

FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE

MESTRADO EM ENSINO NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE: PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
SOBRE O CUIDADO HUMANIZADO À GESTANTE EM MORTE ENCEFÁLICA**

CURITIBA

2019

GABRIELLE RIBEIRO DUCCI

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE: PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
SOBRE O CUIDADO HUMANIZADO À GESTANTE EM MORTE ENCEFÁLICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdade Pequeno Príncipe, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Ensino nas Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Cecilia Da Lozzo Garbelini.

CURITIBA

2019

TERMO DE APROVAÇÃO

GABRIELLE RIBEIRO DUCCI

“EDUCAÇÃO EM SAÚDE: PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL SOBRE O CUIDADO HUMANIZADO À GESTANTE EM MORTE ENCEFÁLICA”

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre, no Programa de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe, pela seguinte banca examinadora:

Orientador (a):



Prof.ª Dr.ª Maria Cecília Da Lozzo Garbelini

Doutora em Ciências. Professora e Orientadora do Programa de Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe.



Prof. Dr. Christian Boller

Doutor em Biotecnologia Aplicada à Saúde da Criança e do Adolescente. Professor e Orientador do Programa de Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe.



Prof. Dr. Mario Antônio Sanches

Doutor em Teologia. Professor no Programa de Pós-Graduação em Teologia e no Programa de Pós-Graduação em Bioética da PUCPR.

Curitiba, 28 de março de 2019.



AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que contribuíram durante o caminho de elaboração desta dissertação, fruto de profundo desejo profissional, pessoal e intelectual.

A Deus, pelo dom da vida e que através desta faz brotar a luta por um mundo mais humano.

À minha mãe, que desde o meu nascimento esteve presente, me acompanhando, incentivando e apoiando. Sem você, mãe, jamais teria chego até aqui. Obrigada por investir neste sonho junto comigo.

Ao meu irmão, que não acompanhou de forma tão próxima a execução do mestrado, mas que sempre está presente quando preciso. Obrigada por muitas vezes exercer papel de pai sem nem mesmo saber disso.

Ao meu parceiro amado, que no último ano esteve ao meu lado, e mesmo diante das minhas incertezas sempre demonstrou paciência e amor. Obrigada por, com tua alegria e entusiasmo, me ensinar novas maneiras de olhar a vida e o mundo.

À minha orientadora, pelo apoio e dedicação dispensados ao trabalho. Obrigada pela atenta leitura; pelas construtivas e pertinentes contribuições e pela paciência diante às minhas dificuldades e insegurança.

Aos colegas e amigos que fiz durante o programa de Mestrado. Obrigada pelo auxílio através da troca de experiências, apoio e indignações frente à trajetória.

Aos participantes da pesquisa, que cederam um pouco do seu tempo para responder abertamente as perguntas propostas.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”.

Carl Jung

RESUMO

A morte encefálica (ME), definida como a cessação completa e irreversível das funções cerebrais, é um evento raro em gestante e pode persistir durante a gravidez. Isto implica em uma série de intervenções terapêuticas com objetivo de preservar da vida fetal intrauterina. Este acompanhamento prolongado exige a colaboração entre os diferentes profissionais envolvidos no cuidado e na atenção humanizada à paciente e sua família. O objetivo desta dissertação é apreender o conhecimento dos profissionais de saúde, que atuam em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neurológica, sobre a temática da humanização; identificar como a equipe multidisciplinar atua no cuidado humanizado frente a uma paciente gestante com diagnóstico de morte encefálica em uma UTI neurológica. Utilizou-se de metodologia exploratória descritiva com abordagem qualitativa, cujos participantes foram os profissionais atuantes em uma UTI neurológica para adultos. Pode-se observar que a equipe multiprofissional possui compreensão sobre o conceito de humanização praticada na UTI neurológica em relação aos pacientes e aos familiares; a maioria relatou não haver diferença nos cuidados prestados aos diversos paciente em ME, contudo a paciente gestante em ME recebeu cuidados especiais para a manutenção da hemodinâmica; pautou a necessidade de ampliar os cuidados em saúde, com destaque na importância da educação permanente, visando à melhoria da qualidade dos serviços. Conclui-se com o estudo que os profissionais da saúde têm a responsabilidade de capacitar-se continuamente com a intenção de saber lidar, dialogar e impulsionar o processo de trabalho de forma dinâmica e transformadora, tornando-se protagonistas do processo de cuidado humanizado.

Palavras-chave: Humanização, Educação Permanente em Saúde, Morte Encefálica, Gestação, Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

Brain death (BD), defined as the complete and irreversible cessation of brain functions, is a rare event in pregnant women and may persist during pregnancy. This implies a series of therapeutic interventions aimed at preserving fetal intrauterine life. This prolonged follow-up requires the collaboration between the different professionals involved in the care and the humanized attention to the patient and her family. The objective of this dissertation is to learn the knowledge of health professionals, who work in a neurological intensive care unit (ICU), on the humanization theme; to identify how the multidisciplinary team works in the humanized care of a pregnant patient with a diagnosis of brain death in a neurological ICU. A descriptive exploratory methodology with a qualitative approach was used, whose participants were professionals working in a neurological ICU for adults. It can be observed that the multiprofessional team has an understanding about the concept of humanization practiced in the neurological ICU in relation to patients and their relatives; the majority reported that there was no difference in the care given to the different patients in ME; however, the pregnant patient in ME received special care for the maintenance of hemodynamics; emphasized the need to expand health care, with emphasis on the importance of continuing education, aiming at improving the quality of services. It concludes with the study that health professionals have the responsibility to continuously train themselves with the intention of knowing how to deal with, dialogue and drive the work process in a dynamic and transformative way, becoming protagonists of the process of humanized care.

Keywords: Humanization, Permanent Education in Health, Brain Death, Gestation, Intensive Care Unit.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – CRITÉRIOS PARA ABERTURA DO PROTOCOLO DE MORTE ENCEFÁLICA.....	15
FIGURA 2 – REFLEXOS TESTADOS NO DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA.....	16

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – PERFIL DOS PARTICIPANTES.....	33
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AVE** - Acidente Vascular Encefálico
- CEP** - Comitê de Ética em Pesquisa
- CFM** – Conselho Federal de Medicina
- CNS** - Conselho Nacional de Saúde
- EEG** – Eletroencefalograma
- EP** – Educação Permanente
- EPS** – Educação Permanente em Saúde
- FPP** - Faculdades Pequeno Príncipe
- GT** – Grupo de Trabalho
- ME** – Morte Encefálica
- OPAS** – Organização Pan-Americana da Saúde
- PIC** – Pressão Intracraniana
- PNH** – Programa Nacional de Humanização
- PNHAH** – Programa Nacional de Humanização Hospitalar
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TCE** – Traumatismo Crânio-Encefálico
- TCLE** - Termo de Consentimento Livre Esclarecido
- UTI** – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 OBJETIVOS	11
2 REVISÃO DA LITERATURA	12
2.1 ENTENDENDO A MORTE ENCEFÁLICA	12
2.2 FISIOPATOLOGIA DA MORTE ENCEFÁLICA	13
2.3 PROTOCOLO DE MORTE ENCEFÁLICA	14
2.4 PACIENTE GESTANTE EM MORTE ENCEFÁLICA	16
2.5 HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE	18
2.5.1 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO	20
2.5.2 CUIDADO HUMANIZADO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	21
2.6 ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA UTI NEUROLÓGICA	23
2.7 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE	25
3 MÉTODO	Erro! Indicador não definido.
3.1 TIPO DE ESTUDO	29
3.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO	30
3.3 CONTEXTO DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO	30
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DAS INFORMAÇÕES	30
3.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	31
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	32
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	Erro! Indicador não definido.
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
6 REFERÊNCIAS	58
APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	69
APÊNDICE 2 - PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE- HUMANIZAÇÃO EM UTI	71
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	77
ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUIÇÃO	79
ANEXO C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO COORDENADOR DA UTI NEUROLÓGICA	80
ANEXO D - PARECER COSUBSTANCIADO DO CEP	81

1 INTRODUÇÃO

A motivação deste trabalho foi o recente caso da gestante de gêmeos, acometida por um Acidente Vascular Encefálico (AVE), atendida em um hospital na Região Metropolitana de Curitiba. Logo após a internação da paciente foi constatado o diagnóstico de morte encefálica (ME) e, a partir daí, surgiu um grande desafio profissional e humano, por parte da equipe multidisciplinar, para manter a paciente em suporte somático pelo tempo que fosse necessário para que os bebês se desenvolvessem.

A partir desta ocorrência o estudo foi delineado e, por meio dos relatos da vivência dos profissionais envolvidos no caso, buscou-se conhecer os sentidos e significados do cuidar de forma humanizada.

Uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) recebe muitos pacientes graves que, dependendo da enfermidade, podem evoluir com sequelas e deficiências físicas, por vezes incapacitantes ou até mesmo evoluir ao óbito. Os doentes que enfrentam longos períodos de internação hospitalar estão sujeitos a complicações inerentes à própria patologia de base, a permanência prolongada no leito e a possíveis infecções. A equipe de saúde, envolvida no cuidado destes pacientes, conta com profissionais que trabalham e utilizam seus saberes para tentar retirar o paciente desta fase crítica da vida. Cada um caminha no sentido de aprofundar seu conhecimento e ficar melhor naquilo que faz, justamente para ter a melhor conduta da sua especialidade. Quando um paciente é diagnosticado com ME, não se observa mais a reação deste diante dos cuidados que são tomados, não apenas em relação aos cuidados clínicos em si, mas também quanto aos cuidados afetuosos dispendidos pela equipe de saúde. A humanização é ver o outro com o olhar de alteridade, de identificação. Entender que aquele paciente da UTI não é apenas algo, mas é alguém. Essa percepção é de fundamental importância para todo profissional da área da saúde que deve sempre olhar para além do que se vê. Abordar o tema humanização frente a uma situação tão delicada foi desafiador. Todavia, é preciso concordar que a proposta exige esforço para mudanças e comprometimento de todos os atores envolvidos, a fim de que a humanização em uma UTI, e nos serviços de saúde de um modo geral, seja efetivamente implementada em benefício dos usuários, familiares e profissionais que contam com

o apoio do SUS e de sua política nacional de saúde.

Para tanto, foi necessário que os profissionais da UTI em questão atuassem de forma integrada; orientada para o trabalho em equipe sem a fragmentação do saber. Em se tratando de uma gestante em ME, a humanização dos profissionais foi intensa visto que todos os envolvidos se tornaram um pouco “mães” dos bebês ainda em vida intrauterina. Esforços compartilhados e interação multiprofissional não foram medidos para que fosse feito tudo o que estava ao alcance da equipe. Foi um caso inédito, de trabalhos colaborativos, que reuniu conhecimentos, e fez com que todos fossem à busca de novas respostas e condutas para que o melhor pudesse ser feito. Os resultados do estudo poderão ajudar a compreender como o cuidado humanizado, realizado pela equipe multiprofissional dentro de uma UTI Neurológica, tem fundamental importância para os pacientes em cuidado intensivo.

Justifica-se a relevância desta pesquisa pelo seu valor social e com potencial para outros estudos teóricos, pois o cuidado humanizado é algo consideravelmente preconizado na atualidade. Este estudo se propõe a responder a seguinte questão: Qual a percepção de cuidado humanizado, dos profissionais de saúde de uma UTI Neurológica, frente à uma paciente gestante com diagnóstico de morte encefálica?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar o envolvimento dos profissionais de saúde, integrantes de uma Unidade de Terapia Intensiva Neurológica, com a proposta da Humanização em Saúde.

1.1.2 Objetivos Específicos

Apreender o conhecimento sobre a temática da Humanização relacionada à prática interprofissional desempenhada em uma UTI Neurológica.

Perceber como a equipe multidisciplinar atua no cuidado humanizado frente a uma paciente gestante com diagnóstico de morte encefálica em uma UTI Neurológica.

Desenvolver protocolo sobre Educação Permanente.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ENTENDENDO A MORTE ENCEFÁLICA

Antigamente acreditava-se que a morte só ocorria quando o coração e respiração paravam, porém, com o surgimento das experiências envolvendo ventilação mecânica e reanimação cardiopulmonar, nas décadas de 50 e 60, a morte adquiriu novos significados (MACHADO-CURBELO, 2002). Acometimentos que antes eram considerados sem prognóstico, com relação à sobrevivência, passaram a permanecer com suas funções vitais normais exceto a neurológica. Progressos na terapia intensiva proveram capacidade de manutenção e suporte somático, de modo a preservar as funções básicas do organismo por um período determinado em se tratando de um encéfalo sem atividade. Esta condição passou a ser conhecida como morte encefálica (JOOST, 2001).

A morte encefálica é caracterizada por um estado irreversível de cessação de todo tecido nervoso central e funções neurais, resultantes de edema e/ou maciça destruição dos neurônios, apesar da atividade cardiopulmonar poder estar mantida por meio de suporte de vida (SALLUM; ROSSATO; SILVA, 2011).

Em 1959, um grupo de neurofisiologistas e neurocirurgiões de Lyon descreveram uma condição que eles chamaram de “morte do sistema nervoso”, caracterizada por coma apneico, ausência de reflexos e tronco encefálico eletricamente silencioso juntamente com o cérebro. Mais tarde, Mollaret e Goulon estudaram 23 pacientes, também nesta mesma situação clínica (MOLLARET *et al.*, 1959).

No ano de 1968, foram estabelecidos os primeiros critérios para diagnóstico de ME pela Escola Médica de Harvard. Em 1981, por meio da Comissão Presidencial para o Estudo dos Problemas Éticos em Medicina, nos Estados Unidos da América, foi publicado um ato uniforme para a declaração de morte: “um indivíduo que apresenta cessação irreversível das funções respiratórias e circulatórias ou cessação irreversível de todas as funções do cérebro, incluindo o tronco cerebral, está morto” (PARANÁ, 2016 p. 2).

Neurologicamente a situação de ME é facilmente compreensível, porém do ponto de vista clínico, o acometimento neurofisiológico não autoriza a parada das

medidas terapêuticas, nem tão pouco a retirada do coração pulsátil destes pacientes. É necessária a certeza da parada irreversível das funções encefálicas e, para tal, critérios de ME foram sendo aperfeiçoados com o passar dos anos.

Em 12 de dezembro de 2017 o Conselho Federal de Medicina divulgou a atualização dos parâmetros para a descrição de morte encefálica, devendo agora ser diagnosticada por mais especialistas, além do neurologista. Além disso, os dois médicos devem ser especificamente qualificados, sendo que um deles deve, obrigatoriamente, possuir uma das seguintes especialidades: medicina intensiva adulta ou pediátrica, neurologia adulta ou pediátrica, neurocirurgia ou medicina de emergência. O outro deve ter, no mínimo, um ano de experiência no atendimento a pacientes em coma, ter acompanhado ou desempenhado no mínimo 10 diagnósticos de morte encefálica ou ter realizado curso de capacitação. Nenhum dos dois médicos deve fazer parte da equipe de transplantes.

A Resolução Nº 2.173, no Art. 1º, define os critérios do diagnóstico de ME:

Os procedimentos para determinação de ME devem ser iniciados em todos os pacientes que apresentem coma não perceptivo, ausência de reatividade supraespinhal e apneia persistente, e que atendam a todos os seguintes pré-requisitos: a) presença de lesão encefálica de causa conhecida, irreversível e capaz de causar morte encefálica; b) ausência de fatores tratáveis que possam confundir o diagnóstico de morte encefálica; c) tratamento e observação em hospital pelo período mínimo de seis horas. Quando a causa primária do quadro for encefalopatia hipóxico-isquêmica, esse período de tratamento e observação deverá ser de, no mínimo, 24 horas; d) temperatura corporal (esofágica, vesical ou retal) superior a 35°C, saturação arterial de oxigênio acima de 94% e pressão arterial sistólica maior ou igual a 100 mmHg ou pressão arterial média maior ou igual a 65mmHg para adultos (Resolução nº 2.173, Art. 1º).

2.2 FISIOPATOLOGIA DA MORTE ENCEFÁLICA

A ME comumente provém da combinação do aumento da pressão intracraniana (PIC), diminuição do fluxo sanguíneo cerebral e hipóxia (baixa concentração de oxigênio) do tecido encefálico. Com a destruição gradativa do cérebro e tronco encefálico várias funções essenciais ficam prejudicadas, ocorrendo o descontrole da temperatura corporal, com tendência à hipertermia e, mais frequentemente, à hipotermia. Numa fase inicial, há liberação maciça de neurotransmissores e hormônios, que podem levar a hipertensão e taquicardia. Na sequência, pode haver hipotensão arterial com necessidade de drogas vasoativas. A depleção do hormônio antidiurético induz distúrbios do sódio, como *diabetes*

insipidus. Há risco de hipernatremia e depleção do espaço extracelular. Pode haver também perda dos níveis adequados tanto dos hormônios da tireoide como do cortisol. Isso tudo faz com que o paciente em ME tenha peculiaridade no diagnóstico e tratamento dos distúrbios clínicos, sendo um indivíduo único (PARANÁ, 2016).

2.3 PROTOCOLO DE MORTE ENCEFÁLICA

Para iniciar um protocolo de ME é necessário que o paciente preencha critérios bem estabelecidos (Figura 1). O paciente deve estar obrigatoriamente em Glasgow 3 (escala utilizada na neurologia para medir e avaliar o grau de consciência de uma pessoa que tenha sofrido um traumatismo craniano). Deve estar sem incursões ventilatórias voluntárias e sem uso de sedação e bloqueadores neuromusculares. O tempo de suspensão deve levar em conta a meia-vida das drogas, forma de infusão, presença de insuficiência renal e hepática. O ideal seria a dosagem dos níveis séricos das drogas, mas essa opção não é abundantemente disponível. Ainda devem estar ausentes sinais de hipotermia e distúrbios metabólicos graves. Todo paciente com suspeita de ME necessita ter esta condição comprovada por exame de imagem (tomografia ou ressonância de crânio) com uma lesão estrutural encefálica suficientemente grave para justificar a indicação. O protocolo não pode ser iniciado quando o paciente apresentar em exame laboratorial sódio sérico abaixo de 120mEq/L e acima de 170mEq/L. O nível ideal é próximo do normal, abaixo de 155mEq/L. As drogas vasoativas devem estar em doses estáveis e os exames de perfusão compensados. A temperatura do paciente de estar acima de 32° C, idealmente acima de 35° C, sendo o protocolo adiado até a correção da hipotermia moderada (PARANÁ, 2016).

FIGURA 1. Critérios para Abertura do Protocolo de Morte Encefálica



Fonte: PARANÁ, 2016.

A execução de dois exames clínicos é contemplada pelo protocolo: um teste de apneia e um exame complementar comprobatório. A avaliação clínica deve confirmar que o paciente está em coma aperceptivo com ausência de atividade motora supra-espinhal, ausência dos reflexos de tronco e de incursões respiratórias aparentes. Os dados clínicos testados (FIGURA 2) são os de reflexo foto motor e consensual; reflexo córneo-palpebral; reflexo óculo-cefálico; reflexo de tosse; reflexo vestibulo-calórico e apneia. Todos os reflexos devem ser testados e estar ausentes. A impossibilidade de realizar um dos reflexos inviabiliza o prosseguimento do protocolo. Os exames clínicos devem ser realizados por médicos e deve haver um intervalo de tempo mínimo entre eles. Em adultos, o intervalo mínimo entre os exames clínicos é de, no mínimo, 6 horas (PARANÁ, 2016).

FIGURA 2. Reflexos Testados no Diagnóstico de Morte Encefálica



Fonte: PARANÁ, 2016.

