

ISSN: 1984-7688

**ANAIS DA JORNADA MULTIDISCIPLINAR DE DOR
E CUIDADOS PALIATIVOS**

EVENTO ON-LINE



BELO HORIZONTE, 28 E 29 DE OUTUBRO DE 2022

ISSN: 1984-7688

ANAIS DA JORNADA MULTIDISCIPLINAR DE DOR E CUIDADOS PALIATIVOS

COMISSÃO ORGANIZADORA

ALEXANDRE DE CASTRO BROMMONSCHENKEL

ANA CAROLINA DE CASTRO RAMOS

ANA LUIZA CARDOSO RODRIGUES

CAMILA MAGESTE COSTA

CARLOS ALEXANDRE DE MORAIS RIBEIRO

FERNANDA CAETANO SOLANO OLIVEIRA

GUILHERME AMBRÓSIO ALVES SILVA

ISABELLA DANTAS RIZZO CAÑADO

LAURA DALDEGAN ALCASAR

LAURA FERRAZ DE VASCONCELOS

LUCAS GUILHERME MARTINS SANTOS

MARIANA VASCONCELOS VARGAS

MATHEUS MOREIRA SILVA

PEDRO HENRIQUE EL HAUCHE NEVES SILVA

RAFAELA FERREIRA DE SOUZA

SOPHIA GREGORIO GOMES

THÁIS AZEVEDO DE ALMEIDA

THIAGO ROCHA VENTURI FILHO

COMISSÃO DE AVALIAÇÃO

CAMILA RABELO MONTEIRO DE ANDRADE

ANAIS DA JORNADA MULTIDISCIPLINAR DE DOR E CUIDADOS PALIATIVOS

SUMÁRIO

RESUMO EXPANDIDO	PÁGINA
1. A Influência da Espiritualidade na Aceitação da Doença por Pacientes Terminais em Cuidados Paliativos: Revisão Integrativa de Literatura	1
2. Atuação fonoaudiológica a idosos em cuidados paliativos: uma revisão integrativa	4
3. Diretivas antecipadas de vontade no contexto oncológico	7
4. Estudo sobre a psicologia e os cuidados paliativos na experiência do luto	14
5. O uso da cannabis medicinal em pacientes oncológicos sob efeitos adversos da quimioterapia	19
6 Revisão das metas de cuidado de pessoas em terminalidade de vida nos Prontos-socorros (PS) e a determinação da necessidade de Cuidados paliativos (CP)	24

ANAIS DA JORNADA MULTIDISCIPLINAR DE DOR E CUIDADOS PALIATIVOS

RESUMO EXPANDIDO

A INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE NA ACEITAÇÃO DA DOENÇA POR PACIENTES TERMINAIS EM CUIDADOS PALIATIVOS: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

THE INFLUENCE OF SPIRITUALITY ON THE ACCEPTANCE OF DISEASE BY TERMINAL PATIENTS IN PALLIATIVE CARE: INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

Isadora Oliveira Barbosa Ribeiro^{1*}; Isabella Oliveira Barbosa Ribeiro²

1. Acadêmica de Medicina da Universidade de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, São Paulo. isadoraribeiroobr@gmail.com.
 2. Acadêmica de Medicina da Universidade de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, São Paulo. isabella.ribeiro2706@gmail.com.
- * autor para correspondência: Isadora Oliveira Barbosa Ribeiro: isadoraribeiroobr@gmail.com

RESUMO: *Introdução: Na abordagem paliativa, a contemplação do indivíduo como um todo, como propõe o princípio de integralidade do cuidado imposto pelo SUS, é imprescindível. Das diversas áreas a serem abordadas, a espiritualidade se mostra essencial, principalmente quando trabalhada em pacientes portadores de doença terminal, visto que influencia diretamente na qualidade da vida deste. Objetivos: Compreender a importância da abrangência da espiritualidade nos cuidados paliativos. Metodologia: Revisão integrativa de literatura realizada na base científica MEDLINE/PubMed e SCIELO, utilizando os unitermos religiosity, spirituality e terminal illness. Resultados: Oito artigos foram analisados quanto à temática abordada, dos quais cinco compuseram a amostra por atenderem os critérios de inclusão. Suas análises permitiram o entendimento sobre a influência da abordagem da espiritualidade nos cuidados paliativos e na melhora da qualidade de vida de pacientes terminais sob esses cuidados. Discussão: Muitos profissionais da área da saúde não compreendem a espiritualidade como facilitadora do processo final da vida e muitas vezes levam à desumanização ao atendimento do paciente terminal. Nas situações paliativas, o paciente busca na espiritualidade o sentido de sua existência. Mesmo diante da morte, ele descobre um sentido positivo do adoecimento e ressignifica sua doença, por meio de uma explicação para a situação que se encontra. Conclusão: É imprescindível a adição da esfera espiritual na abordagem paliativa do paciente portador de doença sem possibilidade de terapêutica curativa, uma vez que ela melhora a qualidade de vida deste pela melhor aceitação da enfermidade limitadora de sua existência.*

PALAVRAS-CHAVE: *cuidados paliativos, integralidade em saúde, doença terminal.*

1. INTRODUÇÃO

Diferentemente das práticas médicas medievais, a medicina moderna reforça a necessidade da integralidade do cuidado médico de maneira que a equipe de saúde contemple as múltiplas dimensões envolvidas no processo saúde-doença e enxergue o paciente como um ser holístico, humano e em sua totalidade, não apenas um exemplo isolado de doença. Nesse viés, os cuidados paliativos surgiram como uma abordagem especializada do paciente cujo tratamento curativo não é mais efetivo, havendo, portanto, a necessidade de contemplação do indivíduo como um todo para ajudá-lo no processo de resignificação da vida e aceitação da morte eminente. Das diversas necessidades paliativas atendidas em pacientes terminais, a espiritualidade se mostra a mais urgente delas, uma vez que ela é essencial para a melhora da qualidade de vida influenciando diretamente no modo com que o paciente enfrenta seu problema de saúde. Diante da finitude do ser evidenciada por uma doença incurável, a espiritualidade ajuda no seguimento da vida, regulação das emoções e melhora dos sintomas físicos e psicológicos no processo terminal. A equipe multidisciplinar que enxerga a espiritualidade como uma das principais esferas envolvidas no paciente paliativo viabiliza o cuidado integral e humanizado.

Esse estudo teve como objetivo compreender a importância da abrangência da espiritualidade nos cuidados paliativos para melhora do processo de aceitação da doença, boa relação com a morte e resignificação da vida por pacientes terminais, por meio da análise de artigos científicos disseminados em periódicos online.

2. METODOLOGIA

Revisão integrativa de literatura realizada na base científica MEDLINE/PubMed e SCIELO, utilizando os unitermos *religiosity*, *spirituality* e *terminal illness*. Foram incluídos estudos na língua inglesa sem limite do período consultado. Os principais motivos de exclusão foram estudos não relacionados com o objetivo proposto.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Oito artigos foram analisados quanto à temática abordada, dos quais cinco compuseram a amostra por atenderem os critérios de inclusão. As publicações datam dos anos de 2012, 2014, 2015, 2016 e 2017. Dos artigos inclusos, dois (40%) eram de revisão de literatura e concentraram-se na base de dados LILACS, SCIELO, MEDLINE/PubMed e IBICS. Suas análises permitiram a construção de dois eixos temáticos: “A espiritualidade como uma esfera a ser trabalhada nos cuidados paliativos” (abordagem temática I) e “A espiritualidade na melhora da qualidade de vida de pacientes terminais sob cuidados paliativos” (abordagem temática II).

Abordagem temática I- Nos cuidados paliativos devem ser abordadas todas as esferas que abrangem o indivíduo, incluindo as espirituais, psicossociais e familiares. Entretanto, muitos profissionais da área da saúde não compreendem a espiritualidade como facilitadora do processo final da vida e muitas vezes levam a desumanização ao atendimento do paciente terminal. Isso se deve, principalmente, a pouca abordagem curricular sobre espiritualidade e saúde para estudantes. No Brasil, observa-se ausência ou pouca inclusão de cursos de espiritualidade nos currículos das universidades levando à precariedade na prática integral do cuidado e o pouco entendimento

ISSN: 1984-7688

dos futuros profissionais de saúde sobre o manejo, abordagem e inclusão da espiritualidade nos cuidados paliativos. O estudante que enxerga o paciente como um todo, não o definindo pela sua doença, e compreende a esfera espiritual como parte desse todo, se tornará um profissional capaz de auxiliar e atender adequadamente pacientes em fases finais da vida.

Abordagem temática II- Nas situações de doença terminal quando o indivíduo encara a limitação da vida, ele busca na espiritualidade o sentido de sua existência e expressa sua face mais humana e vulnerável. A espiritualidade, por sua vez, reduz o sofrimento e influencia a maneira que o paciente encara seu problema de saúde. Mesmo diante da morte, o paciente descobre um sentido positivo do adoecimento e ressignifica sua doença, por meio de uma explicação para a situação que se encontra. Arelada a fé, a espiritualidade leva o indivíduo apresentar melhora nos âmbitos físicos e psicológicos. O ato de orar, realizado por alguns pacientes sob cuidados paliativos, promove o otimismo, por meio do contato profundo com o interior e a sensação de controle do indivíduo sobre sua mente e corpo.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os artigos analisados mostram ser imprescindível a adição da esfera espiritual na abordagem paliativa do paciente portador de doença sem possibilidade de terapêutica curativa, uma vez que ela melhora a qualidade de vida deste pela melhor aceitação da enfermidade limitadora de sua existência.

REFERÊNCIAS

1. Arrieira, I.C.O.; Thofehn, M.B.; Porto, A.R.; Moura, P.M.M.; Martins, C.L.; Jacondino, M.B.; Spirituality in palliative care: experiences of an interdisciplinary team. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;52:e03312.
2. Benites, A.C.; Bueno, C.M.; Santos, M.A.; Significance of spirituality for patients with cancer receiving palliative care. *Estudos de Psicologia*; Campinas; 34(2) (pp. 269-279); abril – junho.
3. Cervelin, A.F.; Kruse, M.H.L.; Spirituality and religiosity in palliative care: learning to govern. *Esc Anna Nery* 2014;18(1):136-142.
4. Donato, S.C.T.; Matuoka, J.Y.; Yamashita, C.C.; Salvetti, M.G.; Effects of dignity therapy on terminally ill patients: a systematic review. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(6):1011-1021.
5. Evangelista, C.B.; Lopes, M.E.L.; Costa, S.F.G.; Batista, P.S.S.; Batista, J.B.V.; Oliveira, A.M.M.; Palliative care and spirituality: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2016;69(3):554-63.
1. Arrieira, I.C.O.; Thofehn, M.B.; Porto, A.R.; Moura, P.M.M.; Martins, C.L.; Jacondino, M.B.; Spirituality in palliative care: experiences of an

ANAIS DA JORNADA MULTIDISCIPLINAR DE DOR E CUIDADOS PALIATIVOS

RESUMO EXPANDIDO

ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA A IDOSOS EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA SPEECH THERAPY FOR OLDER ADULTS IN PALLIATIVE CARE: AN INTEGRATIVE REVIEW

Karla Caroline Barbosa Dote^{1*}; Cleide Carneiro²

1. Mestranda em Ensino na Saúde .Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, Ceará. karlacllf@gmail.com.*

2. Doutora. Docente no Mestrado Ensino na Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, Ceará. cleide.carneiro@uece.br

* autor para correspondência: Karla Caroline Barbosa Dote karlacllf@gmail.com.

RESUMO: **Introdução:** Os Cuidados Paliativos (CP) abragem o alívio da dor e do sofrimento; consideram a morte como processo natural, não acelerando ou adiando a mesma; visam oferecer ao paciente e seus familiares, suporte e apoio técnico, psicológico, social e espiritual e ainda promovem o acompanhamento multiprofissional nas necessidades dos pacientes e seus familiares durante o percurso da doença e em seu luto. Dentro da equipe multidisciplinar de CP o fonoaudiólogo pode proporcionar ao paciente maior autonomia quanto à comunicação, bem como assegurar a forma mais segura de alimentação por via oral. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa das produções já existentes nas bases de dados SciELO e LILACS, utilizando os Descritores em Saúde: “cuidados paliativos”, “fonoaudiologia” e “idoso”, associados ao operador booleano AND. Partiu-se da questão norteadora: ‘qual é a atuação do fonoaudiólogo a idosos em CP?’ Como recorte temporal, optou-se por selecionar artigos entre os anos de 2017 e 2022 e no idioma português. Como critérios de inclusão, selecionou-se artigos completos e com acesso gratuito. Foram excluídos artigos duplicados e estudos que não abordavam atuação com idosos. **Resultados:** Feitas as associações dos descritores nas bases de dados, foram encontrados cinco artigos, sendo dois na SciELO e três na LILACS. Para realizar a análise dos dados, inicialmente construiu-se um quadro analítico com as informações: título, ano de publicação, autores, base de dados, objetivos e principais resultados. **Desenvolvimento:** Há uma necessidade de uma tomada de decisão compartilhada nos cuidados paliativos, visando ações conjuntas e assertivas por meio da comunicação entre equipe multidisciplinar, paciente e família. A disfagia tem impacto diretamente na alimentação e para o idoso esta tem papel essencial para a manutenção da qualidade de vida. **Conclusão:** A presença do fonoaudiólogo é um diferencial dentro da equipe multidisciplinar, contribuindo significativamente para o bem-estar do paciente e de seus familiares e na humanização do cuidado. São poucos os estudos relacionados ao idoso, tornando insipiente mais estudos sobre o tema, visto que essa parcela da população está crescendo exponencialmente e necessitando de cuidados especializados .Deve apresentar um texto com parágrafo único contendo as seguintes informações: introdução, objetivos, metodologia, resultados e discussão e conclusão.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Paliativos. Fonoaudiologia. Idoso.

1. INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos (CP) abrangem o alívio da dor e do sofrimento; consideram a morte como processo natural, não acelerando ou adiando a mesma; visam oferecer ao paciente e seus familiares, suporte e apoio técnico, psicológico, social e espiritual e ainda promovem o acompanhamento multiprofissional nas necessidades dos pacientes e seus familiares durante o percurso da doença e em seu luto (OMS, 2017).

Dentro da equipe multidisciplinar de CP o fonoaudiólogo pode proporcionar ao paciente maior autonomia quanto à comunicação, bem como assegurar a forma mais segura de alimentação por via oral (CFFa - Brasil, 2016).

Assim, o objetivo desse trabalho foi realizar uma revisão integrativa, partindo da questão norteadora: qual é a atuação do fonoaudiólogo a idosos em Cuidados Paliativos?

2. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa das produções já existentes nas bases de dados SciELO e LILACS, utilizando os Descritores em Saúde: “cuidados paliativos”, “fonoaudiologia” e “idoso”, associados ao operador booleano *AND*. Partiu-se da questão norteadora: ‘qual é a atuação do fonoaudiólogo a idosos em CP?’

Como recorte temporal, optou-se por selecionar artigos entre os anos de 2017 e 2022 e no idioma português. Como critérios de inclusão, selecionou-se artigos completos e com acesso gratuito. Foram excluídos artigos duplicados e estudos que não abordavam atuação com idosos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Feitas as associações dos descritores nas bases de dados, foram encontrados cinco artigos, sendo dois na SciELO e três na LILACS. Para realizar a análise dos dados, inicialmente construiu-se um quadro analítico com as informações: título, ano de publicação, autores, base de dados, objetivos e principais resultados.

Há uma necessidade de uma tomada de decisão compartilhada nos cuidados paliativos, visando ações conjuntas e assertivas por meio da comunicação entre equipe multidisciplinar, paciente e família (JACINTO-SCUDEIRO; AYRES; OLCHIK, 2019).

A disfagia tem impacto diretamente na alimentação e para o idoso esta tem papel essencial para a manutenção da qualidade de vida (RECH; GOULART; BAUMGARTEN, *et al.*, 2018).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presença do fonoaudiólogo é um diferencial dentro da equipe multidisciplinar, contribuindo significativamente para o bem-estar do paciente e de seus familiares e na humanização do cuidado.

São poucos os estudos relacionados ao idoso, tornando primordial mais estudos sobre o tema, visto que essa parcela da população está crescendo exponencialmente e necessitando de cuidados especializados.

REFERÊNCIAS

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA (BRASIL). Parecer no. 42, de 18 de fevereiro de 2016. **Dispõe sobre a atuação do fonoaudiólogo em cuidados paliativos**. Parecer aprovado na 1450 SPO do CFFa. Disponível em: <https://>

ISSN: 1984-7688

www.fonoaudiologia.org.br/cffa/wp-content/uploads/2013/07/parecer-n.-42-2016

cuidados-paliativos.pdf. Acesso em: 08 ag. 2020.

JACINTO-SCUDEIRO, Lais Alves; AYRES, Annelise; OLCHIK, Maira Rozenfeld. Tomada de decisão: papel do fonoaudiólogo em cuidados paliativos. **Distúrbios da Comunicação**, v. 31, n. 1, p. 141-146, 2019.

RECH, R.; DE GOULART, B.; BAUMGARTEN, A.; HILGERT, J. Deglutição no envelhecimento e a odontologia. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, v. 23, n. 1, 15 ago. 2018.

ANAIS DA JORNADA MULTIDISCIPLINAR DE DOR E CUIDADOS PALIATIVOS

RESUMO EXPANDIDO

DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE NO CONTEXTO ONCOLÓGICO

ADVANCE DIRECTIVES OFF WILL IN THE ONCOLOGICAL CONTEXT

Luíza Gonçalves De Oliveira¹; Anna Luíza Araújo Nascimento² Daniela Almeida Tonholli³

1. Acadêmica de Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte. 2022. Belo Horizonte, MG. E-mail: luiza.gon.o@gmail.com.*

2. Acadêmica de Medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte. 2022. Belo Horizonte, MG. E-mail: annaluizaaraujonascimento@gmail.com.

3. Advogada. Professora na Faculdade Unimed. Proprietária do Curso de Perícia Judicial Daniela Tonholli. Membro colaboradora da Comissão de Direito Médico da OAB |MG. Tesoureira da ABMCJ. Membro da Comissão de Direito Médico da ABA. Presidente da ABRADE-MG3. Belo Horizonte, MG. E-mail: daniela.tonholli@gmail.com

* autor para correspondência: Luíza Gonçalves de Oliveira. E-mail: luiza.gon.o@gmail.com

RESUMO: *Introdução: Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) são um documento jurídico que contém as decisões sobre cuidados e tratamentos que um paciente deseja ou não receber se incapacitado de expressar sua vontade de forma válida. Permite o direito de recusa a tratamentos que não curam nem aliviam sintomas. É composto por testamento vital (TV) e nomeação de Mandatário duradouro. A oncologia possui tratamentos penosos, sofridos e que podem prolongar a vida. O presente artigo busca responder quais as particularidades das DAV no contexto oncológico. Metodologia: Revisão Integrativa. Foram analisados artigos publicados em revistas médicas nos últimos dez anos e a legislação vigente. Resultados: Foi possível observar que 80% dos médicos, pacientes e acompanhantes desconhecem as DAV. São 72% de pacientes que preferem falecer em casa e 55% não aceitam ser levados aos cuidados intensivos (CI). Confirmou-se a relação das DAV, com a redução da incidência de depressão em pacientes terminais e com um menor nível de CI, principalmente quando ocorrida ao menos 30 dias antes do óbito. Tal decisão costuma ser feita tardiamente. Em pesquisa realizada com 100 pacientes oncológicos, evidenciou que dentre 85% que desconheciam as DAV, 62% desejavam elaborar uma para si após esclarecimentos. Desenvolvimento: Em oncologia, elaborar uma DAV pode significar para o enfermo admitir piora clínica e proximidade da morte, o que pode gerar desinteresse sobre o tema. A equipe de saúde oncológica tem melhor aceitação destas diretivas, por terem familiaridade com o sofrimento implicado por algumas intervenções e terapias, como a manutenção da nutrição e hidratação artificiais na síndrome de caquexia. Assim, o desconhecimento quanto a existência, aplicações e benefícios reais das DAV, contribui para sua baixa adesão. Conclusão: A morte antes da terceira idade e a dificuldade de aceitação dessa realidade por pacientes e familiares, os tratamentos penosos instituídos em oncologia e o maior respeito e familiaridade à ortotanásia pela equipe médica, são particularidades das DAV no contexto oncológico. Foi possível identificar pontos a serem pesquisados no futuro como 1. A informação e o esclarecimento como pressupostos para o uso das DAV; 2. O “conluio” e sua inadequação no direito brasileiro. 3. As DAV e o exercício do direito de viver e morrer de forma digna. 4. A revisão do art. 34 do Código de Ética Médica em conflito com princípios do direito e da bioética.*

PALAVRAS-CHAVE: *Diretivas Antecipadas; Oncologia; Brasil*

1. INTRODUÇÃO

As DAV são compostas por testamento vital (TV) e nomeação de Mandatário duradouro. Elas têm o objetivo de assegurar o direito do paciente de determinar cuidados e tratamentos que deseja ou não receber no momento de morte, se incapacitado de expressar sua vontade de forma válida. O TV é um documento jurídico que propõe antecipar o consentimento ou recusa a determinadas terapêuticas para que, ocorrendo as situações aventadas, possa ser suprida a eventual incapacidade de expressar a respeito de opções terapêuticas. A nomeação de Mandatário Duradouro é uma ferramenta para suprir a lacuna do dinamismo que deve contemplar a DAV, uma vez que avanços médico-científicos que implicam mudança de prognóstico podem ocorrer. O mandatário, de acordo com seus conhecimentos sobre a intenção do autor, deve adequar o proposto pela DAV às inovações biotecnológicas. Entretanto, essas diretrizes só têm validade se obtidas de forma dialógica-consensual após informações esclarecidas sobre os riscos e benefícios das eventuais terapêuticas. Tal esclarecimento só pode ser feito por profissional médico. Portanto, para terem validade legal, as DAV devem caracterizarem-se como negócio jurídico causal final e basearem-se em informação de qualidade providas pelo médico, porque uma DAV elaborada sem informações e consentimento esclarecido, constitui um negócio anulável por erro. Portanto, o médico possui papel fundamental e insubstituível na elaboração das DAV, assim como no seu cumprimento.

Com o avanço bio sanitário e a urbanização, que se intensificaram mundialmente após a primeira revolução industrial e após o movimento sanitário no séc XX no Brasil, a expectativa de vida aumentou e iniciou-se uma transição epidemiológica. Nela ocorreu o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), primeiro nos países desenvolvidos e posteriormente no Brasil, a partir da década de 60. O perfil de mortalidade também acompanhou essa mudança, gerando um aumento do número de pacientes que inicia seu processo de morte já incapaz de tomar decisões quanto ao curso de seu tratamento, sendo muitas vezes, submetidos à distanásia, intervenções e tratamentos penosos que prolongam a vida,. Esse cenário reforça a importância e crescente necessidade de medidas que diminuam essa tendência à distanásia e assegurem a morte digna.

Tendo em vista essa necessidade, no Brasil, a Resolução 1805/2006 do Conselho Federal de Medicina (CFM) possibilita a renúncia ao prolongamento penoso da vida, desde que haja consentimento do paciente ou de seu representante. Essa resolução corrobora o pilar de formação dos direitos humanos, o direito à vida digna e à autodeterminação. Com o propósito de assegurar esse direito, após quase 50 anos da declaração dos "living wills" nos Estados Unidos em 1969, no Brasil foram reconhecidas as Diretrizes antecipativas de vontade (DAV) pela resolução CFM 1995/2012.

O presente artigo objetiva responder quais as particularidades das DAV no contexto oncológico.

2 . METODOLOGIA

Para a elaboração desta revisão integrativa as seguintes etapas foram percorridas: estabelecimento da hipótese e objetivos da revisão integrativa; seleção

da amostra; definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise dos resultados; discussão e apresentação dos resultados e apresentação da revisão.

Para guiar a revisão integrativa, formulou-se a seguinte questão: quais são as particularidades das DAV no contexto oncológico? Foram analisados artigos publicados em revistas médicas nos últimos dez anos, a literatura impressa disponível sobre o tema e a legislação vigente.

Para a seleção dos artigos foram utilizadas duas bases de dados, Scielo e Pubmed. A busca foi guiada pelas palavras oncologia, câncer, diretivas antecipadas de vontade e suas derivações. Os artigos foram selecionados de acordo com sua relevância e atualidade.

A coleta de dados da bibliografia selecionada foi feita por meio da leitura dos artigos, livros e legislação vigente com a seleção e extração dos dados mais relevantes, que melhor respondem a pergunta norteadora desta revisão. Em seguida esses dados foram analisados criticamente pelos autores.

A apresentação dos resultados e discussão dos dados obtidos foi feita de forma dissertativa, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão elaborada, de forma a atingir o objetivo desse método. Evidenciou-se as particularidades das DAV no contexto oncológico para que a partir de sua análise seja possível refletir sobre sua importância social, ética-legal e na melhora do cuidado integral de saúde para os pacientes oncológicos, suas famílias e equipe médica responsável. Além de identificar suas falhas e dificuldades para estabelecer-se, mostrando pontos a serem pesquisados no futuro.

3 . RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo publicado na Revista Bioética (2018) analisou a questão “você sabe o que são as DAV?” foi cruzada entre os grupos participantes, sendo possível observar que 80% dos médicos, pacientes e acompanhantes desconhecem as mesmas. Os acompanhantes são os que menos conhecem sobre o assunto (3%) e os alunos os que mais o dominam (21%). A partir desses resultados é possível perceber o desconhecimento generalizado sobre o tema, diante dos seus principais grupos de interesse. Além disso, o grupo que mais teve conhecimento sobre as DAV foi o de estudantes, pessoas em sua maioria, mais jovens, indicando a incipiência dessas diretivas no Brasil.

