

Barreiras ao cuidado no final de vida em um serviço de urgência e emergência

Barreras al cuidado al final de la vida en un servicio de urgencia

Barriers to end-of-life care in an emergency service

Maiara Simões Formentin¹, Franciele Roberta Cordeiro², Juliana Graciela Vestena Zillmer³, Stefanie Griebeler Oliveira⁴, Francielly Zilli⁵, Carina Rabêlo Moscoso⁶

Resumo:

Objetivo: descrever as barreiras vivenciadas e as estratégias ao seu enfrentamento utilizadas por profissionais de enfermagem para realizar o cuidado a pacientes em final de vida em um serviço de urgência e emergência.

Materiais e Métodos: Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, de abordagem qualitativa, conduzida em um serviço de urgência e emergência no sul do Brasil, com um enfermeiro e dois técnicos por turno, totalizando 12 profissionais de enfermagem. Os dados foram produzidos entre maio e junho de 2018, por meio de entrevista semiestruturada e observação simples e, posteriormente, organizados por aproximação temática no programa *Ethnograph v6*, em sua versão de demonstração e submetidos à análise de conteúdos proposta por Laurence Bardin.

Resultados: Foram elaboradas duas categorias: Barreiras aos cuidados às pessoas em final de vida e Estratégias para o enfrentamento das barreiras ao cuidado no final da vida. Os profissionais de enfermagem referiram que, embora o cenário do serviço de urgência e emergência seja adverso devido a fatores limitantes como rotina acelerada, por exemplo, buscam compreender e atender às

¹Enfermeira. Hospital Santo Antônio. Blumenau, Brasil.

E-mail: maiaraformentinn@gmail.com . ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0818-1200>

²Doutora. Professora da Faculdade de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, Brasil.

E-mail: franciele.cordeiro@ufpel.edu.br. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6194-5057>

³Doutora. Professora da Faculdade de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, Brasil.

E-mail: juzillmer@gmail.com . ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6639-8918>

⁴Doutora. Professora da Faculdade de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, Brasil.

E-mail: stefaniegriebeleroliveira@gmail.com . ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8672-6907>

⁵Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Brasil.

E-mail: franciellyzilli.to@gmail.com . ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9697-2709>

⁶ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, Brasil.

E-mail: carina_moscoso@hotmail.com . ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6976-2471>

necessidades dos pacientes dentro dos limites estruturais, de recursos humanos e institucionais. Assim, são realizados cuidados visando o alívio da dor e promoção de seu conforto. **Conclusão:** evidenciou-se conflito entre o idealizado e o realizado, pois os profissionais elencam aquilo que consideram prioridade para o cuidado no final da vida, mas nem sempre conseguem implementá-lo. Quando o fim da vida ocorre nos serviços de saúde é necessário movimentos de desconstrução das práticas atuais ofertadas, especialmente nos serviços de urgência e emergência.

Palavras-chave:

Estado Terminal; Enfermagem; Serviços Médicos de Emergência; Doente Terminal; Planejamento de Assistência ao Paciente

Resumen:

Objetivo: describir las barreras experimentadas y las estrategias al su enfrentamiento utilizadas por los profesionales de enfermería para hacer el cuidado a los pacientes al final de la vida en un servicio de urgencia.

Materiales y Métodos: investigación con enfoque cualitativo conducida en un servicio de urgencia y emergencia en el sur de Brasil con 12 profesionales de enfermería. Los datos fueron colectados entre mayo y junio de 2018 a través de entrevista semiestructurada y, luego, organizados el el programa *Ethnograph*, en su versión de demostración, y sometidos al análisis de contenido según Laurence Bardin.

Resultados: fueron establecidas dos categorías: Barreras a los cuidados a las personas al final de la vida y Estrategias al enfrentamiento de las barreras al cuidado al final de la vida. Los profesionales de enfermería reportaron que, aunque el servicio de urgencia sea adverso debido a factores limitantes como rutina acelerada, por ejemplo, buscan comprender y atender a las necesidades de los pacientes dentro de los límites estructurales, de recursos humanos e institucionales. De esta forma realizan cuidados visando el alivio del dolor y la promoción de su confort.

Conclusión: se concluye que existe conflicto entre lo idealizado y lo realizado puesto que los profesionales eligen aquello que consideran prioridad al cuidado en el final de la vida, si bien ni siempre logran implementarlo. Cuando el fin de la vida ocurre en los servicios de salud es necesario movimientos de desconstrucción de las prácticas actuales ofrecidas, especialmente en los servicios de urgencia.