O exame complementar pode ser realizado após a abertura do protocolo ou após a segunda avaliação clínica. Sua indicação é demonstrar, de forma inequívoca, a ausência de perfusão sanguínea cerebral. Para paciente com idade acima de dois anos, não existe indicação específica do tipo de exame e apenas um exame é suficiente. Neste caso, pode ser o eletroencefalograma (EEG), *doppler* transcraniano, arteriografia cerebral ou cintilografia cerebral. Após a realização de todas as etapas do protocolo (dois exames clínicos, teste de apneia e exame complementar), é feito o diagnóstico de ME. Neste momento, o paciente é legalmente declarado morto e o Termo de Declaração de Morte Encefálica deve ser preenchido (PARANÁ, 2016).

2.4 PACIENTE GESTANTE EM MORTE ENCEFÁLICA

A literatura médica tem relatado casos de morte encefálica materna durante a gravidez. Esta é uma situação rara que exige a decisão e, dependendo da idade gestacional, a implementação de um conjunto de medidas para prolongar a homeostase materna após a morte encefálica, com o objetivo de manter o feto vivo até o nascimento. Os estudos prévios e relatos de casos sugerem a necessidade de um diagnóstico imediato, antes da ocorrência da degeneração fisiológica. Deve haver ainda a avaliação rápida do estado fetal e a decisão da família, junto à equipe

médica, de prolongar o suporte somático materno. A ocorrência de ME materna é uma tragédia, mas também pode representar uma oportunidade desafiadora para salvar a vida do feto e, além disso, permitir a doação dos órgãos maternos após o nascimento (SOUZA *et al.*, 2006).

Esmaeilzadeh *et al.* (2010), relataram 30 casos de gestante com ME entre 1982 e 2010, tendo como causa uma lesão não traumática em 26 dos 30 casos narrados. A média da idade materna foi de 26,5 anos e a média da idade gestacional no momento da ME e do parto foi de 22 e 29,5 semanas, respectivamente. Doze bebês viáveis nasceram e sobreviveram ao período neonatal. Os autores mencionaram que o manejo de uma gestante com morte encefálica requer uma equipe multidisciplinar que deve seguir os padrões, diretrizes e recomendações disponíveis tanto para uma terapia não traumática para o feto quanto para um tratamento preservador de órgão do doador em potencial.

De acordo com Cintra (2000), a incidência de ME em gestantes é baixa, cerca de 2,8% das mulheres evoluem para esse diagnóstico, mas quando ocorre gera um dilema para a equipe multidisciplinar, que deve optar entre o suporte à mãe até o desenvolvimento fetal ou a suspensão da gestação. As repercussões da ME no organismo da gestante tornam difícil o manejo, pois há necessidade do uso de vasopressores para estabilidade hemodinâmica, ao mesmo tempo em que se deve priorizar a perfusão uteroplacentária. A conduta é diferente daquela em que a mãe está em estado vegetativo e ainda tem as funções do tronco cerebral mantidas. A decisão pelo suporte da mãe, até a maturação pulmonar fetal, deve depender da condição clínica materna e fetal, da idade gestacional, de equipe treinada e, muitas vezes, opta-se pelo parto cirúrgico (POWNER, 2003). Há relatos de casos que resultaram fetos saudáveis, nascidos de mães em ME e com bom desenvolvimento neuropsicomotor. As mulheres gestantes em ME mantidas por mais tempo, de acordo com os relatos bibliográficos, ficaram com suporte por 100 a 107 dias e tiveram filhos saudáveis (CINTRA, 2000; POWNER; BERNSTEIN, 2003).

No estudo em questão, em que houve ME materna, a gestação gemelar foi mantida por 123 dias, configurando o caso mais longo descrito na literatura. A jovem, com 22 anos, não tinha mais chances de sobrevivência, mas dentro dela batiam mais dois corações. Em outubro de 2016, a mãe, na nona semana de gestação, chegou ao hospital com um acidente vascular cerebral. Três dias depois os médicos constataram a ME e, então, a equipe médica tinha o desafio de manter o corpo da mãe funcionando

para que os dois bebês pudessem se desenvolver. As crianças nasceram em fevereiro de 2017 e todos os procedimentos foram realizados via SUS (G1 Paraná, 2017). O atendimento de uma paciente gestante deve priorizar a temática humanização no cuidado cada vez mais presente nas práticas profissionais na área da saúde.

2.5 HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE

Humanizar não é uma técnica, uma arte e muito menos um procedimento. É um processo vivencial que transpassa toda a atividade do local e das pessoas que ali trabalham, dando ao paciente o tratamento que merece como ser humano, dentro das circunstâncias específicas em que cada um se encontra no momento de sua internação. Humanizar é individualizar a assistência frente às necessidades de cada um. O conceito de humanização pode ser traduzido como uma busca incessante do conforto físico, psíquico e espiritual do paciente, da família e equipe (AMIB, 2004).

A humanização configura um dos elementos que pode permitir o resgate do cuidado humanístico ao indivíduo, que vivencia o estar saudável e o estar doente, e deve ser estendida à sua família (DESLANDES, 2005).

A rotina diária da UTI faz com que os profissionais que estão inseridos neste âmbito de trabalho esqueçam, por muitas vezes, de atos de carinho e atenção como conversar e ouvir. A humanização é apontada como um dos processos mais complexos no campo da saúde e dos mais difíceis de ser implementado. A própria dinâmica da UTI, muitas vezes, não possibilita um momento de reflexão para que seu pessoal possa ter uma maior dedicação e cautela. Humanizar é uma medida que visa tornar efetiva a assistência prestada do profissional em saúde ao paciente em estado crítico, de uma forma a envolver o cuidado ao paciente, considerando-o como um ser biológico, psicológico, social e espiritual (VILA; ROSSI, 2002).

A UTI não é apenas um serviço com equipamento especial. Nela, um dos fatores primordiais é a assistência, por meio de um relacionamento interpessoal, que deve se dar por via da comunicação verbal ou não verbal. Neste contexto, espera-se oferecer segurança e um efetivo apoio emocional ao paciente e à sua família, aliados a uma atitude orientada para o aproveitamento dos recursos tecnológicos existentes (CARDOSO, 2001).

Cuidar do paciente crítico representa uma excelente oportunidade de pôr em prática não só os fundamentos técnicos, tão necessários aos profissionais de saúde

neste cenário de complexidade, mas também as reflexões imprescindíveis para um cuidar que visualiza o homem como um sujeito integrante desta ação (SILVA, 2003). Em se tratando de ME, tem se discutido muito sobre como fazer o acolhimento de forma humanizada no processo e no suporte somático. Porém, ao refletir sobre este conceito em uma UTI, é notório que esta prática nem sempre é constante, visto que a UTI, conforme apontado por Salicio e Gaiva (2006), é uma unidade preparada para atender pacientes graves ou potencialmente graves. O local expõe o paciente a um ambiente hostil, com exposição intensa de estímulos dolorosos, onde há luz contínua, bem como procedimentos clínicos invasivos rotineiros, apesar de contar com assistência de equipe especializada e dispor de equipamentos diferenciados.

Deslandes (2004) descreve que a humanização remete a um conjunto de iniciativas que visam à produção de cuidados em saúde, que englobam a melhor tecnologia disponível, a promoção de acolhimento, respeito aos valores e culturas do paciente, ambiente de trabalho favorável, bom exercício técnico que leva a satisfação dos usuários e dos profissionais de saúde. Conforme citado por Caetano *et al.* (2007), as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde tendem a se apresentar de forma mais técnica, deixando de lado o cuidado, como uma característica humana, com base na afetividade e valores com o intuito de favorecer a potencialidade dos pacientes em aderir ao tratamento. Cohn (1978) descreve vários comportamentos, com características humanistas da assistência ao paciente, que não podem ser substituídos por tecnologia: ouvir, dar atenção, ter bom humor, envolvimento e compartilhamento. Kalisch (1971) descreve como principal ingrediente no processo de tratamento a empatia de alto nível.

A implementação de um cuidado humanizado, no entanto, mais do que o cumprimento de uma moral estabelecida e pautada no cumprimento associado ao risco da punição frente a transgressões (COHEN; FERRAZ, 1995), necessita fundamentar-se na ética. Fortes e Martins (2000) descrevem o significado de humanização como:

Humanizar significa reconhecer as pessoas, que buscam nos serviços de saúde a resolução de suas necessidades de saúde, como sujeitos de direitos. Humanizar é observar cada pessoa em sua individualidade, em suas necessidades específicas, ampliando as possibilidades para que possa exercer sua autonomia. Qualquer pessoa, independentemente de sua idade, tendo condições intelectuais e psicológicas para apreciar a natureza e as consequências de um ato ou proposta de assistência à sua saúde, deve ter oportunidade de tomar decisões sobre questões

relacionadas à sua saúde, ou seja, poder agir enquanto uma pessoa autônoma (FORTES e MARTINS, 2000, p. 31).

Para Campos (2005), o trabalho em saúde se humaniza quando procura associar a defesa de uma vida mais longa com a construção de padrões de qualidade da vida para as pessoas. Não há saber técnico que realize por si só este tipo de integração.

2.5.1 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

Há que se considerar ainda, que a humanização como estratégia de qualificação da atenção e gestão do trabalho, busca “transformações no âmbito das mudanças nos processos, organização, resolubilidade e qualidade dos serviços; e na autonomia dos trabalhadores e usuários.” (SANTOS-FILHO, 2007). Praticar a humanização nas UTI’s é uma tarefa difícil, pois demanda atitudes às vezes individuais contra todo um sistema tecnológico dominante. Este ambiente precisa e deve utilizar-se dos recursos tecnológicos cada vez mais avançados, mas os profissionais jamais devem esquecer que a máquina não substituirá a essência humana (ORLANDO, 2001). A própria dinâmica de uma UTI não permite momentos de reflexão para que os profissionais possam se orientar melhor (BOEMER *et al.*, 1989). Humanizar é uma medida que visa tornar efetiva a assistência prestada do profissional da saúde ao paciente em estado crítico, de uma forma a envolver o cuidado ao doente, considerando-o como um ser biológico, psicológico, social e espiritual (VILA; ROSSI, 2002).

A Política Nacional de Humanização (PNH) surgiu como uma iniciativa inovadora no SUS. A PNH existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários. Uma tarefa desafiadora, uma vez que na perspectiva da humanização, isto corresponde à produção de novas atitudes por parte de trabalhadores, gestores e usuários, de novas éticas no campo do trabalho, superando problemas e desafios do cotidiano (BRASIL, 2004a).

A problemática adjetivada como desumanização revela a percepção da população e de trabalhadores da saúde frente aos problemas enfrentados. Podem ser apontadas as dificuldades como as filas para o atendimento, a insensibilidade

dos profissionais diante do sofrimento das pessoas, os tratamentos desrespeitosos, o isolamento das pessoas de suas redes sócio familiares nos procedimentos, consultas e internações, as práticas de gestão autoritária. Ainda podem ser citadas as deficiências nas condições concretas de trabalho, incluindo a degradação nos ambientes e das relações de trabalho, que derivam de condições precárias da organização de processos, na perspectiva da PNH. Ou seja, estes problemas são a expressão fenomênica - tomam expressão concreta e real - de certos modos de se conceber e de organizar o trabalho em saúde. Tematizar a humanização da assistência abre, assim, questões fundamentais que podem orientar a construção das políticas em saúde. Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2004a).

Logo, a humanização deve ser vista como um dos aspectos indispensáveis, não podendo ser vista como apenas um programa a mais a ser destinado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opera em toda a rede SUS. Com isso, há a necessidade de adotar a Humanização como política transversal, entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva (BRASIL, 2004a). De acordo com a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB, 2004) atualmente vê-se um panorama nas UTI's de que não existe a preocupação e sistematização com o modo-de-ser-cuidado do paciente, mas sim, com o aperfeiçoamento da técnica, valorizando unicamente o modo-de-ser do trabalho.

2.5.2 CUIDADO HUMANIZADO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Frente aos aparatos tecnológicos existentes nas UTI's e a quantidade de procedimentos aos quais são submetidos os pacientes que ali se encontram, o ambiente gera grande estresse à equipe de saúde, devido à presença contínua da morte, propiciando sentimento de sofrimento (MARTINS, 2000).

Apesar dos esforços dos profissionais que trabalham nas UTI's, elas são vistas como ambientes frios e considerados por muitos como detentores de práticas mecanicistas. Esta visão leva o paciente a temer a internação neste setor, embora esta unidade se destaque no contexto hospitalar, quer em equipamentos, quer em

melhor capacitação profissional que possibilita maior recuperação do paciente (LEITE; VILA, 2005).

A humanização é um processo que envolve todos os membros da equipe na UTI. A responsabilidade da equipe se desdobra para além das intervenções tecnológicas e farmacológicas focalizadas no paciente. Inclui a avaliação das necessidades dos familiares, o grau de satisfação destes sobre os cuidados efetivados, além da preservação da integridade do paciente como ser humano. Com a internação do ente querido em uma Unidade de Terapia Intensiva, os familiares ficam desesperançados, deprimidos, o que colabora para a desestruturação sob o ponto de vista emocional. Cada indivíduo deve ser considerado único, tendo necessidades, valores e crenças específicos. Manter e preservar a sua dignidade significa respeitar os princípios da moral e do código de ética médica (AMIB, 2004). Para Caetano e colaboradores (2007) os avanços tecnológicos vêm colaborando para a melhoria da assistência, com destaque nas unidades críticas, particularmente nos serviços de terapia intensiva.

Humanizar a UTI significa cuidar do paciente como um todo, englobando o contexto familiar e social. Esta prática deve incorporar os valores, as esperanças, os aspectos culturais e as preocupações de cada um. Por meio dela os princípios humanitários do exercício da medicina pregados por Hipócrates são revividos na união da ciência ao humanismo. É um conjunto de medidas que engloba o ambiente físico; o cuidado dos pacientes e seus familiares e as relações entre a equipe de saúde. Estas intervenções visam, sobretudo, tornar efetiva a assistência ao indivíduo criticamente doente (AMIB, 2004).

Ajudar a família, conscientizando-a sobre a real situação do doente e da necessidade de tratamento ou hospitalização na UTI, também é uma das funções do processo humanizar. Os vários aspectos devem ser explanados para os familiares, pois desde a manifestação da doença até o estabelecimento do diagnóstico e do prognóstico, advêm crises e desajustes na família e esta necessita se sentir amparada e segura, com suas dúvidas aclaradas. É de suma relevância que se façam entrevistas, com os pais ou companheiros, no ato da internação para alcançar dados indicativos ao paciente, as suas relações familiares e sociais. Os profissionais precisariam explicar suas ações junto ao paciente e para o familiar. Devem informar particularidades sobre seu papel, sua função e ainda transmitir segurança aos familiares, discutir suas dúvidas, estabelecendo um vínculo entre a equipe e a

família. Dessa forma, a equipe de saúde deve agir conjuntamente e, se possível, tornar as informações mais consistentes, evitar conversas incompletas e as dúvidas. Ao mesmo tempo, noções de alimentação, higiene, prognósticos, saúde mental e contribuições para a cuidador-participante podem ser apresentadas (AMIB, 2004).

Segundo Vila e Rossi (2002), o paciente internado na UTI necessita de cuidados de primazia, direcionados não apenas para os problemas fisiopatológicos, mas também para as questões psicossociais, ambientais e familiares que se tornam intimamente interligadas à doença física. A essência em cuidados intensivos está no processo de tomada de decisões, baseado na sólida compreensão das condições fisiológicas e psicológicas do paciente, e não somente nos ambientes ou nos equipamentos especiais. Para compreender o processo, ainda lento da humanização, não se pode esquecer que esta teve início quando a medicina começou a dividir o corpo em órgãos, em sistemas e em organismos especializados. Mas a solução para a humanização está na equipe de saúde, que a cada procedimento deve mostrar seu lado humano e, sobretudo expressar que tem sentimentos. A humanização renasce para valorizar as características do gênero humano. É imprescindível no processo de humanização uma equipe consciente dos desafios a serem enfrentados e dos limites a serem transpostos (AMIB, 2004).

Percebe-se, por conseguinte, que a temática da humanização deve estar progressivamente apontada para as condições de trabalho dos profissionais de saúde, a fim de que estes reiterem os valores humanos e prestem o cuidado de forma integral. Para Caetano e coautores (2007) há necessidade de observar não somente as necessidades biológicas aparentes, mas também aquelas não evidenciadas, as mais ocultas. O processo reflexivo reforça a importância do trabalho em equipe na busca de humanizar o cuidado. Contudo, para que os trabalhadores de saúde possam exercer a profissão com honra e dignidade, os serviços de saúde necessitam proporcionar espaços de sociabilidade pelo estímulo da Educação Permanente (EP) como processo dinâmico, interativo e integrador (NORA e JUNGES, 2013).

2.6 ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA UTI NEUROLÓGICA

É definida como Equipe Multiprofissional a junção de esforços e interesse de um grupo de profissionais que assentem a interdependência com os outros

componentes e se identificam com um trabalho de caráter coparticipante e não concorrente, com o fim de atingirem o mesmo objetivo cuja atividade simultânea e planejada caracteriza um grupo estritamente ligado. Assim, o trabalho de uma equipe não tem como significado a soma de indivíduos organizados para uma tarefa comum, mas a integração de cada elemento que a compõe, atendendo às peculiaridades grupais, desempenhando funções harmônicas numa verdadeira intercomplementação (COSTA, 1978).

Evidências mostram que o trabalho realizado por uma equipe multiprofissional assegura a participação de toda a equipe por meio de um trabalho integrado; propicia uma assistência mais condigna e humana ao paciente por meio da interação multiprofissional; centra as responsabilidades através do trabalho coparticipado; fortalece as relações entre os profissionais, paciente e família para o alcance dos objetivos; aumenta o aproveitamento da capacidade profissional pela coesão do trabalho e favorece o relacionamento interprofissional (COSTA, 1978).

O Ministério da Saúde, em 24 de fevereiro de 2010, publicou a Resolução nº 7, em que um dos assuntos dispõe sobre a formação de equipe multiprofissional para uma UTI. Assim, a UTI deve ser legalmente habilitada e mensurada, conforme o perfil assistencial, a demanda da unidade e legislação vigente. A unidade deve conter, de forma exclusiva, no mínimo, os seguintes profissionais: médico diarista, médicos plantonistas, enfermeiros assistenciais, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, auxiliares administrativos e funcionários exclusivos para serviço de limpeza. As assistências farmacêutica, psicológica, fonoaudiológica, social, odontológica, nutricional, de terapia nutricional enteral e parenteral e de terapia ocupacional devem estar integradas às demais atividades assistenciais prestadas ao paciente, sendo discutidas conjuntamente pela equipe multiprofissional (BRASIL, 2010). No âmbito do SUS, o trabalho desenvolvido nas UTI's sempre foi essencialmente compreendido como ações desempenhadas em equipe multiprofissional, *a priori*, formada por profissionais médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Estes profissionais exercem funções assistenciais, realizando procedimentos desde os mais simples até os que oferecem maior risco de vida ao paciente, além de atividades gerenciais nos diferentes níveis de atenção à saúde (PURIN, 2009).

Para oferecer o suporte necessário aos pacientes gravemente comprometidos, muitos profissionais precisam estar envolvidos no processo de

restabelecimento de sua saúde, como: nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos, farmacêuticos, assistentes sociais, dentre outros, como equipe de apoio, mas com igual importância para assistência integral e de qualidade (BRASIL, 2010). A prática colaborativa entre vários trabalhadores de saúde, com diferentes experiências profissionais, promove uma assistência de alta qualidade, garantindo segurança e redução de sofrimento para o paciente e de seus familiares (ROSE, 2011).

