



A EXPERIÊNCIA DO COMA E SEUS ASPECTOS PSICOLÓGICOS NO CONFRONTO COM A MORTE¹

Irella Borges dos Santos Barbosa²
Nice Corrêa Machado Fontes³

Resumo: Por meio de um estudo exploratório realizado com dois sujeitos do sexo feminino que passaram pela experiência do coma, este artigo propõe analisar, através de um olhar psicológico, as percepções e sentimentos envolvidos nessa vivência de forma individualizada, procurando refletir sobre as possíveis transformações no modo de ser e viver dos indivíduos após um confronto eminente com a morte. Diante dos resultados, objetiva-se contribuir para a discussão sobre o tema ao mesmo tempo em que se busca ampliar a consciência sobre o coma e a morte.

Palavras-chave: Coma; Morte; Psicologia

The experience of coma and its psychological aspects in the confrontation with death

Abstract: Through an exploratory study fulfilled with two females who have experienced coma, this article proposes to analyze through a psychological view the perceptions and feelings involved in this experience individually, seeking to reflect on the possible transformations in the way of being and living these individuals after an eminent confrontation with death. Given the results, we aim to contribute to the discussion of the subject, to increase awareness of the coma and death for us as professionals of psychology.

Keywords: Coma; Death; Psychology

Passar por uma experiência de coma implica em um momento muito difícil e arriscado para qualquer pessoa; significa correr risco de morte. Isto porque as taxas de sobrevivência são, em média, de 50%. Dessa parte, menos de 10% conseguem uma recuperação completa. Os outros 50% não conseguem sair desse estado e, infelizmente, acabam morrendo

.....
¹ Trabalho em grupo apresentado à Uniminas (União Educacional de Minas Gerais) como requisito parcial para aprovação na disciplina Pesquisa em Psicologia II e Projeto Interdisciplinar do curso de Psicologia, 6º período. Orientadoras: Profs. Me. Eleusa Gallo Rosenburg e Me. Cleicyane Alves de Faria.

² Pós-graduanda em Clínica Psicanalítica em Extensão pela IPGU Uberlândia e em Metodologia do Ensino Superior pela IPG. Bacharel em Psicologia pela Faculdade Pitágoras de Uberlândia e em Letras – Português/ Inglês e Literaturas pela Universidade Federal de Uberlândia.

³ Psicóloga clínica, arteterapeuta e assistente social.

(BECERRA, 1987). A palavra “coma” vem do grego *koma*, que significa “estado de dormir”. Para as ciências médicas atuais o coma é entendido como um estado de sono profundo, de inconsciência, e se caracteriza pela ausência de respostas conscientes aos estímulos externos, sejam verbais ou não verbais. Durante esse período se perde as atividades cerebrais superiores, conservando-se a respiração e a circulação (PLUM, 1997). Segundo Becerra (1987), durante o coma, o enfermo apresenta deterioração fisiopatológica do sistema ativador reticular e dos hemisférios cerebrais e, conseqüentemente, dos mecanismos de retro comunicação entre ativador e o córtex cerebral. O coma resulta, geralmente, de lesões estruturais dos hemisférios cerebrais e do tronco cerebral. A sua profundidade pode ser variável, desde o coma ligeiro ou leve, em que há resposta a estímulos dolorosos, conservando-se os sinais vitais, até o coma profundo, com total ausência de resposta a estímulos, abolição dos reflexos e grave alteração dos sinais vitais (BECERRA, 1987). A “comatose” é quando uma pessoa perde completa ou parcialmente a consciência, segundo Becerra (1987), este estado pode ser definido como a totalidade experiencial da vida psíquica momentânea, dentro do seu fluir contínuo, e que se manifesta pelas capacidades de captar, ordenar, integrar e responder a estímulos do mundo interior, assim como de elaborar a comunicação verbal e os comportamentos intencionais.

O coma é causado pela perturbação grave do funcionamento cerebral devido a traumas crânio encefálicos, acidentes vasculares cerebrais, tumores, distúrbios metabólicos, envenenamentos ou asfixia. O estado de coma é classificado internacionalmente por uma escala, conhecida como Escala de Coma de Glasgow, onde o coma mais profundo equivale a Glasgow 3; o indivíduo orientado, e que responde adequadamente a comandos verbais, dolorosos e luminosos (exame pupilar) é classificado como Glasgow 15. A morte tem sido discutida por vários autores, como Kluber-Ross (1998), Joyce Rupp (1988), Diane E. Papalia (2000), entre outros. Encarada como um dos maiores paradoxos com que o ser humano se confronta, tendo a religião como aspecto essencial em todos os aspectos que se relacionam a ela (rituais, expectativas, percepções etc.).

A morte e o processo de morrer ainda constituem um tabu na sociedade. Assistimos a negação da própria finitude como um evento que ocorre apenas com o outro e não como algo que atingisse toda a humanidade. A respeito disso, Kubler-Ross (1998, p. 6) ressalta que “quando retrocedemos no tempo e estudamos culturas e povos antigos, temos a impressão de que o ser humano sempre abominou a morte”. A autora fala sobre a necessidade de nos educarmos para a morte, contra o tabu social que está sempre associado à dor, tristeza, sofrimento, perdas, fracasso, impotência, castigo ou experiências negativas. Ela desenvolveu sua tese junto a pacientes moribundos através de seminários, o que lhe permitiu identificar um conjunto de reações emocionais pelas quais passa o doente em fase terminal.

