

Percepção de enfermeiros e médicos sobre a assistência aos pacientes da oncologia no pronto-socorro

Nurses and physicians' perception of the care of oncology patients in the emergency department

Percepción de enfermeros y médicos sobre la asistencia a los pacientes de la oncología en el puesto de primeros auxilios

Silvana Bastos Cogo¹

ORCID: 0000-0002-1686-8459

Ariele Priebe Reisdorfer¹

ORCID: 0000-0002-0172-8197

Jéssica Luíza Beck¹

ORCID: 0000-0002-3238-0365

Tais Falcão Gomes¹

ORCID: 0000-0001-9541-3921

Aline Gomes Ilha¹

ORCID: 0000-0002-5715-9595

Pâmela Barros de Leon¹

ORCID: 0000-0001-7027-5008

Nara Marilene Oliveira Girardon-Perlini¹

ORCID: 0000-0002-3604-2507

¹Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

Como citar este artigo:

Cogo SB, Reisdorfer AP, Beck JL, Gomes TF, Ilha AG, Leon PB, et al. Nurses and physicians' perception of the care of oncology patients in the emergency department.

Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 6):e20190677.
doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0677>

Autor Correspondente:

Ariele Priebe Reisdorfer
E-mail: arielereisdorfer@hotmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Hugo Fernandes

Submissão: 24-09-2019 **Aprovação:** 23-04-2020

RESUMO

Objetivos: conhecer a percepção de enfermeiros e médicos sobre a assistência a pessoas com câncer atendidas em um pronto-socorro de um hospital geral. **Métodos:** estudo descritivo, com abordagem qualitativa. A coleta dos dados ocorreu de setembro a novembro de 2017 por meio de entrevista semiestruturada com a participação de 12 profissionais do pronto-socorro, entre enfermeiros e médicos. Os dados foram analisados por meio da Proposta Operativa de Minayo. **Resultados:** emergiram três categorias: 1) A pessoa com câncer na perspectiva de enfermeiros e médicos; 2) Atendimento integral à pessoa com câncer ou descaracterização do pronto-socorro?; e 3) O contexto do pronto-socorro e as repercussões no cuidado à pessoa com câncer. **Considerações Finais:** identificou-se que a assistência prestada às pessoas com câncer no pronto-socorro é realizada de forma diferenciada em relação à população em geral, devido às particularidades da doença, o que faz refletir sobre a qualidade e humanização do cuidado.

Descritores: Assistência à Saúde; Oncologia; Serviço Hospitalar de Emergência; Enfermeiras e Enfermeiros; Médicos.

ABSTRACT

Objectives: to understand nurses' and physicians' perceptions of the care of people with cancer admitted to an emergency department of a general hospital. **Methods:** descriptive study with a qualitative approach. Data collection took place from September to November 2017 through semi-structured interviews in which participated 12 professionals from the emergency department, including nurses and physicians. The data were analyzed using Minayo's operative proposal. **Results:** three categories emerged: 1) The person with cancer from nurses and physicians' perspective; 2) Comprehensive care of people with cancer or deconfiguration in the emergency department?; and 3) The context of the emergency department and the repercussions on the care of people with cancer. **Final Considerations:** we identified that the care provided to people with cancer in the emergency department is carried out differently regarding the overall population due to the disease's particularities, which lead us to reflect on the quality and humanization of care.

Descriptors: Delivery of Health Care; Medical Oncology; Emergency Service, Hospital; Nurses; Physicians.

RESUMEN

Objetivos: conocer la percepción de enfermeros y médicos sobre la asistencia a las personas con cáncer atendidas en un puesto de primeros auxilios de un hospital general. **Métodos:** estudio descriptivo, con abordaje cualitativo. La recogida de los datos ocurrió de septiembre a noviembre de 2017 por medio de entrevista semiestruturada con la participación de 12 profesionales del puesto de primeros auxilios, entre enfermeros y médicos. Los datos han sido analizados por medio de la Propuesta Operativa de Minayo. **Resultados:** emergieron tres categorías: 1) La persona con cáncer en la perspectiva de enfermeros y médicos; 2) Atención integral a la persona con cáncer o descaracterización del puesto de primeros auxilios?; y 3) El contexto del puesto de primeros auxilios y las repercusiones en el cuidado a la persona con cáncer. **Consideraciones Finales:** Se ha identificado que la asistencia prestada a las personas con cáncer en el puesto de primeros auxilios ha sido realizada de forma diferenciada en relación a la población en general, debido a las particularidades de la enfermedad, lo que hacer reflexionar sobre la calidad y humanización del cuidado.

Descritores: Asistencia a la Salud; Oncología; Servicio Hospitalario de Emergencia; Enfermeras y Enfermeros; Médicos.

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (MS) criou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no Brasil, na qual as linhas prioritárias incluem os cuidados com doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e traumatológicas, que confluem em problemas não resolvidos e diagnosticados em outros níveis de atenção⁽¹⁾.

Nesse cenário de atuação, também se inclui o adoecimento por câncer, cujos dados revelam ser a causa de 189.454 mortes em 2013; e, para 2018 e 2019, estimou-se a ocorrência de mais de 600 mil novos casos da doença no país⁽²⁾, sendo que muitas dessas pessoas buscariam atendimento nos serviços de urgência. Tal perspectiva evidencia o câncer como um dos maiores desafios no cenário mundial e, portanto, se constitui em um importante problema de saúde pública⁽³⁾.

