

## **A propulsão do teleatendimento no cuidado paliativo oncológico domiciliar durante a pandemia de COVID-19**

The propulsion of call service in palliative oncology care in the COVID-19 pandemic

La propulsión del servicio de llamada en el cuidado paliativo oncológico domiciliario durante la pandemia COVID-19

Recebido: 21/03/2022 | Revisado: 27/03/2022 | Aceito: 02/04/2022 | Publicado: 09/04/2022

**Vanessa Gomes da Silva**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3438-3401>  
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Brasil  
E-mail: [vanessag\\_2005@yahoo.com.br](mailto:vanessag_2005@yahoo.com.br)

**Audrei Castro Telles**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1191-5850>  
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Brasil  
E-mail: [audreitelles@gmail.com](mailto:audreitelles@gmail.com)

**Nathália de Paula Albuquerque Guimarães**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3800-546X>  
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Brasil  
E-mail: [depaula\\_nath@hotmail.com](mailto:depaula_nath@hotmail.com)

**Flávia Navi de Souza**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1478-7038>  
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Brasil  
E-mail: [flavia\\_navi@yahoo.com.br](mailto:flavia_navi@yahoo.com.br)

**Lívia Lírio Campo**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8283-8098>  
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Brasil  
E-mail: [livialiriocampo@gmail.com](mailto:livialiriocampo@gmail.com)

**Nair Caroline Cavalcanti de Mendonça Bittencourt**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4451-6258>  
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Brasil  
E-mail: [ncarolinemendonca@gmail.com](mailto:ncarolinemendonca@gmail.com)

**Regina Bokehi Nigri**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2387-243X>  
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Brasil  
E-mail: [rnigri@inca.gov.br](mailto:rnigri@inca.gov.br)

**Maria das Graças Gazel de Souza**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6247-9331>  
Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Brasil  
E-mail: [mariagazel22@gmail.com](mailto:mariagazel22@gmail.com)

### **Resumo**

**Objetivo:** descrever a experiência de um serviço de assistência domiciliar, para garantir a continuidade da assistência a pacientes em cuidados paliativos oncológicos exclusivos, durante a pandemia. **Metodologia:** estudo qualitativo, descritivo, do tipo relato de experiência. Teve como cenário um Hospital Federal, localizado no Rio de Janeiro, Brasil. **Desenvolvimento:** durante a pandemia da COVID-19, foram desenvolvidas estratégias de aprimoramento do teleatendimento em saúde, ferramenta que já era usada no serviço de forma incipiente e que passou a assumir maior importância nas rotinas do serviço. Os caminhos adotados foram direcionados não somente para atender as demandas espontâneas, como também para realizar a busca ativa de pacientes sintomáticos, permitindo a triagem de casos por gravidade. **Considerações finais:** Embora tenham sido encontrados diversos desafios como a insuficiência de profissionais e carência de aporte tecnológico, dentre outros, um leque de ações foi desenvolvido promovendo o acolhimento e o monitoramento dos pacientes de forma remota e segura. Conclui-se que a incorporação do teleatendimento trouxe contribuições para o atendimento dos pacientes atendidos por este serviço com benefícios que ultrapassam as necessidades do período da pandemia.

**Palavras-chave:** COVID-19; Neoplasias; Cuidados paliativos; Assistência domiciliar; Telemedicina; Ensino.

### **Abstract**

**Objective:** to describe the experience of a home care service to ensure continuity of care for patients in exclusive palliative cancer care during the pandemic. **Methodology:** qualitative, descriptive study, experience report type. The

setting was a Federal Hospital, located in Rio de Janeiro, Brazil. Development: during the COVID-19 pandemic, strategies were developed to improve tele-service in health, a tool that was already used in the service in an incipient way and that started to assume greater importance in the service's routines. The paths adopted were directed not only to meet spontaneous demands, but also to carry out an active search for symptomatic patients, allowing for the screening of cases by severity. Final considerations: Although several challenges were encountered, such as the insufficiency of professionals and lack of technological support, among others, some actions promoted the reception and monitoring of patients remotely and safely. It is concluded that the incorporation of teleservice has contributed to the care of patients monitored by this service with benefits that exceed the needs of the pandemic period.