Outro aspecto importante sobre os estudos de Kluber-Ross (1998) é a crítica sobre a supervalorização dos avanços tecnológicos das ciências médicas, as super-máquinas e os remédios para salvar vidas em detrimento da importância do indivíduo e de suas necessidades psicológicas. Isto, sobretudo, no que tange ao respeito aos últimos desejos de uma pessoa que está doente, ou passando por uma

situação de risco, onde há somente preocupações com os órgãos do corpo funcionando, as secreções ou excreções envolvidas, “mas não com o ser humano que há nele” (KLUBLER-ROSS, 1998, p. 13).

Papalia e Olds (2000) relatam sobre a existência de programas de educação para a morte que têm por objetivo ensinar as pessoas e os profissionais da área da saúde sobre a morte e como lidar com ela. Demonstrem, em pesquisas realizadas, que existe maior satisfação dos pacientes e familiares com os tratamentos realizados através da assistência especial para doentes terminais, que refletiam o maior tempo usado por essas equipes em ajudar os pacientes e suas famílias a lidar com a morte iminente. Essa tendência de enfrentar a morte e torná-la mais humana tem sido cada vez mais discutida e defendida no meio científico, pois vem ao encontro da necessidade de respostas e esclarecimentos a respeito de um tema que interfere na maneira de se pensar e agir como sociedade.

A enfermaria de cuidados paliativos é o centro de difusão de uma ideia ainda subversiva nos hospitais brasileiros. (Em parte, isso explica o preconceito). O tratamento nesse local começa onde a maioria termina. Ao acolher pacientes terminais defende-se uma prática médica em que cuidar é mais do que curar. Na visão hegemônica da medicina ocidental, se não existe chance de cura, não tendo mais o que fazer pelo doente, parte dos médicos iniciam procedimentos invasivos e dolorosos na tentativa de prolongar a vida a qualquer preço, ou abandonam os pacientes com a justificativa de que nada mais podem fazer por eles.

Para os profissionais paliativistas, acredita-se no respeito na hora do fim como parte do respeito à totalidade da vida. Nesse momento, a equipe de saúde garante uma morte sem dor física, os sintomas controlados, o paciente consciente e rodeado por quem ama. Nem antecipa a morte nem estica a vida, mas a garantia de que se viva até o fim com dignidade.

Para Papalia e Olds (2000), as atitudes em relação à morte variam em diferentes períodos da vida. Como as pessoas muitas vezes sofrem mudanças físicas, cognitivas e de personalidade, o entendimento dos processos de enfrentamento se tornam complexos e subjetivos. No livro *Ritual de despedidas*, Joyce Rupp (1988, p. 54) diz que o sofrimento por si só não leva a lugar algum. O que fazemos com ele é o que faz a diferença; pode ser benéfico quando leva a algum tipo de transformação; muda o propósito e o sentido da vida; e nos prepara para a morte. Assim, o profissional de psicologia poderia ajudar pacientes e familiares no entendimento dos processos que ocorrem ao enfrentarem um coma – os sentimentos, dificuldades, medos, comportamentos, entre outros fatores envolvidos.

O primeiro Princípio Fundamental do Código de Ética Profissional do Psicólogo declara: “o Psicólogo baseará o seu trabalho no respeito à dignidade e à integridade do ser humano.” Já que para o paciente se encontrar em estado de coma é inevitável, é lógico pensar a existência de um grau de sofrimento dos familiares, assim, cabe ao psicólogo a função limitada, porém de importância extremamente abrangente, de acolher os familiares e também a equipe que trabalha diretamente com o paciente. E, obviamente, o indivíduo quando retornar do coma, para ajudá-lo na compreensão de todo o processo vivenciado.

Sintomas das doenças que levaram as entrevistadas ao coma: porfiria e aneurisma cerebral

Apesar de doenças distintas, a sua gravidade levaram as entrevistadas ao coma, uma com a doença chamada “porfiria” e outra com “aneurisma cerebral”. Ambas com risco de morte. As porfirias são, possivelmente, o grupo de doenças mais difícil de compreender em toda a medicina. São doenças relativamente raras ligadas a uma única sequência fisiológica, a produção do *heme*, com manifestações muito variadas e de difícil diagnóstico. Certa vez, um colega, estudando sobre o assunto, encontrou a melhor definição possível para as porfirias: *porfiria é aquela doença que você investiga quando está desesperado para encontrar um diagnóstico*.

A porfiria aguda intermitente ocorre devido à deficiência na enzima hidroximetilbilano (HMB) sintase, também denominada porfobilinogênio deaminase (PBGD). Essa enzima era inicialmente chamada de uroporfirinogênio I-sintase, sendo que este nome ainda é utilizado em alguns laboratórios clínicos. Ocorre em 1 a 2 pessoas a cada 100.000, sendo a incidência mais comum em países do norte da Europa, como Inglaterra, Irlanda e Suécia (onde chega a 1:10.000). Em portadores de doenças psiquiátricas a incidência chega a 1:500. A PAI é a principal porfiria que causa sintomas agudos, geralmente severos e com risco de vida, mas de curta duração. Ela afeta os sistemas nervosos central, visceral, periférico e autonômico. As crises são intermitentes; podem ser severas, mas, se tratadas adequada e rapidamente, têm curta duração (se não tratadas, podem levar ao risco de morte e a sintomas que podem persistir por semanas ou meses). O principal sintoma, e geralmente o primeiro a surgir em uma crise, é a dor abdominal.