Diante desse contexto, em 2005 foi criada a Política Nacional de Atenção Oncológica, que visa promover prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos de pessoas com câncer⁽⁴⁾. Conforme uma série de obrigações e critérios, compete aos estados, Distrito Federal e municípios organizarem a assistência oncológica e definir os fluxos de referência para o atendimento.

Assim, as instituições de saúde que realizam o tratamento para câncer recebem uma habilitação do MS, que podem ser: Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), compreendendo os hospitais com condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados à prestação de assistência para o diagnóstico e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil; e os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), que se referem aos hospitais que possuam tais condições para o diagnóstico e tratamento de todos os tipos de câncer⁽⁵⁾.

As UNACONs devem garantir o acesso ao diagnóstico clínico de câncer, determinar a extensão da neoplasia, tratar, cuidar e assegurar qualidade de acordo com rotinas e condutas estabelecidas. Ainda cabe às instituições realizar o atendimento integral de todas as pessoas em tratamento com unidade de pronto atendimento 24 horas⁽⁵⁾. Isso ocorre porque as pessoas em tratamento oncológico podem apresentar complicações que requerem o atendimento mais frequente nos serviços de saúde, sobretudo nas unidades hospitalares direcionadas aos cuidados de emergência⁽⁶⁾.

A assistência à pessoa em tratamento oncológico pode ser complexa, longa e inquietante por abranger diversas fases, termos novos não muito usados pelos pacientes e efeitos colaterais debilitantes ao organismo humano. Esses fatores, somados ao desenvolvimento de tecnologias que proporcionam uma maior qualidade de vida, acarretam mudanças na vida social e necessidade de atendimento a intercorrências, como é o caso das urgências e emergências oncológicas⁽⁷⁾.

As emergências oncológicas podem ser resultantes da doença em si ou das complicações relacionadas ao tratamento contra o câncer⁽⁸⁾. Nessa perspectiva, estudos apontam que a maioria dos pacientes com câncer experimenta pelo menos um episódio de emergência durante a sua doença, resultando em complicações e agravamentos dela, o que pode resultar em óbito; por isso, são necessárias intervenções rápidas e invasivas^(6-7,9). Dor, náuseas e vômitos, fraqueza, inapetência, febre, dispneia e derrame pleural costumam ser os principais sinais e sintomas apresentados

pelos pacientes oncológicos que buscam por atendimento em unidades de urgência e emergência⁽⁷⁾.

Assim, esse serviço desempenha um papel importante no atendimento a tal grupo de pacientes, propiciando diagnóstico precoce e tratamento adequado para a restauração da qualidade de vida⁽⁹⁾. Diante dessa complexidade do atendimento ao paciente oncológico, é preciso que os profissionais estejam preparados não somente para prestar uma assistência qualificada embasada no conhecimento técnico-científico, mas também para compreender a singularidade do cuidado demonstrando atenção, comprometimento e apoio emocional⁽³⁾.

Portanto, a justificativa deste estudo se encontra nas políticas públicas em saúde que consideram os princípios de equidade, integralidade e universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo necessário (re)conhecer as realidades sanitárias e sociais por meio de ações de vigilância, com a finalidade de responder às demandas e diminuir inequidades em saúde. A relevância do tema se deve justamente ao destaque atual sobre políticas públicas de saúde como o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs)⁽¹⁾, que articula três eixos de enfrentamento referentes à vigilância, monitoramento e avaliação; prevenção e promoção da saúde; e cuidado integral.

Destarte, acredita-se que o estudo contribui para o fortalecimento das ações assistenciais na medida em que compreende como ocorre a assistência realizada por enfermeiros e médicos no atendimento a pessoas em tratamento oncológico em situações de emergência e/ou urgência. Considerando o que foi exposto, o questionamento que orientou esta pesquisa foi: Qual a percepção de enfermeiros e médicos acerca da assistência a pessoas com câncer atendidas em uma unidade de pronto-socorro de um hospital geral?

OBJETIVOS

Conhecer a percepção de enfermeiros e médicos sobre a assistência a pessoas com câncer atendidas em um pronto-socorro de um hospital geral.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, com o Parecer nº 2.121.624, em cumprimento à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes foram esclarecidos em relação aos objetivos da pesquisa e autorizaram o uso das informações para fins científicos, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como forma de preservar o anonimato dos entrevistados, estes foram identificados conforme a profissão pelas abreviações "ENF" (enfermeiros) e "MED" (médicos), seguidas por um algarismo arábico, que correspondia à ordem de realização das entrevistas.

Tipo de estudo

Trata-se de estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado no período de setembro a novembro de 2017. É oriundo

do trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional e em área profissional de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), intitulado: "Assistência a pessoas em tratamento oncológico em situações de urgência e/ou emergência em um serviço de pronto-socorro".

Procedimentos metodológicos

Cenário do estudo

O estudo foi realizado no pronto-socorro pertencente a um hospital universitário, público, de atendimento geral e de ensino, de alta complexidade, localizado na região central do Sul do Brasil. Trata-se de um hospital de referência para o atendimento de 45 municípios de duas coordenadorias de saúde. O pronto-socorro realiza o atendimento por meio de uma central médica de regulação, exceto às pessoas em tratamento oncológico, pois possui a habilitação UNACON pelo MS, responsabilizando-se pelo atendimento integral dos tratamentos oncológicos em todas as suas fases e às pessoas provenientes de um município da região que não possui serviço médico noturno.