Palabras-clave:

Enfermedad Crítica; Enfermería; Servicios Médicos de Urgencia; Enfermo Terminal; Planificación de Atención al Paciente

Abstract:

Objective: to describe the barriers found and the strategies utilized by nursing professionals to face them to perform the care to end-of-life patients in an emergency medical service.

Materials and Methods: we conducted a descriptive, exploratory, qualitative approach, in an emergency service in the south of Brazil, with 12 nursing professionals. We produced the data between May and June of 2018, through a semistructured interview and simple observation and, later, organized by the thematic approach in the program *Ethnograph v6*, in its version of demonstration and submitted to the content analysis proposed by Laurence Bardin.

Results: we elaborated *two* categories: Barriers to care for people in the end-of-life and Strategies for coping with barriers to care at the end of life. Nursing professionals reported that, although the emergency service is adverse due to limiting factors such as an accelerated routine, for example, they seek to understand and meet patients' needs within the structural, human and institutional limits. Thus, care is taken to relieve pain and promote comfort.

Conclusion: there was a conflict between the idealized and the realized, because the professionals list what they consider a priority for care at the end of life, but they are not always able to implement it. When the end of life occurs in health services, it is necessary to deconstruct the current practices offered, especially in emergency services.

Keywords:

Critical Illness; Nursing; Emergency Medical Services, Terminally Ill; Patient Care Planning

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, resultante do aumento da expectativa de vida, declínio das taxas de natalidade e de mortalidade da população nos últimos anos⁽¹⁾. Em 2017, a Organização das Nações Unidas (ONU), apontou que o aumento da expectativa de vida mundial está associado à queda da mortalidade de lactantes e crianças, ao desenvolvimento econômico acompanhado de intervenções em saúde pública e assistência médica básica. Além disso, houve diminuição das doenças infecciosas em todas as faixas etárias e declínio de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)⁽²⁾.

Esse processo tem se tornado preocupante para os sistemas de saúde do mundo, visto que enfermidades que tinham desfecho agudo tornaram-se crônicas, necessitando de acompanhamento das equipes de saúde⁽³⁾. As DCNT apresentam elevadas taxas de mortalidade, demandando nova organização dos fluxos de atendimento e acolhimento nos serviços de saúde⁽⁴⁾. Assim, identifica-se que com o transcorrer do tempo, muitas das DCNT não respondem mais aos tratamentos que propõem modificá-las ou controlá-las. Dessa forma, o foco do atendimento desloca-se para o controle de sinais e sintomas e a promoção da qualidade de vida do paciente⁽⁵⁾.

Nessas condições, com a evolução natural da doença, os pacientes progredirão para a fase final da vida. Ainda há falta de consenso para definir esse período, embora, estudo⁽⁶⁾ tenha identificado que as expressões “final de vida”, “doente terminal” e “cuidados terminais” são utilizadas para se referir às situações em que a doença torna-se irreversível, limitante da vida, com prognóstico variando entre três e seis meses.

Com base nessa definição acerca do período final de vida, compreende-se que os serviços de urgência e emergência não são locais adequados para atender pacientes nessa etapa do adoecimento. Porém, são eles que realizam os primeiros atendimentos quando ocorre a agudização dos sintomas inerentes às doenças crônicas, como dispneia, dor, constipação e hemorragias. Ressalta-se que, no cenário brasileiro, o objetivo desses serviços é, após a abordagem inicial, encaminhar os pacientes para os demais pontos de atendimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Entretanto, considerando as limitações nos números de leitos no sistema de referência e contra referência, muitos pacientes terminarão suas vidas nesse ambiente. Assim, é necessário desenvolver ações para melhorar as condições de atendimento e orientar profissionais que atuam junto às pessoas em final de vida e suas famílias em serviços de urgência e emergência⁽⁷⁾. Nesse sentido, o profissional de enfermagem necessita estar preparado para atender e oferecer cuidados pertinentes a esses pacientes e familiares, visando esclarecer dúvidas, estabelecer vínculos e desenvolver estratégias que visam melhorar a qualidade de vida dessas pessoas, respeitando suas individualidades⁽⁸⁾.