Achados psiquiátricos incluem histeria, ansiedade, apatia ou depressão, fobias, psicose, desordens orgânicas, agitação, delirium, sonolência ou coma. A ocorrência de suicídio não é incomum. As causas da formação de um aneurisma podem ser congênitas ou adquiridas, sendo ele uma doença na qual um vaso sanguíneo encontra-se anormalmente dilatado no cérebro. A dilatação é causada por uma fraqueza da parede de uma artéria ou veia do cérebro. O aneurisma cerebral é considerado perigoso, pois, ao romper-se dentro da calota craniana, estrutura inelástica por natureza, produz um aumento da pressão intracraniana, o que faz com que as estruturas do cérebro responsáveis pela respiração sejam comprimidas, ocasionando a morte por parada respiratória.

Metodologia

Optou-se por realizar esta pesquisa com sujeitos que tenham passado pela experiência de coma, com ou sem possibilidade de cura, primeiro pelo desejo em saber mais sobre o assunto e pela curiosidade enquanto pesquisadoras, tendo em vista um estudo de caso, utilizando entrevista e observação, em contato direto com os sujeitos.

Depois de identificados os dois casos a serem pesquisados, foi feita uma investigação para ver se havia disponibilidade dessas pessoas para falar sobre o assunto. Após esse parecer foi marcada a entrevista com os sujeitos e colhidas autorizações necessárias para a realização do trabalho, ou seja, a assinatura do termo de consentimento. Em um único encontro foram realizadas as perguntas do instrumento respeitando o estado físico e/ou emocional do sujeito. Foi utilizado um questionário com questões abertas, visando a esclarecer e entender o que ocorre com as pacientes que passaram pela experiência de coma. Após esse passo, se produziu tabulações de todos os dados, assim como análises e correlações pertinentes.

Análise dos dados

Este trabalho tem como objetivo distinguir os significados das experiências vividas pelas entrevistadas no estado de coma e seus impactos psicológicos no processo de ser, viver e morrer.

O estudo envolve duas participantes do sexo feminino, uma de 34 anos, separada, com duas filhas, aqui denominada como Sol. A outra tem 47 anos, separada, com um filho, identificada por Ana (nomes fictícios escolhidos pelas entrevistadas). Com bases nas análises das informações, quatro temas foram fornecidos pelas participantes: o impacto inesperado da realidade, a mudança no processo de ser e de viver, o estado modificado da consciência e o confronto com a morte. No que se refere ao impacto do inesperado da realidade, tivemos os seguintes relatos:

Sol – “não parava para pensar no assunto, porém ouvia-se falar de pessoas que chegaram lá, usa-se este termo, entre a vida e a morte, hhhhh (limpou a garganta). Entre os casos que eu vi somente dois retornaram e com sequela [...]. É engraçado, a gente tem um olho fraco e nem avalia o que passei, é a primeira vez que falo mais profundamente sobre isso, sempre quando falo é em tom de brincadeira, ah encontrei a Cássia Hellen, o Cazuza, Renato Russo, (risos) [...]. Geralmente eu corro mesmo, sempre quando me perguntam eu saio mesmo.”

Ana – “eu estava cansada no dia em que aconteceu, voltando para a casa dirigindo o carro, estava dando aula, um dia normal! Até tinha começado a escrever um livro assim: hoje amaneceu como qualquer outro dia! Nenhuma diferença, nenhuma diferença, acordei, fiz todas as coisas com maior prazer e maior alegria! Fui dar aula, tomei lanche no intervalo com os alunos, ri, brinquei, sai da aula, peguei meu menino e estava voltando pra casa, normal, nada de mais na minha vida! (respirou fundo). De frente o Ubershopping me deu uma dor do lado, muito forte, muuuito forte, eu fiz esse movimento aqui para segurar a dor (e demonstrou, segurando do lado na barriga). Já abri a porta do carro, no posto e vomitei. Aí eu falei Daniel liga pra alguém, eu não vou aguentar, preciso ir para o hospital, não estou aguentando. Aí ele achou que eu estava brincando: que isso mãe, não precisa disso tudo não, você está exagerando! Vou ligar para a minha tia. E ligou [...]. e fui para o Uai, tomar remédio para dor.”

Essas falas retratam um pouco de como as pessoas estão despreparadas para pensar na morte enquanto tem saúde, se permitindo falar e pensar sobre morte apenas quando se veem diante dela. Viver é estar diante da incerteza, da falta total de controle do inesperado, e por vezes não temos consciência disso. Neste sentido de surpresa, os dois relatos foram semelhantes, nem Sol e nem a Ana puderam imaginar que algum dia passaria pela experiência do coma. O relato de Ana, “*hoje amanheceu como qualquer outro dia! Nenhuma diferença!*” demonstra que foi pega de surpresa. Na verdade é que, às vezes, ficou surpresa com o inesperado, algo que ocorre e muda a vida, transformar a rotina, tira o foco de todo o resto. Além do fator inesperado, as duas, em seus relatos, contam a gravidade de seus estados de saúde, que levaram os médicos e suas famílias a acreditar em sua morte.

Sol – “O médico explicou que a cirurgia é muito complicada, eu acho que o médico achou que eu ia ter um choque, mas [...]. E aí ele explicou que eu tinha 10% de chance de vida, ele olhou para os equipamentos que eu estava ligada e perguntou se eu estava sentindo algo, e eu disse que não [...]. O médico perguntou se eu estava consciente que tive 4 paradas cardíacas e que a cirurgia era arriscada.”