Em 2017, ano da coleta dos dados, foram realizados 11.494 atendimentos a pacientes adultos nesse pronto-socorro, sendo que 4.070 deles necessitaram de internação no próprio setor. Em relação à equipe de trabalho, esta é composta por profissionais de diversas áreas. O quadro funcional da enfermagem é formado por 30 enfermeiros, 55 técnicos de enfermagem e 1 auxiliar de enfermagem. A equipe médica é composta por médicos clínicos gerais, oncologistas e/ou hematologistas e cerca de dez médicos residentes da medicina interna e da oncologia.

Fonte de dados

Para a seleção dos profissionais, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro, médico oncologista e/ou hematologista e médico residente dessas especialidades; e atuar no pronto-socorro há seis meses, no mínimo. Ressalta-se que a atuação dos médicos oncologistas e/ou hematologistas e médicos residentes dessas especialidades em regime de plantão no pronto-socorro é prevista pela instituição em estudo, respeitando suas escalas de serviço. Foram excluídos os profissionais em atestado de saúde ou afastamento do trabalho no período de coleta de dados e aqueles de cargos administrativos. A amostra não foi definida a priori, por se tratar de uma pesquisa qualitativa, mas, no transcorrer da coleta de dados e como houve repetição das informações e alcance dos objetivos quanto às respostas, as entrevistas foram encerradas com 12 participantes.

Os profissionais (médicos e enfermeiros) foram incluídos no estudo em razão das suas atribuições na assistência aos pacientes oncológicos que procuram o serviço do pronto-socorro, muitas vezes debilitados, para serem mediados assistencialmente por eles; e por conduzirem o cuidado de maneira, supostamente, individualizada, bem como esse cenário ser tão importante às pessoas em tratamento, já que se torna a referência de cuidados, suporte e acolhimento diante de qualquer intercorrência da doença.

Coleta e organização dos dados

A coleta de dados ocorreu: por meio de entrevistas semiestruturadas, que focalizaram a atuação e as percepções dos profissionais em relação à assistência de pessoas em tratamento oncológico em situações de urgência e/ou emergência; e pela aplicação de instrumento elaborado pelos autores, contendo dados relacionados à caracterização sociodemográfica. Antes de iniciar as entrevistas, procedeu-se à aplicação do teste-piloto para avaliar o roteiro de entrevista que se mostrou adequado.

A abordagem aos participantes foi realizada em salas da instituição conforme a conveniência e a disponibilidade deles, com agendamento prévio, a fim de não interferir em sua dinâmica de trabalho. A entrevista foi realizada individualmente pelas pesquisadoras (integrantes do programa de residência citado anteriormente), gravada em equipamento áudio para transcrições posteriores, com duração aproximada de 20 a 50 minutos.

Análise dos dados

Para a sistematização e análise dos dados, utilizou-se a técnica da Proposta Operativa de Minayo em dois momentos operacionais. O primeiro incluiu as determinações fundamentais do estudo, as quais foram mapeadas na fase exploratória da investigação. A fase interpretativa, que constitui o segundo momento, se subdividiu em duas etapas: (1) a ordenação, que compreendeu a transcrição, a releitura e a organização do material; e (2) a classificação dos dados, que incluiu a leitura horizontal e exaustiva dos textos, leitura transversal, análise final e a construção do relatório com a apresentação dos resultados⁽¹⁰⁾.

Na classificação dos dados, houve a leitura exaustiva e repetida do material coletado no intuito de retomar as possibilidades e os objetivos iniciais da pesquisa. Depois dessas classificações, o material passou por um processo de enxugamento, destacando os temas de maior relevância, que foram agregados e reagrupados em categorias centrais⁽¹⁰⁾. A análise final transcorreu na interpretação das sequências de relevância alinhada à significação da fala dos participantes ao contexto estudado⁽¹⁰⁾. Uma vez alcançada a profunda imersão sobre o material empírico e finalizadas as etapas de organização e classificação dos dados, foi realizada a análise final, que consistiu na releitura das unidades de significado, integrando-as com os pressupostos teóricos e com o contexto dos informantes.

Com base na análise dos dados, emergiram três categorias: 1) A pessoa com câncer na perspectiva de enfermeiros e médicos; 2) Atendimento integral à pessoa com câncer ou descaracterização do pronto-socorro?; e 3) O contexto do pronto-socorro e as repercussões no cuidado à pessoa com câncer.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa seis enfermeiros e seis médicos, sendo sete mulheres e cinco homens, com idades entre 24 e 39 anos. Dos médicos, cinco residentes (quatro em oncologia e um em hematologia) e um médico oncologista. Quanto ao tempo de formação no ensino superior, os profissionais referiram de 3 a 17 anos. Em relação ao tempo de atuação na unidade de urgência e emergência, este variou de 6 meses a 14 anos.

As categorias que emergiram da análise de dados serão discutidas a seguir.

A pessoa com câncer na perspectiva de enfermeiros e médicos

Os relatos dos participantes mostram que as pessoas com câncer que são atendidas na unidade de urgência e emergência recebem um cuidado diferenciado, pois se trata de um processo de adoecimento considerado difícil e imprevisível, de tratamento específico, muitas vezes associado à terminalidade. Essas características, segundo os profissionais, demandam maior atenção da equipe.

