

# **FAMILIARES DE PACIENTES QUE VIVENCIARAM O COMA E O RETORNO À VIDA**

## *FAMILIAR OF PATIENTS WHO HAD LIVED DEEPLY AND THE RETURN TO THE LIFE*

Taciara dos Santos Prates  
Enfermeira graduada pela Universidade Regional do  
Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Unijuí,  
Hospital Santa Casa de Misericórdia –Uruguaiana-  
RS. [taciprats@hotmail.com](mailto:taciprats@hotmail.com)

Eniva Miladi Fernandes Stumm, Enfermeira, Mestre  
em Administração pela UFRGS, docente da Unijuí,  
orientadora. [eniva@unijui.edu.br](mailto:eniva@unijui.edu.br)

Marli Maria Loro, Enfermeira, Mestre em Educação  
nas Ciências pela Unijuí, docente da Unijuí,  
colaboradora. [marlil@unijui.edu.br](mailto:marlil@unijui.edu.br)

Liamara Denise Ubessi, Psicóloga, estudante de  
Enfermagem, mestranda em Educação nas Ciências  
pela Unijuí, colaboradora. [lia@unijui.edu.br](mailto:lia@unijui.edu.br)

### **RESUMO**

O cotidiano de familiares que têm um ente querido em coma, em uma Unidade de Terapia Intensiva, sofre alterações. Este estudo busca conhecer o cotidiano de familiares que tiveram entes queridos em coma e que sobreviveram. É uma pesquisa qualitativa, descritiva, da qual participaram quatro familiares. A coleta de dados foi realizada mediante entrevista aberta. O tratamento dos dados foi realizado a partir da análise temática, emergindo uma categoria analítica e cinco subcategorias.

**PALAVRAS-CHAVE:** Família; Sentimentos; Unidade de terapia intensiva; Assistência de enfermagem.

## INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é fechada, complexa e fornece atendimento integral e intensivo a usuários críticos, com doenças graves (GUIRARDELLO et al, 1999). A referida unidade hospitalar dispõe de recursos tecnológicos avançados como forma de melhorar o atendimento e proporcionar resolutividade aos problemas apresentados pelos pacientes.

A hospitalização de um familiar em UTI geralmente ocorre de forma inesperada, sem tempo para ajuste familiar. Diante dessa situação, os familiares dos pacientes internados em UTI podem sentir-se desorientados e com dificuldade para se mobilizarem, desencadeando diferentes tipos de necessidades. A família experiencia medo, ansiedade, insegurança, dentre outros sentimentos, que emergem de situações difíceis que acompanham esta internação, tais como: possibilidade de morte do paciente, busca de informação sobre o estado de saúde do familiar internado e a própria dinâmica de trabalho em UTI, incluindo a tecnologia e o saber específico dos profissionais (PUGGINA, SILVA e ARAÚJO, 2008).

Considera-se que a vivência de um familiar acompanhante de um paciente em coma na UTI interfere na dinâmica familiar e pode gerar reações variadas entre seus integrantes. Pitteli e Oliveira (2009, p.34) conceituam coma como “um estado clínico que se define, em termos comportamentais, pelo comprometimento do ciclo vigília-sono. Esse comprometimento traduz-se pela perda parcial ou total da consciência e conseqüentemente das funções da vida de relação”. O coma pode ter várias causas e graus, sendo o mais grave o coma profundo. Convém distinguir esses graus, avaliar os parâmetros psicológicos, fisiológicos e diagnosticar corretamente o mesmo (FERNANDES & SIMÕES, 2006).

O familiar do paciente em coma expressa sentimentos e reações decorrentes de vários fatores, incluindo valores, cultura, religião, dentre outros, daí a importância do profissional da saúde, responsável pelo cuidado, buscar compreendê-lo como um ser biopsicoespiritual. Os familiares buscam identificar sinais no ente querido que lhes dê esperança, tais como abertura esporádica dos olhos, temperatura das mãos e pés, expressão facial e sinais vitais. Estas informações geram esperança nos

familiares, ocorrendo assim o processo de negação da morte (LIMA & SANTA ROSA, 2008).

A vivência desses familiares é em busca de apoio espiritual nesse momento de incerteza e insegurança. Esse apego no espiritual vem muitas vezes, relacionado à necessidade de não perder a esperança, a propostas de mudanças, a promessas e à espera de um milagre. Há por parte dos familiares de pacientes que estiveram em coma uma incansável busca de mensagens como uma lágrima que escorre do rosto do paciente ao ser chamado pelo apelido ou de sinais que revelem vida ou morte sem sofrimento. (LIMA & SANTA ROSA, 2008, p.548).

Considerando o exposto, busca-se com a presente pesquisa conhecer o cotidiano de familiares que tiveram entes queridos em coma e que sobreviveram.

## **PERCURSO METODOLÓGICO**

O estudo realizado é de abordagem qualitativa, realizado em um município do noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, no meio urbano, com quatro (4) familiares de pacientes que vivenciaram o coma e que sobreviveram. Para a seleção dos sujeitos da pesquisa foram utilizados como critérios: ser maior de dezoito anos, não apresentar déficit cognitivo e concordar em participar do estudo.

Os sujeitos da pesquisa foram entrevistados nos seus respectivos domicílios, após serem contatados pessoalmente pela pesquisadora, que já os conhecia por ocasião da internação de seus familiares na UTI. Por se tratar de uma investigação de cunho qualitativo, considera-se importante uma breve descrição dos sujeitos que integraram a pesquisa, visando situar o leitor: E1 é irmã de um paciente que sofreu acidente de bicicleta, com traumatismo craniano; E2 são pais de uma jovem com tumor cerebral; E3, também pais de um adolescente que sofreu acidente de motocicleta, com traumatismo craniano; E4 é mãe de uma adolescente que sofreu abuso sexual e violência física.

A coleta de dados foi realizada nos meses de setembro, outubro e novembro de 2009, e foram observadas todas as questões éticas que regem pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2006). Assim que as informações começaram a se repetir, deu-se por encerrada a referida etapa (método de exaustão). O instrumento de coleta de dados utilizado foi entrevista aberta, gravada em áudio tape, transcrita na íntegra, com a seguinte questão norteadora: Conte-me, como foi para o (a) senhor

(a) ver seu familiar em coma e acompanhar todo o processo até a recuperação dele?