O mesmo estudo, também interrogou o desejo de elaboração ou não de uma DAV para si após esclarecimento, evidenciando que os alunos, mais uma vez, representam o grupo majoritário, seguidos de professores/médicos e por fim acompanhantes. Além disso, outras questões foram levantadas, como a forma que desejam falecer e sobre cuidados intensivos. São 72% de pacientes que preferem falecer em casa e 55% não aceitam ser levados aos cuidados intensivos (CI). Somado a isso, 87,6% optariam pela ortotanásia diante de fase terminal, mas não consideraram a possibilidade de realização de DAV. A correlação dessas informações revela uma incongruência entre a característica não invasiva e pouco intervencionista dos cuidados médicos desejados pela população analisada no seu processo de morte e o não desejo de manifestá-los por escrito, com o objetivo de assegurar o cumprimento de suas vontades.

No que diz respeito à oncologia, uma pesquisa realizada com 100 pacientes oncológicos evidenciou que 85% deles desconheciam as DAV e, após esclarecimentos sobre o tema, 62% desejaram

elaborar o documento para si. Além disso, quando questionados sobre quem deveria decidir seu tratamento em relação à terminalidade de vida, 71% desejam estar ativamente envolvidos. Esse dado reforça a maior autonomia exercida pelo paciente oncológico quando comparado ao geriátrico em seu tratamento. Segundo COMIN, T et.al. pacientes oncológicos desejam ter informações que lhes permitam escolher alternativas e controlar decisões durante o final da vida. Em consonância a essa característica, a equipe médica oncológica mostrou-se mais capacitada para fornecer tais informações pois, no que concerne à forma de comunicação sobre a doença, de acordo com 89% dos pacientes o médico foi cuidadoso ao informar o diagnóstico ao paciente e deu explicações adequadas à sua compreensão e 95% o fez aos seus familiares.

Apesar de 89% dos pacientes oncológicos analisados estarem satisfeitos com as informações dadas pelo médico assistente, 85% deles desconheciam as DAV e 87.6% não desejam cuidados fúteis para si. Esses dados reforçam a importância das DAV no contexto oncológico e revelam a falta de informação sobre as diretivas tanto por parte do paciente como por parte do médico assistente, ressaltando a necessidade de educação continuada dos profissionais de saúde e maior divulgação dessa ferramenta.

Questionou-se o real benefício da elaboração das DAV pelo paciente em processo de morte. Um estudo prospectivo multicêntrico realizado por PAUTEX. S, confirmou a relação da elaboração das DAV, com a redução da incidência de depressão em pacientes terminais e com um menor nível de cuidados intensivos,

principalmente quando ocorrida ao menos 30 dias antes do óbito. Entretanto, tal estudo também constatou que tal elaboração costuma ser feita tardiamente, o que minimiza seus benefícios e exalta a importância de sua abordagem precoce pelo médico assistente.

O estudo da legislação existente sobre as DAV confirmou a inexistência de legislação específica no Brasil e apontou essa característica como dificultadora de sua ampla aplicação. O atual ordenamento jurídico brasileiro permite a defesa da validade das DAV com base nesse conjunto normativo estabelecido pelo Código de Ética Médica e à Resolução CFM 1995/2012, por vezes as ADV têm sido registradas nos cartórios de notas de diferentes serventias no Brasil. Nesse contexto é imprescindível a lavratura das DAV por escritura pública, perante um notário, a fim de garantir a segurança jurídica. Caminho considerado complexo para a população leiga em direito e que portanto, dificulta o uso e registro efetivo das DAV,. Elas, na maior parte das vezes, acabam por ser registradas em prontuário médico. Esse registro muitas vezes não é reconhecido pelo direito e gera insegurança dos profissionais de saúde de seguirem as orientações ali registradas, principalmente se expressam discordância com o desejo da família.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É de vital importância conhecer e entender as particularidades das DAV no contexto oncológico. Nesta revisão foram identificadas três particularidades principais.

A primeira particularidade identificada é a morte antes da terceira idade e a dificuldade de aceitação dessa realidade por pacientes e familiares. De acordo com o publicado pela Revista Bioética, a baixa adesão às

DAV frequentemente se associa à cultura do país, à falta de costume em conversar sobre finitude. Na área oncológica quando o paciente recebe o diagnóstico, é inevitável pensar em uma rápida abreviação na expectativa de vida, como cita a Revista de Psicologia e Pesquisa de Juiz de Fora (2018). Em contrapartida, segundo Buiar (2018), 90% dos pacientes expostos a alguma forma de diretiva antecipada afirmaram que necessitavam de informações adicionais e mais tempo para tomada de decisões. Isso evidencia a importância e a necessidade de diretivas antecipadas serem confeccionadas com antecedência, como por exemplo a nível ambulatorial, a importância da mudança cultural e social diante da morte.

A segunda particularidade identificada são os tratamentos penosos instituídos em oncologia. Os tratamentos oncológicos são capazes de prolongar a vida, muitas vezes, às custas de efeitos colaterais deletérios que para muitas pessoas vai contra a vida digna. Entre eles está a realização de quimioterapia, a reanimação cardiopulmonar, a prescrição de antibióticos e a nutrição e hidratação artificiais (NHA) em doentes terminais. De acordo com essa realidade, a Dadalto L. et al (2013) na Revista de Bioética, ressalta que apesar da suspensão da NHA ser muito pouco aceita culturalmente, devido a síndrome de caquexia e anorexia provocadas pelo câncer, ela é bem aceita no contexto oncológico.

A terceira particularidade é o maior respeito e familiaridade à ortotanásia pela equipe médica oncológica. A Revista de Bioética, mostrou em uma entrevista feita com médicos intensivistas, oncologistas e geriatras, que os oncologistas são os mais habituados as DAV e que elas são melhor aceitas e mais efetivas quando a equipe médica

que atende o paciente em questão e o médico que o auxiliou para elaboração da DAV já fazem um acompanhamento longitudinal de tal paciente, característica intrínseca ao atendimento oncológico.

A partir da análise dessas particularidades é possível compreender a importância social, ética-legal e no cuidado integral de saúde das DAV para os pacientes oncológicos, suas famílias e equipe médica responsável. Assim como, é possível identificar suas falhas e dificuldades para estabelecer-se como rotineira, revelando pontos a serem pesquisados e melhorados no futuro. dentre eles estão:

1. A informação e o esclarecimento como pressupostos para o uso das DAV. A bibliografia analisada evidencia a prevalência absoluta do desconhecimento dos pacientes, familiares e médicos sobre as DAV. Mais de 60% de todos esses grupos desconhecem o que são as DAV, sua utilidade, os meios legais para elaborá-la e seus benefícios para todas as partes envolvidas. Diante disso, conclui-se que a divulgação e a informação sobre a existência de tal documento, sua aplicabilidade e benefícios por meio de eventos, seminários e palestras é essencial para ampliar a população beneficiada pelo mesmo.
2. O “conluio” e sua inadequação no direito brasileiro. Inexiste na legislação do país modelo e normas para elaboração das DAV assim como para seu registro a fim de assegurar validade legal. Por isso, a criação de um registro nacional de DAV nos moldes do registro espanhol e do português também é importante a fim de possibilitar uma maior efetividade no cumprimento da vontade do paciente, de modo a não correr risco de que a declaração se torne inócua.
3. As DAV e o exercício do direito de viver e morrer de forma digna. A dignidade é um conceito variável e plural, dependente dos valores culturais e individuais de cada paciente. Essa característica dificulta a

aplicação das DAV pela equipe de saúde. Para amenizar e compreender tais diferenças deve ser melhorado o esclarecimento das questões técnicas médicas e a escuta ativa dos profissionais e familiares dos valores do paciente, dependentes de cuidado longitudinal.

4. A revisão do art. 34 do Código de Ética Médica em conflito com princípios do direito e da bioética. Tal artigo diz que caso a comunicação direta ao paciente das informações sobre seu diagnóstico, prognóstico, riscos e objetivos do tratamento proposto possa lhe provocar dano é vetado ao médico fornecer tais informações, devendo nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal. Esse artigo respeita o princípio da bioética de não maleficência mas fere o princípio da autonomia e entra em conflito com a elaboração das DAV, pois sua elaboração depende de consentimento livre e esclarecido do paciente.

REFERÊNCIAS

1. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). The SUPPORT Principal Investigators. JAMA. 1995 Nov 22-29;274(20):1591-8. Erratum in: JAMA 1996 Apr 24;275(16):1232. PMID: 7474243.
2. BUIAR, Pedro Grachinski. Diretivas antecipadas de vontade do paciente oncológico em tratamento paliativo: prevalência, perfil epidemiológico e desfechos associados. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2018. 56 p. Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas.
3. Código de ética médica. Resolução nº 1.246/88. Brasília: Tablóide, 1990. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>>
4. COMIN, Lauren Tana et al. Percepção de pacientes oncológicos sobre terminalidade de vida. Revista Bioética [online]. 2017, v. 25, n. 2 [Accedido 29 Noviembre 2022] , pp. 392-401. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422017252199>>. ISSN 1983-8034.
5. DADALTO, Luciana. Aspectos registraes das diretivas antecipadas de vontade. *civilistica.com*, v. 2, n. 4, p. 1-9, 15 fev. 2014.
6. DADALTO, Luciana, TUPINAMBAS, Unai e GRECO, Dirceu Bartolomeu. Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. Revista Bioética. 2013, v. 21, n. 3, pp. 463-476. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/SzZm7jf3WDTczJXfVFpF7GL/?lang=pt&format=pdf>>. Epub 13 Mar 2014. ISSN 1983-8034.
7. FERNANDES, Eneyde Gontijo. Essencialidade de informações esclarecidas por médico como requisito de validade das diretivas antecipadas de vontade. In: BRITO, Laura Souza Lima e; FERNANDES, Eneyde Gontijo. (org.). Direito e medicina em dueto: grandes temas do direito médico. Coopmed 1ª Edição 2018. p. "17-26".
8. GOMES, Bruna Mota Machado et al. Diretivas antecipadas de vontade em geriatria. Revista Bioética [online]. 2018, v. 26, n. 3 [Accessed 29 November 2022] , pp. 429-439. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422018263263>>. ISSN 1983-8034.
9. MACK, JW; CRONING, A; KEATING, NL. Taback N, Huskamp HA, Malin JL, Earle CC, Weeks JC. Associations between end-of-life discussion

characteristics and care received near death: a prospective cohort study. *J Clin Oncol.* 2012 Dec 10;30(35):4387-95. doi: 10.1200/JCO.2012.43.6055. Epub 2012 Nov 13. PMID: 23150700; PMCID: PMC3675701.

10. Mack JW, Smith TJ. Reasons why physicians do not have discussions about poor prognosis, why it matters, and what can be improved. *J Clin Oncol.* 2012 Aug 1;30(22):2715-7. doi: 10.1200/JCO.2012.42.4564. Epub 2012 Jul 2. PMID: 22753911.

11. Morrell ED, Brown BP, Qi R, Drabiak K, Helft PR. The do-not-resuscitate order: associations with advance directives, physician specialty and documentation of discussion 15 years after the Patient Self-Determination Act. *J Med Ethics.* 2008 Sep;34(9):642-7. doi: 10.1136/jme.2007.022517. PMID: 18757631.

12. Pautex S, Herrmann FR, Zulian GB. Role of advance directives in palliative care units: a prospective study. *Palliat Med.* 2008 Oct;22(7):835-41. doi: 10.1177/0269216308094336. Epub 2008 Aug 21. PMID: 18718993.

13. QUILL, TE. Perspectives on care at the close of life. Initiating end-of-life discussions with seriously ill patients: addressing the "elephant in the room". *JAMA.* 2000 Nov 15;284(19):2502-7. doi: 10.1001/jama.284.19.2502. PMID: 11074781.

14. Teno J, Lynn J, Wenger N, Phillips RS, Murphy DP, Connors AF Jr, Desbiens N, Fulkerson W, Bellamy P, Knaus WA. Advance directives for seriously ill hospitalized patients: effectiveness with the patient self-determination act and the SUPPORT intervention. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses

and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment. *J Am Geriatr Soc.* 1997 Apr;45(4):500-7. doi: 10.1111/j.1532-5415.1997.tb05178.x. PMID: 9100721.

ANAIS DA JORNADA MULTIDISCIPLINAR DE DOR E CUIDADOS PALIATIVOS

RESUMO EXPANDIDO

ESTUDO SOBRE A PSICOLOGIA E OS CUIDADOS PALIATIVOS NA EXPERIÊNCIA DO LUTO

STUDY ON PSYCHOLOGY AND PALLIATIVE CARE IN THE EXPERIENCE OF MOURNING

Pedro Victor Da Silva Azevedo^{1*}; Esequiel Pagnussat²

1. Graduando em Psicologia. FCRN, 2022. Bolsista de Iniciação Científica da Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Norte (FAPERN). Mossoró, RN. E-mail: contact.vitto@gmail.com
2. Mestre em Psicologia. PUCRS, 2014. Professor de psicologia da Faculdade Católica do Rio Grande do Norte (FCRN). Mossoró, RN. E-mail: esequiel.pagnussat@professor.catolicadorn.com.br.

