

**ARTIGO ORIGINAL**

**OS CUIDADOS PALIATIVOS E A INVESTIGAÇÃO SOBRE O CUIDADO  
INTEGRAL MULTIDISCIPLINAR NO DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA  
PALLIATIVE CARE AND RESEARCH ON COMPREHENSIVE MULTIDISCIPLINARY CARE  
IN THE EMERGENCY DEPARTMENT**

**Juliana Maciel de Araujo<sup>1\*</sup>; Sandra das Dores Souza<sup>2</sup>; Gabriela Casanova Martins dos Santos<sup>3</sup>**

1. Psicóloga Especialista Lato Sensu pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (área de concentração Urgência e Emergência), da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Fhemig. Belo Horizonte, MG. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5966-2437> , [jmaciel.araujo@gmail.com](mailto:jmaciel.araujo@gmail.com)
2. Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção de Violência pela UFMG, 2013. Psicóloga com atuação na Fundação Hospitalar do Estado de MG - FHEMIG. Belo Horizonte.MG. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9455-6741> , [sdssouza.psicologia@gmail.com](mailto:sdssouza.psicologia@gmail.com)
3. Médica Paliativista com Completação pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 2019. Médica Clínica com atuação na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Fhemig, e na Prefeitura de Belo Horizonte. Professora da Faculdade de Saúde Humana e Ecologia. Belo Horizonte, MG. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6924-675X>, [gabi.casanova10@gmail.com](mailto:gabi.casanova10@gmail.com)

\* autor para correspondência: Juliana Maciel de Araujo: [jmaciel.araujo@gmail.com](mailto:jmaciel.araujo@gmail.com)

Recebido em: 06/03/2023 - Aprovado em: 01/07/2023 - Disponibilizado em: 31/07/2023

*RESUMO: Segundo a Organização Mundial da Saúde, os Cuidados Paliativos são uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos pacientes que enfrentam doenças ameaçadoras da vida e de seus familiares. Em 31 de outubro de 2018 por meio da Resolução de Nº 41, o Ministério da Saúde afirma que os cuidados paliativos deverão ser ofertados inclusive no Departamento de Urgência e Emergência, com foco no conforto, dignidade, melhores práticas e na Atenção Hospitalar no controle de sintomas. O presente trabalho objetiva investigar os cuidados ofertados no pronto-socorro de um complexo hospitalar de urgência e emergência referência em trauma em Minas Gerais, tendo como premissa os cuidados paliativos. Trata-se de uma pesquisa realizada por meio de seleção de amostra por conveniência, que incluiu 52 profissionais de saúde no pronto-socorro deste hospital. A coleta dos dados foi realizada no período de 07 de setembro a 02 de outubro de 2021, através de um questionário estruturado, com 16 questões fechadas e 1 (uma) questão aberta de preenchimento opcional. Os dados foram apresentados em gráficos e realizada análise descritiva e qualitativa dos resultados. A pesquisa demonstrou que já existe uma prática em cuidados paliativos sendo realizada, mesmo sem nenhuma formação específica na área, o que acaba levando a algumas deficiências de abordagem dessa prática de cuidado. Os entrevistados se mostram confortáveis em atuar usando essa abordagem e acham válida a ideia de que haja a existência de uma equipe de Cuidados Paliativos para auxiliá-los buscando melhores práticas.*

*PALAVRAS-CHAVE: Cuidado Paliativo; Serviços Médicos de Emergência; Pronto-socorro.*

**ABSTRACT:** According to the World Health Organization, Palliative Care is an approach that aims to improve the quality of life of patients facing life-threatening illnesses and their families. On October 31, 2018, through Resolution No. 41, the Ministry of Health states that palliative care should be offered even in the Urgency and Emergency Department, focusing on comfort, dignity, best practices and Hospital Care in the control of symptoms. The present work aims to investigate the care offered in the emergency room of an urgent and emergency hospital complex that is a reference in trauma in Minas Gerais, having palliative care as a premise. This is a survey carried out through the selection of a convenience sample, which included 52 health professionals in the emergency room of this hospital. Data collection was carried out from September 07 to October 02, 2021, through a structured questionnaire, with 16 closed questions and 1 (one) optional open question. The data were presented in graphs and a descriptive and qualitative analysis of the results was performed. The research demonstrated that there is already a practice in palliative care being carried out, even without any specific training in the area, which ends up leading to some shortcomings in approaching this care practice. The interviewees are comfortable with using this approach and find the idea of having a Palliative Care team to help them in the search for better practices valid.

**KEYWORDS:** Palliative Care; Emergency Medical Services; Emergency Room.

## 1. INTRODUÇÃO

O Departamento de Emergência - DE ou Pronto-socorro - PS, torna-se a porta de entrada para sujeitos com todo tipo de dor e/ou desconforto, sejam agudos ou crônicos, tal como de pacientes com doenças avançadas ou em fase final de vida, os quais grande maioria não possui diretrizes avançadas de cuidados bem definidas, ficando a cargo do emergencista a função de abordar valores e de definir planos de cuidados. (TURAÇA; RIBEIRO, 2021; LEON, 2018; LOURENÇATO *et al.*, 2019).

A manifestação de sintomas físicos que leva os sujeitos a procurarem os serviços de emergência na busca de respostas de causa orgânica, não obstante o medo frente ao diagnóstico até então desconhecido pode levar também a manifestação de sentimentos de desamparo, aumento da ansiedade, sentimento de impotência e a sensação de não ser mais o dono da própria vida, daí a importância de ofertar um cuidado integral a esses sujeitos. (LEITE; YOSHII; LANGARO, 2018).

Sobre este cuidado integral, a assistente social, enfermeira e médica Dame Cicely Saunders,

conhecida como fundadora do Moderno Movimento Hospice, em 1967 criou o conceito de dor total como aquele que “[...] abrange a influência de fatores físicos, psíquicos, sociais e espirituais na percepção da dor pelo paciente, bem como os seus efeitos na qualidade de vida.” (CARVALHO; BRANCO, 2018, p.110; SANTOS, 2009, p.418).

Segundo Vidal *et al.* (2014, p.392) os principais sintomas em pacientes portadores de doenças ameaçadoras da vida são “dor, fadiga, falta de ar / dispneia, insônia, anorexia / caquexia, delirium, constipação, ansiedade, náusea / vômito e depressão”. Foi para oferecer a todos os sujeitos os cuidados necessários que a Organização Mundial de Saúde adotou em 1982 o termo “Cuidados Paliativos”. Inicialmente, essa prática era diretamente voltada para os cuidados e o alívio da dor dos pacientes com câncer. Porém, atualmente, esses cuidados são reconhecidos como uma forma de cuidado diante de todas as doenças ameaçadoras da vida:

Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida, por meio da prevenção e alívio do

sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. (CARVALHO, 2018, p.2; WHO, 2002, on-line).

Carvalho (2018b), orienta que os cuidados paliativos devem ocorrer desde o diagnóstico, e seguir lado a lado com o tratamento que visa modificar o curso da doença, e se estender durante toda a sua evolução até que se torne a única terapêutica possível, bem como oferecer suporte aos familiares após o óbito do paciente.

No âmbito nacional, o Conselho Federal de Medicina - CFM, reconhece em seu código de ética no item XXII, que nas

“Situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados” (CFM, p.17, 2019).

Para os demais profissionais de saúde, também incluso os profissionais da medicina, que trabalham no âmbito do Sistema Único de Saúde, em 31 de outubro de 2018, por meio da Resolução de Nº 41, o Ministério da Saúde “dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2018). Em seu artigo 5º, o Ministério da Saúde afirma que “Os cuidados paliativos deverão ser ofertados em qualquer ponto da rede de atenção à saúde”, incluindo o Departamento de Urgência e Emergência, direcionando o foco ao conforto e à dignidade dos pacientes e à melhoria das práticas e da Atenção Hospitalar relativos ao controle dos sintomas. (BRASIL, 2018).

Diante do exposto acima e tendo por premissa os Cuidados Paliativos, o presente trabalho objetiva investigar sobre os cuidados ofertados no Pronto-Socorro de um Complexo Hospitalar de Urgência e Emergência localizado na região sudeste do Brasil, que é classificado como hospital referência no atendimento a politraumatizados.

## 2 . METODOLOGIA

A investigação da temática se fez por meio de uma pesquisa qualitativa descritiva em que:

Na abordagem qualitativa, a pesquisa tem o ambiente como fonte direta dos dados. O pesquisador mantém contato direto com o ambiente e o objeto de estudo em questão, necessitando de um trabalho mais intensivo de campo. Nesse caso, as questões são estudadas no ambiente em que elas se apresentam sem qualquer manipulação intencional do pesquisador. (PRODANOV, FREITAS, p.70, 2013).

A escolha dos entrevistados se deu por uma seleção de amostra por conveniência, processo de amostragem não probabilística em que são selecionados aqueles que se mostram mais acessíveis no momento a participar, devido a limitação de tempo e pessoal. (OLIVEIRA, 2001).

A pesquisa foi realizada no período de 07 de setembro a 02 de outubro de 2021.

