

Coma e UTI: Políticas da Vida¹

Verusk Arruda MIMURA²
Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, SP

Resumo

Como existem muitas dúvidas em relação ao que ocorre com o paciente em coma, precisamos aprender outros meios de percebê-los. O presente artigo busca evidenciar que atualmente estudos sobre o estado de coma buscam “novas” possibilidades, ou seja, terapias nunca experimentadas para acessar os pacientes nesse estado. Essa atitude vem na contra mão da hegemonia dos biopoderes presentes nas instituições totais relatadas por Goffman, 2010 relacionada aqui especificamente ao texto de Dunker, 2014 em paralelo a UTI. A minha proposta de trabalho consiste em estudar a comunicação do paciente em coma por meio do estudo das manifestações fisiológicas dos pacientes na unidade de terapia intensiva e suas possíveis respostas comunicativas por meio do estímulo olfativo.

Palavras-chave: Coma, UTI, Olfato.

A unidade de terapia intensiva é destinada ao atendimento de pacientes hemodinamicamente instáveis. O conhecimento da equipe multidisciplinar, associado ao desenvolvimento tecnológico aumentou a efetividade terapêutica: recuperação e sobrevivência.

A atualização de softwares disponibiliza atualmente uma variedade monitores que permitem a mensuração constante dos sinais vitais, estado hemodinâmico e função respiratória. Para melhor compreensão podemos comparar a possibilidade de monitorização não invasiva (manômetros de água, monitorização intermitente) e invasiva (transdutores, monitorização contínua). Impulso mecânico é transformado em impulso elétrico. Onda de pressão intravascular diafragma do transdutor transforma o impulso mecânico em impulso elétrico. A observação sistematizada das variáveis fisiológicas possibilita a orientação diagnóstica e terapêutica.

Os autores Coronetti et al. (2006) ressaltam que dentre os serviços de urgência dos hospitais encontra-se a Unidade de Terapia Intensiva, que objetiva concentrar recursos humanos e materiais para o atendimento de pacientes graves que exigem assistência

¹ Trabalho apresentado no GP Comunicação, Ciência, Meio Ambiente e Sociedade do XVI Encontro dos Grupos de Pesquisa em Comunicação, evento componente do XXXIX Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação.

² Doutoranda do Programa de Comunicação e Semiótica da PUC, SP. email: veruskarruda@yahoo.com.br

permanente, além da utilização de recursos tecnológicos apropriados para a observação contínua das condições vitais dos mesmos para a intervenções em situações de emergência.

A implantação de uma Unidade Terapia Intensiva segura é um esforço de toda a equipe, é o resultado de uma cooperação em todos os níveis (Associação de Medicina Intensiva Brasileira, 2010).

Um paciente crítico necessita em média de mais de 170 intervenções diferentes por dia, realizadas, muitas vezes de forma repetitiva e por diferentes equipes ou especialidades.

Embora o grau de complexidade e o tempo necessário para completar cada uma das tarefas variem bastante entre um paciente e outro, elas estão sujeitas a eventos adversos, por causa das diferentes formações e percepções técnicas, natural limitação da memória humana, dificuldade em manter atenção permanente, fadiga, estresse, pressão permanente, dentre outros fatores (Associação de Medicina Intensiva Brasileira, 2010).

A circulação de profissionais no setor é restrita, sendo permitido o fluxo apenas dos que lá atuam. Por esse motivo a unidade é denominada um setor fechado, o que torna os profissionais suscetíveis a desgastes emocionais. Nesse sentido, cito Dunker (2015) sobre a lógica do condomínio, onde o autor traz aspectos peculiares da vida por de trás dos muros, aspectos estes pautados numa razão higienista, que remove do cenário tudo aquilo considerado inadequado, transgressor. Os jardins hermeticamente organizados sem os muros separando as residências, as pavimentações das ruas e o excesso de placas de sinalização, algo surreal. A unidade de terapia intensiva responde perfeitamente a essa lógica do condomínio. Para as pessoas externas que visitam a UTI, a impressão de ordem e funcionalidade são irreprováveis. Mas assim como nos condomínios emerge a questão: o que realmente fica por de trás dos muros?

