



Cuidados paliativos no contexto dos serviços de urgência e emergência

Palliative care in the context of urgency and emergency services

Ana Carolina de CAMPOS¹  

Luis Henrique COLETO²  

Marcia Regina Chizini CHEMIN³  

¹ Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUCPR, Programa de Pós-Graduação em Bioética. Curitiba, PR, Brasil.

² Secretaria de Estado da Saúde do Paraná – SESA, Complexo Hospitalar do Trabalhador – CHT. Curitiba, PR, Brasil.

³ Studium Theologicum, Curitiba, PR, Brasil.

Correspondência:

Ana Carolina de Campos
anacampos95@hotmail.com

Recebido: 01 jun. 2023

Revisado: 28 out. 2024

Aprovado: 13 jan. 2025

Como citar (APA):

Campos, A. C., Coletto, L. H.,
& Chemin, M. R. C. (2025).
Cuidados paliativos no
contexto dos serviços de
urgência e emergência.
Revista da SBPH, 28, e010.
<https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.2025.v28.535>.

Financiamento:

Financiamento próprio.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver
conflito de interesses.



Resumo

No Brasil o envelhecimento populacional apresenta crescente demanda por cuidados diante de doenças crônico-degenerativas, além disso, pessoas mesmo gravemente doentes têm vivido por mais tempo. Neste contexto os Cuidados Paliativos tomam relevância e Serviços de Urgência/Emergência se tornam muitas vezes porta de entrada de pacientes já em palição em domicílio, ou em acompanhamento em outra Instituição ou localidade, ou que a partir deste momento podem ser elegíveis à abordagem paliativista. Procedeu-se uma revisão integrativa de literatura para investigar se a literatura tem registrado a integração dos Cuidados Paliativos em Serviços de Urgência/Emergência. De 740 artigos capturados, 21 foram analisados. Observou-se aumento do número de publicações no decorrer do tempo, todas evidenciaram a importância dos Cuidados Paliativos no contexto dos referidos Serviços, e protocolos foram sugeridos. A literatura demonstra que a abordagem paliativista é relevante para esta modalidade de atendimento, pois há redução no número de pacientes que recebem medidas fúteis, e diminuição do congestionamento de tais Serviços. Revela-se a necessidade de providenciar formação das equipes destes Serviços na perspectiva paliativista para atender paciente e família, o que inclui atenção aos aspectos psicológicos desta unidade de cuidado, o que promove acolhimento, segurança e evita situações críticas, entre paciente-família e equipe de saúde. Cabe, ainda, a elaboração e/ou validação de protocolos para a realidade brasileira. Conclui-se que a abordagem paliativista desde os Serviços de Urgência/Emergência pode ser relevante para alcançar o cuidado integral, que é diretriz ética das políticas de humanização nas práticas dos cuidados de saúde.

Descritores: Cuidados paliativos; Ambiente hospitalar; Abordagem de tratamento interdisciplinar; Psicologia hospitalar.

Abstract

In Brazil, the aging population presents a growing demand for care in the face of chronic-degenerative diseases; moreover, people, even those who are seriously ill, are living longer. In this context, Palliative Care takes relevance and Urgency/Emergency Services often become the gateway of entry for patients already in palliation at home, or being followed up in another institution or locality, or who from this moment on may be eligible for the palliativist approach. An integrative literature review was conducted to investigate whether the literature has recorded the integration of Palliative Care in Urgent/Emergency Services. Of 740 articles captured, 21 were analyzed. An increase in the number of publications in the course of time was observed, all evidencing the importance of Palliative Care in the context of the referred Services, and protocols were suggested; literature shows that the palliativist approach is relevant for this type of care as there is a reduction in the number of patients that receive futile measures, and a reduction in congestion of such Services. It is revealed the need to provide formation to the teams of these Services in the palliativist perspective to assist patients and families, which includes attention to the psychological aspects of this care unit, which promotes welcoming, safety, and avoids critical situations, between patient-family and health team. The elaboration and/or validation of protocols for the Brazilian reality is still needed. It is concluded that the palliativist approach from the Urgency/Emergency Services can be relevant to achieve integral care, which is the ethical guideline of humanization policies in health care practices.

Descriptors: Palliative care; Hospital environment; Interdisciplinary treatment approach; Hospital Psychology.

INTRODUÇÃO

As últimas décadas têm sido marcadas pelo envelhecimento progressivo da população brasileira com tendência de aumentar rapidamente (Bello, 2024). Envelhecimento, este, que está acompanhado pelo aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas. Também o desenvolvimento tecnocientífico tem possibilitado que doenças previamente letais se apresentem como doenças crônicas que, embora progressivas e incuráveis, permitem a longevidade (Grudzen, Shim et al., 2019).

Diante deste cenário, as diretrizes norteadoras dos Cuidados Paliativos (CP) foram ampliadas e a abordagem já não é mais apenas uma diretriz de tratamento oncológico. Os CP destinam-se à promoção de bem-estar e qualidade de vida a toda pessoa enferma que padeça de doença grave e/ou incurável, avançada e progressiva, e de sua família (World Health Organization [WHO], 2014; WHO, 2017). Esses cuidados consistem na assistência oferecida e promovida por uma equipe multiprofissional através da prevenção e alívio de sofrimento, por meio da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento da dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (WHO, 2017; Palliative Care, 2018). Importa ressaltar que CP podem se dar “em qualquer ambiente de cuidado” (Ribeiro, 2021, p. 317).

Haja vista que, frequentemente, o atendimento de saúde é prestado em face de exacerbações de comorbidades crônicas e/ou cronificadas, os Serviços de Urgência/Emergência (SU/E) representam o local de atendimento inicial de um grande número de pacientes que estão particularmente vulneráveis. Muitas vezes, inadvertidamente, também pacientes em CP domiciliar inclusive em cuidados de final de vida, adentram o sistema hospitalar em caráter de urgência/emergência (Ramos, 2021). De modo que parece razoável que haja provimento de CP no âmbito do SU/E, pois, acredita-se, pode fornecer melhores resultados no cuidado centrado na pessoa enferma, o que significa considerar seu plano de tratamento e cuidados anteriormente estabelecidos e, inclusive, as manifestações antecipadas de vontade de pacientes se este já não pode se comunicar (Conselho Federal de Medicina [CFM], 2012).

O manejo de pacientes em fim de vida que adentram aos SU/E como Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), Pronto-Socorro (PS) e Unidades de Terapia Intensiva (UTI), representa um grande desafio para a equipe multiprofissional de saúde. Isso devido a que em muitos momentos tal equipe percebe-se despreparada para a atuação adequada, sendo comum a realização de procedimentos invasivos não desejados, tanto por pacientes quanto pela própria equipe. Sendo assim, muitas vezes, estes locais são interpretados como os mais adversos para os CP de pacientes com doenças sem perspectivas curativas (Vidal et al., 2014).