### 2.1. TIPO/DESENHO DO ESTUDO

A coleta de dados foi realizada exclusivamente na Unidade do pronto-socorro do Complexo Hospitalar que tem as portas abertas para todos os usuários do SUS, oferecendo pronto atendimento 24 horas por dia, 7 dias por semana, realizando atendimentos a

pacientes vítimas de politraumatismos, grandes queimaduras, intoxicações e situações clínicas e/ou cirúrgicas com risco de morte.

A pesquisa inicialmente procurou abranger a sala 1 (pronto-socorro de politraumatismo e casos graves) e sala 8 (atendimento a emergências clínicas e toxicológicas) por serem os ambientes que oferecem cuidados que requerem mais invasões e monitoramento contínuo, tendo em vista o grau de gravidade.

Os critérios de inclusão dos profissionais na pesquisa foram: ser profissional alocado com atendimento exclusivo no pronto-socorro e/ou sala de emergências clínicas dentro do hospital estudado e trabalhar há no mínimo 6 meses nos setores pesquisados, excluindo-se, assim, os profissionais residentes e aqueles que atendem apenas por meio de interconsulta no departamento de urgência/emergência e que, portanto, não vivenciam a prática diária exclusiva do pronto-socorro, como por exemplo: médicos psiquiatras, nutricionistas e fonoaudiólogos. Alguns profissionais também não foram incluídos na pesquisa por não estarem presentes ou disponíveis em nenhum dos dias em que a pesquisa foi aplicada, como o caso dos profissionais da cirurgia bucomaxilofacial. E, por fim, excluiu-se também, equipes que, por limitação de recursos humanos, atuam somente por meio de demandas, como é o caso da farmácia clínica.

A pesquisa foi aprovada pelo Núcleo de Apoio ao Pesquisador - CEP FHEMIG pertencente à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, em 17 de junho de 2021, e registrado na Plataforma Brasil (Parecer: 4.825.341. Certificado de Apresentação de Apreciação Ética - CAAE 48564421.5.0000.5119). Todos os profissionais participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## 2.2. PROCEDIMENTOS

Para coleta dos dados foi aplicado um questionário estruturado com 20 questões, sendo 2 de censo e 17 questões fechadas de preenchimento obrigatório e 1 (uma) questão aberta de preenchimento opcional referentes à investigação sobre o cuidado integral multidisciplinar no departamento de emergência. Tomou-se o cuidado de comunicar e solicitar a autorização prévia da Coordenação de Enfermagem, Coordenação Médica, Coordenador da Cirurgia Bucomaxilofacial, Coordenação de Urgência e Emergência e da Coordenadora da Equipe Multiprofissional. Em seguida, foram abordados todos os profissionais que estavam de plantão em dias considerados mais tranquilos, tomando sempre a precaução de observar e questionar a supervisão de enfermagem presente no setor quanto a autorização de aplicar a pesquisa naquele momento.

Entendendo-se que o ambiente de emergência pode mudar a qualquer momento com a chegada de novos pacientes, bem como considerando o fato de que a pesquisadora também estava em horário de trabalho, há de se considerar que nem todos os dias foi possível abordar a equipe. Por esse motivo, optou-se por aplicar o questionário apenas para os profissionais do plantão diurno, inclusive nos finais de semana e feriados, respeitando o horário de atuação prática da residência e os momentos considerados mais oportunos.

Após autorização do supervisor de enfermagem de plantão no dia, foi realizada a abordagem ao profissional e dado uma breve explicação sobre o objetivo da pesquisa, esclarecido as regras e orientado sobre a importância de responder a todas as perguntas na frente e verso do papel.

Em seguida, o pesquisador entregou ao profissional voluntário o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, em duas vias, e em seguida o questionário. Optou-se por não permanecer ao lado enquanto o questionário era respondido a fim de não causar maiores desconfortos, porém sempre se colocando à disposição para esclarecimento de possíveis dúvidas.

Em alguns dias, a coleta dos dados se deu de maneira diferente: como o número de profissionais respondentes era muito grande ou aceitavam responder, apenas se pudessem entregar depois, o pesquisador repassou as orientações gerais, distribuiu os questionários e retornou ao seu cenário de prática, voltando no final do plantão para recolher os questionários e TCLE. Em vista disso, algumas perguntas não foram respondidas e, como forma de preservar a contribuição, criou-se um campo não previsto: "Em branco".

Optou-se por solicitar a colaboração dos médicos que atendem no PS em casos de intoxicação e pediatria, por considerar que eles fazem parte da equipe do pronto-socorro e influenciam diretamente nos cuidados ofertados a este público, ainda que suas salas sejam separadas dos demais profissionais do pronto-socorro e da sala de emergências clínicas. Dessa forma, a sala da equipe médica de Toxicologia e da Pediatria do departamento de emergência foram incluídos na pesquisa.

No primeiro dia, 20 profissionais aceitaram responder a pesquisa e, ao final, obteve-se um total de 58 questionários respondidos. Após a exclusão dos questionários que não atendiam aos parâmetros estabelecidos, chegou-se a um total de 52 participantes.

A coleta de dados foi encerrada quando julgou-se ter atingido o objetivo da pesquisa.

### 2.3. METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS/CONTEÚDO

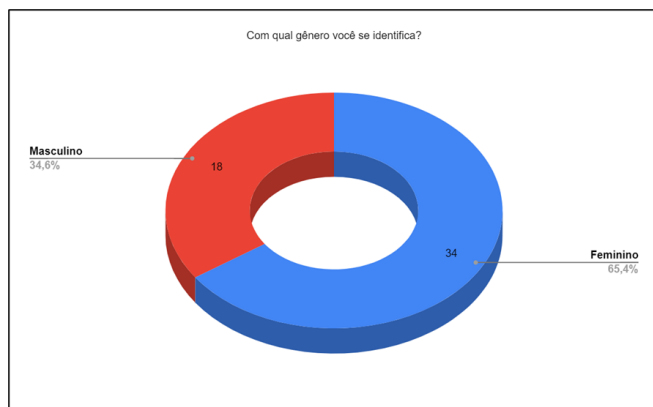
Com base na literatura disponível sobre os Cuidados Paliativos e sua aplicação em ambientes de urgência e emergência, foi realizada a análise descritiva e qualitativa dos resultados obtidos e apresentado por meio dos gráficos do tipo rosca, disponibilizados pelo Google Formulários, demonstrando de forma geral a frequência (porcentagem) de respostas dadas em cada pergunta. O *Google Forms*, ou Google Formulários em português, é um aplicativo gratuito de gerenciamento de pesquisas que permite a criação de formulários on-line, visualização das respostas ao autor em tempo real, sendo possível, inclusive, o download dos dados brutos para análise em outros softwares (Google, 2023). Devido à impossibilidade do uso de dispositivos eletrônicos, optou-se por imprimir o formulário criado no Google Formulários e, ao final de cada dia, lançar os dados colhidos no Google Formulários para obtenção dos resultados e, posteriormente, o download dos gráficos como imagens aqui apresentadas no decorrer deste trabalho.

O questionário estruturado contou com respostas pré-definidas utilizando a Escala de Likert de 5 pontos, método utilizado para pesquisas de opinião (DALMORO; VIEIRA, 2013). Já as respostas da questão aberta foram transcritas na íntegra como forma de promover a reflexão a respeito dos impedimentos da participação multidisciplinar no departamento de emergência.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do público resultante (Figura 1) 65,4% (n=34) eram mulheres e 34,6% (n=18) homens.

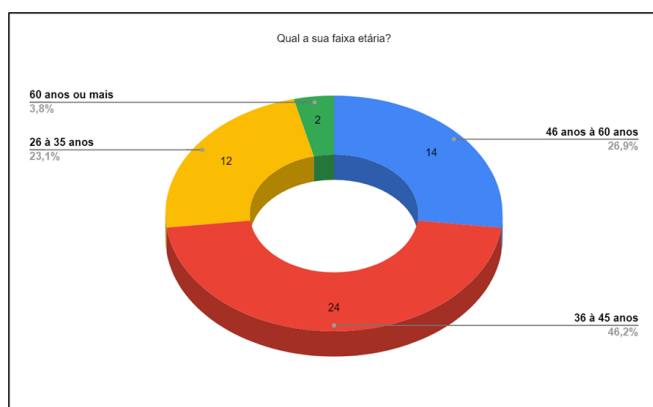
**Figura 1** - Gráfico mostrando os resultados obtidos na questão do censo sobre o gênero



Fonte: Elaborado pelas autoras (2023).

Quanto à faixa etária (Figura 2): 23,1% (n=12) dos entrevistados tinham entre 26 e 35 anos; 46,2% (n=24) tinham entre 36 e 45 anos; 26,9% (n=14) tinham entre 46 e 60 anos; e 3,8% (n=2) respondentes tinham mais de 60 anos.

**Figura 2** - Gráfico mostrando os resultados obtidos na questão do censo sobre a faixa etária



Fonte: Elaborado pelas autoras (2023).

Após os lançamentos dos questionários na planilha e a geração dos gráficos, optou-se por separar os resultados em 4 categorias de análise: A equipe Multidisciplinar e decisões no Departamento de

Emergência; Dor total; Decisões compartilhadas e Comunicação; Educação em Cuidados Paliativos e Equipe de Interconsulta. Os resultados constam a seguir.

