

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM GESTÃO E ATENÇÃO  
HOSPITALAR NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE**

**Pamela Barros de Leon**

**CUIDADOS PALIATIVOS NO CENÁRIO DA URGÊNCIA E  
EMERGÊNCIA: PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS E MÉDICOS**

**Santa Maria, RS  
2018**

**Pamela Barros de Leon**

**CUIDADOS PALIATIVOS NO CENÁRIO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:  
PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS E MÉDICOS**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e atenção hospitalar no sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Área de Concentração: Hemato-Oncologia.**

Orientadora: Profa. Dra. Silvana Bastos Cogo

Santa Maria, RS  
2018

**Pamela Barros de Leon**

**CUIDADOS PALIATIVOS NO CENÁRIO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:  
PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS E MÉDICOS**

Artigo de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e atenção hospitalar no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Área de Concentração: Hemato-Oncologia.**

**Aprovado em 27 de fevereiro de 2018**

---

**Silvana Bastos Cogo, Dra. (UFSM)**  
(Presidente/ Orientadora)

---

**Nara Marilene Girardon Perlini, Dra. (UFSM)**

---

**Claudia Sala Andrade, Farmacêutica. (UFSM)**

Santa Maria, RS  
2018

## RESUMO

### **CUIDADOS PALIATIVOS NO CENÁRIO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS E MÉDICOS**

AUTORA: Pamela Barros de Leon

ORIENTADORA: Silvana Bastos Cogo

Objetivo: conhecer a percepção de enfermeiros e médicos em relação aos cuidados paliativos prestados às pessoas com doenças hemato-oncológicas atendidas em uma unidade de urgência e emergência de um hospital geral. Método: pesquisa caracterizada como qualitativa com abordagem exploratório-descritiva realizada a partir de entrevistas com seis enfermeiros e seis médicos nos meses de setembro a novembro de 2017. As entrevistas foram transcritas na íntegra e analisadas por meio da Análise Operativa de Minayo. Resultados: emergiram três categorias de análise, sendo elas: final de vida é só final de vida, sem cuidado; (re) pensando o cuidado paliativo a pessoa com câncer; e a unidade de urgência e emergência: desafios para o cuidado na terminalidade. Considerações finais: os participantes relacionavam os cuidados paliativos, prioritariamente com a terminalidade de vida, e acreditavam que o ambiente da unidade de urgência e emergência é inadequado para o cuidado desses pacientes, entretanto reconhecem a importância da manutenção da qualidade de vida aos pacientes proporcionada com a adequação da assistência aos cuidados paliativos.

Palavras-chave: Neoplasias. Cuidados Paliativos. Serviços Médicos de Emergências.

## **ABSTRACT**

### **PALLIATIVE CARE IN THE EMERGENCY AND EMERGENCY SCENARIO: PERCEPTIONS OF NURSES AND PHYSICIANS**

AUTHOR: Pamela Barros de Leon

ADVISOR: Silvana Bastos Cogo

Objective: to know the perception of nurses and physicians regarding the medical care provided in people with hemato-oncological diseases attended in an emergency unit and the emergence of a general hospital. Method: qualitative research with an exploratory-descriptive approach based on interviews with six nurses and six physicians in the months of September, November, 2017. As interviews were transcribed in their entirety and analyzed through the Minayo Operational Analysis. Results: three categories of analysis emerged, being: end of life and only end of life, without care; (re) thinking palliative care the person with cancer; and the emergency and emergency unit: challenges for care in terminality. Final considerations: the participants relate palliative care, primarily to life termination, and believed that the environment of the emergency and emergency unit are inadequate for the care of patients, however, they recognize the importance of maintaining quality of life for patients provided with an adequacy of palliative care assistance.

Keywords: Neoplasms. Palliative Care. Emergency Medical Services.

## 1 INTRODUÇÃO

O câncer ocupa a segunda posição dentre as doenças responsáveis pelo adoecimento e óbito da população no mundo, superado apenas pelas doenças cardiovasculares. A estimativa mundial mostra que, em 2012, ocorreram 14,1 milhões de casos novos de câncer e 8,2 milhões de óbitos. É inquestionável que o câncer se tornou um problema de saúde pública, especialmente entre os países em desenvolvimento, onde é esperado que nas próximas décadas ocorra um aumento cada vez maior de casos da doença, em resposta às transições demográficas e epidemiológicas globais. (BRASIL, 2018).

No Brasil, o câncer também alcançou uma enorme magnitude, estimando-se para o biênio 2018-2019, a ocorrência de 600 mil casos novos para cada ano. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma (cerca de 170 mil casos novos), ocorrerão 420 mil casos novos de câncer (BRASIL, 2018). Para realizar a assistência de forma integral às pessoas com câncer o Ministério da Saúde (MS) instituiu por meio da portaria n.874 de 16 de maio de 2013, a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) contemplando ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas garantindo às pessoas a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso à assistência oncológica (BRASIL, 2013).

Apesar dos avanços tecnológicos, grande parte das doenças não pode ser curada, o que faz com que o controle da evolução da doença seja o objetivo do tratamento. Pensar que cuidados paliativos (CP) são aqueles oferecidos apenas na fase final da vida, quando “não há mais nada a fazer” acaba por gerar uma visão equivocada, onde o conceito de CP fica limitado e a sua aplicação se torna restrita (CREMESP, 2008). Para se atuar em cuidados paliativos é preciso superar esta concepção, onde estão presentes as sensações de fracasso e impotência e tomar uma atitude ativa e positiva da terapêutica (CID, 2012).

Nos países menos desenvolvidos, os cuidados paliativos assumem uma particular importância, porque uma alta parcela dos pacientes é diagnosticada em

estágios avançados de doença, quando os tratamentos já não são efetivos (WHO, 2012). De acordo com estudos recentes da *American Society of Clinical Oncology* (ASCO) sugere-se o envolvimento precoce com os CP aos pacientes recém-diagnosticados com câncer avançado (ASCO, 2017).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em conceito definido em 1990 e atualizado em 2002, “cuidado paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual” (ANCP, 2012). Assim, os CP visam o atendimento da pessoa em sua integralidade e baseiam-se em conhecimentos inerentes às diversas especialidades, possibilidades de intervenção clínica e terapêutica nas diversas áreas de conhecimento da ciência médica e de conhecimentos específicos dispostos em princípios publicados pela OMS em 1986 e reafirmados em sua revisão de 2002, que regem a atuação da equipe multiprofissional (PESSINI, 2005).

Inicialmente, os CP surgiram como prática na área da atenção em saúde na década de 1960, no Reino Unido, tendo como pioneira a assistente social, enfermeira e médica Cicely Saunders. O trabalho dessa médica inicia o movimento dos cuidados paliativos, que inclui a assistência, o ensino e a pesquisa. Na década de 1970, essa prática assistencial foi difundida na América por meio de Elisabeth Kübler-Ross, psiquiatra suíça radicada nos Estados Unidos da América (EUA), que teve contato com os trabalhos de Cicely Saunders. De acordo com o *The Hospice Information Service do St. Christopher's Hospice*, em Londres, existem mais de 7.000 serviços de cuidados paliativos em mais de 90 países em todo o mundo. Na América Latina existem mais de 100 serviços de cuidados paliativos (GOMES; OTHERO, 2016).

