INSTITUTO
LATINO-AMERICANO DE
CIÊNCIAS DA VIDA E DA
NATUREZA (ILACVN)

CURSO DE MEDICINA

GUSTAVO DA CUNHA RODRIGUES

Relato de Experiência: Experiências em Tanatologia na urgência e emergência. As mortes boas, as más e as ruins.

Foz do Iguaçu

2025

Versão Final Homologada
20/12/2025 02:35

SUMÁRIO

RESUMO **3**
1. INTRODUÇÃO **4**
2. JUSTIFICATIVA 5
3. OBJETIVOS **5**
3.1. OBJETIVO GERAL 5
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 6
4. METODOLOGIA **6**
4.1. TIPO DE ESTUDO 6
4.2. LOCAL 6
4.3. FONTE 7
4.4. ABORDAGEM 7
4.5. ASPECTOS ÉTICOS 7
5. REFERENCIAL TEÓRICO **7**
5.1. DOENÇAS DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA E A TRAJETÓRIA DAS DOENÇAS 7
5.2. BASES TEÓRICAS E ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO 9
5.3. DECISÃO COMPARTILHADA E PARTICIPAÇÃO FAMILIAR 11
5.4. CUIDADOS PALIATIVOS NO DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA 13
6. RELATO DE EXPERIÊNCIA **14**
6.1. O CONTEXTO DA COMUNICAÇÃO NA EMERGÊNCIA 14
6.2. MISTANÁSIA 15
6.3. ORTOTANÁSIA 16
6.4. DISTANÁSIA 17
6.5. O IMPACTO EMOCIONAL E A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL 18
7. DISCUSSÃO **19**
8. CONCLUSÃO **20**
9. REFERÊNCIAS **20**

Versão Final Homologada
20/12/2025 02:35

RESUMO

A crescente presença de pacientes em final de vida nos serviços de urgência e emergência impõe desafios éticos, comunicacionais e assistenciais às equipes de saúde, especialmente diante de um modelo biomédico ainda predominante e pouco preparado para lidar com a morte, o luto e a terminalidade. Nesse contexto, emerge a seguinte pergunta norteadora: como as práticas de comunicação e tomada de decisão no cenário da urgência e emergência influenciam a experiência da morte, o sofrimento das famílias e a formação dos profissionais de saúde? O objetivo deste estudo foi analisar criticamente experiências vivenciadas durante o internato médico em serviços de urgência e emergência, evidenciando o papel das ferramentas comunicacionais, da tomada de decisão compartilhada e dos cuidados paliativos no manejo da terminalidade. Trata-se de um relato de experiência reflexivo, desenvolvido a partir de vivências em serviços de saúde do Paraná e de São Paulo, com base em observação participante, memória reflexiva, diálogo com preceptores e revisão documental de prontuários, analisadas à luz da literatura sobre tanatologia, comunicação em saúde, bioética e cuidados paliativos. As experiências foram organizadas em categorias temáticas - mistanásia, ortotanásia e distanásia - permitindo contrastar práticas humanizadas e condutas tecnicistas. Os relatos evidenciam que falhas na comunicação de más notícias, ausência de definição prévia de objetivos de cuidado e decisões unilaterais contribuem para o prolongamento do sofrimento, conflitos familiares e desgaste emocional das equipes. Em contrapartida, abordagens estruturadas, baseadas em escuta ativa, protocolos comunicacionais, conferência familiar e tomada de decisão compartilhada, favorecem processos de morte digna e luto mais saudável. Conclui-se que a incorporação sistemática de fundamentos da tanatologia, cuidados paliativos e comunicação de notícias difíceis na formação médica e na prática da emergência é urgente e necessária, apesar das limitações inerentes ao caráter subjetivo do relato de experiência.

Palavras-chave: Urgência e Emergência; Tanatologia; Notícias difíceis; Comunicação; Cuidados paliativos; Relato de experiência

Versão Final Homologada
20/12/2025 02:35

1. INTRODUÇÃO

A procura dos pacientes no final de vida está aumentando conforme os avanços da medicina e da expectativa de vida da população, portanto este será um tema cada vez mais prevalente nos serviços de urgência e emergência e exigem adaptação na formação do profissional que trabalha e trabalhará nesses serviços (MEDEIROS, 2021). É preciso notar que entre os profissionais é unânime a conclusão da importância de iniciar as conversas de final de vida, mas que existe pouco preparo para iniciá-la, desta forma é comum que os pacientes que chegam ao PS não apresentem nenhuma diretiva com relação aos seus cuidados.

> Falar sobre cuidados paliativos para paciente crônicos e com doença incuráveis, assim como para seus familiares, é essencial. Apesar disso, ainda é pratica pouco corrente para avaliar no meio ambulatorial. Um estudo para realizado para avaliar as opiniões dos médicos sobre o planejamento de cuidados antecipados, objetivos de cuidados e conversas sobre o fim de vida demonstrou que 99% dos médicos entrevistados concordaram que é importante ter conversas de fim de vida com o paciente, mas apenas 29% relataram ter treinamento formal para tais conversas. (QUINTINO, 2025)

Os objetivos dos cuidados paliativos de acordo com a Organização Mundial da saúde (OMS, 2024) é: promover qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, por meio de prevenção e alívio de sintomas que causem sofrimento, por meio da assistência em qualidade envolvendo equipe multiprofissional, abordando o paciente de forma holística.