Os quatro familiares, após serem esclarecidos a respeito da pesquisa e aceitarem integrarem-se à mesma, assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE em duas vias, ficando uma em poder de cada um deles e outra da pesquisadora. No mesmo estava explicitada a garantia de anonimato, ou seja, de que a identidade de cada um deles não seria, em hipótese alguma, revelada, bem como que não sofreriam dano algum, nem teriam benefício monetário por participarem da pesquisa.

As informações obtidas foram analisados conforme metodologia preconizada por Gomes, citada por Minayo (2004): ordenação, classificação e análise final.

## **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Após a transcrição na íntegra dos depoimentos obtidos dos quatro (4) familiares, sujeitos da pesquisa, foram realizadas várias leituras em busca de apreender o conteúdo imerso nos mesmos. Esse esforço resultou na estruturação de uma categoria analítica e cinco (5) subcategorias, descritas e analisadas na seqüência.

### **Categoria analítica: Deparando-se e enfrentando o inesperado: vivências de familiares de pacientes em coma**

Viver é estar constantemente diante da incerteza, do inesperado, da possibilidade e falta de controle, embora nem sempre se tenha consciência disso. A internação de um familiar na UTI é, normalmente, um momento difícil para a família, que requer enfrentamento. Na referida situação podem emergir sentimentos de incerteza quanto ao presente e ao futuro de seu ente querido, medo e angústia – sentimentos que emergem ao se reportarem às suas próprias perspectivas de vida, inclusive.

O sofrimento está presente em cada ser humano que se depara com seu familiar em coma em UTI. É um misto de sentimentos que envolve dor emocional intensa aliada a possibilidade de morte. Para certas famílias a vivência de seus

familiares em coma pode ser revivida em detalhes e, para outras, restam somente peças de um quebra cabeça, que vão encontrando seus lugares com ajuda de pessoas com quem compartilharam aqueles momentos.

Zago (2009) explica que a dor emocional é a emoção típica de uma tristeza profunda, causando choro. É o inconsciente se expressando de forma simbólica. A dor pode ser usada pelo inconsciente com a finalidade simbólica de expressar uma mensagem. Isto demonstra que a dor tem um significado. Não há dor maior ou menor, independente do que a gerou.

Diante de uma perda ou da eminência de perda, a dor psicogênica e/ou emocional emerge. Muitas vezes, ela é sentida como um castigo/punição para muitas pessoas, principalmente quando se sentem culpadas. Na dor emocional há uma angústia no corpo todo, provocando aperto no peito, dificuldade de respirar, sensação que o coração vai partir.

Segundo o autor, a dor psíquica não é um sentimento provocado pela perda de um ser amado. Ela pode ser dor de abandono, de humilhação, de decepção e de espera. Os motivos que causam a dor podem ser muitos, mas geralmente só existe sobre um fundo de amor. A dor é uma forma de aviso de que devemos nos conscientizar dos sentimentos originais reprimidos e negados. Quanto mais importante é o fator desencadeante da dor, mais ela será sentida. Por isso é comum a dor intensa, sem fim, diante da morte de uma pessoa amada ou em situações eminentes de perda, vivenciadas pelos sujeitos da pesquisa.

### **Subcategoria I - O medo da perda**

O fato de se deparar com um familiar em um ambiente estranho, como é uma UTI, certamente predispõe o desencadeamento de inúmeros sentimentos nos demais integrantes da família, emergindo o medo da perda diretamente relacionado à morte. Segundo Motta & Kelner (2005) quando valorizado o sentimento da perda, passa a se valorizar a vida em si, e inicia-se a viver novamente. Experienciar a vivência do familiar em coma, segundo os autores, pode levar os familiares a sentir a morte não mais como algo amedrontador, mas que pode acontecer a qualquer momento.

Como se pode observar na fala de E1, ela sofreu ao se deparar com o irmão no respirador, com quadro inalterado, emergindo a insegurança e, principalmente, o medo da perda.

Quando nos chamaram para entrar, me apertou o peito, fiquei muito mal, quando vi ele daquele jeito, todo cheio de aparelhos, desacordado, com um cano dentro da boca, me desesperei, só chorava e pensava que não ia ter volta. Foram muitas visitas e ele sempre do mesmo jeito... Às vezes piorava, nós perdíamos as esperanças. Lembro bem do desespero, a primeira coisa que vêm na cabeça é: será que ele vai morrer? Como ele está? Será que está com dor, o que está sentindo? E1

O tratamento na UTI é considerado agressivo e invasivo, a família se depara com um ambiente estranho, procedimentos agressivos e interrompidos, além disso, a morte é um aspecto presente para a família neste momento, eles manifestam medo de perder seu ente querido. Culturalmente existe uma pré-concepção de que estar internado na UTI significa estar entre a vida e a morte, com a possibilidade de uma ida sem volta. Corroborando, o medo da morte no contexto da hospitalização na UTI relaciona-se ao estigma que esse local imprime. Desse modo convive-se com a morte como algo comum, que pode acontecer a qualquer momento (URIZZI et al, 2008).

Sequencialmente, no depoimento de E3 evidencia-se novamente o medo de perder o filho, aliado a dificuldade de admitir a possibilidade de morte, principalmente por se tratar de um adolescente.

Ele chegou ao hospital e foi atendido rápido, fizeram exames nele e o levaram para a UTI. Quando falaram que ele ia para a UTI nós dois (pai e mãe) nos abraçamos e choramos muito, pensamos que íamos perder nosso menino. Eu dizia que não era certo ele morrer antes de nós, ele tinha que viver, era muito novo. E3

O medo da morte esteve presente em todos os depoimentos, mesmo quando não expressado verbalmente. Essa situação leva a pensar que os familiares dos pacientes em coma entendem a UTI como um ambiente estigmatizado. Segundo Urizzi et al (2008) existe nos familiares dos pacientes de UTI a pré-concepção de que a UTI é uma espécie de “ante-sala” da morte e não da “vida”. Para Gonçalves (2007) o homem é o único ser vivo que possui consciência da sua finitude e que o fato de não saber quando irá morrer, implica em angústia, insegurança, medo ansiedade, daí a morte ser um dos temas pouco abordados e discutidos.