No Brasil, os primeiros serviços de CP surgiram na década de 1980. Em meados da década de 1990 houve alguns registros isolados de serviços em estados como Paraná e Amazonas. Ao final da década de 1990 e ao longo dos anos 2000, surgiram diversos serviços em vários pontos do País. Os dados oficiais da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2006), publicados em 2006, apontam cerca

de 40 equipes atuantes e 300 leitos hospitalares destinados a esses cuidados. Um estudo que teve por objetivo caracterizar o perfil dos serviços de cuidados paliativos no Brasil, publicado em 2015 por Othero et al., verificou a existência de 68 serviços brasileiros de CP, sendo metade dos mesmos localizados no estado de São Paulo, com relação à assistência, a população atendida é mista, com prevalência de adultos e idosos, o modelo mais utilizado pelos serviços é ambulatorial e o financiamento público esteve presente em 34 serviços (OTHERO et al., 2013).

Atualmente o Brasil encontra-se, segundo a *Worldwide Palliative Care Alliance* (WPCA), em um grupo denominado 3a, com Cuba, México e outros 71 países, o que significa que estes apresentam alguma iniciativa isolada acerca dos cuidados paliativos. A WPCA divide os países em seis grupos de acordo com o desenvolvimento apresentado com relação aos serviços de CP são eles: Nível 1: Nenhuma atividade detectada; Nível 2: Em capacitação; Nível 3a: Provisão isolada; Nível 3b: Provisão generalizada; Nível 4a: Integração preliminar; Nível 4b: Integração avançada (LYNCH; CLARK; CONNOR, 2011). Complementa-se ainda que os serviços de CP possam ser providos em diferentes modelos: hospice (hospitais exclusivos), enfermarias em hospitais gerais, equipe interconsultora, ambulatório, assistência domiciliar, hospedarias e hospital-dia (SILVA; ANDRADE; NASCIMENTO, 2013).

No que diz respeito às unidades hospitalares, os serviços de urgência e emergência além, de atender às necessidades de cuidados agudos dos pacientes, se tornaram um lugar onde as doenças crônicas são gerenciadas, incluindo o tratamento paliativo para problemas de saúde graves e contínuos (SHAW, et al., 2014). Assim desempenham um papel importante na abordagem de pacientes elegíveis aos CP, pois representam uma importante porta de entrada dos sistemas de saúde. As ações iniciadas podem contribuir de modo significativo para a trajetória destes pacientes e por vezes será neste cenário que algumas discussões sobre os objetivos dos cuidados com os pacientes e familiares serão introduzidas (WAGNER, 2013).

Percebe-se que em diversas ocasiões o atendimento hospitalar se faz necessário, e muitas vezes a internação é inevitável, porém ao vivenciar a realidade de uma emergência hospitalar, é possível observar as dificuldades da equipe



multiprofissional em lidar com pacientes em cuidados paliativos. Esta dificuldade parece surgir de vários aspectos, entre eles os questionamentos quanto ao local correto para a permanência destes pacientes, a demanda de tempo, as inseguranças, e os sentimentos da equipe, visto que não há cultura institucional para atuar a partir da filosofia e princípios dos cuidados paliativos (MATOS, 2015).

A fim de aproximar a atuação no Serviço da Unidade de Emergência (UE) à filosofia dos CP, um hospital de Ribeirão Preto foi pioneiro no Brasil ao introduzir uma equipe multidisciplinar de CP para atender a qualquer solicitação na UE durante todos os dias da semana, além de rotineiramente avaliar novos pacientes nas enfermarias da emergência por meio de contato com as equipes de saúde. A medida propõe uma transição no objetivo do tratamento (curativo para paliativo) de forma menos abrupta, evitando a falsa premissa de que “não há mais nada a ser fazer” em situações que as pessoas irão falecer, apesar de todos os esforços da equipe (USP, 2015).

Partindo dos pressupostos elencados, o presente estudo teve como questão norteadora: Qual a percepção dos enfermeiros e médicos a cerca dos cuidados paliativos às pessoas com doenças hemato-oncológicas assistidos em uma unidade de urgência e emergência? A partir dessa questão, delineou-se como objetivo deste estudo conhecer a percepção de enfermeiros e médicos em relação aos cuidados paliativos prestado às pessoas com doenças hemato-oncológicas atendidas em uma unidade de urgência e emergência de um hospital geral.

## **2 METODOLOGIA**

A pesquisa caracteriza-se como qualitativa com abordagem exploratório-descritiva. O local de estudo foi uma unidade de urgência e emergência pertencente a um hospital de ensino, geral, público, de nível terciário, caracterizado pela prestação de atenção especializada em oncologia com consultas e exames para acompanhamento, diagnóstico diferencial e definitivo de câncer. Ainda, presta o tratamento por cirurgia, oncologia clínica e cuidados paliativos sob a forma de consultorias e atendimento ambulatorial.

A instituição da pesquisa está localizada na região sul do Brasil servindo de referência para o atendimento de 32 municípios, abrangendo as regiões de duas coordenadorias regionais de saúde (CRS), sendo elas 4ª CRS e a 10ª CRS; apresenta responsabilidade com a assistência das pessoas atendidas na especialidade de oncologia em todas as fases do tratamento inclusive durante as emergências ou intercorrências, sem necessidade de ser triado, pois o hospital não atende por demanda espontânea, com exceção das pessoas em tratamento hemato-oncológico e munícipes de uma região desprovida de serviço médico noturno.

Os critérios de inclusão dos participantes da pesquisa foram: 1) ser enfermeiro e ter como local de atuação profissional o serviço de urgência e emergência há pelo menos 6 meses; 2) ser médico e ter como local de atuação profissional o serviço de urgência e emergência há pelo menos 6 meses; 3) ser médico residente na hemato-oncologia atuante no local no período da coleta de dados. Os critérios de exclusão na amostra foram: 1) ser profissional em atestado de saúde ou 2) ser profissional em afastamento do trabalho no período de coleta de dados.

A coleta de dados foi encerrada no momento que os objetivos da pesquisa foram alcançados. Foi utilizada a técnica de entrevista com roteiro semiestruturado. As entrevistas ocorreram no período de setembro a novembro de 2017 contando com depoimentos com duração média de 30 minutos gravados em formato digital. As entrevistas foram transcritas na íntegra e analisadas por meio da Análise Operativa de Minayo (2014) e as categorias de análise surgiram a partir de temas emergentes.

A pesquisa foi aprovada recebendo certificado de apresentação para apreciação ética número 69116717.9.0000.5346 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria. Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e foram respeitadas as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Visando garantir o anonimato dos participantes, seus nomes foram substituídos por siglas e números conforme a ordem de realização da entrevista. Foi usada a sigla "ENF" para os profissionais enfermeiros e a sigla "MED" para os médicos.

### 3 RESULTADOS

Dentre os doze profissionais participantes da pesquisa, seis possuíam graduação em enfermagem (cinco mulheres e um homem) e seis graduação em medicina (duas mulheres e quatro homens). Com relação a tempo formação, cinco participantes afirmaram de três a cinco anos, três participantes relataram de sete a nove anos e, quatro participantes relataram mais de dez anos de formação. Já em relação ao tempo de atuação na unidade de urgência e emergência esse tempo variou de seis meses a quatorze anos, com exceção dos residentes médicos que atuam na unidade em período de tempo específico, com escala de atendimento mensal devido à condição da formação em serviço pela qual participam no momento.