Após consultar a literatura, identificou-se in

de vida em serviços de urgência e emergência. Estudos⁽⁹⁻¹⁰⁾ abordaram a temática, indicando a necessidade da implementação de cuidados paliativos como forma de melhorar a qualidade de vida de pessoas com doenças que não respondem ao tratamento modificador, que estão em final de vida e encontram-se nos serviços de urgência e emergência. Frente ao exposto, compreendendo a necessidade de estudos que descrevam o modo como ocorre o cuidado às pessoas em final de vida nos serviços de urgência e emergência, tendo em vista a complexidade das relações e do processo de trabalho nestes locais, a fim de refletir acerca da temática elaborou-se a seguinte questão norteadora: Quais as barreiras vivenciadas por profissionais de enfermagem para realizar o cuidado a pacientes em final de vida no serviço de urgência e emergência e as estratégias para lidarem com elas? Para responder tal questão, objetivou-se descrever as barreiras vivenciadas e as estratégias ao seu enfrentamento utilizadas por profissionais de enfermagem para realizar o cuidado a pacientes em final de vida em um serviço de urgência e emergência.

Metodologia

Pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, exploratória, realizada em um serviço de urgência e emergência no sul do Brasil, responsável pela maioria dos atendimentos dessa modalidade do Sistema Único de Saúde (SUS) no município em que o estudo foi realizado. Ele é gerido por duas instituições de ensino superior e também pela Secretaria Municipal de Saúde. O serviço atende às demandas locais e de 20 municípios vizinhos, funcionando 24 horas por dia

durante os sete dias da semana, prestando em média 300 atendimentos/dia.

A equipe do serviço contava, no período, com 13 enfermeiros e 116 técnicos de enfermagem. Dessa forma, tendo em vista as demandas dos profissionais de saúde e a dinâmica dos serviços de urgência e emergência, optou-se pela amostragem de caso típico, ou seja, quando se elegem participantes que representam a realidade de um cenário.⁽¹¹⁾ Essa é uma forma intencional de compor amostragem. Logo, foram convidados quatro enfermeiros e dez técnicos de enfermagem que atuavam no serviço. Dentre eles, dois não tiveram interesse em participar da entrevista. Assim, foram convidados profissionais que atendessem aos seguintes critérios de inclusão: ter mais de 18 anos, estar vinculado ao pronto socorro há pelo menos seis meses, e permitir a gravação (durante a realização da entrevista), por meio de dispositivo eletrônico – gravador de voz. O critério de exclusão foi estar em algum tipo de afastamento no período de realização do estudo.

Os dados foram produzidos entre maio e junho de 2018, por meio de entrevista semiestruturada, conforme roteiro pré-elaborado que abordava os seguintes aspectos: a formação profissional para o cuidado aos pacientes em final de vida; a percepção dos profissionais sobre as condições de cuidado no serviço; e, as necessidades consideradas prioritárias para a assistência naquele contexto. As entrevistas variaram entre 10 e 20 minutos e foram realizadas, à pedido dos profissionais, em sala localizada no serviço. Os dados foram organizados no programa *Ethnograph*, em sua versão de demonstração e submetidos à análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin⁽¹²⁾.

Destaca-se que foram seguidos os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos no Brasil⁽¹³⁾. A pesquisa foi aprovada por um Comitê de Ética em Pesquisa sob protocolo 2.654.475 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 88141218.5.0000.5317. A fim de preservar o anonimato, os participantes foram identificados pela letra “E” para enfermeiro e “TE” para técnicos de enfermagem, seguido de números para diferenciar os participantes conforme a ordem das entrevistas.

Resultados

Foram entrevistados 12 profissionais de enfermagem, dos quais oito eram do sexo feminino e quatro do sexo masculino. Quatro eram enfermeiros e oito eram técnicos de enfermagem. A idade dos participantes esteve entre 27 e 66 anos, o tempo de formação variou de três a 48 anos, o tempo de atuação no serviço de urgência e emergência variou entre dois e 28 anos. Dos 12 entrevistados, quatro deles possuíam vínculo empregatício com outra instituição.

Em relação aos motivos de procura pelo serviço de urgência e emergência, identificou-se que os pacientes apresentaram principalmente alteração de sinais vitais, dor, rebaixamento de sensório, sangramentos, dispneia e insuficiência respiratória. Geralmente, são trazidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ou algum transporte particular, acompanhados de um familiar, devido às condições de fragilidade física.