Dunker (2015) aponta situações reais que permeiam a vida nos condomínios como, por exemplo, as desobediências de trânsito e as desavenças entre vizinhos. Na unidade de terapia intensiva os problemas também são reais, como a não adesão à lavagem das mãos, o estresse em virtude da poluição sonora oriunda dos equipamentos, a sobrecarga de trabalho, o relacionamento interpessoal dificultado, dentre outros. Ainda nesse sentido é relevante citar o dilema em conciliar as crenças e valores pessoais e profissionais, denominada por Mekechuk, 2006 como sofrimento moral. O enfermeiro acaba se sentindo responsável e ao mesmo tempo incapaz de mudar os acontecimentos. Situações como esta comprometem a saúde do profissional, pois ele leva consigo esses dramas vivenciados e sua repercussão se estende para vida pessoal.

Essas situações na UTI assim como no condomínio tendem a se tornar maiores por de trás dos muros. Em ambos temos uma autoridade que organiza e gerencia para que tudo realmente caminhe na mais perfeita ordem, no condomínio, o síndico; na UTI, o coordenador da unidade, função normalmente desempenhada pelo enfermeiro. Ambos responsáveis pela manutenção do ambiente. Para tal temos o regulamento, as normas e rotinas. Um estilo de vida quase que total, que nos remete o trabalho de Goffman (2010), que realizou estudos de comportamento em enfermarias dos Institutos Nacionais do Centro Clínico de Saúde em Bethesda, Maryland, Estados Unidos. Sua obra “Manicômios, Prisões e Conventos”, foi resultado de um estudo de três anos, que teve como objetivo conhecer e perceber o mundo vivenciado e percebido por pacientes internados em instituições totais através da observação de fenômenos comunicativos de determinado grupo através da interação.

De acordo com Goffman (2010), as instituições totais são enumeradas em cinco agrupamentos que se seguem:

- Primeiro: instituições destinadas a cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si e inofensivas (hospitais, asilos, orfanatos, abrigos);
- Segundo: instituições destinadas a cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si e que se constituem em uma ameaça à sociedade de modo não intencional (hospitais psiquiátricos e infectocontagiosos);
- Terceiro: instituições destinadas a proteger a sociedade, abrigando pessoas que constituem risco intencional para a mesma (penitenciárias);
- Quarto: instituições com a missão de realizar de modo sistemático uma determinada tarefa (quartéis, internatos escolares, campos de trabalho, empresas);
- Quinto e último agrupamento: instituições que servem como refúgio do mundo (conventos e mosteiros).

Uma instituição total pode ser definida como um local de residência, internação ou trabalho, onde um grande número de indivíduos em situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada. (GOFFMAN, 2010, p. 11)

Segundo Dunker (2015) os precedentes mais claros dos atuais condomínios são os hospitais psiquiátricos expandidos em meados do século XIX. Nesses ambientes excluindo

os sinais aparentes de loucura e pobreza o que resta é um protótipo de um condomínio arborizado, repleto de locais para meditação, centros de cuidado e tratamento, regulamentos e rota de circulação.

O apelo à vida em forma de condomínio baseia-se, como os antigos leprosários e hospícios, na promessa de recuperação e reconstrução da experiência perdida. A antiga noção de cura não tem outro sentido que não a de reencontro de um lugar. Talvez não seja por outro motivo que não se possa associar a nova vida em condomínio com nenhuma expressão artística ou cultural relevante. A distante relação com o pós-modernismo como estilo arquitetônico pode ser reduzida ao pastiche de paródias involuntárias, citações invertidas autoironias mal escolhidas. Isso por si só já seria uma exceção, tendo em vista a recorrência histórica entre transformações urbanísticas e criação estética. A lógica do condomínio tem por premissa justamente excluir o que está fora de seus muros; portanto, no fundo, não há nada para pensar na tensão entre esse local murado e seu exterior. (DUNKER, 2014, p.52).