Portanto, os cuidados paliativos representam um desafio significativo para as equipes nos setores de emergência. Esse fenômeno é explicitado quando se tem contato com profissionais que apresentam falta de preparo comunicacional e profissionais, especialmente daqueles que lidam com situações difíceis frequentemente, que realizam por vezes um distanciamento do paciente e das famílias, assim enfraquecendo do vínculo e não proporcionando suporte adequado nesse processo seja no manejo de sintomas ou na comunicação aberta. (EMJ, 2020)

Versão Final Homologada
20/12/2025 02:35

2. JUSTIFICATIVA

A relevância deste relato se fundamenta na necessidade de compreender e abordar de forma efetiva as situações rotineiras de comunicação dos Departamentos de Emergência (DE) no que tange aos pacientes mais frágeis, críticos ou que faleceram durante o serviço, além do manejo de sintomas dos pacientes agudizações em final de vida, uma vez que, frequentemente eles são a porta de entrada dessas condições. (Emergency medical Journal, 2020)

A formação em cuidados paliativos e comunicação de notícias difíceis pode ajudar a reduzir custos, melhorar os vínculos e aumentar a satisfação do cuidado. Em contrapartida, como será abordado no relato de experiência, a falta de comunicação pode causar sofrimentos além do necessário às famílias como no caso de mistanásia e/ou como no caso de distanásia. (QUINTINO, 2025)

Além disso, a melhora na formação e preparo dos profissionais pode ajudar com a carga emocional exigida nesse tipo de cuidado e de casos. O entendimento dos objetivos de cuidado no final de vida auxilia na compreensão mais ampla do papel a ser desempenhado com os pacientes, mitigando maiores frustrações das equipes. (WRIGHT, 2020)

Neste prisma, a exploração destes relatos oferecem uma oportunidade valiosa para refletir sobre as práticas de cuidado paliativo e comunicacional no contexto da emergência, especialmente no que tange à comunicação de notícias difíceis. Ao compartilhar esta experiência, espera-se contribuir para o aprimoramento do cuidado integral e para a formação de profissionais de saúde mais preparados para lidar com a complexidade das relações na emergência.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Analisar experiências vivenciadas durante o internato em Urgência e Emergência com intuito de explicitar a importância das ferramentas comunicacionais, dos processos decisórios e do cuidado holístico dentro destes cenários, atentando-se aos casos bem e mal sucedidos dentro dos serviços de saúde.

Versão Final Homologada
20/12/2025 02:35

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1. Fundamentar teoricamente os temas que serão abordados, preferencialmente buscando referências nacionais, uma vez que, a abordagem da comunicação, do luto, da morte se alteram nas diferentes culturas.

3.2.2. Trazer diretrizes e guias práticos para fundamentar o cuidado humanizado e a implementação dos cuidados paliativos na emergência.

3.2.3. Analisar as vivências observadas à luz de categorias temáticas (mistanásia, ortotanásia, distanásia), a fim de explicitar os cenários ao leitor de forma que haja uma descrição objetiva aliada uma percepção profunda das experiências.

3.2.4. Analisar os casos à luz das melhores práticas relacionadas ao campo comunicacional e dos cuidados paliativos.

3.2.5. Refletir como a intersecção da prática com a literatura pode trazer soluções concretas para um atendimento mais humanizado e mais assertivo sobre as condutas realizadas no contexto da urgência e emergência.

4. METODOLOGIA

4.1. TIPO DE ESTUDO

Relato de experiência reflexiva dentro dos serviços de Urgência e emergência durante entre os períodos de 2024 e 2025 sobre vivências relacionadas ao tema de comunicação de notícias difíceis e tanatologia neste contexto.

4.2. LOCAL

As vivências se passam nos serviços de saúde de Foz do Iguaçu-PR e na Santa Casa de Misericórdia de Jacareí-SP. O primeiro foi nos espaços de prática do internato do curso de Medicina da UNILA, dentro do serviço de saúde de Foz do Iguaçu que compreende Hospital Municipal Germano Lauck, UPA João Samek e SAMU, sendo um locais de atendimento e educação permitindo acesso direto aos profissionais envolvidos nos casos e aos registros médicos relevantes. O segundo foi campo prática eletivo no período do internato no qual foi escolhida Santa Casa de Misericórdia de Jacareí-SP dentro do setor de emergência que compreende “sala vermelha” e “sala amarela”, locais que recebem por transferência paciente críticos e aqueles que necessitam de atendimento secundário respectivamente.

Versão Final Homologada
20/12/2025 02:35

4.3. FONTE

O estudo terá como foco principal a vivência como interno dentro dos serviços de Urgência e Emergência com participação direta nas vivências assim a fonte será a memória reflexiva e diálogo com preceptores. Além disso, foi realizada consulta de prontuário eletrônico para revisão de história clínica, exames laboratoriais e condutas registradas em prontuário.

4.4. ABORDAGEM

Será realizada intersecção de reflexão crítica das experiências baseada na literatura que embasam as melhores práticas relacionadas ao assunto.

4.5. ASPECTOS ÉTICOS

O estudo é um relato de experiência, portanto não há entrevista ou relato de caso de paciente, ele possui fins exclusivamente formativos, haverá identificação protegida dos pacientes e profissionais de saúde com anonimização dos envolvidos nos casos com ocultação de nome e características que possam denotar individualmente qualquer pessoa presente.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

5.1. DOENÇAS DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA E A TRAJETÓRIA DAS DOENÇAS

O departamento de Emergência é um local no qual qualquer tipo de paciente pode aparecer, segundo um lema para a medicina de emergência: “Anyone, anything, anytime”. A frase encapsula a essência da emergência: é preciso estar preparado para cuidar de qualquer um, com qualquer condição, a qualquer momento. Dentre estes pacientes e condições temos os pacientes críticos e também aqueles que buscam o atendimento na agudização dentro da doença crônica.