Uma equipe de grande porte resulta em alto custo na UTI; porém, sabe-se que um grupo reduzido tende a acarretar prejuízo na qualidade da assistência, interferindo na segurança do cliente, prolongando tempo de internação e gerando maior custo (GONÇALVES; PADILHA, 2007). Para Altafin e colaboradores (2014) o ideal seria manter um equilíbrio entre as atividades relacionadas ao cuidado direto e indireto do cliente. No entanto, na realidade, a carga de trabalho neste ambiente abrange outros fatores em que determinadas atividades não relacionadas com o paciente e seus familiares fazem parte do dever a ser cumprido pelos profissionais durante seu turno de trabalho.

O trabalho de uma equipe multiprofissional se constitui por meio de uma relação recíproca, em que cada componente e todos, de forma compartilhada, façam um investimento na articulação das ações, para se alcançar um objetivo comum (BERGAMIN; PRADO, 2013; PEDUZZI *et al.*, 2013).

Antunes e Queiroz (2007) descrevem a perspectiva multiprofissional na concepção de que o conhecimento se faz em setores ampliados, e não em âmbitos individuais e separados. Deste modo, a proposta de um novo paradigma assistencial conduz o profissional a reflexões sobre a prática, estimula novas formas de pensar, fazer saúde e trabalhar a saúde como um todo integrado.

2.7 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Os profissionais da saúde têm a responsabilidade de capacitar-se continuamente com a intenção de saber lidar, dialogar e impulsionar o processo de trabalho de forma dinâmica e transformadora, tornando-se protagonistas do processo de cuidado humanizado (CECCIM, 2005; DIAS *et al.*, 2013).

Através do preconizado pela Educação Permanente em Saúde (EPS), para que ao mesmo tempo sejam promovidas a motivação e autoestima dos profissionais, o processo de trabalho deve estar centrado na equipe e na construção coletiva, além

da criatividade na busca de soluções e responsabilidade social (CARDOSO, 2012).

A educação é uma ocorrência social e universal, sendo uma atividade necessária ao desempenho e existência de toda sociedade. Deste modo, é necessário o cuidado com a formação dos indivíduos, auxiliando-os no desenvolvimento de suas capacidades físicas e espirituais, assim como no preparo para a participação ativa e transformadora nos vários âmbitos da vida social (MORIN, 2002). A educação não é apenas uma exigência da vida em sociedade, segundo Libâneo, é:

Um fenômeno social e universal, sendo uma atividade humana necessária a existência e funcionamento de todas as sociedades. Cada sociedade precisa cuidar da formação dos indivíduos, auxiliar no desenvolvimento de suas capacidades físicas e espirituais, prepará-los para a participação ativa e transformadora nas várias instâncias da vida social (LIBÂNEO; 2003, p. 16-17).

Por conseguinte, a educação faz com que o homem atue como ser ativo na construção do conhecimento, recusando pacificamente o que lhe é imposto. Assim, este é responsável por sua própria educação, procurando meios de desenvolvimento da sua capacidade.

A reflexão sobre os modos de ensinar e aprender ganha ênfase quando se objetiva um profissional dinâmico, sensível à realidade de saúde e com autonomia no seu processo de trabalho. Dessa forma, os processos de ensino-aprendizagem repetitivos e descontextualizados, onde o sujeito apenas memoriza as informações, vai dando lugar a aprendizagem significativa, que ocorre quando o material de aprendizagem se relaciona de forma substantiva com aquilo que a pessoa já sabe e quando essa nova informação está, de alguma forma, relacionada com os conhecimentos prévios. Para que haja aprendizagem considerável duas condições são indispensáveis: conteúdo potencialmente significativo e, a pessoa deve estar motivada para relacionar o que aprende com o que já sabe e de forma aberta interagir com o outro (BRASIL, 2005).

Diante da crescente automatização das práticas de saúde, é de suma importância que se promova a educação permanente dos profissionais, a fim de qualificar o cuidado que se presta à população que busca atendimento no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004b). A EPS surge como uma exigência na formação do sujeito, pois requer dele novas formas de encarar o conhecimento. Atualmente, não basta 'saber' ou 'fazer', é preciso 'saber fazer', interagindo e intervindo nessa

formação (MORIN, 2002).

A proposta da Educação Permanente na Saúde foi divulgada em 1980, pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a partir da constatação que havia uma estreita relação entre o planejamento das ações na saúde e o planejamento de recursos humanos da saúde. Na EPS considera-se que a atividade do trabalhador pode ser o ponto de partida de seu saber real, podendo determinar sua aprendizagem subsequente, uma vez que o conhecimento tem sua origem na identificação das necessidades do serviço e na busca de solução para os problemas encontrados (LOPES *et al.*, 2007). Por meio da portaria nº 198/GM, em 13 de fevereiro de 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi decretada, com o objetivo de ser uma estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o aperfeiçoamento dos trabalhadores do setor. A Política Nacional de Educação Permanente preconiza a aprendizagem no ambiente de trabalho, em que é feita a partir da problematização do processo de trabalho considerando os conhecimentos e experiências prévios dos profissionais envolvidos. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde da população, tendo como objetivos a transformação das condutas profissionais e da organização do trabalho (BRASIL, 2004b).

De acordo com Haddad e colaboradores (1990), a educação permanente procura possibilidades e respostas para problemas encontrados no trabalho concreto, beneficiando o processo de trabalho como eixo principal da aprendizagem e dando ênfase a capacidade humana em criar conhecimento, partindo de problemas reais, de suas causas e implicações que as alternativas de solução têm na busca da transformação da prática de saúde, objetivo essencial do ato educativo. A EPS possui como eixo norteador a modificação do método de trabalho, cuja atividade é de caráter contínuo e voltado para prática educativa orientada pelo cotidiano dos serviços. A participação coletiva multiprofissional e interdisciplinar favorece a construção de novos conhecimentos e intercâmbio de vivências (RODRIGUES *et al.*, 2010). A EP busca autonomia e capacidade de aprender do sujeito, baseando-se no aprendizado contínuo, no que tange ao auto aprimoramento e a busca de competência pessoal, profissional e social (PASCHOAL *et al.*, 2007).

A proposta da EP é provocar mudanças no processo de trabalho em saúde a partir da realidade, pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, em que o aprender e o ensinar se integram à rotina das organizações e ao trabalho; no sentido

de que ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é desempenhada com base nas questões enfrentadas na prática e considera o conjunto de saberes, informações e capacidades que os profissionais já têm (BRASIL, 2004b). A área da saúde requer EP, partindo do pressuposto da aprendizagem que promove e produz sentidos e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de ação na rede de serviços (HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994). Assim, os processos de qualificação de pessoal da saúde deveriam ser estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho.

A atuação de EPS não trata de capacitação ou treinamento, mas da estruturação de conhecimentos em um formato horizontal, intersetorial e interdisciplinar. Prioriza a conexão ensino-aprendizagem movida pelo debate crítico e discussões das exigências presentes no cotidiano dos serviços de saúde, o que significa que a temática são as adversidades da realidade concreta. É, nessa dimensão, uma estratégia que parte do pressuposto da aprendizagem significativa, produzindo sentido para o sujeito, através da interlocução com os problemas enfrentados na realidade, e levando em consideração os conhecimentos e as experiências que os indivíduos possuem (BRASIL, 2005).

A implantação da Política de EPS privilegiou a utilização da problematização, enquanto metodologia bastante participativa, vista como inclusiva ao trabalho de campo, acarretando no envolvimento proativo de todos os sujeitos sociais (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004). No tocante da metodologia da problematização, Berbel (1998) cita o Método do Arco, utilizando-se de um desenho da realidade numa escala de cinco etapas, sendo: observação da realidade social; pontos-chave; teorização; hipóteses de solução e aplicação à realidade. Esta é uma possibilidade metodológica onde os próprios sujeitos procuram compreender a ligação dos aspectos que interferem na existência daquele problema identificado (BERBEL, 1998). A ênfase nessa metodologia salienta a contribuição das diferentes práticas, possibilita aos sujeitos interagirem com o meio, com vistas à sua preparação para a tomada de consciência de seu mundo. Ela tem a finalidade de propiciar a atuação intencional no real e “transformá-lo, sempre para melhor, para um mundo e uma sociedade que permitam uma vida mais digna para o próprio homem”, como reflete Berbel (1998). Para Freire, a problematização é:

A identificação daquelas situações-limites, que estão no cerne das contradições da sociedade, e que muitas vezes se afiguram aos homens como barreiras insuperáveis (FREIRE; 1978, p. 126).

A finalidade da educação problematizadora, como orienta Freire (1978), é dar presteza à ultrapassagem da “consciência real” para a “consciência possível”, procurando o melhor caminho que possibilite exercer o seu papel de sujeito do conhecimento no processo de sua aprendizagem. Na saúde, esta tem como objetivo contribuir na troca de experiências para a percepção de distintos saberes, conferindo um sentido de integralidade ao trabalho. As contribuições da prática são, portanto, problematizadas e configuram-se uma forma de estimular o debate e a teorização, numa relação de constante diálogo educador-educando. Não se trata de um exercício de estímulo de criatividade para a resolução de problemas imediatos, mas da instigação de questionamentos reflexivos sobre as condutas profissionais cotidianas. Assim, a educação permanente em saúde é apropriada para desenvolver novas ideias no cenário das transformações para a adaptação e implementação do trabalho/cuidado prestado pela equipe multiprofissional em uma UTI.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa. Para Polit e colaboradores (2011), estudo é considerado exploratório descritivo, quando o pesquisador observa, descreve e investiga um fenômeno. Optou-se pela abordagem qualitativa, pois pode proporcionar o surgimento de aspectos subjetivos que abrem espaço para a interpretação, revelando valores que permeiam as práticas profissionais.

O estudo qualitativo permite a observação e investigação de um nível de realidade que não pode ser quantificada, pois se ocupa de um universo de significados, crenças, valores e atitudes que correspondem a um espaço mais profundo das relações e dos fenômenos que “não podem ser reduzidos à operacionalização das variáveis” (MINAYO, 2002).

3.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes da pesquisa foram 15 profissionais da equipe multiprofissional atuantes na UTI neurológica do hospital em questão. Foram incluídos no estudo os profissionais que trabalham na UTI neurológica há um período mínimo de seis meses, com experiência no cuidado ao paciente em ME e que tiveram participação efetiva no caso da gestante em ME. Não participaram da pesquisa os profissionais que estavam ausentes ou em licença no período em que a paciente esteve sob os cuidados hospitalares.

3.3 CONTEXTO DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em um hospital público, localizado na Região Metropolitana de Curitiba, na UTI neurológica para adultos. Trata-se de UTI destinada ao tratamento de pacientes neurológicos, onde a maioria destes é admitida por serem vítimas de traumatismo crânio-encefálico (TCE) ou doenças cerebrovasculares e, desta forma, muitos evoluem para ME. A unidade contém 46 leitos dispostos em área comum e cinco em área isolada, totalizando 51 leitos. A UTI disponibiliza um período para visita aos pacientes, das 14 às 15 horas. Na visita é permitida a entrada de um familiar para cada paciente e, durante este período, os familiares têm a oportunidade de conversar com os médicos e residentes de plantão, a fim de obter informações mais detalhadas sobre a evolução do paciente. A dinâmica de trabalho na unidade é intensa, principalmente no período matutino, quando é realizada a maioria dos procedimentos e exames.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DAS INFORMAÇÕES

A coleta de informações ocorreu no período entre março a junho de 2018. Primeiramente a equipe de profissionais da UTI foi convidada a participar do estudo, informada sobre o tema e objetivos. Os profissionais que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, logo após, preencheram a ficha de coleta dos dados sociodemográficos, destinada à caracterização dos entrevistados em relação a informações como idade, categoria profissional e tempo de atuação em UTI. Depois do cumprimento desta etapa as

entrevistas foram agendadas, individualmente, conforme a disponibilidade de cada participante. Os encontros ocorreram em sala reservada, da própria instituição hospitalar, sendo as entrevistas gravadas em mídia digital e, posteriormente, transcritas pela pesquisadora. O instrumento de coleta de informações continha perguntas disparadoras relativas ao objeto do estudo, isto é, a humanização da assistência em UTI de um modo geral e à paciente gestante em morte encefálica, também no contexto da UTI. As questões foram formuladas para tentar apreender dos participantes os conceitos sobre os temas; a percepção quanto à humanização na sua prática; os conhecimentos considerados como necessários à humanização da assistência na UTI; a forma de agir com humanização diante das adversidades presentes no contexto da terapia intensiva; os fatores que despertaram para a prática humanizada bem como o envolvimento com a proposta da humanização da assistência dentro da unidade.

3.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Os dados oriundos do questionário sociodemográfico foram organizados em forma de tabela a fim de traçar o perfil dos participantes. As entrevistas transcritas foram analisadas de acordo com os critérios metodológicos propostos por Minayo (2002), que compreende os seguintes passos: organização das informações coletadas por meio das questões respondidas; leitura e releitura do material, na tentativa de, constantemente, retomar o objetivo inicial do trabalho, além do contato exaustivo com os dados. Em seguida, o material foi organizado e categorizado na tentativa de alcançar a essência do texto. O processo de análise resultou em categorias, que mostraram indicativos concretos sobre como a equipe multiprofissional, atuante na UTI neurológica, opera de forma humanizada no cuidado ao paciente em morte encefálica. Por fim, o conteúdo foi desvendado e articulado com referenciais teóricos, no intuito de discutir e ampliar o conhecimento acerca do significado de humanização para os pacientes em morte encefálica. Após agrupar os depoimentos em cada categoria, foram realizadas novas leituras de cada um, procurando identificar aspectos comuns e divergentes, bem como os significados ocultos nas mensagens que permitissem fazer inferências e interpretações apoiadas no referencial teórico. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, incluindo trechos de depoimentos que ilustram cada categoria para

melhor compreensão. Os participantes foram identificados pela letra “E”, seguida de um número de 1 a 15 para garantir o anonimato.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa obedeceu aos princípios éticos e legais que regem a pesquisa em seres humanos, preconizados na Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 466/12, manifestado pela aprovação do protocolo do registro do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Pequeno Príncipe. O estudo foi iniciado somente após a aprovação do projeto pelo referido CEP, sob o número 1.814.625 apresentado no parecer consubstanciado. Os participantes assinaram o TCLE para efetivar a sua participação na pesquisa (ANEXO 1). Houve esclarecimentos para a direção da instituição e para os participantes da pesquisa que se tratava de um estudo sem qualquer efeito avaliativo institucional. Os riscos desta pesquisa foram inerentes à perda do anonimato e ao constrangimento dos participantes perante a exposição da sua atuação profissional. Para minimizar os riscos ficou assegurado que, em momento algum a identidade dos participantes seria revelada e, uma vez que os dados seriam utilizados para fins acadêmicos e, os únicos que teriam acesso a estes dados seriam os responsáveis pelo desenvolvimento da pesquisa. As entrevistas também envolveram riscos emocionais, principalmente quando relacionadas a tópicos sensíveis, pois os participantes foram convidados a contar suas histórias relacionadas ao tema em questão, e compartilhar aspectos pessoais. Nesse sentido, como medida de prevenção, foi estabelecido que os participantes pudessem se retirar do estudo a qualquer momento do estudo. Os participantes do estudo não tiveram nenhum benefício imediato. O benefício que o estudo procurou fornecer foi o de proporcionar reflexão sobre o cuidado humanizado, no ambiente de uma UTI, prestado ao paciente em ME e aos seus familiares.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com respeito à caracterização dos participantes (Tabela 1), dos 15 profissionais atuantes na UTI em questão, onze (73%) são do sexo feminino. A média de idade é de 32 anos, sendo que o participante mais novo tem 24 anos e o mais velho 51 anos. Quanto ao tempo de atuação na UTI, a maioria dos

profissionais atua há mais de cinco anos. Quanto à jornada de trabalho observa-se que a maior parte dos participantes trabalha em média 12 horas por dia, com exceção daqueles que trabalham em regime de plantão. Esta caracterização foi importante no sentido de revelar os participantes são profissionais capacitados e com experiência em cuidados intensivos.

Tabela 1 - Perfil dos participantes da pesquisa

GÊNERO	N	%
Feminino	11	73,3
Masculino	04	26,7
Total	15	100
IDADE	N	%
Entre 24 e 31	10	66,7
Entre 32 e 40	03	20,0
Entre 41 e 51	02	13,3
Total	15	100
FILHOS	N	%
Sim	04	26,7
Não	11	73,3
Total	15	100
FORMAÇÃO PROFISSIONAL	N	%
Medicina	04	26,7
Fisioterapia	02	13,3
Musicoterapia	01	6,7
Enfermagem	07	46,6
Técnico de Enfermagem	01	6,7
Total	15	100
RELIGIÃO	N	%
Católica	9	60
Espírita	02	13,3
Evangélica	04	26,7
Total	15	100
TEMPO DE ATUAÇÃO EM UTI	N	%
Entre 1 a 4 anos	07	46,7
Entre 5 a 10 anos	08	53,3
Total	15	100
JORNADA DE TRABALHO	N	%
06 horas/dia	02	13,3
10 horas/dia	04	26,7

12 horas/dia	09	60,0
Total	15	100

Fonte: a Autora, 2019.

A partir da análise das respostas, obtidas pela aplicação do questionário do instrumento de pesquisa, emergiram as seguintes categorias que serão discutidas a seguir: Humanização na UTI Neurológica; Assistência Humanizada na UTI Neurológica; Diferenças no cuidado e na rotina prestados ao paciente em Morte Encefálica; Contribuições para melhoria do cuidado ao paciente em Morte Encefálica; Cuidado à Paciente Gestante em Morte Encefálica.

Foi possível elucidar uma realidade, que transcende a própria profissão, onde o cuidado foi ampliado para os familiares que acompanharam a paciente. As falas destes profissionais foram significativas de sentido do cuidar humanizado. Desta forma, toda a equipe multiprofissional que atende pelo SUS por meio do PNH, foi ao encontro da humanização durante o período prologado de hospitalização da gestante em uma UTI, preâmbulo de sofrimento, onde as emoções têm um lugar importante no atendimento a paciente e aos familiares.

CATEGORIA 1 : HUMANIZAÇÃO NA UTI NEUROLÓGICA

Nesta categoria foi possível observar a percepção dos participantes em relação ao conceito de humanização praticado em uma UTI.

De acordo com Ceccin (2005) a formação para a EPS precisa produzir mudanças de práticas de gestão e de atenção, com necessidade de diálogo entre práticas e concepções vigentes, a fim de que a problematização aconteça no trabalho de cada equipe para aproximar os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde.

Nos últimos anos o termo humanização, bastante presente nas publicações na área da saúde, é definido como um conjunto de ações que visam a qualificação da atenção a pessoa adoecida. Possui caráter polissêmico por se referir a movimentos, conceitos, ações de diferentes origens históricas e linhas de pensamento sujeitas a várias formas de interpretação (SOUZA *et al.*, 2010; BACKES *et al.*, 2012; MONGIOVI *et al.*, 2014). Desde a década de 70, segundo Deslandes (2006), a humanização já era debatida como tema relevante nos Estados Unidos e,

no Brasil, a partir da década de 90, conforme Vaitsman e Andrade (2005), o termo passou a fazer parte do vocabulário da saúde. Inicialmente expressava um conjunto de ações que apontava o caráter impessoal e desumanizado da assistência à saúde, vindo mais tarde a transformar-se em propostas que visavam modificar as práticas assistenciais.