Ana – “Eu só sei que eu entrei num choque séptico, é asséptico que fala? que é a infecção generalizada, eu cheguei, minha família arrumou para mim uma vaga lá na medicina e eu, graças a Deus que eu fui pra lá, porque é um centro de pesquisa bem avançado, e eles foram bem audaciosos comigo, coisa que às vezes poderia não ser se fosse em hospital particular. Chegamos e já fui atendida né! Já me levaram para o pronto socorro. Para a UTI do pronto socorro e já ligaram os aparelhos em mim, e já começou o processo. Já cheguei com uma perda de sangue. 70% do sangue já tinha desaparecido, só tinha 30% de sangue no corpo, vomitando fezes, quer dizer o quadro terminal, mesmo. Com infecção generalizada, parava o rim, parava o fígado, me colocavam na máquina para funcionar. Naquele dia mesmo eu fui desenganada para minha família.”

Diante desses depoimentos percebe-se a gravidade das doenças e imagina-se a insegurança e o medo ao ouvir os relatos médicos sobre a vida estar por um fio. Kubler-Ross (1998, p. 6) ressalta que, para a nossa psique, não é permitido ou é sofrido imaginar um fim real para nossa vida na Terra; se a vida tiver um fim, esse será sempre atribuído a uma intervenção maligna fora de nosso alcance. Com tentativas cada vez mais sofisticadas para descobertas de longevidade, pode-se hoje conviver bem com doenças e prolongar a vida ao máximo.

O sofrimento por si só não leva a lugar algum, o que fazemos com ele é que faz a diferença, e que pode ser benéfico quando leva a algum tipo de transformação e muda o propósito e o sentido da vida, e que também deve mudar o sentido e se preparar para a morte (RUPP, 1988, p. 54).

Com relação à religiosidade, podem-se perceber em ambas as falas que, ao passar pela experiência do coma, uma religião não pode mudar necessariamente o estado da vida, ou mesmo o fato acreditar em Deus, pois estes relatos demonstram ideias diferentes sobre a religião.

Sol – “Não me considerava uma pessoa religiosa, e ainda não me considero, não acredito em Deus. Sinceramente, se Deus existe, Ele é um caboco muito sacana, pra deixar as pessoas a pas-sarem por este tanto de coisa. [...]. Atualmente estou tentando encontrar a minha religiosidade.”

Ana – “Já participei de varias religiões [...]. Isso foi perdendo porque Deus, ao mesmo tempo que ficou próximo, a religião ficou longe. O ritual religioso tá longe, mas Deus tá perto. Porque eu vi uma igreja muito diferente, uma igreja que as pessoas não sentavam e ficavam ouvindo, e a mesma igreja que eu estava que eu estou. Mais uma igreja que o povo levantava a mão e dava glória a Deus. E Deus ouvia e se movia ali naquele meio [...]. Morrer não é um castigo, é um presente de Deus, para algumas pessoas morrer pode até ser castigo, mas para mim não foi. E eu acredito que pra muitas pessoas não é um castigo.”

Sol não era religiosa e pareceu demonstrar ainda menos religiosidade depois do coma. Ana, ao contrário, se aproximou mais de Deus, afastando-se da religião, alegando que a morte não é um castigo. Ambas mudaram seu modo de ver e viver, mas não no aspecto religioso. Em suas falas sobre a vida após o coma, houve modificações na forma de viver e perceber o mundo.

Sol – “Agora eu tento me manter calma, me deu uma bruta sede de viver, nossa! Cuidar de minhas neguinhas [...]. Agora eu tenho mais paciência, coisa que eu não tinha antes, eu aprendi a respeitar minhas limitações, eu não preciso agradar a gregos e troianos [...]. Agora, se falar em morrer, eu entro em pânico.”

Ana – “Nossa, mudou tudo! Primeiro mudou o ritmo, o ritmo foi o mais importante de todos, eu acho que eu nunca mais vou voltar ao ritmo de antes. O ritmo mudou, o ritmo é muito importante, ele é a vida.”

Entrevistador – “E precisa voltar?”

Ana - “E nem quero! E nem quero! O outro ritmo é muito acelerado, a cabeça pensa muito, agora está bem melhor, está mais leve, e essa noção de tempo também está perdida, agora tanto faz, um ano, um mês, um dia. Porque o que importa é a gente viver o agora, porque se eu morrer daqui a pouquinho, eu vou levar vocês, na minha cabeça, se eu sair daqui e morrer agora, eu tenho a certeza que eu vou levar o rostinho de vocês, porque esse momento é que é importante, que eu to vivendo, não é? Eu já tinha ouvida falar nessa teoria tanto. É que nem ouvi falar de Deus, todo mundo já ouviu falar, né? Mas hoje eu posso dizer que nem Jó: eu sinto Ele, é diferente, eu sinto,

parece que abriu uma portinha, eu sinto, aumentou a minha compaixão pelos outros, aumentou. Ai, que vontade de abraçar todo mundo, de fazer festa toda hora, sabe? Dá pra entender o momento, o momento é eterno né? Não precisa esperar a realidade? Cada momento que a gente vive é eterno! E é isso, acho que é isso, então muda tudo! Mudou tudo! Tudo passou a ser importante, quando eu estou dentro de uma sala de aula, eu estou na sala de aula, eu não consigo ver só defeito numa pessoa, todo mundo tem as suas qualidades [...]. Às vezes eu falo nossa, eu tenho que eu tenho que respeitar meu corpo, tenho que ir até onde meu corpo dá conta.”