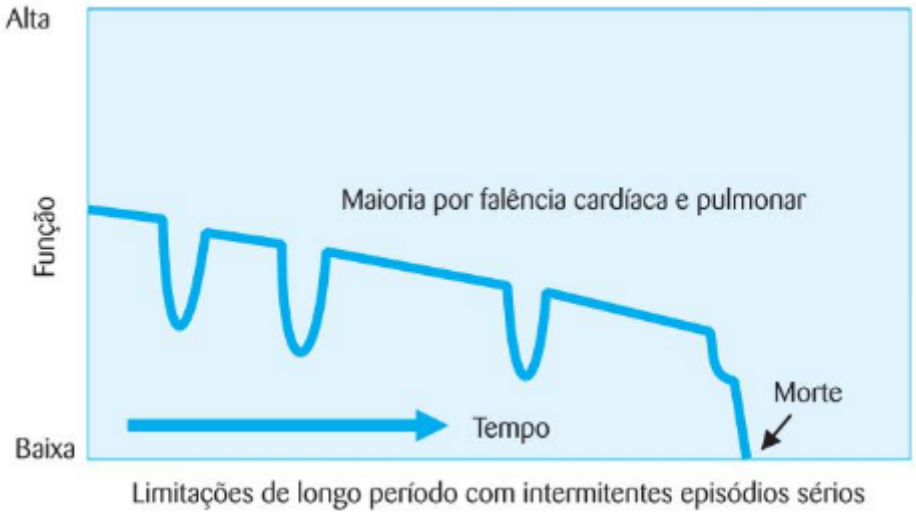
> Os pacientes assinalam que a busca pela emergência se dá principalmente pela falta de disponibilidade de uma equipe de cuidados paliativos. (...) Vale destacar que esses pacientes buscam a emergência por diversos motivos: ansiedade com as crises agudas; falta de direcionamento prévio na rede de atenção primária; sentimento de segurança e familiaridade com o ambiente hospitalar; e, em muitas

Versão Final Homologada
20/12/2025 02:35

situações, dificuldade de acesso à atenção básica, especialmente em casos urgentes ou horários em que esses serviços não funcionam. (MEDEIROS, 2021)

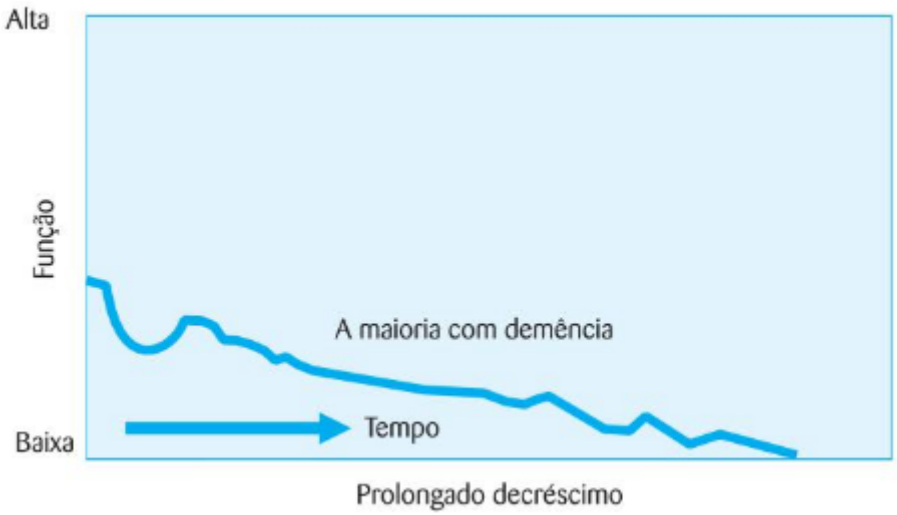
Desta forma, é imprescindível entender a trajetória das doenças conforme a perda de função do paciente. Neste contexto a mais relevantes são a morte súbita por qualquer causa seja por etiologia cardiovascular ou neurológica, e a evolução gradual da falência orgânica e da fragilidade, que apresentam uma curva descendente contínua, especialmente após cada exacerbação, momento no qual o paciente procura a Emergência. (SANTOS,2023)

Imagem 1. Trajetória da falência orgânica



Fonte: Santos, 2023

Imagem 2. Trajetória da fragilidade



Fonte: Santos, 2023

Versão Final Homologada
20/12/2025 02:35

Por fim, é comum que o paciente em final de apresente múltiplas procuras por atendimento, 75 % dos pacientes acima de 65 anos em seus 6 últimos meses de vida e 51% no último mês de vida buscaram o pronto socorro (Smith, 2010), especialmente para os sintomas de dispneia, dor, náusea, vômitos e obstrução intestinal. O que torna essencial que o médico, principal porta-voz, e equipe estejam preparados para comunicar más notícias aos familiares e ao paciente ou até mesmo iniciar os cuidados paliativos no momento de procura do serviço de emergência.

5.2. BASES TEÓRICAS E ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO

A comunicação, as habilidades práticas e o conhecimento são os pilares para o exercício da medicina. A comunicação se faz presente entre profissionais na escrita de prontuários coerentes e referências, nas passagens de casos e diretamente no serviço, já com os pacientes é fundamental na coleta de histórias, comunicação de notícias e construção de vínculo profissional-paciente (VERHAEGHE, 2015). Assim, uma comunicação ruim aumenta gastos, tempo de hospitalização e piora a experiência dentro dos serviços de saúde.

A utilização de técnicas adequadas de comunicação com os pacientes passam por diretrizes comuns em qualquer tipo de atendimento, dentre os guias comuns, para qualquer caso, as melhores práticas perpassam: escuta ativa, empatia, linguagem simples, clareza e uso de perguntas abertas. Todas elas com intenção de desmistificar a linguagem e complexidade das condições de saúde, fortalecer vínculos de confiança terapêutica e humanizar o cuidado. (SMITH, 2009)(QUINTINO, 2025)

Quadro 1. Estratégias universais para comunicação em saúde

Estratégias Universais para uma comunicação clara em saúde
Um modelo "perguntar-dizer-perguntar" tem sido defendido para conversas difíceis no final da vida, e um modelo relacionado tem sido defendido para pacientes com letramento em saúde limitado.
Avalie o Conhecimento Prévio

Versão Final Homologada
20/12/2025 02:35

Pergunte o que os pacientes ou cuidadores já sabem ou acreditam sobre uma situação clínica. Isso permite que os profissionais de saúde adaptem sua mensagem e esclareçam equívocos.[64]

- "O que você já foi informado sobre sua doença?"