Embora seja uma incorporação desafiante preparar os SU/E para oferecer uma abordagem paliativista, pesquisas apontam que há condições (Almeida et al., 2019; Reuter et al., 2019). É possível planejar um SU/E com tal abordagem, tanto no que diz respeito ao desenvolvimento de uma via de cuidado para pacientes com tais necessidades, pois é possível providenciar formação e treinamento adequado das equipes, como quanto à otimização do ambiente físico e estrutural (Grudzen, Shim et al., 2019). Afinal, o desafio de oferecer CP responde a “um direito humano e um imperativo moral a todos os sistemas de saúde” (Nações Unidas Brasil [NUB], 2021, para. 15).

Considerando o contexto exposto, esta pesquisa pretende apresentar uma revisão de literatura com o objetivo de investigar como se tem registrado a integração dos CP em SU/E, tanto mundialmente como no Brasil. Almeja-se, também, investigar se há registro do desenvolvimento de protocolos para auxiliar em tal integração.

CUIDADOS PALIATIVOS EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Com o cada vez maior envolvimento das tecnologias nos cuidados de saúde, as pessoas têm vivido por mais tempo, ainda que estejam gravemente enfermas. Também a população idosa tem crescido no Brasil, o levantamento executado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística revela que “a população brasileira manteve a tendência de envelhecimento dos últimos anos (. . .), superando a marca dos 30,2 milhões em 2017” (Paradella, 2018, para. 1). O Censo 2022, traz que “de 2000 a 2023, a proporção de idosos (60 anos ou mais) na população brasileira quase duplicou, subindo de 8,7% para 15,6%. Em 2070, cerca de 37,8% dos habitantes do país serão idosos” (Bello, 2024, para. 21, 22). É esperado que a essa população idosa tenha vulnerabilidade aumentada devido às doenças crônicas degenerativas, como consequência, parece óbvio, que haverá maior necessidade de Serviços de CP.

Seja a partir de diagnóstico de uma doença que limita a continuidade da vida, seja pelo envelhecimento da população e suas consequências, há previsibilidade de que haverá necessidade de utilizar serviços de CP. Além de que é possível prever que os SU/E também serão local de entrada de pessoas enfermas em CP no sistema hospitalar.

No mundo, quanto à disponibilização de Serviços de CP, segundo a Organização Mundial da Saúde (NUB, 2021, para. 2) “na maioria dos países está muito aquém da necessidade desses serviços essenciais”, isso diante de estudos que apontam: “a cada ano, estima-se que mais de 56,8 milhões de pessoas, incluindo 25,7 milhões no último ano de vida, necessitem de cuidados paliativos, das quais 78% vivem em países de baixa e média renda” (NUB, 2021, para. 2).

De acordo com o levantamento da Academia Nacional de Cuidados Paliativos, em 2019 os Serviços de CP no Brasil eram 191, no Paraná, por exemplo, eram 32 leitos em 14 Serviços (Santos et al., 2020); em 2020, eram 198 no país (Pastrana et al., 2021). Além dos Serviços já existentes, em 2024, o Ministério da Saúde estabeleceu que os CP passam a fazer parte do atendimento do Sistema Único de Saúde (Ministério da Saúde [MS], 2024), o que requer implementação e preparo de equipes. Conforme o “Manual de Cuidados Paliativos ANCP” uma equipe multiprofissional deve ser treinada tecnicamente para atender o sofrimento da tríade paciente-família-equipe (Carvalho & Parsons, 2012). A atuação em equipe multiprofissional, em caráter interdisciplinar, é posta como um dos princípios de atuação do CP. De acordo com o referido Manual, problemas sociais, dificuldades de acesso a serviços, medicamentos e outras necessidades, devem ser incluídos como aspectos a serem manejados também pela equipe multiprofissional. Sendo assim, é imprescindível que o trabalho de equipes multiprofissionais em SU/E, atue na amplitude dos aspectos bio-psico-sociais-espirituais envolvidos, preconizados pelos fundamentos dos CP, bem como na identificação de pacientes que necessitam desses cuidados nos SU/E.

Em específico, destaca-se neste ponto, a atuação de profissionais da Psicologia em CP que ocorre através do atendimento a pacientes e suas famílias, e à própria equipe.

O atendimento deve ser realizado através de escuta ativa e qualificada, visando a reorganização da autoimagem, o alívio e a validação de sofrimentos advindos do processo de adoecimento e do próprio tratamento, colocando a pessoa enferma em um local de fala, onde possa expressar seus sentimentos, vontades, limitações e angústias (Franco & Silva, 2021; Nunes, 2012). A atuação psicológica com a família objetiva a legitimação do sofrimento e uma contribuição para a elaboração das experiências de adoecimento, do processo de morte, evitando o “luto complicado” (Franco & Silva, 2021, p. 169), estimulando e mediando a fala entre a pessoa enferma e sua família, evitando o que se chama de “conspiração do silêncio” (Nunes, 2012, p. 338). Já o atendimento à equipe visa proporcionar um espaço de cuidado e atenção às dificuldades ligadas ao processo do cuidado com as pessoas enfermas e suas famílias em CP, que pode e, muitas vezes, traz um sofrimento emocional (Franco & Silva, 2021; Nunes, 2012).

Outro destaque se dá aos protocolos a serem utilizados em SU/E. Isso porque se, como afirma Ribeiro (2021, p. 318), “tomar decisões rápidas que respeitem os valores do paciente (. . .) é um dos maiores desafios da medicina de emergência”, então é necessário lançar mão de critérios. Ribeiro (2021, p. 318) preconiza “o uso sistemático de ferramentas validadas para a identificação precoce” da necessidade e do potencial benefício em receber CP. Protocolos com uso de ferramentas adequadas poderiam ser aplicados integrando CP nos cuidados prestados em SU/E, tanto pela equipe do Serviço como “por meio de interconsulta” de equipe de paliativistas (Ribeiro, 2021, p. 317). Critérios foram estabelecidos pelo *American College of Emergency Physicians* (2013), porém, para Ribeiro (2021) “falham em contemplar pacientes que não apresentam doença grave e incurável isoladamente”; propõe o uso “simples e útil” da “pergunta-surpresa” para dar conta desses casos (p. 318).

Diante disso, cabe adequar os SU/E com o preparo de profissionais em CP e o uso de ferramentas para a efetividade do atendimento, ou seja, providenciar protocolos e treinamento para sua aplicação. As perguntas que se pretende responder com esta pesquisa são: a integração dos CP em SU/E é apresentada, é apresentada como necessária? Existem protocolos para guiar essa integração?

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo básico e aplicado, exploratório e bibliográfico (Gil, 2010). A revisão integrativa de literatura proposta é uma modalidade metodológica caracterizada pela construção de uma análise ampla, contribuindo para a discussão sobre resultados de outras pesquisas (Fonseca, 2002).

A busca dos artigos foi realizada nas bases bibliográficas eletrônicas: Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Foram critérios de inclusão: artigos, com texto disponível na íntegra; textos em português, espanhol e inglês; período de publicação entre 2015 e 2020; e com foco na integração dos CP em SU/E. Foram critérios de exclusão: artigos duplicados e artigos de revisão.

Os descritores utilizados, em português, e correlatos em inglês e espanhol, foram: “cuidados paliativos”; “atendimento de emergência”; “atendimento de urgência”; “equipe multiprofissional”. Várias combinações com os descritores escolhidos foram utilizadas de modo a ampliar ao máximo a captura de artigos.