Todos os participantes possuem pelo menos uma especialização, sendo quatro mestres, dois com mestrado em andamento, seis com residências médicas já concluídas e seis com especializações em áreas específicas de atuação.

Após a transcrição fidedigna do material colhido, procedeu-se à leitura e releitura do material, aproximando-as dos referenciais teóricos para posteriormente delimitá-las por assuntos de maior relevância e significância. As entrevistas realizadas originaram três categorias de análise, sendo elas: Final de vida é só final de vida; (Re) pensando o cuidado paliativo a pessoa com câncer; e A unidade de urgência e emergência: desafios para o cuidado na terminalidade. Os discursos referentes a cada uma dessas categorias encontram-se apresentados a seguir.

#### **“Final de vida é só final de vida, sem cuidado”**

Esta categoria remete às falas dos participantes sobre as pessoas em tratamento hemato-oncológico no setor de urgência e emergência e os cuidados paliativos em final de vida. Em relação à percepção e o entendimento sobre os cuidados paliativos os profissionais relatam que é uma assistência que fornece conforto, aporte nutricional, hídrico e alívio da dor até o momento da morte. Nesse

processo eles citam a importância da participação da família e o respeito pelas crenças religiosas das pessoas.

(...) cuidar do indivíduo o respeitando até o seu último momento de desligamento, de morte; proporcionar conforto, alívio da dor, nutrição se for o caso, hidratação; permitir que a família esteja junto; orientar e apoiar a família; permitir que tragam as lideranças religiosas para fazer suas orações, suas despedidas (...) esse é significado de cuidado paliativo. (ENF4)

As pessoas têm que conhecer o que é o cuidado paliativo porque na cabeça das pessoas aqui, o cuidado paliativo é dar o conforto para pessoa morrer, só". (ENF11)

Os profissionais reconhecem o significado e a importância dos cuidados paliativos, e enxergam que a presença de pessoas com doenças hemato-oncológicas na urgência e emergência está relacionada a complicações do tratamento, a prognósticos desfavoráveis e ao processo de finitude. Assim, ao se voltarem para realidade de atendimento no cenário estudado as falas remetem à concepção de que os cuidados paliativos são ofertados e pensados exclusivamente em situação de final de vida.

A nossa realidade é paciente em fase terminal do tratamento, não vai fazer mais nada. Então a família traz porque tem muita dor ou porque não consegue comer (...) tivemos vários casos de pacientes que acabam nem internando e já vem a óbito lá na sala de emergência. É para esse cuidado nos últimos momentos de vida. Quase nunca tem o paciente em potencial de cura porque esses internam na unidade, e os outros que não estão com um bom prognóstico acabam ficando aqui. (ENF5)

Os (pacientes) que vêm para emergência são os que complicam em casa durante o tratamento, então muitos vêm para ficar internado, não consegue o leito no andar e eles ficam aqui até o óbito ou até eles irem embora daqui. Muito raramente eles conseguem leito. (ENF4)

Partindo do exposto, percebe-se que os enfermeiros e médicos demonstram insatisfação em relação ao serviço de urgência como local de prestação de cuidados paliativos, já que não conseguem atuar nessa lógica. Isso ocorre, pois eles

acreditam que para exercer a assistência na filosofia do cuidado paliativo são necessárias sensibilidade e disponibilidade de tempo, características essas não contempladas no atendimento de urgências devido às características e peculiaridades da unidade.

Cuidado paliativo com pronto socorro não combina porque precisa de uma sensibilidade maior, de um cuidado maior, de tempo. E o que a gente menos tem trabalhando em pronto socorro é sensibilidade. (...) aqui a gente tem uma coisa muito de vida, chega um trauma nós reanimamos. As pessoas aqui estão sempre correndo, ninguém para do lado do paciente para dar a mão, conversar, dar um conforto. A gente acaba atendendo superficialmente. (ENF11)

Diante dessa situação, os enfermeiros e médicos enxergam que o cuidado, por vezes, é reduzido a ações pontuais como, por exemplo, a analgesia, desconsiderando as demais dimensões biopsicosocioespírito do cuidado. Assim, os profissionais entendem que a assistência de cuidado paliativo nesse cenário não é suficiente e que esse cuidado poderia ser otimizado em outros locais de atenção.

Morfina em bomba para deixar o paciente sedado. Cuidados Paliativos no pronto socorro se reduz a morfina em bomba, não é psicólogo, não é conversar com a família (...). (MED6)

A assistência é reduzida, o paciente é menos visto do que se tivesse numa internação, num leito, fica sintomático por muito tempo, demora a receber medicação (...). (MED9)

Outros profissionais referem que percebem ausência de cuidado na unidade de urgência e emergência e que as pessoas com doenças hemato-oncológicas apresentam o seu processo de terminalidade sem a assistência e cuidado adequado conforme as suas necessidades e expectativas.

No pronto socorro não existe cuidado, então final de vida é só final de vida no pronto socorro, sem cuidado. (MED7)

(...) a gente poderia fazer muito mais pelo paciente da hemato-onco. É um paciente que vai evoluir para um óbito ou para um cuidado mais paliativo. Mas a gente não tem muitos cuidados paliativos no pronto socorro. (ENF1)

Diante disso, a visão dos enfermeiros e médicos consideram que muitas das pessoas com doenças hemato-oncológicas, que internam na unidade de urgência e emergência, encontram-se em processo de final de vida necessitando de cuidados paliativos. Este processo é visto como algo incompatível com a demanda a ser atendida em uma unidade de urgência e emergência devido às características que eles consideram que o profissional de urgência e emergência não tem, tais como sensibilidade e atenção que os cuidados paliativos exigem. Assim, na visão dos participantes o cenário de urgência e emergência, parece não conseguir prestar a assistência necessária e adequada para os cuidados de final de vida.

### **(Re) pensando o cuidado a pessoa com câncer**

Esta categoria remete às falas dos participantes sobre as especificidades do manejo realizado na unidade de urgência e emergência às pessoas em cuidados paliativos. Apesar de manifestarem insatisfação com a assistência prestada e ausência de cuidados paliativos, os participantes demonstram o movimento de (re) pensar as práticas à filosofia dos cuidados paliativos, contudo permeado por conflitos e divergências de opiniões e ações. Nesse sentido, há relatos que indicam que o conhecimento em cuidados paliativos não é profícuo nesse cenário de atenção, pois está relacionado a uma medicina centrada na cura e na obstinação terapêutica.

As pessoas tem pouco conhecimento ou não querem se envolver, acreditam que paliativismo é não tratar, não fazer mais nada. A gente tem uma medicina que é ruim, baseada principalmente na medicina curativa, que muitas vezes, não funciona. Pelo contrário, gera um custo maior, gera medidas invasivas desnecessárias. (MED9)

Outro aspecto trazido pelos participantes diz respeito à comunicação entre a equipe de saúde e os familiares. O conhecimento sobre a progressão da doença e a

expectativa de vida são fatores conflitantes nessa relação devido à falta de entendimento da família e do diálogo necessário para o conhecimento da situação da pessoa que necessita de cuidados paliativos. Assim, há um conflito entorno da expectativa das pessoas por tratamentos e intervenções cirúrgicas que visam a cura versus a visão e percepção profissional de que os tratamentos esperados pelos familiares são fúteis e desnecessários para o cuidado na filosofia do paliativismo.