Quando entra hemato-onco, todo o cuidado é pouco, é isso que eu sigo. É um paciente que tem que ter um manejo delicado e mais cuidado. É complicado, é bomba-relógio. (ENF 1)

É um paciente debilitado, cansado, às vezes exausto de quimioterapia, de radioterapia e em final de vida. (MED 6)

Os depoimentos, especialmente dos enfermeiros, revelam: as pessoas com câncer que são internadas e permanecem no pronto-socorro são aquelas que possuem um prognóstico desfavorável decorrente da doença ou estão em cuidados paliativos. Ainda, relatam que essas pessoas têm dificuldades de obtenção de leitos em unidade de internação.

A gente tem pacientes que estão 30 dias aqui embaixo, que chega ficar 24, 48 horas, e não aparece um leito para o paciente. Essa é uma dificuldade grande que a gente tem aqui. A gente não entende por que que [sic] determinado paciente tem tanta facilidade para ir para um leito no andar e outro paciente mofo aqui, dá alta, ou morre e não sobe para um leito. A rotatividade da hemato-oncologia é bem seletiva. (ENF 11)

Ademais, outros relatos mostram que a presença da pessoa com câncer no pronto-socorro ocorre pelos mais variados motivos, e, dentre os principais, encontra-se a febre e os sinais resultantes do tratamento ou progressão da doença.

A neutropenia febril, acho que é comum, derrame pleural, progressão da doença. Às vezes, obstrução intestinal, bastante dor não controlada. Às vezes, interna, por progressão em sistema nervoso central, piora neurológica. (MED 12)

Diante dessas especificidades citadas, os enfermeiros e médicos manifestaram dificuldade de atuação na assistência. Mesmo aqueles que estão em processo de especialização afirmaram que a formação teórica é deficiente.

A gente não tem uma formação teórica muito boa [...]. (MED 8)

Em contrapartida, um dos médicos que atua na oncologia refere que todos podem atuar nas urgências oncológicas e que necessariamente não precisariam ter conhecimentos aprofundados em oncologia para prestar essa assistência:

Não necessariamente teria que saber oncologia para tratar intercorrências clínicas. Interna para onco, porque às vezes tem

intercorrências de pacientes que fizeram quimioterapia, mas fora daqui, em outros serviços, não necessariamente tem que ser só o oncologista que pode tratar. O próprio clínico teria condições em grande parte de tratar. São coisas que deveriam ser fundamentais para todos. (MED 10)

As percepções relacionadas ao modo como os profissionais enxergam as pessoas com câncer no pronto-socorro confluem para uma assistência de cuidados específicos, seja por intercorrências do tratamento com quimioterapia, radioterapia, seja por progressão da doença, cuidados paliativos e terminalidade. Além disso, alguns profissionais referem que apresentam dificuldades no atendimento, e outros entendem que todos aqueles com boa formação clínica podem prestar assistência qualificada às pessoas nas intercorrências clínicas.

Atendimento integral à pessoa com câncer ou descaracterização do pronto-socorro?

Os profissionais dizem que existe uma orientação institucional de que o pronto-socorro se torna a referência de atendimento para as pessoas em tratamento do câncer na instituição. Sob essa perspectiva, eles manifestaram suas percepções sobre a orientação, considerando a capacidade funcional da unidade.

Se ele vier na demanda espontânea, ele vai ser triado e atendido. Tem a política do hospital de atender os pacientes da hemato-onco. É bom, porque alguns pacientes deveriam vir para cá, porque são pós-quimioterapia, mas tem os espertões, que já estão fora de tratamento há anos e se valem disso para ter acesso ao hospital. (MED 3)

O serviço parece descaracterizado sob o ponto de vista dos profissionais, por estes não perceberem ou entenderem que o paciente deve também ser atendido nessa unidade e não apenas os que apresentam possibilidade de tratamento ativo. Além disso, eles acreditam que isso também ocorre devido à complexidade do atendimento a pessoas com diferentes níveis de gravidade.

Eu tenho três visões do paciente da hemato-onco: o que vai só por ir, que poderia resolver o probleminha na unidade básica de saúde; quebrou o dedo, porque ele é oncológico ele tem direito. Outra: deu febre, o plantão não sabe o que fazer porque é oncológico, não sabem que remédio usar. E quando chega o paciente terminal — o pronto-socorro seria para emergência, só porque é referência a gente tem que atender esse paciente, eu acho que é um pouco complicado, aquilo ali é uma emergência. A gente superlota. (ENF 2)

O pronto-socorro é descaracterizado, ele não tem esse objetivo de deixar pessoas internadas e ficar aqui na terminalidade, deixar o paciente terminar aqui. (ENF 4)

Há que se destacar que alguns profissionais refletem sobre a responsabilidade de outros níveis de atenção no atendimento das pessoas com doenças hemato-oncológicas como forma de resolução das demandas, as quais poderiam ser resolvidas de maneira independente no nível terciário; como isso não ocorre, acaba-se por descaracterizar o serviço de urgência e emergência e contribuir com a superlotação.

O pronto-socorro acaba drenando muita coisa e, muitas vezes, esses pacientes até não precisariam vir para o pronto-socorro, não precisariam de um serviço terciário para serem atendidos. Eles conseguiriam ir em hospitais menores ou na própria cidade e fazer a mesma coisa que aqui, e o paciente teria mais conforto. (MED 9)

Em contrapartida, os participantes ponderam que não negar o atendimento na unidade de urgência e emergência é uma potencialidade do ponto de vista da integralidade e do acesso, mas subentendem que isso sobrecarrega o serviço público.