Segundo o autor, é um momento de instabilidade emocional, de tristeza, angústia e medo de perder quem se ama, que os saberes sobre a morte, mesmo

originados através da ciência, tornam-se incapazes de explicar, de fazer entender que a morte não é simplesmente a parada de uma máquina chamada corpo. Não há explicação para o sentimento humano que vive a experiência de ter um familiar em processo de morte e morrer.

E4 igualmente expressa o mesmo sentimento de E3 e o traduz como terrível. Ela se reporta ao desespero de ver sua filha em coma, de não reagir a nada. Nesse contexto, parece evidente que a pessoa em coma não consegue interagir com os profissionais e familiares que os rodeiam, no entanto não existe nenhum estudo que comprove cientificamente esta inexistência de comunicação ou, pelo contrário, a existência de resposta da pessoa quando estimulada (FERNANDES & SIMÕES, 2006).

Foram os dias mais difíceis de nossas vidas, a dor é muito grande e o medo de perder quem você ama, ainda mais um filho, é horrível. O medo da morte é terrível! Eu chamava ela, chacoalhava ela, não me respondia, pensei que ela estava morta, dei um grito pras gurias e disse que ela tinha morrido, aí veio uma enfermeira e me explicou que ela estava em coma, ia dormir bastante por alguns dias. E4

Em estudo realizado por Silva, Schlickanann & Faria (2002) são descritas experiências de quem vivenciou o coma. Os sujeitos relataram que sentiam dor, mas não podiam falar, escutavam tudo o que estava acontecendo ao seu redor. Alguns referiram sentir as picadas da agulha, outros o choque do desfibrilador, outros sentiam serem movimentados e descreveram o movimento como um estímulo que amplia a consciência.

Analisando os depoimentos dos familiares, sujeitos da pesquisa, aliado aos posicionamentos dos autores percebe-se o quão difícil é ter um ente querido na UTI, em coma. Daí a importância da atuação dos profissionais na atenção e no cuidado desses indivíduos.

Observa-se que no enfrentamento do medo dos familiares diante da possível perda, o profissional tem um papel relevante, não somente no sentido de informá-los sobre as situações reais e expectativas da solução do problema de saúde que trouxe o paciente até a UTI, mas principalmente de traduzir suas atitudes e falas em apaziguador de sentimentos de insegurança e de dor emocional.

## **Subcategoria II - Deparando-se com a realidade**

O ser humano normalmente não está preparado nem espera que, por exemplo, aconteça um acidente envolvendo um dos integrantes de sua família, uma doença como um tumor cerebral, situações essas que na maioria das vezes exigem internação em UTI e que fragilizam qualquer pessoa. Puggina, Silva & Araújo (2008) afirmam que viver se constitui em um fenômeno complexo, singular e único, no qual as inúmeras experiências que se sucedem, constroem e desconstroem a trama da existência. É estar, constantemente, diante da incerteza, da falta de controle, do inesperado, embora nem sempre se tenha consciência disso.

Na fala de E2 se percebe a intensidade da dor emocional vivenciada pela mãe, ao ponto de não suportar ver a filha em coma e, na fala de E3 emerge o desespero dos pais ao se depararem com o filho em coma, após sofrer um acidente de moto. Segundo Lima e Santa Rosa (2008, p. 552) “o familiar do paciente crítico ao ter consciência da situação concreta e da possibilidade de morte do seu enfermo que está na UTI expressa o vazio existencial através de sentimentos como: tristeza, frustração, pessimismo, desorientação, angústia e falta de sentido para viver.”

Chegamos, fomos direto para o hospital. Ela já tinha feito cirurgia, estava em coma, cheia de aparelhos. Minha esposa entrou na UTI, viu ela de longe e saiu, não conseguiu ver ela de perto. E2

Aí veio o médico e disse que ele teve um traumatismo craniano grave, tinha batido muito forte a cabeça, aí eu lembrei que quando cheguei lá ele estava sem o capacete, tinha caído. O médico disse que ele tinha que fazer uma cirurgia. Naquela hora nosso desespero foi maior, entramos para ver ele antes de ele ir para cirurgia, estava muito inchado, com um tubo na boca e uma máquina para respirar. E3

Segundo Carter & Mcgoldrick (2001) o pai e a mãe têm maneiras diferentes de funcionar, devido aos papéis tradicionais desempenhados, porém ambos necessitam de apoio emocional. Em decorrência da dor, a comunicação verbal e não-verbal pode ficar comprometida. Labres e Souza (2004) esclarecem que é fundamental a empatia no relacionamento, buscando compreender os sentimentos do outro. Pais e mães ao buscarem o significado do que aconteceu, muitas vezes, externam sentimento de culpa, principalmente se seus filhos são adolescentes.

Os pais, ao se depararem com o filho em coma e terem que assumir a realidade, terão que rever qual a função que deverão cumprir. Eles necessitam trabalhar o sentimento de perda, dor, tristeza e angústia. Existe também um sentimento de impotência e, nesse sentido, os pais podem se desesperar, como se evidencia na fala de E3.

Dando continuidade à análise e discussão dos resultados obtidos nesta pesquisa, na fala de E4 emerge a dor emocional da mãe ao se deparar com sua filha adolescente, que fora violentada sexualmente.

A Gabi tinha 14 anos quando aconteceu a pior coisa com ela e com nós. Ela foi estuprada e violentada por uns bichos [chorou]. Ela tinha ido numa amiguinha pegar um livro emprestado e como nós moramos no interior tem que atravessar um potreiro, era já noitinha e foi aí que pegaram ela. Eles estavam entre três homens, machucaram muito ela, apertaram o pescoço até ela desmaiar. Ela demorou a voltar eu já estava preocupada, ouvi um grito do meu esposo, era ele vindo com ela nos braços pedindo socorro, foi um desespero, fiquei em choque, corria e não conseguia ajudar [...] E4

A violência sexual contra menor de 14 anos no Brasil é crime, tendo formas previstas de punição nos Códigos Penal e Civil. Segundo Pedersen (2009, p. 104), “a violência sexual contra crianças e adolescentes sempre esteve presente na história [...]. Embora pareça ser um problema contemporâneo, é fruto de um processo histórico que colocou a criança em lugar de desprivilegio e desatenção”. A violência sexual contra crianças e adolescentes se origina nas relações desiguais de poder. Existe a dominação de gênero, classe social e faixa etária, sob o ponto de vista histórico e cultural. Essa dominação é manifestada pelos abusadores. A dificuldade da criança em resistir ao ataque dos abusadores favorece a ocorrência da violência sexual (BRASIL, 2004).