Use Linguagem Simples

Fale mais devagar, use uma linguagem clara, do "dia a dia", evite jargões; priorize e limite o número de pontos-chave discutidos para não mais do que 2 por vez durante um atendimento.

- Diga, "O câncer se espalhou", em vez de usar o termo *metastático*.

Incentive o Questionamento

Parta do princípio de que os pacientes têm perguntas, em vez de perguntar se eles têm. Isso capacita os pacientes a obterem respostas para suas dúvidas.

- **Não pergunte:** "Você tem alguma pergunta?" **Prefira perguntar:** "Que perguntas você tem?"

Use o Método do "Ensino Devolutivo" (Teach-Back)

Após cada ponto-chave a ser discutido, confirme o entendimento usando o método do ensino devolutivo, que é particularmente eficaz para pacientes com letramento em saúde limitado. O método simplesmente pede que pacientes ou familiares repitam o que acabou de ser discutido. Desestigmatize o processo, colocando a responsabilidade de garantir uma boa compreensão do paciente no profissional de saúde.

Versão Final Homologada
20/12/2025 02:35

Traduzido de Smith, 2009

Por conseguinte, existem também estratégias de comunicação mais específicas, para notícias ruins um dos fios guia é o protocolo SPIKES, que apresenta uma abordagem direcionada a fim de coletar informações, transmitir a informação médica, garantir suporte ao paciente, estimular a colaboração do paciente no desenvolvimento de uma estratégia plano de tratamento para o futuro (BAILE, 2000). Ele oferece um uma estrutura sequencial de 6 passos para a comunicação de más notícias que perpassam: a procura de um ambiente calmo e privado; avaliação da percepção e expectativas; convite para iniciar a conversa; a transmissão do conhecimento de diagnóstico, prognóstico e estratégias terapêuticas. (GESSER, 2021).

Quadro 2. Passos do protocolo SPIKES

Protocolo SPIKES	Comentário
Set up (ambiente)	- Ambiente mais confortável e privado - Preparar o encontro
Perception (percepção)	- Perguntar o quanto se sabe sobre a doença/condição - Entender expectativas
Invitation (convite)	- Convidar o paciente para a conversa
Knowledge (conhecimento)	- Transmitir as informações sobre diagnóstico, prognósticos e indicações - Checar entendimento
Emotions (Emoções)	- Acolher as emoções
Summarize (Sumário)	- Resumir os dados da reunião - Checar entendimento e acolher novamente - Encerrar a conversa

Fonte: Autor

5.3. DECISÃO COMPARTILHADA E PARTICIPAÇÃO FAMILIAR

O Brasil apresenta duas características importantes relacionadas à cultura do cuidado relevantes ao processo decisório na saúde, o primeiro deles é o modelo ainda paternalista do prática médica, na qual o médico é quem realiza toda conduta sem acessar à opinião no paciente e a segunda característica relevante é o papel da família na participação da processo saúde-doença do paciente. Neste prisma, é necessário migrar o processo decisório para uma o modelo da tomada de decisão compartilhada e na inclusão da família na tomada de decisão somada a sua presença na recepção de notícias, a fim de trazer mais agência no processo de

Versão Final Homologada
20/12/2025 02:35

saúde e fortalecer os vínculos profissional-paciente, assim garantindo melhores níveis de satisfação e menor sofrimento à todos envolvidos no processo.

Os latinos, e por conseguinte os brasileiros, atribuem grande valor à família, que se estende além da família nuclear. Este contexto cultural, que apresenta uma rede de apoio coletiva, exige que os profissionais estejam preparados quando essas pessoas se envolvem no cuidado, em oposição aos modelos do Norte Global, no qual existe um foco individualista proeminente (Smith, 2009). Apesar disso, é necessário sempre que possível perguntar ao paciente se existem membros da família que deveriam estar envolvidos no seu cuidado.

Por conseguinte a conferência familiar como instrumento central no manejo dos pacientes, especialmente aqueles que se apresentam em estado crítico ou terminal em nosso contexto, pois ela está presente desde a comunicação de notícias ruins até o final do processo decisório. A participação ativa da família e do paciente no processo terapêutico pode ser um grande aliado na condução com a Tomada de Decisão Compartilhada (TDC), que é uma diretriz para manejo clínico.

> Assim, inicialmente a TDC foi definida a partir da presença de quatro elementos que não excluem a existência de outros, mas que são essenciais para sua caracterização, quais sejam: o envolvimento de pelo menos dois participantes – o profissional de saúde e o paciente; o compartilhamento mútuo de informações; a adoção de medidas por ambas as partes para participar do processo de tomada de decisão; e, por fim, o acordo quanto à terapêutica a ser implementada. (ELER, 2023)

É necessário migrar do paradigma paternalista do cuidado e caminhar em direção à tomada de decisão compartilhada, usualmente com a participação da família. O uso da TDC apresenta inúmeros benefícios com a redução de ansiedade e depressão, melhora na qualidade de vida e na aceitação e satisfação com o tratamento, além de fortalecer o vínculo e diminuir a judicialização ao dar participação no processo decisório da própria saúde ao paciente, assim também promovendo educação em saúde (Stacey et al., 2017). Esse tipo de conduta se sustenta em 3 etapas sequenciais de diálogo: diálogo de equipe, diálogo sobre opções e diálogo sobre a decisão

Quadro 3. Etapas de diálogo na TDC

3 Etapas de diálogo na TDC	
Diálogo de equipe	- Explicar intenção de colaborar

Versão Final Homologada
20/12/2025 02:35

	- Convidar para o processo de tomada de decisão
Diálogo sobre opções	- À partir da experiência clínica apresentar alternativas - Pontuar riscos e benefícios
Diálogo sobre a decisão	- Tomada de decisão - Respeito pelas preferência do paciente - Encaminhar o paciente à uma escolha - Manter a disposição da revisão da escolha se possível.