Embora com o sistema de regulação, quem chegar, nós vamos atender, a gente não precisa cobrar nada para a pessoa, perguntar: "tu tens convênio?" Isso é ótimo no sistema público, tu vais atender todos da mesma maneira. (ENF 4)

Os enfermeiros e médicos enfatizaram três questões em relação ao acesso das pessoas com câncer no pronto-socorro: a busca pelo atendimento por motivos não caracterizados como urgentes e necessários em nível terciário; o atendimento em outros níveis de atenção; e o atendimento integral e gratuito. E a partir disso, mencionaram uma possível descaracterização da unidade de urgência por causa da integralidade do acesso.

O contexto do pronto-socorro e as repercussões no cuidado à pessoa com câncer

Os depoimentos concernentes ao cenário do pronto-socorro enfatizaram que os profissionais realizam atendimentos acima da capacidade operacional da unidade, resultado da grande demanda de atendimentos. Alguns participantes referiram que a unidade não apresenta equipe de enfermagem em número suficiente para a relação de pessoas atendidas e que essa sobrecarga de trabalho pode resultar na (des)qualificação da assistência prestada às pessoas.

A gente tem uma carga de número de pacientes por profissionais alta, tanto técnicos quanto enfermeiros, provoca uma falta de tempo maior de escuta do paciente, conversa, diálogo, troca de informações, fica pendente, a gente está sempre correndo atrás do tempo, para fazer as coisas mais prioritárias para os pacientes mais graves. O paciente da hematocologia fica um pouco mais de lado, ficam pendentes alguns cuidados. (ENF 5)

Nesse sentido, os profissionais percebem também a necessidade de acomodação adequada como um requisito para prestar um cuidado qualificado, já que muitas pessoas são internadas e ficam nos corredores utilizando macas e cadeiras de rodas para acomodação.

Me incomoda muito a acomodação do paciente que está em maca de ambulância, com colchão ruim, sem o piramidal ou o pneumático, às vezes, falta suporte de soro. A gente já chegou a grudar soros nas paredes. Em termos de acomodações, eu acho muito precária a nossa unidade. Eu sinto a necessidade de melhorar isso. (ENF 5)

Há também depoimentos que expõem a atuação dos profissionais no pronto-socorro, nos quais se revelam sentimentos como

a culpa, por não estarem conseguindo realizar os cuidados como deveriam, e a preocupação em relação aos riscos de punição e processos jurídicos, o que, por vezes, interferem nas condutas a serem adotadas.

Por mim, eu atendo no chão. Se for para justiça, sou eu que vou levar tinta. O juiz não quer saber se tinha vaga ou não. Eles acham que a gente tem poder para resolver tudo. O cara ligou, não tem vaga? O cara do administrativo vai dizer: olha, nós não temos vaga, pronto! Ele é do administrativo, não pode ser imputado, juridicamente, pelo não atendimento, porque ele não é da área da saúde. Agora, o médico, o enfermeiro, se você ficou sabendo e disse que não, a culpa é sua. (MED 3)

Diante do risco à punição e conflitos com o setor administrativo, os profissionais elencam o trabalho, a união e a capacitação da equipe como estratégias que potencializam a superação das adversidades nesse cenário de atuação e assim contribuem na resolução das situações e demandas do serviço.

A gente tem profissionais esforçados, comprometidos, responsáveis, e é ótimo. A gente tem boas tecnologias no hospital, bons tratamentos, boas equipes, boas pessoas. (ENF5)

A gente consegue resolver, faz o diagnóstico e sai o tratamento. Isso acontece realmente, ainda que demore, que gere uma frustração pelo paciente porque leva mais tempo que o necessário, mas de fato acontece, não há o que se queixar disso. (MED7)

Os depoimentos dos profissionais expõem que o atendimento no pronto-socorro, caracterizado pela superlotação, estrutura física inadequada e recursos humanos insuficientes, reflete no cuidado à pessoa com câncer e acarreta insegurança e medo aos profissionais. Porém, o cenário apresenta potencialidades para superar essas dificuldades, como o trabalho em equipe e a resolução das demandas, com base em recursos físicos e humanos qualificados.

DISCUSSÃO

Evidenciaram-se percepções relativas à forma como as pessoas com câncer ingressam no pronto-socorro, as quais possuem facilidade no acesso em relação aos outros, pois o atendimento não necessita da regulação. Os profissionais caracterizam a necessidade de um cuidado atento e sensível diante de uma pessoa com condições clínicas imprevisíveis e desfavoráveis.

O câncer acarreta transformações físicas, psicológicas e sociais para quem o vivencia, gerando conflitos internos e impactos importantes em sua condição clínica em razão da enfermidade⁽¹¹⁾. Em uma revisão realizada sobre luto antecipatório, a doença mais prevalente relacionada ao assunto foi o câncer. Esse fato ilustra a construção da visão social de que essa doença está associada à morte, antes mesmo de ela acontecer⁽¹²⁾. Tal concepção foi corroborada pelas falas dos participantes deste estudo.

Associado a essa perspectiva compartilhada socialmente, na visão dos participantes, a pessoa com câncer possui prognóstico desfavorável, e aquelas que buscam o atendimento e são internadas, se encontram em tratamento paliativo ou no seu processo de

terminalidade. Devido a tal condição, essas pessoas apresentam dificuldades de conseguir leitos em unidades de internação, de modo que permanecem ali por tempo indeterminado — muitas vezes, até morrerem.