As famílias não entendem o que é evolução da doença, não sabem que o paciente tem uma doença que não tem expectativa. (...) acham que é desleixo, que não querem cuidar, e na verdade, não é, porque o paciente não vai ter benefício, então o paciente acaba ficando meses internado, faz tratamento desnecessário, cirurgia desnecessária para algo que não tem nem porquê. (MED9)

Em contrapartida, embora os profissionais percebam que as famílias não entendem a evolução da doença, por vezes são elas que manifestam aos profissionais o desejo da não realização de medidas invasivas ou fúteis. Essa percepção parece ser aguçada pelo anseio de cessar ou não acentuar o sofrimento da pessoa em final de vida diante de procedimentos técnicos desnecessários na visão do familiar. A fala a seguir demonstra uma situação em que o familiar foi o disparador para que o profissional buscasse com a equipe outra opção terapêutica que contemplasse os desejos da família e as necessidades da pessoa cuidada.

Muitas vezes os familiares dizem “não deixa sofrer” (...) “não quero que intube”, “não quero que façam medidas muito invasivas”. (Como por exemplo) um paciente que não tinha mais acesso (venoso) e a familiar disse “não faz mais nada, deixa sem, não quero que puncionem mais”, eu disse “mas ele vai ficar com dor”. (A acompanhante seguiu afirmando) que não queria mais que puncionassem ele (paciente). Chamei o médico, conversei e ele pediu para fazer (medicação) subcutânea. (ENF1)

Há que se destacar também que os profissionais relatam que o diálogo sobre progressão da doença, decisões terapêuticas e cuidados paliativos acaba ficando

restrito à equipe de saúde e por vezes alguns familiares, excluindo a pessoa com doença hemato-oncológica da participação na tomada de decisões e, até mesmo, a ciência sobre o seu diagnóstico e prognóstico. O médico reflete sobre essa atitude julgando-a como inadequada, porém, devido à necessidade de tomada de decisões rápidas e o curto espaço de tempo para trabalhar a mobilização dos sentimentos gerados à pessoa ele opta por tratar com a família.

A gente acaba pegando aquela situação que o ideal seria ver o entendimento que ele (paciente) tem para tentar ver o que ele decidiria, se ele quer submeter o procedimento sabendo que ele tem uma doença incurável, para ele ter pouco tempo. Essa discussão toda acaba sendo com a família, o que não é o certo, e o paciente às vezes fica de fora, porque tu não consegue chegar para o paciente e dar um diagnóstico e já perguntar o que ele faria. Tu precisa tomar as decisões, num dia, dois dias, é complicado. (MED12)

A equipe de residentes e médicos decide com a família e passa para enfermagem (...) primeiro em contato com os familiares para decidirem isso juntos. Alguns casos de pacientes que estão em estado terminal eles (equipe médica) nos passam: "a gente já vai definir como medidas de conforto e agora eu vou falar com a família". (ENF5)

Complementa-se ainda, que os profissionais relatam dificuldades que surgem no cotidiano de atendimento às pessoas em cuidado paliativo no que tange a equipe profissional, como por exemplo, a utilização de siglas no cotidiano em relação ao manejo das pessoas em cuidados paliativos em situação de parada cardiorrespiratória. Além do dilema e conflito ético que envolve as questões relacionadas à indicação ou não de reanimação.

É mais comum (o termo) medidas de conforto, a gente pressupõe que nada mais vai ser feito, além do que está prescrito, o básico vamos dizer, mas que não vai ser investido numa reanimação. No manejo máximo vai ser feito tudo que é possível de medicações, por exemplo, mas não de cuidado com a reanimação, talvez um dreno de tórax, uma coisa mais invasiva. Circula mais pela enfermagem o S-I-R, que é uma sigla para sem indicação para



reanimação. Isso eu vejo mais nos nossos relatórios de enfermagem (...).  
(ENF5)

Eles (equipe) passaram o (acesso) central, mas ele (paciente elegível para cuidados paliativos) parou (...), eu tava em outro paciente, (...) a médica disse assim “traz o carro de emergência”, daí ela parou (...) “não, não traz”, daí eu disse “traz ou não traz? Parou ou não parou?”, “não, traz igual”, daí eu fui lá atender. (ENF1)

Há que se destacar, que neste contexto de assistência uma das experiências elencadas como positivas foi a presença de uma equipe de consultoria em cuidados paliativos criada recentemente no hospital. O profissional se sentiu confiante e seguro em relação à assistência prestada devido ao apoio e possibilidade de compartilhar com outros profissionais o caso.

(...) eu tive experiências que eu chamei o pessoal (equipe de consultoria) dos cuidados paliativos para me ajudar (...) acho que isso foi muito bom, foi bem melhor do que se eu fosse lá sozinha. A gente conseguiu transferir o paciente, alguma coisa a gente conseguiu entender daquilo que estava acontecendo. (MED9)

Dessa forma, na assistência em urgência e emergência ocorrem conflitos e dilemas que envolvem os profissionais, os familiares e a equipe multiprofissional. Sob esse aspecto, essas divergências se mostraram disparadores para repensar o cuidado as pessoas com doenças hemato-oncológicas e colocar em pauta a necessidade de discutir e aperfeiçoar os conhecimentos em cuidados paliativos. O diálogo se mostrou ferramenta indispensável no cuidado à pessoa e as famílias bem como, para o trabalho em equipe.

### **A unidade de urgência e emergência: desafios para o cuidado na terminalidade**

Esta categoria emerge das falas dos entrevistados relacionadas às dificuldades para o manejo de pessoas em cuidados de final de vida na unidade de urgência e emergência em virtude da inadequação da estrutura disponível para a

realização de seus processos de trabalho e a sua importância no desfecho dos atendimentos. Assim, os participantes desvelam a dificuldade de acomodação das pessoas internadas resultando na utilização de macas nos corredores da unidade. Complementando ainda, que tal situação impede a inclusão da plena participação dos familiares no processo de cuidados de final de vida.

(...) eles estão quase no fim na maca no corredor, junto com todos os outros, a família não pode ficar junto. (...) colocamos um biombo na frente, quando vaga leito tenta-se colocar ele para dentro do salão para ficar mais reservado, para permitir e facilitar as visitas. O pronto-socorro é descaracterizado, ele não tem esse objetivo de deixar pessoas internadas e ficar aqui na terminalidade. (ENF4)

Diante da demanda de pessoas e da diversidade de casos atendidos na unidade o cenário se mostra limitado e inadequado para atender as necessidades das pessoas em processo de terminalidade. Foram citados a alternância de decúbito, o horário de realização de medicações corretos e a privacidade como fatores de difícil realização diante da estrutura apresentada.