Considerando o crime praticado por três homens, não é espantoso o fato de a mãe da menor estuprada estar indignada com o que aconteceu à sua filha. Resta restabelecer a saúde dela e chamar os abusadores ao cumprimento de pena de reclusão. O abuso à menor trouxe conseqüências físicas e psicológicas. Nesse contexto o tratamento correto pode contribuir no sentido de minimizar o risco de a criança apresentar problemas futuros. (BALLONE, 2003).

A confiança dos pais no ambiente onde residiam foi quebrada quando a filha foi atacada e estuprada por três homens. Eles haviam deixado a menina ir sozinha na casa de uma amiga e, a partir do ocorrido, eles se depararam frente a uma situação desesperadora, novamente, demonstrando o quanto eram impotentes diante de tamanha violência.

As maneiras de como as pessoas reagem diante de uma situação que envolve membros da família divergem. E3 relata a dificuldade vivenciada diante do fato de ver seu filho necessitando de atendimento de emergência. Ele explica não ter

conseguido suportar o fato, o impossibilitando de prestar o primeiro atendimento, mesmo sendo bombeiro, tratando-se, pois, de um profissional habilitado para tal.

Quando cheguei lá, já na porta vi o Menezes (pai) em desespero. Eu tinha ido socorrer meu filho (pai), quando nos ligaram (bombeiros), saí normal como se fosse mais uma ocorrência para socorrer, mas quando cheguei e dei de cara com meu filho, não sei te explicar, mas o que senti não tem explicação. Me agarrei nele e não conseguia prestar socorro, fui fraco na hora...Meus colegas me tiraram dali e prestaram os primeiros socorros a ele. E3

Os bombeiros são treinados para prestar primeiros socorros, porém E3 não conseguiu desempenhar suas funções de bombeiro, ao se deparar com o seu filho necessitando de cuidados. Não agiu, ficou agarrado ao filho até que seus colegas o retiraram para então prestar os primeiros socorros. Observa-se que mesmo o pai tendo todo o aparato técnico e conhecimento científico, não conseguiu atender seu filho como estava habituado a fazer com outras pessoas, não da sua família. Ele relata que ficou imobilizado, tanto que os demais bombeiros tiveram que afastá-lo do local e prestar os primeiros socorros ao seu filho, porque a dor emocional do pai “falou” mais alto.

Já, E1 se reporta a dor emocional que sentiu, da angústia de “estar do outro lado da porta”, da falta de notícias referentes ao familiar. O corte na comunicação entre os familiares e os profissionais da UTI e do paciente que se encontra nesse ambiente é feito por uma “porta”. Como diz E1, “na frente daquela porta da UTI, é o pior lugar”. Com certeza, o familiar está sentindo a dor emocional destacada anteriormente, por Zago (2009) e ainda, tem a comunicação interrompida com a equipe cuja tarefa é de dar o melhor de sua capacidade profissional ao paciente em coma, por uma “porta”.

A gente fica com uma dor, uma coisa ruim, eu não parava quieta na frente daquela porta da UTI, é o pior lugar. Entram com eles lá dentro e a gente fica ali esperando uma notícia, sem poder ver ou saber o que está acontecendo. E1

A “porta” da UTI é um marco que representa aumento ou alívio da dor emocional. Segundo Gonçalves (2008) estresse e ansiedade ocorrem por incapacidade momentânea para se expressar e que atinge pacientes, familiares e cuidadores em UTI. O autor afirma que

Os profissionais do hospital relatam que os familiares de pacientes hospitalizados e temporariamente impedidos de se comunicar experimentam níveis extremos de ansiedade, tanto pela sua própria dificuldade em se comunicar com o ente querido quanto pela dificuldade de comunicar suas necessidades médicas e pessoais de forma efetiva.

Tradicionalmente, o suporte de comunicação para pacientes na UTI, que estão temporariamente incapazes de se comunicar, está focado na avaliação, realizada no leito (GONÇALVES, 2008, p. 81).

A comunicação dos familiares com o paciente em UTI é interrompida, incluindo a verbal e a não verbal. Na maioria das unidades as visitas são permitidas em horários determinados, sendo justificadas pelo fato de a equipe da UTI estar centrada na assistência ao pacientes. Assim, cabe ao profissional de enfermagem fazer com que o afeto não deixe de circular entre o paciente e seus familiares.

Considera-se que vivenciar a internação de um membro da família em UTI se constitui em um evento estressante. Nesse sentido, Gonçalves (2008) afirma que este momento é, muitas vezes, traumático, que remete a um sofrimento intenso devido à dor emocional, cujas reações divergem de pessoa para pessoa. Nesse contexto destaca-se a atuação dos profissionais responsáveis pelo cuidado e, em especial, da equipe de enfermagem, buscando cuidar do paciente, mas, também, dos familiares dele.

### **Subcategoria III - Desejo de permanecer ao lado do ente querido, fé em Deus, aliada a oportunidade de repensar valores**

O fato de saber que o familiar está em coma não muda o desejo de permanecer ao lado dele e de cuidá-lo.

Aprende-se que a UTI é um local de isolamento, de tratamento, onde os profissionais são afetuosos e dedicados e neste contexto, há mais intensidade, na sensação de ruptura do vínculo afetivo, consciência dos aspectos positivos e negativos deste espaço de cuidar, no qual o familiar não pode permanecer por tempo integral, embora ele tenha dúvidas sobre o benefício de sua presença constante no local. Contudo sofre por essa separação com sentimento de solidão e abandono (LIMA & SANTA ROSA, 2008, p. 552).