O momento da admissão para “dentro dos muros” dá início a uma transição da vida exterior para a interior; o confinamento espacial e social constitui a primeira mutilação do eu, a barreira imposta pelas instituições totais entre o internado e o mundo externo. Na institucionalização forçada ou por iniciativa própria do sujeito, o processo de mortificação do eu se dá da mesma forma pela adaptação às novas regras institucionais (GOFFMAN, 2010).

Além do próprio nome, os bens individuais estabelecem uma relação com o eu, um conjunto de identidade, e a pessoa geralmente espera exercer o controle sobre eles para poder se apresentar diante do outro ou dos outros (GOFFMAN, 2010).

Menezes (2007) nos chama a atenção no sentido de que temos disponível um arsenal tecnológico que pode tornar possível os processos de vinculação ou ao mesmo tempo nos distanciar dele. Parar o mesmo autor, o risco de incomunicação está presente tanto na comunicação direta como na comunicação mediada por equipamentos; pautados nesta ideia percebemos que o que vai assumir um caráter significativo é a disponibilidade do outro no processo de comunicação. Nessa ótica, Sibilia (2015) ressalta:

Entretanto, não é novo o sonho de compatibilizar o par corpo/mente – que, à luz da mais reluzente tecnociência atual, ainda parece constituir os seres humanos – com o par *hardware/software* dos computadores. Após várias décadas inspirando a ficção científica, essa possibilidade começou a se realizar em projetos como os que se propunham a criar redes neurais artificiais capazes de imitar

eletronicamente o funcionamento cerebral, deslanchados na década de 1990. Certo vocabulário utilizado para divulgar tais descobertas tecnocientíficas, cravejado de metáforas muitas vezes naturalizadas e coladas à verdade, abriu o caminho para se pensar uma interação realmente carnal com os aparelhos informáticos. Assim como ocorreu com a cristalização literal de noções como as de códigos genéticos, letras químicas, instruções biológicas e programação celular, entende-se que o contato entre os neurônios, por exemplo, consiste em transmissões efetuadas por meio de impulsos eletrônicos e que nessas trocas ocorrem transferências de informação.

Voltando a Goffman (2010), para que a comunicação ocorra entre os sujeitos se faz necessária à interação; é isso que viabiliza o processo de cuidar, em seu sentido mais amplo.

O homem hoje desenvolveu para o que costumava fazer com o seu corpo, extensões ou prolongamentos desse mesmo corpo o que podemos facilmente observar através do avanço tecnológico de modo geral, não sendo diferente na área da saúde (MCLUHAN; FIORE, 1971).

Desta forma, destacamos a importância da comunicação na área da saúde como interação, decorrente da assistência direta dispensada aos pacientes por parte da equipe de enfermagem, que pode acontecer de diversas maneiras, dependendo do tipo de comunicação utilizada, por meio de canais espalhados pelo corpo. Ao mesmo tempo é imprescindível se atentar ao distanciamento que pode se estabelecer devido à mecanização da assistência, conseqüentemente à falta de humanização, associada às barreiras que constituem o dia a dia dos profissionais da área da saúde (PRADO; PERES; LEITE, 2011).

A Enfermagem é considerada a arte e a ciência de cuidar de pessoas; para tal fato a importância e a valorização do processo de interação entre quem cuida, e quem recebe o cuidado, torna-se imprescindível, pois propicia a troca de informações.

Os pacientes admitidos na UTI apresentam, dentre outros diagnósticos de enfermagem, a comunicação verbal prejudicada, o que faz com que os profissionais considerem dificultoso o processo de interação com esses pacientes (ZINN; SILVA; TELLES, 2003).

A interação propicia respeito à individualidade dos pacientes e pode auxiliar na identificação de possíveis formas de comunicação que podem ser utilizadas durante a internação (ZINN; SILVA; TELLES, 2003). Não podemos afirmar o quanto esses pacientes são capazes de nos ouvir, mas considerando as possibilidades, precisamos, no mínimo, nos preocupar com o que falamos ao redor deles (PUGGINA; SILVA, 2009).