Por ser uma emergência e ter todos esses pacientes graves esperando UTI a gente não consegue fazer seguida uma mudança de decúbito, proporcionar um conforto. O cuidado, a medicação, a gente faz, só que eu acho que eles precisariam um pouquinho mais, seria a parte do conforto, de mudança decúbito, privacidade, de ter a família que está passando por esse processo. Não tem condições boas para promover um cuidado no fim de vida adequado aqui. (ENF10)

Além disso, a caracterização e o cenário de atendimento da unidade de urgência emergência também são vistas como fator limitante para a comunicação e abordagem de más notícias, conforme ilustra a fala a seguir:

(...) o local que o paciente está é difícil, no corredor é difícil abordar essas coisas (comunicação de más notícias) sem conversar direito. (MED12)

Diante, da estrutura da unidade de urgência e emergência os profissionais se questionam e sugerem a possibilidade do processo de terminalidade ocorrer com maior qualidade em outros locais como no domicílio ou em um lugar específico para

realização desses cuidados. Outro aspecto relatado é o respeito pelo direito de escolha da pessoa e seus familiares ao local de cuidado em conjunto com a avaliação da equipe de saúde.

Fica numa acomodação ruim. Gente grande fica numa maca, não consegue se mobilizar, para o cuidado é péssimo. O paciente que está numa situação de terminalidade, é muito ruim. (...) vem para um hospital buscando qualidade e às vezes ele estaria melhor em casa, numa cama. (MED9)

É uma estrutura muito ruim para o paciente em final de vida. A gente sabe que para família é muito ruim ficar em casa. A gente gostaria muito que pudesse ficar em casa, mas cada um tem o direito de escolher. Acho que as famílias também (...). É por isso que tinha que ter um lugar específico para isso. Tinha que ter um canto, uma ala, no hospital (...). (MED8)

Nesse cenário, a visão do atendimento de urgência é caracterizada pela realização de procedimentos e ações que salvem vidas, assim a falta de preparo profissional para atuar nessa estrutura na filosofia e lógica dos cuidados paliativos e de final de vida foi elencado pelos profissionais.

Eu não me sinto (preparado), porque eu não tive nenhum treinamento para isso, e a gente, quando pensa em emergência, a gente pensa justamente em salvar vidas, em atuar numa parada, numa reanimação, numa intubação e a gente não está preparado para dar esse suporte para o fim da vida. Então, eu sinto falta de preparo. Eu sei que eu tenho que buscar isso, mas a gente prioriza ou acaba priorizando outras coisas. Então eu não me sinto preparado para isso, mas eu gostaria, eu acho que eu ia me dar bem, ia ser bom até para suprir esse sentimento de falta de preparo, de poder ajudar nesse momento que as pessoas nos buscam tanto. (ENF5)

A unidade de urgência e emergência é caracterizada pelo número excessivo de internações com pessoas em diferentes níveis de gravidade, isso reflete em uma estrutura de atendimento inadequada para o cuidado. Assim, eles elencam que falta preparo profissional para atuar em cuidados paliativos e de final de vida. Esse cenário é encarado como desafiador para atuação dos profissionais em uma assistência de qualidade e coerente com as necessidades de cada uma das pessoas.

## 4 DISCUSSÃO

Os participantes apresentaram uma compreensão sobre os CP voltada para a situação de terminalidade de vida associando o conceito de cuidados paliativos ao tempo de sobrevida do paciente, remetendo ao termo paciente terminal. De acordo com o *Medicare*, sistema de seguros de saúde gerido pelo governo dos EUA, tal critério é considerado um dos mais utilizados para a elegibilidade do paciente para os cuidados paliativos, o mesmo estabelece o tempo de sobrevida esperado de seis meses como condição para essa assistência. Ainda assim, o tempo de sobrevida não deve ser considerado como único critério para a elegibilidade, mas, sim, a ausência de possibilidades terapêuticas de cura da doença (ANCP, 2012).

As experiências internacionais confirmam que a dificuldade em lidar com as questões da morte e do morrer, presentes em praticamente todos os contextos e mais aguçadas em alguns, como se verificou em unidade de urgência e emergência, pode ser enfrentada por meio do conhecimento, e conseqüentemente, do melhor preparo profissional para se lidar com a terminalidade (CARDOSO; SANTOS, 2017).

O termo “não há mais o que fazer” mostra a identificação dos participantes com a ideia dos tratamentos curativos como única forma de atendimento possível, assim quando este não mostra resultados os profissionais passam a evitar o paciente, pois a maioria não se sente capacitada para realizar o cuidado em uma lógica não curativa, resultando assim em um afastamento do paciente e negação da morte. Uma vez que a morte é ocultada, e que sobre ela se fixem um conjunto de valores negativos o paciente em terminalidade de vida é algo que incomoda assim sua presença no ambiente hospitalar é negativa.

Quando a hospitalização do paciente em cuidados paliativos se faz necessária é fundamental que a equipe multiprofissional esteja preparada para lidar com suas demandas, de forma integral e humanizada. Assim, o controle adequado dos sintomas físicos, psicológicos e espirituais, conforme a filosofia dos cuidados paliativos, garantindo uma sobrevida digna, compreender e incluir paciente e família deve ser o foco da equipe, que para isso tem que se sentir segura e capacitada (CARDOSO et al., 2013).

Um estudo realizado no sul do Brasil evidenciou a falta de preparo profissional da equipe de enfermagem da unidade de emergência para lidar com pacientes em cuidados paliativos, além da falta de estrutura para manter estes pacientes nesta unidade. O mesmo estudo sugere medidas institucionais como a consolidação da equipe de cuidados paliativos padronizando ações voltadas para estes pacientes no espaço hospitalar (MATOS, 2015).

Diante da assistência ao paciente em CP na unidade de urgência e emergência a equipe manifestou conflitos e dilemas envolvendo principalmente a comunicação entre os profissionais resultando em dificuldades na atuação, como por exemplo, o uso de siglas usadas em prontuários como forma de aviso sobre Limitação de Esforço Terapêutico (LET). Entende-se por LET a decisão de suspensão ou abstenção de um determinado tratamento, normalmente considerado fútil, pois perante um quadro clínico terminal ou irreversível, tem uma probabilidade de dano maior do que benefício para o doente (ALVES, 2017). Segundo Bernardo, Rosado e Salazar (2010), o trabalho em equipe é vantajoso, pois ajuda na tomada de decisões difíceis, permite aperfeiçoar competências, apoiar, reconhecer e partilhar experiências garantindo uma continuidade, unidade e diferenciação de cuidados.

Cardoso et al (2013), já abordou a falta de preparo da equipe multidisciplinar como fator desencadeante de conflitos na equipe, e pelas falas apresentadas é possível perceber uma dificuldade de comunicação, prejudicando o trabalho em equipe e a assistência prestada. Dentre as sugestões da OMS para o trabalho em cuidados paliativos os profissionais deverão estar treinados e ter oportunidades de ampliar seus conhecimentos. Além disso, as instituições devem promover atitudes e comportamentos que auxiliem nas atividades destes profissionais (World Health Organization, 2007). Ou seja, além da formação, é importante que a instituição propicie um ambiente onde a equipe consiga trabalhar de maneira condizente com os princípios do cuidado paliativo.