* autor para correspondência: Pedro Victor da Silva Azevedo (contact.vitto@gmail.com)

RESUMO: O presente artigo trata de uma revisão integrativa da literatura científica acerca da relação entre psicologia, cuidados paliativos e o luto. A metodologia utilizada foi a de pesquisa bibliográfica, partindo da seleção dos bancos de dados, respectivamente: Periódicos CAPES, SciELO, PePSIC e Google Acadêmico. Então, foram escolhidos 8 trabalhos para a leitura e revisão, que tivessem sido publicados nos últimos 5 anos e escritos em língua portuguesa, além de materiais complementares. Objetivou-se com isso, compreender como a psicologia pode contribuir, por meio dos cuidados paliativos, para o processo de elaboração do luto, apresentando os impactos dos cuidados paliativos nas demandas de saúde. Como resultado, foi possível traçar o conceito de luto antecipatório a partir da perspectiva tanatológica e indicar as terapêuticas psicológicas e/ou psicossociais como um importante instrumento para promover saúde a partir da educação para a morte. Considera-se também a necessidade de maiores investimentos públicos e privados para financiar pesquisas relacionadas ao tema, cuja relevância é emergente na contemporaneidade.

PALAVRAS-CHAVE: Tanatologia. Terapêutica. Educação para a morte..

1. INTRODUÇÃO

Os cuidados paliativos são medidas inovadoras de assistência na área da saúde, ofertadas às pessoas em situações de sofrimento psicológico intenso, nas quais a doença está em estágio avançado. Tendo como propósito propiciar uma experiência de conforto na vida dos pacientes e familiares que se encontram com problemas relacionados aos variados adoecimentos que podem coloca-los em situações de risco a vida (AMARAL; SILVA, 2019).

A psicologia é um dos campos de conhecimento sobre luto e pode intervir como aliada das equipes multiprofissionais, no sentido de preparar pacientes e familiares para lidar com perdas. Pois, o estresse vivido por estes durante os processos de adoecimento, hospitalização e/ou morte ainda é considerado um dos principais desafios para os profissionais de saúde (EDINGTON; AGUIAR; SILVA, 2021).

Intervenções propiciadas pelos cuidados paliativos e pela psicologia permitem ao paciente em adoecimento grave ou moderado uma melhor qualidade de vida pessoal e de seus familiares, além de, ter maior segurança para o enfrentar as perdas que são experienciadas no processo do luto. Nesse sentido, o atendimento psicológico pode auxiliar na mediação de conflitos familiares e na comunicação entre paciente, família e equipes multiprofissionais, estimulando maior autonomia do paciente, garantir a ele respeito e dignidade, considerar seu desejos e decisões, bem como ofertar amparo emocional para enfrentamento do luto antecipatório (LANGARO, 2017).

Os cuidados paliativos podem colaborar com estes pacientes e familiares durante o percurso da enfermidade, principalmente no estágio final, tornando esta prática essencial para mitigar os traumas e

proporcionar aceitação de uma nova fase da vida (AMARAL; SILVA, 2019).

Assim, numa abordagem direcionada para a prevenção e o controle de sintomas, além de intervenção psicossocial e espiritual, em que se tem paciente e família como a unidade central de atenção, os princípios dos cuidados paliativos visam a autonomia e a independência dos indivíduos e grupos sociais, melhorando a comunicação entre estes e favorecendo o trabalho em equipe multiprofissional nos diversos ambientes de atuação (EDINGTON; AGUIAR; SILVA, 2021).

A psicóloga pode atuar no campo da saúde participando da prestação de serviços em níveis primário, secundário ou terciário da atenção, promovendo atividades como atendimento psicoterapêutico, atendimentos ambulatoriais e em unidades de terapia intensiva (UTI's), como também nas enfermarias, ofertando avaliação psicológica, psicodiagnóstico e consultorias (LANGARO, 2017).

O presente estudo trata de uma revisão integrativa da literatura sobre as possíveis contribuições da psicologia, a partir dos cuidados paliativos, durante o processo de elaboração do luto. Objetivou-se com isso compreender quais são as possíveis contribuições da psicologia, por meio dos cuidados paliativos, no processo de elaboração do luto; apresentar o impacto dos cuidados paliativos em demandas de saúde; identificar a função da psicologia no contexto dos cuidados paliativos; e apresentar os efeitos psicológicos dos cuidados paliativos na experiência do luto.

2 . METODOLOGIA

A metodologia foi desenvolvida a partir de uma pesquisa bibliográfica para compor a revisão integrativa de literatura. Para tanto, utilizou-se os seguintes bancos de dados: Periódico CAPES, SciELO e PePSIC. Os descritores usados na busca foram: “cuidados paliativos”, “psicologia”, “luto”. O resultado obtido foi a seleção de 8 trabalhos publicados nos últimos 5 anos (2017-2022), tendo como critério de inclusão ser escrito total ou parcialmente em língua portuguesa e como critério de exclusão abordar contextos internacionais que não possuam relação com a realidade brasileira.

A revisão integrativa da literatura científica é um método que permite investigar, procurar, avaliar e sintetizar as “evidências disponíveis sobre um tema investigado” para implementar soluções efetivas, reduzir custos com a pesquisa e identificar potenciais e fragilidades para estudos futuros sobre determinado tema (SOUZA *et al.*, 2017, p. 20).

3 . RESULTADOS E DISCUSSÃO

No contexto dos cuidados paliativos, a psicologia pode intervir junto às equipes multiprofissionais, no sentido de preparar pacientes e familiares para lidar com perdas. Pois, o estresse vivido por estas pessoas durante os processos de adoecimento, hospitalização e/ou morte ainda é considerado um dos principais desafios a serem enfrentados. O atendimento psicológico também pode auxiliar na mediação de conflitos e na comunicação entre paciente, família e equipes, estimulando a autonomia do enfermo e garantindo a ele respeito e dignidade. (AMARAL; SILVA, 2019).

Nesse sentido, faz-se necessário demarcar a importância do respeito aos desejos, opiniões, crenças e história de vida da paciente e da família, buscando a

resolução dos conflitos emocionais, espirituais e sociais, cultivando os vínculos de amizade e confiança que possibilitarão aos pacientes, familiares e cuidadoras sentirem-se acolhidos, seguros e aliviados psíquica e espiritualmente com a presença da equipe (LANGARO, 2017).

No caso do luto antecipatório, que ocorre a partir da sensação de ameaça da morte e não de um fato em si mesmo, os cuidados paliativos tendem a acontecer no intuito da elaboração deste sofrimento e redução de possíveis ansiedades relacionadas ao medo da perda (NETO; LISBOA, 2017).

A experiência do cuidar perpassa o tempo e a intensidade do cuidado, dimensões objetivas que sobrecarregam emocionalmente os agentes envolvidos neste processo, principalmente quando acrescido de estresse relacionado à antecipação da perda e a falta de preparo para a morte. Porém, esse efeito negativo pode ser compensado pelo suporte de outras pessoas, como profissionais e principalmente familiares, que é determinante para a qualidade da adaptação à doença e possíveis perdas (DELALIBERA *et al.*, 2018).

É válido salientar que estas situações de cuidado exigem demasiadamente dos cuidadores familiares, predispondo-os ao desenvolvimento de psicopatologias e luto. Porém, o processo terapêutico pode promover a resiliência no contexto da hospitalização e conscientizar sobre a importância dos cuidados extensivos e paliativos para a melhoria da qualidade de vida (CAMARGO; LITHOLDO, 2020).

Destaca-se a importância de reconhecer que “os processos de terminalidade, morte e luto são experienciados de forma singular”, onde não há uma norma ou rigidez em rituais que favoreçam a despedida, as mudanças de hábitos e a elaboração de sentido para as perdas. À psicologia, cabe fortalecer as

redes socioafetivas e o compromisso com a solidariedade entre as pessoas (CREPALDI *et al.*, 2020, p. 9).

No caso dos profissionais de saúde envolvidos no processo de adoecimento, perdas e luto, a “educação para a morte” pode minimizar os impactos do sofrimento emocional ocasionado em situações que envolvem o morrer. Se trata de um complexo trabalho que se insere em “um contexto sociocultural de negação da terminalidade” e que exige lidar com à condição de finitude humana. Desse modo, é necessário romper o silêncio na comunicação entre profissional-paciente-família e não encarar o processo de perda ou morte como um fracasso pessoal da trabalhadora de saúde (OLIVEIRA-CARDOSO; SANTOS, 2017, p. 501).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados paliativos consideram os desejos e decisões dos sujeitos, oferecendo amparo emocional e a possibilidade de uma melhor gestão do luto antecipatório. Já o trabalho multidisciplinar é um importante instrumento para promover saúde, a partir da educação para a morte. Durante a realização do presente estudo, evidenciou-se que há a necessidade de maiores investimentos públicos e privados para financiar pesquisas relacionadas ao tema, cuja relevância é cada vez mais emergente na contemporaneidade.

REFERÊNCIAS

AMARAL, T. H. S.; SILVA, B. E. M. Os cuidados paliativos: alternativa e possibilidade de amparo e de dignidade diante do morrer. *Rev. Psicol Saúde e Debate*. v. 5 n. 1, p. 121-131, jul. 2019.

CAMARGO, P. O.; LITHOLDO, M. C. Oficina terapêutica como processo de resiliência no cenário dos cuidados paliativos e extensivos. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 26, n. 3, p. 817-835, dez. 2020.

CREPALDI, M. A.; SCHMIDT, B.; NOAL, D. S.; BOLZE, S. D. A.; GABARRA, L. M. Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 37, 2020.

DELIBERA, M.; COELHO, A.; PRESA, J.; BARBOSA, A.; LEAL, I. Circunstâncias e consequências do cuidar: estudo prospetivo em cuidados paliativos. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 7, p. 2351-2362, 2018.

EDINGTON, R. N.; AGUIAR, C. V. N.; SILVA, E. E. C. A psicóloga no contexto dos cuidados paliativos: principais desafios. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, v. 10, n. 3, 2021.

LANGARO, F. Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos. *Psicologia: Ciência e Profissão*. v. 37 n. 1, p. 224-235, jan/mar. 2017.

LISBOA, M.; SARAIVA, C.; JORGE, O. N. Doenças associadas ao luto antecipatório: uma revisão da literatura. *Psicologia, Saúde e Doenças*. v. 18, n. 2, p. 308-321, 2017.

OLIVEIRA-CARDOSO, E. A.; SANTOS, M. A. Grupo de Educação para a Morte. *Psicologia: Ciência e Profissão*. v. 37, n. 2, p. 500-514, abr/jun., 2017.

SOUZA, L. M. M. S.; MARQUES-VIEIRA, C. M. A.; SEVERINO, S. S. P.; ANTUNES, A. V. A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, n. 21, v. 2, p. 17-26, nov., 2017.

ANAIS DA JORNADA MULTIDISCIPLINAR DE DOR E CUIDADOS PALIATIVOS

RESUMO EXPANDIDO

O USO DA CANNABIS MEDICINAL EM PACIENTES ONCOLÓGICOS SOB EFEITOS ADVERSOS DA QUIMIOTERAPIA

USE OF MEDICINAL CANNABINOIDS IN CANCER PATIENTS UNDER ADVERSE EFFECTS OF CHEMOTHERAPY

Sophia Gregorio Gomes¹; Fernanda Freire Campos Nunes²

1.

1. Acadêmica do curso de Medicina no Centro Universitário de Belo Horizonte - UniBH, 2022. Belo Horizonte, MG.
sophiagregoriogomes@gmail.com
2. Doutora em Ciências da Saúde, Centro de Pesquisa René Rachou (CPQRR), 2011. Docente no Centro Universitário de Belo Horizonte - UniBH. Belo Horizonte, MG. fernanda.nunes@prof.unibh.br.

RESUMO **Introdução:** A cannabis medicinal tem se mostrado promissora para diversos tratamentos, incluindo sintomas associados a doenças terminais e cuidados paliativos, além de sintomas induzidos por quimioterapia. **Objetivos:** Verificar os benefícios e ação da cannabis medicinal em pacientes oncológicos sob efeitos adversos da quimioterapia. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão sistemática em base de dados do PubMed. **Resultados:** Foram encontrados 49 artigos, sendo 6 selecionados para uso. **Desenvolvimento:** Os fitocanabinoides THC e CBD, associados aos receptores CB1 e CB2, podem executar funções de modulação de sintomas como náusea e dor relacionada à quimioterapia e câncer, no entanto, não existem benefícios claros do uso da cannabis medicinal em pacientes oncológicos, sendo considerado uma tentativa terapêutica de terceira linha. **Conclusão:** A prescrição e associação da cannabis medicinal com outros tratamentos de forma individualizada pode ser benéfica para pacientes oncológicos.

PALAVRAS-CHAVE: oncologia, cuidados paliativos, cannabis, canabinoides.