Em um estudo sobre as dificuldades enfrentadas durante a assistência à pessoa hospitalizada no contexto dos cuidados paliativos em um CACON do estado do Rio de Janeiro (RJ), as enfermeiras identificaram a ausência de leitos diferenciados para esse perfil de clientela e ainda relataram que a configuração atual dos leitos nas enfermarias clínicas, como um hospital geral, tem contribuído para a dificuldade em estabelecer prioridades no atendimento, bem como em organizar o tempo de cuidado à beira do leito, fato relacionado também ao déficit de recursos humanos na enfermagem⁽¹³⁾.

Os resultados obtidos no estudo citado mostram-se semelhantes à realidade estudada no que se refere às dificuldades de ações paliativas no cenário do pronto-socorro e à utilização desses cuidados apenas no período de terminalidade. Esse fato pode estar relacionado à recente prática paliativista no Brasil, a qual data do final da década de 1990⁽¹⁴⁾. Uma vez que esse assunto ainda pode ser pouco discutido e refletido na prática profissional dos serviços, o planejamento da assistência aos pacientes que estão sob cuidados paliativos acaba sendo postergado em favor dos demais que apresentam uma condição clínica aguda desfavorável.

Em relação às razões pelas quais os pacientes buscaram o serviço estudado, os participantes referiram que a procura ocorreu por diversos motivos. Um estudo de coorte prospectivo multicêntrico internacional apontou que os principais motivos de busca por atendimento nas unidades de urgência pelos pacientes oncológicos foram similares ao descrito pelos participantes nesta pesquisa: dor, náuseas e vômitos, febre, além de dor torácica e dispneia, como sintomas sugestivos de derrame pleural⁽⁸⁾.

No que tange ao sentimento de preparo dos profissionais para esses atendimentos, relatado pelos participantes, observa-se a deficiência de conhecimento na área oncológica. Pensando na qualificação do atendimento a essa clientela, foi criado um departamento específico para atendimento às emergências oncológicas no estado de Ohio, nos Estados Unidos, onde a assistência é prestada por profissionais treinados para esse fim. Percebeu-se que, mediante essa ação, as necessidades mais complexas dos pacientes oncológicos foram mais bem atendidas⁽¹⁵⁾. Porém, a constituição de setores dessa magnitude não é comum no cenário brasileiro e até mundial, pois implica uma série de mudanças institucionais e legais.

A busca pelo atendimento das pessoas com câncer em urgência e emergência mobiliza algumas percepções dos participantes quanto à possível descaracterização da unidade de urgência em razão do atendimento integral e garantia dos direitos constitucionais. Nesse sentido, cabe destacar que a saúde é um direito constitucional, e o acesso da pessoa com câncer é assegurado pela Política Nacional de Atenção Oncológica, a qual determina que a instituição de tratamento ofereça suporte de urgência e emergência quando necessário⁽⁴⁾.

A necessidade de internação hospitalar dos pacientes oncológicos é evidente nas falas dos participantes. Esse dado também foi observado em um estudo norte-americano, o qual evidenciou que a busca por atendimento de urgência por pacientes oncológicos resultou em internações com maior frequência (59,7%) em

comparação àqueles que não apresentavam queixas relacionadas ao câncer (16,3%)⁽¹⁶⁾.

Além disso, a escassez de leitos em enfermarias para internação dos pacientes oncológicos, resultando na longa permanência destes no pronto-socorro, conforme relatado pelos profissionais, é um problema — evidenciado em diferentes estados brasileiros — que conduz à superlotação das unidades⁽¹⁷⁾. Essa situação pode provocar prejuízos na assistência a tais pacientes devido às características dos serviços de emergência, como o número excessivo de pacientes; a diversidade da gravidade clínica, tendo-se pacientes críticos ao lado daqueles mais estáveis; a escassez de recursos; a sobrecarga da equipe de enfermagem; o número insuficiente de médicos; e a descontinuidade do cuidado⁽¹⁸⁾.

Ademais, a questão da responsabilidade da Rede de Atenção diante da assistência à pessoa com câncer também foi elencada. Os participantes questionam a possibilidade de realização do primeiro atendimento ou de resolução de demandas que poderiam ocorrer em hospitais de pequeno porte da região ou na Atenção Básica⁽¹⁸⁾.

Nesse sentido, ressalta-se que a efetivação do trabalho em rede é um desafio para o SUS, especialmente no âmbito da urgência e emergência. A resolutividade da Atenção Básica está associada ao atendimento à demanda espontânea e do primeiro atendimento às urgências, absorvendo, dessa forma, uma demanda que hoje se encontra nas portas de entrada hospitalares, quando estas deveriam se destinar ao atendimento de urgências mais graves ou emergências⁽¹⁸⁾. Nesse aspecto, outro estudo relata ausência de capacitações e conhecimento sobre o câncer e seus desdobramentos, o que gera insegurança nos profissionais da atenção básica para abordagem e assistência das questões oncológicas⁽¹⁹⁾.

Pensando na descaracterização da unidade de emergência para fazer jus ao princípio da integralidade, é importante destacar que essa discussão deve ocorrer no cotidiano da prática profissional da área da saúde; e, com base nisso, gestores e profissionais devem compreender as necessidades apresentadas para posteriormente serem capazes de responder à demanda das pessoas e da população⁽²⁰⁾. Tal concepção é bastante abrangente, pois faz refletir sobre a configuração do papel dos profissionais de saúde na urgência e emergência, o modo como as redes de assistência à saúde estão organizadas para atender às necessidades das pessoas com câncer e se a forma como as entidades de saúde vêm pensando o cenário epidemiológico brasileiro para responder a tais demandas está adequada.