De acordo com o relato dos participantes, outra dificuldade com relação ao manejo das pessoas em tratamento hemato-oncológico, especialmente, diz respeito à comunicação entre profissionais, pessoa em tratamento e familiares. Alguns aspectos da relação profissional e paciente como a privacidade e a

confidencialidade ajudam na tomada de decisões em situações divergentes. A privacidade é a limitação do acesso às informações de uma dada pessoa, à sua intimidade, anonimato, sigilo, afastamento ou solidão. A confidencialidade, por sua vez, é a garantia do resguardo das informações dadas em confiança e a proteção contra a sua revelação não autorizada (GOLDIN, 2000).

As quebras de privacidade ou de confidencialidade podem ocorrer na relação do profissional com terceiros, tais como com a família e cuidadores. Em todas estas relações deve ficar claro que a fidelidade do profissional é para com o paciente. A este cabe à decisão de quais dados devem ser revelados ou não. É extremamente importante que este compromisso seja preservado, mesmo quando o paciente esteja em estado de inconsciência e até mesmo após a sua morte (GOLDIN, 2000).

Esse pensar se faz importante, pois às vezes, a discussão inicial sobre o planejamento do cuidado do fim da vida é abordada durante o atendimento em uma unidade de urgência e emergência, portanto deve-se escolher um modo que cause o menor dano e impacto possível. Existem inúmeros estudos e propostas de como comunicar más notícias aos pacientes e suas famílias, segundo o mesmo autor, esta é uma habilidade que também pode e deve ser desenvolvida, e não negada pelos profissionais de saúde. A não revelação da verdade pode impedir o paciente de tomar decisões importantes sobre o seu tratamento e sua vida pessoal. Da mesma forma, impede o paciente e família de se prepararem para eventos prováveis, inclusive a morte (LEAK, 2013).

Um estudo realizado nos EUA concluiu que a boa comunicação entre familiares e membros da equipe multidisciplinar pode ser estabelecida com treinamento e constitui fator determinante para a satisfação das famílias de pacientes em UTI e para o cumprimento da vontade do paciente (SHAW, 2014).

Como observado nos resultados, os participantes relacionam o modelo de estrutura disponível na unidade de urgência e emergência como impróprio às práticas de cuidado paliativo, reforçando a ideia de que a pessoa em tratamento nesta modalidade de atenção necessitaria ser transferida a uma unidade especializada em CP. Segundo preconizado pela ANCP, o ambiente hospitalar para prestação do cuidado paliativo deve ser adaptado às particularidades deste tipo de assistência, salienta-se o não isolamento, através da presença de familiares e

acompanhantes de maneira confortável junto ao paciente, as visitas devem ser facilitadas pela flexibilização de horários e número de pessoas, incluindo-se a possibilidade de permitir a entrada de crianças (CHINO, 2012).

A exposição, a falta de privacidade, o barulho e o desconforto foram os principais problemas relacionados ao ambiente físico da unidade de emergência. As condições de vulnerabilidade que os pacientes e seus familiares encontram durante a permanência na emergência, muitas vezes em internações prolongadas parece se tornar ainda mais incômodas quando se trata dos pacientes em CP.

Através de um estudo do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António quantificou-se a recorrência de doentes oncológicos em CP ao serviço de urgência do mesmo hospital. Os dados sugerem que os doentes que são acompanhados em consultas de seguimento, continuam a ter necessidade de recorrer ao serviço de urgência, mas habitualmente em fases mais tardias da doença. Esta necessidade traduz, muito provavelmente, a falta de cuidados paliativos organizados no hospital, a ligação com os cuidados primários, o apoio ao domicílio e com os cuidados terminais, subvertendo o conceito de que o doente em cuidados paliativos tem necessidades específicas que podem e devem ser lidadas fora do ambiente de urgência (MASSA, 2010).

Ainda nesse contexto, o plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal, biênio de 2017-2018, sugere que todos os lugares devem exercer ações paliativas por meio da “Abordagem Paliativa” integrando assim, métodos e procedimentos usados em CP no acompanhamento dos doentes e famílias em todas as estruturas não especializadas em CP, como é o caso da unidade de urgência e emergência. Esse documento engloba desde ações paliativas até intervenções que requerem uma resposta estruturada, específica e organizada, sem, contudo, ser objeto de necessidade de cuidados especializados (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP), 2016).

Sendo assim todos os serviços dos cuidados de saúde primários, pré-hospitalares e hospitalares devem ser capazes de identificar os doentes com necessidades do foro paliativo, prestar uma Abordagem Paliativa adequada e, em caso de maior complexidade clínica, pedir apoio a equipes específicas, as quais podem intervir enquanto consultoras ou na prestação direta de cuidados num

modelo colaborativo e integrado de CP resultando em um processo dinâmico no qual o doente e a família são apoiados de acordo com suas necessidades (CNCP, 2016).

Salientam-se, ainda, como limitações do estudo o curto período de tempo para coleta de dados para entrevistas e a coleta de dados em um único hospital.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir da análise dos dados provenientes do resultado da presente pesquisa, foi possível conhecer a percepção e os significados atribuídos por enfermeiros e médicos a respeito dos cuidados paliativos prestados às pessoas com doenças hemato-oncológicas atendidas em uma unidade de urgência e emergência de um hospital geral.

Também se vislumbrou alguns desafios para a formação desses profissionais e atuação nos CP em unidade de urgência e emergência. Os relatos evidenciam que os participantes têm conhecimento insuficiente sobre esses cuidados, bem como suas características, associando os mesmos, na maioria das vezes, à terminalidade da vida.

A partir das falas dos profissionais, identificou-se que compreendem a importância da manutenção da qualidade de vida dos pacientes por eles atendidos e reconhecem que uma forma de preservar essa qualidade de vida é através da implementação dos CP enquanto filosofia de cuidados, nesse aspecto a equipe consultora de CP atuante no hospital é lembrada como ponto de apoio às decisões da equipe e referência para (re)pensar o cuidado.

Os resultados também identificaram as insatisfações dos participantes com relação à comunicação entre a equipe, apontando a necessidade do estabelecimento de protocolos de auxílio à decisão e de impressos próprios para a sua documentação de forma obrigatória e sistemática na instituição; bem como maior envolvimento dos doentes, enfermeiros, familiares e representantes legais no processo de decisão, principalmente no que diz respeito às limitações do esforço terapêutico.

Outro desafio à realização de CP na unidade diz respeito à estrutura que dispõem, no momento, para realização do cuidado, necessitando de adequações.



Essas mudanças exigem tempo, porém, ouvir a equipe e traçar diretrizes baseadas na necessidade de quem efetivamente presta o cuidado e conhece a realidade da instituição é um passo inicial importante, pois norteia o foco das mudanças.

Assim, tornam-se relevantes discussões em torno dos CP na prática assistencial da unidade de urgência e emergência, já que são vivenciados constantemente pelos profissionais atuantes nessa unidade, tornando mais humanizada a assistência a pacientes e familiares, pautada em conhecimento técnico e científico; portanto, é necessário que enfermeiros e médicos saibam reconhecer os pacientes que necessitam de CP, além de ofertar uma assistência de qualidade visando ao bem-estar do paciente e de sua família.

## REFERÊNCIAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - ANPC. **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012.

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. **Homepage**. São Paulo, 2018. Disponível em: < <http://paliativo.org.br/asco-atualiza-diretriz-sobre-atuacao-de-equipe-de-cuidados-paliativos/>>. Acesso em: 8 fev. 2018.