Fonte: Autor

5.4. CUIDADOS PALIATIVOS NO DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA

Como saber quais pacientes devem ser iniciadas as conversas sobre paliatividade? Primeiramente é necessário conhecer o processo saúde doença, seja o curso natural de doenças agudas ou as trajetórias das doenças que podem levar ao fim da vida.

Dentre as ferramentas possíveis para avaliação de necessidade de cuidados paliativos, uma se destaca para o contexto dos departamentos de emergência é a "Pergunta-Surpresa modificada do departamento de emergência" (Modified ED Surprise Question) na qual o médico deve se perguntar "Você ficaria surpreso se este paciente morresse no próximo mês", a original para contextos de internamento é a sobre em 1 ano, pois seu principal critério se baseia na impressão clínica e sem apresentar escores o que garante que possa ser utilizada amplamente e com celeridade, ideal à esse contexto. No julgamento dos emergencistas ela é capaz de mudar a conduta em para 37% dos profissionais e mudar as metas de tratamento de 42%, além de não atrasar as condutas e não piorar o cuidado. (HAYDAR, 2017)

Além disso, o valor preditivo negativo é de 98% para as respostas afirmativas, garantindo que a chance de falso-positivos seja pequena, indicando que a morte no internamento atual é improvável (HAYDAR, 2019), mas tem uma sensibilidade baixa para aqueles que realmente faleceram durante o internamento, indicando que o valor prognóstico é baixo, pois a pergunta sobre possibilidade de morte e não a probabilidade, além de ter melhores resultados com profissionais mais experientes (DOWNAR, 2017). Portanto, ssa ferramenta simples pode auxiliar a discriminar quais pacientes se beneficiaram do início da conversa sobre paliatividade, dificilmente deixando de prestar cuidado a algum paciente terminal, apesar de apresentar a experiência clínica como um fator relevante na sua eficácia.

Versão Final Homologada
20/12/2025 02:35

6. RELATO DE EXPERIÊNCIA

6.1. O CONTEXTO DA COMUNICAÇÃO NA EMERGÊNCIA

As notícias difíceis e as situações que ameaçam a vida são componentes integrais da prática médica, são assuntos integrais em maior um menor grau dependendo da especialidade. Neste recorte, sobre a Urgência e Emergência, estes assuntos são de frequência quase diária e portanto um tipo de tecnologia leve essencial aos plantonistas, mas que no entanto são negligenciadas frente a uma postura do paradigma biomédico, no qual é tratada a doença e não o paciente, tudo é realizado de forma a prolongar a vida do paciente independente da sobrevida e qualidade de vida desse paciente, “hoje ninguém morre no meu plantão”.

É possível aprender tanto mais pelas experiências ruins do que pelas boas, os momentos de perdas mais significativos, os não acolhimentos, a falta de tato e as tragédias ensinam e marcam a formação médica no sentido de se afastar daquilo que não quer ser como profissional.

Neste entremeio existem dois mundos completamente distintos no campo das notícias ruins, que são entre aquelas sobre eventos agudos em pacientes hígidos e eventos de agudizações em pacientes que já apresentam alguma doença crônica ou fragilidade. O primeiro caso é mais complexo, exige do profissional sensibilidade para expressar de maneira clara, direta, mas com empatia. A situação exige que o entendimento seja claro, foram observados profissionais exemplares durante as conversas com familiares nas visitas no setor de emergência expressando a gravidade da situação durante a explicação diagnóstica e prognóstica compreensiva e empática e principalmente repetindo reiteradamente a gravidade das condições em linguagem simples com intuito de elucidar, pois há o conhecimento sobre o ruído comunicacional e um certo nível não negação frente ao fato do ente querido saudável estar em uma situação ameaçadora à vida. Em contrapartida, foram vivenciados cenários de aridez na entrega de notícias, entregas que atordoam os familiares que as recebem ou mesmo situações que devido ao linguajar técnico houve pânico em uma situação benigna.

Por outro lado, a agudização de um paciente frágil entende-se que aquele paciente pode partir nessa internação ou em um futuro próximo, não seria uma surpresa se ele falecesse no próximo ano. Cada experiência que se tem nessas condições é única, foram observados desde a não aceitação e conflitos com as equipes de cuidado, negação por parte de alguns familiares, o acolhimento e desejo que o familiar faça uma “passagem” tranquila até ao ressentimento em relação à um genitor que agressivo durante uma adulta e um idoso solitário na velhice.

Versão Final Homologada
20/12/2025 02:35

6.2. MISTANÁSIA

Nos contextos de urgência envolvendo pacientes previamente hígidos, a comunicação do óbito constitui um dos maiores desafios para a equipe. Observa-se que a ausência de um preparo estruturado para tais situações pode levar a condutas comunicacionais inadequadas, com consequências profundas para os familiares em luto. Um exemplo recorrente dessa falha ocorre quando a notícia é transmitida de forma abrupta e impessoal, seguida pelo afastamento imediato do profissional, que deixa os familiares em estado de choque e desamparo.