### 3.1 A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR E DECISÕES NO DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

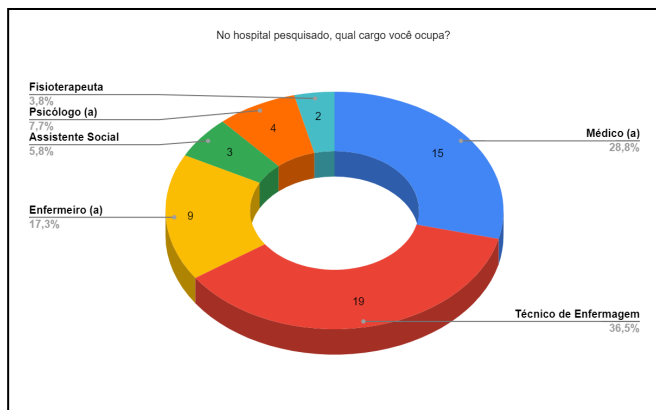
Esmiuçando a definição da OMS de 2002, no trecho que diz “Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar [...]” (WHO, 2002, on-line), como forma de observar o paciente em todas as suas dimensões, garantindo assim uma avaliação completa, efetiva e eficaz dos sintomas (MATSUMOTO, 2009).

O departamento de emergência do hospital pesquisado conta com uma equipe ampla e especializada composta por diversas profissões, sendo elas: médicos de diversas especialidades, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistente social, cirurgiões bucomaxilofacial, farmacêuticos, fonoaudiólogas, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, assistentes de farmácia, terapeuta ocupacional e outros;

Desses, contamos nesta pesquisa como pode ser observado na Figura 3, com a participação de 5,8% (n=3) assistentes sociais, 17,3% (n=9) enfermeiros(as), 3,8% (n=2) fisioterapeutas, 28,8% (n=15) médicos(as), 7,7% (n=4) psicólogos(as) e 36,5% (n=19) técnicos de enfermagem.



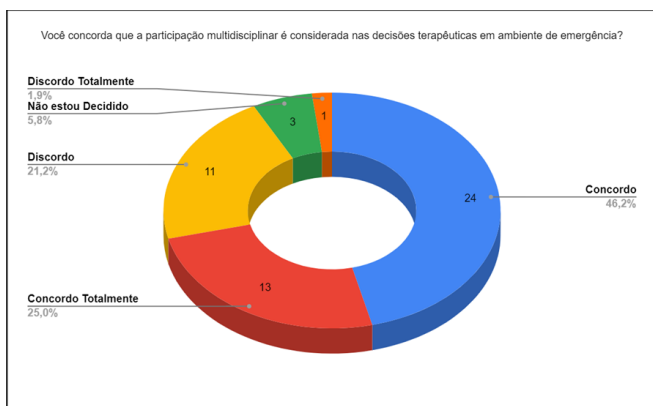
**Figura 3** - Gráfico mostrando os resultados obtidos na questão 1



Fonte: Elaborado pelas autoras (2023).

Ao serem questionados sobre o quanto as decisões no departamento de emergência são compartilhadas entre os profissionais (Figura 4), 46,2% (n=24) dos entrevistados afirmaram concordar que as decisões são compartilhadas, sendo que 25% (n=13) concordaram totalmente com essa afirmação, enquanto 21,2% (n=11) discordaram, 1,9% (n=1) discordou totalmente e 5,8% (n=3) não estavam decididos se as decisões são realmente compartilhadas em equipe.

**Figura 4** - Gráfico mostrando os resultados obtidos na questão 2



Fonte: Elaborado pelas autoras (2023).

Com base nas pesquisas sobre atuação em ambiente de emergência, pode-se entender que a atuação profissional no PS da Unidade de Emergência requer a tomada de decisões rápidas e eficientes num ambiente imprevisível e com sobrecarga de trabalho (BELLKISS, 2012),

[...] os profissionais inseridos neste serviço são capacitados para salvar vidas, tendo o processo de trabalho moldado na luta contra o tempo e na agilidade para manter o suporte à vida. (Schirmer *et al.*, 2020, p.237);

Também é importante compreender a diferença que existe entre as equipes Multidisciplinar, Interdisciplinar e Transdisciplinar. Almeida Filho (2005 apud GALVÁN, 2017, p.55) define "[...] multidisciplinaridade como um conjunto de disciplinas que trata, simultaneamente, de uma dada questão, sem que os profissionais implicados estabeleçam efetivas trocas entre si.", o que para Ferreira, Varga e Silva (2009, p.1423) é "exemplificada com vários profissionais reunidos, em que cada um trabalha isoladamente, sendo que a ausência de uma articulação não significa, no entanto, uma ausência de relação entre estes profissionais"; enquanto interdisciplinaridade é onde "[...] há possibilidade de troca de instrumentos, técnicas, metodologia e esquemas conceituais entre as disciplinas." (GALVÁN, 2007, p. 56), com presença de interação, mas sob a coordenação e prevaência do saber de uma delas. (FERREIRA; VARGA; SILVA, 2009). E por fim, a transdisciplinaridade diz respeito a um novo olhar sobre o problema apresentado,

É preciso que cada problema não seja solucionado em cada uma das diferentes áreas, mas sim à luz de um novo entendimento.

Uma equipe será transdisciplinar quando sua reunião congregar diversos profissionais com o

intuito de uma cooperação entre eles sem que haja uma coordenação fixa. (FERREIRA; VARGA; SILVA, 2009, p.1423)

A Questão 2 contava ainda com uma pergunta opcional e aberta, que buscava compreender por que razão as decisões não estão sendo compartilhadas: "Em caso de discordar ou não estar decidido, o que você considera como obstáculo para a participação multidisciplinar nas decisões terapêuticas em ambiente de emergência?", e como forma de manter o sigilo e dificultar a identificação, os respondentes foram identificados por sua profissão, não sendo identificado nome e gênero na exposição das respostas abaixo.

A pergunta opcional gerou respostas que apontam para a centralidade da decisão em uma única categoria profissional como parte de uma cultura já instituída:

*"Na minha opinião somente o médico pode solicitar a participação da equipe, podemos fazer verbalmente."* (Enfermagem);

*"Depende da equipe médica que define a conduta"* (Enfermagem);

*"Discussão a nível multidisciplinar sobre os casos na emergência."* (Medicina);

*"Na maioria das vezes a equipe médica não aceita opinião do restante da equipe."* (Enfermagem);

*"Na minha opinião é de extrema importância a participação da equipe multi nas decisões, porém vejo que na emergência do [nome do hospital estudado] muitas vezes essas decisões são tomadas pelo médico sem o conhecimento dos demais profissionais da equipe."* (Serviço Social);

Neste caminho, a ausência de cultura institucional quanto a participação da equipe multidisciplinar também foi apontada pelos respondentes como um

impedimento para a participação nas tomadas de decisão:

*"Nem sempre participamos dessas decisões e não temos o direito de opinar uma vez que a enfermagem está ligado diretamente ao paciente."* (Téc.Enfermagem);

*"Maior autonomia dos profissionais."* (Téc.Enfermagem);

*"Muitas vezes, falando especificamente da minha função, não somos informados previamente de decisões e/ou certas situações particulares do paciente. Mudanças feitas em certos protocolos nunca contam com nossa contribuição nas decisões. Somos apartados."* (Téc.Enfermagem);

*"Acredito que o maior obstáculo está na cultura institucional em que o médico ocupa a posição do profissional responsável por tal decisão, o único profissional responsável. Não há instituído a cultura da multidisciplinaridade."* (Psicologia);

A ausência de autonomia, comunicação falha, ausência de tempo, interação entre os profissionais e sobrecarga de trabalho também apareceram nas respostas:

*"Falta de comunicação ou comunicação ineficaz. sobrecarga de algumas categorias que impede a participação direta nas discussões de caso. Falta de interesse em participar."* (Enfermagem);

*"Equipe médica não se propõe mesmo a incluir a equipe multidisciplinar na maioria das vezes, em algumas clínicas. Mas acho que na emergência do pronto-socorro não há tempo ainda para decisões terapêuticas mais definitivas. Penso que isso é*



*construído ao longo de um tempo um pouco maior que a urgência.” (Psicologia);*

*“Em casos de opiniões divergentes e discussões em cima do paciente atrapalham o andamento do tratamento.” (Téc.Enfermagem);*

*“Falta de integração da equipe médica; falta de respeito entre os profissionais durante o atendimento de emergência; descaso da parte médica com as demais especialidades.” (Medicina);*

*“Uma maior interação e comunicação com familiares. O fato de que em alguns casos cada clínica atua em um momento diferente. Ex: o paciente passa pela clínica depois pelo neuro ou outro profissional e nem sempre eles estão no mesmo local durante o atendimento.” (Téc.Enfermagem);*

*“No caso de discordar quem sai perdendo é o cliente.” (Téc.Enfermagem);*

As autoras Taquemori e Sera (2008) apontam que:

Cuidado Paliativo é um conjunto de **atos multiprofissionais** que têm por objetivo efetuar o controle dos sintomas do corpo, da mente, do espírito e do social, que afligem o homem na sua finitude, isto é, quando a morte dele se aproxima.” (TAQUEMORI; SERA, 2008, p.55, grifo dos autores).

Assim, o trabalho em equipe não significa ausência de conflitos, mas requer humildade e disponibilidade por parte de cada profissional, comunicação efetiva e reconhecimento da contribuição de cada membro. (FERREIRA *et al*, 2009; TAQUEMORI; SERA, 2008).