Percebe-se que os contornos teóricos e operacionais que designam humanização ainda não são consensuais em sua abrangência e aplicabilidade, talvez porque não esteja inteiramente demarcado, o que dificulta a formação de uma definição simples e pura (MARQUES; SOUZA, 2010). Assim, torna-se aceitável a dificuldade dos entrevistados em definir um conceito claro. Comprova-se esse fato nas falas dos profissionais, a partir dos diferentes pontos de vista expostos.

Acho que é um resgate de nos considerarmos pessoas. Para mim o conceito de humanização tem a ver com o que é mais sagrado. Meu olhar passa pela percepção de quem o outro é. Enxergar o outro e saber que ele também tem uma história, um propósito, uma trajetória que não se limita ao tempo de internamento (E 11).

Foi possível constatar que os profissionais entrevistados possuem uma compreensão aparentemente intuitiva sobre o conceito de humanização, partindo de uma perspectiva de empatia pelo usuário. A empatia é um instrumento valioso no processo de humanização, onde o indivíduo tenta se colocar no lugar do outro e passa a agir de acordo com ideais e valores, qualificando o cuidado prestado (CECÍLIO; MERHY, 2003). Os autores ao refletirem sobre a integralidade do cuidado hospitalar constataram que o paciente é visto como uma somatória de cuidados diversos, revelando uma trama de atos que configuram o fluxo, os saberes, a rotina e o processo de trabalho dentro do hospital.

A gente trata com dignidade, afetividade, com carinho; como se fosse eu no lugar. Faça para o outro o que gostaria que fizessem para você. Então se fosse minha filha, eu gostaria de ser tratada como eu espero ter tratado a paciente e sua família (E9).

Segundo Orlando (2001), no cenário de uma UTI a humanização é um processo que envolve todos os membros da equipe, implicando na responsabilidade que se estende para além das intervenções tecnológicas e farmacológicas focadas no paciente. Inclui a avaliação das necessidades dos familiares, grau de satisfação destes sobre os cuidados realizados e a preservação da integridade do paciente como ser humano. Com a internação do ente querido em uma Unidade de Terapia

Intensiva, os familiares ficam sem esperanças e deprimidos, colaborando para a falta de estrutura emocional.

[...] nós temos também que trazer a humanização frente ao familiar [...] eu vejo que tem muitos profissionais que quando há uma morte encefálica, eles só pensam em doação e acabam esquecendo que por trás disso tudo tem o familiar que está sofrendo [...] então desde o primeiro momento se trouxermos os familiares para próximo, conseguirmos dar um atendimento melhor sobre o diagnóstico e sobre o possível desenrolar dessa situação toda. E a questão da empatia sempre (E6).

Outro aspecto que aparece como indispensável na PNH (BRASIL, 2004a), e que foi bem lembrado pelos participantes neste estudo, é que o amparo não seja focado somente no paciente, mas se estenda também à sua família:

Acho que eu vejo como sendo fazer todos os cuidados que aquele paciente precisa tentando com aqueles pacientes que são acordados não fiquem tão emocionalmente abalados [...] mas também cuidando do neurológico e psicológico desse paciente [...] eu acredito que é muito mais do que cuidar só da doença, mas cuidar do paciente como um todo (E8).

A família, sendo uma extensão do paciente, precisa ser atendida em todas as necessidades. Para qualificar o atendimento aos integrantes, é fundamental reconhecer a importância da participação destes em todo o tratamento.

Assim, humanização implica em resgatar e desvelar as particularidades do ser humano como maneira de estimar o paciente, a família e a equipe de saúde, com o intuito de mudança ao cuidado humanístico. Ademais, outros estudos sinalizam benefícios trazidos pela política de humanização aos hospitais, tais como: a redução do tempo de internação, a diminuição das faltas ao trabalho, o aumento de sentimento de conforto entre pacientes, familiares e funcionários e, com isso, consequente redução das despesas em saúde (MOTA; MARTINS; VÉRAS, 2006; MARTINS, 2000).

É um processo vivencial que envolve todos os membros de uma equipe que compõe uma UTI, dando ao paciente e aos familiares um tratamento individualizado com atenção necessária que merecem como pessoas humanas (E11).

Na perspectiva de alguns dos profissionais de saúde entrevistados pôde-se perceber que o conceito de humanização se encontra mais voltado às questões relacionais do ser humano, bem como àquelas que envolvem a sensibilidade, o respeito, a empatia e a responsabilidade do/no ato de cuidar. Um aspecto abordado pelos participantes foi o fato de se ter um bom relacionamento com o paciente,

revelando capacidade para ouvir, conversar, orientar e esclarecer dúvidas a qualquer momento. Conforme citado, a humanização deve gerar um conforto para o paciente:

O meu conceito de humanização na UTI é a questão de você tratar o paciente da melhor maneira possível, isso em todos os sentidos. Desde virar o paciente, até perguntar se ele precisa tomar água, se ele tem dor, se ele não tem. Não simplesmente chegar e fazer todos os cuidados que estão prescritos no papel e não perguntar como a pessoa está no geral (E1).

Chochinov (2013), afirma que o cuidado requer competência, individualidade, emoção, solidariedade, sensibilidade e ética. Exige habilidade de comunicação e de relacionamento: empatia, escuta ativa, respeito e compaixão. Essas qualidades devem ser valorizadas e treinadas, conforme dito:

A humanização muitas vezes, não é só o cuidado físico, é também o cuidado emocional. Você deve tratar o paciente com carinho [...] não fazer os cuidados rotineiros só por fazer. Tratar o paciente como se ele fosse um familiar seu (E4).

Pacientes criticamente doentes são suscetíveis do ponto de vista físico, não apenas devido à gravidade da doença, mas também quanto aos estressores aos quais são submetidos durante sua internação (CARRESE *et al.*, 2015). Mesmo quando a cura é impossível, buscar o bem-estar deverá ser entendido como o objetivo principal. Parentes também sofrem as consequências e, em muitos casos, suas necessidades físicas e emocionais não são cobertas de maneira ideal (BELIO; VIVAR, 2011; LLAMAS-SÁNCHEZ *et al.*, 2009).

A comunicação, instrumento imprescindível para o cuidado na área da saúde, deve estar presente em todas as ações para elaborar um processo de assistência que inclua o paciente e que possibilite também a extensão do cuidado à família buscando a excelência do cuidado (CIANCIARULLO, 2003). A comunicação entre família e equipe é de extrema importância para que se consiga prestar uma assistência humanizada. Se a comunicação ocorrer de forma eficiente, será possível estabelecer um melhor plano de cuidado e conseqüentemente uma assistência de melhor qualidade (NASCIMENTO; MARTINS, 2000)

Para Tigulini e Melo (2002) o relacionamento entre equipe de saúde, paciente e família deve ter como objetivo ajudar o paciente, de forma estruturada por meio de interações planejadas, utilizando os conhecimentos da comunicação terapêutica, possibilitando a comunicação eficiente. A família tem a necessidade e o desejo de

saber sobre o estado de saúde do paciente, pois são estas informações que lhe proporcionam alívio, tornando a internação menos sofrida e ao mesmo tempo fortalecendo o vínculo terapêutico entre paciente e a equipe (LEITE; VILA, 2005).

Para Bolela e Jericó (2006) uma intervenção junto aos familiares se faz necessária, pois dá a família oportunidade para expor suas dúvidas, medos e sentimentos em relação à internação do paciente na UTI, ajudando-os a compreender a real situação do doente e da necessidade de tratamento na UTI. Para tanto é preciso garantir que as famílias se sintam apoiadas, úteis e participativas no tratamento do paciente e tenham suas dúvidas esclarecidas.

Um estudo realizado por Souza e Ferreira (2010), mostrou que as rotinas com dificuldade de flexibilização, no contexto da UTI, tornam as ações impessoais e distantes das premissas de um trabalho humanizado e integral (SOUZA; FERREIRA, 2010). O uso intensivo da tecnologia determinou que as necessidades humanas e emocionais dos pacientes, familiares e profissionais fossem impulsionadas para o segundo plano. Consequentemente observa-se uma perda de narrativa na história clínica, falha na escuta ativa às demandas do paciente e da família, e perda de vocação e engajamento de profissionais associado à falta de reconhecimento social. O ato de humanizar deve ocorrer de dentro para fora. É um compromisso pessoal, importante para melhorar o sistema de saúde, que se torna humanizado quando se coloca a serviço de todos os envolvidos: pacientes, parentes e profissionais de saúde em todos os níveis (LA CALLE *et al.*, 2017).

Um conceito fundamental a ser mencionado na humanização diz respeito às interações interpessoais. Para Ayres (2004) as interações interpessoais devem ser consideradas na compreensão das relações entre profissionais de saúde e pacientes:

Para a construção do cuidado, tão importante quanto investir na reflexão e transformação relativas às características das interações interpessoais nos atos assistenciais e a partir deles, é debruçar-se, uma vez mais e cada vez mais, sobre as raízes e significados sociais dos adoecimentos em sua condição de obstáculos coletivamente postos a projetos de felicidade humana e, de forma articulada, da disposição socialmente dada das tecnologias e serviços disponíveis para sua superação (AYRES; 2004, p.27).

Humanização, a partir deste ponto de vista, tem a ver com o de Albert Jovell:

[...] é a forma de cuidar e curar o paciente como uma pessoa, com base em evidências científicas, incorporando a dimensão da dignidade e humanidade

do atendimento ao paciente com base na confiança e empatia, e contribuindo para o seu bem-estar e os melhores resultados de saúde possíveis (JOVELL; 1999, p. 173-5).

A atual política de visitas familiares aos pacientes internados na UTI continua sendo restritiva. Essa prática não se baseia nos resultados da pesquisa, mas na crença de que isso favorece o cuidado e facilita o trabalho dos profissionais (ESCUADERO *et al.*, 2015).

Para Rilley (2014), essa restrição baseia-se, sobretudo no costume, na falta de reflexão crítica sobre seus inconvenientes e em um planejamento centrado mais nas necessidades profissionais do que nas dos pacientes e familiares. Os parentes reivindicam mais tempo e a possibilidade de combinar visitas com suas obrigações pessoais e de trabalho

A experiência de algumas unidades estimula a possibilidade de considerar outros modelos (MEERT; EGGLY, 2013). Atualmente, as evidências disponíveis sugerem que o abrandamento do rigor de horários ou o estabelecimento de "portas abertas" na UTI é possível e benéfico para pacientes, familiares e profissionais.

Embora constitua o alicerce de um amplo conjunto de iniciativas, o conceito de "humanização da assistência" ainda carece de uma definição mais clara, conformando-se mais como uma diretriz de trabalho, um movimento de parcela dos profissionais e gestores, do que um aporte teórico-prático (DESLANDES, 2004).

CATEGORIA 2: ASSISTÊNCIA HUMANIZADA NA UTI NEUROLÓGICA

Segundo o raciocínio de Ceccim (2005) a EPS pode ser orientadora das iniciativas de desenvolvimento dos profissionais e das estratégias de transformação das práticas de saúde. O autor descreve ainda:

Tomar o cotidiano como lugar aberto à revisão permanente e gerar o desconforto com os lugares "como estão/como são", deixar o conforto com as cenas "como estavam/como eram" e abrir os serviços como lugares de produção de subjetividade, tomar as relações como produção, como lugar de problematização, como abertura para a produção e não como conformação permite praticar contundentemente a Educação Permanente em Saúde (CECCIM, 2005 p.166).

Uma UTI desenvolve uma rotina complexa e habitual onde os profissionais de saúde dessa unidade de terapia intensiva exercitam uma prática assistencial que pode ser distante do toque, do ouvir e conversar com o ser humano que necessita

de atenção. Contudo, a partir do discurso dos profissionais podem-se extrair elementos que caracterizaram as definições que possuem acerca do processo de humanização na UTI neurológica e que, de certa forma, norteiam as práticas de cuidado desenvolvidas:

A assistência humanizada dentro de uma UTI neurológica é não achar que os pacientes são vegetais, porque a meu ver é isso que as pessoas pensam da parte neurológica dos pacientes, por eles não terem nível de consciência para entender o que é certo e o que é errado, então acham que tanto faz tratar o paciente bem ou mal, só porque ele não entende o que está acontecendo (E1).

Há muitos fatores que causam sofrimento e desconforto aos pacientes críticos. Pacientes sentem dor, sede, frio e calor, dificuldade em descansar devido ao excesso ruído ou iluminação, são limitados em mobilização e muitas vezes com várias restrições (ALONSO-OVIES, 2016). O controle de avaliação e dor, sedação dinâmica adequada para a condição do paciente e da prevenção e gestão de delírio agudo são peças essenciais para melhorar o conforto dos pacientes (BARR, 2013). Além das causas físicas, o sofrimento psicológico e emocional pode ser muito alto. Os pacientes experimentam sentimentos de solidão, isolamento, medo, perda de identidade, intimidade e dignidade, sentimentos de dependência, insegurança, falta de informação, incompreensão, entre outros (CUTLER, 2013).

Para La Calle *et. al* (2017) a avaliação e apoio a estas necessidades devem ser vistos como um elemento-chave da qualidade do atendimento. Garantir e promover medidas para tratar ou atenuar estes sintomas, causando o bem-estar dos pacientes, é o objetivo principal no cuidado aos que estão gravemente doentes conforme citado pelos participantes:

É você enxergar o paciente como um todo [...] você ver o paciente com humanidade, com afeto, você entender que não foi uma escolha dele estar naquele lugar, naquela situação, e você trazer além do suporte técnico que é dado dentro da profissão [...] trazer um conforto, deixar o paciente à vontade, acalmar ele, trabalhar não só o fator físico, mas também o fator emocional do paciente (E2).

Acho que eu vejo como sendo fazer todos os cuidados que aquele paciente precisa tentando com aqueles pacientes que são acordados que não fiquem tão emocionalmente abalados, pois querendo ou não eles estão em um ambiente fechado, vendo pacientes morrendo, então tentar tratar não só o corpo e as feridas, mas também o neurológico e psicológico desse paciente (E8).

De um modo geral, todas as definições atribuídas pelos participantes estão em consonância com a máxima de Oliveira *et al.*, (2006), pois é impensável que um ser humano seja tratado de uma forma diferente daquela condizente à sua natureza, ou seja, usar da nossa humanidade para cuidar da humanidade do outro.

Para Boff, a humanização é essencial para o ser humano, pois “sem cuidado, ele deixa de ser humano. Se o cuidado não existir desde o nascimento até a morte o ser - humano, desestrutura-se, definha, perde o sentido e morre” (BOFF; 2002, p. 34).

Nesse sentido, o envolvimento e apoio da família vem ao encontro dos resultados obtidos por Silveira *et al.* (2005). Os autores, com o foco na relevância da humanização na UTI neurológica e com o objetivo no compartilhamento das experiências e conhecimentos construídos na relação com pacientes, familiares e equipe de enfermagem, relataram que a família acolhida e respeitada pode contribuir muito para a recuperação do paciente. Cecílio e Merhy (2003) afirmam que o cuidado nas organizações de saúde em geral, no hospital em particular por sua natureza, é necessariamente multidisciplinar, isto é, depende da conjugação do trabalho de vários profissionais. Para Pinho e Santos (2008), uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que se entende como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores do hospital. Para profissionais da saúde o cuidado integral, é a postura adotada quando estão atentos aos cuidados diretos com os pacientes, além das necessidades psicoemocionais dele e dos familiares, assistindo em sua totalidade, atendendo solicitações, acolhendo o paciente e a família caracterizando como um cuidado humanizado:

Na UTI neurológica a questão da assistência humanizada é um pouco diferente, pois os pacientes são mais carentes, eles têm um distúrbio neurológico, ou seja, a forma de agir e de pensar deles é diferente dos demais pacientes que não são neurológicos. Então é preciso dar mais atenção, pois é um paciente que solicita muito a presença da enfermagem. São pacientes que precisam de uma atenção maior (E3).

No estudo realizado por Costa, Figueiredo e Schaurich (2009), que teve como objetivo compreender como os profissionais da enfermagem percebem a política de humanização no cenário de uma UTI Neurológica e sua importância no processo, os

resultados mostram que os profissionais acreditam que a humanização possibilita uma visão mais integral do paciente. Ainda relataram que a Humanização surge como superação do modelo cartesiano hegemônico nos serviços de saúde, onde um cuidado holístico e humanístico é estabelecido. Portanto, o objetivo do cuidado ao paciente e sua família, assistindo-os em suas todas as necessidades e dimensões, é fornecer um cuidado integral na forma de um processo de trabalho humanizado.

CATEGORIA 3: DIFERENÇAS NO CUIDADO E NA ROTINA PRESTADOS AO PACIENTE EM MORTE ENCEFÁLICA

Alguns dos entrevistados relataram não haver diferença direta nos cuidados prestados ao paciente em morte encefálica, e sim diferença em relação ao acolhimento da família e maior atenção ao caso, conforme evidenciado nas falas a seguir:

Se pegarmos a rotina, eu não considero que haja uma diferença. Na prática você tem paciente em morte encefálica, que teoricamente já está em óbito, mas até que o coração dele esteja batendo, nós precisamos seguir com a nossa rotina de atendimento (E2).

Não há diferença no cuidado prestado ao paciente em morte encefálica e os demais. Todos os pacientes devem receber os mesmos cuidados e devem ser tratados da mesma forma. Não há diferença nenhuma. Todos devem seguir o mesmo protocolo de cuidado (E4).

Segundo Ayres (2004b) a principal característica da gestão do cuidado pela escuta é a capacidade de ampliar o foco de visão, cuja centralidade não está na doença, mas na pessoa que a abriga, bem como na família. O profissional mantém uma participação ativa nas redes e movimentos sociais em todo o processo de humanização. Isso se torna possível porque o cuidado por parte da equipe de saúde depende do vínculo de confiança que consiga estabelecer por meio da escuta e do diálogo, com respeito às crenças, valores e cultura das pessoas.

Para suportar a difícil situação vivenciada o familiar necessita de orientações, e um dos momentos em que os profissionais entram em contato com a família do doente é no horário de visita, fornecendo informações e identificando às condições emocionais dos familiares (NASCIMENTO; TRENTINI. 2004).

Acho que quando o paciente entra em protocolo de morte encefálica a diferença não está relacionada ao paciente, é mais relacionada à família. Mas em questão de cuidado com o paciente é tudo da mesma maneira,

todos os cuidados que são prestados para os outros pacientes, são prestados para estes (E1).

Eu acho que o paciente em morte encefálica tem que principalmente ter a família acolhida [...] assim que a gente diagnostica [...] por mais que esteja em morte encefálica tem que manter os cuidados. Muitos pensam que porque está em morte encefálica tem que restringir os cuidados; não dar alimentação; não lutar pelo paciente. Eu acho que é como qualquer outro paciente tem que dar o atendimento. Infelizmente escutamos muito: ah, está em morte encefálica [...] se fizer parada cardíaca não vamos massagear. Infelizmente ainda temos muitas melhorias a serem feitas. Em relação à família, acolher mais. E prestar ainda mais um atendimento ao paciente: higiene, cuidado, movimentação, mudança de decúbito, como qualquer outro paciente que estivesse ali e não em morte encefálica (E5).

Em discordância das falas apresentadas anteriormente, alguns participantes alegaram que há sim diferença nos cuidados prestados ao paciente em morte encefálica:

Há diferença sim. Eu acho que quando ocorre a morte encefálica a gente tem que abraçar ainda mais a causa por conta dos familiares [...] por mais que isso já tenha há bastante tempo, as famílias ainda não têm o conhecimento então é difícil para a família entender que o familiar está morto [...] é difícil ela entrar aqui na UTI, vê o coração batendo vê a pressão do paciente vê que está fazendo o movimento respiratório que é o respirador que faz [...] para o familiar é muito difícil entender (E5).