Os pacientes classificados para atendimentos no pronto socorro, segundo o Sistema de Triage de Manchester (STM), aguardam em ca-

deiras fixas no *hall* de entrada. Quando se trata de pessoas com dificuldade ou ausência de locomoção, estas aguardam em cadeiras de rodas, fornecidas segundo a disponibilidade do serviço. Na emergência, quando há necessidade de internar mais do que sete pacientes, os mesmos são alocados em macas dispostas no espaço entre duas camas. Dessa maneira, o espaço torna-se reduzido, dificultando o trabalho da equipe para movimentar o paciente, realizar higiene ou caso ocorra alguma intercorrência.

A partir das análises dos dados emergiram as seguintes categorias: *Barreiras para os cuidados às pessoas em final de vida* e *Estratégias para o enfrentamento das barreiras de cuidado no final da vida*

Barreiras para o cuidado às pessoas em final de vida

Os profissionais de enfermagem relataram que a estrutura física, a formação técnica e/ou graduação e o fluxo de atendimento no serviço de urgência e emergência foram fatores limitantes à qualidade dos cuidados ofertados.

Aqui, normalmente a gente dá os cuidados que a gente consegue, porque a gente não tem muita estrutura, até conhecimento pra lidar com a parte de final de vida assim. [...] Como é um centro de urgência emergência a gente vê muito as partes, uma parada respiratória, um trauma. (E2)

É assim que eles terminam chegando, tu tem que atender numa maca improvisada. (TE8)

Os profissionais relataram não conseguir ofertar cuidado adequado devido, principalmente, à rotina acelerada de trabalho.

Aqui no pronto socorro a gente não consegue dar atenção que deveria realmente aos pacientes

que tão em fase terminal né... Como são pacientes passageiros... Quando tu pensa em dar um cuidado melhor, que tu tem um tempo melhor pra dar um atendimento eles já são transferidos, ou muitos vem a óbito. (TE2)

Tem muito paciente que tu sabe que é terminal, que tu já espera isso, mas a gente aqui numa unidade de emergência tem muita gente que não está preparado pra isso, e assim ó, não é nem que a gente não esteja preparado, às vezes tu não tem não é nem tempo, mas as vezes a tua rotina é tão [agitada] que tu acaba passando por cima disso. (E3)

Sobre as barreiras relacionadas ao cuidado, os profissionais de enfermagem se direcionaram aos cuidados físicos.

É que às vezes a gente não tem um lençol, não tem um travesseiro, mas eles dão um jeito de acomodar o melhor, botam um cobertorzinho, põem um apoio, e então tu vê que aquilo ali está fazendo um papel muito bom. Até que agora a gente tem tido mais lençóis, mais coisas, já teve pior. (TE6)

No que diz respeito às condutas e às decisões sobre os cuidados e terapêuticas para os pacientes em final de vida, os profissionais apontaram que elas variam segundo a equipe atuante no turno de trabalho.

Depende muito do profissional que tá na frente. Tem até um caso de um paciente que chegou aqui, terminal, muito tempo atrás. Esse médico nem trabalha mais com a gente. O paciente tava com uma fralda, e chegou ali na frente, ainda com pulso, só em parada respiratória e ele não quis investir porque o que ele alegou foi que o paciente tava até de fralda, tipo: bah, não, até fralda usa, não vamos investir. (TE1)

Ele [o paciente] chega no PS, vem com diagnóstico pronto, um CA metastático e aí ele é abandonado dependendo do médico, ou então ele sofre uma distansia, então é um cara que entra com vasopressor, intubam o cara e tal e aí fazem todo um tratamento pra prolongar essa vida que não tem condições de ser prolongada. (E4)

A abordagem junto as família foi uma situação apontada como sensibilizadora da equipe de enfermagem, que provoca questionamentos acerca das normas e rotinas dos serviços de urgência e emergência.

A gente sabe que tem aquilo assim, a hora da visita é tal hora, a hora de trocar o acompanhante é tal hora, mas tem pessoas que eu acho que podiam ter um cuidadinho diferente né. (TE1)

Eu acho que às vezes é um pouco de falta de respeito da parte da equipe clínica com os familiares que estão lá na rua sem saber notícia. (E2)

Estratégias para o enfrentamento das barreiras de cuidado no final da vida

A dor e a dispneia foram elencadas como sintomas prioritários pelos profissionais, em relação à avaliação e manejo.