### 3.2 DOR TOTAL

Continuando, o cuidado ofertado em cuidados paliativos deve incluir a

[...] prevenção e alívio do sofrimento, por meio de identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. (CARVALHO, 2018, p.2; WHO, 2002, on-line).

E como dito no início deste artigo, Dame Cicely Saunders cunhou o termo Dor Total apontado por Matsumoto e Manna (2008) como:

“resultado da soma de todas as percepções de cada face inter-relacionadas e indissociáveis umas das outras: os aspectos emocionais, como o medo, a ansiedade e a depressão; os aspectos sociais, como a dependência de outros, a dor da separação, as necessidades psicossociais e sexuais, a dependência financeira e a incerteza do futuro e os aspectos espirituais, como a falta de sentido de vida e de morte, a religiosidade, entre outros aspectos.” (MATSUMOTO; MANNA, 2008, p.106).

Para Cardoso e Junior (2021), a dor total é:

reconhecida como uma sensação única, multifatorial e subjetiva: não há analgesia ideal e não existe uma terapêutica padrão-ouro, pois cada caso deve ser analisado e planejado individualmente. (CARDOSO; JUNIOR, 2021, p.245).

contudo, no ambiente de emergência o número elevado de demandas e o pouco tempo disponível podem levar a prejuízos na correta avaliação da dor apresentada pelos sujeitos hospitalizados, e estes autores sugerem escalas para avaliação da dor como a Escala visual analógica (EVA) ou numérica ou de faces para uma melhor identificação da dor física. (CARDOSO; JUNIOR, 2021).

Conforme Santos (2009, p.413), por física nos referimos a “dor e outros sintomas, limitações funcionais e físicas”; psicológica que se expressa como “ansiedade, luto antecipatório, medo,

depressão, negação, impotência; isolamento psíquico, dependência e perda de autonomia”; a dor social que abrange o “isolamento social e pessoal, dependência, apoios, família e questões econômicas”; e por fim, a dor espiritual que se apresenta enquanto a busca por “propósitos e significados, relações com Deus e a transcendência, busca por um significado último, amor, afetos, esperança, reconciliação”. Importante salientar que, segundo o mesmo autor, sobre a dor física devemos ponderar sobre:

[...] o impacto que esses sintomas exercem na origem e perpetuação de outros sintomas, e vice-versa. Existe crescente evidência na literatura de que o sofrimento físico é capaz não só de iniciar outra dor (psicológica e espiritual), bem como perpetuá-la e agravá-la. (SANTOS, 2009, p.414).

Sobre esse tema os resultados apontaram (Figura 5), segundo os entrevistados, que no pronto-socorro estudado frequentemente, ou seja, 63,5% (n=33) acreditam que os sintomas físicos têm sido priorizados pela equipe. A Figura 6 mostra que de acordo com 55,8% (n=29) frequentemente o sofrimento psicológico tem sido considerado durante a definição das condutas; quando se fala em sofrimento social, apresentado na Figura 7, ficou próximo o número de profissionais que apontaram que frequentemente 30,8% (n=16) e ocasionalmente 38,5% (n=20) o sofrimento social tem sido considerado; o cenário muda quando se fala no sofrimento espiritual do paciente e familiares, a Figura 8 aponta que houve uma prevalência maior de marcações para ocasionalmente com 34,6% (n=18) e raramente com 36,5% (n=19) ao se falar do âmbito espiritual; os resultados referentes a consideração pelos valores de vida do paciente, aqui entendida como “as coisas que são importantes para nós, as características e comportamentos que nos motivam e guiam nossas

decisões” (BLACKMAN, 2020, on-line), aparecem na Figura 9 apenas como algo ocasionalmente presente em 44,2% (n=23) das respostas, frequentemente 26,9% (n=14) e raramente 17,3% (n=9). Por fim, interessante observar que quanto aos cuidados que trazem qualidade de vida para o paciente com proposta definida de cuidados paliativos na emergência, a Figura 10 indica que para 50% (n=26) dos entrevistados frequentemente há um esforço da equipe em promover tais cuidados, enquanto 19,2% dos entrevistados (n=10) apontaram que, muito frequentemente, esse cuidado é oferecido e 23,1% (n=12) que apenas ocasionalmente esses cuidados se fazem presentes.

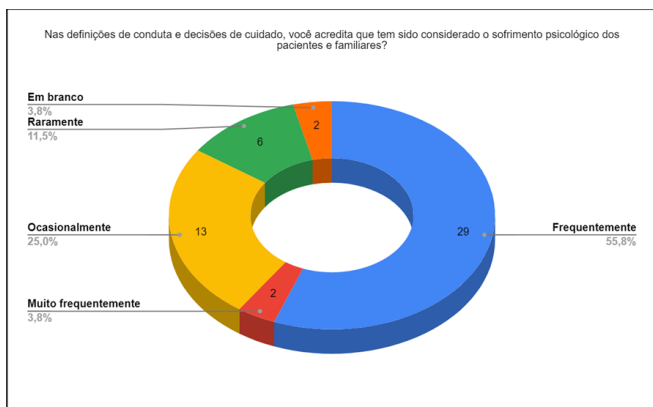
**Figura 5 - Gráfico mostrando os resultados obtidos na questão 3**



Fonte: Elaborado pelas autoras (2023).

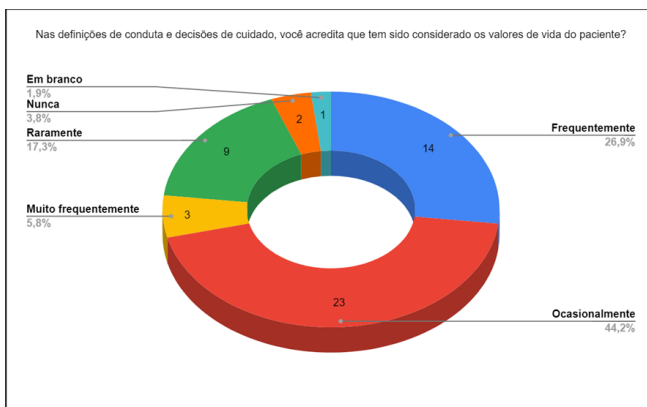
ISSN: 1984-7688

**Figura 6** - Gráfico mostrando os resultados obtidos na questão 4



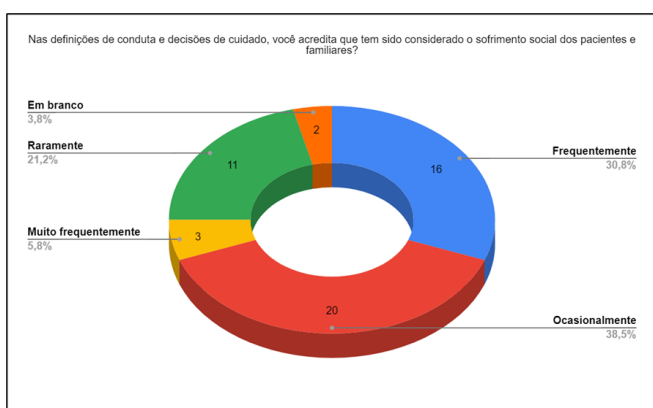
Fonte: Elaborado pelas autoras (2023).

**Figura 9** - Gráfico mostrando os resultados obtidos na questão 7



Fonte: Elaborado pelas autoras (2023).

**Figura 7** - Gráfico mostrando os resultados obtidos na questão 5



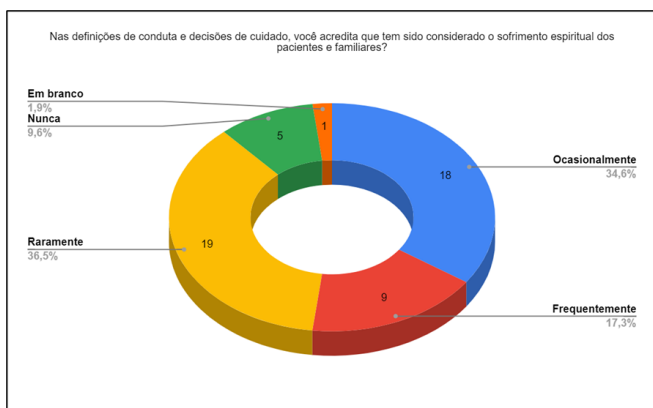
Fonte: Elaborado pelas autoras (2023).

**Figura 10** - Gráfico mostrando os resultados obtidos na questão 11



Fonte: Elaborado pelas autoras (2023).

**Figura 8** - Gráfico mostrando os resultados obtidos na questão 6



Fonte: Elaborado pelas autoras (2023).

Os resultados acima promovem o questionamento de qual seria a causa possível para a discrepância da atenção dada à dor física em comparação a dor social e espiritual. Uma das causas pode ser a ausência de formação em Cuidados Paliativos que será abordado na última categoria de análise neste artigo, ou ainda a fragmentação dos sujeitos:

Apesar da organização multiprofissional, é um engano considerar o paciente como um somatório de partes que devem ser atendidas por distintos profissionais, tendo em vista que o paciente é um todo complexo e indivisível. (CAVALCANTE, 2018, p. 733).