Os cuidados prestados a pacientes em morte encefálica são diferentes não de um modo integral. O que difere o paciente em morte encefálica a ter um atendimento diferenciado, os olhos serem voltados diferentes a esse paciente é a medida como deve ser feita a manutenção dos órgãos se for um potencial doador né [...] eu acredito que o atendimento a paciente com morte encefálica é diferencial e deve ser diferencial principalmente com a família que tem certa dificuldade em um primeiro momento em entender (E6).

Dois participantes citaram o que vem em concordância com o estudo de Soares (2014), que afirma que a UTI possui uma organização e rotina distintas dos demais setores do hospital. É destinada aos pacientes críticos que necessitam de assistência e monitoramento constantes, oferecidos através de uma equipe multidisciplinar especializada e equipamentos de alta tecnologia:

É realmente muito mais difícil, pois principalmente depois de um tempo era um organismo que tendia a instabilidade hemodinâmica. Então era uma atenção dobrada a cada distúrbio que podia acontecer, pois era um organismo instável nutrindo dois outros organismos em formação. Então realmente foi muito mais difícil por conta dessa instabilidade. A qualquer momento poderia surgir alguma alteração. Então a tensão era realmente maior (E13).

Existe uma equipe preparada para explicar para a família todas as etapas dos testes que são feitos para fechar o diagnóstico de ME e ainda é dado todo um suporte psicológico ao passar essa informação. Enquanto que com os outros pacientes acaba que o fato deles não mudarem muito o quadro clínico drasticamente de um dia para o outro, acaba se tornando uma

passagem sobre a evolução como se fosse algo corriqueiro e nem sempre a família está preparada para receber as informações. Mas não existe um cuidado multidisciplinar no sentido de cuidar dessa família desse paciente (E14).

CATEGORIA 4: CUIDADO À PACIENTE GESTANTE EM MORTE ENCEFÁLICA

Pelas falas dos participantes, a rotina de cuidado à paciente gestante em morte encefálica não foi muito diferente da rotina para com pacientes que não estão nesta mesma condição. Mas foi possível observar cuidados especiais como a utilização de roupa de cama totalmente esterilizada e a atenção despendida tanto para a mãe em morte encefálica quanto para os fetos devido às alterações que este quadro gera ao corpo. Por meio das falas a seguir podemos constatar claramente isso:

Uma das coisas diferenciadas era usar as roupas de cama esterilizadas. O controle da glicemia dela que era bem rigoroso. Os cuidados de mudança de decúbito. Devemos fazer com todos os pacientes, mas com ela era bem rígido; tanto é que ela teve uma única lesão por pressão no calcâneo, logo no início da internação. E depois até o final ela não teve nenhuma lesão por pressão. Outro diferencial que teve, a gente escolheu um único técnico para cuidar dela, outros pacientes nunca tiveram isso. A gente escolheu aquele que achávamos ter um conhecimento maior e cuidado maior, para poder cuidar dela. No plantão diurno um único técnico cuidava dela (E7).

A atitude exposta na fala do participante pode ser comparada ao entendimento de Berbel (2011), a qual entende que o processo de aprender é baseado em metodologias ativas, utilizando experiências reais ou simuladas, embasadas no princípio da autonomia do educando (BERBEL, 2011).

Eu sempre começava o atendimento por ela para não correr o risco de ir a outro leito e depois voltar para ela. Em alguns momentos eu tinha um pouco de insegurança de fazer algumas manobras que são corriqueiras da fisioterapia e trazer um prejuízo funcional, alguma alteração para os bebês. Mas de um modo geral eu tinha esse olhar para ela diferenciado nesse sentido, porém na prática as técnicas que eu usava eram basicamente as mesmas de um paciente nas condições dela seja por morte encefálica, ou seja, um paciente sedado, entubado, que é o que a gente chama de paciente crítico (E2).

Pode-se inferir que a EP em saúde se manifesta como possibilidade de inovação em prática educativa. Visa modificar as estratégias educativas nas quais o processo de trabalho é revalorizado como centro privilegiado da aprendizagem e o profissional como ator reflexivo e construtor de saber, incorporando o ensino-aprendizagem na rotina dos serviços em saúde (GIGANTE; CAMPOS, 2016).

A aprendizagem significativa é outro conceito que se torna importante neste contexto, na qual o conhecimento é construído levando em consideração aquele previamente aprendido, de forma que faça sentido nas condutas diárias (CARDOSO *et al.*, 2017). Esse tipo de aprendizagem ocorre quando aprender uma novidade faz sentido para o “aprendiz”. Geralmente isso acontece quando a novidade responde a uma pergunta nossa e/ou quando o conhecimento novo é construído a partir de uma ligação com o que já sabíamos anteriormente. Diferentemente da aprendizagem mecânica, em que retemos conteúdos, na aprendizagem significativa acumulamos e renovamos experiências (BRASIL,2005).

Tínhamos que pensar na paciente e nas crianças, o que era melhor para eles. A rotina basicamente era como dos outros pacientes: mudança de decúbito, hidratação de pele, medicação, sinais vitais. Porém, tinha aquela questão que tinham duas vidas dentro de uma paciente que não tinha mais expectativa de vida. Uma paciente que não poderia ter lesão por pressão de maneira nenhuma e que com o passar do tempo a mudança de decúbito se tornou complicada devido ao tamanho da barriga. A paciente recebia um cuidado como um paciente da UTI, mas pela questão dos bebês tinha que pensar também o que favorecia e o que era benéfico para eles (E4).

Na concepção da EP, os profissionais são sujeitos reflexivos de suas práticas e não apenas receptores de conhecimento. Assim, podem construir conhecimento e buscar alternativas para as dificuldades encontradas nos cotidianos do trabalho (BRASIL, 2004).

A minha rotina era com os cuidados integrais [...] sempre ficava um técnico fixo com ela para não ter transmissão de infecção cruzada ou até mesmo para que ela não contraísse nenhum tipo de bactéria [...] os materiais utilizados para ela eram todos estéreis desde o lençol, fronha, toalha [...] vinham lacrados de autoclave (E5).

A maioria dos procedimentos acontecia nos plantões diurnos, então na época eu tinha dois vínculos e estava presente todos os dias. Então eu sempre punccionava novo acesso para pressão arterial média e via com o médico os dias para poder trocar o acesso central. Eu sempre estava olhando a técnica de enfermagem para ver se ela estava fazendo tudo certinho, tendo cuidado com infecção hospitalar (E7).

Quando iniciado o processo de morte encefálica ocorrem mudanças no organismo. Os cuidados iniciais envolvem avaliação das prescrições medicamentosas relativas ao quadro neurológico; mudança de decúbito, evitando úlceras por pressão; e elevação da cabeceira a 30 graus. Além disso, deve ser realizada aspiração, a fim de fluidificar secreções pulmonares; avaliação periódica dos acessos, como cateteres; e mensuração dos sinais vitais em período de 24 horas (PASSOS, 2014). Em algumas falas, explicitamente ou implicitamente, os

participantes citaram a importância da empatia. A empatia, também chamada de percepção ou sensibilidade social, é fundamental ao processo de comunicação, mas como base das relações interpessoais nem sempre é racional, objetiva ou mesmo consciente. Algumas pessoas têm empatia como dom natural e outras podem desenvolvê-la com a experiência de vida. No relacionamento interpessoal, o grau de empatia reinante pode variar grandemente e é influenciado por três fatores básicos: o observador, que é aquele que percebe e procura compreender; o observado, que é aquele que está sendo percebido; o ambiente, que são as condições sociais onde a dinâmica de percepção ocorre (AMIB, 2004).

Trabalhar com paciente em morte encefálica em si já é muito difícil [...] não digo na questão dos cuidados, mas sim na questão psicológica mesmo dos profissionais da área da saúde, porque a gente trabalha também em frente aos familiares, [...] acredito que foi mais difícil nessa questão, de ver a família não aceitando a situação, esperando ver um milagre. Essa questão faz com que a gente trabalhe mais a humanização e ainda a empatia, porque nós temos que nos colocar no lugar dos outros, e eu sempre procurava me colocar no lugar da mãe dela, da forma como a mãe dela gostaria de chegar e ver a filha (E6).

Outro diferencial relatado foi o horário de visita dos familiares para esta paciente, conforme exposto na fala a seguir:

Era liberada visita, eles faziam acompanhamento, tinham um horário especial de visita, foram colocados técnicos de enfermagem fixos para cuidar da gestante para que se criasse um vínculo cuidando com um carinho maior (E8).

Pinho e Santos (2008), revelam que mesmo existindo uma política institucional que determina rotinas de horários para visitantes na UTI, há uma flexibilidade em relação a essas rotinas fortalecendo as relações interpessoais e contribuindo para reforçar os vínculos. Souza e Ferreira (2010), afirmam que algumas das situações e dos impasses dentro do processo de trabalho, demonstram a necessidade de mudança na organização das rotinas em nível de gestão da instituição. Para que isso ocorra necessita da participação dos profissionais para padronizar ações e legitimar rotinas construídas ao longo dos anos. Autores corroboram com o exposto em que as rotinas com dificuldade de flexibilização tornam o trabalho realizado, no contexto da UTI, em ações impessoais e distantes das premissas de um trabalho humanizado e integral (SOUZA; FERREIRA, 2010; COSTA; FIGUEIREDO; SCHAURICH, 2009; PINHO; SANTOS, 2008; LAMEGO; DESLANDES; MOREIRA, 2005). No sentido da prática de humanização a paciente

também recebia acompanhamento diário da equipe de capelania, que era responsável pelo trabalho de musicoterapia:

Ela tinha acompanhamento com a equipe da capelania todos os dias; tinha musicoterapia para os bebês; o acolhimento da família, explicar que aquela paciente já estava em morte encefálica e que estávamos tentando manter ali aquela gestação, e tudo isso foi passado para a família (E8).

Fé e ciência podem dialogar. Espiritualidade e saúde devem conversar. Mas até então eu não tinha tido um caso em que eu pude intervir terapeuticamente falando com a musicoterapia. Pelo menos uma vez por semana fazíamos uma atuação no momento do ultrassom. Pudemos observar o que acontecia: a influência do som para que os bebês se movimentassem. A gente via vida. Ela sobrepujava (E11).

Quando se pensa na possibilidade do uso da música no contexto da enfermagem, de modo a sustentar suas influências positivas, é preciso que se possa refletir sobre o seu uso consciente de forma a manter uma atitude ética relacionada ao respeito à autonomia do paciente ou de seus familiares em desejar a presença da música no espaço terapêutico, sua escolha em determinados momentos e circunstâncias, bem como o seu gosto musical (BERGOLD; ALVIM; CABRAL, 2006).

As instituições de saúde já reconhecem o valor social e terapêutico da arte aplicada à medicina. A tendência de incluí-la entre as atividades hospitalares é crescente. Muitas formas de expressão artísticas têm sido desenvolvidas em hospitais, como pintura, teatro, literatura e música (FERREIRA; REMEDI; LIMA, 2006).

Na enfermagem, a utilização da música de forma terapêutica se iniciou com Florence Nightingale, seguida, anos mais tarde, por Isa Maud Ilsen e Harryet Seymor no cuidado aos feridos das I e II Guerras Mundial. Tendo em vista, principalmente, a redução do estresse e da ansiedade, passou a ser utilizada em diversas situações clínicas e no controle da dor (LEÃO; SILVA, 2004). Corroborando com esta ideia Aguiar (2012) observou-se que a musicoterapia contribui para harmonizar o ambiente, além da imprescindível necessidade de controle de ruídos, redução da luminosidade e manutenção da temperatura. Com estes cuidados há promoção de um ambiente agradável e, acima de tudo, mais humano (AGUIAR, 2012).

Ainda com relação às práticas que caracterizam a humanização Farias *et al.* (2013) observaram que promover bem-estar diz respeito a comunicação adequada com os familiares, diálogo com o paciente e musicoterapia.

Outra questão que pôde ser observada nas falas de alguns participantes foi em relação ao intenso acompanhamento e cuidado a paciente em questão:

Era um esforço contínuo, acompanhando todos os dias e várias vezes ao dia exames laboratoriais, avaliando o funcionamento orgânico da paciente, avaliando diariamente o desenvolvimento, o crescimento dos fetos. Então todos os dias, a equipe da UTI se reunia para avaliar cada possível alteração que estivesse tendo pensando em prevenir cada alteração que pudesse surgir. Então cada dia a mais era um desafio vencido (E13).

No meu caso, como eu era da parte da radiologia, eu me deslocava até a UTI, nunca podia atender essa paciente sozinha, pois exigia todo um cuidado dos técnicos de enfermagem e das outras equipes. Qualquer instabilidade clínica era necessária uma nova ecografia para manter os fetos vivos. Então era um cuidado realmente intensivo (E14).

A manutenção hemodinâmica na morte encefálica é essencial para a viabilidade de uma possível doação de órgãos, e é responsabilidade da enfermagem realizar o controle desses dados hemodinâmicos. Portanto, para garantir o manuseio adequado do potencial doador e fundamental o conhecimento acerca de todos os aspectos da ME por parte da equipe multidisciplinar envolvida (AGNOLO *et al.*, 2010; GUETTI; MARQUES, 2008).

A ME é um processo complexo que pode causar múltiplos efeitos deletérios no organismo, sendo necessário que se tenha um amplo conhecimento destas possíveis complicações (SILVA; SILVA; RAMOS, 2010).

CATEGORIA 5: CONTRIBUIÇÕES PARA MELHORIA DO CUIDADO AO PACIENTE EM MORTE ENCEFÁLICA

Segundo normativa da EP, a capacitação das equipes e as tecnologias a serem empregadas carecem de ser definidas a partir das observações dos problemas cotidianos e que precisam ser resolvidos para que os serviços prestados tenham qualidade e haja contentamento dos usuários. Logo, todo o processo de trabalho das equipes deve ter como objetivo:

[...] que a educação deve servir para preencher as lacunas e transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho. Para tanto, não basta apenas transmitir novos conhecimentos para os profissionais, pois o acúmulo de saberes técnicos é apenas um dos aspectos para a transformação das práticas, e não o seu foco central. A formação e o desenvolvimento dos trabalhadores também têm que envolver os aspectos pessoais, os valores e as ideias que cada profissional tem sobre o SUS (BRASIL, 2005, p.13).

Evidenciou-se no discurso de alguns participantes, que os mesmos reconhecem a necessidade de ampliar o cuidado em saúde, ou seja, a necessidade de superar a visão biologista de compreender e promover a saúde. Reconhecem que o cuidado em saúde percorre o caminho do diálogo e estabelece vínculos, isto é, perpassa as demandas do próprio usuário, conforme algumas falas:

Não tratar o paciente como uma pessoa morta, porque acontece muito isso. Independente disso e até a família entender todo esse processo, acho que o paciente tem que ser tratado da melhor maneira possível em cuidados, mudança de decúbito, aspiração, troca de curativos, banho, tudo. Não somente em pacientes que estão em teoria vivos (E1).

Você manter um olhar humanizado para o paciente, você entender que o fato do paciente estar em morte encefálica não tira algumas responsabilidades do profissional. A rotina deve ser seguida para todos os pacientes (E2).

Um dos profissionais relatou haver a necessidade de treinamento para os profissionais, abordando indiretamente o tema Educação Permanente, para que possam realizar o trabalho de uma forma mais qualificada:

Eu acredito que o protocolo da UTI em que eu trabalho é bem completo. Eu acredito que poderia ter treinamento para os profissionais das UTI's destacando o que é a ME, como funciona, como é o protocolo. De resto, eu acredito que não há diferença entre um paciente lúcido, entubado e um em ME. O tratamento deve ser igual para todos e é o que eu sempre falo: cada paciente que está ali deve ser tratado como se fosse uma pessoa da sua família (E4).

A EP é apontada como aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar são incorporados ao cotidiano das organizações e ao processo de trabalho. Uma política de educação permanente possui o desafio de constituir um eixo transformador, uma estratégia mobilizadora de recursos e poderes e em recurso estruturante do fortalecimento do SUS (BRASIL, 2004a).

A capacitação permanente necessita considerar os trabalhadores como sujeitos de um processo de construção social de saberes e práticas, preparando-os para serem sujeitos dos seus próprios processos de formação ao longo de toda a sua vida. A capacitação precisará refletir o processo de trabalho, sendo realizada de preferência no próprio trabalho, avaliada e monitorada pelos participantes (BRASIL, 2004a).

As novas políticas de saúde tendem a fortalecer as práticas de promoção da saúde pela integralidade, bem como melhorar a autonomia dos sujeitos na produção da saúde (NUNES *et al.*, 2008). Para tal, requer a formação de um profissional

capaz de aprender a trabalhar em equipe; ciente com a realidade social; apto a promover o cuidado em saúde de forma ampla e contextualizada e crítico. Assim, é preciso formar bons profissionais, capazes de ser criativos no pensar, no sentir, no querer e no atuar (BRASIL, 2005). Não obstante, as discussões acerca da Humanização e EP terem ganhado destaque, principalmente na literatura nacional, seus conceitos e contextualizações devem ser discutidos sempre que empregados, uma vez que possibilitam diferentes interpretações (GOULART; CHIARI, 2010).

Reconhece-se que a falta de condições técnicas, seja de capacitação e/ou de materiais, podem contribuir para a mecanização, bem como na qualidade do cuidado em saúde. Tais condições contribuem para a desumanização, na medida em que os profissionais de saúde e usuários não se relacionam de maneira adequada, piorando uma situação que já é precária (OLIVEIRA, COLLET e VIERA, 2006).

Em face da crescente mecanização das práticas de saúde é de suma importância que se promova a educação permanente dos profissionais de saúde, a fim de qualificar o cuidado que se presta à população que busca atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS). Tal mecanização já é percebida em diferentes locais nos serviços de saúde, o que leva os profissionais desta área a repensar suas práticas para as questões ligadas ao cuidado que prestado (BRASIL, 2004a).

Atualmente, o Ministério da Saúde propõe um programa de educação permanente em saúde num contexto que visa à transformação do processo de trabalho orientado para a melhoria da qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde. Parte, portanto, da reflexão sobre o que está acontecendo no serviço e sobre o que precisa ser transformado.

Ainda, cabe citar o conceito de educação proposto por Saupe:

[...] a educação é caracterizada como produção, incorporação, reelaboração, aplicação de testagem de conhecimentos e tecnologias, através de um processo multidimensional de confronto de perspectivas e prioridades, efetivado na relação dialógica e participativa entre os diferentes saberes dos sujeitos sociais, negociando entre as partes envolvidas no ensino e aprendizagem, promovendo a cooperação, a solidariedade, a troca, a superação da realidade existente, para construção da realidade almejada, possível ou utópica. Os espaços de interação desta educação incluem a vida cotidiana, a educação formal e informal, o preparo para o trabalho, a organização e controle social, a cultura e o lazer (SAUPE; 1998, p.68).

Para alcançar a educação proposta por Saupe e colaboradores (1998), que se assemelha a educação permanente, há necessidade de se desenvolver um

pensamento complexo, que, segundo Morin (2002), é aquele capaz de considerar todas as influências recebidas, internas e externas, tendo como fundamento a ampliação do saber. Trata-se de um pensamento que não separa, mas une e busca as relações necessárias e interdependentes de todos os aspectos da vida humana. Se o pensamento for fragmentado, reducionista e mutilador, as ações também serão, tornando o conhecimento cada vez mais simplista e simplificador. É preciso romper com a ideia de um saber parcelado, acreditando-se na incompletude de todo conhecimento.

