulo glabellar ou sonoro alto.
Ramsey 6	Sem resposta (coma farmacológico).

Apêndice C

DIÁRIO DE CAMPO

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – CCBS

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado em Enfermagem

Mestrando: Enf^o. Gunnar Glauco De Cunto TaetsOrientadora: Enf^a. Dr^a. Nébia Maria Almeida de FigueiredoEnf^a. Colaboradora: Ana Beatriz Rocha Moreira

Título da Pesquisa: Signos e Sinais da Comunicação do Corpo da Pessoa em Coma:
Respostas aos Cuidados de Enfermagem

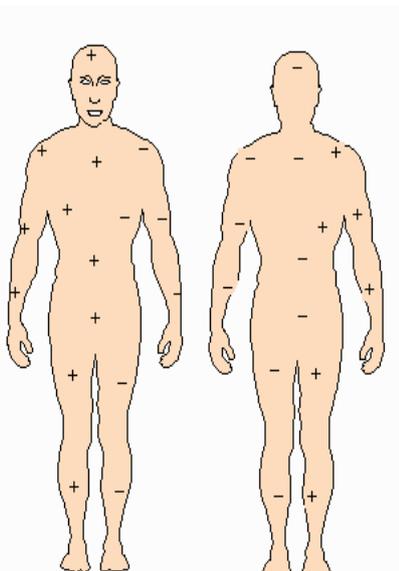
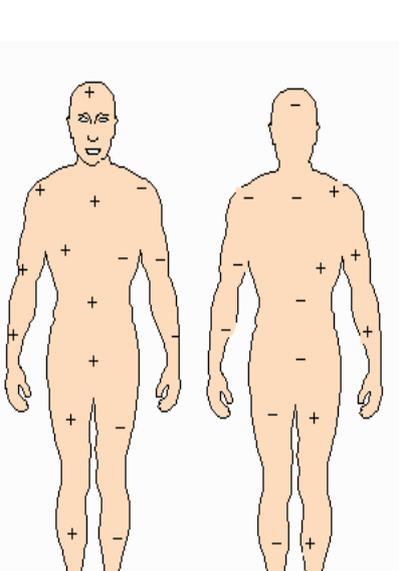
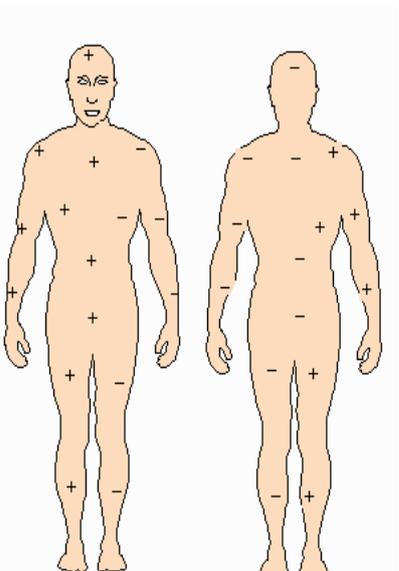
Dados do sujeito da pesquisa: n^o. da matrícula e iniciais _____

Data _____ Local _____

Idade _____ Sexo _____

Score na escala de coma de Glasgow _____ e Ramsay _____

Situação / Doença _____

PRÉ-CUIDAR	TRANS-CUIDAR	PÓS-CUIDAR
 <p>Frente Costas</p>	 <p>Frente Costas</p>	 <p>Frente Costas</p>
FC: FR: PA:		FC: FR: PA:

Apêndice D

CLIENTES	PROCEDIMENTO	SIGNIFICANTES	SINAIS ANTES DOS CUIDADOS			SINAIS DEPOIS DOS CUIDADOS			Glasgow	Ramsay	SITUAÇÃO/DOENÇA
			FC	FR	PA	FC	FR	PA			
1	Banho no leito	Pêlos dos braços arrepiados	132	16	102 x 68	155	16	115 x 74	4	5	Insuficiência hepática
2	Banho no leito	Fechou os olhos com força	96	16	135 x 81	124	16	146 x 92	6	1	Pós-OP cirurgia vascular
3	Higiene íntima	Contração das pernas	105	16	110 x 70	121	16	134 x 90	5	1	Pós-OP hematoma subdural
4	Banho no leito	Uma lágrima rolou	89	18	132 x 75	134	28	136 x 85	7	2	Pancreatite
5	Banho no leito	Piscou os olhos	69	12	136 x 72	112	24	142 x 96	9	--	Septicemia
6	Banho no leito	Sorriu	82	16	110 x 62	113	25	113 x 67	11	--	Tumor cerebral
7	Banho no leito	Piscou os olhos	85	16	100 x 61	127	16	121 x 86	3	6	Traumatismo crânio-encefálico
8	Higiene oral	Protusão da língua	82	9	90 x 56	98	18	100 x 48	8	--	Acidente vascular cerebral Isquêmico