Já os familiares dos pacientes que se encontram na UTI vivenciam o problema da falta de orientação sobre as condições em que os pacientes se encontram e isso abala a relação naquele momento tão importante para ambas as partes. A falta de comunicação entre a enfermagem e a família se relaciona à dificuldade e complexidade do dia a dia na UTI. Nesse sentido, a enfermagem acaba se esquecendo de dispensar apoio à família.

O paciente internado na UTI passa por processos de ruptura, mesmo que temporária, com seu meio externo, ou seja, é condicionado a se adaptar às rotinas da UTI, ter seus hábitos interrompidos e ficar a maior parte do tempo longe de seus familiares, pessoas de seu convívio diário, sendo a própria patologia um fator que dificulta o processo de adaptação (VILLA; ROSSI, 2002).

Goffman (2010) relata que os pacientes desenvolvem micro relações com o ambiente e com as pessoas com quem passam a conviver. Essas relações são permeadas por toda a história de vida dos internos e, na maioria das vezes, os profissionais desconhecem essa vinculação.

Os autores Pretos e Pedrão (2009) citam a dificuldade em aceitar a morte, um dilema ético e profissional vivenciado pelos profissionais de saúde da área de enfermagem. Tal dificuldade pode dificultar a interação e o reconhecimento dessas micro relações, pois podem se constituir num mecanismo de defesa utilizado pelo profissional.

Tanto os enfermeiros como os pacientes da UTI são cercados por tecnologia avançada que embora sejam essenciais para salvar vida, podem tornar o ambiente agressivo (SOUZA et al., 2006)

Em relação aos equipamentos os autores Schawonke et al. (2011) ressaltam que embora indiscutivelmente sejam a espinha dorsal das unidades de terapia intensiva, garantindo o suporte avançado de vida pretendido ao paciente em estado crítico, remetem responsabilidades importantes aos enfermeiros em programar esses equipamentos, bem como ajustar seus parâmetros, alarmes e supervisionar seu funcionamento.

De um lado, as máquinas nos dão a sensação de controle, de precisão; do outro lado elas nos limitam nas possibilidades de encontrar caminhos novos como cita Carr (2014):

Nossa susceptibilidade em relação à complacência e às tendências explica como uma confiança na automação pode levar a erros tanto na forma de delegar como na de omitir. Nós aceitamos e agimos de acordo com informações que acabam por se mostrar incorretas ou incompletas, ou nós deixamos de ver coisas que deveriam ser vistas. Mas, o modo como uma confiança em computadores enfraquece o ato de se estar consciente e a atenção também aponta para um

problema mais insidioso. A automação tende a nos transformar de atores em observadores. Em vez de manipular os controles, nós olhamos a tela. Esta mudança pode tornar nossa vida mais fácil, mas isto pode também inibir nossa habilidade de aprender e de desenvolver competências. Ainda que a automação aumente ou rebaixe nossa atuação numa dada tarefa, ao longo do tempo ela pode diminuir nossas habilidades existentes ou evitar que possamos adquirir novas habilidades (tradução livre).

O autor David Rose em *Enchanted Objects*, 2015 traz uma tendência contemporânea de procurarmos saídas mais orgânicas em contrapartida com nossa vida tecnológica, rápida e que sacrifica o equilíbrio em função da eficiência. Esta ideia reforça a proposta do presente estudo, ao relatar a UTI como um ambiente hiper tecnológico, onde o que se busca tradicionalmente é o controle eficiente sobre todas as manifestações corporais possíveis; nossa proposta vai num sentido complementar, pesquisando o sentido olfativo como uma possibilidade de acessar o mapa neural da consciência nos pacientes ditos inconscientes:

As tendências na gastronomia revelam uma outra fantasia emergente: o desejo pelo devagar (*slow*).(...) Este impulso leva a uma série de novos objetos encantados que restabelecem a quietude. A Sociedade de Redução de Ruído do Reino Unido, uma organização sem fins lucrativos, dedicada ao combate da poluição sonora, introduziu o *Quiet Mark*, um programa que oferece um selo de aprovação, para certificar objetos que se encaixem nesta direção.(...) No mundo inquieto de hoje, as pessoas cada vez mais querem ser capazes de criar quietude. Nós queremos tranquilidade à disposição, silêncio quando estalamos os dedos, e produtos e serviços que possam fazer seu trabalho silenciosamente e com grande sutileza. Podemos ver este impulso refletido outra vez no eterno desejo nas pessoas em infundir a natureza – sua calma e trégua - em suas cidades, lares, e lugar de trabalho. Queremos fugir das pressões, da poluição, do ruído, do trânsito, e outras agressões da vida cotidiana.

Coma

O coma (do grego *kôma* = sono profundo) pode ser definido como estado de perda total ou parcial da consciência, da motricidade voluntária e da sensibilidade, ocasionado devido a lesões cerebrais, intoxicações, problemas metabólicos e endócrinos. Nesse estado, dependendo da gravidade, as funções vitais são mantidas em maior ou menor grau. A inconsciência, característica típica do coma, é uma condição em que o paciente não responde aos estímulos ambientais e não está ciente deles. O termo é usualmente reservado

para a falta de responsividade de curta duração (vai de momentânea a várias horas). Complementando nossa definição, o coma é um estado clínico de inconsciência, no qual o paciente não está ciente de si mesmo ou do ambiente durante períodos prolongados (dias a meses ou, até mesmo, anos). As causas de inconsciência ou coma podem ser neurológicas (traumatismo craniano, acidente vascular cerebral), toxicológicas (overdose de drogas, intoxicação etílica) ou metabólicas (insuficiência hepática ou renal, cetoacidose diabética) (SHAWN, 2002).

Quando fisiológico, o estado de coma pode ser mensurado com a utilização da Escala de Coma de Glasgow (ECGI) e, quando farmacológico, pela Escala de Sedação de Ramsay (ESR) (PUGGINA; SILVA, 2009).

Diante das definições acima vale ressaltar que a neurociência e os conceitos de consciência buscam incansavelmente estabelecer relações entre a experiência subjetiva e processos físicos do cérebro (BUENO, 2002).

De acordo com Miranda (2002) do ponto de vista anatômico, o crânio compreende uma caixa óssea que se constitui num arcabouço que protege a parte do SNC denominada encéfalo e que abrange o cérebro, cerebelo, pedúnculos, a protuberância e o bulbo.

Do cérebro originam-se aproximadamente 40.000 km de nervos responsáveis por sistema de comando e controle invejável. O bulbo raquiano representa o segmento ascendente do SNC que continua com a medula espinhal que se comunica com a ponte (MIRANDA, 2002).

Importância da Comunicação com os Pacientes em Coma

A percepção auditiva dos pacientes em coma, tanto fisiológico como induzido, em relação à comunicação verbal ao seu redor, foi muito questionada e, até hoje, mesmo com os avanços da medicina e da neurociência, ainda não temos uma resposta precisa sobre o que acontece na mente desses pacientes durante a experiência de estar em coma (PUGGINA, 2006).

Para o homem, os sons têm uma função indicativa em relação à visão e o tato, que assumem uma relação estrutural (PLESSNER, 1977).

Já para Herder (1977 apud PLESSNER, 1977), a audição atua como sentido intermediário. O tato nos coloca em contato com o meio externo; a visão nos coloca em contato com o distante, sendo a audição a verdadeira porta para a alma, o elo com os outros

sentidos. A audição parece ser o último sentido perdido. Tal afirmação pode ser sustentada pelos relatos de pessoas que retornaram desse estado. A maioria descreve dados sensoriais auditivos, como sons, palavras, frases, vozes familiares etc, percebidos durante a permanência em coma. Por isso, é extremamente importante cuidar do ambiente sonoro em que o paciente está inserido, bem como das conversas paralelas ao lado do leito e da própria comunicação com o paciente, principalmente antes da realização de qualquer procedimento (PUGGINA, 2006).