1. INTRODUÇÃO

A cannabis medicinal tem se mostrado promissora para tratamento de dor, náusea e vômitos induzidos por quimioterapia, epilepsia, espasticidade na esclerose múltipla, sintomas associados a doenças terminais e em cuidados paliativos, já sendo utilizada em diversos países (HARDY et al., 2020; GOOD et al., 2019).

No Brasil, a Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa, nº 327 de 9 de dezembro de 2019, dispõe sobre os requisitos para fabricação, importação, comercialização, prescrição e monitoramento e fiscalização de produtos à base de Cannabis para fins medicinais, estabelecendo que “os produtos de cannabis podem ser prescritos em condições clínicas de ausência de alternativas terapêuticas em conformidade com os princípios da ética médica” (BRASIL, 2019).

Com relação ao câncer, pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia e/ou em câncer terminal podem experimentar sintomas desagradáveis, causando sofrimento físico, psicológico e social. Os cuidados paliativos visam amenizar o sofrimento do paciente e promover uma melhora na qualidade de vida.

Levando em consideração essa realidade, o interesse no uso e em pesquisas com Cannabis medicinal para esse público tem aumentado, no entanto, ainda enfrenta entraves, em especial aqueles de cunho religioso e cultural.

Dessa forma, é notória a necessidade de maiores pesquisas e divulgações científicas sobre o uso da Cannabis medicinal, em especial sobre o uso e

benefícios para pacientes oncológicos e sintomas relacionados ao câncer e quimioterapia.

2. METODOLOGIA

Esse trabalho trata-se de uma revisão de literatura sobre o uso da cannabis medicinal em pacientes oncológicos. Foram realizadas buscas em base de dados do PubMed com os descritores booleanos câncer, *palliative care*, cannabis e cannabidiol. Como critérios de inclusão, foram considerados os artigos com texto completo, nas línguas portuguesa e inglesa, disponíveis gratuitamente e publicados nos últimos 5 anos.

Inicialmente foram encontrados 146 artigos. Após seleção para artigos publicados nos últimos 5 anos, foram encontrados 113 artigos. Com relação a artigos com texto completo disponível gratuitamente, foram encontrados 49 artigos. Quando utilizado o filtro para trabalhos publicados em português, a busca resultou em somente um artigo, o que indica a necessidade de mais pesquisas e publicações sobre essa temática no Brasil.

Após leitura dos resumos, foram selecionados 15 artigos, porém, após leitura do texto completo foram considerados 6 como elegíveis para inclusão no trabalho.

3. DISCUSSÃO

A cannabis contém mais de 500 componentes bioativos, incluindo cerca de 70 tipos diferentes de canabinoides. O termo “cannabis medicinal” refere-se principalmente aos fitocannabinoides tetrahydrocannabinol (THC), associado ao uso recreativo por possuir potencial psicoativo e ao

cannabidiol (CBD), que não possui efeitos psicoativos e tem sido estudado para fins medicinais (HARDY et al., 2020).

O sistema endocanabinoides é um sistema de sinalização celular que utiliza os endocanabinoides como sinalizadores. Existem dois tipos principais de receptores canabinóides: CB1 e CB2, sendo expressos em praticamente todas as regiões do cérebro e do sistema nervoso periférico. Em especial, na região do cérebro responsável pela integração do sistema interoceptivo, responsável por processar sensações corporais em percepções atreladas a funções psicológicas (KLECKNER et al., 2019).

O THC e CBD são considerados fitocanabinoides. O THC se liga diretamente ao CB1 e CB2, enquanto o CBD possui baixa afinidade a esses receptores por si só, mas bloqueia a proteína ligante de ácidos graxos que transporta os endocanabinoides para serem hidrolisados, prolongando a ativação do receptor CB1, além de modular outros receptores, como o receptor de serotonina (KLECKNER et al., 2019).

A ligação de um canabinoides a um receptor ativa a proteína G, executando diversas funções de acordo com o tipo celular. Além disso, os endocanabinoides ainda podem ativar outros receptores envolvidos na inflamação podendo ser considerados mediadores inflamatórios (KLECKNER et al., 2019).

Os endocanabinoides são produzidos como parte da resposta imune inata, sendo que monócitos, linfócitos B e T e outras células do sistema imune possuem receptores canabinoides. A maioria dos canabinoides possuem uma fração de ácido araquidônico, precursor de moléculas pró e anti-inflamatórias, como os eicosanoides, que são mediadores inflamatórios. Os canabinoides podem aumentar a produção de

eicosanoides com o objetivo de diminuir o processo inflamatório. (KLECKNER et al., 2019)

Como o câncer e os tratamentos indicados para a doença induzem a uma inflamação sistêmica, resultando nos sintomas relacionados à quimioterapia, o uso da Cannabis medicinal como mediador inflamatório para redução dos sintomas pode ser benéfico.

Agentes quimioterápicos provocam liberação excessiva de serotonina pelas células enterocromafins do sistema gastrointestinal, gerando sensibilização aumentada do nervo vagal aferente, enviando informação sobre o excesso de substâncias químicas para o cérebro, promovendo diretamente a êmese. Os canabinoides podem inibir diretamente os receptores de serotonina, reduzindo a náusea e vômito relacionado à quimioterapia (KLECKNER et al., 2019).

Em relação à dor, os nociceptores também possuem receptores CB1, permitindo que os canabinoides possuem efeito analgésico pela modulação da atividade nociceptiva na periferia, além de estudos que indicam a potencialização dos efeitos de opioides associado ao uso de canabinoides, permitindo redução da dose de opioides (KLECKNER et al., 2019; SEXTON et al., 2021).

Em relação à dosagem e razão em THC:CBD, ainda não existe uma recomendação clara de prescrição, devendo cada caso ser analisado de forma individualizada. É importante ressaltar ainda que o uso de canabinoides pode resultar em efeitos adversos indesejáveis, como tontura, confusão, psicose, diarreia, náusea e euforia (HÄUSER et al., 2017).

No entanto, estudos feitos com a cannabis medicinal utilizada no tratamento de dor não demonstraram benefícios claros comparado com placebo, no entanto, pode ser considerada uma tentativa terapêutica após a utilização de tratamentos de primeira e segunda linha em alguns pacientes. (HÄUSER et al., 2017; BOLAND et al., 2020).

4. CONCLUSÃO

O uso da cannabis medicinal pode trazer benefícios para pacientes oncológicos e em cuidados paliativos, principalmente para tratamento de dor, náusea e vômitos, sendo utilizada em conjunto com tratamentos de primeira e segunda linha é indicada como tentativa terapêutica individualizada. No entanto, ainda são necessários maiores estudos quanto à dosagem, eficácia e possíveis reações adversas, sendo necessário que a prescrição seja feita de forma individualizada para cada paciente, levando em consideração os riscos e benefícios.

5. REFERÊNCIAS

HARDY, Janet et al. Oral medicinal cannabinoids to relieve symptom burden in the palliative care of patients with advanced cancer: A double-blind, placebo-controlled, randomised clinical trial of efficacy and safety of 1: 1 delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) and cannabidiol (CBD). *Trials*, v. 21, n. 1, p. 1-8, 2020.

GOOD, Phillip et al. Oral medicinal cannabinoids to

relieve symptom burden in the palliative care of patients with advanced cancer: A double-blind, placebo controlled, randomised clinical trial of efficacy and safety of cannabidiol (CBD). *BMC palliative care*, v. 18, n. 1, p. 1-7, 2019.

KLECKNER, Amber S. et al. Opportunities for cannabis in supportive care in cancer. *Therapeutic advances in medical oncology*, v. 11, p. 1758835919866362, 2019.

SEXTON, Michelle et al. The management of cancer symptoms and treatment-induced side effects with cannabis or cannabinoids. *JNCI Monographs*, v. 2021, n. 58, p. 86-98, 2021.

HÄUSER, Winfried et al. Cannabinoids in pain management and palliative medicine: An overview of systematic reviews and prospective observational studies. *Deutsches Ärzteblatt International*, v. 114, n. 38, p. 627, 2017.

BOLAND, Elaine G. et al. Cannabinoids for adult cancer-related pain: systematic review and meta-analysis. *BMJ supportive & palliative care*, v. 10, n. 1, p. 14-24, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n° 327, de 9 de dezembro de 2019, dispõe sobre os procedimentos para a concessão da Autorização Sanitária para a

fabricação e a importação, bem como estabelece requisitos para a comercialização, prescrição, a dispensação, o monitoramento e a fiscalização de produtos de Cannabis para fins medicinais, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 de dez. 2019.

ANAIS DA JORNADA MULTIDISCIPLINAR DE DOR E CUIDADOS PALIATIVOS

RESUMO EXPANDIDO

REVISÃO DAS METAS DE CUIDADO DE PESSOAS EM TERMINALIDADE DE VIDA NOS PRONTOS-SOCORROS (PS) E A DETERMINAÇÃO DA NECESSIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS (CP)

REVIEW OF CARE GOALS FOR TERMINALLY ILL PEOPLE IN EMERGENCY ROOMS (PS) AND THE DETERMINATION OF THE NEED FOR PALLIATIVE CARE (PC)

Juliana Campos Machado^{1*}; Virna Vivas Ribeiro²; Marília A. De Freitas Aguiar³

1. Pós graduada em Direito Público, Especializanda em Cuidados Paliativos. CMMG, 2022 e graduanda em Medicina pelo Centro Universitário de Belo Horizonte, MG. Julianacm_23@yahoo.com.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2960-7060>
2. Especializanda em Cuidados Paliativos. CMMG, 2022. Psicóloga hospitalar, Afec Hospital Santa Rita de Cássia. Vitória, ES. virnavivasr@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1787-7901>
3. Doutora, Faculdade de Medicina UFMG, 2011, coordenadora de pós-graduação, prestadora de serviço, Belo Horizonte, MG, mafaguiar10@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2085-4559>

* autor para correspondência: Juliana Campos Machado, julianacm_23@yahoo.com.br

RESUMO: Este artigo visa abordar sobre a prática de Cuidados Paliativos no cenário dos Serviços Médicos de Urgência e Emergência, tendo em vista a falha na administração de cuidados adaptados às necessidades de cada paciente. **Objetivo:** Objetivou-se neste trabalho verificar a abordagem das equipes de saúde que atuam em serviços médicos de emergências pela ótica dos cuidados paliativos e as possíveis dificuldades para adoção de tais medidas nestes serviços. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, onde foram reunidos e sintetizados resultados de pesquisas sobre a prática de Cuidados Paliativos de pessoas em finitude nos Serviços de Urgência e Emergência, de maneira sistemática e ordenada, que contribuiu para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. Para cruzamento dos dados, utilizou-se busca booleana com o uso do conector and e or que permitiu acessar os artigos que possuíam intersecção entre os diferentes descritores. Foi utilizado como critério de seleção dos estudos aqueles disponíveis na íntegra; aqueles que respondiam à pergunta norteadora; aqueles cujo o tema se enquadrava com os objetivos da pesquisa e aqueles publicados no período dos últimos 5 anos, sendo que, dos 334 artigos encontrados, cinco foram selecionados. **Resultados:** Foram encontrados 7 artigos, sendo que 70% estavam indexados na BVS, sendo que 40% publicados em 2020. **Chama a atenção que todos tem algum médico como coautor. Discussão:** Observou-se que o serviço de urgência e emergência é um ambiente essencial para iniciar

o Cuidado Paliativo, uma vez que é um local comum de atendimento para pessoas com doenças avançadas e crônicas. Algumas barreiras foram identificadas como dificuldade de comunicação entre equipes e familiares e ausência de treinamento adequado na formação dos profissionais de saúde. Conclusão: A prática dos cuidados paliativos é crucial para que haja respeito à autonomia e à dignidade do paciente, uma vez que a gravidade da doença e das condições em que a pessoa se encontra, impõem a garantia de melhores experiências na atual conjuntura de vida do paciente, o que poderá inclusive, afetar a sua terminalidade de vida. É importante que as diretrizes de cuidados paliativos e de terminalidade de vida nos serviços de Urgência e Emergência sejam baseadas em evidências e adequadas ao propósito.

PALAVRAS-CHAVE: *Cuidados Paliativos, Serviços de Urgência e Emergência.*

1. INTRODUÇÃO

Devido às inovações tecnológicas, a sobrevivência da população sofreu um impacto significativo onde o processo de viver se prolongou de uma forma exponencial nas últimas décadas, levando-se à percepção de que a morte, na maioria das vezes, já não deve mais ser tratada como um episódio e sim um processo, muitas vezes prolongado, fazendo com que o indivíduo conviva anos ou até mesmo décadas com determinada enfermidade (SODRÉ, 2002).

Segundo dados publicados pela Organização Panamericana de Saúde – OPAS, das 56,9 milhões de mortes que ocorreram em todo o mundo no ano de 2016, as doenças não transmissíveis, como cardiopatia isquêmica, acidente vascular cerebral, doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer, quadros demenciais causaram 71% das mortes em todo o mundo, variando de 37% nos países de baixa renda a 88% nos países de alta renda. Estas doenças, e tantas outras, possuem uma característica em comum: trata-se de agravos que ameaçam a continuidade da vida daqueles que a possuem (OPAS, 2018).