No sentido de não tornar fragmentado o serviço prestado, alguns participantes ressaltaram o papel da equipe multidisciplinar como contribuição do cuidado do paciente com ME:

Uma das boas contribuições que deve ser ressaltada foi que a gente conseguiu mantê-la por um período grande e conseguiu que ela passasse nutrientes para o feto. Eu destaco o trabalho da nutrição, e também da infectologia no sentido de cuidar e minimizar os efeitos nocivos dos antibióticos, pois a infecção dentro de uma UTI acaba sendo inevitável por um período tão prolongado que a paciente permaneceu, mas foi muito positivo, pois a gente percebeu que os fetos acabaram nascendo sem nenhuma seqüela e ainda em um peso aceitável sendo prematuros (E14).

Eu acredito que foi um trabalho multidisciplinar e foi isso que levou ao sucesso. Então o que eu destaco de contribuição foi a atenção de cada profissional, de cada área envolvida. Porque era cada um fazendo tudo que podia, fazendo o seu máximo, de tudo que tinha de conhecimento, de estudo, pra levar a gestação adiante da paciente e salvar as vidas que estavam só no começo. Então o que eu destaco mesmo é a atenção da equipe, a multidisciplinaridade com a paciente (E13).

Cecílio e Merhy (2003) afirmam que o cuidado nas organizações de saúde em geral, particularmente no hospital por sua natureza, é necessariamente multidisciplinar, isto é, depende da conjugação do trabalho de vários profissionais. Assim, uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que se entende como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores do hospital. Em 2010, Souza e Ferreira relatam que o cuidado integral, como uma forma de assistência está relacionado ao atendimento resultante do conhecimento e da prática das várias categorias profissionais atuantes na produção de cuidados em saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo da pesquisa foi alcançado, pois foi possível apreender como a equipe multidisciplinar atua no cuidado humanizado, em uma UTI neurológica, frente aos pacientes que ali se encontram assim como no caso especial de uma gestante diagnosticada com morte encefálica. Toda a equipe envolvida mostrou preocupação em humanizar o cuidado prestado, não somente aos pacientes como também aos familiares.

A realização deste estudo possibilitou uma aproximação com a Política de Humanização do SUS, prestado em uma UTI, assim como evidenciou a estreita necessidade da educação permanente para o enfrentamento de uma situação fora do habitual como a descrita nesta pesquisa. A equipe multiprofissional relatou que o cuidado humanizado está pautado na apreensão do verdadeiro significado do cuidado humano e não apenas na técnica. A atividade profissional individual associada a uma equipe competente transcende barreiras para que a comunicação seja efetiva, adequada e constitua um fator impactante na humanização do cuidado em unidades críticas.

Ao analisar a humanização em uma UTI ficou evidente que é pertinente compreender que a mudança de cultura é um processo amplo e demorado que pode trazer benefícios para muitos. Entretanto, deve acontecer com uma construção coletiva juntamente com gestão participativa. A humanização não deve ser algo a ser aprendido, e sim deve partir de forma natural dos profissionais da saúde visto que, só assim, pode ser uma ponte para novos caminhos.

A limitação da pesquisa se deu pelo fato da ME no período gestacional ser rara e, desta forma, há poucos estudos publicados que abordam tal tema. Nas falas dos participantes foi possível perceber as dificuldades encontradas no atendimento que perdurou por 123 dias. Como o caso é incomum suscita a necessidade de um protocolo específico onde o cuidado humanizado, a gestante e seus familiares, é imperativo e envolve valores pessoais.

Como um dos objetivos deste estudo foi proposto um Plano de Educação Permanente em Saúde (apêndice 2), com foco na Humanização em UTI, envolvendo a equipe multiprofissional com a provocação de troca de saberes, para o fortalecimento de ações que impactem no atendimento humanizado ao paciente e seus familiares, conforme consta abaixo:

PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE- HUMANIZAÇÃO EM UTI

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma ferramenta da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) voltada para a análise crítica do trabalho. Está ligada às relações que acontecem no cotidiano do trabalho e permite identificar a potência dos movimentos gerados pelos (as) trabalhadores (as) para transformar e melhorar processos e práticas seja na gestão, na atenção, na formação ou no controle social da saúde.

Ao explorar, de maneira contextualizada, um problema no cotidiano de uma dada instituição, há a percepção de sua complexidade e a necessidade de intervenções planejadas. A EPS pode ser orientadora das iniciativas de progresso dos profissionais e das estratégias de mudança das práticas de saúde. (CECCIM, 2005).

A EPS demanda a formação de um profissional crítico, capaz de aprender a trabalhar em equipe, informado com a realidade social e capaz a promover o cuidado em saúde de forma ampla e contextualizada. Neste entendimento, é preciso formar não apenas bons técnicos, mas também bons profissionais, capazes de ser criativos no pensar, no sentir, no querer e no atuar, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

A partir de um estudo exploratório descritivo e qualitativo realizou-se entrevistas semiestruturadas com roteiro previamente elaborado, para a coleta de informação, com os profissionais de nível superior de diferentes formações, responsáveis pelo atendimento em uma UTI neurológica. Buscou-se um levantamento, junto aos profissionais envolvidos, acerca do conhecimento sobre a Humanização na UTI. Os resultados apontaram a necessidade de EPS abordando a Humanização, assim como houve insegurança quanto ao papel dos profissionais no atendimento de uma situação única até então não vivenciada na UTI neurológica, ou seja, gestante em morte encefálica. Para se efetivar o plano de EPS do estudo em questão foi detectado que é necessário fomentar o trabalho interdisciplinar, a partir da formação de um Grupo de Trabalho (GT), fortalecer a equipe multiprofissional da UTI assim como buscar o apoio por parte da chefia, para respaldo nas ações a serem desenvolvidas em prol da efetivação do Plano de EPS.

Justifica-se a elaboração de grupos de trabalho (GT) e de um Plano de EPS com foco para Humanização em UTI, uma vez que a execução destas atividades

poderá contribuir para a organização dos processos de trabalho e de EPS nos serviços repercutindo mesmo que de forma indireta, na situação de saúde do usuário e de seus familiares. Para tanto se propõe a utilização da problematização da realidade para a busca uma solução para mudá-la, transformá-la ou superá-la, com possibilidade do desenvolvimento do raciocínio reflexivo e crítico para indicar as ações de educação.

- Favorecer a construção da compreensão ampliada das necessidades encontradas no cotidiano dos profissionais de saúde quanto a Humanização em UTI.
- Servir como um fórum e ponto de encontro para os profissionais de saúde na discussão da temática Humanização na Saúde.
- Incentivar o treinamento em habilidades de Humanização.
- Humanizar a terapia intensiva.

METODOLOGIA

Seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde (2005) a EPS parte do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos). Sugere que a transformação das práticas no dia-a-dia do serviço deve estar fundamentada na reflexão crítica sobre a realidade vivenciada pelos profissionais atuantes e, assim, a qualificação dos trabalhadores da saúde deve ser estruturada a partir da problematização do seu processo de trabalho. De acordo com Ceccim e Feuerwerker (2004) esses espaços concretos permitem a escuta, circulação de informações, elaboração e tomada de decisões.

Em concordância com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) a aplicação de Ações Educativas com o uso de Metodologias Ativas possibilita a interação entre os sujeitos e entre estes e a realidade. A seguir são listadas algumas Ações Educativas que poderão ser utilizadas para a discussão da temática Humanização em UTI:

- Trabalho em Grupo: oportuniza a troca de conhecimento; orientado para resolução de um problema pontual ou questões emergentes. Pode ser visto como uma atividade em si ou uma ação que constitui uma iniciativa maior, como por exemplo, um workshop.

- Rodas de Conversa: reuniões com o intuito de promover o diálogo, produzindo conhecimento de forma coletiva e sem hierarquias (horizontalmente) com base nas experiências dos sujeitos. As rodas podem abordar variados temas, desde a realidade do serviço até especificidades sobre determinados agravos. É importante envolver a equipe, usuários e/ou outros atores no planejamento e realização das rodas de conversa.

- Oficinas Temáticas: encontros que se destinam a elaboração e produção de materiais pedagógicos, informativos ou técnicos, que possam auxiliar para o enfrentamento coletivo de um determinado problema ou carência do território.

- Oficinas Pedagógicas: podem ser aplicadas para a formação de multiplicadores (gestores, profissionais da saúde e usuários), com a intenção de que contribuam com ações voltadas à Humanização. As oficinas devem abordar estratégias pedagógicas e didáticas para que esses atores possam participar das ações previstas, e não somente conteúdos técnicos. Existe a possibilidade de serem presenciais, semipresenciais ou à distância.

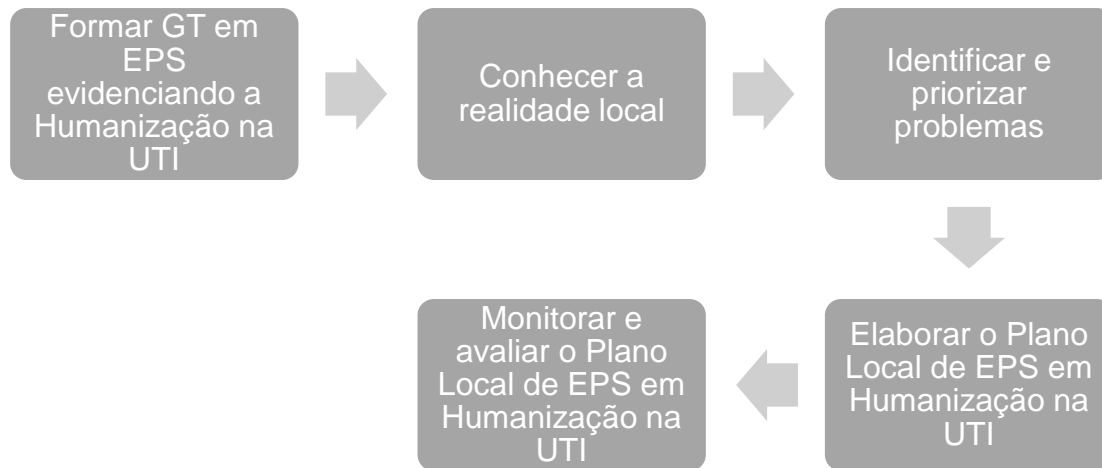
- Exposição Dialogada: possibilita a interação entre os participantes. Para isso é importante que o(a) expositor(a)/facilitador(a) estimule, através de questões disparadoras, exemplos de situações, debate crítico sobre o tema abordado, etc.

- Sessão Interativa: baseada na apresentação de casos para impulsionar a discussão sobre uma temática definida com um grupo determinado. O caso precisa ser breve e objetivo, sendo que ao final deve ser exposto um problema cuja solução será escolhida a partir de resposta de múltipla escolha.

- Reuniões Técnico Científicas: encontros com a intenção de atualização técnica ou produção de documentos, diretrizes, consensos; em que são debatidas temáticas de cunho científico.

EPS COM FOCO NA HUMANIZAÇÃO EM UTI

Nos moldes do Ministério da Saúde (Brasil, 2017) foi construído o Passo a Passo para a elaboração do Plano Local de Educação Permanente em Saúde para a Humanização em UTI:



Fonte: a Autora, 2019.

O passo inicial para a construção e implementação do Plano de EPS é a formação de um GT. Inicialmente devem-se identificar as pessoas chave, responsáveis nos serviços de saúde, para contribuir nessa construção. Em seguida devem-se identificar as maiores necessidades de qualificação contínua dos profissionais de saúde no quesito Humanização, levando em conta o público atendido e a realidade local.

Uma vez identificado os problemas, bem como seus determinantes e consequências, torna-se possível pensar ações educativas necessárias que contribuam para superar e atingir a situação desejada. Para tanto, é importante construir um plano de educação permanente em saúde, no sentido de definir e orientar estratégias e ações para o alcance do(s) objetivo(s) pretendido(s).

Para a elaboração do Plano de Educação Permanente em Saúde propõe-se utilizar estratégias educativas para que haja aprendizagem significativa, ou seja, considerar os conhecimentos e experiências prévias dos sujeitos, atribuindo

significado aos novos conhecimentos a serem adquiridos. Para tanto devem ser adotados os métodos ativos de aprendizagem que tomam a realidade vivida como ponto de partida e chegada, buscando o desenvolvimento de potencialidades individuais e coletivas que fortaleçam compromissos com o aprimoramento dos processos de trabalho.

Por fim, como quinto passo, proceder com o monitoramento das metas, indicadores e resultados de Plano de Educação Permanente em Humanização, a fim de contribuir para a reorientação e readequação de Plano de Educação Permanente em questão.

6 REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. S. C; MARIANO, M. R; ALMEIDA, L. S; CARDOSO, M. V. L. M. L; PAGLIUCA, L. M. F; REBOUÇAS, C. B. de A. Percepção do enfermeiro sobre promoção da saúde na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. esc. Enferm**, São Paulo, v.46, n.2, p.428-435, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a22v46n2.pdf>

AGNOLO, C. M. D; FREITAS, R. de A.; ALMEIDA, D. F. de; LANJONI, V. P; OLIVEIRA, M. L. F. de. Morte encefálica: assistência de enfermagem. **JBT J BrasTranspl**, v. 13, n. 1, p. 1258-1262, jan/mar. 2010. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Ricardo_Felix/publication/236247968_Post-renal_transplantation_Polyomavirus_infection_A_case_report/links/02e7e51772f48a335000000.pdf#page=38

ALONSO-OVIES, A.; LA CALLE, G. A branch of hell? **Intensive care medicine**, v. 42, n. 4, p. 591-592, 2016. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00134-015-4023-7>

ALTAFIN, J. A. M; GRION, C. M. C; TANITA, M. T; FESTTI, J.; CARDOSO, L. T. Q.; VEIGA, C. F. F.; KAMIJI, D.; BARBOSA, A.; MATSUBARA, C. C. T.; LARA, A. B.; LOPES, C. C. B; DJAVANI, B.; MATSUO, T. Nursing Activities Score e carga de trabalho em unidade de terapia intensiva de hospital universitário. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 26, n. 3, p. 292-8, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v26n3/0103-507X-rbti-26-03-0292.pdf>

ANTUNES, S. M de O.; QUEIROZ, M. de S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 1, p. 207-215, 2007. Disponível : <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v23n1/21.pdf>

Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). **Humanização em Cuidados Intensivos**. Editora Revinter, Rio de Janeiro, 117p. 2004.

AYRES, J. R. de C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, v. 8, n. 14, p.73-92, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n14/v8n14a04.pdf>

AYRES, J.R. de C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. In **Saúde e Sociedade-Integralidade, Humanização e Cuidado em Saúde**. Faculdade de Saúde Pública e Associação de Saúde Pública, v.13, n. 3, p. 16-29, 2004b. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/03.pdf>

BACKES, M. T. S.; BACKES, D. S.; ERDMANN, A. L. Relações e interações no ambiente de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 5, p.679-85, 2012. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n5/06.pdf>

BARR, J.; FRASER, G. L.; PUNTILLO, K.; ELY, E. W.; GÉLINAS, C.; DASTA, J. F.; DAVIDSON, J. E.; DEVLIN, J. W.; KRESS, J. P.; JOFFE, A. M.; COURSIN, D. B.; HERR, D. L.; TUNG, A.; ROBINSON, B. R.; FONTAINE, D. K.; RAMSAY, M. A.;

RIKER, R. R.; SESSLER, C. N.; PUN, B.; SKROBIK, Y.; JAESCHKE, R. American College of Critical Care Medicine. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the Intensive Care Unit: executive summary. **Am J Health Syst Pharm.**, v. 70, n. 1, p.53-8, 2013. Disponível em: http://www.ajhp.org/content/70/1/53?etoc=&utm_source=buffer&buffer_share=30f83&sso-checked=true

BELIO, P. M. I; VIVAR, C. G. Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. **Enfermería intensiva**, v. 23, n.2, p. 51-67, 2012. Disponível em: <https://www.cun.es/investigacion/publicaciones-cientificas/necesidades-de-la-familia-en-las-unidades-de-cuidados-intensivos.-revison-de-la-literatura>

BERBEL, N. A. N. A problematização baseada em problemas: são diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, n. 2, p.139-54, fev. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v2n2/08.pdf>

BERBEL, N. A. N. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, 2011. Disponível em: http://www.proiac.uff.br/sites/default/files/documentos/berbel_2011.pdf

BERGAMIN, M. D; PRADO, C. Problematização do trabalho em equipe em enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 134-37, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a21.pdf>

BERGOLD, B. B.; ALVIM, N. A. T.; CABRAL, I. E. O lugar da música no espaço do cuidado terapêutico: sensibilizando enfermeiros com a dinâmica musical. **Texto Contexto Enferm.**, v.15, n. 2, p. 262-9, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a09v15n2.pdf>

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra**. 8 ed. São Paulo: Vozes, 2002. Disponível em: <http://www.profdoni.pro.br/home/images/sampled/2015/livros/sabercuidar.pdf>

BOLELA, F.; JERICÓ, M. de C. Unidades de terapia intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. Esc. **Anna Nery Rev. Enferm**, v. 10, n.2, p. 301-309, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n2/a19v10n2.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**, Brasília, 2004a, p.20. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor**. Brasília, 2004b, p.14. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: Pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer** -2.Ed., Brasília, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_entra_na_roda.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Resolução - RDC nº 7. **Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências**. Brasília: ANVISA; 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html

BOEMER, M. R, ROSSI L. R.; NASTARI, R.R. **A ideia de morte em unidade de terapia intensiva - análise de depoimentos**. Rev Gaúcha de Enfermagem. v. 10, n. 2, p. 8-14, 1989. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3930/43007>

CAETANO, J. A.; SOARES, E.; ANDRADE. L. M.; PONTE, R. M. da. Cuidado humanizado em terapia intensiva: um estudo reflexivo. **In Esc. Anna Nery**, vol.11, n.2, p. 325-330, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a22.pdf>

CAMPOS, G. W. de S. **"Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida?"** (2005): 398-400. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a16.pdf>.

CARDOSO, P.R. **Humanização em Terapia Intensiva: um estudo compreensivo com os profissionais que assistem crianças**. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2001.

CARDOSO, I. M. Rodas de educação permanente na atenção básica de saúde: analisando contribuições. **Rev Saude soc**, v. 21, n. 1, p. 18-28, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/02.pdf>

CARDOSO, M. L. D. M., COSTA, P. P., COSTA, D. M., XAVIER, C., & SOUZA, R. M. P. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22, p. 1489-1500, 2017.

CARRESE, J.; FORBES, L.; BRANYON, E.; ABOUMATAR, H.; GELLER, G.; BEACH, M.C.; SUGARMAN, J. Observations of respect and dignity in the intensive care unit. **Narrative inquiry in bioethics**, v. 5, n. 1, p. 43-53, 2015. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.827.4626&rep=rep1&type=pdf>

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Rev. Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005. Disponível em:

<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaoopermanente.pdf>

CECÍLIO, L. C.O.; MERHY; E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO R, MATTOS RA, organizadores. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro, p. 197-210. 2003. Disponível em: http://www.iqg.com.br/pbsp/img_up/01317818578.pdf

CIANCIARULLO, T. I. **Instrumentos básicos para o cuidar – um desafio para a qualidade da assistência**. 1ª ed. São Paulo: Atheneu; Cienc CRA-PR, v. 2, n. 2, p. 31-47, 2003.