Relatórios recentes confirmam as limitações das análises clínicas convencionais no estabelecimento de diagnóstico e prognóstico de pacientes com DOC (*disorders of consciousness*). As novas técnicas de imagens cerebrais demonstraram inconsistências nas análises clínicas e são aliados valiosos na confirmação ou na refutação de diagnósticos clínicos, fornecendo informação diagnóstica adicional. No momento, as evidências disponíveis não garantem o uso de análise de imagens funcionais em cuidados de rotina para todos os pacientes. Estas análises podem demonstrar apenas correlatos neurais das funções cognitivas. Entretanto, o valor de pesquisa de tais técnicas para melhor objetivar os diagnósticos e prognósticos está sendo a cada dia mais reconhecido.

Como existem muitas dúvidas em relação ao que ocorre com o paciente em coma, precisamos aprender outros meios de percebê-los.

O presente artigo busca evidenciar que atualmente estudos sobre o estado de coma buscam “novas” possibilidades, ou seja, terapias nunca experimentadas para acessar os pacientes nesse estado. Essas alternativas respondem ao anseio de familiares de pacientes no estado de coma, que hoje ainda que vagarosamente, buscam informações e propostas acerca do quadro clínico de seus familiares, não se contentando com informações superficiais. Essa atitude vem na contra mão da hegemonia dos biopoderes presentes nas instituições totais relatadas por Goffman, 2010 relacionada aqui especificamente ao texto de Dunker, 2014 em paralelo a UTI.

A minha proposta de trabalho consiste em estudar a comunicação do paciente em coma por meio do estudo das manifestações fisiológicas dos pacientes na unidade de terapia intensiva e suas possíveis respostas comunicativas por meio do estímulo olfativo, entendido como construção de vínculos, considerando o corpo como mídia e texto. Mídia: pelo fato de ser portador de comunicação, sendo por isso um meio. Texto: por apresentar sinais que podem ser interpretados pelos profissionais da área de enfermagem que prestam cuidados integrais a estes pacientes. A enfermagem é a ciência que trata do sistema de relacionamentos das

respostas humanas nos aspectos envolvendo saúde/doença nos domínios biológico, comportamental, social e cultural. Tem como base do seu trabalho as relações humanas, sejam elas com os pacientes ou com a equipe multidisciplinar; por isso a comunicação é ponto chave em seu exercício. Nesse sentido, julgamos relevante conduzir estudos que aproximem a enfermagem do seu objeto de trabalho, que vai além do corpo propriamente dito, se estendendo ao universo da comunicação. O objetivo do meu estudo será identificar, a partir de um estímulo olfativo, indícios prováveis do processo de comunicação do paciente em coma através da leitura e interpretação de possíveis alterações dos sinais vitais como frequência cardíaca, percentual de saturação de oxigênio no sangue, respiração, pressão arterial e temperatura ou sinais subjetivos emitidos pelo corpo por meio de expressões faciais e corporais, caso o paciente venha a apresentar. A relação da comunicação através do corpo será pensada à luz de Bystrina relacionando os códigos hipolinguísticos à ontogênese contínua, associada à adaptação ao meio, pautados nos princípios de ambiência, vinculação e projetividade de Baitello Junior e no conceito de percepção corporal de Maurice Merleau-Ponty e Goffman, acerca do confinamento do paciente ao seu próprio inconsciente, perdendo o vínculo com o mundo externo, dentre outros autores.

A amostra será constituída por pacientes que apresentem o quadro clínico de coma fisiológico, mensurado pela escala de coma de Glasgow, e coma induzido, mensurado pela Escala de Sedação de Ramsay. O paciente será submetido a sessões de estimulação olfativa diária, totalizando cinco sessões administradas em horários que não coincidam com o horário de visitas. Os resultados desta pesquisa poderão contribuir para identificação de possibilidades de estabelecimento de um processo de comunicação com os pacientes em coma.