O modelo da medicina curativa, centrada no ataque à doença não combina com as necessidades deste tipo de paciente, necessidades que têm sido frequentemente esquecidas (FALLOWFIELD; JENKINS, 2004).

A Organização Mundial de Saúde - OMS, em 1998, categorizou que em caso de existência de doença avançada, ativa e em progressão, cujo prognóstico é reservado e o foco da atenção é a qualidade de vida da pessoa que a possui, os cuidados a serem prestados a este paciente devem ser feitos por uma equipe multidisciplinar e são denominados de cuidados paliativos (WHO, 1998). Em se tratando de doença crônica potencialmente fatal, entende-se que os cuidados paliativos precisam ser oferecidos assim que a doença for diagnosticada, sendo essa fora de possibilidades terapêuticas ou não e devem facilitar o tratamento dos sintomas e promover a manutenção da qualidade de vida do paciente e de sua família até o final (FALLOWFIELD et al, 2010).

É essencial mencionar que o envelhecimento associado ao aumento de doenças crônicas modificou o perfil dos óbitos no Brasil nas últimas décadas, de acordo com a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia em 2019. Neste contexto, é notório o crescimento e a frequência da busca por atendimentos médicos nos Serviços de Urgência e Emergência e aqui, é importante ressaltar que inúmeros pacientes acabam por passarem os últimos dias de vida entrando e saindo de Prontos-Socorros, os quais são frequentemente focados em intervenções invasivas de suporte à vida, na maioria significativa das vezes, sem qualquer alinhamento com os desejos do paciente e de seus familiares.

Diversos estudos foram publicados sobre os benefícios da adesão dos cuidados paliativos nos pronto-socorros, tanto na perspectiva de pacientes e familiares como das equipes de saúde e administradores dos serviços. Embora não seja o cenário ideal para iniciar um cuidado paliativo, o pronto-socorro pode tornar-se um ambiente propício para evitar prolongamento artificial da vida e quem sabe iniciar a mudança da cultura de atedimento apenas a casos agudos.

Por fim, diante da necessidade moral de se organizar um modelo de assistência adequado aos pacientes com doenças avançadas e terminais e para que se construa uma sociedade que não os exclua da assistência, propiciando a eles processo de morrer digno, onde o cuidar sobressai ao curar, torna-se necessária a discussão acerca dos cuidados paliativos, que inclusive merecem ser integralizados aos currículos dos cursos de graduação na área da saúde (CHAVES; MENDONÇA; PESSINI et al, 2021).

O presente artigo tem como objetivo conhecer se há melhora na qualidade de vida dos pacientes com doenças crônicas que ameacem a continuidade da vida quando atendidos por uma equipe especializada em cuidados paliativos nos pronto-socorros públicos e privados.

2. METODOLOGIA

O presente estudo tratou-se uma revisão integrativa da literatura, consistindo, portanto, um método de pesquisa que permitiu reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre o tema em questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo, assim, para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado, respeitando a prática clínica baseada em evidências científicas (PBE), além de ter identificado a

necessidade de futuras pesquisas acerca do tema estudado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para a elaboração deste estudo, foram percorridas as seguintes etapas: escolha do tema e elaboração da questão de pesquisa; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos; categorização dos estudos selecionados; análise e interpretação dos resultados; apresentação da revisão e síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para a elaboração da questão norteadora utilizou-se a estratégia PICO/PIO que representa um acrônimo para Paciente/ Problema, Intervenção, Comparação e “Outcomes” (desfecho). Dentro da pesquisa baseada em evidências, esses quatro itens são os elementos fundamentais da questão de pesquisa e da construção da pergunta para a busca bibliográfica de evidências. Segundo Santos, Pimenta e Nobre (2007), a estratégia PICO pode ser empregada para “construir questões de pesquisa de conteúdo diversos, oriundas da clínica, do gerenciamento de recursos humanos e materiais, da busca de instrumentos para avaliação de sintomas entre outras”. A Pergunta de pesquisa adequada possibilita a definição correta de que evidências são necessárias para a resolução da questão clínica de, além de maximizar a recuperação de evidências nas bases de dados, focar no objetivo da pesquisa e evitar a realização de buscas desnecessárias (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007). Dessa forma, a pergunta norteadora deste estudo foi: pacientes com doenças crônicas ameaçadoras da continuidade da vida que são atendidos por uma equipe especializada em cuidados paliativos no pronto-socorro, possuem melhora na qualidade de vida?

Após a definição da pergunta norteadora, foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) para a busca dos estudos científicos: Cuidados Paliativos (Paliative Care), Serviços de

Urgência e Emergência (Emergency Medical Services). Para cruzamento dos dados, utilizou-se a busca booleana com o uso do conector and e or que permitiu acessar os artigos que possuía intersecção entre os diferentes descritores. Foi utilizado como critério de seleção dos estudos aqueles disponíveis na íntegra; aqueles que respondiam à pergunta norteadora; aqueles cujo o tema se enquadrava com os objetivos da pesquisa e aqueles publicados no período de 2017 a 2022. A opção por realizar a revisão no determinado período foi adotada com o intuito de acompanhar as evidências de estudos mais recentes a respeito do tema em constante atualização.

A busca foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, utilizando os seguintes cruzamentos:

- 1º Cruzamento: tw:(cuidados paliativos)) AND (tw:(serviço de urgência e emergência)) com artigos publicados em um período de 5 anos, ou seja, entre 2017 e 2022. Foram encontrados um total de 309 estudos, destes: 84 estudos foram excluídos por não apresentarem o texto na íntegra; dos 225 disponíveis na íntegra, foram selecionados 35 estudos, distribuídos em estudos clínicos controlados e revisões sistemáticas. Em um total de 35 estudos, os quais foram lidos na íntegra, 30 foram excluídos por se distanciarem dos objetivos da pesquisa. Sendo assim, 5 estudos foram selecionados neste cruzamento como amostra de estudo.

A busca foi realizada na Pubmed, utilizando os seguintes cruzamentos:

- 1º Cruzamento: tw:(paliative care)) AND (tw:(Emergency Medical Services))) com artigos publicados em um período de 5 anos, ou seja, entre 2017 e 2022. Foram encontrados um total de 25 estudos, destes: 25 estudos foram mantidos por apresentarem o texto na íntegra; dos 25 disponíveis na íntegra, foram selecionados 3 estudos, distribuídos em estudos

clínicos controlados, metanálises e revisões sistemáticas, os quais foram lidos na íntegra. Dos 3 artigos, fora excluído por se distanciar dos objetivos da pesquisa. Sendo assim, 2 estudos foram selecionados neste cruzamento como amostra de estudo.

Ao término da triagem dos estudos, foram selecionadas um total de 7 publicações, destas 5 pertencentes à base de dados BVS e 2 pertencentes ao a PUBMED.

Abaixo pode ser evidenciado o fluxo do processo de seleção dos estudos para elaboração da pesquisa de revisão integrativa da literatura, devidamente criado pelas autoras.

Fluxo do processo de seleção dos estudos

Biblioteca Virtual em Saúde – BVS

1º Cruzamento: tw:(paliative care)) AND (tw:(Emergency Medical Services))) AND (year_cluster: [2017 TO 2022]). Total: 309

Selecionados após leitura do resumo e por corresponderem ao objetivo da pesquisa: 5

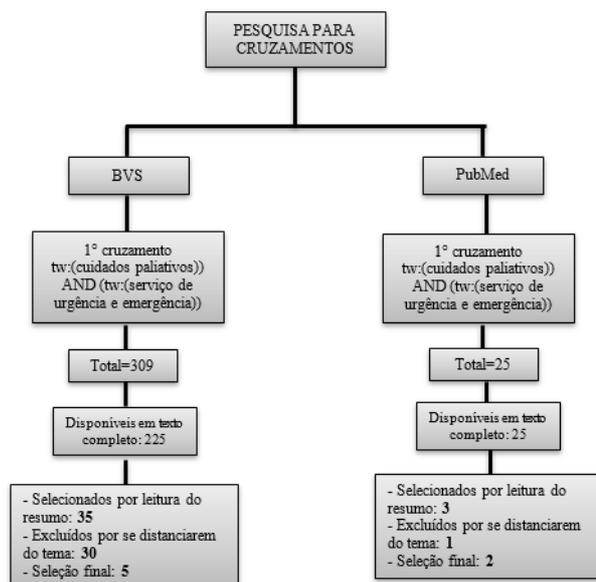
PUBMED

1º Cruzamento: tw:(palliative care) AND (tw:(catatonia)) AND (year_cluster: [2005 TO 2022]) Total: 25

Selecionados após leitura do resumo e por corresponderem ao objetivo da pesquisa: 2

No total, 7 artigos foram utilizados na preparação do artigo: 5 oriundos da pesquisa na BVS, 2 da pesquisa na PUBMED. (Figura 1)

Figura 1 - Fluxo do processo de seleção dos estudos



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2022.

O nível de evidência dos estudos selecionados a partir da metodologia adotada seguiu o definido por Galvão, Sawada e Mendes (2003), sendo: Revisão sistemática de múltiplos estudos controlados; Estudos experimentais individuais – ensaio clínico randomizado; Ensaio clínico bem delineado sem randomização; Estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; Revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; Único estudo descritivo ou qualitativo; e Estudos oriundos de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

No Quadro 1 foram categorizados os estudos selecionados para utilização na revisão integrativa da literatura, com a classificação dos níveis de evidência de cada estudo.

Quadro 1 - Classificação dos Níveis de Evidência dos Estudos.

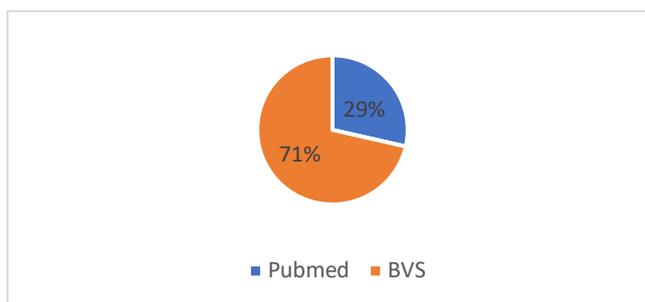
Estudo	Base de Dados	Revista	Nível de Evidência
E1 - Barriers to recruitment into emergency department-initiated palliative care: a sub-study of a multi-site, randomized controlled trial. Erikey et al; 2022	PubMed	BMC Palliative Care	Estudo qualitativo
E2 - Healthcare professionals' perceptions and confrontation at patients' end-of-life in emergency departments: A qualitative systematic review. Vasquez-Garcia D. et al; 2019	PubMed	Revista Española de Salud Pública	Revisão sistemática
E3 - Nurses Training and Capacitation for Palliative Care in Emergency Units: A Systematic Review. Romero SO. et al; 2020	BVS	Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI)	Revisão sistemática
E4 - Triggered Palliative Care Consults: A Systematic Review of Interventions for Hospitalized and Emergency Department Patients. Klister et al; 2020	BVS	Journal of Pain and Symptom Management	Revisão sistemática
E5 - End-of-Life Care, Palliative Care Consultation, and Palliative Care Referral in the Emergency Department: A Systematic Review. Wilson JG. et al; 2020	BVS	Journal of Pain and Symptom Management	Revisão sistemática
E6 - Review article: End-of-life care for older people in the emergency department. A scoping review. Huang YL. et al; 2020	BVS	Emergency Medicine	Revisão Sistemática
E7 - Can Early Introduction of Palliative Care Limit Intensive Care, Emergency and Hospital Admissions in Patients with Severe Chronic Obstructive Pulmonary Disease? A Pilot Randomized Study. Janssens et al; 2019	BVS	Respiration	Ensaio clínico randomizado

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2022

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra final desta revisão foi constituída por 7 publicações selecionadas pelos critérios de inclusão previamente estabelecidos. A base de dados que mais contribuiu para seleção dos estudos foi a BVS, com um total de 5 publicações, representando 71% do total.

Gráfico 1 - Relação das bases de dados das publicações selecionadas no estudo.

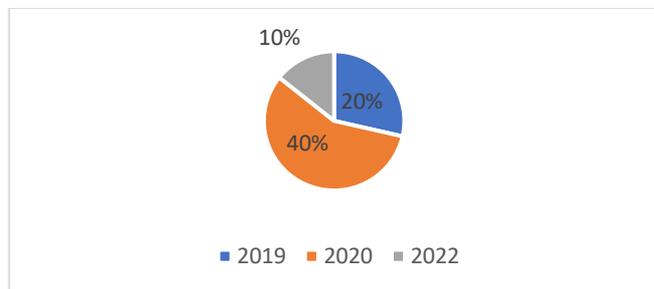


Fonte: Elaborado pelo autor; 2022.

A dimensão temporal variou de 2017 a 2022. O ano de 2020 contribuiu com maior percentual de publicações (40%), totalizando 4 publicações das 7 selecionadas.