Frente a isso, Toloí e Branco (2018), mostram que:

A espiritualidade influencia decisões médicas desde atos que se deparam com preceitos religiosos até sobre definições ao uso ou não de medidas avançadas e invasivas para a manutenção do suporte de vida. (TOLOÍ; BRANCO; 2018, p.14).

Desse modo, a espiritualidade também merece atenção indispensável por parte dos profissionais de saúde.

### 3.3 DECISÕES COMPARTILHADAS E COMUNICAÇÃO

Para avaliar sobre a possibilidade de decisões compartilhadas e comunicação no pronto-socorro, primeiro é preciso entender a diferença dos termos urgência e emergência, onde:

Urgência é um acontecimento imprevisto que causa danos à saúde do paciente, mas que não corre risco de morte. Emergência é quando o dano à saúde ocasiona o risco de morte. (BAYER, 2015, p.14).

O departamento de urgência e emergência é reconhecido como um ambiente em que decisões precisam ser tomadas de forma rápida, associadas ao desconhecimento da história clínica do paciente, doenças de base, informações incompletas, falta de vínculo com paciente e familiares, e até mesmo casos em que pacientes traumatizados que não respondem as medidas de intervenção realizadas tornam-se, de repente, candidatos a medidas que focam exclusivamente no conforto e não no prolongamento de vida. (TURAÇA; RIBEIRO, 2021; GOMES; HATANAKA, 2018)

Recentemente, os editores Velasco e Ribeiro (2021), organizaram um livro intitulado Cuidados Paliativos na

Emergência, com contribuição de diversos autores com abordagem multidisciplinar com o intuito de orientar os emergencistas e equipes do departamento de emergência nos cuidados com pacientes com necessidades de cuidados paliativos.

De acordo com as autoras Turaça e Ribeiro (2021), uma forma de identificar os pacientes candidatos a cuidados paliativos no DE é o uso da pergunta surpresa “Você se surpreenderia se este paciente morresse em um ano?” ou “Você se surpreenderia se este paciente morresse nesta internação?” (RIBEIRO, 2021c, p.31):

Na verdade, para qualquer condição clínica de gravidade, esta pergunta se aplica e poderia ser considerada como o melhor critério de indicação para Cuidados Paliativos. O período de 12 meses é bastante restrito se pensarmos em tempo de “vida”, mas insuportavelmente longo se corresponder a tempo de sofrimento. (ARANTES, 2012, p. 62).

Outro recurso indicado pelas autoras Turaça e Ribeiro (2021), é o uso do instrumento SPICT-BR20

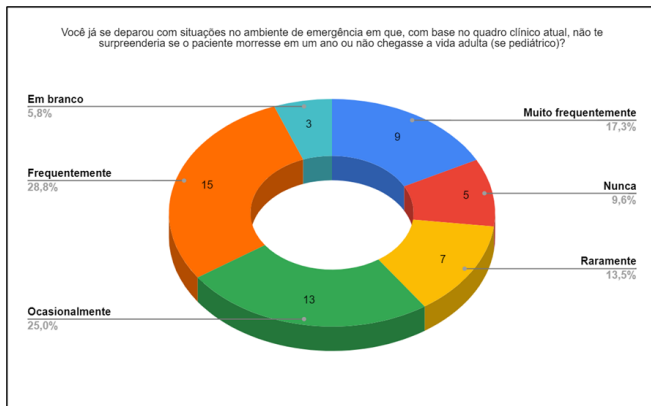
O SPICT™ é uma ferramenta de identificação que auxilia a reconhecer os pacientes elegíveis na atenção primária e hospitalar. [...] O SPICT™ utiliza indicadores gerais e específicos para melhor embasamento dessa identificação e propõe revisões na conduta e no tratamento vigente caso o paciente seja identificado. (SPICT-BR™. 2022).

Este guia orienta procurar por indicadores gerais de piora da saúde como constantes internações, grau de dependência, sintomas persistentes, presença de doenças em fases avançadas e com isso permitir a revisão e planejamento do cuidado ofertado. (SPICT-BR™, 2002, on-line).

Referente a pergunta surpresa (Figura 11), 28,8% (n=15) dos entrevistados afirmam que frequentemente

se deparam com pacientes nestas condições, 25% apenas ocasionalmente (n=13), 17,3% muito frequentemente (n=9), 13,5% raramente (n=7) e 9,6% (n=5) nunca se depararam com essa situação, e 5,8% (n=3) deixaram o campo em branco, talvez por desconhecimento da aplicabilidade desse recurso ou não compreensão da pergunta.

**Figura 11** - Gráfico mostrando os resultados obtidos na questão 10



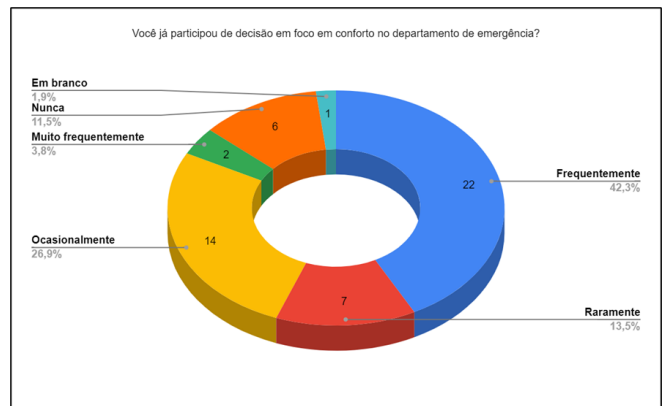
Fonte: Elaborado pelas autoras (2023).

Os cuidados paliativos devem ser inseridos desde o diagnóstico de uma doença ameaçadora de vida e caminhar lado a lado com as medidas que visam o tratamento e a cura quando está for possível, contudo, em dado momento o foco muda para uma transição em cuidados paliativos que visa o conforto do paciente. (TERZI, C.; TERZI, R.; JUNQUEIRA, 2021).

Ao identificar essa transição, os profissionais de saúde precisam fazê-la com delicadeza, devendo ser individualizada para as necessidades do paciente, o que exige habilidades de planejamento e um alto nível de vigilância clínica e compaixão por parte da equipe de cuidado. (TERZI, C.; TERZI, R.; JUNQUEIRA, 2021, p. 175).

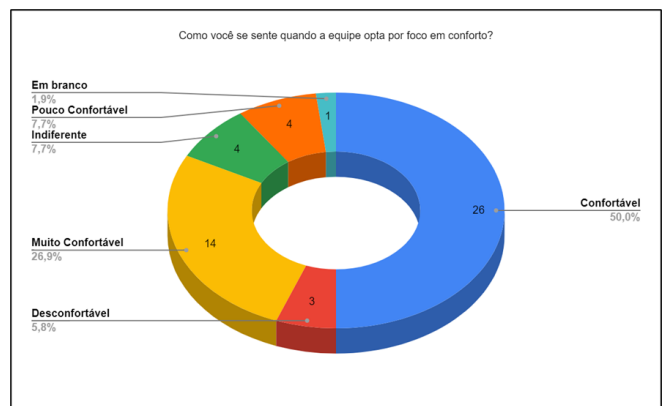
Em relação a casos em que se faz necessária a transição para foco em conforto (Figura 12), 42,3% (n=22) dos entrevistados afirmaram já terem participado de decisões sobre foco em conforto no departamento de emergência, onde 50% (n=26) dos entrevistados afirmaram se sentir confortáveis ou 26,9% (n=14) muito confortáveis diante dessa decisão conforme mostra a Figura 13.

**Figura 12** - Gráfico mostrando os resultados obtidos na questão 8



Fonte: Elaborado pelas autoras (2023).

**Figura 13** - Gráfico mostrando os resultados obtidos na questão 9



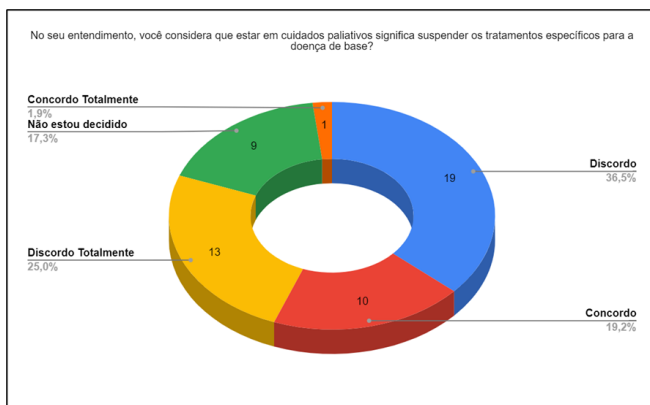
Fonte: Elaborado pelas autoras (2023).

Estes mesmos autores apontam que não existe uma abordagem técnica única quando se fala em medidas

de conforto, as estratégias incluem desde a retirada de algumas ou todas as medidas já instituídas, não inclusão de novas intervenções e a manutenção das medidas já instituídas. Sempre mantendo as medidas necessárias ao conforto do paciente, com respeito a sua autonomia e dignidade. (TERZI, C.; TERZI, R.; JUNQUEIRA, 2021).