ALVES, T.A.B. **Limitação do esforço terapêutico no doente internado**: definição do processo de decisão e sua oportunidade. Investigação casuística do problema. 2017. 20 p. Dissertação (Mestrado em Medicina)- Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal, 2017.

BERNARDO, A., ROSADO, J., SALAZAR, H. **Burnout e auto- cuidados**. Manual de cuidados paliativos, 2ª ed., p. 773-783. Lisboa, Portugal. 2010. BRASIL.

BRASIL. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), Rio de Janeiro, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 874 de 16 de maio de 2013**. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 maio. 2013.

CARDOSO, D. H.; MUNIZ, R. M.; SCHWARTZ, E.; ARRIEIRA, I. C. O. **Cuidados paliativos na assistência hospitalar**: a vivência de uma equipe multiprofissional. Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 22 n. 4, p. 1134-1141, 2013.

CARDOSO, E.A.O; SANTOS, M.A. **Grupo de Educação para a Morte: uma Estratégia Complementar à Formação Acadêmica do Profissional de Saúde.** Psicologia: Ciência e Profissão, v. 37 n.2, p. 500-514, 2017.

CHINO, F. T. B. C. **Plano de cuidados: cuidados com o paciente e a família.** Manual de cuidados paliativos. 2. ed. Porto Alegre: Sulina, 2012.

CID, V. E. **Los cuidados paliativos: acompañando a las personas en el final de la vida.** Cuadernos de Bioética, XXIII, 2012.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO - CREMESP. **Cuidado paliativo.** Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: [s.n.], 2008.

GARCIA E. A.; FUGULIN F. M. T. **Distribuição do tempo de trabalho das enfermeiras em Unidade de Emergência.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 44 n.4, p. 1032-1038, dez. 2010.

GOLDIM, J.R. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Relação profissional-paciente idoso.** 2003 Disponível em: <<http://www.bioetica.ufrgs.br/relido.htm>>. Acesso em: 15 fev. 2018.

GOMES A.L.Z.; OTHERO M.B. **Cuidados Paliativos.** Estudos Avançados, vol.30 n.88, 2016.

LEAK et al. **Why Do Cancer Patients Die in the Emergency Department? An Analysis of 283 Deaths in NC EDs.** Am J Hosp Palliat Care, v.30 n. 2, p. 178-182. 2013.

LYNCH, T.; CLARK, D.; CONNOR, S.R. **Mapping levels of palliative care development: a global update.** WCPA: London, 2011.

MASSA, E.B. **Análise da necessidade de recurso ao serviço de urgência de doentes oncológicos em cuidados paliativos.** 2010. 23 p. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) – Universidade do Porto, Porto, Portugal. 2010.

MATOS, T.A. **Cuidados Paliativos: a realidade de uma unidade de emergência hospitalar e os caminhos na construção de diretrizes para o cuidado sob a ótica da enfermagem.** 2015. 85 p. Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2015.

OTHERO, M. B. et al. **Profiles of palliative care services and teams composition in Brazil: First steps to the Brazilian Atlas of Palliative Care.** European Journal of Palliative Care. 14th World Congress of the European Association of Palliative Care. Copenhagen, Denmark. May. 2015. p.113.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Nuevas perspectivas en cuidados paliativos.** In: PROGRAMA DE BIOÉTICA DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD / ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (Org.) Acta Bioethica. Santiago del Chile: OPS/OMS, 2006. p.231-42.

PLANO ESTRATÉGICO PARA O DESENVOLVIMENTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS. Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. Portugal, 2016.

SHAW, D.J. et al. **Multidisciplinary Team Training to Enhance Family Communication in the ICU**. Critical Care Medicine v.42 n.2, p. 265–271, 2014.

SILVA, J.V; ANDRADE, F.N; NASCIMENTO, R.M. **Cuidados Paliativos - Fundamentos e Abrangência: Revisão de Literatura**. Revista Ciências em Saúde v.3 n. 3, 2013.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Homepage**. Ribeirão Preto, 2018. Disponível em: < <http://ribeirao.usp.br/?p=4677> >. Acesso em: 15 fev. 2018.

WAGNER, D. **Estado da arte dos cuidados paliativos oncológicos**: retrato da assistência no município de Juiz de Fora. 2013. 175 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer control**: knowledge into action. WHO guide for effective programmes; Module 5. Palliative Care. 2007.

## APÊNDICE A -

### Roteiro da Entrevista Semi- estruturada

Entrevista nº..... Data:.....

Caracterização do participante:

Data de nascimento:\_\_\_\_\_

Sexo: ( )F ou ( )M

Estado civil: ( ) solteiro(a) ( )casado(a) ( )viúvo(a) ( )companheiro(a)

Profissão:

Tempo de graduação:

Tempo de serviço no hospital:

Escolaridade: ( ) graduação ( ) especialização ( ) residência ( ) mestrado  
( ) doutorado Outro:\_\_\_\_\_

Vínculo empregatício:

( ) Servidor público federal regido pelo regimento jurídico único

( ) Servidor federal regido pela Consolidação das Leis do Trabalho –EBSERH

( ) Residência Médica

Questões norteadoras:

1. Como você descreveria o seu trabalho no pronto-socorro? Como você percebe sua atuação?

2. Como ocorre a normatização dos processos de trabalho neste setor?

3. Como você realiza o cuidado dos pacientes da hemato-oncologia?

4. Na sua percepção quais são os principais motivos de internação dos pacientes da hemato-oncologia?

5. Qual a sua preparação para o atendimento nessa especialidade? Você sente-se preparado para o atendimento nessa especialidade?

6. O que você tem a dizer sobre a sua atuação em relação a equipe multiprofissional? Quais são os profissionais envolvidos nesse processo de cuidado em hemato-oncologia?

7. Como você busca e adquire novos conhecimentos no seu local de trabalho?

8. Quais as dificuldades no atendimento dos pacientes em situações de emergência na hemato-oncologia?

9. Quais as potencialidades e facilidades no atendimento?

## APÊNDICE B-

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Projeto de Pesquisa: ASSISTÊNCIA A PESSOAS EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA E/OU EMERGÊNCIA EM UM SERVIÇO DE PRONTO-SOCORRO.

Pesquisadora orientanda: Jéssica L. Beck, Pâmela B. de Leon, Taís F. Gomes

Coordenadora da Pesquisa: Profa. Dra. Silvana Bastos Cogo

Telefone para contato: (55) 996863552 (Silvana Bastos Cogo)

Local da coleta de dados: Pronto-Socorro do Hospital Universitário

Prezado(a) participante;

Você está sendo convidado(a) a participar desta pesquisa de forma voluntária. Antes de concordar em participar, é muito importante que você entenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você decida participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito. Se concordar, você deverá assinar esse documento em duas vias; uma ficará com você, e outra com os pesquisadores.

Sua contribuição nesse estudo inclui sua participação em entrevistas. As entrevistas serão gravadas e os participantes serão identificados por códigos. Todos os dados coletados, depois de organizados e analisados pelos pesquisadores, poderão ser divulgados e publicados. A divulgação no meio científico se dará por meio de artigos científicos. Os pesquisadores desta investigação se comprometem a seguir o que consta na Resolução nº 466/2012 que trata sobre pesquisas em seres humanos. Sua participação é isenta de despesas e sua assinatura representa o aceite em participar voluntariamente do estudo.