Os sujeitos participantes desse estudo demonstram em suas falas que não conseguiam se afastar da UTI, reafirmando o desejo de permanecer perto de seus entes queridos, já que não era possível ficar na UTI. Eles afirmam que a vida deles mudou, passando a viverem em função do familiar em coma.

Nós não vivíamos, só pensava nele daquele jeito, sair de lá e ir pra casa dormir, eu não conseguia, como que vou deixar ele sozinho, eu queria que ele sentisse minha presença... E1

Ao acompanhar a internação de um familiar na UTI, a família pode se sentir excluída do cuidado em alguns momentos. Na maioria das vezes, isso ocorre em decorrência do estado grave em que o paciente se encontra e, em outras, pelas

condutas da equipe que não permitem o acesso do familiar. O familiar, que até o momento era o responsável pelo cuidado do paciente, percebe-se querendo ajudar e cuidar, mas não pode fazê-lo. Além de ficar junto com o familiar internado, a família busca apoio e segurança na equipe de enfermagem, depositando toda expectativa e esperança de melhora da condição de saúde (RIBEIRO 2001).

Quando entrei e vi ela, a abracei e chorei muito, não queria sair dali... o que tinham feito com minha menina. Eu queria saber o porquê daqueles aparelhos nela, eu dizia que era para tirar tudo porque estava machucando ela mais ainda. ... Eu não queria deixar ela ali sozinha, e eu não podia ficar.  
E4

A vivência da internação de um familiar na UTI traz consigo sentimentos e necessidades merecedores de atenção da equipe de enfermagem. Para Colognase (2006), ao permitir que o familiar manifeste suas dúvidas, angústias e sofrimento, cria-se um espaço para discutir sobre o quadro em que se encontra o paciente, esclarecer suas dúvidas e curiosidades, ações essas que podem contribuir no cuidado.

A atenção da equipe de enfermagem é essencial para que neste momento a família adquira forças para suportar seus medos e suas angústias. Sequencialmente, nos depoimentos de E4 percebe-se que dentre os sentimentos vivenciados por ela, destaca-se a revolta contra Deus diante do fato de ver sua filha que fora violentada de forma brutal e desumana. Além desse, emergem sentimentos de expectativa, medo, desesperança, solidão, de repensar valores, dentre outros.

Uma vez diante do problema, a família desenvolve mecanismos próprios para enfrentá-los. Estes variam de acordo com as crenças culturalmente instaladas e é provável que haja choque, descrença, esta manifestada por revolta contra Deus. Para Luzardo & Waldman (2004), aceitar a vontade de Deus é uma tarefa difícil para o familiar, entretanto, essa dificuldade é amenizada pela fé, pela certeza de que haverá recompensa pelo sofrimento vivenciado. Sendo assim, a família suporta com paciência as dificuldades vivenciadas.

Eu tinha um tempo que até com Deus me revoltei, porque você fica pensando, por que Deus ia deixar acontecer isso com uma criança? E4  
Eu ia lá no horário de visita, falava com ela, penteava o cabelo dela, mas ela não reagia a nada. Ela ficou um tempo com um aparelho na boca, depois fizeram um buraco no pescoço dela. Ela ficou um tempão em coma, cada vez que ia lá eu pedia para ela acordar, teve dias que eu perdia as esperanças e achava que ela ia morrer. Eu tinha um tempo que até com Deus me revoltei, porque você fica pensando... Por que Deus ia deixar acontecer isso com uma criança? E4

Todos os entrevistados se reportam a necessidade de apego em Deus e à Nossa Senhora, para auxiliar a suportar a dor. Nesse contexto, Zago (2009) destaca que na dor emocional existe angústia no corpo, aperto no peito, dificuldade de respirar, sensação de que o coração vai partir. A dor emocional, segundo o autor, é o sinal da passagem de uma prova decisiva.

Eu me apeguei em Deus, fui em benzedeira, buscava tudo e todos que me dessem esperança. Mas foi nas horas mais difíceis que eu ia fazer minhas orações e via que Ele estava ali, do meu lado. Deus dá muita força para suportarmos tudo isso. E força de mãe e pai é diferente. E4

Os primeiros dias não foram fáceis, você se apegava em Deus e em tudo que te traga força e fé. Fizemos muita novena e muitas orações. Nós íamos lá na hora da visita, ficava olhando para ele e pensando... Será que ele me escuta e sente que eu estava ali... E1

É nesta hora que você acredita em Deus. Tinha uma Santinha na frente da UTI, ficamos várias vezes ajoelhados na frente da Santa pedindo sua benção. E2

Seqüencialmente, E2 expressa satisfação e alegria de ver a filha bem, recuperada, sem seqüelas e E3 afirma que a fé em Deus se tornou maior após ver o filho em coma, na UTI.

Hoje ela está bem, sem nenhuma seqüela, voltou a ter uma vida normal, tudo isso pela graça de Deus. E nós também... Agora vivemos normal, porque aqueles dias, não vivemos....É só quem passar pra saber explicar o que sente, na verdade a gente não sabe explicar, é um desespero, um medo, é horrível. E2

Mudamos de religião, viramos crentes, evangélicos, tudo para ter mais fé, mas graças a Deus e muitos dos nossos amigos já eram desta religião e faziam oração para o Chico e nós começamos a ver resultado. Acho que tudo isso aconteceu para eu acreditar mais em Deus e dar mais valor para minha outra filha... Mas Deus é quem sabe de nossa vida... Se Ele quis assim é porque eu posso agüentar. E3

As famílias manifestaram o desejo e necessidade de ficar perto deles o maior tempo possível, abrindo mão das demais atividades do cotidiano. Percebe-se, igualmente, que a religiosidade, a crença e a fé em Deus emergiram de forma aguçada e, em alguns familiares, inclusive, houve manifestação de revolta contra Deus. Diante disso, entende-se que os profissionais que atuam em UTI necessitam repensar e analisar a forma como estão cuidando dos familiares dos pacientes que lá estão, cientes de que no cuidar está implícita a atenção à família do ser cuidado.