As entrevistadas mostraram que a experiência do coma foi o diferencial em suas vidas. E se reconhecem diferentes do que costumavam ser antes dessa experiência. Esse processo de transformação se identifica com o que Stanczak *et al.* (1984) denominam de “processo de morte-renascimento”, o qual implica em mudanças de antigos hábitos, condicionamentos, reflexos e percepções, dando surgimento a novos padrões de vontade, pensamento, sentimento, emoção no mundo. Segundo a autora, esse processo pode ser desencadeado pelas mais variadas situações: por situações de crise, face à necessidade de novos significados e propósitos na vida, pelas experiências de proximidade da morte, pela remissão de doenças tidas como incuráveis, bem como nos momentos inesperados, através da reflexão, de uma leitura de um diálogo, de uma frase e até mesmo de uma palavra. As pessoas despertam para a vida quando se deparam com a morte, e acordam podendo até mesmo modificar não somente o seu olhar mas também atitudes perante a vida.

Os relatos das lembranças do coma foram marcantes e permeados por diferentes estados modificados de consciência. A inconsciência propriamente dita, a inconsciência percebida, a experiência próxima da morte e distorção da consciência (distorção da percepção e da memória). Todos esses estados de consciência modificados estiveram presentes em algum momento nos relatos. O discurso de Sol evidencia o estado de inconsciência quando diz:

Sol – “Quando eu dei outra parada, este foi um relato eu não me lembro. Eu tinha arrancado os tubos, estava cheia de sangue [...]. Um episódio engraçado foi quando eu ainda estava na UTI, segundo me contaram, quando minhas amigas foram me visitar eu cantei uma música da Clara Nunes, e uma delas desmaiou, eu não sei qual delas” (risos).

Percebe-se a ausência de memória na fala anterior de Sol. Já nos relatos abaixo se observa consciência, tanto de Sol quanto de Ana.

Sol – “Quando eu estava no desfibrilador eu sentia meu corpo subir e descer. Quando começou aquele mundo de grito parou! parou! Eu não entendi que era uma parada cardíaca. Eu ouvia falar [...] Volta Sol! Volta Sol! Eu ouvia meu pai gritar, me lembro de ficar nervosa e pedir para o meu pai parar de gritar, parecia puta. Eu não sabia o que estava acontecendo, pensei este povo está doido, mas aí senti um arranco, lembro de conversar com a minha mãe, mas como ela já morreu, acho que foi sonho.”

Ana – “Teve um momentos que eu não esqueci esse de descobrir as pessoas dessa forma né? Eu tava passando mal. Aí gritaram: tá passando mal, tá morrendo, aí [o rapaz] falou, mas vai morrer ou não vai morrer? Aí ficou aquela história né. Aí ele pegou e usou essa palavra né, vai bater com as botas ou não vai? O outro perguntava né? Não, aperta esse botão, aperta aquele. Aí eu fiquei com esse negócio né, vai morrer? Ou não vai morrer? Aí ficou tudo escuro, aí eu falei: quem será que é esse que vai morrer? Vai entrar dentro de um caixão? E vai ficar tudo escuro pra mim. E foi ficando tudo escuro pra mim! E vai morrendo tudo pra mim. Sabe? Foi morrendo e parece que foi ficando tudo escuro, foi apagando, aquela voz foi sumindo da minha cabeça, foi inesquecível essa cena.”

Na fala de ambas, percebe-se um estado de consciência auditiva e motora, em que relatam o ocorrido, “*até ouve e sente o (arranco o desfibrilador)*”. Diferente dos próximos relatos que o sujeito percebe algo, mas é incapaz de responder e acha que está respondendo.

Sol – “É estranho porque assim, o pessoal falou assim, você ficou em coma. Eu conversava, mas fiquei 25 dias sem conversar com ninguém [...]. É estranho eu estava vendo o pessoal ali. Quando você pega o prontuário, você vê que o paciente não responde. Mas dá uma revolta saber que as pessoas me deram banho. O pessoal vinha me dava banho, e não conversava comigo direito. E me dava um sentimento de impotência, mágoa fúria, frustração.”

Ana – “As histórias que você vive, em coma, depois que você sai, um bom tempo depois, você percebe e vê que não era uma alucinação. Era real aquilo que estava acontecendo, porque você ouve relatos de pessoas que viram as mesmas coisas e sentiram as mesmas coisas, era muito real!”

Os sujeitos relataram um pouco das experiências de saber o que estava acontecendo durante o coma, mas estavam numa condição incapacitada de responder a estímulos verbais, sendo considerada inconsciente e, no entanto, está sendo experienciada uma consciência interna ou externa (STANCZAK *et al.*, 1984). Sol relata que as pessoas disseram que ela ficou sem conversar; mas ela se lembra que conversava durante o coma, mas as pessoas não respondiam. Isso corresponde a diversos relatos, nos quais as pessoas relatam vivências de euforia, saída do corpo, entrando na escuridão ou no túnel, mundo de luz brilhante, entrando na luz e tomando a decisão de voltar ou permanecer (ver BEKINSCHTEIN *et al.*, 2005). Na fala de Ana há demonstrações de algumas dessas vivências.