Após acessar as bases de dados usando e localizar os artigos num total de 740, foram desprezados 354 por estarem duplicados. Dos 386 artigos restantes, foram desprezados oito por estarem indisponíveis livremente na *web*; com a leitura de 378 resumos, excluiu-se 327 por não estarem de acordo com os critérios de inclusão. Resultou em 51 artigos aos quais foram aplicados critérios de elegibilidade (Figura 1) (Moher et al., 2009). Destes, 22 artigos foram analisados através de leitura do texto na íntegra.

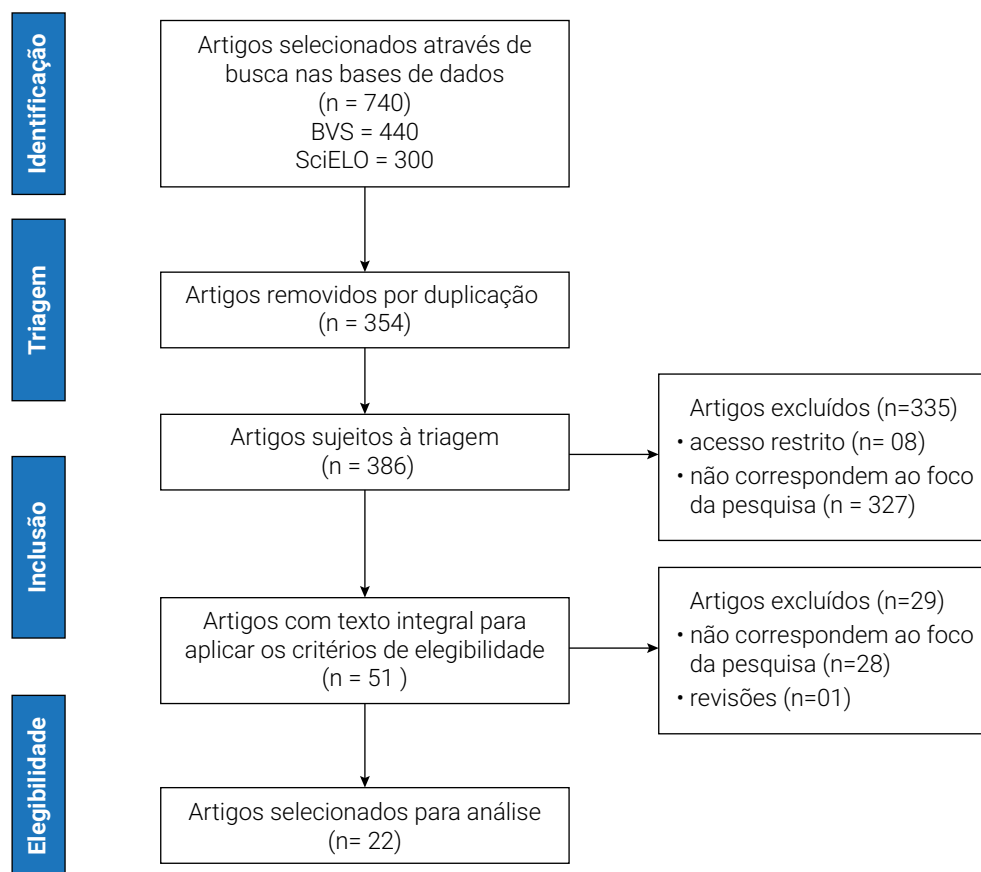


Figura 1. Fluxograma com detalhes da inclusão e exclusão de estudos
Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

RESULTADOS

Com a coleta e tratamento dos resultados, foi observado um aumento do número de pesquisas no tema com o passar dos anos. A maior parte das publicações retrata a realidade brasileira. As áreas de escopo dos periódicos, as de formação de autores/as e o detalhamento de quem forma os/as participantes das pesquisas e/ou fonte de consulta exploradas nos estudos analisados nesta revisão integrativa, estão apresentados na Quadro 1.

Quadro 1. Dados sobre autores/as, periódicos e participantes/fontes dos estudos/pesquisas

Área de formação dos/as autores/as	Área dos periódicos	Participantes/Fontes
Medicina (94) Enfermagem (16) Direito Médico (03) Psicologia (03) Biologia (02) Gestão em Saúde (01) Epidemiologista social/ Demógrafo (01) Antropóloga/ Tanatóloga (01) Grupo de Pesquisa multidisciplinar em CP do Instituto Usher, na Escócia (12)	Medicina (19) Bioética (02) Saúde Pública (01)	a) Pessoas: • Internadas em UTI • Adultas com câncer • Idosas com câncer • Adultas com e sem câncer admitidas em SU/E • Cuidadoras de pacientes de PS • Idosas • Idosas com demência b) Profissionais da Medicina c) "Time de Resposta Rápida" TRS Profissionais da: • Enfermagem • Fisioterapia • Medicina d) Registros de enfermagem e) Prontuários f) Fichas estandardizadas g) Bibliografia documental

Fonte: Elaborado pelo autores (2023).

Os motivos das admissões de emergência foram descritos por Amado-Tineo et al. (2020), que avaliaram que uma a cada 20 admissões no PS estudado correspondia a pacientes com doenças crônicas em fase terminal, tendo como motivos, sobretudo, infecções, dor e sangramento. Situação semelhante descreve o estudo prospectivo onde Isikber et al. (2020) observaram que pacientes com câncer comparecem com mais frequência no SU/E nos últimos seis meses de vida, sobretudo por diminuição da capacidade funcional, controle de dor e alterações de consciência. Estes autores destacaram que muitas situações provavelmente a ser resolvidas por acompanhamento com médico/a de família e serviço de assistência domiciliar acabavam sobrecarregando o PS. E, sendo no PS, não há suporte psicossocial e/ou espiritual, este que seriam ainda mais necessários em final de vida.

Mariño et al. (2015) evidenciaram que a maioria das visitas de pacientes com doenças hemato-oncológicas a um PS foi para condições não urgentes, que poderiam ser resolvidas em um cenário de melhor assistência ambulatorial. Concluíram que a criação de consultas prioritárias de CP ajudaria a descongestionar os SU/E, o que também beneficiaria a qualidade de vida das pessoas enfermas. Essa conclusão está corroborada por Isikber et al. (2020) que pontuam em sua discussão que apesar dos

SU/E fornecerem suporte médico, este por si só não é suficiente para fornecer o suporte também em esfera psicossocial, moral e espiritual, em geral pela alta carga de trabalho nesse setor.

Resultados similares foram descritos por Miranda et al. (2016) no estudo com pessoas idosas enfermas que procuraram o SU/E de um Centro de Alta Complexidade em Oncologia. Os autores concluíram que o motivo de atendimento foi para controle de dor e que isso se deve, em grande parte, a falta de assistência de CP em contexto domiciliar. Ainda apontam que a falta de conhecimento médico acerca de manejo de opioides e controle de dor contribuem para esse fato. Essa observação se coaduna com a de Reuter et al. (2019) ao destacarem que mais de 50% de pacientes em CP por doenças oncológicas tinham pelo menos uma demanda relacionada aos CP não atendida de maneira correta, em seu estudo.