#### **Subcategoria IV – O impacto do acompanhamento: mudanças no cotidiano familiar e esgotamento físico e mental**

Estar permanentemente envolvido com o cuidado de um familiar em UTI conduz a uma mudança brusca e radical no ritmo dos demais integrantes da família

e pode levar a exaustão, dependendo do tempo da internação bem como do desfecho. Observa-se que a exaustão dos familiares, principalmente do pai e da mãe, não está ligada a quantidade de trabalho que tiveram que realizar, mas sim, o cansaço se deve a dor emocional pelo enfrentamento da eminência da morte do filho jovem, de maneira precoce. O cansaço beirando a exaustão se deve ao sentimento de impotência frente à eminência de morte precoce. Assim, a reação frente à morte depende do contexto em que ela está inserida, podendo ser oportuna ou inoportuna (SIMONI, SANTOS, 2004).

E1 explicita em sua fala a mudança na vida familiar, a preocupação com o bem estar do paciente e se reporta ao esgotamento físico e mental; E4 demonstra o esgotamento pelo fato de não conseguir dormir.

Que jeito levar uma vida normal, sabendo que alguém da tua família está lá... Não sei se estava sentindo dor, frio, calor... Ele ficou em coma, ficou três meses no hospital, foram dias difíceis, que a gente chega uma hora que enfraquece e pede para Deus fazer o melhor... E1

Meu marido me tirou a força do lado dela... Passamos a noite em frente à UTI, parecia que se nós ficássemos ali ela ia sentir nossa presença, foi assim por algum tempo. Nem banho não tomava, abandonei minha casa, marido. Era mais forte, não demonstrava a dor que sentia, mas eu tinha pegado ele chorando várias vezes. E4

A dor emocional é interna, não se consegue ver e faz com que as pessoas “chorem” de tristeza, envergonhadas de sentirem dor emocional e por serem humanas, impotentes, choram às escondidas (ZAGO, 2009). Segundo Matos e Moraes (2006) os familiares necessitam de assistência dos enfermeiros da mesma forma que o paciente. Afinal, eles também estão em estado de dor, portanto, inspiram cuidados.

A assistência de enfermagem aos familiares está ligada ao reconhecimento das suas necessidades. Para isto temos que observar como eles se integram, comunicam, exteriorizam seus sentimentos, tanto entre si como com o doente e equipe de saúde. Através destas observações temos uma idéia do seu grau de adaptação à situação. Os familiares podem apresentar reações de medo do relacionamento que terá de travar com os elementos da equipe de saúde, das responsabilidades que poderão advir sobre eles e da adaptação ao ambiente hospitalar. (MATOS & MORAES, 2006, p. 60).

Tanto homens quanto mulheres necessitam ser auxiliados emocionalmente no caso de terem membros da família em coma. E3 e E2 reafirmam a questão das mudanças ocorridas no âmbito familiar.

Ela ficou cinco dias em coma, os dias mais longos de nossas vidas. Eu e minha esposa só saímos da frente da UTI para comer, passamos todo tempo lá. O médico disse que podíamos ir, não adiantava ficar ali, eles iam

nos ligar, mas nós não queríamos sair dali, eu tinha certeza que ela sentia nossa presença. E2

Foram os piores dias de nossas vidas... Nós não comíamos nem dormíamos pensando nele. Ele ficou três meses na UTI, tirou o osso da cabeça e congelaram para colocar mais tarde, depois que o cérebro desinchasse. Mudamos nossa vida para ficar só em volta dele. Meu marido depois de muito tempo voltou a trabalhar. E3

Ele ficou mais três meses internado na Unidade III, eu já estava cansada, me entregando, não tinha mais paciência com ele, tinha que fazer tudo, dar banho, comida, trocar fralda, ele dava mais trabalho que uma criança. Entrei em depressão, chorava muito, tinha dias que eu não queria ver ele e nem ficar com ele. E3

Observa-se, nas falas dos pesquisados, que ocorreram várias mudanças no cotidiano deles a partir da internação do familiar em UTI. Mudanças essas sem tempo de adaptação, de forma brusca e inesperada. Quando isso ocorre pode contribuir para o desgaste físico e mental, sendo evidenciado pelas próprias colocações dos sujeitos da pesquisa, incluindo: choro, distúrbios alimentares, do sono, depressão e não suportar ver o ente querido em coma.

Como profissionais da saúde, pensa-se que cabe a equipe que atua na respectiva unidade mobilizar ações envolvendo esses sujeitos, no sentido de amenizar a dor vivenciada por eles, por meio de orientações claras, simples e, acima de tudo, com vistas a uma relação de confiança entre os sujeitos envolvidos no cuidado.

### **Subcategoria V - Alegria de vê-lo sair do coma, aceitação do imutável e ajuda no sentido de ele reaprender a viver**

A alegria de ver o ente querido sair do coma é indescritível. Observa-se que a felicidade advinda do afastamento da situação de eminente perda do mesmo, traz sensação de “renascimento” tanto do(a) filho(a) que estava em coma, quanto da família diante da possibilidade de cada qual cumprir suas funções. O afeto emerge, se fortalece entre os familiares e pacientes diante da situação vivenciada e com o apoio dos profissionais que atuam em UTI. E3, E4 e E2 demonstram em suas falas a alegria de ver seus entes queridos saindo do coma e iniciando um novo processo, de recuperação.

A nossa maior alegria foi no dia que ele não estava naquela máquina e começou a abrir os olhos... Eu chorei de tanta alegria... É como se ele estivesse nascendo de novo. Nos enchemos de esperança.... Renova nossas forças [...] porque a gente cansa o corpo e o espírito. E3

A alegria é tanta que a gente não sabe explicar. Íamos para casa e conseguíamos descansar, porque antes sempre ficávamos esperando uma

ligação, quando o telefone tocava era um terror... Eu tinha medo de atender. E4

Foi no 6º dia que ela começou a acordar e respirar sem o aparelho. Foi muita alegria entrar na UTI, e ver ela diferente, acordada, porque entrávamos e víamos ela sempre do mesmo jeito. E2

Mesmo sem saber se houve ou não seqüelas, a alegria com o fato do ente querido “acordar” do coma é imensa. A dor emocional se esvai dando lugar a um sentimento de alívio, ligado culturalmente ao sentimento de ser merecedor da alegria da vida. Observa-se que, em presença de seqüelas, há o envolvimento dos familiares com os cuidados ao paciente já na UTI, porque ao receber alta, eles é que irão cuidá-lo, dando continuidade ao processo de recuperação. Isso é demonstrado nos fragmentos das falas de E1, E3, e E4.

