

# PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL SOBRE O CUIDADO HUMANIZADO PRESTADO A PACIENTE GESTANTE EM MORTE ENCEFÁLICA

DUCCI, Gabrielle Ribeiro<sup>1</sup>  
SANCHES, Mario Antonio<sup>2</sup>  
BOLLER, Christian<sup>3</sup>  
SANCHES, Leide da Conceição<sup>4</sup>  
GARBELINI, Maria Cecilia Da Lozzo<sup>5</sup>

## RESUMO

A humanização dos cuidados em saúde são práticas desafiadoras, principalmente quando realizadas em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde é necessário aliar o avanço tecnológico, baseado no progresso biomédico, com respeito ao paciente com diagnóstico de morte encefálica (ME). Objetivou-se apreender o conhecimento dos profissionais de saúde atuantes em uma UTI neurológica sobre humanização e identificar como a equipe multidisciplinar atua no cuidado humanizado frente aos pacientes com diagnóstico de morte encefálica inclusive no estado gestacional. Utilizou-se metodologia exploratória descritiva com abordagem qualitativa. Participaram da entrevista 15 profissionais da saúde, atuantes na UTI neurológica, e para o tratamento das informações aplicou-se a análise de conteúdo. Expressaram compreensão sobre o conceito de humanização em relação aos pacientes e aos familiares; relataram 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 e houve destaque para o envolvimento da família da paciente. Observou-se 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 da assistência. Morte encefálica. Gestação. Unidade de terapia intensiva.

## PERCEPTION MULTIPROFESSIONAL TEAM ON HUMANIZED CARE PROVIDED PATIENT PREGNANT IN BRAIN DEATH

## ABSTRACT

The humanization of health care are challenging practices, especially when performed in Intensive Care Unit (ICU), where is necessary combine technological advancement and biomedical progress with a respectful and affective relationship with patients, in this case, with a diagnosis of brain death. The purpose of this article is to capture the knowledge of professionals operating in a neurological ICU about humanization and identify how the multidisciplinary team works in an humanized care dealing with a pregnant patient with diagnosis of brain death. An exploratory descriptive methodology was used, with a qualitative approach. 15 health professionals attended the interviews, and for the treatment of information applied to content analysis. These professionals expressed understanding about the concept of humanization with respect to patients and family members. They reported that the same care were maintained for patients with brain death, however the pregnant patient received special care for the maintenance of hemodynamics and there was emphasis on attention and care for the patient's family. It was observed that the professionals have sought to capacitate themselves continuously with intention of dealing, dialogue and push forward the process of dynamically and transformative work, becoming protagonists of humanized care process.

**KEYWORDS:** Care humanization. Brain death. Pregnancy. Intensive care unit.

<sup>1</sup> Mestre em Ensino nas Ciências da Saúde pela Faculdades Pequeno Príncipe. Email: [gaby.ducci@yahoo.com.br](mailto:gaby.ducci@yahoo.com.br)

<sup>2</sup> Pós-Doutor em Bioética na Cátedra de Bioética pela Universidad Pontifica Comillas. Docente no Programa de Pós-Graduação em Teologia e no Programa de Pós-Graduação em Bioética da PUCPR Email: [m.sanches@pucpr.br](mailto:m.sanches@pucpr.br)

<sup>3</sup> Doutor em Biotecnologia Aplicada a Saúde da Criança e do Adolescente pela Faculdades Pequeno Príncipe. Docente no Programa de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da Saúde. Email: [christian.boller@fpp.edu.br](mailto:christian.boller@fpp.edu.br)

<sup>4</sup> Doutora em Sociologia pela Universidade Federal do Paraná. Docente no Programa de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da Saúde. Email: [leidesanches@fpp.edu.com](mailto:leidesanches@fpp.edu.com)

<sup>5</sup> Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo. Docente no Programa de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da Saúde. Email: [ceciliagarbelini@hotmail.com](mailto:ceciliagarbelini@hotmail.com)

## **1. INTRODUÇÃO**

Este artigo aborda a temática da humanização no contexto de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com paciente em morte encefálica em estado gestacional.