Quanto à internação de pacientes graves em UTI, Mazutti et al. (2016) em sua pesquisa concluem que a integração de CP evita tratamentos fúteis. Propõem que a abordagem paliativista seja o mais precoce possível, e apontam que é necessário que mais estudos explorem melhor essas questões, permitindo mostrar a realidade brasileira atual. Concluíram que muitas limitações de suporte – exemplificadas pela extubação paliativa – são ainda raras no Brasil; também apontam para o fato de que o óbito em UTI ser mais associado a desconforto, dor e ansiedade.

A experiência de CP em ambiente de UTI também foi descrita por Lage et al. (2019), em um relato de caso de uma extubação paliativa, mostrando que é possível realizar essa prática e atenuar o sofrimento da pessoa enferma. O estudo salientou, para este tipo de procedimento, a importância da reunião da equipe para receber explicações sobre a situação e conhecer melhor o conceito da extubação paliativa, destacando, portanto, o papel da equipe multiprofissional no cenário de emergência.

Outra pesquisa que avaliou os efeitos da implantação de um programa de CP evidenciou que o aumento de ordens de não reanimar reduziu a internação de pessoas em final de vida em UTIs (Ramos et al., 2018). Os autores sugerem que o benefício desse programa parece ser ainda mais evidente nas subpopulações de pacientes com doenças terminais não oncológicas já que, no caso do câncer, os cuidados de fim de vida já pareciam ser instituídos de forma mais apropriada previamente.

Entendem Berlin et al. (2018) que os CP são uma forma interdisciplinar para reduzir o sofrimento e promover conforto a pacientes. O estudo cita o fato de que condições tais como fratura de quadril e admissão em UTI de doentes com demência são gatilhos bem estabelecidos na literatura para instituição de CP. A hipótese do estudo foi avaliar se a associação de abdômen agudo e demência também seria um critério apropriado. Eles demonstraram que apesar dessa associação de comorbidades ser fortemente implicada em uma alta morbidade e mortalidade, CP são subutilizados nesse cenário.

Peirano et al. (2019) analisaram retrospectivamente sobre as características de intervenções de CP numa instituição. Os resultados demonstraram que apesar de que a maioria das solicitações para interconsulta com equipe de paliativistas tenha sido para doentes oncológicos em estágios avançados, este quadro não foi o único motivo para o pedido de avaliação; em muitos casos a equipe de CP auxiliou nas tomadas de decisão.

Sobre a ferramenta pergunta supresa avaliada por Aaronson et al. (2019), com o objetivo de demonstrar a aplicabilidade dessa ferramenta a doentes em SU/E por descompensação de IC, revelou uma sensibilidade à pergunta superior a 70%. A mesma ferramenta aplicada a médicos e médicas atuantes em SU/E que responderam

a uma pergunta surpresa que previa a mortalidade de pacientes em 12 meses, resultou que o uso deste tipo de pergunta pode prever a mortalidade pacientes idosos/as em PS (Ouchi et al., 2018). Consideram Ouchi et al. (2018) que esta ferramenta pode auxiliar a identificar, desde o SU/E, se há ou haverá necessidade de CP. Esta conclusão poderia antecipar a situação revelada por Grudzen, Shim et al. (2019): mais da metade da população idosa norte-americanos visitam o Su/E no último mês de vida, de forma que este acaba sendo um local decisivo na instituição de cuidados subsequentes.

Compreendem Monteiro et al. (2019) que a razão mais comum para limitação de cuidados e seus respectivos motivos em uma UTI é o mau prognóstico da doença aguda, sobretudo na população mais idosa. Os pesquisadores também apontam que a documentação destas decisões deve ser clara e detalhada, ou seja, há necessidade de melhoria no que diz respeito ao registro em prontuário de tais decisões.

Sobre ferramentas e protocolos, além da pergunta surpresa (Ouchi et al., 2018; Aaronson et al., 2019), Grudzen, Schmucker et al. (2019) apresentaram o desenvolvimento de um protocolo de CP em serviço ambulatorial e demonstraram a validade do ESAS-R para avaliação de carga de sintomas e o FACT-G para avaliação de qualidade de vida em pacientes. Também Koh et al. (2019) que avaliaram os sintomas mais comuns de 340 pacientes com câncer que chegam ao SU/E, basearam as necessidades de CP no ESAS-R. No serviço avaliado, ao contrário do modelo de atendimento usual, pacientes com indicação de CP foram encaminhados diretamente à Unidade de CP.

Almeida et al. (2019) buscaram avaliar os efeitos da implantação de Time de Resposta Rápida (TRS) para detecção de sinais de gravidade que indicassem pacientes com potencial benefício para CP. Para tanto, médicos/as participantes desenvolveram uma tabela de gatilhos, composta por parâmetros facilmente identificáveis ao exame clínico. A função de tais TRS seria prestar o rápido atendimento para evitar agravos clínicos e mortes durante emergências de pacientes internados no setor de enfermaria. O estudo demonstrou um aumento significativo do reconhecimento de pacientes em CP, sobretudo, após treinamento por meio de uma educação continuada. Os TRS foram associados, dentre outros desfechos, ao aumento do número de ordens de não reanimação.

Grudzen, Shim et al. (2019) descrevem a proposta de comparação de dois modelos estabelecidos de gerenciamento de CP conduzidos por enfermeiros(as) por via remota (telefone) e por especialistas em CP. Finucane et al. (2020) estudaram sistemas eletrônicos de coordenação de CP. Um deles, introduzido na Escócia em 2013, designado como *Key Information Summary* (KIS) (National Health Service Scotland [NHS Scotland], 2013) foi avaliado por pesquisadores clínicos como altamente útil para informar decisões de atendimento de emergência. Embora o questionário KIS (NHS Scotland, 2013) tenha sido criado para doentes com câncer indicou também que outras doenças crônicas com falência orgânica são menos propensas a desencadear gatilhos para CP. Reuter et al. (2019) utilizaram da ferramenta 5-SPEED para avaliar a inclusão de intervenções de CP em PS e também para quantificar a prevalência de necessidades de CP não atendidas nos cinco domínios entre pacientes com doença oncológica ativa.

Aredes et al. (2018) após entrevistarem 43 profissionais médicos/as, enfatizaram o modelo ocidental dos serviços de saúde, destacando também o papel econômico desse setor na medida em que tem participação na reabilitação de indivíduos. Remetem as autoras à lógica ocidental da imposição de manter a vida a todo custo, resultando em angústia e estresse adicional a tais profissionais, pois a morte é vista como um fracasso

e em SU/E se esquivam de lidar com ser humano (por culpa). A pesquisa feita no Brasil destaca que a formação paliativista, em falta, poderia ser eficaz no cenário onde a cura não é opção.