Eu acredito que as coisas principais seriam, de um paciente em final de vida, deixar o mais confortável possível, ter uma cama agradável, confortável, uma temperatura agradável e não ter dor e nem falta de ar. (TE5)

Como prioridade, o carinho, atenção, e o cuidado com a dor porque eu acho que eles já tão naquele momento ali que é delicado, imagina mais a dor ainda. (TE7)

Uma das coisas que eu priorizo é a dor, não deixo ninguém com dor, não adianta vir e me dizer: ah, faz um placebo! Não! Então tira da prescrição, se está prescrito eu vou fazer. (TE1)

Além do controle dos sintomas físicos, os profissionais apontam a importância de manter o familiar próximo da pessoa em final de vida.

Quando eu tô na emergência [sala] pequena quando a gente vê que o paciente tá em estado crítico, que vai ir a óbito, eu procuro deixar o familiar entrar pra se despedir. É o último contato que vai se ter em vida. (TE4)

O que a gente pode fazer aqui dentro na enfermagem é dar o conforto pra ela e dar o conforto pra família, que é a família ter esse contato e poder se despedir né?!. (E3)

Alguns profissionais referem exercer a empatia, imaginando-se no lugar do outro e tentam, da maneira como podem, garantir a privacidade do paciente.

Fazer pros outros como eu gostaria que fizessem pra mim. [...] Porque eles já tão numa situação bem difícil. (TE7)

A gente isola com biombo o paciente, é o máximo que a gente consegue fazer, porque a gente não tem um lugar mais reservado pra que a gente possa botar e deixar os familiares com o paciente pra passar por esse trajeto. (E2)

Discussão

Neste estudo, o final de vida e a morte apareceram como temas ainda pouco discutidos pelos profissionais de enfermagem no serviço de urgência e emergência. Embora esse seja um local que acolhe as situações de morte e morrer cotidianamente, cuidar de pessoas nessas situações é algo que parece trazer desconforto e negação além de gerar conflito entre os profissionais de enfermagem. Quando a morte ocorre no ambiente hospitalar, especialmente nos serviços de urgência e emergência, ela é atravessada pela técnica, pela luta contra o tempo, pelo uso de

dispositivos tecnológicos e pelo investimento incessante em todas as medicações, manobras e protocolos para evitar e/ou postergar a sua chegada⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Nos serviços de urgência e emergência, o tempo que os profissionais têm para refletir sobre o processo de morrer e a morte tende a ser escasso devido às demandas dos demais pacientes, dos familiares, dos gestores e das normas institucionais. Busca-se certo distanciamento da morte, pois ao refletir sobre ela, os profissionais deparam-se com o sofrimento, o medo e a impotência que ela provoca. Nesse sentido, ao relatarem sobre os cuidados às pessoas em final de vida no serviço de urgência e emergência, os profissionais de enfermagem apontaram barreiras relacionadas à formação, à estrutura física e à dinâmica das equipes de saúde.

Também foi apontado pelos profissionais, a falta de recursos humanos, de equipamentos, de materiais de consumo e a insuficiência de área física como barreiras limitantes para o desempenho das ações de saúde. Essa carência estrutural e organizacional do serviço resulta na dificuldade dos atendimentos e implica nas relações entre trabalhadores e usuários⁽¹⁶⁾.

Apesar de existir a incorporação de tecnologias duras nesses ambientes, essas não substituem e/ou diminuem a força de trabalho dos profissionais. Nos serviços de urgência e emergência, os profissionais desempenham suas atividades com agilidade na tomada de decisões, baseado-se na resolutividade de problemas. Além disso, executam funções em ambiente físico, por vezes, inadequado, com escassez de recursos e ritmo acelerado de atendimentos. Dessa forma, os profissionais são expostos a exigências físicas e mentais, como nos casos de terminalidade da vida, convivendo com sentimentos de ansiedade, estresse e insatisfação⁽¹⁷⁾.

As práticas promotoras de conforto aos pacientes mencionadas pelos profissionais foram direcionadas às questões físicas. No entanto, destaca-se em outras falas a preocupação com os pacientes em processo de morrer. Na medida do possível, busca-se o alívio da dor e a promoção do conforto – atrelado ao controle de sintomas como a dispneia, a presença dos familiares e a manutenção da privacidade.