Ana – “Não teve ninguém até hoje que acreditou em mim que eu me vi na sala de cirurgia. Eu me vi na sala de cirurgia! Tenho a certeza absoluta que era eu! Minha barriga estava vermelha, não sei se era de mertiolate. Mas não tinha nada me cobrindo, tava lá, pode ter sido depois da cirurgia, eu sabia que eu ia ser operada! Eu sabia que iam me abrir! Eu falei: Ah, mas agora vão fechar tudo de novo? Na minha cabeça? Depois de abrir... ah, mas não achou nada... fechando... eu imaginava aquela coisinha lá dentro da minha barriga. Thu, thu, thu, assim, costurando, parecia que eu estava lá dentro da minha barriga sabe? E depois eu vi eu fora da barriga.”

Ana observa que até duvidou da sua sanidade, temendo que ninguém acreditasse, temendo rejeição e ridicularização.

Ana – “Primeiro que eu tive uma sensação muito próximo de Deus, muito mesmo! O tempo não passou a ter significado pra mim. Quando eu estava em coma, eu não percebi isso, porque parece que você está. Parece não [...]! Você está em outra dimensão! Em outra dimensão, completamente diferente. Eu tinha um encontro marcado, com pessoas que eu amava profundamente, e eu ia encontrar essas pessoas, eu não sabia que estava morrendo. Para começar eu não sabia que eu estava morrendo, em segundo era real aquilo eu sabia [...], conhecia essas pessoas, estava morrendo de saudades delas, e eu ia revê-las, e eu não aguentava mais esperar essa hora.”

Ana – “E tinha um funil, ou um tipo de um funil, subia como se fosse um espiral, mas um espiral que completa, se eu ver essa gravura, e como se fosse um DNA, que vai fazendo assim [...]. E você entrava naquilo e ia subindo, ia completando fases. Não era nada solto, tudo tinha um processo. E tinha uma música linda, maravilhosa, que eu não me lembro dela, mas eu sei que ela era doce, doce e quanto mais você subia mais doce ficava, nossa! Era lindo! Era um processo doce, e eu tive que parar nesse processo, primeiro que eu ficava contando, e uma voz ficava falando assim: para de contar, vai pela fé. Olha só. E eu tinha que contar e era de três em três, e se não der os três. Tinha que completar o ciclo. Não Ana, para de contar, vem, vem. E sei que eu parei em um determinado lugar, era um lugar, tudo muito branco, cheio de macas e não tinha ninguém, só eu, e ai falaram pra mim que eu não ia... que eu não podia, ia voltar. Mas eu estava preparada para esse funil, esse funil não essa espiral, eu não estava preparada para voltar. Aí eu falei não. Mas eu preciso ir, eu tenho um encontro marcado para hoje à noite, e vai ser lindo, esse encontro vai se completar, eu estava tentando explicar pra pessoa que eu tinha que ir, e que queria ir, e que ia ser lindo, que olha ia ser três milhões de vezes melhor, tinha uns milhões de números que ia ser melhor sabe? Eu não sei, mas ia ser tão mais doce, e a música inundava, era uma outra música. E eu tinha que ir! Eu tinha que ir! Eu sei que foi colocado que eu não ia, eu não tive muita chance [...]. Eu sei que eu voltei no respirador mecânico (respirando e demonstrando o movimento do corpo, e barulho que fazia). Eu lembro que um gritou, não sei se era essa hora, mas essa é a sensação que eu tenho, que eu voltei no respirador mecânico, mas ela não pode acordar [...]. Ele falou: Mas ela acordou e eu não tenho culpa, aí eu sei, aí não sei se dava para ligar, se era esse momento que eu estava vivendo se era esse momento que eu voltei. Eu tô ligando agora, de um tempo pra cá, eu me vi respirando. E nessa hora eu escutava a música, e eu falava: gente, eles estão indo embora, e eu não tô, eu não vou, eu não tô indo. E eles foram. Exatamente naquela noite, naquele horário,, eles estavam indo e eu não fui, aí eu sabia que eu não ia.

Entrevistador – Qual foi a sensação? De não ir?

Ana – “É aaaah! Não é uma sensação muito boa não, porque eu queria muito ter ido! Muito! Mas também tem coisas que eu não me lembro que acho que era de muita importância

também ficar. Eu não dei mais birra pra não ir e eu aceitei não ir, não foi uma coisa muito complicada, mas foi dolorida, foi dolorido, foi como se fosse nascer de novo, porque depois disso né? Vieram muitas sensações de dor, desconforto, como se eu tivesse que enfrentar um nascer de novo né? Que nascer é esta passagem, que nascer dói né? Pra mãe pro filho, acho que eu tive que enfrentar essa dor, no corpo, né? O corpo não estava aguentando muito, mas o espírito estava fortinho. E até hoje acho que não bate muito o espírito com o corpo, meu espírito quer estudar, quer fazer as coisas, quer viver, mas o corpo não dá conta. Às vezes eu falo: nossa, eu tenho que respeitar meu corpo, tenho que ir até onde meu corpo dá conta.”

Nestas falas de Ana, constata-se que sua experiência foi acompanhada de saída do corpo físico, visão de funil, som de música suave, comunicação com pessoas, visão de cenas, vontade de ficar e de não voltar à realidade, além do sentimento de que a experiência foi real. Essas experiências também foram encontradas nos estudos de Lawrence (1997). Ainda segundo esses autores, muitas pessoas convivem com os problemas emocionais relativos à raiva, depressão e frustração por ter voltado, talvez contra a própria vontade, como foi o caso de Ana que se recusava em voltar; para ela “ia ser lindo” se fosse.