ISSN: 1984-7688

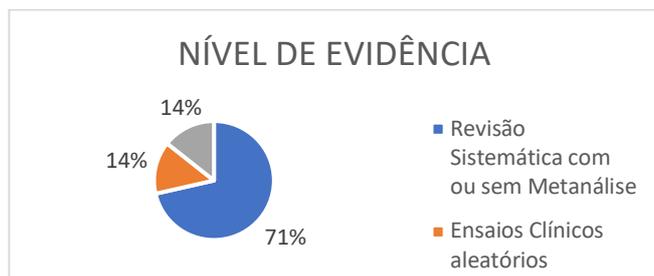
Gráfico 2 - Relação da dimensão temporal das publicações selecionadas no estudo



Fonte: Elaborado pelo autor; 2022.

O desenho de estudo foi predominantemente feito com base em revisões sistemáticas, que corresponderam a 71% dos artigos selecionados.

Gráfico 3 - Relação dos níveis de evidência das publicações selecionadas no estudo



Fonte: Elaborado pelo autor; 2022.

Quanto a categoria profissional e titulação dos autores principais, destacou-se o médico em 7 das publicações, representando 100% do total, fato que reitera a importância e interesse do profissional médico pelo tema em questão.

Os estudos desta revisão integrativa foram sintetizados em ordem decrescente com a finalidade de facilitar a discussão, foram descritos no Quadro 2 abaixo os resultados encontrados nos estudos em resposta à pergunta de interesse desta revisão.

Quadro 2 - Resultados encontrados nos estudos em resposta à pergunta de interesse da revisão integrativa da literatura.

Estudo	Objetivo	Resposta à pergunta de interesse
E1 - Barriers to recruitment into emergency department-initiated palliative care: a sub-study of a multi-site, randomized controlled trial. Brickey J et al; 2022	Identificar as razões para a recusa de participação, pelos pacientes com doenças graves no PS, no estudo randomizado que propõe alta do pronto socorro, ou sob telemonitoramento da enfermagem ou acompanhamento especializado com cuidado paliativo.	Os pacientes que se recusaram a participar do estudo, o fizeram principalmente por limitação física associada a doença de base, e também por estigmas associados ao desconhecimento sobre cuidado paliativo. Concluiu-se, que pelo reconhecimento da não compreensão do que são cuidados paliativos, é possível informar a população e angariá-la a conhecer o cuidado paliativo e todos os seus benefícios, o que requer treinamento da equipe assistente e infraestrutura para atendimento.
E2 - Healthcare professionals' perceptions and confrontation at patients' end-of-life in emergency departments: A qualitative systematic review. Vasquez-Garcia D. et al; 2019	Avaliar como os profissionais assistentes à saúde lidam com o paciente em fase final de vida e quais ferramentas utilizam para encarar a morte, diante da terminalidade do paciente, em pronto atendimento.	Médicos e enfermeiros têm grande dificuldade em lidar com a morte nos prontos socorros, em especial tratando-se de pacientes com doenças crônicas em cuidados paliativos. Parece ser menos difícil quando a morte é decorrente de causa crítica aguda. As causas para estas dificuldades decorrem do desconhecimento do que é fase avançada de doença, além do não treinamento adequado para lidar com paciente que está morrendo familiar que está sofrendo; justifica-se também pelo ambiente do pronto socorro ser movimentado e caótico, o que dificulta o direcionamento de atenção ao paciente que já está falecendo, em detrimento do que possivelmente irá se recuperar.
E3 - Nurses Training and Capacitation for Palliative Care in Emergency Units: A Systematic Review. Romero SO. et al; 2020	Descrever treinamentos e formas de capacitação de enfermeiros, que trabalham em prontos socorros, para atendimento de pacientes em cuidados paliativos, diante do aumento da procura por atendimento pelos pacientes em sofrimento.	O estudo afirma a necessidade de maiores treinamentos a equipe de enfermagem dos prontos atendimentos, assim como descreve o benefício da integração do serviço de cuidados paliativos especializados ao serviço de emergência, o que pode aumentar a oferta de qualidade de vida e alívio de sofrimento dos pacientes, além de possibilitar redução na indicação indevida de procedimentos invasivos neste setor.
E4 - Triggered Palliative Care Consults: A Systematic Review of Interventions for Hospitalized and Emergency Department Patients. Klistler EA et al; 2020	Identificar fatores/ferramentas que possam auxiliar médicos a reconhecerem a demanda por cuidado paliativo em seus pacientes, e assim indicarem consulta com cuidados paliativos especializados.	Os principais gatilhos para indicação de consulta com cuidado paliativo foram – doença crônica avançada (câncer, doença renal crônica, doença cardíaca), desejo por planejamento avançado de cuidados, internações repetidas não programadas. Mais estudos são necessários para identificar os pacientes que precisam de cuidados paliativos primários X cuidados paliativos especializados.
E5 - End-of-Life Care, Palliative Care Consultation, and Palliative Care Referral in the Emergency Department: A Systematic Review. Wilson JG. et al; 2020	Avaliar o impacto das ações em cuidados paliativos na emergência, no que é relatado por pacientes e por seus familiares, além de avaliar desfechos, qualidade da assistência e sobrevivida.	Os pacientes que receberam cuidados paliativos na emergência tiveram menor tempo de internação hospitalar, mais referenciamentos a hospícios, melhora da qualidade de vida, sem aparente impacto em aumento de sobrevivida ou mudança de desfecho.
E6 - Review article: End-of-life care for older people in the emergency department: A scoping review. Huang YL. et al; 2020	Fornecer uma compreensão abrangente das pesquisas disponíveis sobre cuidados de fim de vida para idosos no pronto-socorro.	Destaca-se a importância internacional e a crescente conscientização de sobre a necessidade fornecer cuidados de fim de vida baseados em evidências para idosos que chegam ao pronto-socorro. Observou-se que não há um entendimento comum do significado, objetivos ou resultados desejados das conversas de fim de vida no pronto-socorro e que o conceito também foi mal definido.
E7 - Can Early Introduction of Palliative Care Limit Intensive Care, Emergency and Hospital Admissions in Patients with Severe Chronic Obstructive Pulmonary Disease? A Pilot Randomized Study. Janssens JF. et al; 2019	Determinar a viabilidade de uma intervenção de cuidados paliativos domiciliares durante 1 ano versus cuidados habituais e o possível impacto dessa intervenção nas admissões de emergência, hospital e UTL, sobrevivida, humor e qualidade de vida relacionada a saúde (QVRS).	Neste estudo piloto de pacientes com DPOC grave, a maioria dos quais sob LTOT e/ou VNI domiciliar, a qualidade de vida foi marcadamente prejudicada, com considerável alteração do humor e limitação funcional. O recrutamento revelou-se uma grande barreira, com várias explicações possíveis, muitas das quais relacionadas com a patologia subjacente. O presente estudo foi insuficiente para excluir um benefício dos cuidados paliativos.

É de significativa notoriedade, que os os serviços de urgência e emergência, foram criados e projetados para reduzir a morte e a incapacidade e que o treinamento dos profissionais que atuam nestas áreas, concentra em salvar vidas por meio de ressuscitação, tratamento agressivo e transporte para o pronto-socorro. Os provedores dos referidos serviços, geralmente também cuidam de pacientes que têm doenças que ameaçam a continuidade da vida.

O critério jurídico para se comprovar a morte no Brasil é a morte encefálica (Lei 9.434/97 – Lei de Transplantes). Por outro lado “o morrer”, vem sofrendo transformações no decorrer do tempo, no sentido de que com o surgimento de novas tecnologias cada vez mais avançadas é possível retardar, atenuar e diminuir sintomas de doenças que de certa forma limitam a vida dos pacientes - a morte tem deixado de ser um episódio para se tornar um processo, ou seja, um fenômeno progressivo, e não mais como um momento ou ocorrência (DOU, 1997; SODRÉ, 2002).

Apesar da associação entre o avanço tecnológico e o desenvolvimento da terapêutica ter possibilitado que doenças mortais se transformassem em doenças crônicas, a morte ainda continua sendo uma certeza, ameaçando o ideal de cura para o qual a maioria dos profissionais da saúde, são treinados (SODRÉ, 2002). Segundo pesquisadores responsáveis pela elaboração do Manual de Cuidados Paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP, “os pacientes ‘fora de possibilidade de cura’ acumulam-se nos hospitais, recebendo invariavelmente assistência inadequada, utilizando métodos invasivos e de alta tecnologia. Essas abordagens, ora insuficientes, ora exageradas e desnecessárias quase sempre ignoram o sofrimento e são incapazes, por falta de conhecimento adequado, de tratar os sintomas mais prevalentes, sendo o principal sintoma e o mais dramático, a dor (SODRÉ, 2002)”.

O posicionamento da ANCP não é para que haja uma postura contrária à medicina tecnológica, mas sim reflexões acerca da conduta dos profissionais de saúde diante da mortalidade humana, no sentido da necessidade de um equilíbrio entre o conhecimento científico e o humanismo, para assim se resgatar a dignidade da vida e a possibilidade de “um morrer” em paz. Trata-se de uma temática mais séria do que se

imagina. Ainda que a morte seja enfrentada como algo inerente ao que é vivo, a finitude da vida é uma construção social com inúmeras variações cujos significados são compartilhados pelos indivíduos, mas se baseiam no contexto social no qual cada um está inserido (SANTANA JC. et.al., 2015).

A terminalidade, morte ou finitude pode ser interpretada como um estado onde se encontram esgotadas as possibilidades de resgate das condições de saúde do paciente e a possibilidade de morte próxima parece inevitável e previsível (SANTOS J & BUENO SMV, 2011).

Neste contexto, ao perceber a necessidade de inclusão desta temática no Código de ética médica, o Conselho Federal de Medicina atualizou referido documento, o qual entrou em vigor aos 13/04/2010, para determinar que pacientes terminais devam receber atendimento de cuidados paliativos evitando-se medidas fúteis: Capítulo I: Princípios Fundamentais nº XXII onde descreve: “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, 2009).

Estudo realizado nos Estados Unidos da América demonstra que na última década, o departamento de emergência (DE) foi reconhecido como um ambiente essencial para iniciar o Cuidado Paliativo, uma vez que é um local comum de atendimento para pessoas com doenças avançadas e crônicas. Considerando que as decisões tomadas durante a internação desses pacientes geralmente têm um impacto profundo e muitas vezes decisivos no que concerne ao seguimento dos tratamentos subsequentes, é necessário e indispensável que haja revisão das metas de cuidado

no Pronto-socorro e se determine a necessidade de Cuidados Paliativos neste serviço (NAOMI et.al, 2016).

Um trabalho científico realizado junto à Academic Emergency Medicine – (AEM), nos Estados Unidos, demonstrou que a pesquisa inicial sobre cuidados paliativos e de fim de vida na emergência tem sido promissora e que sua implantação neste tipo de serviço mostrou uma diminuição do tempo de internação do paciente, diminuição da mortalidade hospitalar, aumento da qualidade de vida e da satisfação do paciente e da família. (GRUDZEN; ANDERSON; CARPENTER, 2016)

Por outro lado, a existência de inúmeras barreiras que, de certa forma, impedem a disseminação de Cuidados Paliativos nos serviços de Urgência e Emergência: muitos profissionais de saúde relataram desconforto ao discutirem o tratamento paliativo e de fim de vida devido ao treinamento insuficiente tanto na área quanto em habilidades de comunicação de terminalidade da vida (MEDEIROS, MOSF de, et.al, 2021). Além disso, a ausência de relações anteriores entre profissionais de saúde e paciente, bem como conhecimento incerto sobre o prognóstico do paciente também foram relatados como barreiras. Contudo, a maior dificuldade encontrada para a disseminação dos Cuidados Paliativos os Serviços de Urgência e Emergência foi o fato de que a maioria dos profissionais ainda tem sua formação finalizada em instituições tradicionais onde são ensinados que devem currar o paciente a qualquer custo.

A falta de disponibilidade de especialistas e serviços de Cuidados Paliativos nos centros de Urgência e Emergência, bem como registros médicos incompletos ou inacessíveis podem também representar uma barreira significativa para a compreensão dos profissionais de saúde destes serviços sobre as

preferências de tratamento do paciente, conforme evidenciado em KISTLER, EA et al (2020).

Por outro lado, em posicionamento sobre esta temática no 2º Fórum da Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE), a coordenadora do Comitê de Emergência da Academia Nacional de Cuidados Paliativos - ANCP, Sabrina Corrêa da Costa Ribeiro, o ambiente corrido das salas de emergência, a sobrecarga de trabalho, a falta de uma relação médico-paciente estabelecida são fatores que dificultam a implementação de ações de cuidado paliativo na emergência. Porém, é neste ambiente que muitos pacientes com doença grave e incurável que ameaça o curso de suas vidas têm seu único acesso a serviço de saúde (RIBEIRO, 2021).