As UTIs são ambientes hospitalares que atendem ao progresso biomédico aliado ao avanço tecnológico e foram criadas para aprimorar o cuidado em saúde com o intuito de aumentar as chances de recuperação e sobrevivência do paciente (COSTA, FIGUEIREDO, SCHAURICH, 2009). No entanto, sujeitam os pacientes a um ambiente hostil, com exposição intensa a estímulos dolorosos e procedimentos clínicos invasivos rotineiros, onde a técnica se sobrepõe aos aspectos relacionais de cuidado. Portanto são crescentes e necessárias as ações destinadas a promover a humanização nestes âmbitos hospitalares (SALICIO E GAIWA, 2006).

A palavra humanização tem sido empregada com distintos sentidos e entendimentos, relacionando-a com os direitos dos pacientes e a ética voltada ao respeito ao outro. Humanizar na atenção à saúde é entender cada pessoa em sua singularidade, com necessidades específicas, e, assim, conceber condições para que tenha chance para praticar a sua autonomia (FORTES, 2004).

A humanização na hospitalização é um processo vivencial que transpassa toda a atividade do local e das pessoas que ali trabalham. Deve oferecer ao paciente o tratamento que merece como ser humano, dentro das circunstâncias específicas em que cada um se encontra no momento de sua internação e necessita individualizar a assistência frente às necessidades de cada um. Este conceito pode ser traduzido como uma busca incessante do conforto físico, psíquico e espiritual do paciente, da família e equipe (AMIB, 2004). Em concordância com esta descrição Deslandes (2005) cita que a humanização se configura como um dos elementos que pode permitir o resgate do cuidado humanístico ao indivíduo e a sua família, com a promoção de acolhimento, respeito aos valores e cultura do paciente, ambiente de trabalho favorável, bom exercício técnico que leva a satisfação dos usuários e dos profissionais de saúde.

Para Vila e Rossi (2002), a humanização é uma medida que visa tornar efetiva a assistência prestada pelo profissional em saúde ao paciente em estado crítico. Cardoso (2001) complementa que a assistência, por meio de um relacionamento interpessoal, deve se dar por via da comunicação verbal ou não verbal e necessita oferecer segurança e apoio emocional ao paciente e à sua família, aliados a uma atitude orientada para o aproveitamento dos recursos tecnológicos existentes.

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). Assim, em 2003, surgiu a Política

Nacional de Humanização (PNH) como uma iniciativa inovadora no SUS, para efetivar os princípios no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil. Uma tarefa desafiadora, que corresponde à produção de novas atitudes, de novas éticas no campo do trabalho, incluindo o campo da gestão e das práticas de saúde, superando problemas e desafios do cotidiano no trabalho. Portanto, 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 (BRASIL, 2004).

Apesar de a literatura médica relatar ocorrências de ME gestacional, esta é uma situação rara. Neste caso, para permitir o avanço da gestação há a necessidade da implementação de um conjunto de medidas para manter as funções vitais da gestante com o objetivo de manter o feto até a sua viabilidade (MENEZES E LUNA, 2017). Autores descrevem 30 casos de gestantes com ME, ocorridos entre 1982 e 2010, e mencionam que o cuidado de uma gestante acometida por ME requer uma equipe multidisciplinar que deve seguir recomendações disponíveis tanto para uma terapia não traumática para o feto, que tem chances de sobrevivência, quanto para um tratamento preservador de órgãos do potencial doador (ESMAEILZADEH, DICTUS E KAYVANPOUR, 2010). Amer e colaboradores (2013) citam caso semelhante, ocorrido nos Emirados Árabes Unidos, de suporte ventilatório e homeostático necessário para prolongar a gestação que se estendeu por 110 dias com nascimento de feto viável. Gopcevic e coautores (2017) também descrevem o primeiro caso de ME em gestante, ocorrido na Croácia, onde a manutenção da homeostase materna por um período de 64 dias, por regulação extrínseca, permitiu o nascimento de uma criança saudável.