Sobre a suspensão dos tratamentos específicos para a doença de base quando se está em cuidados paliativos (Figura 14), 36,5% (n=19) dos profissionais declararam discordar dessa afirmação, 25% (n=13) discordaram totalmente, 19,2% (n=10) concordam com a suspensão dos tratamentos específicos para doença de base, 1,9% (n=1) concordam totalmente com a suspensão dos tratamentos para a doença de base, e 17,3% (n=9) não estavam decididos se estar em cuidados paliativos significava suspender os tratamentos específicos para a doença de base.

**Figura 14** - Gráfico mostrando os resultados obtidos na questão 12



Fonte: Elaborado pelas autoras (2023).

Também deve-se avaliar a capacidade de tomada de decisão por parte dos pacientes, onde

Entre os diagnósticos de risco para comprometimento da capacidade de decisão estão: Doença de Alzheimer; Doença de Parkinson;

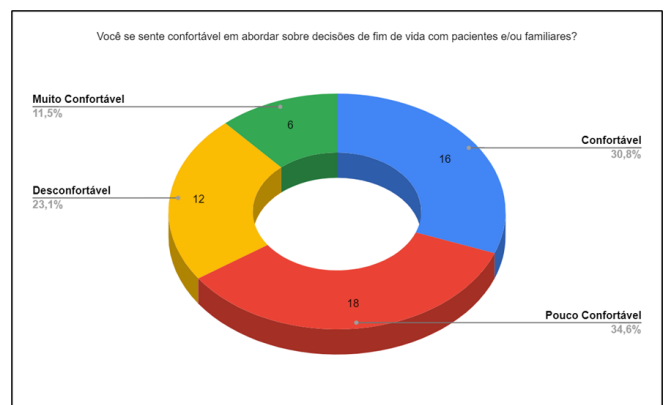
Esquizofrenia, depressão e abuso de substâncias; Traumatismo cranioencefálico. (RIBEIRO, 2021a, p. 160).

sendo este último, traumatismo cranioencefálico, o mais comumente visto no PS do hospital estudado.

Ribeiro (2021a) sugere que esta avaliação deve levar em consideração a capacidade dos sujeitos em compreender as informações médicas recebidas, ser capaz de contextualizar sua decisão, seja ela de concordância ou recusa, embasar de forma lógica e racional a escolha feita em acordo com suas crenças e valores de vida e, por fim, comunicar claramente sua decisão. Lembrando que “O fato de o paciente optar por algo diferente do que seria a recomendação médica não implica em falta de capacidade de decisão”. (RIBEIRO, 2021a, p. 164).

Dos entrevistados (Figura 15), 34,6% (n=18) afirmaram se sentir pouco confortáveis em abordar sobre decisões de fim de vida com pacientes e/ou familiares; enquanto 30,8% (n=16) afirmaram se sentir confortáveis nesse papel; 11,5% (n=6) muito confortáveis e 23,1% (n=12) desconfortáveis com essa tarefa (Figura 15).

**Figura 15** - Gráfico mostrando os resultados obtidos na questão 13



Fonte: Elaborado pelas autoras (2023).



Melhorar a habilidade de comunicação pode tornar menos árdua a tarefa de conversar a respeito de planos de cuidados e adequação de medidas terapêuticas, assim como melhorar a capacidade de empatia e promover melhor ajuste psicossocial do paciente e familiares. (CRISPIM; BERNARDES, 2018). Ademais Ribeiro (2021b) alerta que uma comunicação feita de forma inadequada pode deixar marcas de sofrimento significativas e duradouras na vida dos pacientes e familiares.

### **3.4 EDUCAÇÃO EM CUIDADOS PALIATIVOS E EQUIPE DE INTERCONSULTA**

A literatura sugere que a identificação precoce no departamento de urgência e emergência de pacientes candidatos a cuidados paliativos proporciona melhora da qualidade de vida, melhores desfechos, redução do tempo de permanência hospitalar e, portanto, redução nos custos, entre outros. (GOMES; HATANAKA, 2018; TURAÇA; RIBEIRO, 2021; (LOURENÇATO *et al.*, 2019).

Tem-se como exemplo a implantação do serviço de cuidados paliativos no setor de emergência de um hospital público universitário, que encontrou como desafio o desconhecimento e desconforto da equipe assistente sobre o que é a filosofia dos cuidados paliativos, o que num primeiro momento, apresentou resistência para a atuação da equipe de interconsulta. Contudo, no decorrer da implantação do projeto que se deu entre agosto de 2014 até dezembro de 2015, verificaram como a presença da equipe de CP promoveu a rápida disseminação de conhecimento entre os profissionais de saúde, atendimentos mais humanizados, diminuição do conflito entre as equipes e famílias, melhora da comunicação e melhor ajuste

nas taxas de ocupação de leitos. (LOURENÇATO *et al.*, 2019).

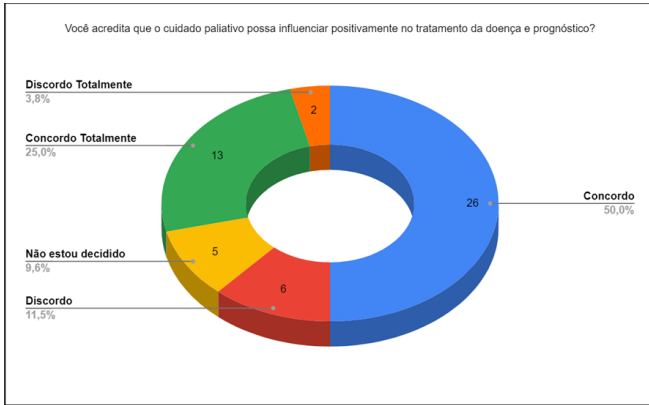
Atualmente a Organização Mundial da Saúde apresenta uma nova definição para o Cuidados Paliativos, trazendo de forma afirmativa que tais cuidados melhoram a qualidade de vida dos pacientes:

Os cuidados paliativos são uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes (adultos e crianças) e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças com risco de vida. Previne e alivia o sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas, sejam eles físicos, psicossociais ou espirituais. (WHO, 2020, on-line, tradução nossa).

Bem como afirma que os cuidados paliativos se mostram mais eficazes se incorporados desde o diagnóstico, além de reduzir as hospitalizações e uso dos serviços de saúde. (WHO, 2020, on-line).

Os resultados obtidos nesta pesquisa (Figura 16), apontaram que 50% (n=26) dos profissionais acreditam que o cuidado paliativo possa influenciar positivamente no tratamento da doença e prognóstico; 25% (n=13) concordaram totalmente; 11,5% discordaram (n=6), 9,6% (n=5) não estavam decididos e 3,8% (n=2) discordaram totalmente de que os Cuidados Paliativos possam ter uma influência positiva.

**Figura 16** - Gráfico mostrando os resultados obtidos na questão 14



Fonte: Elaborado pelas autoras (2023).

Logo, pode-se considerar que a maior parte dos entrevistados está de acordo com o que prega os estudiosos dos cuidados paliativos quanto aos benefícios dessa abordagem de cuidados.

O mesmo resultado positivo foi obtido (Figura 17) ao questionar os profissionais se estes se consideravam como um dos responsáveis por ofertar cuidados paliativos aos pacientes e familiares, já que o cuidado deve ser promovido por uma equipe multidisciplinar, onde: 55,8% (n= 29) concordaram ser responsáveis por oferecer cuidados paliativos aos pacientes; 21,2% (n=11) concordaram totalmente; 13,5% (n=7) não estavam decididos; 7,7% (n=4) discordaram e 1 pessoa discordou totalmente.

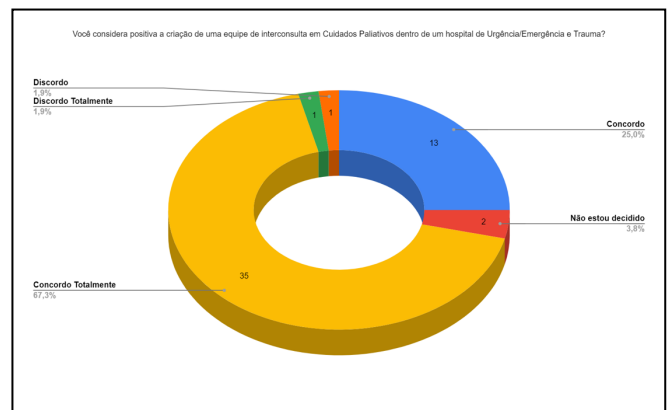
**Figura 17** - Gráfico mostrando os resultados obtidos na questão 15



Fonte: Elaborado pelas autoras (2023).

Quanto a criação de uma equipe de interconsulta em Cuidados Paliativos (Figura 18) com atuação no hospital estudado, 67,3% (n=35) concordaram totalmente, 25% (n=13) concordaram, 3,8% (n=2) das pessoas não estavam decididas; 1,9% (n=1) discordou e 1,9 (n=1) discordou totalmente.

**Figura 18** - Gráfico mostrando os resultados obtidos na questão 17



Fonte: Elaborado pelas autoras (2023).