CINTRA, E. A.; MACIEL-JUNIOR, J. A.; ARAÚJO, S.; CASTRO, M. de; MARTINS, E. F. Vasopressina e Morte Encefálica. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 58, n. 1, p. 181-187, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v58n1/1278.pdf>

CHOCHINOV, H. M. Dignity in care: time to take action. **Journal of pain and symptom management**, v. 46, n. 5, p. 756-759, 2013. Disponível em: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(13\)00452-1/pdf](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(13)00452-1/pdf)

COHEN, C.; FERRAZ, F. C. **Direitos humanos ou ética das relações**. In: SEGRE, M.; COHEN, C. organizadores. Bioética. São Paulo (SP): EDUSP; 1995. p. 37-50.

COHN, L. Barriers and values in the nurse/client relationship. **J Assoc Rehabil Nurs** 1978; III: 3-8 apud SOUZA, Raquel Pusch. Humanização da UTI. In: DAVID, C. M. (org). Medicina intensiva. 1º ed. Rio de Janeiro: Revinter. 2004. Cap. 5. p. 41-51.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução 2.173/17**: atualiza os critérios para definição da morte encefálica. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27333:2017-12-15-13-07-00&catid=3. Acesso 02 julho 2018.

COSTA, M. J. C. Atuação do enfermeiro na equipe multiprofissional. **Rev. Bras. Enferm**, v. 31, n. 3, p. 321-339, 1978. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v31n3/0034-7167-reben-31-03-0321.pdf>

COSTA, S.C; FIGUEIREDO, M.R.B.; SCHAURICH, D. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. **Interface**, Botucatu, v. 13, s. 1, p. 571-580, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a09v13s1.pdf>

CUTLER, L. R.; HAYTER, M.; RYAN, T. A critical review and synthesis of qualitative research on patient experiences of critical illness. **Intensive Crit Care Nurs**, v. 29, n. 3, p. 147-57, 2013. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339712001292?via%3Dihub>

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino aprendizagem por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de

Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-788, maio/jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/15.pdf>

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232004000100002&script=sci_arttext&tlng=pt

DESLANDES, S. F. O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. **Interface – Comunic Saude Educ**, v. 9, n. 17, p. 401-3, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a17.pdf>

DESLANDES, S. F. Revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: Deslandes SF, organizadora. **Humanização dos cuidados em saúde conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000400312.

DIAS, C. F. C.; FONSECA, G. G. P. da; PARCIANELLO, M. K.; GEHLEN, M. H. Situação de abortamento: uma compreensão ética e humanizada do cuidado de enfermagem. **Disciplinarum Scientia**, v. 14, n. 1, p. 23-30, 2013. Disponível em: <https://www.periodicos.unifra.br/index.php/disciplinarumS/article/viewFile/1028/972>

ESCUADERO, D.; MARTÍN, L.; VIÑA, L.; QUINDÓS, B.; ESPINA, M.J.; FORCELLEDO, L.; LOPES-AMOR, L.; GARCIA-ARIAS, B; DEL BUSTO, C; SIMA, S. de; FERNÁNDEZ, R. Política de visitas, diseño y confortabilidad en las unidades de cuidados intensivos española. **Rev Calid Asist**, v. 30, n. 5, p. 243-50, 2015. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5189030>

ESMAEILZADEH, M. M.; DICTUS, C. C.; KAYVANPOUR, E. E. One life ends, another begins: Management of a brain-dead pregnant mother - A systematic review -**BMC Medicine**, v. 8, p. 74, 2010. Disponível em: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-8-74>

FARIAS, F. B. B de; VIDAL, L. L.; FARIAS, R. A. R; JESUS, A. C. P. de. Cuidado humanizado em UTI: desafios na visão dos profissionais de saúde. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 635-642, 2013. Disponível em: <https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/54961/ssoar-revpesquisa-2013-4-farias-et-al-humanized-care-in-the-ICU.pdf?sequence=1>

FERREIRA, C. C. M.; REMEDI, P. P.; LIMA, R. A. G. L. A música como recurso no cuidado à criança hospitalizada: uma intervenção possível? **Rev Bras Enferm.**, v. 59, n. 5, p. 689-93, 2006. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/250052773_A_musica_como_recurso_no_cuidado_a_crianca_hospitalizada_uma_intervencao_possivel

FORTES, P. A. C.; MARTINS, C. L. **A ética, a humanização e a saúde da família**. R. Bras. Enferm. Brasília, v. 53, n. especial, p. 31-33, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672000000700005

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

G1 Paraná. **Com morte cerebral, jovem é mantida viva no Paraná para dar à luz a gêmeos** [Internet] 22/02/2017. [citado 03 Jul 2018]. Disponível em:

<http://g1.globo.com/pr/parana/noticia/2017/02/com-morte-cerebral-jovem-e-mantida-viva-no-parana-para-dar-luz-gemeos.html>

GIGANTE, R. L.; CAMPOS, G. W. S. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.14 n.3, p.747- 763, set./dez., 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v14n3/1678-1007-tes-14-03-0747.pdf>

GONÇALVES, L. A.; PADILHA, K. G. Fatores associados à carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 4, p. 645-52, 2007. Disponível em:

<https://pdfs.semanticscholar.org/899d/7c00350bf4d2a669688bf3a4a70923fff7fb.pdf>

GOULART, B. N. G.; CHIARI, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde- contribuições para reflexão. **Ciênc e Saúde Colet**, v. 15, n. 1, p. 255-268, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000100031&script=sci_abstract&tlng=pt

GUETTI, N. R.; MARQUES, I. R. Assistência de enfermagem ao potencial doador de órgãos em morte encefálica. **Rev Bras Enferm**, v. 61, n.1, p. 91-7, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n1/14.pdf>

HADDAD, J.; ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M. C. Proceso de trabajo y educacion permanente de personal de salud: reorientacion y tendencias en America Latina. **Educacion Médica y Salud**, v. 24, n. 2, p. 136-204, abr/jun 1990. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=PAHO&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=16642&indexSearch=ID>

HADDAD, J. Q.; ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M. C. (Ed.). **Educación permanente de personal de salud**. Washington, vol.100, OPS/OMS, 1994.

JOOST, A. B.; PLOEG, R. J. Effects of brain death on donor viability. **Curr Opin Organ Transplant**, v. 6, p. 75-82, 2001. Disponível em: https://journals.lww.com/co-transplantation/Abstract/2001/03000/Effects_of_brain_death_on_donor_organ_viability.14.aspx

JOVELL, A. J. Medicina basada en la afectividad. **Med Clin (Barc)**, v.113, n. 5, p. 173-5, 1999. Disponível em: <http://europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articulold=157700>

KALISCH, B. J. An experiment in the development of empathy in nursing students. **Nurs Res**, v. 20, p. 202-211, 1971. Disponível em: https://journals.lww.com/nursingresearchonline/citation/1971/05000/an_experiment_in_the_development_of_empathy_in.3.aspx

LA CALLE, G. H.; OVIÉS, A. A.; TELLO, V. G. A plan for improving the humanisation of intensive care units. **Intensive care medicine**, v. 43, n. 4, p. 547-549, 2017. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00134-017-4705-4>

LAMEGO, D. T. C.; DESLANDES, S. F.; MOREIRA, M. E. L. Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, set. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2005.v10n3/669-675/pt/>

LLAMAS-SÁNCHEZ, F., et al. Needs of the families in a Critical Care Unit. **Enfermeria intensiva**, v. 20, n. 2, p. 50-57, 2009. Disponível em: <https://europepmc.org/abstract/med/19558932>

LEÃO, E. R.; SILVA, M. J. P. Música e dor crônica músculoesquelética: o potencial evocativo de imagens mentais. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 235-44, 2004. Disponível em: <https://www.ingentaconnect.com/content/doi/01041169/2004/00000012/00000002/art00018>

LEITE, M. A.; VILA, V. S. C. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional: unidade de terapia intensiva. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 145-50, abr. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000200003&script=sci_abstract

LIBÂNIO, J. C. **Didática**. São Paulo, Cortez, 2003.

LOPES, S. R. S.; PIOVESAN, E. T. A.; MELO, L. O.; PEREIRA, M. F. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Comum. Ciências Saúde**, v.18, n.2, p. 147-55, 2007. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-484725>

MACHADO-CURBELO, C. ¿Defendemos una Visión Encefálica de la Muerte? **Rev Neurol**, v. 35, n. 4, p. 387-96, 2002. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/289519402_Defendemos_una_vision_encefalica_de_la_Muerte

MARQUES, I. R.; SOUZA, A. R. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. **Rev Bras Enf**, v. 63, n. 1, p. 141-4, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a24>

MARTINS, J. J. **O Cotidiano de Trabalho de Enfermagem em UTI: prazer e sofrimento?** [dissertação]. Florianópolis (SC): Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina; 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672002000500025

MEERT, K. L.; CLARK, J.; EGGLEY, S. Family-centered care in the pediatric intensive care unit. **Pediatr Clin North Am**, v. 60, n. 3, p. 761-72, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23639667>

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes; 2002.

MOLLARET, P.; GOULON, M. Le coma dépassé. **Rev Neurol** (Paris), v. 101, p. 3-15, 1959. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14423403>

MONGIOVI, V. G.; ANJOS, R. C. C. B. L.; SOARES, S. B. H.; LAGO-FALCÃO, T. M. I. Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. **Rev Bras Enferm**, v. 67, n. 2, p. 306-311, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0306.pdf>

MORIN E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez/UNESCO; 2002.

MOTA, R. A.; MARTINS, C. G. M.; VÉRAS, R. M. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Psicologia em Estudo**, v. 11, n. 2, p. 323-330, 2006. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722006000200011&script=sci_abstract&tlng=pt

NASCIMENTO, E. R. P.; MARTIN, J. J. Reflexões acerca do trabalho da enfermagem em UTI e a relação deste com o indivíduo hospitalizado e sua família. **Nursing**, 2000; 3(29):26-30. (edição brasileira)

NASCIMENTO, E. R. P.; TRENTINI, M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.12, n. 2, p. 250-257, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000200015&script=sci_abstract&tlng=pt

NORA, C. R. D.; JUNGES, J. R. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p. 1186-1200, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n6/0034-8910-rsp-47-06-01186.pdf>

NUNES, M. F.; PEREIRA, M. F.; ALVES, R. T.; LELES, C. R. A proposta da educação permanente em saúde na formação de cirurgiões-dentistas em DST/HIV/Aids. **Comunicação saúde e educação**, v. 12, n. 25, p. 413-420, 2008. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1801/180114105015.pdf>

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIERA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 277-284, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000200019&script=sci_abstract&tlng=pt

ORLANDO, J.M.C. **UTI: Muito além da técnica... a humanização e a arte do intensivismo**. 6ª ed. São Paulo (SP): Atheneu; 2001.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Sistema Estadual de Transplantes. **Manual para Notificação, Diagnóstico de Morte Encefálica e**

Manutenção do Potencial Doador de Órgãos e Tecidos, Curitiba: SESA/SGS/CET, 2016. 52 p.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F.; MEIER, M. J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev. Esc Enferm USP**. São Paulo (SP), v. 41, n. 3, p. 478-84, 2007. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/742.pdf>

PASSOS, I. M. S.; FIGUEIREDO, J. B. V.; MENEZES, M. O.; SILVA, D. P.; OLIVEIRA, D. M. L. Manutenção hemodinâmica na morte encefálica: revisão literária. **Cadernos de Graduação Ciências biológicas e da saúde**. [acesso 25 out 2018] v. 2, n. 1, p. 73-86, 2014. Disponível: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/1339>

PEDUZZI, M.; NORMAN, I. J.; GERMANI, A. C. C. G.; SILVA, J. A. M.; SOUZA, G. C. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. esc. enferm da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0080-62342013000400977&lng=pt&nrm=iso&tlng=en

PINHO, L. B.; SANTOS, S. M. A. Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, mar. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342008000100009&script=sci_abstract&tlng=pt

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática de Enfermagem**. Artmed, 7ª ed., p 669. Porto Alegre. 2011.

POWNER, D.; BERNSTEIN, I. M. Extended somatic support for pregnant women after brain death. **Crit Care Med**, v. 31, n. 4, p. 1241-9, 2003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12682499>

PURIN, N.; PURI, V.; DELLINGER, R. P. History of technology in the intensive care unit. **Crit Care Clin**, v. 25, n. 1, p. 185-200, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19268802>

RESOLUÇÃO Nº 2.173, DE 23 DE NOVEMBRO DE 2017. Conselho Federal de Medicina. Publicado em: 15/12/2017, ed. 240, seção 1, p. 50-275. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171205/19140504-resolucao-do-conselho-federal-de-medicina-2173-2017.pdf>

RILEY, B. H.; WHITE, J.; GRAHAM, S.; ALEXANDROV, A. Traditional/restrictive vs patient-centered intensive care unit visitation: perceptions of patients' family members, physicians, and nurses. **Am J Crit Care**, v. 23, n. 4, p. 316-24, 2014. Disponível em: <http://ajcc.aacnjournals.org/content/23/4/316.long>

RODRIGUES, A. C. S.; VIEIRA, G. L. C.; TORRES, H. C. A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em diabetes mellitus. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 44, n. 2, p. 531-7, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/41.pdf>

ROSE, L. Interprofessional collaboration in the ICU: how to define? **Nurs Crit Care**, v. 16, n. 1, p. 5-10, 2011. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1478-5153.2010.00398.x>

SALICIO, D. M. B.; GAIVA, M. A. M. O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 03, p. 370-376, 2006. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/pdf/v8n3a08.pdf

SALLUM, A. M. C; ROSSATO, L. M.; SILVA, S. F. Morte encefálica em criança: subsídio para a prática clínica. **Rev. bras. enferm**, v. 64, n. 3, p. 600-604, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000300028&script=sci_abstract&tlng=pt

SANTOS-FILHO, S. B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cienc. Saúde Colet.**, v.12, n. 4, p. 999-1010, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/18.pdf>

SAUPE, R.; BRITO, V. H.; GIORGI, M. D. M. Utilizando as concepções do educador Paulo Freire no pensar e agir da enfermagem. In: Saupe R, organizadora. **Educação em Enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção**. Florianópolis: UFSC; 1998. p. 306.

SILVA, L. D. **Cuidados ao paciente crítico: fundamentos para a enfermagem**. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Cultura Médica; 2003.

SILVA, JRF; SILVA, MHM; RAMOS; VP. Familiaridade dos profissionais de saúde sobre os critérios de diagnósticos de morte encefálica. **Enfermagem em Foco**, v. 1, n. 3, 2010, p. 102-107. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/1339>.

SILVEIRA, R. S; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D.; OLIVEIRA, A. M. N. Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na uti. **Texto contexto-enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. spe, p. 125-130, ISSN 0104-0707, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-07072005000500016&script=sci_abstract&tlng=pt

SOARES, L. G.; REIS, M. R.; SOARES, L. G. Humanização na UTI – dificuldades encontradas para sua implementação uma revisão integrativa. **Voos Revista Polidisciplinar Eletrônica da Faculdade Guairacá**, v. 6, n. 1, 2014. Disponível em: <http://www.revistavoos.com.br/seer/index.php/voos/article/viewArticle/263>

SOUZA, J. P.; OLIVEIRA-NETO, A.; SURITA, F. G.; CECATTI, J. G.; AMARAL, E.; SILVA, J. L. P. The prolongation of somatic support in a pregnant woman with brain-death: a case report. **Reproductive Health**, v. 3, n. 3, p. 1-4, 2006. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-4755-3-3>

SOUZA, K. M. O; FERREIRA, S. D. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 471-80, mar. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000200024&script=sci_abstract&tlng=pt

TIGULINI, R. S.; MELO, M. R. A. C. A comunicação entre enfermeiro, família e paciente crítico. **Simp. Bras. Comum. Enferm**, v. 12, n. 2, 2002. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000052002000200047&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

VAITSMAN J. A.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsabilidade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Cien Saude Colet**, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0405/pdfs/IS25\(4\)107.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0405/pdfs/IS25(4)107.pdf)

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**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, abr. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692002000200003&script=sci_abstract&tlng=pt

APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

PERFIL DO ENTREVISTADO

PERFIL DO ENTREVISTADO
Gênero () feminino () masculino
Estado civil () solteiro () casado () viúvo () divorciado
Tem filhos? () não () sim se sim, quantos? _____
Data de nascimento: ___/___/_____
Religião:
Formação:
Instituição:
Ano de conclusão:
Tem pós-graduação? () não () sim se sim, qual?
Instituição:
Ano de conclusão:
Tempo de atuação na profissão:
Tempo de atuação na UTI:
Outros locais de trabalho:
Jornada de trabalho?

ENTREVISTA

1. Qual o seu conceito de humanização em uma UTI?
2. Você considera que há diferença no cuidado prestado ao paciente com morte encefálica e os outros pacientes que se encontram internados em UTIs? Se sim, quais são essas diferenças?
3. Como você vê a assistência humanizada na UTI neurológica?

4. Como foi a sua rotina no cuidado a paciente gestante e com morte encefálica?
5. Como é cuidar de uma paciente em morte encefálica que, ao mesmo tempo, se encontra em período gestacional? É possível fazer isso de forma humanizada?
6. Você, como profissional da saúde habituado a lidar com as mais diferentes situações, teve muitas dificuldades em cuidar da paciente? Quais foram?
7. Quais as contribuições que você destaca para melhoria do cuidado ao paciente em morte encefálica?

APÊNDICE 2 - PLANO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE- HUMANIZAÇÃO EM UTI

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma ferramenta da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) voltada para a análise crítica do trabalho. Está ligada às relações que acontecem no cotidiano do trabalho e permite identificar a potência dos movimentos gerados pelos (as) trabalhadores (as) para transformar e melhorar processos e práticas seja na gestão, na atenção, na formação ou no controle social da saúde.

Ao explorar, de maneira contextualizada, um problema no cotidiano de uma dada instituição, há a percepção de sua complexidade e a necessidade de intervenções planejadas. A EPS pode ser orientadora das iniciativas de progresso dos profissionais e das estratégias de mudança das práticas de saúde. (CECCIM, 2005).

A EPS demanda a formação de um profissional crítico, capaz de aprender a trabalhar em equipe, informado com a realidade social e capaz a promover o cuidado em saúde de forma ampla e contextualizada. Neste entendimento, é preciso formar não apenas bons técnicos, mas também bons profissionais, capazes de ser criativos no pensar, no sentir, no querer e no atuar, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

A partir de um estudo exploratório descritivo e qualitativo realizou-se entrevistas semiestruturadas com roteiro previamente elaborado, para a coleta de informação, com os profissionais de nível superior de diferentes formações, responsáveis pelo atendimento em uma TUI neurológica. Buscou-se um levantamento, junto aos profissionais envolvidos, acerca do conhecimento sobre a Humanização na UTI. Os resultados apontaram a necessidade de EPS abordando a Humanização, assim como houve insegurança quanto ao papel dos profissionais no atendimento de uma situação única até então não vivenciada na UTI neurológica, ou seja, gestante em morte encefálica. Para se efetivar o plano de EPS do estudo em questão foi detectado que é necessário fomentar o trabalho interdisciplinar, a partir da formação de um Grupo de Trabalho (GT), fortalecer a equipe multiprofissional da UTI assim como buscar o apoio por parte da chefia, para respaldo nas ações a serem desenvolvidas em prol da efetivação do Plano de EPS.