Assim, adentrando no cenário de atendimento, foram trazidas questões em relação à demanda considerada excessiva de atendimentos. Essa condição reflete em uma estrutura física e quantidade de profissionais inadequadas. A infraestrutura inadequada é um aspecto negativo do trabalho em equipe por influenciar a assistência devido à falta de materiais, espaço e condições adequadas. Já a sobrecarga de atividades é um fator dificultador para o exercício da humanização, em virtude de limitar os profissionais em relação ao tempo e atenção dedicada às pessoas, obrigando-os a fazer escolhas no tocante às demandas apresentadas, o que impacta no não atendimento das necessidades e expectativas das pessoas⁽²¹⁾.

Diante da complexidade existente nesse contexto, é necessário refletir sobre as atividades desenvolvidas pelos profissionais

de saúde no ambiente hospitalar. Em estudo realizado em uma unidade de urgência e emergência de um hospital universitário francês, os profissionais relataram falta de tempo para executar suas tarefas, sobrecarga de trabalho e receio de cometer erros, condições que resultaram em estresse ocupacional. Ainda o mesmo estudo salienta que essas dificuldades enfrentadas pelos profissionais podem afetar a segurança do paciente, sobretudo nesse ambiente de trabalho considerado de alto risco⁽²²⁾.

Tais situações, atreladas à insegurança devido ao risco de punições e processos jurídicos por não dispor de condições para oferecer uma assistência digna aos pacientes na unidade de urgência e emergência, também podem gerar sofrimento moral, já que o trabalhador reconhece a ação eticamente apropriada, mas se sente impedido de agir conforme sua consciência, por medo ou circunstâncias que ultrapassam sua competência, podendo ter seus valores e identidades morais comprometidos⁽²³⁾.

Considerando essa situação específica, os participantes elencaram potencialidades no trabalho como estratégias para superar os obstáculos vivenciados no cotidiano profissional: a responsabilidade, o comprometimento e a formação dos profissionais; o trabalho e a união da equipe de enfermagem; a resolutividade dos casos; e o prestígio da instituição como referência para promoção da saúde da região atendida. Em um estudo sobre métodos utilizados para promover o trabalho em equipe em uma unidade de emergência, identificaram-se quatro estratégias para concretizá-lo: articulação das ações profissionais; estabelecimento de relações de cooperação; construção de vínculos amistosos com gerenciamento de conflitos; e manutenção desses vínculos⁽²⁴⁾. Essas ações foram percebidas nas falas dos participantes do presente estudo, as quais tornam-se importantes na medida em que aperfeiçoam o processo de trabalho e auxiliam no enfrentamento dos desafios apresentados.

Limitações do estudo

Consideram-se como limitações do presente estudo: a impossibilidade de se realizar generalizações quanto aos achados e às características do delineamento metodológico selecionado; a não inclusão dos demais profissionais da equipe multiprofissional; a inclusão de médicos oncologistas e/ou hematologistas e médicos residentes nessa área como participantes do estudo, em vez de médicos generalistas, uma vez que os especialistas possuem maior conhecimento para atender a uma emergência oncológica; e a realização do estudo em apenas um ponto da rede de atenção à saúde. Sugere-se que novos estudos incluam os demais profissionais para que estes também possam discorrer sobre como percebem a assistência ao paciente com câncer no contexto do pronto-socorro e que os demais cenários de atenção que realizam atendimento a esse contingente populacional também possam ser explorados.

Contribuições para a área da Enfermagem

O estudo proporcionou a reflexão acerca da assistência prestada ao paciente oncológico, do preparo dos trabalhadores, da alta demanda de atendimento, da estrutura da unidade e da salubridade

desse ambiente, tanto para o profissional quanto para a pessoa cuidada. Para avançar nesse sentido, precisa-se explorar, visibilizar e complementar essa dinâmica de atenção. São imprescindíveis a consideração dos recursos de cada território e o fortalecimento da rede de saúde, para proporcionar acompanhamento que responda de maneira profícua às necessidades da população a fim de que, com isso, se possa garantir a integralidade do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou que enfermeiros e médicos possuem a percepção de que a assistência a pessoas com câncer na unidade de pronto-socorro é diferenciada em relação à população em geral, devido às características do processo de adoecimento que exige uma atuação específica, qualificada, humanizada e personalizada, bem como em razão da maneira como seu atendimento ocorre, pois esses pacientes não precisam passar pela central de regulação do hospital. Ainda, nesse contexto, identifica-se que, dentre os diversos motivos de internação no pronto-socorro, estão as demandas relacionadas aos cuidados paliativos ou de final de vida. O Brasil ainda apresenta poucas unidades para cuidados paliativos, e isso permite refletir sobre a importância dessa assistência também no pronto-socorro.

Outro aspecto relevante identificado no estudo refere-se à descaracterização do pronto-socorro, por causa da demanda das necessidades advindas do cuidado a pacientes oncológicos. Essa visão ainda foi fomentada pela responsabilidade da rede de atenção e divisão de responsabilidade pela assistência dessas pessoas. Houve também a reflexão sobre a integralidade do acesso das pessoas com câncer, pois esta transcende a garantia de atendimento e faz pensar no cuidado que lhes é prestado.