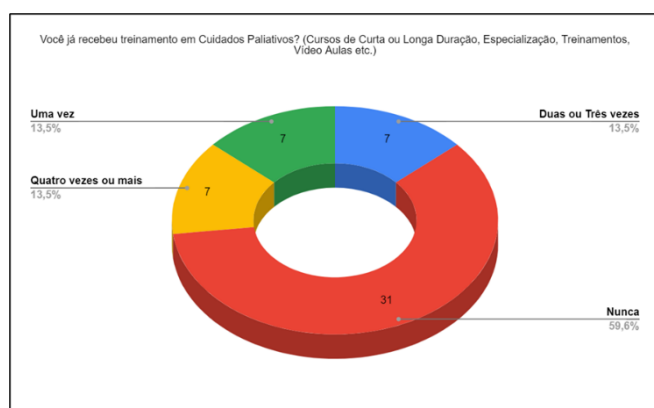
Turaça e Ribeiro (2021), mencionam a importância da identificação do paciente candidato a cuidados paliativos já no departamento de emergência, e para isso faz-se necessário investir na educação dos

ISSN: 1984-7688

profissionais de saúde, não apenas médicos, mas toda a equipe multidisciplinar que recebe e acompanha o paciente durante a internação. Correia e Marchini (2021) trazem exemplos de estratégias educacionais em cuidados paliativos como aulas teóricas, e-Learning, metodologias que tornem ativa a participação do aluno, discussão em grupo, simulação realística com exemplos práticos do dia a dia, a educação interprofissional onde há troca de experiências e conhecimentos entre os profissionais, a observação da atuação de profissionais mais experientes, relatos de caso, entre outros.

Ao serem questionados se já receberam algum tipo de treinamento em cuidados paliativos (Figura 19), fosse cursos de curta ou longa duração, especialização, treinamentos, vídeo aulas; 59,6% (n=31) dos entrevistados afirmaram nunca terem recebido nenhum tipo de treinamento neste tema, havendo um empate nas demais opções: com 13,5% (n=7) para quem recebeu algum treinamento uma vez, duas ou três vezes e quatro vezes ou mais. A opção para quem tivesse especialização (pós-graduação, mestrado ou doutorado) em CP não recebeu respostas.

**Figura 19** - Gráfico mostrando os resultados obtidos na questão 16



Fonte: Elaborado pelas autoras (2023).

O resultado acima aponta para a necessidade de investimento na capacitação dos funcionários.

#### 4 . CONCLUSÃO

A análise dos resultados e discussão evidenciaram que já existe um reconhecimento das equipes sobre a importância da atuação multiprofissional no departamento de emergência e em cuidados paliativos. Sugere também que já existe uma prática sendo realizada tanto no atendimento de pacientes em fim de vida e com definição de foco em conforto, bem como de pacientes em cuidados paliativos, mesmo sem nenhuma formação específica na área de cuidados paliativos.

A ausência de treinamentos específicos, pode ser um dos contribuintes para que ocorra a dificuldade observada na tomada de decisão de forma multidisciplinar, assim como para uma menor frequência do cuidado no âmbito social e espiritual, evidenciando a necessidade de maior reconhecimento por parte da instituição.

Os profissionais consideraram válida a implementação de uma equipe de interconsulta em cuidados paliativos no setor, podendo ser a criação desta equipe uma das medidas para auxiliar na melhoria da qualidade de assistência ofertada aos pacientes e familiares, e contribuir para a formação em educação em Cuidados Paliativos dos profissionais, principalmente por ser um setor em que o tempo para as abordagens acabam se tornando de certa forma mais reduzido.

Os resultados colhidos limitam-se ao grupo estudado, o que não representa nem de longe o quantitativo de profissionais atuantes no referido hospital, contudo, espera-se que estes resultados possam abrir espaço para maior aprofundamento e discussão sobre o cuidado ofertado e as possibilidades que possam

surgir a partir do investimento por parte da instituição em treinamento em Cuidados Paliativos.

## AGRADECIMENTOS

A autora agradece os Coordenadores do setor pesquisado e a todos os profissionais que colaboraram respondendo o questionário. Em especial, agradece à equipe de Técnicos em Enfermagem que participaram e motivaram outros colegas sobre a importância de se discutir Cuidados Paliativos no ambiente de emergência.

## REFERÊNCIAS

ARANTES, Ana Claudia de Lima Quintana. Indicação de Cuidados Paliativos. *In.*: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca. (org.) **Manual de Cuidados Paliativos**. Ampliado e Atualizado. São Paulo: ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012. 2ed *E-book* (592p). Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>. Acesso em 10 dezembro 2021.

BAYER, Rúbia. **Cuidados paliativos no setor de emergência**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade do Vale do Taquari, Univates, Lajeado; 2015. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10737/1192> Acesso em 11 nov. 2020.

BELLKISS, Wilma Romano (org). **Manual de Psicologia Clínica para Hospitais**. Casa do Psicólogo: São Paulo, 2012. 221p.

BLACKMAN, Andrew. Quais são seus valores pessoais? Como definir e viver por eles. **ENVATO-TUTS+**. 8 dezembro, 2020. Disponível em: <https://business.tutsplus.com/pt/tutorials/what-are-personal-values--cms-31561> Acesso em 6 abril 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 41, de 31 de outubro de 2018. Dispõe sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: **Diário Oficial da União**, 31 out 2018. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/51520746/do1-2018-11-23-resolucao-n-41-de-31-de-outubro-de-2018-51520710). Acesso em 22 fev. 2021.

CARVALHO, Ricardo Tavares de; BRANCO, Tiago Pugliese. Avaliação da Dor. *In.*: CARVALHO, Ricardo Tavares de.; SOUZA, Milena dos Reis Bezerra de; FRANCK, Ednalda Maria; POLASTRINI, Rita Tiziana Verardo; CRISPIM, Douglas Henrique; JALES, Sumatra Melo da Costa Pereira; BARBOSA, Silvia Maria de Macedo; TORRES, Simone Henriques Bisconsin. (Editores). **Manual da Residência de Cuidados Paliativos**: uma abordagem multidisciplinar. 1. ed. Barueri, São Paulo: Manole; 2018b. p. 109-120.

CARVALHO, Ricardo Tavares de; Cuidados Paliativos - conceitos e princípios. *In.*: CARVALHO, Ricardo Tavares de.; SOUZA, Milena dos Reis Bezerra de; FRANCK, Ednalda Maria; POLASTRINI, Rita Tiziana Verardo; CRISPIM, Douglas Henrique; JALES, Sumatra Melo da Costa Pereira; BARBOSA, Silvia Maria de Macedo; TORRES, Simone Henriques

Bisconsin. (Editores). **Manual da Residência de Cuidados Paliativos: uma abordagem multidisciplinar**. 1. ed. Barueri, São Paulo: Manole; 2018b. p. 4-10.

CAVALCANTE, Luciana Suelly Barros. Identificação do sofrimento psíquico pela equipe. *In: CARVALHO, Ricardo Tavares de.; SOUZA, Milena dos Reis Bezerra de; FRANCK, Ednalda Maria; POLASTRINI, Rita Tiziana Verardo; CRISPIM, Douglas Henrique; JALES, Sumatra Melo da Costa Pereira; BARBOSA, Sílvia Maria de Macedo; TORRES, Simone Henriques* Bisconsin. (Editores). **Manual da Residência de Cuidados Paliativos: uma abordagem multidisciplinar**. 1. ed. Barueri, São Paulo: Manole; 2018. p. 733-739.

CRISPIM, Douglas Henrique; BERNARDES, Daniela Cristina Rodrigues. Comunicação em Cuidados Paliativos. *In: CARVALHO, Ricardo Tavares de.; SOUZA, Milena dos Reis Bezerra de; FRANCK, Ednalda Maria; POLASTRINI, Rita Tiziana Verardo; CRISPIM, Douglas Henrique; JALES, Sumatra Melo da Costa Pereira; BARBOSA, Sílvia Maria de Macedo; TORRES, Simone Henriques* Bisconsin. (Editores). **Manual da Residência de Cuidados Paliativos: uma abordagem multidisciplinar**. 1. ed. Barueri, São Paulo: Manole; 2018. p. 41-55.

CORREIA, Vinicius Machado; MARCHINI, Julio Flávio Meirelles. Educação em Cuidados Paliativos na emergência. *In: VELASCO, I.T.; RIBEIRO, S.C.C.* **Cuidados Paliativos na Emergência**. 1. ed. Barueri – São Paulo: Manole; 2021. p. 62-70.

CARDOSO, Mirlane Guimarães de Melo; JÚNIOR,

Jerocílio Maciel de Oliveira. Dor no departamento de emergência: avaliação inicial e uso de opióides. *In: VELASCO, I.T., RIBEIRO, S.C.C.* **Cuidados Paliativos na Emergência**. 1. ed. Barueri – São Paulo: Manole; 2021. p. 245 -256.

CFM - Conselho Federal de Medicina. **Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019**. Brasília, 2019. p.17. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>. Acesso em 7 mar.2021.

DALMORO, Marlon; VIEIRA, Kelmara Mendes. Dilemas na construção de Escalas Tipo Likert: o número de itens e a disposição influenciam nos resultados? **RGO Revista Gestão Organizacional | Vol. 6 – Edição Especial - 2013**. p.161-174. Disponível em [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2148822/mod\\_resource/content/1/Dalmoro\\_Vieira\\_2013\\_Dilemas-na-construcao-de-escal\\_31731.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2148822/mod_resource/content/1/Dalmoro_Vieira_2013_Dilemas-na-construcao-de-escal_31731.pdf). Acesso em 04 de junho de 2023.