Depois que ele deu uma melhorada, saiu daquela máquina, nós não víamos a hora de chegar o horário de visita na UTI, e ver o que mais ele tinha melhorado. Então ele saiu da máquina, abriu os olhos... Quando nós íamos lá, ele olhava para nós, respondia com os olhos e mexia as pernas, era uma alegria só. [...] Ele foi para casa com uma traqueostomia e fazia fisioterapia, para nós não foi fácil. Mas hoje temos a grande vitória de ter ele aqui. Tivemos que ensinar ele fazer tudo de novo, tomar banho, comer, falar... É, não foi fácil... Mas hoje estamos felizes com a graça de Deus e com ele. E1  
Tivemos que ensinar ele a fazer tudo, comer, tomar banho, caminhar, falar. Foi como se ele tivesse nascido de novo. Ele fez muita fisioterapia e fez tratamento com a fonoaudióloga, mas ficou com seqüelas. Não caminha direito e nem consegue falar com clareza. Olho para ele e ainda não aceito vê-lo deste jeito, choro muito, ele era tão bonito e normal. Hoje é visto como uma pessoa deficiente, até fez concurso para agente penitenciário, a vaga era para deficiente físico. E3

Hoje ela está aqui conosco... Mas assim, desse jeito... Ela ficou sequelada, acamada devido à falta de oxigenação no cérebro. Mas a minha maior alegria é ter ela comigo, não importa como. E4

A UTI se constitui em um ambiente propício à recuperação de pacientes com perspectivas de melhora. Nesse sentido, Fernandes e Simões (2006) destacam que a pessoa em coma pode se recuperar e sair desse estado num prazo que varia de dias, meses ou anos. Alguns se mantêm num estado em que respiram, digerem e eliminam alimentos e tem a pressão sanguínea normal, sem que se apercebam disso.

Importante ressaltar, segundo o autor, que mesmo que o paciente saia do coma e inicie o processo de recuperação, é importante que os familiares não sintam mais a dor emocional. É importante que essa dor se mantenha o mais longe possível e que a família se sinta alegre e feliz, mesmo tendo que começar tudo de novo, re-ensinando um jovem a falar, a comer, a andar e a descobrir as satisfações oriundas das coisas simples, tais como o ruído da chuva, o canto de um pássaro, o brilho do

sol, dentre outras. Mesmo em presença de seqüelas comprometedoras da autonomia da pessoa que esteve em coma, o importante para os familiares é que o afeto possa seguir seu curso e não seja interrompido.

Na análise dos depoimentos dos sujeitos do estudo, aliada aos posicionamentos dos autores, evidencia-se expectativas, alegria, contentamento dos familiares ao ver e acompanhar a melhora dos seus entes queridos, a saída do estado de coma e, gradativamente, a recuperação, incluindo o cuidado aliado à aprendizagem das pequenas coisas e também o que, na opinião das autoras, o mais difícil, a aceitação do que não pode ser mudado.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A busca de conhecer o cotidiano de familiares que tiveram entes queridos em coma e que sobreviveram, permite tecer reflexões e considerações. Existe um consenso entre os familiares pesquisados do quão difícil é o enfrentamento dessa situação, se constituindo em um evento estressante.

Além das alterações no cotidiano das famílias envolvidas, sem tempo de adaptação, todos sofrem em decorrência da eminência de perda. Sentimento esse merecedor de atenção e de ações dos profissionais que atuam em UTI, primeiramente, no sentido de estabelecer e manter uma comunicação terapêutica com os familiares e a importância da atuação dos mesmos na atenção e no cuidado desses indivíduos.

No enfrentamento da situação vivenciada pelos familiares cabe ao profissional proporcionar um espaço qualificado de escuta, com a finalidade de amenizar a dor emocional, com ênfase na comunicação verbal e não verbal ciente de que as reações divergem de pessoa para pessoa.

Os sujeitos dessa pesquisa, igualmente, vivenciaram momentos de alegria, de contentamento ao se depararem com a saída dos seus entes queridos do coma, da recuperação e tendo que conviver com o imutável, ou seja, as seqüelas do coma.

A relevância dessa pesquisa reside na ampliação de conhecimentos sobre a temática, possibilitando, como profissionais de saúde, entender melhor como deve funcionar a atenção aos familiares do paciente em coma, orientando-os e

procurando minimizar seu sofrimento, proporcionando bem estar, segurança e ajudando-os no enfrentamento da situação.

Os resultados dessa pesquisa igualmente podem ser utilizados por estudantes de enfermagem, profissionais da saúde e pesquisadores, no sentido de desencadear discussões, reflexões e instigar para a realização de mais investigações envolvendo a temática, inclusive com outros olhares.

## REFERÊNCIAS

BALLONE, Geraldo José. Abuso sexual infantil. *PsiquWeb*. Disponível em: <http://www.virtualpsy.org/infantil/abuso.html>. 2003. Acesso em: 12 Nov. 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Resolução no 196/96 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/conselho/resol96/RES19696.htm>. Acessado em 10 de março, 2010.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Inclusão Educacional. Secretaria Especial de Direitos Humanos. *Guia Escolar: métodos para identificação de sinais de abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes*. 2.ed. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos e Ministério da Educação, 2004.

CARTER, Betty & MCGOLDRICK, Mônica. *As mudanças do ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar*. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

COLOGNASE, Elizete Teresinha Schmidt. A inclusão do familiar em situação de Urgência e Emergência sustentada no discurso do sujeito. Dissertação. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006, 105 p. Disponível em: <http://tede.ufsc.br/>. Acesso em: 08 de dezembro 2009.

FERNANDES, João Filipe & SIMÕES, Lindo. A influência da estimulação auditiva na pessoa em coma. *Projeto de Doutorado em Tecnologias da Saúde*. Universidade de Aveiro, Mar 2006. Disponível em: [http://www.ieeta.pt/~lmtj/lmtj/Simoes2006\\_2009.pdf](http://www.ieeta.pt/~lmtj/lmtj/Simoes2006_2009.pdf). Acesso em: 15 de Nov. 2009.