Nos próximos relatos de Sol verifica-se a distorção da consciência, (alucinação e ilusão), após a saída do coma: Segundo Lawrence (1997), a distorção perceptual denominada de alucinação é definida como uma percepção sensorial não associada com o estímulo externo real. Já a distorção perceptual do tipo ilusão, se refere à falsa percepção sensorial do real estímulo sensorial externo.

Sol – “O filtro que tinha entre o cérebro e a boca acabou tudo, eu falava tudo, magoei muita gente, inclusive minhas meninas, minhas amigas. O que vinha à cabeça eu falava, comecei a não dizer coisa com coisa. Depois da cirurgia fiquei com delírios por mais de 15 dias. Terrível! Fiquei na casa de uma tia minha. Às vezes eu delirava, aí voltava para o hospital, voltei para o hospital muitas vezes, e pedia para as pessoas me desamarrarem, e aí retirava os pontos.”

Como no relato de Sol, Lawrence (1997) encontrou em seus estudos 14% de distorções da consciência. Quanto à distorção do tipo ilusão, pacientes, comumente assumiam que tinham sido capturados ou mantidos contra seu desejo como parte de um experimento. Acreditando serem verdadeiras essas percepções, eles tentavam escapar saindo da cama e retirando o soro e outros equipamentos. Da mesma forma que Sol retirava os pontos, que segundo seu relato foi mais de uma vez. Outra realidade depois do coma é o conviver com sequelas e a aceitação de limites. Um fato que chamou atenção foi que as duas entrevistadas tiveram desnutrição, talvez consequência do próprio estado.

Sol – “Detalhe, quando voltei da cirurgia, voltei sem andar, enxergar, movimentar direito, segundo os médicos afirmam, não foi por causa da cirurgia foi à desnutrição, eu emagreci muito. Fiquei com duas sequelas, fraqueza do lado esquerdo e diminuição da visão também do lado esquerdo.”

Ana – “O médico preferiu chamar de porfíria, até se ter um diagnóstico correto, que a profíria se tomar cuidado você tem chance de vida mais longa. Se você tomar cuidado, é uma doença do cromossomo, por isso não tem medicamento para cromossomo, e uma enzima que para de produzir a hemácia. E se você perde a hemoglobínúria, você perde à noite, na urina. Já a porfíria você vai perdendo a hemácia, e ela vem de forma mais súbita também [...]. Ela vem para te matar [...]. Os cuidados é alimentação, não deixar a qualidade baixar [...]. Você tem que alimentar bem mesmo de 2 em 2 horas, tomar sustagem, enriquecer, ficar forte, forte, pra poder resistir. Fiquei com sequela de surdez do lado direito e fraqueza.”

A recuperação do estado de coma significa também a convivência com sequelas e a aceitação de limites, mesmo quando não estão confortáveis com elas. Aqui, no caso, as duas entrevistadas ficaram com pequenas sequelas. E Ana, em um de seus relatos, fala da sua mudança de ritmo: “*Primeiro mudou o ritmo, o ritmo foi o mais importante de todos, eu acho que eu nunca mais vou voltar ao ritmo de antes.*” No que diz respeito a dizer algo para as pessoas, ou deixarem alguma mensagem registrada. Obtiveram-se os seguintes relatos.

Ana – “Dizer que é só pra viver cada momento também poderia ficar muito livre, ah, então vou viver o aqui e o agora, fazer tudo que eu quiser, também não é bem assim né? Eh!, acho que é tudo que a gente não puder deixar para traz, que fizer a gente ficar em paz, com a gente mesmo, e com os outros, acho que o que você leva daqui é paz, se você não está em paz não flui.”

Sol – “Às vezes agente acha que tem problemas, mas com saúde e vida agente vai em qualquer lugar, qualquer ponto. Como eu gosto muito de música, tem duas músicas que definem minha vida hoje. (E canta a música e os entrevistadores acompanham). *Tocando em Frente* de Almir Sater: “Ando devagar porque já tive pressa, e levo esse sorriso porque já chorei demais, hoje me sinto mais forte, mais feliz quem sabe, só levo a certeza de que muito pouco eu sei, eu nada sei, conhecer as manhãs e as manhãs, o sabor das massas e das maçãs, é preciso amor pra poder pulsar, é preciso paz pra poder sorrir, é preciso a chuva para florir”. A outra é do Zeca Pagodinho (todos cantam). “Eu já passei, por quase tudo nessa vida, em matéria de guardida, espero ainda a minha vez, confesso que sou, de origem pobre, mas meu coração é nobre, foi assim que Deus me fez [...]. E deixa a vida me levar (Vida leva eu!), deixa a vida me levar (Vida leva eu!), deixa a vida me levar”. Eu quero que a vida me leve longe, tchau morte. Ela tentou uma, duas, três e quatro, não quis me levar agora, eu não vou nao! (risos).”

Estas falas demonstram mais uma vez que a experiência do coma transformou a vida dessas pessoas e aponta para uma nova jornada existencial, na qual se reconhecem como diferentes do que costumavam ser antes dessa experiência. Nesse sentido, pode-se dizer que o relato das entrevistadas traz um discurso fenomenológico. Eles buscam na essência de suas vivências algo que transcende o

materialismo existencial e remete para uma busca de significados e novas construções interiores. Esses fatores têm o poder de redirecionar e resignificar todo o sentido da vida e, concomitantemente, construir novos caminhos e transformar a realidade vivida em algo que possa contribuir para o desenvolvimento do próximo, da humanidade, na tentativa de dar ou achar sentido para a experiência vivida.