Justifica-se a elaboração de grupos de trabalho (GT) e de um Plano de EPS com foco para Humanização em UTI, uma vez que a execução destas atividades poderá contribuir para a organização dos processos de trabalho e de EPS nos serviços repercutindo mesmo que de forma indireta, na situação de saúde do usuário e de seus familiares. Para tanto se propõe a utilização da problematização da realidade para a busca uma solução para mudá-la, transformá-la ou superá-la, com possibilidade do desenvolvimento do raciocínio reflexivo e crítico para indicar as ações de educação.

- Favorecer a construção da compreensão ampliada das necessidades encontradas no cotidiano dos profissionais de saúde quanto a Humanização em UTI.
- Servir como um fórum e ponto de encontro para os profissionais de saúde na discussão da temática Humanização na Saúde.
- Incentivar o treinamento em habilidades de Humanização.
- Humanizar a terapia intensiva.

METODOLOGIA

Seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde (2005) a EPS parte do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos). Sugere que a transformação das práticas no dia-a-dia do serviço deve estar fundamentada na reflexão crítica sobre a realidade vivenciada pelos profissionais atuantes e, assim, a qualificação dos trabalhadores da saúde deve ser estruturada a partir da problematização do seu processo de trabalho. De acordo com Ceccim e Feuerwerker (2004) esses espaços concretos permitem a escuta, circulação de informações, elaboração e tomada de decisões.

Em concordância com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) a aplicação de Ações Educativas com o uso de Metodologias Ativas possibilita a interação entre os sujeitos e entre estes e a realidade. A seguir são listadas algumas Ações Educativas que poderão ser utilizadas para a discussão da temática Humanização em TUI:

- Trabalho em Grupo: oportuniza a troca de conhecimento; orientado para resolução

de um problema pontual ou questões emergentes. Pode ser visto como uma atividade em si ou uma ação que constitui uma iniciativa maior, como por exemplo, um workshop.

- Rodas de Conversa: reuniões com o intuito de promover o diálogo, produzindo conhecimento de forma coletiva e sem hierarquias (horizontalmente) com base nas experiências dos sujeitos. As rodas podem abordar variados temas, desde a realidade do serviço até especificidades sobre determinados agravos. É importante envolver a equipe, usuários e/ou outros atores no planejamento e realização das rodas de conversa.

- Oficinas Temáticas: encontros que se destinam a elaboração e produção de materiais pedagógicos, informativos ou técnicos, que possam auxiliar para o enfrentamento coletivo de um determinado problema ou carência do território.

- Oficinas Pedagógicas: podem ser aplicadas para a formação de multiplicadores (gestores, profissionais da saúde e usuários), com a intenção de que contribuam com ações voltadas à Humanização. As oficinas devem abordar estratégias pedagógicas e didáticas para que esses atores possam participar das ações previstas, e não somente conteúdos técnicos. Existe a possibilidade de serem presenciais, semipresenciais ou à distância.

- Exposição Dialogada: possibilita a interação entre os participantes. Para isso é importante que o(a) expositor(a)/facilitador(a) estimule, através de questões disparadoras, exemplos de situações, debate crítico sobre o tema abordado, etc.

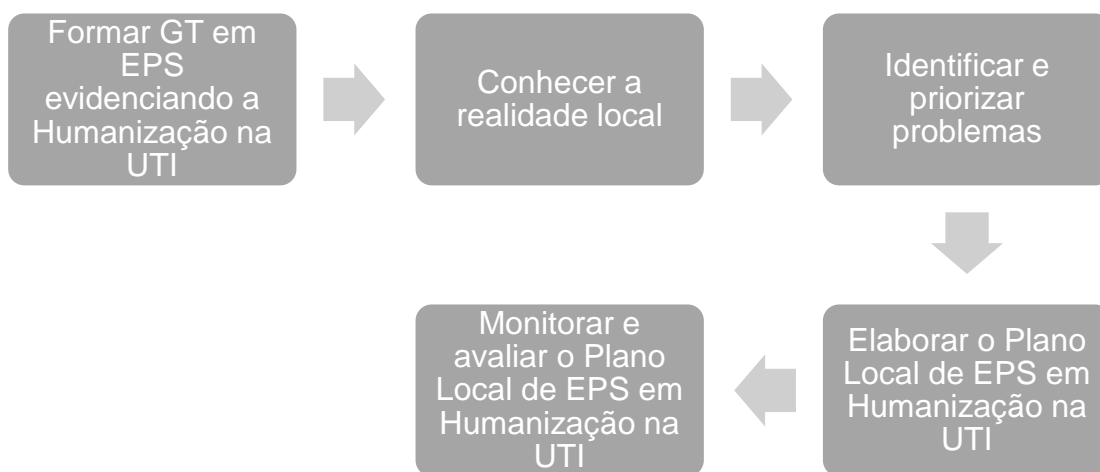
- Sessão Interativa: baseada na apresentação de casos para impulsionar a discussão sobre uma temática definida com um grupo determinado. O caso precisa ser breve e objetivo, sendo que ao final deve ser exposto um problema cuja solução será escolhida a partir de resposta de múltipla escolha.

- Reuniões Técnico Científicas: encontros com a intenção de atualização técnica ou produção de documentos, diretrizes, consensos; em que são debatidas temáticas de

cunho científico.

EPS COM FOCO NA HUMANIZAÇÃO EM UTI

Nos moldes do Ministério da Saúde (Brasil, 2017) foi construído o Passo a Passo para a elaboração do Plano Local de Educação Permanente em Saúde para a Humanização em UTI:



Fonte: a Autora, 2019.

O passo inicial para a construção e implementação do Plano de EPS é a formação de um GT. Inicialmente devem-se identificar as pessoas chave, responsáveis nos serviços de saúde, para contribuir nessa construção. Em seguida devem-se identificar as maiores necessidades de qualificação contínua dos profissionais de saúde no quesito Humanização, levando em conta o público atendido e a realidade local.

Uma vez identificado os problemas, bem como seus determinantes e consequências, torna-se possível pensar ações educativas necessárias que contribuam para superar e atingir a situação desejada. Para tanto, é importante construir um plano de educação permanente em saúde, no sentido de definir e

orientar estratégias e ações para o alcance do(s) objetivo(s) pretendido(s).

Para a elaboração do Plano de Educação Permanente em Saúde propõe-se utilizar estratégias educativas para que haja aprendizagem significativa, ou seja, considerar os conhecimentos e experiências prévias dos sujeitos, atribuindo significado aos novos conhecimentos a serem adquiridos. Para tanto devem ser adotados os métodos ativos de aprendizagem que tomam a realidade vivida como ponto de partida e chegada, buscando o desenvolvimento de potencialidades individuais e coletivas que fortaleçam compromissos com o aprimoramento dos processos de trabalho.

Por fim, como quinto passo, proceder com o monitoramento das metas, indicadores e resultados de Plano de Educação Permanente em Humanização, a fim de contribuir para a reorientação e readequação de Plano de Educação Permanente em questão.

PERSPECTIVAS DE TRABALHO

A literatura demonstra que a metodologia é de extrema importância para o desenvolvimento da EPS, isto é, deve ser de forma participativa e dinâmica ao mesmo tempo em que promove a aplicação do conhecimento construído (SILVA, OGATA, MACHADO, 2007). Assim, tem-se como perspectiva a implantação de um Plano de EPS com fortalecimento do trabalho em equipe no contexto da realidade local. Considerando a pluralidade de saberes de uma equipe multiprofissional há a necessidade da constituição de um GT que promova a troca de saberes, para o fortalecimento de ações que impactem do atendimento humanizado ao paciente. Uma equipe empoderada e incentivada terá papel decisivo para superar a rotina de trabalho com a produção de respostas conjuntas, contextualizadas e eficazes para as demandas do trabalho. Portanto, permanece a provocação de formar um GT com a equipe multidisciplinar, inicialmente como um trabalho interno, e posterior implantação do Plano de EPS como descrito por Ceccim (2005): um desafio ambicioso e necessário.

REFERÊNCIAS

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, LC. M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. Physis. v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde - conceitos e caminhos a percorrer**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_entra_na_roda.pdf

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cinco passos para a elaboração de Plano de Educação Permanente em Saúde para as IST, HIV/AIDS e hepatites virais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/cinco_passos_para_a_prevencao_combinada_ao_hiv_na_67335%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/cinco_passos_para_a_prevencao_combinada_ao_hiv_na_67335%20(1).pdf)

SILVA, J. A. M.; OGATA, M. N.; MACHADO, M. L. T. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. **Rev. Eletr. Enf.**; v. 9 n. 2 p. 389-01. 2007. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2_a08.htm.

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a participar de um estudo denominado “CUIDADO HUMANIZADO E SUPORTE SOMÁTICO FRENTE A UMA PACIENTE GESTANTE COM DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA: UM ESTUDO DE CASO”, cujo objetivo e justificativas são: Identificar como a equipe multidisciplinar atua no cuidado humanizado frente a uma paciente gestante com diagnóstico de morte encefálica em uma UTI. A motivação deste trabalho surgiu a partir de um grande desafio profissional e humano, para manter uma paciente gestante em suporte somático, após o diagnóstico de morte encefálica, para permitir o desenvolvimento e sobrevivência dos bebês ainda em vida intrauterina pelo tempo que fosse necessário.

Sua participação no referido estudo será no sentido de participar de uma entrevista em profundidade, individualizada e gravada respondendo questões abertas relativas aos objetivos do estudo. Assim, haverá a intenção de entender a percepção dos profissionais de saúde no cuidado ao paciente em ME.

A pesquisa que será realizada poderá apresentar benefício, tal como proporcionar ferramentas que possam ampliar a humanização no cuidado prestado ao paciente internado em uma UTI.

Por outro lado, poderá apresentar riscos como perda do anonimato e constrangimento perante a exposição da sua atuação profissional. Para minimizar os riscos ficará assegurado que, em momento algum, a sua identidade será revelada. Os dados serão codificados e os únicos que terão acesso a estes dados serão as responsáveis pelo desenvolvimento da pesquisa as quais se comprometem em manter o sigilo necessário.

Sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome, qualquer dado/informação a seu respeito, ou ainda, qualquer elemento que possa de qualquer forma lhe identificar, será mantido em sigilo. Poderá se recusar a participar do estudo ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar. Se optar por se retirar da pesquisa não sofrerá qualquer prejuízo, caso esteja recebendo algum tipo de assistência.

Será garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que queira saber antes, durante e depois da sua participação na pesquisa.

Não haverá nenhum valor econômico a receber ou a pagar por sua participação. Caso tenha qualquer despesa decorrente da sua participação na pesquisa, haverá ressarcimento na forma de depósito bancário em conta corrente. Caso haja algum dano decorrente da sua participação no estudo, será devidamente indenizado nas formas da lei.

As pesquisadoras envolvidas com o referido projeto são: Gabrielle Ribeiro Ducci, Mestranda pela Faculdade Pequeno Príncipe, e Maria Cecilia Da Lozzo Garbelini professora

da Faculdades Pequeno Príncipe, com as quais poderá manter contato pelo telefone (41) 99944-9737. Se tiver dúvidas referentes ao projeto de pesquisa poderá manter contato com o Comitê de Ética pelo número (41) 3310-1512.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdades Pequeno Príncipe – CEP/FPP sob o parecer nº: _____

Tendo sido orientado(a) quanto ao teor de tudo o que aqui foi mencionado, se compreendeu a natureza e o objetivo do estudo e se deseja participar do mesmo manifeste seu consentimento.

- Sim, li e me foi esclarecido todo o conteúdo do termo acima. Além disso, estou recebendo uma cópia deste termo, assinado pelo pesquisador.

(Nome e RG do participante)

(Assinatura do(a) participante da pesquisa)

Declaro que obtive de forma apropriada o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante de pesquisa, representante legal ou assistente legal para a participação neste estudo, e atesto veracidade nas informações contidas neste documento de acordo resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

(Nome do pesquisador responsável)

(Assinatura do(a) pesquisador responsável)

Curitiba, _____ de _____ de 2018

ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUIÇÃO



Autorização DT 001/2017

Campo Largo, 20 de setembro de 2017

Ao Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Pequeno Príncipe
Prezada Professora Ms. Leide da Conceição Sanches
MD Coordenadora

Eu, Samir Ale Bark, Diretor Técnico do Hospital do Rocio, venho por meio desta informar que estou ciente e de acordo com a realização do projeto de pesquisa intitulado **"CUIDADO HUMANIZADO E SUPORTE SOMÁTICO FRENTE A UMA PACIENTE GESTANTE COM DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA: UM ESTUDO DE CASO"** firmado sob a responsabilidade da pesquisadora Gabrielle Ribeiro Ducci, sob a orientação da Prof.ª Dr.ª. Maria Cecília Da Lozzo Garbelini.

As pesquisadoras responsáveis declaram estar cientes das normas que envolvem as pesquisas com seres humanos, em especial a Resolução CNS nº 466/2012 e que a parte referente à coleta de dados somente será iniciada após a aprovação do projeto de pesquisa por este Comitê.



Dr. Samir Ale Bark
Diretor Técnico

ANEXO C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO COORDENADOR DA UTI NEUROLÓGICA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA UTI NEUROLÓGICA

Ao Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Pequeno Príncipe
Prezada Professora Ms. Leide da Conceição Sanches
MD Coordenadora

Eu, DALTON LUIZ RIVABEM JR
responsável pela UTI Neurológica (UTI Verde) do Hospital do Rocio, venho por meio desta informar que estou ciente e de acordo com a realização do projeto de pesquisa intitulado: "**CUIDADO HUMANIZADO E SUPORTE SOMÁTICO FRENTE A UMA PACIENTE GESTANTE COM DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA: UM ESTUDO DE CASO**", firmado sob a responsabilidade da pesquisadora Gabrielle Ribeiro Ducci, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a. Maria Cecilia Da Lozzo Garbelini, a ser realizado nesta instituição no período de outubro a novembro de 2017.

As pesquisadoras responsáveis declaram estar cientes das normas que envolvem as pesquisas com seres humanos, em especial a Resolução CNS n° 466/2012 e que a parte referente à coleta de dados somente será iniciada após a aprovação do projeto de pesquisa por este Comitê.

Curitiba, 15 de 08 de 2017



Responsável pela UTI Neurológica (UTI Verde) do Hospital do Rocio

ANEXO D - PARECER COSUBSTANCIADO DO CEP

FACULDADE PEQUENO
PRÍNCIPE - FPP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CUIDADO HUMANIZADO E SUPORTE SOMÁTICO FRENTE A UMA PACIENTE GESTANTE COM DIAGNÓSTICO DE MORTE ENCEFÁLICA: UM ESTUDO DE CASO

Pesquisador: GABRIELLE RIBEIRO DUCCI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 78435717.2.0000.5580

Instituição Proponente: Faculdade Pequeno Príncipe

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.329.388

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo retrospectivo, descritivo-exploratório com abordagem qualitativa. Será realizado em uma UTI neurológica de paciente adulto de hospital público localizado na Região Metropolitana de Curitiba. Os participantes da pesquisa serão profissionais da equipe atuantes na UTI em questão. Os critérios de inclusão serão: profissionais cuidadores atuantes na UTI há um período mínimo de seis meses e com experiência no cuidado ao paciente em ME. Os critérios de exclusão serão: profissionais cuidadores que não responderam ao instrumento de coleta de dados ou não assinaram o TCLE. A equipe da UTI com atuação direta no caso específico conta com 10 Participantes (3 médicos, 1 fisioterapeuta, 3 enfermeiros e 3 técnicos de enfermagem). Os participantes do estudo responderão a um questionário sociodemográfico e, para a coleta dos dados, serão feitas entrevistas em profundidade, individualizadas e gravadas onde os participantes responderão questões abertas relativas aos objetivos do estudo. Os dados oriundos das questões sociodemográficas serão organizados em uma planilha eletrônica e apresentados em tabelas. As questões abertas serão submetidas à análise temática de conteúdos que prevê a organização das informações por meio da pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação (MINAYO, 2002).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Av. Iguaçu

Bairro: Rebouças

CEP: 80.230-020

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3310-1512

E-mail: comite-etica@fpp.edu.br

FACULDADE PEQUENO
PRÍNCIPE - FPP



Continuação do Parecer: 2.329.388

- Identificar como a equipe multidisciplinar atua no cuidado humanizado frente a uma paciente gestante com diagnóstico de morte encefálica em uma UTI.

Objetivo Secundário:

- Entender a Morte Encefálica; Conceituar a forma de humanização em uma UTI; Analisar as formas de cuidar realizadas pelos profissionais inseridos na UTI;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos desta pesquisa serão inerentes à perda do anonimato e ao constrangimento dos participantes perante a exposição da sua atuação profissional. Para minimizar os riscos ficará assegurado que, em momento algum, a identidade dos participantes será revelada, uma vez que os dados serão utilizados para fins acadêmicos e, os únicos que terão acesso a estes dados serão os responsáveis pelo desenvolvimento da pesquisa que manterão o sigilo necessário. Cada participante da pesquisa será identificado por um código, preservando desta maneira a identificação de cada

participante. As entrevistas também podem envolver riscos emocionais, principalmente quando relacionadas a tópicos sensíveis, pois os participantes são convidados a contar suas histórias relacionadas ao tema em questão, e compartilhar aspectos pessoais. Nesse sentido, uma importante medida de prevenção em relação a tais riscos seria a compreensão prévia de todos os participantes de pesquisa acerca dos objetivos e instrumentos a serem utilizados no estudo.

Os participantes do estudo não terão nenhum benefício imediato. O benefício que o estudo procurará fornecer é o de proporcionar ferramentas para uma melhor abordagem dentro do ambiente de uma UTI em relação à humanização do tratamento do paciente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 466/2012, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios anuais sobre o andamento do estudo, bem

Endereço: Av. Iguaçu
Bairro: Rebouças CEP: 80.230-020
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3310-1512 E-mail: comite-etica@fpp.edu.br

FACULDADE PEQUENO
PRÍNCIPE - FPP



Continuação do Parecer: 2.329.388

como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatórios de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP-FPP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1002029.pdf	05/10/2017 19:04:24		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	05/10/2017 19:03:56	GABRIELLE RIBEIRO DUCCI	Aceito
Outros	Termo.jpg	05/10/2017 19:02:49	GABRIELLE RIBEIRO DUCCI	Aceito
Outros	instrumento.docx	05/10/2017 19:00:13	GABRIELLE RIBEIRO DUCCI	Aceito
Outros	check.pdf	05/10/2017 18:57:09	GABRIELLE RIBEIRO DUCCI	Aceito
Outros	autocoord.pdf	05/10/2017 18:51:25	GABRIELLE RIBEIRO DUCCI	Aceito
Outros	lattes.docx	05/10/2017 18:51:00	GABRIELLE RIBEIRO DUCCI	Aceito
Orçamento	orc.pdf	05/10/2017 18:47:18	GABRIELLE RIBEIRO DUCCI	Aceito
Folha de Rosto	Rosto.pdf	05/10/2017 18:45:50	GABRIELLE RIBEIRO DUCCI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo.docx	22/09/2017 15:05:28	GABRIELLE RIBEIRO DUCCI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	22/09/2017 15:00:11	GABRIELLE RIBEIRO DUCCI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	inst.pdf	22/09/2017 14:57:20	GABRIELLE RIBEIRO DUCCI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Iguaçu

Bairro: Rebouças

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.230-020

Telefone: (41)3310-1512

E-mail: comite-etica@fpp.edu.br

FACULDADE PEQUENO
PRÍNCIPE - FPP



Continuação do Parecer: 2.329.388

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 15 de Outubro de 2017.

Assinado por:
Leide da Conceição Sanches
(Coordenador)

Endereço: Av. Iguaçu
Bairro: Rebouças CEP: 80.230-020
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3310-1512 E-mail: comite-etica@fpp.edu.br