Os profissionais de saúde devem ter capacidade para controlar a dor física do paciente, oferecer apoio a fim de encorajá-lo a continuar a realizar suas escolhas, ofertar o máximo de conforto possível, e ajudá-lo a equilibrar o grau de dependência/independência pessoal nas atividades da vida diária até à sua morte⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. Além disso, mesmo em ambientes com condições adversas, como é o caso dos serviços de urgência e emergência, estratégias não-farmacológicas para o controle da dor devem ser estimuladas⁽²⁰⁾. Dessa forma, pode-se potencializar a sensação de bem-estar nos pacientes durante a fase final do adoecimento.

As equipes de saúde devem ter conhecimento sobre os mecanismos que provocam a dor, já que este é um dos principais motivos de procura dos pacientes em final de vida pelos serviços de urgência e emergência. Se faz necessário realizar avaliação adequada, composta por anamnese e exame físico, garantindo tratamento e controle desse sintoma⁽²¹⁾. Além disso, compreendendo que a dor no final da vida envolve aspectos multidimensionais, como os emocionais, sociais e espirituais, para atuar nesse contexto, são exigidas competências que ultrapassam as habilidades técnicas. É preciso potencializar os cuidados prestados, mesmo em meio a adversidade, oferecendo o conforto, evitando o sofrimento, preservando o respeito e a dignidade da pessoa em processo de morrer.

No Brasil, as mortes, em sua maioria, ocorrem no cenário hospitalar. Essa realidade associa-se a uma insuficiência de serviços de atenção domiciliar, consequentemente causando a superlotação do serviço de urgência e emergência, que torna-se a porta de entrada para todas as demandas de atendimentos em nível de internações hospitalares⁽²²⁻²³⁾.

Nas instituições de saúde, o apoio familiar no final da vida, muitas vezes, é reduzido, em virtude das rotinas e regras dos serviços⁽²⁴⁾. Inserir a família nos cuidados em final de vida permite o estreitamento dos vínculos, a melhora a privacidade do paciente, a promoção de segurança e resgate de ligações rompidas durante a existência⁽²⁵⁾.

Os profissionais mencionaram, neste estudo, se colocar no lugar do outro, principalmente quando realizam os cuidados de enfermagem, oferecendo aquilo que gostariam de receber – ato de empatia. Essa é a capacidade de se pôr no lugar do outro, de sentir as experiências do outro numa mesma perspectiva, seja ela positiva ou negativa⁽²⁶⁾. Nesse sentido, a prática da boa comunicação é uma das mais importantes habilidades a serem desenvolvidas pelos seres humanos, pois ela pode fazer a diferença na hora da troca de experiências entre profissional e paciente, produzindo vínculos de aproximação, facilitando o ato de empatia⁽²⁷⁾.

Diante do apontamento das barreiras – físicas, institucionais, formativas e pessoais – encontradas no serviço de urgência e emergência e das possibilidades de enfrentamento e articulação dos profissionais para minimizar os agravos ao cuidado de saúde dos pacientes em fim de vida oriundo dessas barreiras, pode-se pontuar que, embora os serviços apresentem limitações, ou configuram-se como não apropriados para

esse perfil de paciente, é ele a porta de entrada em situações de urgência e emergência.

Ainda, destaca-se que a qualidade dos atendimentos, as condutas clínicas e as escolhas terapêuticas ocorrem conforme a compreensão e disponibilidade de cuidado de cada profissional. Quando há posicionamento profissional de que o serviço de urgência e emergência não é apropriado para pacientes em fim de vida, as práticas de cuidado ofertadas ficam comprometidas. Estes profissionais se constituem como sujeitos da habilidade, da prática, da técnica, da agilidade, as quais não são associadas ao cuidado com o paciente em fim de vida.

Ao pensarem nos cuidados em final de vida, os profissionais relataram necessidade de tempo, mudança do ambiente físico e dificuldade – pelo contato iminente com a morte. Ao associarem o fim de vida à evolução natural da doença, acredita-se na possibilidade da boa morte, a qual inclui práticas que proporcionam, dentro do possível, a preservação da privacidade do paciente, o controle dos sintomas, o alívio do sofrimento, o apoio emocional, social e espiritual, assim como a presença e a possibilidade de despedida de pessoas importantes e o não prolongamento da vida⁽²⁸⁾.

Conclusão

Com este estudo foi possível identificar as barreiras vivenciadas pelos profissionais de enfermagem no cuidado às pessoas em final de vida nos serviços de urgência e emergência e as estratégias utilizadas para enfrentá-los.