Segundo esta mesma paliativista, “uma pesquisa realizada em nossa Unidade Crítica de Emergência e publicada na revista Palliative and Supportive Care evidenciou que 34% dos pacientes que recebemos na UCI são portadores de doença avançada e incurável, com expectativa de óbito nos próximos 6 meses. No entanto, menos de 1/5 deste subgrupo tem acesso a cuidados paliativos durante a internação (RIBEIRO, 2021)”.

Determinar a frequência de atendimento de cuidados de fim de vida no pronto-socorro pode ser difícil devido à natureza do serviço, já que este é um ambiente dinâmico e de ritmo acelerado projetado para receber, triar, estabilizar e fornecer cuidados e intervenções rápidas a pacientes com doenças agudas ou súbitas. Uma característica chave evidente nos estudos revisados foi que o local de residência do paciente (por exemplo, casa, instituições de longa permanência para idosos) pode impactar na frequência de visitas ao pronto-socorro no fim de vida. Esse dado pode ser útil para informar o planejamento de políticas de saúde e estratégias comunitárias que podem garantir que o

atendimento mais adequado seja prestado no local mais apropriado para idosos em fim de vida. Um exemplo seria defender a inscrição precoce em cuidados paliativos (HUANG YL. et. al; 2020).

Assim, torna-se necessário o reconhecimento precoce do paciente que tenha indicação a receber cuidados paliativos para se evitar intervenções que não sejam benéficas quanto à qualidade de vida do paciente e que acabam trazendo sofrimento adicional. Para tanto, é necessário compreender o quadro agudo e identificar a causa, devendo-se inclusive distinguir entre progressão da doença de base e intercorrências potencialmente tratáveis, uma vez que, pacientes com doenças incuráveis, mas com intercorrências agudas reversíveis podem ser candidatos a medidas invasivas. No caso de utilização de suporte vital em situações de progressão de doença incurável, importante mencionar que pode implicar ao paciente a cruel distanásia – conhecida nos Estados Unidos como tratamento fútil e na Europa como obstinação terapêutica, é definida como uma "atitude médica que, visando salvar a vida do paciente terminal, submete-o a grande sofrimento, sendo que nesta conduta não se prolonga a vida propriamente dita, mas o processo de morrer. (PESSINI & BARCHIFONTAINE, 1996; TEIXEIRA, 2020).

Desta forma, para evitar que a dignidade, liberdade e autonomia do paciente que se encontra impossibilitado de demonstrar sua vontade seja desconsiderada, é inteiramente indispensável a tomada de decisão compartilhada da equipe de saúde multidisciplinar juntamente aos familiares deste paciente, envolvendo-o em seus cuidados de saúde, mesmo que através de um documento deixado por ele, ou através do que fora exposto a seus familiares ou amigos anteriormente, como é evidenciado por KISTLER EA et al (2020).

Estudos já realizados acerca da tomada de decisões compartilhadas referentes a doenças avançadas

geralmente não fazem menção sobre profissionais ou pacientes de serviços de urgência e emergência. Por outro lado, um grande número de pesquisas científicas demonstra que a incorporação da tomada de decisão compartilhada em serviços que não sejam de emergência e urgência já são amplamente utilizados e possuem um resultado positivo quanto à satisfação do paciente e a satisfação com o processo de tomada de decisão pelos envolvidos no processo de atendimento das necessidades do paciente. Assim, se a tomada de decisão compartilhada gera resultados satisfatórios em várias decisões clínicas, questiona-se por que não a incorporar aos serviços de urgência e emergência (NAOMI et.al, 2016).

Estudos concluem que atendimentos e tratamentos realizados por profissionais de saúde, principalmente médicos e enfermeiros, com pacientes portadores de doenças crônicas ameaçadoras da vida e que estão ou deveriam estar sob cuidados de uma equipe de cuidados paliativos, possuem uma atuação menos eficaz do que quando enfrentam adversidades causadas por uma doença crítica, por desconhecimento, não identificação de fase final de vida, por despreparo e também pelo ambiente da emergência ser, muitas vezes, muito movimentado e até mesmo caótico (VAZQUÉZ-GARCIA D, et.al, 2019). Neste contexto, a atenção ao final da vida em serviços de urgência e emergência, seria mais eficiente se o ambiente fosse próprio e os profissionais fossem devidamente capacitados para a prestação do cuidado paliativo.

BRICKEY, J et.al (2022), também descreve a dificuldade de adesão, não infrequente, de pacientes e de seus familiares aos cuidados paliativos, por desconhecimento sobre o tema e por estigmas sociais associados à terminalidade e à morte, limitando assim a adoção deste cuidado a quem precisa. Justifica-se, a

partir desta constatação, o treinamento da equipe para elucidação das dúvidas e esclarecimentos aos pacientes e familiares.

Existem dados limitados sobre a incidência de chamadas dos serviços médicos de emergência para os pacientes em fim de vida e nenhum dado enfocando os centros de despacho destes serviços. Tanto os paramédicos como os médicos de emergência estão cientes do seu papel nos cuidados de fim de vida, mas é evidente a necessidade de treinamento e educação especiais em cuidados paliativos a esses profissionais. A cooperação entre os prestadores de cuidados paliativos e os prestadores de SME pode melhorar a capacidade de resposta do sistema de saúde às necessidades e expectativas dos pacientes e suas famílias, e possivelmente melhorar a eficiência geral do sistema de saúde. (PERAN D, 2021)

Programas de treinamento robustos são cruciais para superar esses equívocos e educar pacientes e profissionais sobre o papel dos cuidados paliativos. Futuros programas de cuidados paliativos e desenhos de estudo devem reconhecer o fardo que esta população vulnerável suporta e considerar modos alternativos de prestação de cuidados em um esforço para aumentar a participação e a inscrição (BRICKEY, J et.al., 2022).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os serviços médicos de emergência (SME) atendem frequentemente a chamadas envolvendo pacientes em estágios avançados de doenças incuráveis. Apesar das competências e potencial destes serviços no apoio a pacientes e suas famílias, seu objetivo ainda permanece obscuro.

A revisão integrativa evidenciou que os SME costumam ser vistos como ambientes apenas para ações rápidas, podendo trazer obstáculos para o

conforto do paciente e a preservação da dignidade. Desta forma, muitos profissionais ainda não reconhecem o pronto-socorro como um local onde é possível oferecer cuidados paliativos. A resistência em iniciar os cuidados paliativos nos SME costuma estar relacionada a atitudes de crenças dos profissionais sobre o processo de adoecimento, bem como uma equivocada compreensão do pronto-socorro como um ambiente de dinâmica acelerada, onde não há tempo para comunicação efetiva entre equipe, paciente e familiares. No entanto, medidas simples podem ser tomadas para reverter essa errônea compreensão como: lugar privativo para pacientes e familiares vivenciarem o momento da morte e reconhecer as diretivas antecipadas de vontade do paciente, mesmo que tenham sido apenas verbalizadas anteriormente. Também, torna-se imprescindível o desenvolvimento de habilidades de comunicação durante a formação dos profissionais de saúde, bem como maneiras de lidar emocionalmente com más notícias.

A grande maioria dos pacientes e familiares se dirige aos SME buscando segurança. Assim, é fundamental que a equipe de emergência reconheça a importância dos cuidados paliativos nesse serviço, redirecionando o cuidado concentrado em “salvar vidas” para um cuidado que preserve a dignidade humana, reconhecendo a morte como parte do ciclo da vida.

REFERÊNCIAS

BRICKEY J. et. al. EMPallA Investigators. Barriers to recruitment into emergency department-initiated palliative care: a sub-study of a multi-site, randomized controlled trial. *BMC Palliat Care*. 2022 Feb 15;21(1):22. doi: 10.1186/s12904-021-00899-9. PMID: 35168622; PMCID: PMC8845365.

ISSN: 1984-7688

CFM – Conselho Federal de Medicina. CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA. Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. (versão de bolso). Brasília. 2010. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CHAVES JHB, et al. Palliative care in medical practice: bioethical context. Rev. dor [Internet]. 2011 Set [citado 2021 Jan 15] ; 12(3): 250-255. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132011000300011&lng=pt. <https://doi.org/10.1590/S1806-00132011000300011>.

DOU. Diário Oficial da União. 176.º da Independência e 109.º da República. 05 fev. 1997.

FALLOWFIELD L & JENKINS V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet*, 2004;363(9405):312-9

GALVÃO, CM, et al. A busca das melhores evidências. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. São Paulo, v. 37, n. 4, p. 43-50. 2003.

GRUDZEN, C. R. et al. Tomada de decisão compartilhada no departamento de emergência: desenvolvimento de uma agenda de pesquisa centrada no paciente. *Acad Emerg Med*. Dezembro de 2016; 23 (12): 1313–1319.

HUANG, YL; et. al. Review article: End-of-life care for older people in the emergency department: A scoping review. *Emerg Med Australas* ; 32(1): 7-19, 2020 02. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-31820582

JANSSENS, JP; et al. Can Early Introduction of Palliative Care Limit Intensive Care, Emergency and Hospital Admissions in Patients with Severe Chronic Obstructive Pulmonary Disease? A Pilot Randomized Study. *Respiration* ; 97(5): 406-415, 2019. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-30650418

KISTLER, EA. et. al. Triggered Palliative Care Consults: A Systematic Review of Interventions for Hospitalized

and Emergency Department Patients. *J Pain Symptom Manage* ; 60(2): 460-475, 2020 08. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-32061721.

MEDEIROS, MOSF de, et al. Cuidados paliativos na emergência: revisão integrativa. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2021; 29 (2): 416-26

MENDES, KDS, et al. Integrative literature review: a research method to incorporate evidence in health care and nursing. *Texto e Contexto - Enfermagem, Florianópolis*, vol. 17, n. 4, p.758-764, out-dez. 2008.

NAOMI R. et al. Tomada de decisão compartilhada para apoiar a prestação de cuidados paliativos e de fim de vida no departamento de emergência: uma declaração de consenso e uma agenda de pesquisa. *Acad Emerg Med*. Dezembro de 2016;23 (12): 1394-1402. <https://doi.org/10.1111/acem.13083>

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. 10 principais causas de morte no mundo. Folha informativa atualizada em maio de 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5638:10-principais-causas-de-morte-no-mundo&Itemid=0

PERAN D., et. al. Approaching the End of Their Lives Under Blue Lights and Sirens - Scoping Review. *J Pain Symptom Manage*. 2021 Dec;62(6):1308-1318. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2021.04.023. Epub 2021 May 11. PMID: 33989706.

PESSINI, L. & BARCHIFONTAINE, CP. Dizer a verdade ao doente. In: *Problemas atuais de bioética*. 3a ed. São Paulo, Loyola: 325-339, 1996. p.1

REGO S & PALÁCIOS M. A finitude humana e a saúde pública. *Cad Saude Pública*, 2006;22(8):1755-60.)

RIBEIRO, S.C.C. Olhar de Cuidados Paliativos em salas de emergência. *Academia Nacional de Cuidados Paliativos – ANCP/site*. Acesso aos 19 jan 2021.

ISSN: 1984-7688

Disponível em: <https://api-wordpress.paliativo.org.br/olhar-cuidados-paliativos-em-salas-emergencia/>

ROMERO SO, et.al. Nurses Training and Capacitation for Palliative Care in Emergency Units: A Systematic Review. *Medicina (Kaunas)* ; 56(12)2020 Nov 26. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-33256039

SANTANA, J.C., et.al. Desejos dos pacientes em situação de terminalidade: uma reflexão bioética. *Rev. Enfermagem Revista*. V. 18. Nº 01.Maio/Jun. 2015. Internet. Acesso 16 jan 2021.

SANTOS, J. & BUENO, S.M.V. Educação para a morte a docentes e discentes de enfermagem: revisão documentada da literatura científica. *Rev Esc de Enfermagem USP*. 2011;45(1):272-6

SANTOS, CM da C, et.al. A Estratégia Pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 15, n. 3, mai-jun. 2007.

SBGG - Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. OMS divulga metas para 2019; desafios impactam a vida de idosos. Internet. 27 jan 2019. Acesso 19 jan 2021. Disponível em:

<https://sbgg.org.br/oms-divulga-metas-para-2019-desafios-impactam-a-vida-de-idosos/>

SODRÉ F. Alta Social: a atuação do Serviço social em cuidados paliativos. *Serviço Social e Sociedade* 2002;82:131-147. (SODRÉ, 2002)

TEIXEIRA A.C.B. Op. cit. p. 78.

VÁZQUEZ-GARCÍA D, et. al. Afrontamiento y percepción profesional en la atención al final de la vida en los servicios hospitalarios de emergencias. Una revisión sistemática cualitativa [Healthcare professionals' perceptions and confrontation at patients' end-of-life in emergency departments: A qualitative systematic review]. *Rev Esp Salud Publica*. 2019 Aug 1;93:e201908051. Spanish.

WHO - World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. 2nd Ed. Geneva: World Health Organization; 2002

WILSON, JG; et.al. End-of-Life Care, Palliative Care Consultation, and Palliative Care Referral in the Emergency Department: A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage* ; 59(2): 372-383.e1, 2020 02. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-31586580

PÁGINA EM BRANCO