GONÇALVES, Maria de Jesus. O significado da comunicação no atendimento ao paciente em UTI: como o fonoaudiólogo pode ajudar? In: *O Mundo da Saúde*. vol. 32, n.1, p. 79-84, jan/Mar, 2008.

GONÇALVES, José Pedro Rodrigues. *A morte na Unidade de Terapia Intensiva: um estudo de Caso*. Dissertação (Mestrado Sociologia Política), UFSC, nov 2007, 108 p. Disponível em: <http://www.scribd.com/doc/38230913/A-Morte-Na-Uti-Um-Estudo-de-Caso-pdf-Original>. Acesso em: 18 de Nov. 2009.

GUIRARDELLO, Edinês de Brito et al. A percepção do paciente sobre sua permanência na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 33, pp.124-9, jun., 1999.

LABRES, Carmen Lúcia de Souza & SOUZA, Patrícia Pacheco. Uma correlação entre comunicação e resiliência nos casais. *Pensando Famílias*, ano 6, n.7. Porto Alegre, pp.29-34, 2004. Disponível em: [http://www.domusterapia.com.br/principal/ShowMateria.asp?var\\_chavereg=70](http://www.domusterapia.com.br/principal/ShowMateria.asp?var_chavereg=70). Acesso 20.09.2010.

LIMA, Adriana Braitt & SANTA ROSA, Darci de Oliveira. O sentido de vida do familiar do paciente crítico. *Rev Esc Enferm USP.*, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a18.pdf>. Acesso em: 20 de Set 2010.

LUZARDO, Adriana Remião & WALDMAN, Beatriz Ferreira. Atenção ao Familiar Cuidador do Idoso de Alzheimer. *Acta Scientiarum. Health Sciences*. Maringá, v.26, n.1, p 135-145, Jan/Jun.2004. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/1640/1067>. Acesso em 20 de Set 2010.

MATOS, Fátima André & MORAES, Tânia Mara. A enfermagem nos cuidados paliativos. In.: FIGUEIREDO, Marco Túlio de Assis. In.: *Coletânea de textos sobre Cuidados Paliativos e Tanatologia*. p.49-61, 2006. Disponível em: [www.alexandracaracol.com/ficheiros/cuidadospaliativosetanatologia.pdf](http://www.alexandracaracol.com/ficheiros/cuidadospaliativosetanatologia.pdf). Acesso em: 20 de Set. 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 24.ed. Petrópolis: Vozes, 2004.  
MOTA, Adenise Assis & KELNER, Gilda. *O Grupo Balint na UTI*. 2005. Disponível em: [http://www.psicologia.ufrj.br/nepecc/files/018\\_grupo\\_UTI.pdf](http://www.psicologia.ufrj.br/nepecc/files/018_grupo_UTI.pdf). Acesso em: 20 de Set 2010.

PEDERSEN, Jaina Raqueli. Vitimação e vitimização de crianças e adolescentes: expressões da questão social e objeto de trabalho do Serviço Social. *Revista Textos & Contextos*. Porto Alegre v. 8 n.1 p. 104-122. jan./jun. 2009. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/5677/4130>. Acesso em: 20 de Set 2010.

PITTELI, Sérgio Domingos & OLIVEIRA, Reinaldo Ayer. Eutanásia e sua relação com casos terminais, doenças incuráveis, estados neurovegetativos, estados sequelares graves ou de sofrimento intenso e irreversível e morte encefálica. *Saúde Ética & Justiça: Instituto Oscar Freire*. São Paulo, v. 14, n. 1, p. 32 -39, 2009. Disponível em: [http://www.fm.usp.br/gdc/docs/iof\\_89\\_10artigo52009-1.pdf](http://www.fm.usp.br/gdc/docs/iof_89_10artigo52009-1.pdf). Acessado em: 06 de Jun 2009.

PUGGINA, Ana Cláudia Giesbrecht; SILVA, Maria Júlia Paes da & ARAUJO, Monica Martins Trovo de. Mensagens dos familiares de pacientes em estado de coma: a esperança como elemento comum. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 21, n. 2, pp. 249-255, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n2/pt\\_a03v21n2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n2/pt_a03v21n2.pdf). Acesso em: 20 Set 2010.

RIBEIRO, Nair Regina Ritter. Familiares vivenciando o risco de vida do filho. *Série Teses em Enfermagem*. Florianópolis: UFSC/Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, 2001.

SILVA, Alcione Leite da; SCHLICKNANN, Geovana Cristina & FARIA, Jéssica Gonçalves. O coma e seu impacto no processo de ser e viver: implicações para o cuidado de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, Jul 2002.

SIMONI, Miguel de & SANTOS, Mônica Loureiro dos Santos. Considerações sobre cuidado paliativo e trabalho hospitalar: uma abordagem plural sobre o processo de trabalho de enfermagem. *Psicol USP*, v. 14, p. 169-94, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v14n2/a09v14n2.pdf>. Acesso em: 21 de Set 2010.

URIZZI, Fabiane; CARVALHO, Lais Magalhães; ZAMPA, Hugo Bizetto; FERREIRA, Gabriel Libanori; GRION, Cintia Magalhães Carvalho & et al. Vivência de familiares internados em unidade de terapia. *Rev. Bras. Ter. Intensiva*, vol 20, n 4, pp. 370-375, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n4/v20n4a09.pdf>. Acesso em 20 de setembro de 2010.

ZAGO, Rosemeire. *De onde vem a dor emocional?* 16 Jan. Disponível em: <http://anitarink.multiply.com/journal/item/11/>, 2005. Acesso em: 20 de Set 2010.

### **ABSTRACT**

The everyday life of a family that has a relative in a state of coma in an Intensive Care Unit (ICU) goes through changes. This qualitative descriptive study looks at the daily life of relatives of persons who survived coma. Data collection was conducted through open interviews of four coma survivors' relatives. Data analysis through thematic review yielded one analytic category and five sub-categories.

**KEYWORDS:** Family; Intensive Care Unit; Nursing Assistance; Coma.