Nesses cenários, a principal falha não reside na expressão de emoção por parte do profissional – aspecto humano e inevitável –, mas no abandono do ato comunicacional como um processo de suporte. Enquanto a retirada precoce do médico priva a família de um guia no momento inicial do luto, frequentemente observa-se que outros membros da equipe, como enfermeiros, assumem um papel fundamental de presença contínua, oferecendo conforto físico e emocional por meio de gestos simples, como segurar as mãos e permanecer ao lado dos familiares.

Tal conduta representa uma clara sobreposição aos princípios de protocolos estabelecidos, como o SPIKES. Em casos como esses, frequentemente apenas a etapa inicial de preparação do ambiente ("Set up") é respeitada, enquanto os passos subsequentes – que envolvem avaliar a percepção, convidar para a conversa, transmitir conhecimento de forma empática, acolher as emoções e resumir as informações – são negligenciados. Essa ruptura do protocolo aborta a construção de um vínculo de confiança e priva os familiares do suporte necessário para assimilar a notícia devastadora.

O impacto dessas situações estende-se também aos profissionais de saúde, cujas reações são moduladas por fatores intrínsecos e experiências pessoais. A identificação com o paciente ou seus familiares – por exemplo, quando um profissional que é pai enfrenta a morte de uma criança – pode desencadear respostas emocionais intensas, revelando a profunda vulnerabilidade inerente ao cuidado em contextos críticos. A morte inesperada de um paciente jovem ou pediátrico viola a expectativa natural do ciclo vital, configurando-se como uma experiência particularmente avassaladora, capaz de marcar a trajetória profissional e exigir mecanismos de suporte e processamento emocional por parte das equipes e das instituições.

Versão Final Homologada
20/12/2025 02:35

6.3. ORTOTANÁSIA

Dentro dos eventos de agudização do paciente frágil, pacientes idosos que se apresentavam no final de vida e era necessário conversar com seus familiares frente sua condição. A conversas bem manejada em que se respeitava os valores e as decisões tomadas conjuntamente entre os familiares, todos de perfil claramente distintos, já com o entendimento da gravidade e expressavam um amor incondicional pelo ente, foi um cenário raro. Para as melhores interações o único desejo que expressavam era que o paciente sofresse o mínimo possível, que fosse dado o necessário no suporte com sintomáticos e suporte ventilatório não-invasivo para que a "passagem" fosse a de menor sofrimento. Filhos e familiares se despedindo conjuntamente dentro dos setores de emergência, um momento privado no qual todas as emoções deles se afloraram sem pesar contra a equipe ou a situação. Tudo fora muito bem comunicado desde o início da internação, a postura da equipe de iniciar as conversas frente a deterioração do quadro e realizadas conferências familiares. Desta forma, foram momentos muito cândidos comparado a maioria das situações tortuosas que se inserem na emergência.

Neste prisma, foi observado um contato direto com as melhores práticas preconizadas pela literatura, além de haver um cenário ideal de colaboração familiar com a equipe. Em pacientes idosos frágeis e em condição crítica, que respondem negativamente à 'Pergunta-Surpresa modificada', observa-se que há indicação para que seja iniciada a conversa sobre cuidados paliativos, conduta essa efetivamente adotada por parte dos profissionais. Além disso, a realização da conferência familiar em um lugar calmo, iniciando a conversa sobre as perspectivas da família e o conhecimento da enfermidade, seguindo pela comunicação clara e objetiva do quadro dando espaço para a família assimilar a notícia e realizar uma discussão conjunta sobre as diretivas de cuidado. Por fim, ao abrir portas da emergência fora do horário estipulado para que a família visse o paciente que já estava em processo ativo de morte é um ato de empatia e necessário para que o processo de luto se inicie de forma saudável. Posteriormente foi realizado os protocolos farmacológicos para analgesia e alívio da dispneia com uso de opioides e deixado que a paciente continue com o processo ativo de morte com tanta tranquilidade que se podia ter naquele lugar.

Versão Final Homologada
20/12/2025 02:35

6.4. DISTANÁSIA

Por outro lado, os conceitos de ortotanásia e distanásia se aplicam frontalmente a essas questões, pois combatem a decisão de tentar fazer com que a vida se prolongue em meio ao sofrimento em outros pacientes, os quais se beneficiaram de menos intervenção. A distanásia manifesta-se quando o 'imperativo tecnológico' sobrepõe-se ao julgamento clínico-ético. Isso leva à realização de manobras invasivas, como a Reanimação Cardiorrespiratória (RCP), em pacientes frágeis com prognóstico irreversível que instabilizam na emergência, frequentemente sem que uma conversa sobre a terminalidade tenha ocorrido. Essa conduta foi observada em cenários como hemorragias intracranianas maciças, choques sépticos refratários ou agudizações terminais de doenças crônicas graves, frequentemente na ausência de uma conversa prévia sobre limites terapêuticos, nos quais o processo ativo de morte poderia já estar presente, ainda que esses paciente tivessem um pequeno nível de independência prévio. Repetidamente foi decidido que fosse realizada RCP ainda que não houvesse indício de melhora terapêutica significativa e pudesse somente causar mais sofrimento, pois era muitas vezes motivada por protocolos rígidos ou pela cultura do “fazer tudo possível”. Essa prática frequentemente gerou um sentimento de culpa e desconforto em sua execução pelos profissionais, pois era entendido somente como protocolar, a experiência clínica dos mais capacitados sabia que o prognóstico do paciente era terminal. Por fim, esses pacientes geralmente passam poucos dias internados com seu corpo invadido, sem resposta neurológica até que enfim falecem. O resultado foi o prolongamento iatrogênico do processo de morte, os dias a mais significaram mais tempo de sofrimento desnecessário, o tempo de despedida também foi prorrogado aos familiares, mas ao custo de uma cena de invasão corporal e sofrimento desnecessário, foram cenas longe do ideal para uma despedida digna.