Outro aspecto interessante detectado nos relatos com as entrevistadas foram os comentários de ambas sobre seus pés. Ou seja, o tamanho, formato e estrutura que apareceram nas conversas em momentos de descontração (final das entrevistas), como uma simples brincadeira ou comparação de suas estruturas físicas, pés, altura e partes do corpo, com vivências tanto do coma (agressão dos aparelhos e medicamentos) quanto de fatos antigos, remanescentes da infância. Assim, dentro de uma possível análise psicanalítica, neste contexto, o corpo pode ser um decodificador de processos inconscientes, uma vez que as marcas do corpo, um sofrimento, por exemplo, podem trazer informações relevantes para um maior conhecimento sobre a experiência emocional vivenciada pelo indivíduo.

Considerações finais

Com este trabalho, podem-se investigar os significados, percepções, sentimentos e impactos envolvidos com a experiência do coma. Foram encontrados alguns resultados no impacto inesperado da realidade, a mudança no processo de ser e de viver, o estado modificado da consciência, o confronto com a morte e outros aspectos que emergiram durante a entrevista, que não eram objetivos neste trabalho. Não menos importante é a gravidade de suas doenças, com iminente risco de morte, como era de conhecimento das duas durante todo o processo vivido, que tiveram resultados imediatos como a incerteza, a insegurança e o medo do confronto com a morte que enfrentaram.

Outro dado encontrado refere-se à adesão à uma religião, uma prática que não ficou mais forte em suas vidas por causa da doença. No entanto, a fé na vida e nelas próprias ficou reforçada. Com relação ao impacto inesperado da realidade, nenhuma das entrevistadas esperava por esse evento impactante em suas vidas. O reflexo foi como estar anestesiado, não entender o ocorrido. Assim, os sujeitos consideraram que as entrevistas tiveram efeito terapêutico, uma vez que ao falarem das experiências vividas compreendiam e aceitavam melhor os fatos. No nível de mudanças no modo de ser, viver, perceber e sentir a vida, o resultado foi que passar por uma experiência que coloca o indivíduo em confronto com a morte, traz alterações significativas internas e externas. Primeiro porque obriga o indivíduo a repensar o seu modo de vida (reflexão) e daí geralmente surgem mudanças, muitas vezes imediatas (parece funcionar como um dispositivo de sobrevivência). Segundo, por ensinar o sujeito a conviver com fatos novos, nunca pensados anteriormente, como possíveis limitações físicas (sequelas), emocionais ou de outro aspecto com que foram impostas, e ainda, prepará-las para a superação das adversidades.

Além disso, verificou-se neste trabalho que não houve resistência em momento algum por parte das participantes em falar sobre o coma. Pelo contrário, foi surpreendente a disposição e a vontade com

que as duas entrevistadas tiveram de falar sobre o assunto. Portanto, esta pesquisa foi relevante tanto para as pesquisadoras quanto para os sujeitos entrevistados, pois uma delas não havia ainda conversado sobre o assunto desde o acontecimento até aquele momento; e as duas se deram conta de coisas importantes que não tinham pensado antes da entrevista. Para as pesquisadoras, esta pesquisa foi particularmente gratificante, pois representou o contanto enriquecedor com duas pessoas maravilhosas, extremamente fortes e cheias de disposição em contribuir com suas experiências para transformar ou ajudar outras pessoas que passaram por problemas semelhantes, sendo para todos nós exemplos de vida. Assim como possibilitou crescimento pessoal e profissional enquanto estudantes de Psicologia. Nesse aspecto, entrar em contato com a prática através deste trabalho contribuiu significativamente para o aprendizado, pois possibilitou a realização de uma relação entre a teoria e a prática, além de fomentar o interesse maior pela pesquisa. ■

Referências

BECERRA, M. C. Boletim Sindical. **Lisboa**, v. 8, n.6, p. 56-59, nov/dez de 1987.

BEKINSCHTEIN, T.; TIBERTI, C.; NIKLISON, J.; TAMASHIRO, M.; RON, M.; CARPINTIERO, S.; VILARREAL, M.; FORCATO, C.; LEIGUARDA, R.; MANES, F. Assessing level of consciousness and cognitive changes from vegetative state to full recovery. **Neuropsychological Rehabilitation**, v. 15, n. 3-4, p. 307-322, 2005.

KUBLER-ROSS, E. **A roda da vida**. Rio de Janeiro: Geográfica Editora, 1998.

LAWRENCE, M. **In a world of their own: experiencing unconsciousness**. Connecticut: Praeger, 1997.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W. **Desenvolvimento humano**. Porto Alegre: Artes Medicas, 2000.

PLUM, F. B. **Diagnostico de stupor e coma**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

RUPP, J. **Rituais de despedida**. São Paulo: Editora Loyola, 1988.

STANCZAK, D. E.; WHITE, J. G.; GOVIEW, W. D. Assessment of level of consciousness following severe neurological insult: a comparison of the psychometric qualities of the Glasgow coma scale and the comprehensive level of consciousness scale. **Journal of Neurosurgery**, v. 60, n. 5, p. 955-960, 1984.