ERRATA

No artigo "Percepção de enfermeiros e médicos sobre a assistência aos pacientes da oncologia no prontosoocorro", com número de DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0677>, publicado no periódico Revista Brasileira de Enfermagem, 73(Suppl 6):e20190677, no título:

Onde se lia:

Percepção de enfermeiros e médicos sobre a assistência aos pacientes da oncologia no prontosoocorro

Lê-se:

Percepção de enfermeiros e médicos sobre a assistência aos pacientes da oncologia no pronto-socorro

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº. 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a política nacional de atenção às urgências e institui a rede de atenção às urgências no Sistema Único de Saúde [Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF): 2011 [cited 2017 Dec 29]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html
2. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. INCA [Internet]. Rio de Janeiro: 2018 [cited 2018 Feb 06]. Available from: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>
3. Fruet IMA, Dalmolin GL, Bresolin JZ, Andolhe R, Barlem ELD. Moral distress assessment in the nursing team of a hematology-oncology sector. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(Suppl 1):63-71. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0408
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. [Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF): 2005 [cited 2019 Sep 11]. Available from: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria2439.pdf>
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 140, de fevereiro de 2014. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF): 2014 [cited 2018 Feb 06]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html
6. Miranda B, Vidal SA, Mello MJG. Cancer patients, emergencies service and provision of palliative care. *Rev Assoc Med Bras.* 2016;62(3):207-11. doi: 10.1590/1806-9282.62.03.207
7. Boaventura AP, Vedovato CA, Santos FF. Perfil dos pacientes oncológicos atendidos em uma unidade de emergência. *Cien Enferm.* 2015;21(2):51-62. doi: 10.4067/S0717-95532015000200006
8. Caterino JM. Analysis of diagnoses, symptoms, medications, and admissions among patients with cancer presenting to Emergency Departments. *JAMA Netw Open.* 2019;2(3):e190979. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.0979
9. Sadik M, Ozlem K, Huseyin M, AliAyberk B, Ahmet S, Ozgur O. Attributes of cancer patients admitted to the emergency department in one year. *World J Emerg Med.* 2014;5(2):85-90. doi: 10.5847/wjem.j.issn.1920-8642.2014.02.001
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC; 2014.
11. Cazon A, Salas E, Tognarelli I. Experiencias y afrontamiento de la enfermera oncologica frente al paciente en recidiva. *Notas Enferm (Córdoba)* [Internet]. 2019 [cited 2020 Jan 06];19(33):18-28. Available from: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/notasenf/article/view/24619/23858>
12. Ondene Neto J, Lisboa CSM. Doenças associadas ao luto antecipatório: uma revisão da literatura. *Psicol Saúde Doenças.* 2017;18(2):308-21. doi: 10.15309/17psd180203
13. Silva MM, Santanda NGM, Santos MC, Cirilo JD, Barrocas DLR, Moreira MC. Palliative care in highly complex oncology care: perceptions of nurse. *Esc Anna Nery.* 2015;19(3):460-6. doi: 10.5935/1414-8145.20150061
14. Gomes ALZ, Othero MB. Cuidados Paliativos. *Estud Av.* 2016;30(88):155-66. doi: 10.1590/s0103-40142016.30880011
15. Beck B. Oncology Emergency Department: a nurse practitioner care model. *Jen Online.* 2019;43(6):575-77. doi: 10.1016/j.jen.2017.08.005
16. Rivera DR, Gallicchio L, Brown J, Liu B, Kyriacou DN, Shelburne, N. Trends in adult cancer-related emergency department utilization: an analysis of data from the Nationwide Emergency Department Sample. *JAMA Oncol.* 2017;3(10):e172450. doi:10.1001/jamaoncol.2017.2450
17. Nascimento D. Mediação de Conflitos na Área da Saúde: experiência portuguesa e brasileira. *Cad Ibero-Am Dir Sanit.* 2016;5(3):201-11. doi: 10.17566/ciads.v5i3.333
18. Soares EP, Scherer MDA, O'Dwyer G. Inserção de um hospital de grande porte na Rede de Urgências e Emergências da região Centro-Oeste. *Saúde Debate.* 2015;39(106):616-26. doi: 10.1590/0103-110420151060003004
19. Rosa LM, Souza AIJ, Anders JC, Silva RN, Silva GS, Fontão MC. Oncology nursing care and qualification demands in primary health care. *Cogitare Enferm.* 2017;22(4):e51607. doi: 10.5380/ce.v22i4.51607
20. Alves LR. A dicotomia do Princípio da Integralidade do SUS. *Cad Ibero-Am Dir Sanit.* 2017;6(1)153-66. doi: 10.17566/ciads.v6i1.338
21. Calegari RC, Massarollo MCKB, Santos MJD. Humanization of health care in the perception of nurses and physicians of a private hospital. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(2):42-7. doi: 10.1590/S0080-623420150000800006
22. Durand AC, Bombard C, Sportiello J, Pierre M, Gentile S. Stress and burnout among professionals working in the emergency department in a French university hospital: prevalence and associated factors. *Work.* 2019;63(1):57-6. doi: 10.3233/WOR-192908
23. Dalmolin GL, Lunardi VL, Lunardi GL, Barlem ELD, Silveira RS da. Moral distress and Burnout syndrome: are there relationships between these phenomena in nursing workers? *Rev Latino-Am Enferm.* 2014;22(1):35-42. doi: 10.1590/0104-1169.3102.2393
24. Santos JLG, Lima MADS, Pestana AL, Colomé ICS, Erdmann AL. Strategies used by nurses to promote teamwork in an emergency room. *Rev Gaúcha Enferm.* 2016;37(1):e50178. doi: 10.1590/1983-1447.2016.01.50178