No que diz respeito aos cuidados, os profissionais de enfermagem referiram que, embora o cenário do serviço de urgência e emergência seja turbulento e adverso, buscam compreender

e atender às necessidades dos pacientes dentro daquilo que lhes é possível fazer. Tendo em vista as limitações estruturais, de recursos humanos e institucionais, são realizados cuidados visando o alívio da dor e promoção do conforto. Além disso, os profissionais buscam desenvolver uma relação de empatia com os pacientes e oferecer apoio, carinho, atenção.

Evidenciou-se, ainda, conflito entre o idealizado e o realizado, pois os profissionais elencaram aquilo que consideram como prioridade para o cuidado no final da vida, mas nem sempre conseguem implementá-lo. Quando o fim da vida ocorre nos serviços de saúde é necessário movimentos de desconstrução das práticas atuais ofertadas, especialmente nos serviços de urgência e emergência, a fim de qualificar a assistência prestada, acolhendo os profissionais que lá trabalham, oferecendo condições de formação e de reconhecimento da importância do espaço que ocupam nas vidas – que estão no fim.

Destaca-se como limitação deste estudo o fato de ter sido realizado somente um encontro com os profissionais. Se outras técnicas de coletas de dados tivessem sido utilizadas e os dados fossem aprofundados em outros momentos, outras barreiras de cuidado e estratégias de enfrentamento teriam sido identificadas, as quais podem não ter sido mencionadas nas entrevistas. Ressalta-se que achados deste estudo não podem ser generalizados, uma vez que o universo destes profissionais tem como atravessamentos o serviço de urgência e emergência do referido município inserido em uma certa rede de atenção à saúde, a cultura do local, e as relações que são estabelecidas conforme a gerência do serviço e a composição das equipes de cada turno.

A partir deste estudo observa-se a necessidade de outras pesquisas que aprofundem as discussões sobre os cuidados em final de vida no serviços de urgência e emergência, que procurem conhecer e analisar a perspectiva dos pacientes, dos familiares e dos demais profissionais envolvidos nesse processo.

Referências Bibliográficas

1. Gomes AL, Othero MB. Cuidados paliativos. *Estud Av [Internet]* 2016; 30(88):155-66. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-40142016.30880011> [consulta: 20 jun 2019].
2. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Dynamics. World population prospects 2019. [Internet]. 2019. Disponível em: <https://population.un.org/wpp/> [consulta: 30 abr 2019].
3. Kovacs MJ. A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Rev Bioét [Internet]* 2014; 22(1): 94-104. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422014000100011> [consulta: 21 jun 2019].
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
5. Durante ALTC, Tonini T, Armini LR. Conforto em cuidados paliativos: o saber-fazer do enfermeiro no hospital geral. *Rev enferm UFPE [Internet]* 2014; 8(3): 530-6. Disponível em: [10.5205/reuol.5149-42141-1-SM.0803201406](https://doi.org/10.5205/reuol.5149-42141-1-SM.0803201406) [consulta: 30 abr 2019].
6. Hui D, Nooruddin Z, Didwaniya N, Dev R, Cruz M De La, Kim SH, et al. Concepts and definitions for «actively dying,» «end of life,» «terminally ill,» «terminal care,» and «transition of care»: a systematic review. *J Pain Symptom Manage [Internet]* 2014; 47(1): 77-89. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.02.021> [consulta: 01 jul 2019].
7. Vidal EIO, Boas PJFV, Furlan JM, Christóvan JC, Fukushima FB. Cuidados paliativos em um serviço de urgência e emergência. In: Martins RHG, Schellini SA. editors. *Condutas em Urgências e Emergências*. Botucatu: Cultura Acadêmica; 2015. p. 387-94.
8. Silva KCO, Nietzsche EA, Ilha S, Lima, MGR. Doente terminal: a ética do cuidado no último processo da vida. *Rev enferm UFPE [Internet]* 2014; 8(supl. 1): 2256-62. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view-File/9913/10189> [consulta: 01 jul 2019].
9. Bayer R. Cuidados paliativos no setor de emergência. [Monografia]. Lajeado: Curso de Enfermagem, Centro Universitário Univates; 2015.
10. Lourençato FM, Santos AFJ dos, Ficher AM, Santos JC dos, Zoppi D, Giardini MH, et al. Implantação de serviço de cuidados paliativos no setor de emergência de um hospital público universitário. *Revista Eletrônica Qualidade HC [Internet]* 2016; 127-33. Disponível em: <http://www.hcrp.usp.br/revistaqualidade/uploads/Artigos/133/133.pdf> [consulta: 09 mar 2019].
11. Polit B, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições70; 2016.
13. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, jun. 2013. Seção 1, p. 59.