Ao tentar abrir um espaço para pensar as ações pautadas na humanização houve a motivação para este artigo, no intuito de apreender a percepção da equipe multidisciplinar na construção do cuidado humanizado, prestado aos pacientes em Morte Encefálica (ME) internados em uma UTI. Também motivou este trabalho o recente caso de uma gestante acometida por um Acidente Vascular Encefálico (AVE), que exigiu um grande desafio a ser superado pela equipe multidisciplinar, para mantê-la em suporte somático por 123 dias, o mais longo registrado na literatura, na tentativa de prolongar a gravidez gemelar até que as crianças tivessem condição de sobreviver.

O estudo foi delineado por meio do relato da vivência dos profissionais de saúde atuantes em uma UTI neurológica. Buscou-se conhecer os sentidos e significados do cuidar, de forma humanizada, prestados aos pacientes ali internados em ME como também a uma paciente gestante em ME, durante um período prolongado de hospitalização, preâmbulo de sofrimento, onde as emoções têm um lugar importante no atendimento a paciente e aos familiares. A preservação das funções vitais da gestante, por mais de 100 dias, exigiu trabalhos colaborativos nos quais os

profissionais reuniram seus conhecimentos e foram à busca de novas respostas e condutas para que o melhor pudesse ser feito.

Justifica-se a relevância desta pesquisa pelo seu valor social e com potencial para outros estudos teóricos, pois o cuidado humanizado é algo tão preconizado atualmente. O estudo se propôs a responder a seguinte questão norteadora: Qual a percepção de cuidado humanizado realizado pelos profissionais de saúde de uma UTI Neurológica, frente aos pacientes em ME e em especial a paciente gestante com diagnóstico de morte encefálica? Objetivou-se analisar o envolvimento da equipe multidisciplinar integrante de uma Unidade de Terapia Intensiva neurológica, com a proposta da humanização em saúde.

## **2. MÉTODO**

Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa. Participaram da pesquisa 15 profissionais atuantes na UTI neurológica de um hospital público, localizado na Região Metropolitana de Curitiba. A maioria dos pacientes é admitida por serem vítimas de traumatismo crânio-encefálico (TCE) ou doenças cerebrovasculares e, desta forma, muitos evoluem para ME. 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. A unidade contém 46 leitos dispostos em área comum e cinco em área isolada, totalizando 51 leitos. Disponibiliza um período para visitação aos pacientes, das 14 às 15 horas e neste 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.

Cumprindo os preceitos da Resolução 466/12 do CNS (BRASIL, 2012) os participantes foram identificados pela letra E, seguida de um número de 1 a 15 para garantir o anonimato. O estudo foi iniciado após a aprovação do projeto pelo CEP da Faculdades Pequeno Príncipe, sob o número 1.814.625 apresentado no parecer consubstanciado. A coleta de informações ocorreu em 2018 por meio de entrevistas individuais para apreender a percepção da humanização no cotidiano da UTI. A equipe de profissionais 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). As entrevistas transcritas foram analisadas de acordo com os critérios metodológicos propostos por Minayo (2002), e 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.

### **3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Em relação à caracterização dos participantes, 11 (73,3%) eram do sexo feminino. A média de idade foi de 32 anos, onde o participante mais novo tinha 24 anos e o mais velho 51 anos. As faixas etárias predominantes foram as de 24 a 31 anos (66,7%) e de 32 a 40 anos (20%). Quanto ao tempo de atuação na UTI oito participantes tinham entre cinco a dez anos (53,3%) e sete tinham entre um a quatro anos (46,7%). Com respeito à jornada de trabalho observou-se que a maior parte dos participantes trabalhava em média 12 horas por dia, com exceção daqueles que trabalhavam em regime de plantão. Em relação à composição, a equipe multidisciplinar era formada por quatro (26,7%) médicos, dois (13,3%) fisioterapeutas, um (6,7%) musicoterapeuta, sete (46,4%) enfermeiros e um (6,7%) técnico em enfermagem.