A importância do papel da equipe multiprofissional foi demonstrada por Pereira et al. (2018) em estudo que sugere que profissionais de saúde devem se basear em protocolos bem definidos para estabelecer um prognóstico de quase morte e desenhar um plano individualizado. O estudo demonstrou a importância da abordagem biomédica com a psicossocial para tal objetivo. O estudo de Oliveira et al. (2020) reforçou a situação extraordinária de falta de insumos imposta pela pandemia da doença do coronavírus-19 (Covid-19), bem como a implicação disso sobre a caracterização de pacientes para CP. Os autores defenderam o julgamento clínico e *sequential organ failure assessment* para melhora decisão de plano terapêutico nesse cenário (Oliveira et al., 2020).

As pesquisas realizadas no Brasil (oito), na Colômbia (uma), na Argentina (uma), no Peru (uma), nos Estados Unidos da América (cinco), na Escócia (uma), em Portugal (duas), na Turquia (uma) e em Cingapura (uma) proporcionam um cenário diversificado culturalmente. Importante que a maioria das pesquisas revela cenários brasileiros.

DISCUSSÃO

Todos os textos analisados evidenciam a importância dos CP no contexto de SU/E. Dentre os motivos está a redução no número de pacientes que recebem medidas fúteis, que não agregariam qualidade de vida, e/ou o descongestionamento de tais serviços, dando prioridade a pacientes com condições agudas e com perspectiva curativa. Os resultados apontam a importância de um fortalecimento e desenvolvimento dos CP na Atenção Primária como, por exemplo, na Estratégia de Saúde da Família, ou na Atenção Secundária em ambulatórios. Estas estratégias auxiliariam em um maior investimento na qualidade de vida de pessoas enfermas em CP, evitando a exposição dos mesmos a contextos de SU/E, onde muitas vezes são realizados procedimentos não condizentes com a terapêutica preconizada pelos CP.

A relevância do treinamento e capacitação das equipes multiprofissionais atuantes em SU/E, para que possam oferecer um cuidado bio-psico-social-espiritual condizente com a conceituação dos CP (WHO, 2017) foi destacada. Percebe-se que a falta de capacitação das equipes pode contribuir para o aumento da obstinação terapêutica. Os artigos analisados evidenciam que muitas decisões importantes sobre o manejo de doentes em fase terminal de doença são realizadas no SU/E. Os resultados evidenciam também que os SU/E não contêm todo o suporte necessário às demandas dessa população, tanto no que diz respeito ao manejo de queixas físicas, como na esfera psicossocial e espiritual.

Diante dessas evidências, a Psicologia Hospitalar tem relevância, pois exerce um papel fundamental ao intermediar as relações entre pacientes e a equipe de saúde que lhe atende, identifica as demandas que afetam a saúde mental e facilita a adaptação ao processo de adoecimento. Além disso, profissionais da Psicologia Hospitalar podem, sobremaneira, contribuir para a percepção e fortalecimento dos uso de diferentes recursos de enfrentamento (*coping*) das pessoas envolvidas, sejam pacientes e/ou familiares, de forma direta ou indireta (Dias & Pais-Ribeiro, 2019). Tais profissionais também são responsáveis por capacitar as equipes, oferecendo psicoeducação, treinamento em comunicação e suporte emocional, tanto individual quanto coletivo, ao longo do processo de cuidado. Assim, sua atuação é indispensável para qualificar as

equipes nos contextos de SU/E e promover uma assistência mais humanizada e integral (Broering & Santa Maria, 2023).

Observou-se ainda que nenhum dos artigos fazem menção, mais aprofundada ou detalhada, à redução de custos de procedimentos ou intervenções que os CP podem proporcionar durante a hospitalização. Visto que, evitando medidas que não irão contribuir para a qualidade de vida de paciente, evita-se, também, a realização de medidas que gerem gastos financeiros desnecessários. Como explana Sardenberg (2011): “doenças graves e incuráveis podem trazer, além dos sintomas associados à doença e ao seu tratamento, gastos desnecessários com terapias fúteis e um fardo enorme para familiares e cuidadores” (p. 39).

Além de evitar intervenções desnecessárias e aumento de custos hospitalares, uma atuação possível de psicólogo/a hospitalar em CP complementa essa estratégia: atuar no manejo e prevenção do *delirium* e contribuindo para a qualidade psicoemocional e cognitiva de pacientes. Ao utilizar a Escala Confusion Assessment Method (CAM-ICU), validada por Ely et al. (2001), para identificar *delirium*, esses/as profissionais podem atuar de forma proativa. Não apenas ao encaminhar pacientes à Psiquiatria e fornecer apoio a familiares, mas também estando aptos/as à coordenar a equipe de saúde para implementar medidas que reduzam a necessidade de medicamentos. Essas medidas, especialmente relevantes em CP, incluem: evitar interrupções no sono; posicionar o/a paciente próximo à equipe de enfermagem; garantir a presença de cuidador/a quando necessário; incentivar a participação da família; oferecer objetos familiares e referências visuais; assegurar orientações constantes a pacientes/família; e, orientar o uso adequado de auxílios visuais e auditivos, conforme necessário (Contreras Moreno & Palacios Espinosa, 2014; Hartmann & Wagner, 2015).

Ao realizar a busca de literatura nacional e internacional, o objetivo foi justamente uma comparação de práticas entre países e culturas. Ao analisar os artigos, pode-se argumentar que existe uma semelhança em relação à falta de protocolos ou diretrizes de CP que guiem a prática de profissionais de saúde atuantes em contextos de SU/E, evidenciando a importância desta pesquisa.

Ressalta-se ainda que o motivo da procura ao PS pela maioria dos/as pacientes, que foram participantes das pesquisas, diz respeito a sintomas tais como dispneia e dor, por vezes, não acompanhados previamente de maneira correta no âmbito extra-hospitalar. Torna-se evidente a importância do trabalho pré-hospitalar – o que inclui o atendimento ambulatorial e domiciliar – como uma ferramenta para diminuir a sobrecarga ao SU/E e proporcionar melhor atendimento às necessidades dessa população. Alguns dos estudos demonstram que a criação de consultas prioritárias de CP e o atendimento remoto a esses/as pacientes podem ser estratégias para diminuir a procura ao SU/E à medida que podem otimizar o tratamento ambulatorial e prevenir a descompensação clínica.

Em relação aos sintomas algícos, a atuação de psicólogo/a hospitalar no tratamento da dor crônica envolve estratégias centradas no desenvolvimento de habilidades de enfrentamento. A exemplo: relaxamento, distração cognitiva e visualização, que auxiliam na redução da percepção da dor e no alívio do sofrimento emocional (Borges et al., 2009). Essas intervenções visam não apenas minimizar a dor física, mas também promover uma sensação de controle sobre a situação. Além disso, a atuação de psicólogo/a hospitalar desempenha um papel crucial na reestruturação cognitiva, ajudando pacientes a identificar e modificar crenças disfuncionais que podem intensificar a dor. A intervenção cognitivo-comportamental, amplamente utilizada no contexto hospitalar, contribui para modificar a percepção da dor, influenciada por fatores psicológicos e emocionais,

oferecendo a pacientes ferramentas para enfrentar e lidar melhor com suas condições (Peron & Sartes, 2015).