14. Azevedo FA de, Araújo ND, Novais NC, Silva JV, Passos RA. Significados de morte: o discurso do sujeito coletivo da enfermagem. *Rev Cienc Saude* 2016; 6 (1): 52-8.
15. Dell'acqua MCQ, Tome LY, Popim RC. O processo de trabalho em urgência e emergência em interface com a morte. *Rev Rene* [Internet] 2013; 14(6): 1149-59. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3730/2950> [consulta: 30 abr 2019].
16. Garlet ER, Lima MADS, Santos JLG, Marques GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Texto Contexto Enferm* [Internet] 2009; 18(2): 266-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/09> [consulta: 10 mar 2019].
17. Miorin JD, Camponogara S, Pinno C, Beck CLC, Costa V, Freitas EO. Prazer e sofrimento de trabalhadores de enfermagem de um pronto-socorro. *Texto Contexto Enferm* 2018; 27(2): 1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002350015> [consulta: 09 mar 2019].
18. Alves PV. Intervenção do enfermeiro que cuida da pessoa em fim de vida com alterações do comer e beber. *Pensar Enfermagem* [Internet] 2013; 17(1): 17-30. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE17-1_17_30.pdf [consulta: 09 mar 2019].
19. Santana JCB, Dutra BS, Corrêa AHM, Campos ACV. Dúvidas e angústias sobre o fim da vida: o primeiro contato de acadêmicos de enfermagem com o paciente terminal. *Bioethikos* [Internet] 2012; 6(4): 375-83. Disponível em: <https://saocamilosp.br/assets/artigo/bioethikos/98/01.pdf> [consulta: 30 abr 2019].
20. Martin AR, Soares JR, Baronceli DC, Marcon SS, Barreto MS. Condutas clínicas e satisfação diante da analgesia em vítimas de trauma com dor intensa. *Rev Dor* [Internet] 2015; 16 (3): 186-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20150037> [consulta: 20 jun 2019].
21. Carvalho FC, Rezende ACC. A enfermagem nos cuidados ao paciente com dor. *Saúde e Desenvolvimento* [Internet] 2013; 4(2): 174-83. Disponível em: <https://www.revistasuninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/233> [consulta: 30 abr 2019].
22. Cordeiro FR, Kruse MHL. É possível morrer no domicílio? Análise dos cenários brasileiro e francês. *Texto contexto Enferm* [Internet] 2019; 28. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0602> [consulta: 09 mar 2019].
23. Marcucci FCI, Cabrera MAS. Morte no hospital e no domicílio: influências populacionais e das políticas de saúde em Londrina, Paraná, Brasil (1996 a 2010). *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet] 2015; 20(3): 833-40. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300833 [consulta: 01 jul 2019].

24. Oliveira PP, Amaral JG, Viegas SME, Rodrigues AB. Percepção dos profissionais que atuam numa instituição de longa permanência para idosos sobre a morte e o morrer. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet] 2013; 18(9): 2635-44. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000900018 [consulta: 01 jul 2019].
25. Salum MEG, Kahl C, Cunha KS, Koerich C, Santos TO, Erdmann AL. Processo de morte e morrer: desafios no cuidado de enfermagem ao paciente e família. *Rev Rene* [Internet] 2017, 18(4): 528-35. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/20280/30814> [consulta: 20 jun 2019].
26. Terezam R, Queiroz RJ, Hoga LAK. A importância da empatia no cuidado em saúde e enfermagem. *Rev Bras Enferm* [Internet] 2017; 70(3): 669-70. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt_0034-7167-reben-70-03-0669.pdf [consulta: 20 jun 2019].
27. Stephany K. *Cultivating empathy: inspiring health professionals to communicate more effectively*. Sharjah: Bentham Science Publishers; 2014.
28. Reckziegel J, Steinmerz W. Cuidados paliativos e o direito à morte digna. *RDU* [Internet] 2016; 13(72): 91-114. Disponível em: <https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/direitopublico/article/view/2574/pdf> [consulta: 01 jul 2019].

Recibido: 22/06/2019

Aceptado: 1/12/2020