A partir da análise das informações, 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; Cuidado à Paciente Gestante em Morte Encefálica e Contribuições para melhoria do cuidado ao paciente em Morte Encefálica.

#### **3.1 CONCEITO DE HUMANIZAÇÃO NA UTI NEUROLÓGICA**

Nesta categoria 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.

Um aspecto que aparece como indispensável na PNH (BRASIL, 2004), 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:

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

Estudos sinalizam alguns benefícios trazidos pela política de humanização aos hospitais tais como o aumento de sentimento de conforto entre pacientes, familiares e funcionários (MOTA, 2006).

Na perspectiva de alguns dos profissionais de saúde entrevistados pôde-se perceber que o conceito de humanização encontra-se mais voltado às questões relacionais que envolvem a sensibilidade, o respeito, a empatia e a responsabilidade do/na 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:

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

O cuidado requer competência, individualidade, emoção, solidariedade, sensibilidade e ética. Exige habilidade de comunicação e de relacionamento: empatia, escuta ativa, respeito e compaixão (CHOCHINOV, 2013). 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

### **3.2 ASSISTÊNCIA HUMANIZADA PRATICADA EM UMA UTI NEUROLÓGICA**

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

Acho que eu vejo como sendo fazer todos os cuidados que aquele paciente precisa. Fazer com aqueles pacientes que estão 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

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, LA CALLE, 2016).

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

De um modo geral, todas as definições atribuídas pelos participantes estão em consonância com outros autores, que citam que é impensável que um ser humano seja tratado de uma forma diferente

daquela condizente à sua natureza, ou seja, é preciso usar da nossa humanidade para cuidar da humanidade do outro (OLIVEIRA, ZAMPIERI E BRÜGGEMANN, 2001). 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).

Para os pesquisados a humanização diz respeito ao cuidado integral. É a postura adotada quando estão atentos ao cuidado direto com os pacientes assistindo-os na totalidade quanto às necessidades biopsicoemocionais:

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

### **3.3 DIFERENÇAS NO CUIDADO E NA ROTINA PRESTADAS AO PACIENTE EM MORTE ENCEFÁLICA**

Alguns dos entrevistados relataram não haver diferença direta nos cuidados prestados ao paciente em ME, mas há 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).

Para suportar a difícil situação vivenciada o familiar necessita de orientações. 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 E TRENTINI, 2004). Esta assistência à família foi bem colocada pelos participantes:

Acho que quando o paciente entra em protocolo de morte encefálica a diferença não está relacionada ao paciente, é mais relacionado 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 [...] 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 anteriores, 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 (E5).

O que difere o paciente em morte encefálica a ter um atendimento diferenciado 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).

Os pacientes críticos necessitam de assistência e monitoramento constantes, oferecidos por meio de uma equipe multidisciplinar especializada e equipamentos de alta tecnologia (SOARES, REIS E SOARES, 2014). Um participante citou as dificuldades encontradas na manutenção do paciente em ME:

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).

### **3.4 CUIDADO À PACIENTE GESTANTE EM MORTE ENCEFÁLICA**

Pelas falas dos participantes, a rotina de cuidado à paciente gestante em ME não foi muito diferente da rotina para com demais pacientes internados na UTI. Entretanto foi possível observar cuidados especiais executados pela equipe:

Uma das coisas diferenciadas era usar as roupas de cama esterilizadas. 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 (E7).

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 houve aplicação de estratégias diferenciadas para o atendimento a esta paciente. Estas atitudes, construídas por prática inovadora, possibilitaram uma aprendizagem significativa. Autores relatam que ao modificar as estratégias educativas o processo de trabalho é revalorizado como centro privilegiado da aprendizagem e o profissional, como ator reflexivo e construtor de saber, incorpora o ensino-aprendizagem na rotina dos serviços em saúde (GIGANTE E CAMPOS, 2006).

Alguns participantes citaram a importância da empatia, fundamental ao processo de comunicação, como base das relações interpessoais que 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.