É de certa forma compreensível não haver tomada de decisão compartilhada ou conversa prévia com a família, visto que, em alguns casos, o tempo entre a admissão e a PCR é curto. No entanto, houveram falhas que provinham do atendimento na atenção primária à saúde até o setor de emergência. O desconhecimento das trajetórias das doenças, a inércia para iniciar a conversa sobre cuidados paliativos, a relutância dos profissionais em abordar as conversas difíceis, a falta de plano de cuidados ou diretivas de final de vida já na admissão, a tomada de decisões unilateralmente. Todos esses são fatores para que o cuidado sejam longe do ideal, a ainda que se ignore a porção humanística dos casos, os gastos são excessivos com mais intervenções desnecessárias invadindo o corpo de um familiar de alguém.

Versão Final Homologada
20/12/2025 02:35

O que ficam são os questionamentos latentes dentro da emergência: até quando devemos lutar por uma vida? Quando decidir que este é o fim das tentativas terapêuticas? E quais vidas merecem ser ou não prolongadas?

6.5. O IMPACTO EMOCIONAL E A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL

É preciso falar dos profissionais nos serviços de saúde não somente no contexto do exercício da profissão, mas também como ser humano, que passa pelas experiências como sujeito ativo. Observa-se que a ressonância das experiências varia entre os profissionais, nem todos casos ruins marcam os mesmos profissionais, parece sempre haver alguma parte do paciente que toca de maneira profunda o profissional que se mobiliza diante do caso. Explico, pais que viram o filho de outra pessoa morrer durante o seu plantão, ou uma mãe jovem vendo outra mãe jovem em estado crítico. Existe esse espelho que nos coloca frente a nossa própria mortalidade ou nos joga frente à realidade que o equilíbrio da vida de quem se ama é frágil.

É incomum que internos sejam incubidos da função de porta-voz de notícias ruins, via de regra, eles têm o primeiro contato com a família de um paciente crítico com intuito de colher a história e informações adicionais sobre o caso. No entanto, com alguns poucos preceptores houve a abertura para que fizesse a abordagem das notícias ruins e as passagens de caso nas reuniões familiares e, definitivamente, estar ativo no processo de comunicar as famílias traz um crescimento tremendo em comparação à posição expectante. A experiência ativa e supervisionada na comunicação de notícias difíceis durante a graduação é apontada como um divisor de águas na formação. Ela permite ao estudante vivenciar a responsabilidade, o acolhimento e a construção de vínculos que são centrais à prática médica, contrastando com uma postura meramente expectante. Foi presenciado que o toque físico no contexto da linguagem não-verbal e especialmente o abraço selavam um pacto aliança entre as famílias e a equipe, um gesto de comum acordo que ambas as partes fariam ou fizeram o melhor que podiam para o paciente. Ainda que muitos profissionais entendam a seriedade desse tipo de notícia e impeçam que internos as emitam, o momento que se abre é um passo adiante numa formação mais humanística, pois permite que seja experienciada sem que todo peso recaia aos ombros de um recém formado.

Versão Final Homologada
20/12/2025 02:35

7. DISCUSSÃO

As experiências relatadas explicitam a dicotomia entre o preconizado pela literatura e a realidade vivenciada nos Departamentos de Emergência. O caso da mistanásia demonstra como a ausência de protocolos estruturados como o SPIKES (BAILE, 2000) pode resultar em comunicação traumatizante, especialmente diante de uma morte inesperada, deixando famílias desamparadas no momento mais vulnerável. A postura do médico viola o princípio ético da não-abandono, enquanto a enfermeira exemplifica o cuidado presencial que sustenta o luto inicial.

Em contraste, a ortotanásia ilustra a aplicação bem-sucedida de ferramentas como a Pergunta-Surpresa modificada (HAYDAR, 2017) e a tomada de decisão compartilhada (ELER, 2023). A conferência familiar, conduzida com escuta ativa e clareza, permitiu não apenas o alinhamento de expectativas, mas também o início saudável do processo de luto. Este caso reforça que a emergência, mesmo caótica, pode ser espaço de morte digna quando há intencionalidade no cuidado.

Já a distanásia expõe a tensão entre protocolos técnicos e julgamento clínico-ético. A RCP realizada em paciente com prognóstico inexorável reflete o "imperativo tecnológico" (MCNAMARA, 2020) que prioriza a ação sobre a reflexão, prolongando o sofrimento sob a justificativa de "fazer tudo possível". A ausência de conversa prévia com a família sobre limites terapêuticos transformou um momento de despedida em cena de invasão corporal.

A variação no limiar do "salvável" entre profissionais evidencia a subjetividade inerente às decisões em emergência – e a urgência de diretrizes claras e discussões éticas coletivas. Expõe como profissionais inexperientes apresentam pouca capacidade prognóstica frente à quadros graves e como um distanciamento do paciente pode incorrer em negligência do cuidado especialmente quando se trata de pacientes jovens longe do trajeto das doenças de final de vida.

Por fim, o impacto emocional nos profissionais, desde o médico que desaba ao interno que sente culpa frente à uma medida protocolar, reforça a necessidade de estruturas de suporte como debriefing e grupos de reflexão (DIJXHOORN, 2020). A formação médica, ainda centrada no paradigma biomédico, precisa incorporar o cuidado do cuidador como competência essencial, além de fomentar o uso de novas estratégias para o cuidado como a

Versão Final Homologada
20/12/2025 02:35

tomada de decisão compartilhada, que mitiga carga decisória, o fardo da palavra final e trata o paciente e seus familiares como aliados, respeitando suas individualidades e preferências.