A pesquisa não ocasionará riscos diretos à saúde dos participantes, contudo a temática em questão pode apresentar algum risco ligado à inquietude ou ansiedade para os participantes, ao remetê-los para a vivência das práticas desenvolvidas no cenário de estudo. Portanto, se ocorrer desconforto, alteração de comportamento ou sofrimento durante o relato, a entrevista será interrompida e os participantes do estudo serão acolhidos pelas pesquisadoras.

Para maiores informações:

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep

Este estudo poderá trazer contribuições a nível individual para os participantes do estudo na medida em que haverá oportunidade para reflexão e diálogo nas entrevistas; poderá contribuir para o crescimento do conhecimento em relação à saúde de pessoas em adoecimento por câncer em situações de emergência, o que poderá refletir em melhorias na assistência e no cuidado prestado. Além disso, a divulgação dessa pesquisa poderá aumentar a visibilidade da temática, estimulando atividades que promovam melhorias da qualidade do serviço.

As informações serão utilizadas para execução desse projeto, sendo ainda construído um banco de dados. As informações serão divulgadas de forma anônima e serão mantidas na sala 1305B do Departamento de Enfermagem, no Centro de Ciências da Saúde, prédio 26, no Campus da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), por um período de cinco (5) anos, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável deste projeto Profa. Dra. Silvana Bastos Cogo. As informações ficarão em um armário exclusivo para este fim e após o período de cinco anos serão destruídas. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu \_\_\_\_\_, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santa Maria, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

---

Assinatura do participante

---

Silvana Bastos Cogo

---

Jéssica Luíza Beck

---

Pâmela Barros de Leon

---

Taís Falcão Gomes

Para maiores informações:

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: [comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br](mailto:comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br). Web: [www.ufsm.br/cep](http://www.ufsm.br/cep)

## APÊNDICE C - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIA DA SAÚDE  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Título do projeto: ASSISTÊNCIA A PESSOAS EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA E/OU EMERGÊNCIA EM UM SERVIÇO DE PRONTO-SOCORRO

Pesquisadoras orientandas: Jéssica L. Beck, Pâmela B. de Leon, Taís F. Gomes.

Coordenado da Pesquisa: Silvana Bastos Cogo.

Telefone para contato: (55) 996863552 (Silvana Bastos Cogo);

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes pesquisados cujos dados serão coletados por meio de entrevista semiestruturada. Essas informações só poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas sob a responsabilidade da professora orientadora da pesquisa Silvana Bastos Cogo, na sala 1305 do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria por um período de cinco anos. Após esse período, o material será destruído sob forma de incineração.

Santa Maria, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

---

Silvana Bastos Cogo

---

Jéssica Luíza Beck



---

Pâmela Barros de Leon

---

Taís Falcão Gomes



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ASSISTÊNCIA A PESSOAS EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA E/OU EMERGÊNCIA EM UM SERVIÇO DE PRONTO-SOCORRO

**Pesquisador:** Silvana Bastos Cogo

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 69116717.9.0000.5346

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.121.624

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo de natureza descritiva exploratória, com uma abordagem qualitativa. O cenário que compreenderá essa pesquisa será um hospital universitário e público de grande porte de uma cidade localizada no centro geográfico do Estado do Rio Grande do Sul (RS).

Pacientes em tratamento oncológico, são submetidos a diferentes procedimentos como quimioterapia, radioterapia, cirurgia, hormonioterapia e tratamento paliativo, podendo vir a recorrer ao pronto socorro do hospital como referência para cuidados, suporte e acolhimento diante de qualquer intercorrência durante o tratamento. Enfermeiros, médicos e médicos residentes geralmente são os profissionais responsáveis pelo acolhimento e manejo destas emergências oncológicas no contexto do pronto socorro. Durante os meses de julho, agosto e setembro de 2017 serão selecionados, mediante amostragem não probabilística, de forma intencional, de acordo com sua presença e disponibilidade no local e momento da coleta de dados 20 profissionais que atuam no Pronto Socorro e atendem emergências oncológicas. Aqueles que concordarem em participar do estudo, responderão um questionário semi-estruturado, que será gravado para análise posterior.

No mesmo período, será feita análise documental, com o objetivo de rastrear informações de

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

**Bairro:** Camobi

**CEP:** 97.105-970

**UF:** RS

**Município:** SANTA MARIA

**Telefone:** (55)3220-9362

**E-mail:** cep.ufsm@gmail.com

todas as pessoas em tratamento hemato-oncológico que buscaram o serviço de pronto-socorro no período de coleta de dados.

Os dados coletados por meio da pesquisa documental serão analisados a partir de estatística descritiva simples. O conteúdo qualitativo dos dados provenientes dos prontuários e das entrevistas serão analisados a partir da proposta operativa de Minayo (2014).

**Objetivo da Pesquisa:**

**GERAL:** conhecer a assistência prestada pelos enfermeiros e médicos a pessoas em tratamento oncológico em situações de urgência ou emergência no serviço de pronto socorro de um hospital universitário do Rio Grande do Sul.

**ESPECÍFICOS:**

- Identificar as emergências oncológicas atendidas em um pronto socorro;
- Conhecer as condutas de enfermeiros e médicos durante o atendimento às emergências oncológicas em um pronto socorro;
- Relatar a percepção dos profissionais enfermeiros e médicos diante da assistência as pessoas em tratamento oncológico atendidas em um pronto socorro.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** eventual desconforto emocional. Caso isso ocorra, a entrevista será interrompida sendo transferida para outro momento.

**Benefícios:** indiretos através do conhecimento gerado.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta folha de rosto, termo de confidencialidade, TCLE, registro do projeto e autorização institucional devidamente redigidos e assinados.

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
**Bairro:** Camobi **CEP:** 97.105-970  
**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA  
**Telefone:** (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA  
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 2.121.624

**Recomendações:**

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências ou inadequações.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_821022.pdf	31/05/2017 19:14:38		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclepdf.pdf	31/05/2017 19:14:20	Silvana Bastos Cogo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoomite.doc	31/05/2017 19:14:12	Silvana Bastos Cogo	Aceito
Folha de Rosto	silvana.pdf	31/05/2017 12:49:53	Silvana Bastos Cogo	Aceito
Orçamento	orc.docx	30/05/2017 23:08:12	Silvana Bastos Cogo	Aceito
Cronograma	crono.docx	30/05/2017 23:08:00	Silvana Bastos Cogo	Aceito
Outros	confiden.docx	30/05/2017 23:06:29	Silvana Bastos Cogo	Aceito
Outros	GEP_HUSM.pdf	30/05/2017 15:37:04	Silvana Bastos Cogo	Aceito
Outros	projeto_57463.pdf	30/05/2017 15:36:35	Silvana Bastos Cogo	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
**Bairro:** Camobi **CEP:** 97.105-970  
**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA  
**Telefone:** (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com

SANTA MARIA, 14 de Junho de 2017

---

Assinado por:  
CLAUDEMIR DE QUADROS  
(Coordenador)

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
**Bairro:** Camobi **Município:** SANTA MARIA **CEP:** 97.105-970  
**UF:** RS **Telefone:** (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com