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).

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).

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).

Mesmo existindo uma política institucional que determina rotinas de horários para visitantes na UTI, há uma flexibilidade em relação a esses protocolos fortalecendo as relações interpessoais e contribuindo para reforçar os vínculos (PINHO E SANTOS, 2008). 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).

As instituições de saúde já reconhecem o valor social e terapêutico da arte aplicada à medicina. Muitas formas de expressão artísticas têm sido desenvolvidas em hospitais, como pintura, teatro, literatura e música (FERREIRA, REMEDI, LIMA, 2006). A musicoterapia contribui para harmonizar o ambiente, além da imprescindível necessidade de controle de ruídos, redução da luminosidade e manutenção da temperatura (AGUIAR, 2012). Com estes cuidados há promoção de um ambiente agradável e, acima de tudo, mais humano.

Outra questão que pôde ser observada nas falas de alguns participantes foi em relação ao intenso acompanhamento e cuidado com 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, FREITAS, ALMEIDA, 2010).

### **3.5 CONTRIBUIÇÕES PARA MELHORIA DO CUIDADO AO PACIENTE EM MORTE ENCEFÁLICA**

Evidenciou-se que os participantes 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. Outro fator observado por meio de relato foi a necessidade de treinamento para os profissionais, 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).

Apesar das discussões acerca da Humanização terem ganhado destaque, principalmente na literatura nacional, seus conceitos e contextualizações devem ser discutidos sempre que empregados, uma vez que possibilitam diferentes interpretações (GOULART E CHIARI, 2010). 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 (BRASIL, 2004).

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:

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).

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 (CECÍLIO E MERHY, 2003). 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 (SOUZA E FERREIRA, 2010).

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A equipe atuante na UTI, referência para este estudo, mostrou preocupação em humanizar o cuidado prestado a todos os pacientes em ME como também aos familiares. Os profissionais demonstraram esforços e cuidados especiais no atendimento à gestante em ME, com monitorização fetal e regulação extrínseca de homeostase materna ao longo de 123 dias. Como o caso é incomum

suscitou a necessidade de um protocolo específico onde o cuidado humanizado, prestado a gestante e seus familiares, foi imperativo e envolveu toda a equipe

A equipe multiprofissional relatou que o cuidado humanizado está pautado na apreensão do verdadeiro significado do cuidado humano e não apenas na aplicação de procedimentos. 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. O estudo possibilitou uma aproximação com a Política de Humanização do SUS e evidenciou a estreita necessidade da educação permanente para o enfrentamento de uma situação fora do habitual como a descrita nesta pesquisa, gestante em morte encefálica.

A humanização em uma UTI implica em uma mudança de cultura e 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 é uma técnica e deve fluir naturalmente dos profissionais da saúde, abertos a novos aprendizados.

Esta pesquisa, por sua natureza, tem seus limites, mas pode ser replicada em outros contextos, explicitando o modo como profissionais de saúde praticam um serviço humanizado. A situação específica de atendimento a paciente com ME em período gestacional é rara, há poucos estudos publicados que abordam tal tema, deste modo esta pesquisa captou, oportunamente, como os profissionais de saúde vivenciaram a humanização em uma situação especial como esta.

## **REFERÊNCIAS**

AGNOLO, C. M. D.; FREITAS, R. A.; ALMEIDA, D. F.; LANJONI, V. P.; OLIVEIRA, M. L. F. Morte encefálica: assistência de enfermagem. **GBT J Bras Transpl.** v. 13, n. 1, p. 1258-1262, 2010. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Ricardo\\_Felix/publication/236247968\\_Post-renal\\_transplantation\\_Polyomavirus\\_infection\\_A\\_case\\_report/links/02e7e51772f48aa335000000.pdf#page=38](https://www.researchgate.net/profile/Ricardo_Felix/publication/236247968_Post-renal_transplantation_Polyomavirus_infection_A_case_report/links/02e7e51772f48aa335000000.pdf#page=38)

AGUIAR, Adriana S. C. et al. Percepção do enfermeiro sobre promoção da saúde na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 428-435, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a22v46n2.pdf>

ALONSO-OVIES, A.; LA CALLE Heras. ICU: a branch of hell? **Intensive care med.** v. 42, n. 4, p. 591-592, 2016. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00134-015-4023-7>  
ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. **Humanização em Cuidados Intensivos**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2004. 117 p.