Os resultados obtidos pontuaram também as falhas no que diz respeito à instituição de limitações/adequação de suporte. Esse fato fica mais evidente em populações em fase terminal de doenças não oncológicas, já que a instituição de ordens de não reanimação em pessoas enfermas com câncer, por exemplo, costuma ocorrer mais precocemente quando há presença de comorbidades não oncológicas.

O resultado trazido por Lage et al. (2019), que mostra que a extubação paliativa ainda é rara, exemplifica essa necessidade de ampliação de condutas de limitação/adequação de suporte, incluindo os SU/E. Outra lacuna a ser preenchida é o correto registro em prontuário, uma vez tomada a decisão de limitações/adequação de suporte ou outras medidas importantes no cenário de doentes em fim de vida.

Neste ponto, pode-se pensar nas Manifestações Antecipadas de Vontade, o registro dessas manifestações, acolhidas e nominadas pelo CFM como Diretivas Antecipadas de Vontade, é um passo bastante importante do processo de tomada de decisão para a adequação de suporte (CFM, 2012). Estas Diretivas, a serem utilizadas se e quando não puderem se manifestar sobre os tratamentos e/ou procedimentos a que venha a necessitar, devem ser registradas em prontuário, abrangendo as determinações recolhidas junto ao/à paciente, que se expressa livremente e munido de esclarecimentos por parte de médico/a que lhe assiste (CFM, 2012, art. 2, § 4).

Ressalta-se a relevância da atuação de psicólogo/a hospitalar, especificamente, ao fortalecer a pessoa enferma na relação com a equipe de cuidados, para que se sinta livre para estabelecer tais Diretivas, pois o tempo de vida é dela — a mesma Resolução assegura que nem mesmo familiares podem alterar as decisões (CFM, 2012, art. 2, § 3). A atuação profissional pode providenciar um espaço acolhedor que favoreça a compreensão sobre a doença, o prognóstico, os planos de tratamento, as perspectivas interdisciplinares e as metas de cuidado de suporte sejam respeitadas evitando/prevenindo crises (Souza, 2023).

Quanto à instituição de CP no cenário de SU/E, os estudos revelaram estratégias que podem auxiliar nesta decisão. A “pergunta surpresa” foi uma ferramenta demonstrada, apresentando uma sensibilidade superior a 70%, inclusive em populações com insuficiência cardíaca. Algumas comorbidades e associações de condições clínicas foram demonstradas como gatilhos para instituição de CP em SU/E como, por exemplo, a associação de demência com fratura de quadril e abdômen agudo.

O uso de sinais clínicos como gatilhos para instituição de CP também foi abordado no cenário dos TRS, onde há uma equipe treinada para prevenir agravos clínicos em doentes previamente estáveis em leito de enfermaria frente a uma descompensação clínica. Nesse cenário, o treinamento desta equipe implicou em aumento de reconhecimento dos CP como abordagem de opção e aumento de ordens de não reanimação.

Os resultados demonstrados, tanto no treinamento dos TRS como no atendimento remoto de pessoas enfermas em CP, evidenciaram a importância da equipe multiprofissional no manejo de pessoas enfermas em fase terminal de doença. No caso dos TRS, a instituição tão somente de profissional da Enfermagem, com devido treinamento, como único profissional, já trouxe benefícios quanto à instituição de CP, o que deve ser levado em conta em cenários de limitação de recurso. Todavia, a incorporação de outros/as profissionais treinados/as nestas equipes como, por exemplo, fisioterapeuta intensivista, trouxe benefícios adicionais.

O impacto sobre profissionais de saúde dos SU/E também foi pesquisado, ao mostrar que o modelo ocidental de atendimento hospitalar – focado em resultados e reabilitação social do indivíduo – encara como um fracasso a restrição de medidas fúteis em tratamentos de pessoas enfermas em fase terminal de doença. Esse fato além de dificultar a instituição de CP nesse contexto, também impõe a profissionais de saúde uma sobrecarga emocional ao atenderem pessoas enfermas em final de vida.

Algumas ferramentas podem ser usadas para avaliar a carga de sintomas e qualidade de vida de pessoas enfermas em fase terminal de doença que se apresentem ao PS, como é o caso da ESAS-R e FACT-G, respectivamente. Apesar dos artigos tratarem dos protocolos de treinamento de equipes de atendimento a pacientes internados na enfermaria – como o TRS – observou-se que nenhum abordou um protocolo robusto de treinamento para profissionais de saúde nos SU/E. Outro ponto a ser abordado é se pessoas enfermas que receberam a instituição de CP e limitações/adequação de suporte na Enfermaria, por TRS treinada para tal, já apresentavam critérios que justificassem essa decisão na admissão hospitalar no SU/E.

Além de protocolos, treinamentos de profissionais, adesão à abordagem paliativista precoce, do ponto de vista da Psicologia a realização de Conferências Familiares poderia ser uma estratégia. Bartolomeu (2014, p. 95) propõe que se faça “uma reunião estruturada” com a pessoa enferma, familiares e profissionais da equipe de cuidados de saúde, “para discutir tópicos específicos, como: tratamentos, controle de sintomas, prognóstico, diretiva antecipada de vontade e/ou gestão da alta”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora exista demanda, e de modo crescente, é ainda inexpressivo o registro em publicações científicas relatando a integração dos CP nos SU/E, o que revela que essa via para assegurar o cuidado integral e continuado à população ainda é pouco considerada. É relevante destacar que artigos abordaram a integração dos CP nos SU/E, contudo, ainda deixando a desejar quanto à atuação das equipes multiprofissionais. Porém, é inescapável se preparar, pois cada vez mais serão necessários os CP. Afinal, quanto mais precoces, mais adequados serão para pessoa enferma, familiares e para o contexto hospitalar em variados aspectos, inclusive os organizacionais e econômicos.

Ressalta-se que uma vez que os CP devem ser prestados no âmbito do SUS e nos mais diversos ambientes das práticas de cuidado em Saúde (MS, 2024), cabe focar e chamar a atenção para essa demanda progressiva. Portanto, os resultados dessa pesquisa podem fornecer informações sobre a qualidade do serviço prestado a pessoas com doenças progressivas e incuráveis nos SU/E. Além de demonstrar a necessidade de treinamento e capacitação profissional, e o desenvolvimento de pesquisas visando a implementação e integração dos CP nesse setor ficando demonstrada a relevância do uso de protocolos, ainda pouco explorado.

A atuação de profissionais da Psicologia no cuidado das pessoas enfermas e de suas famílias pode iniciar já nos SU/E, acredita-se que há ganhos tanto para quem necessita da abordagem paliativista, como para a equipe. Espera-se que outras pesquisas possam trazer cada vez mais conhecimentos para preencher as lacunas nas pretensões de cuidados de saúde continuados e integrais, o que contempla os CP desde a entrada nas instituições, em casos emergenciais.

CONTRIBUIÇÃO AUTORAL

Concepção do estudo: ACC, LHC, MRCC; **coleta de dados:** ACC, LHC; **análise dos dados:** ACC, LHC, MRCC; **redação do manuscrito:** ACC, LHC, MRCC; **revisão crítica para conteúdo intelectual importante:** ACC, MRCC.