REFERÊNCIAS

Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). GUTIS: Guia da UTI Segura. 1ª Ed. São Paulo. 2010. Disponível em: http://static.hmv.org.br/wp-content/uploads/2014/07/Orgulho_GUTIS.pdf Acesso em: 24-09-2015.

BUENO, J. L. O. **A consciência como “ponto de partida”**. Padéia, v.12, n. 22, p. 83-87, 2002.

CARR, N. *The Glass Cage*. Norton & Company, Inc., New York, NY, 2014.

CORONETTI, A.; NASCIMENTO, E. R. P.; DA BARRA, D. C. C.; MARTINS, J. J.; O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: o enfermeiro como mediador. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 2006, 35-4.

DUNKER, C. I. L.; *Mal estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros*. 1 ed-SP: Boitempo, 2015. (Estado de sítio).

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2010.

JOX, R. J., BERNAT, J. L.; LAUREYS, S.; RACINE, E.; Disorders of consciousness: responding to requests for novel diagnostic and therapeutic interventions. *Lancet Neurol* 2012; 11: 732–38.

MCLUHAN, M., FIORE, Q. **Guerra e paz na aldeia global**. Rio de Janeiro: Record, 1971.

MEKECHUK, J. Moral distress in the pediatric intensive care unit: The impact on pediatric nurses. **Leadership in Health Services**, v. 19, n. 3, p. 1–6, jul. 2006.

MENEZES, J. E. O. **É preciso resgatar a cultura do ouvir**. São Paulo: Annablume, 2007.

MIRANDA, E. E. **Corpo território sagrado**. São Paulo: Loyola, 2002.

PLESSNER, H. **Antropologia dos sentidos**. In: GADAMER, H.G.; VOGLER, P. *Nova antropologia: o homem em sua existência biológica, social e cultural*. São Paulo, EPU, 1977. v.7.

PRADO, C.; PERES, H. H. C.; LEITE, M. M. J. *Tecnologia da informação e da comunicação em enfermagem*. São Paulo: Atheneu, 2011.

PRETO; V. A., PEDRÃO; L. J.; O estresse entre enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* .Rev. Esc. Enferm. USP. São Paulo Dec. 2009. 43;4 .

PUGGINA, A. C. G.; SILVA, M. J. P. **Sinais vitais e expressão facial de pacientes em estado de coma**. *Rev. Bras. enfermagem*, Brasília, v.62, n.3, p. 435-441, 2009.

PUGGINA, A. C. G.; **O uso da música e de estímulos vocais em pacientes em estado de coma: relação entre estímulo auditivo, sinais vitais, expressão facial e escalas de coma de Glasgow e Ramsay**.157f. Dissertação de mestrado em Enfermagem em saúde do adulto. Escola de enfermagem da universidade de São Paulo, 2006.

ROSE, D. *Enchanted Objects*, Edition April, 2015. First Scribner, New York, NY.

SHAWN, M. M. In: BARE, B. G.; SMELTZER, S. C. **BRUNNER &SUDDARTH**. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. v. 2.

SCHWONKE, Camila Rose G. Barcelos et al . Perspectivas filosóficas do uso da tecnologia no cuidado de enfermagem em terapia intensiva. Rev. bras. enferm., Brasília , v. 64, n. 1, p. 189-192, Fev. 2011.

SIBILIA, P. O homem pós-orgânico: a alquimia dos corpos e das almas à luz das tecnologias digitais. 2 ed. RJ. Contraponto, 2015.

SOUZA, S. R. O. S.; SILVA, C. A.; MELLO, U. M.; FERREIRA, C. N.; Aplicabilidade de indicador de qualidade subjetivo em Terapia Intensiva. Rev Bras Enferm 2006 mar-abr; 59(2): 201-5.

VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido". **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.10, n.2, p.137-144, 2002.

ZINN, G. R.; SILVA, M. G.P.; TELLES, S. C. R. Comunicar-se com o paciente sedado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. São Paulo, v. 11, n.3, p.326-32, jun. 2003.