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

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/12. **Pesquisa em seres humanos**, Brasília, 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS - **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**, Brasília, 2004. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf)

CARDOSO P. R. **Humanização em terapia intensiva - um estudo compreensivo com os profissionais que assistem crianças** [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2001. 104 p.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003 p. 210. Disponível em: [http://www.iqg.com.br/pbsp/img\\_up/01317818578.pdf](http://www.iqg.com.br/pbsp/img_up/01317818578.pdf)

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

COSTA, S. C.; FIGUEIREDO, M. R. B.; SCHAURICH, D. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. **Comunic. Saúde, Educ.** v. 13, n. 1, p. 571-80. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13s1/a09v13s1.pdf>

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

ESMAEILZADEH, M. et al. One life ends, another begins: Management of a brain-dead pregnant mother - A systematic review. **BMC Medicine**. v. 8, n. 74, p. 1-11, 2010. Disponível em: <https://bmcmedicine.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1741-7015-8-74>

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: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n5/v59n5a18.pdf>

FORTES, P. A. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde Soc.** v. 13, n. 3, p. 30-35, 2004. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sausoc/2004.v13n3/30-35/pt>

GIGANTE, R. L.; CAMPOS, G. W. S. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro. v. 14, n. 3, p. 747-763, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v14n3/1678-1007-tes-14-03-0747.pdf>

GOPCEVIC, A.; RODE, B.; VUCIC, M.; HORVAT, A.; SIRANOVIC, M.; GAVRANOVIC, Z.; KOSEC, V.; KOSECC, A.; Ethical and medical management of a pregnant woman with brain stem death resulting in delivery of a healthy child and organ donation. **Int J Obstet Anesth.** v. 32, p. 82-82, 2017doi: [10.1016/j.ijoa.2017.06.007](https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2017.06.007)

GOULART, B. N. G.; CHIARI, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde- contribuições para reflexão. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 15, n. 1, p. 255-268, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a31v15n1.pdf>

MENEZES, R. A.; LUNA, N. Gestação e morte cerebral materna: decisões em torno da vida fetal. **Interface–Comunic. Saúde, Educ.** (Botucatu). v. 21, n. 62, p. 629-39, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/icse/2017.nahead/10.1590/1807-57622016.0334/pt>

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

MOTA, R. A.; MARTINS, C. G. M.; VERAS, R. M. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Psicol. estud.** v. 11, n. 2, p. 323-330, 2006. <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n2/v11n2a10.pdf>

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/pdf/rlae/v12n2/v12n2a15.pdf>

OLIVEIRA, M. E.; ZAMPIERI, M. F. M.; BRÜGGEMANN, O. M. **A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo de nascimento**. Florianópolis: Cidade Futura; 2001.

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

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, p. 66-72, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/09.pdf>

SAID, A.; AMER A. S. A. J.; MASOOD, H.; DIRAR, A.; FARIS, C. A brain-dead pregnant woman with prolonged somatic support and successful neonatal outcome: A grand rounds case with a detailed review of literature and ethical considerations. **Int J Crit Illn Inj Sci.** v. 3, n. 3, p. 220–224. 2013. doi: [10.4103/2229-5151.119205](https://doi.org/10.4103/2229-5151.119205)

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. 3, p. 370-376, 2006. Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_3/pdf/v8n3a08.pdf](https://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/pdf/v8n3a08.pdf)

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, p. 70-86, 2104. Disponível em: <http://www.revistavoos.com.br/seer/index.php/voos/article/view/263/263-1106-1-PB>

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**. v. 15, n. 2, p. 471-80, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/v15n2a24.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, p. 137-44, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n2/10506.pdf>