REFERÊNCIAS

- Aaronson, E. L., George, N., Ouchi, K., Zheng, H., Bowman, J., Monette, D., Jacobsen, J., & Jackson, V. (2019). The surprise question can be used to identify heart failure patients in the emergency department who would benefit from palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 57(5), 944-951. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.02.007>.
- Almeida, M. C., Portela, M. C., Paiva, E. P., Guimarães, R. R., Pereira Neto, W. C., Cardoso, P. R., Mattos, D. A., Mendes, I. M. A. C. C., Tavares, M. V., Jácome, G. P. O., & Fernandes, G. C. (2019). Implantação de um time de resposta rápida em um grande hospital filantrópico brasileiro: melhora na qualidade dos cuidados de emergência por meio do ciclo planejar-fazer-estudar-agir. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(2), 217-226. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190036>.
- Amado-Tineo, J., Vásquez-Alva, R., Huari-Pastrana, R., Villavicencio-Chávez, C., Rimache-Inca, L., Lizonde-Alejandro, R., & Oscanoa-Espinoza, T. (2020). Características clínico-epidemiológicas de pacientes con enfermedad crónica en fase terminal admitidos a un departamento de emergencia general. *Anales de la Facultad de Medicina*, 81(1), 21-25. <https://doi.org/10.15381/anales.v81i1.16848>.
- American College of Emergency Physicians (2013). *Choosing Wisely Campaign*. <http://www.choosingwisely.org/societies/american-college-of-emergency-physicians/>.
- Aredes, J. S., Giacomini, K. C. & Firmo, J. O. A. (2018). A prática médica no pronto atendimento diante do paciente com sequelas crônicas: culpa, temor e compaixão. *Trabalho, Educação e Saúde*, 16(3), 1177-1199. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00151>.
- Bartolomeu, S. M. (2014). *Conferências familiares em cuidados paliativos*. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, Instituto Politécnico de Castelo Branco]. Repositório Institucional. <http://hdl.handle.net/10400.11/2674>.
- Bello, L. (2024). Projeção da população: população do país vai parar de crescer em 2041. *Agência IBGE Notícias*. <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/41056-populacao-do-pais-vai-parar-de-crescer-em-2041>
- Berlin, A., Hwang, F., Singh, R., Pentakota, S. R., Singh, R., Chernock, B., & Mosenthal, A. C. (2018). Outcomes and palliative care utilization in patients with dementia and acute abdominal emergency: opportunities for surgical quality improvement. *Surgery*, 163(2), 444-449. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2017.09.048>.
- Borges, C. S., Luiz, A. M. A. G., & Domingos, N. A. M. (2009). Intervenção cognitivo-comportamental em estresse e dor crônica. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 16(4), 181-186. https://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-16-4/v16-4.htm.
- Broering, C. V., & Santa Maria, C. (2023). A atuação da psicologia no contexto hospitalar em tempos de pandemia: possibilidades e limitações. *Psicologia e Saúde em Debate*, 9(2), 564-576. <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V9N2A33>.
- Carvalho, R. T., & Parsons, H. A. (Orgs.). (2012). *Manual de cuidados paliativos ANCP* (2a ed. ampl. e atual.). Sulina.
- Conselho Federal de Medicina (BR). (2012). *Resolução n. 1995, de 09 de agosto de 2012*. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>.
- Contreras Moreno, A. M., & Palacios Espinosa, X. (2014). Contribuciones de la psicología al manejo interdisciplinario del paciente en unidad de cuidados intensivos (UCI). *Salud UIS*, 46(1), 47-60. <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/4232>.

- Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. L. (2019). O modelo de coping de Folkman e Lazarus: aspectos históricos e conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(2), 55-66. <https://doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>.
- Ely, E. W., Inouye, S. K., Bernard, G. R., Gordon, S., Francis, J., May, L., Truman, B., Speroff, T., Gautam, S., Margolin, R., Hart, R. P., & Dittus, R. (2001). Delirium in mechanically ventilated patients: validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *JAMA*, 286(21), 2703-2710. <https://doi.org/10.1001/jama.286.21.2703>
- Finucane, A. M., Davydaitis, D., Horseman, Z., Carduff, E., Baughan, P., Tapsfield, J., Spiller, J. A., Meade, R., Lydon, B., Thompson, I. M., Boyd, K. J., & Murray, S. A. (2020). Electronic care coordination systems for people with advanced progressive illness: a mixed-methods evaluation in scottish primary care. *British Journal of General Practice*, 70(690), e20-e28. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X707117>.
- Fonseca, J. J. S. (2002). *Metodologia da pesquisa científica*. UEC.
- Franco, M. H. P., & Silva, G. F. (2021). Psicologia. In R. K. Castilho, V. C. S. Silva, & C. S. Pinto (Orgs.), *Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)*. (pp. 169-173). Atheneu.
- Gil, A. C. (2010). *Como elaborar projetos de pesquisa*. Atlas.
- Grudzen, C. R., Schmucker, A. M., Shim, D. J., Ibikunle, A., Cho, J., Chung, F. R., & Cohen, S. E. (2019). Development of an outpatient palliative care protocol to monitor fidelity in the emergency medicine palliative care access trial. *Journal of Palliative Medicine*, 22(S1), 66-71. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0115>.
- Grudzen, C. R., Shim, D. J., Schmucker, A. M., Cho, J., & Goldfeld, K. S. (2019). Emergency Medicine Palliative Care Access (EMPallA): protocol for a multicentre randomised controlled trial comparing the effectiveness of specialty outpatient versus nurse-led telephonic palliative care of older adults with advanced illness. *BMJ Open*, 9(1), e025692. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025692>.
- Hartmann, S. P., & Wagner, G. P. (2015). Instrumentos de avaliação do delirium em unidades de terapia intensiva: uma revisão sistemática da literature. *Psicologia Hospitalar*, 13(1), 2-18. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092015000100002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
- Isikber, C., Gulen, M., Satar, S., Avci, A., Acehan, S., Isikber, G. G., & Yesiloglu, O. (2020). Evaluation of the frequency of patients with cancer presenting to an emergency department. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 66(10), 1402-1408. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.10.1402>.
- Koh, M.Y. H., Lee, J. F., Montalban, S., Foo, C. L., & Hum, A. Y. M. (2019). ED-PALS: a comprehensive palliative care service for oncology patients in the emergency department. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 36(7), 571-576. <https://doi.org/10.1177/1049909119825847>.
- Lage, J. S. S., Pincelli, A. S. M., Furlan, J. A. S., Ribeiro, D. L., & Marconato, R. S. (2019). Extubação paliativa em unidade de emergência: relato de caso. *Revista Bioética*, 27(2), 313-317. <https://doi.org/10.1590/1983-8042201927231510.1590/198380422019272315>.
- Mariño, R., Cervera, S., Moreno, L., & Sánchez, O. (2015). Motivos de consulta al servicio de urgencias de los pacientes adultos con enfermedades hemato-oncológicas en un hospital de cuarto nivel de atención. *Revista Colombiana de Cancerología*, 19(4), 204-209. <https://doi.org/10.1016/j.rccan.2015.05.002>.
- Mazutti, S. R. G., Nascimento, A. F., & Fumis, R. R. L. (2016). Limitação de suporte avançado de vida em pacientes admitidos em unidade de terapia intensiva com cuidados paliativos integrados. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 28(3), 294-300. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160042>.
- Ministério da Saúde (BR). (2024). Portaria GM/MS n. 3.681, de 7 de maio de 2024. *Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS n. 2, de 28 de setembro de 2017*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html.
- Miranda, B., Vidal, S. A., Mello, M. J. G., Lima, J. T. O., Rêgo, J. C., Pantaleão, M. C., Leão, V. G. C., Gusmão Filho, F. A. R., & Costa Júnior, J. I. (2016). Cancer patients, emergencies service