FERREIRA, Ricardo Corrêa; VARGA, Cássia Regina Rodrigues; SILVA, Roseli Ferreira da. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2009, v. 14, p. 1421-1428.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vJNQDXqcdksx4nx7xGRrWMK/>. Acessado 3 janeiro 2022.

LOURENÇATO, Frederica Montanari; SANTOS, André Filipe Junqueira dos; FICHER, Ana Maria Fortaleza Teixeira; SANTOS, José Carlos dos; ZOPPI, Daniel; GIARDINI, Mariana Honorato; SILVA, Josirlei;

DAHDAH, Daniel Ferreira; QUAGLIO, Rita de Cássia. Implantação de serviço de cuidados paliativos no setor de emergência de um hospital público universitário. **Rev Eletrônica QualidadeHC** [online] 2019; 1(1): p. 127 -33. Disponível em: <https://www.hcrp.usp.br/revistaqualidade/uploads/Artigos/133/133.pdf>. Acesso em 08 de fev. 2021.

GALVAN, Gabriela Bruno. Equipes de saúde: o desafio da integração disciplinar. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 53-61, dez. 2007. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582007000200007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000200007) Acesso em 17 de dezembro 2021.

GOMES, Mateus Marcheti; HATANAKA, Veruska Menegatti Anastácio. Cuidados Paliativos na unidade de emergência. *In*: CARVALHO, R.T.; SOUZA, M.R.B.; FRANCK, E.M.; POLASTRINI, R.T.V.; CRISPIM, D.; JALES, S.M.C.P.; BARBOSA, S.M.M; TORRES, S.H.B. **Manual da Residência de Cuidados Paliativos: uma abordagem multidisciplinar**. 1. ed. Barueri: Manole; 2018. p.511-24.

GOOGLE. Gere insights facilmente com o Google Forms: Crie e compartilhe facilmente formulários e pesquisas on-line e análise as respostas em tempo real. Disponível em: <https://www.google.com/intl/pt-BR/forms/about/>. Acesso em 28 de maio de 2023.

LEITE, Kauane Linassi; YOSHII, Tatiane Pedroso; LANGARO, Fabíola. O olhar da psicologia sobre demandas emocionais de pacientes em pronto atendimento de hospital geral. **Rev. SBPH**, Rio de

Janeiro, v. 21, n. 2, p. 145-166, dez. 2018.

Disponível em

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582018000200009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582018000200009&lng=pt&nrm=iso).

Acesso em 03 junho 2023.

LEON, Pamela Barros de. **Cuidados paliativos no cenário da urgência e emergência: percepções de enfermeiros e médicos**. 2018. 37 f. Artigo de Conclusão de Residência (Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde; Santa Maria, RS. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/13199> Acesso em 26 novembro 2020.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. Cuidados Paliativos: Conceito, fundamentos e princípios. *In*: ANCP (coord). **Manual de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. p.14-19.

MATSUMOTO, Dalva Yukie.; MANNA, Mônica Cecília Bochetti. Hospedaria. *In*: CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. **Cuidado Paliativo** / Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. 689p. *E-book* Disponível em [http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro\\_cuidado%20paliativo.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf). Acesso em 03 de janeiro de 2022.



OLIVEIRA, Tânia Modesto Veludo de. Amostragem não Probabilística: Adequação de Situações para uso e Limitações de amostras por Conveniência, Julgamento e Quotas. **Rev. Administração On Line. FECAP.** ISSN 1517-7912. v2, nº 3, juho/agosto/setembro, 2001. Disponível em: [https://pesquisa-eaesp.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/arquivos/veludo\\_-\\_amostragem\\_nao\\_probabilistica\\_adequacao\\_de\\_situacoes\\_para\\_uso\\_e\\_limitacoes\\_de\\_amostras\\_por\\_conveniencia.pdf](https://pesquisa-eaesp.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/arquivos/veludo_-_amostragem_nao_probabilistica_adequacao_de_situacoes_para_uso_e_limitacoes_de_amostras_por_conveniencia.pdf). Acesso em 31 de maio de 2023.

PRODANOV, CLEBER CRISTIANO; FREITAS, ERNANI CESAR DE. **Metodologia do trabalho científico [e-book PDF]**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RIBEIRO, Sabrina Corrêa da Costa. Avaliação de capacidade de tomada de decisão na emergência. *In:* VELASCO, I.T.; RIBEIRO, S.C.C. **Cuidados Paliativos na Emergência.** 1. ed. Barueri - SP: Manole; 2021a. p. 159 -165.

RIBEIRO, Sabrina Corrêa da Costa. Comunicação de más notícias – indo além do SPIKES. . *In:* VELASCO, I.T.; RIBEIRO, S.C.C. **Cuidados Paliativos na Emergência.** 1. ed. Barueri - SP: Manole; 2021b. p. 215 -221.

RIBEIRO, Sabrina Corrêa da Costa. O Paciente instável. *In:* VELASCO, I.T.; RIBEIRO, S.C.C. **Cuidados Paliativos na Emergência.** 1. ed. Barueri - SP: Manole; 2021c. p. 215 -221.

SANTOS, Franklin Santana. Para além da dor física - trabalhando com a dor total. *In:* SANTOS, F.S.S. (org). **Cuidados Paliativos: Discutindo a vida, a morte e o morrer.** 1. ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2009. p. 411-433.

SCHIRMER, Caticiane Avello; FREITAS, Hilda Maria Barbosa de; DONADUZZI, Daiany Saldanha da Silveira; MACHADO, Rosangela Marques; ROSA, Andrieli Berger da; FETTERMANN, Fernanda Almeida. Cuidados paliativos em um pronto-socorro pediátrico: percepção da equipe de enfermagem. **Vivências,** v. 16, n. 31, 2020. p. 235-244. Disponível em: <http://revistas.uri.br/index.php/vivencias/article/view/112>. Acesso em 17 janeiro 2021.

SPICT-BR™. **Supportive and Palliative Care Indicators Tool (Brazilian version).** The University of Edinburgh. c2022. Disponível em: <https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-br/> . Acesso em 09/01/2022

TAQUEMORI, Lais Yassue; SERA, Celisa Tiemi Nakagawa. Interface Intrínseca: Equipe Multiprofissional. *In:* CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. **Cuidado Paliativo /** Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. 689p. Disponível em [http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro\\_cuidado%20paliativo.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf) Acesso em 03 de janeiro de 2022.

TERZI, Cristina Bueno; TERZI, Renato Giuseppe

ISSN: 1984-7688

Giovanni; JUNQUEIRA, José Carlos dos Santos.  
Ajuste de suporte vital. *In*: VELASCO, I.T.; RIBEIRO,  
S.C.C. **Cuidados Paliativos na Emergência**. 1. ed.  
Barueri - SP: Manole; 2021. p. 172 -178.

TOLOI, Diego de Araujo; BRANCO, Tiago Pugliese.  
Abordagem espiritual. *In*: CARVALHO, Ricardo  
Tavares de.; SOUZA, Milena dos Reis Bezerra de;  
FRANCK, Ednalda Maria; POLASTRINI, Rita Tiziana  
Verardo; CRISPIM, Douglas Henrique; JALES,  
Sumatra Melo da Costa Pereira; BARBOSA, Silvia  
Maria de Macedo; TORRES, Simone Henriques  
Bisconsin. (Editores). **Manual da Residência de  
Cuidados Paliativos: uma abordagem  
multidisciplinar**. 1. ed. Barueri, São Paulo: Manole;  
2018. p. 11-20.

TURAÇA, Karina; RIBEIRO, Sabrina Corrêa da Costa;  
Este paciente necessita de cuidado paliativo?. *In*:  
VELASCO, I.T.; RIBEIRO, S.C.C. **Cuidados  
Paliativos na Emergência**. 1. ed. Barueri - SP:  
Manole; 2021. p. 3 -10.

VELASCO, Irineu Tadeu.; RIBEIRO, Sabrina Corrêa  
da Costa. (Editores). **Cuidados Paliativos na  
Emergência**. 1. ed. Barueri - SP: Manole; 2021.466 p.

VIDAL, Edison Iglesias de Oliveira; VILLAS BOAS,  
Paulo José Forte; FURLAN, Jansen Micheleto;  
CHRISTÓVAN, José Carlos; FUKUSHIMA, Fernanda  
Bono. Cuidados paliativos em um serviço de urgência  
e emergência. *In*: **Condutas em Urgências e  
Emergências da Faculdade de Medicina de  
Botucatu**. 1 .ed. Botucatu: Cultura Acadêmica; 2014.  
p 387-394. Disponível em:  
[https://www.researchgate.net/publication/273574595\\_](https://www.researchgate.net/publication/273574595_)

Cuidados\_paliativos\_em\_um\_servico\_de\_urgencia\_e\_  
emergencia. Acesso em 09 de fevereiro de 2021.

WHO - World Health Organization. **National cancer  
control programmes: policies and managerial  
guidelines**. 2.ed. Geneva, 2002a. Disponível em:  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42494>. Acesso  
em: 08 fev.2021.

WHO - World Health Organization. **Palliative care**.  
Publicado em 05 de agosto de 2020. Disponível em:  
[https://www.who.int/news-room/fact-  
sheets/detail/palliative-care](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care). Acesso em 21 de janeiro  
de 2022.