9	Higiene íntima	Contração muscular das pernas	56	16	124 x 78	88	16	138 x 72	3	6	Trauma crânio-encefálico
10	Banho no leito	Movimento com os olhos abertos (acompanhando-nos)	60	18	126 x 82	78	22	134 x 79	9	--	Acidente vascular encefálico hemorrágico
11	Banho no leito	Rugas na testa	120	16	110 x 71	115	16	88 x 48	3	6	Pós-OP de artrodese por Trauma raquimedular
12	Banho no leito	Rugas na testa	102	16	162 x 93	110	16	119 x 73	6	6	Trauma ortopédico – fratura de fêmur
13	Higiene oral	Rugas na testa	173	16	116 x 81	148	16	141 x 82	6	1	Edema agudo de pulmão
14	Higiene oral	Sorriu	96	16	138 x 71	97	16	155 x 96	7	--	Peritonite
15	Higiene oral	Retração da língua	88	16	80 x 43	66	16	100 x 55	9	5	Trauma de face – hematoma temporal direito
16	Higiene oral	Protusão da língua	78	16	129 x 58	65	16	148 x 61	8	--	Insuficiência Cardíaca Congestiva e Fibrilação atrial crônica

17	Higiene oral	Movimento com os dedos das mãos	66	16	145 x 65	99	16	166 x 89	10	5	Peritonite - tumor de cólon
18	Higiene íntima	Contração muscular das pernas	96	16	112 x 85	128	16	134 x 84	9	1	Peritonite
19	Higiene íntima	Contração muscular das pernas	121	24	125 x 77	144	38	140 x 68	8	1	Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico
20	Higiene íntima	Movimento com os dedos dos pés	92	20	153 x 66	112	28	155 x 82	5	--	Trauma de tórax + pelve + fratura tíbia direita e Pnevumonia
21	Higiene íntima	Movimento com os dedos dos pés	103	16	97 x 49	124	16	160 x 106	8	2	Pós-OP cirurgia vascular
22	Higiene oral	Abriu a boca	60	26	140 x 69	69	28	150 x 89	6	--	Pnevumonia + erisipela

	Banho no leito	Fechou os olhos com força e rugas na testa									
23	Higiene oral	Fechou os olhos com força	58	18	128 x 57	101	12	150 x 66	9	--	Acidente Vascular Encefálico Isquêmico
	Banho no leito	Rubor facial contração das pernas e músculo diafragmático									
	Higiene íntima	Rubor facial e rugas na testa									
24	Banho no leito	Trincar de dentes	99	25	130 x 64	107	51	152 x 87	3	6	Fratura transtrocanteriana + fibrose pulmonar
25	Banho no leito	Suor abundante	91	24	140 x 70	88	26	221 x 108	8	1	Fratura em C6 e C7

26	Banho no leito	Rugas na testa	118	26	160 x 99	122	32	156 x 92	10	1	Pós-OP transmetatársica bilateral
27	Higiene íntima	Movimento ocular interno	68	19	150 x 110	89	28	155 x 100	5	6	Insuficiência Renal + Insuficiência Cardíaca Congestiva + cardiomegalia
28	Banho no leito	Movimento ocular interno	98	28	130 x 98	112	32	162 x 84	5	6	Septicemia urinária + choque séptico
29	Higiene oral	Fechou a boca	66	12	127 x 86	89	22	138 x 88	10	4	Pancreatite
30	Higiene oral	Fechou a boca	92	16	174 x 84	75	16	214 x 137	9	1	Infarto agudo do miocárdio



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 108A/2009

Rio de Janeiro, 08 de junho de 2009.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

<p>Coordenador: Carlos Scherr</p> <p>Vice-Coordenadora: Salésia Felipe de Oliveira</p> <p>Membros: Andréa Estevam de Amorim Alice de C. A. Vinhaes Bráulio dos Santos Júnior Carlos Alberto Pereira de Oliveira Elisete Casotti José M. Salame Jucema Fabrício Vieira Márcia Constância P. A. Gomes Maria Alice Gunzburger Milene Rangel da Costa Mônica Amorim de Oliveira Nara Saraiva Pedro Paulo Magalhães Chispim Rafael Aron Abitbol Rondineli Mendes da Silva Sandra Regina Victor Sérgio Aquino Suzana Alves da Silva</p> <p>Secretárias Executivas: Carla Costa Vianna Renata Guedes Ferreira</p>	<p>PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 52/09 CAAE: 0054.0.314.000-09 e 0055.0.314.000-09</p> <p>TÍTULO: A silenciosa linguagem do corpo que é cuidado.</p> <p>PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Gunnar Glauco de Cunto Taets.</p> <p>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Hospital Municipal Souza Aguiar e Hospital Municipal Salgado Filho.</p> <p>DATA DA APRECIÇÃO: 08/06/2009.</p> <p>PARECER: APROVADO.</p>
--	---

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Esclarecemos, ainda, com relação aos Protocolos, que o CEP/SMSDC deverá ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.


Salésia Felipe de Oliveira
Vice-Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 601 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
CEP: 20211-901
Tel: 2503-2024 / 2503-2026 - E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761