- and provision of palliative care. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 62(3), 207-211. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.62.03.207>.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ*, 339(b2535). <https://doi.org/10.1136/bmj.b2535>.
- Monteiro, N. F., Simões, I., Gaspar, I., & Carmo, E. (2019). Do-not-resuscitate and treatment limitation decisions: six years of experience from a Portuguese general intensive care unit. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 65(9), 1168-1173. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.65.9.1168>.
- Nações Unidas Brasil. (2021, 06 outubro). *OMS divulga recursos para serviços de cuidados paliativos*. <https://brasil.un.org/pt-br/150287-oms-divulga-recursos-para-servi%C3%A7os-de-cuidados-paliativos>.
- National Health Service Scotland. (2013). *Key information summary frequently asked questions for patients*. <https://www.scimp.scot.nhs.uk/wp-content/uploads/2013-04-05-KIS-Patient-FAQs-v2.01.pdf>
- Nunes, L. V. (2012). O papel do psicólogo na equipe. In R. T. Carvalho, & H. A. Parsons (Orgs.), *Manual de cuidados paliativos ANCP* (2a ed. ampl. e atual.). (pp. 337-340). Sulina.
- Oliveira, A. S. V., Machado, J. C., & Dadalto, L. (2020). Cuidados paliativos e autonomia de idosos expostos à covid-19. *Revista Bioética*, 28(4), 595-603. <https://doi.org/10.1590/198380422020284422>.
- Ouchi, K., Jambaulikar, G., George, N. R., Xu, W., Obermeyer, Z., Aaronson, E. L., Schuur, J. D., Schonberg, M. A., Tulskey, J. A., & Block, S. D. (2018). The "surprise question" asked of emergency physicians may predict 12-month mortality among older emergency department patients. *Journal of Palliative Medicine*, 21(2), 236-240. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0192>.
- Palliative care. (2018, 21 fevereiro). In *Palliative care dictionary*. International Association for Hospice & Palliative Care. <https://pallipedia.org/palliative-care-2018-iahpc-consensus-based-definition/>.
- Paradella, R. (2018). PNAD contínua: número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. *Agência IBGE Notícias*. <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>.
- Pastrana, T., De Lima, L., Sánchez-Cárdenas, M., Van Steijn, D., Garralda, E., Pons, J. J., & Centeno, C. (2021). *Atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica: 2020* (2a ed.). IAHPC Press. <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2021/8/Atlas%20de%20Cuidados%20Paliativos%20en%20Latinoamerica%202020.pdf>.
- Peirano, G., Bertolino, M., Rodriguez, M., Bunge, S., Armesto, A., & Dran, G. (2019). Interconsultas de cuidados paliativos para pacientes con cáncer en un hospital general: Características y oportunidad. *Medicina (Buenos Aires)*, 79(5), 337-344. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802019000800001&lng=es&tng=es.
- Pereira, M. E. D., Barbosa, A., & Dixe, M. A. (2018). Palliative care for end-of-life patients in a basic emergency service. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(3), 1056-1063. <https://doi.org/10.1111/scs.12551>.
- Peron, N. B., & Sartes, L. M. A. (2015). Terapia cognitivo-comportamental no hospital geral: revisão da literatura brasileira. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 11(1), 42-49. <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20150006>.
- Ramos, J. G. R., Tourinho, F. C., Borrión, P., Azi, P., Andrade, T., Costa, V., Reis, Z., Batista, P. B. P., & Mendes, A. V. (2018). Effect of a palliative care program on trends in intensive care unit utilization and do-not-resuscitate orders during terminal hospitalizations. An interrupted time series analysis. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 30(3), 308-316. <https://doi.org/10.5935/0103-507x.20180042>.
- Ramos, M. C. (2021). Manejo das emergências em domicílio. In R. K. Castilho, V. C. S. Silva, & C. S. Pinto (Orgs.), *Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)*. (pp. 345-347). Atheneu.

- Reuter, Q., Marshall, A., Zaidi, H., Sista, P., Powell, E. S., McCarthy, D. M., & Dresden, S. M. (2019). Emergency department-based palliative interventions: a novel approach to palliative care in the emergency department. *Journal of Palliative Medicine*, 22(6), 649-655. <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0341>.
- Ribeiro, S. C. C. (2021). Identificação de pacientes com indicação de cuidados paliativos em atendimentos de emergência. In R. K. Castilho, V. C. S. Silva, & C. S. Pinto (Orgs.), *Manual de cuidados paliativos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)*. (pp. 317-319). Atheneu.
- Santos, A. F. J., Ferreira, E. A. L., & Guirro, U. B. P. (2020). *Atlas dos cuidados paliativos no Brasil 2019*. ANCP. https://paliativo.org.br/wpcontent/uploads/2020/05/ATLAS_2019_final_compressed.pdf.
- Sardenberg, C. (2011). Cuidados paliativos: mais benefícios. *einstein: Educação Continuada em Saúde*, 9(1 Pt 2), 39-40. Recuperado 16 setembro 2021, de https://www.researchgate.net/publication/249994374_Custos_x_Beneficios_Cuidados_paliativos_mais_beneficios.
- Souza, C. D. D. (2023). *Conhecimentos sobre planejamento antecipado de cuidados e diretivas antecipadas de vontade: um estudo com psicólogas/os da saúde do Distrito Federal* [Dissertação de mestrado, Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília]. Repositório Institucional. <http://repositorio.unb.br/handle/10482/46719>
- Vidal, E. I. O., Villas Boas, P. J. F., Furlan, J. M., Christóvan, J. C., & Fukushima, F. B. (2014). Cuidados paliativos em um serviço de urgência e emergência. In R. H. G. Martins, & S. A. Schellini (Eds.), *Condutas em urgências e emergências da Faculdade de Medicina de Botucatu* (pp. 387- 394). <https://doi.org/10.13140/2.1.2413.2645>.
- World Health Organization. (2014). *Resolución WHA67.19. 67a Asamblea Mundial de la Salud. Punto 15.5 del orden del día 24 de mayo de 2014. Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida*. <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21454es/s21454es.pdf>
- World Health Organization. (2017). *Palliative care: Fact sheet*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.

FICHA TÉCNICA

Editor-chefe: Marcus Vinícius Rezende Fagundes Netto

Editor assistente: Layla Raquel Silva Gomes

Editor associado: Rodrigo Sanches Peres

Secretaria editorial: Cláudio Kazuo Akimoto Júnior

Coordenação editorial: Andrea Hespanha

Consultoria e assessoria: Oficina de Ideias