8. CONCLUSÃO

Este relato permitiu analisar sob a luz da literatura as experiências em tanatologia que compreendem desde as melhores práticas às tragédias dentro do setor de emergência, um momento formativo em muitos níveis dentro da prática médica. É necessário que se reconheça e aprofunde o ensino comunicacional dentro das instituições de ensino, especialmente para a terminalidade, paliatividade e morte. Ferramentas como o protocolo SPIKES e a "Pergunta-Surpresa modificada" devem ser difundidos nos setores de emergência ao serem de grande valia dentro desse campo pela simplicidade, rapidez e ter poucas contrapartidas. A tomada de decisão compartilhada deve ser incluída nos currículos do ensino médico, pois aumenta vínculos, humanização, melhora o cuidado e mitiga o desgaste profissional, além de promover educação em saúde. Como limitação, reconhece-se o caráter subjetivo do relato de experiência e impossibilidade de abarcar demais facetas do tema. Sugere-se que futuros estudos utilizem metodologias mistas para ampliar a compreensão deste tema fundamental para a humanização da saúde.

9. REFERÊNCIAS

BAILE, Walter F. et al. SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. **The Oncologist**, [S. l.], v. 5, n. 4, p. 302-311, 2000. DOI: https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302.

DIJXHOORN, Anne-Floor Q. et al. **Prevalence of burnout in healthcare professionals providing palliative care and the effect of interventions to reduce symptoms: A systematic literature review. Palliative Medicine**, [S. l.], v. 35, n. 1, p. 1–21, 2020. DOI: 10.1177/0269216320956825.

DOWNAR, James et al. The "surprise question" for predicting death in seriously ill patients: a systematic review and meta-analysis. **CMAJ: Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v. 189, n. 13, p. E484-E493, 3 abr. 2017. DOI: 10.1503/cmaj.160775.

Versão Final Homologada
20/12/2025 02:35

ELER, Kalline Carvalho Gonçalves. Do consentimento informado à tomada de decisão compartilhada e a urgência de sua implementação no contexto brasileiro. **Revista de Bioética y Derecho**, Barcelona, n. 59, p. 117-132, 2023. DOI: 10.1344/rbd2023.59.40869.

GESSER, Ana Maria; SANTOS, Mirian Silva dos; GAMBETTA, Marcelo Vier. Spikes: um protocolo para a comunicação de más notícias. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 11, p. 107328-107340, nov. 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n11-111.

HAYDAR, Samir A. et al. Prognostic value of a modified surprise question designed for use in the emergency department setting. **Clinical and Experimental Emergency Medicine**, Seoul, v. 6, n. 1, p. 70-76, mar. 2019. DOI: 10.15441/ceem.17.293.

HAYDAR, Samir A. et al. Using the Surprise Question to Identify Those with Unmet Palliative Care Needs in Emergency and Inpatient Settings: What Do Clinicians Think? **Journal of Palliative Medicine**, [S. l.], v. 20, n. 3, p. 260-266, mar. 2017. DOI: 10.1089/jpm.2016.0403.

MCNAMARA, R. Emergency palliative care**. Emergency Medicine Journal**, [S. l.], v. 37, n. 7, p. 428-434, jul. 2020. DOI: 10.1136/emermed-2020-209464.

MEDEIROS, Maria Olívia Sobral Fraga et al. Cuidados paliativos na emergência: revisão integrativa. **Revista Bioética**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 300-310, abr./jun. 2021. DOI: 10.1590/1983-80422021292479.

MIERENDORF, Susanne M.; GIDVANI, Vinita. Palliative Care in the Emergency Department. **The Permanente Journal**, Portland, v. 18, n. 2, p. 77-85, mar. 2014. DOI: 10.7812/TPP/13-103.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados paliativos**. [S. l.], 1 jun. 2023. Disponível em: https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care. Acesso em: 11 dez. 2024.

QUINTINO, Carla Romagnolli; TIBÉRIO, Iolanda de Fátima L. Calvo; CARVALHO, Ricardo Tavares de (Org.). **Cuidado Paliativo: formação técnica e humanística para profissionais de saúde**. 1. ed. Barueri, SP: Manole, 2025.

Versão Final Homologada
20/12/2025 02:35

SANTOS, Leifa Naiane; RIGO, Rosângela Silva; ALMEIDA, Julia Sezara. **Manejo de Cuidados Paliativos = Palliative Care Management**. *Revista de Sistemas e Desenvolvimento*, [S. l.], v. 12, n. 2, 2023. DOI: 10.33448/rsd-v12i2.40028.

SMITH, Alexander K.; SCHONBERG, Mara A.; FISHER, Jane; PALLIN, Daniel J.; BLOCK, Susan D. The epidemiology of visits to the emergency department in the last month of life. **Annals of Emergency Medicine**, [S. l.], v. 56, n. 3, p. S85, 2010. DOI: 10.1016/j.annemergmed.2010.03.011.

SMITH, Alexander K.; SUDORE, Rebecca L.; PÉREZ-STABLE, Eliseo J. Palliative Care for Latino Patients and Their Families: Whenever We Prayed, She Wept. **JAMA: The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 301, n. 10, p. 1047-1051, 11 mar. 2009. DOI: 10.1001/jama.2009.308.

STACEY, Dawn et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S. l.], n. 4, 2017. DOI: 10.1002/14651858.CD001431.pub5.

VERHAEGHE, P. et al. Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. **International Journal of Clinical Practice**, [S. l.], v. 69, n. 11, p. 1257-1267, 2015. DOI: 10.1111/ijcp.12686.

WRIGHT, Rebecca et al. "That was a game changer": clinical impact of an emergency department-based palliative care communication skills training workshop. **BMJ Supportive & Palliative Care**, London, v. 10, n. 4, p. 474-479, dez. 2020. DOI: 10.1136/bmjspcare-2019-001882.

Versão Final Homologada
20/12/2025 02:35