**Keywords:** COVID-19; Neoplasms; Palliative care; Home nursing; Telemedicine; Teaching.

### Resumen

Objetivo: describir la experiencia de un servicio de atención domiciliar para asegurar la continuidad de la atención a los pacientes en cuidados paliativos exclusivos por cáncer durante la pandemia. Metodología: estudio cualitativo, descriptivo, tipo informe de experiencia. El escenario fue un Hospital Federal, ubicado en Río de Janeiro, Brasil. Desarrollo: durante la pandemia COVID-19 se desarrollaron estrategias para mejorar el tele-servicio en salud, herramienta que ya se utilizaba en el servicio de manera incipiente y que empezó a cobrar mayor importancia en las rutinas del servicio. Los caminos adoptados se orientaron no solo a atender demandas espontáneas, sino también a realizar una búsqueda activa de pacientes sintomáticos, permitiendo el cribado de casos por gravedad. Consideraciones finales: Si bien se encontraron varios desafíos, como la insuficiencia de profesionales y la falta de soporte tecnológico, entre otros, algunas acciones promovieron la recepción y seguimiento de los pacientes de forma remota y segura. Se concluye que la incorporación del teleservicio ha contribuido a la atención de los pacientes monitoreados por este servicio con beneficios que superan las necesidades del período pandémico.

**Palabras clave:** COVID-19; Neoplasias; Cuidados paliativos; Atención domiciliar de salud; Telemedicina; Enseñanza.

## 1. Introdução

O surto da doença causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) foi caracterizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em onze de março de 2020 como pandemia, por se tratar de uma emergência de saúde pública de importância internacional, com alto potencial de transmissibilidade (OPAS, 2020).

O novo vírus provoca, na maioria das pessoas infectadas, sintomas leves de resfriado comum, permitindo recuperação em casa e sem necessidade de tratamento hospitalar, contudo, pode evoluir para infecções mais graves principalmente em determinados grupos (idosos, pessoas com câncer e outras comorbidades) (OPAS, 2020; Silva et al., 2021).

Neste cenário, que requer isolamento social, o teleatendimento em saúde tem se demonstrado eficaz, gerando interesse crescente na sua utilização. Trata-se de uma alternativa para a prestação de cuidados de saúde com potencial para atendimentos especializados, no caso de acompanhamento domiciliar, sem que a equipe de saúde necessite comparecer ao domicílio, evitando exposição ao vírus (Sirintrapun & Lopez, 2018; Caetano et al., 2021; Indini et al., 2020).

O uso de plataformas virtuais e da telemedicina tem sido, portanto, uma importante estratégia no monitoramento e no atendimento de pacientes com diversas demandas, bem como pacientes com sintomas leves de COVID-19 (Caetano et al., 2021).

Além disso, o teleatendimento vinculado à teleconsulta trouxe para o foco questões de grandes demandas como distância territorial, acessibilidade, redução de custos, somadas às efetividades descritas como consultas clínicas bem-sucedidas. Não obstante, o atendimento remoto permite acurácia diagnóstica e, por se tratar de uma ferramenta factível, de baixo custo e útil para triagem de casos, configura-se como uma boa opção diante do problema da má distribuição de especialistas (Sirintrapun & Lopez, 2018; Brasil, 2019; Uesugi et al., 2022).

Uma vertente em ascensão engloba a utilização de aplicativos móveis com objetivo de gerenciar sintomas, disseminar orientações quanto a boas práticas para uma vida saudável e favorecer a adesão para o atendimento domiciliar. São, portanto, ferramentas que possibilitam atividade assistencial e educativa, com amplo leque de possibilidades (Sirintrapun & Lopez, 2018).

No âmbito da oncologia, a COVID-19 representa um risco elevado (The Lancet Oncology, 2020). Pacientes

oncológicos em Cuidado Paliativo Exclusivo (CPE) – entendido como aquele cuidado centrado na manutenção do conforto e da dignidade de vida, sem intervenções voltadas para cura ou controle da doença - também passam por risco potencial, não mais em virtude da imunossupressão secundária ao tratamento, mas sim a imunodepressão relacionada à doença oncológica em evolução (Telles et al., 2021; Ramos, 2020).

Esses pacientes em CPE podem ser acompanhados em diferentes processos assistenciais, tais como: Ambulatório, Assistência Domiciliar (AD), Serviço de Pronto Atendimento (SPA) e Internação Hospitalar (IH). A pandemia em questão interferiu na dinâmica de todos estes processos, o que para a AD resultou em recomendações para aumento do intervalo de atendimentos presenciais.

Fez-se urgente o desenvolvimento de ‘novos modelos assistenciais’ com vistas à continuidade do cuidado e, portanto, foi objetivo deste artigo descrever a experiência de um serviço de AD, para garantir a continuidade da assistência a pacientes em cuidados paliativos oncológicos exclusivos durante a pandemia.

## 2. Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo relato de experiência. Os relatos de experiência correspondem a uma ferramenta da pesquisa descritiva, na qual se apresenta a reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações, diante de uma situação vivenciada no âmbito profissional de interesse da comunidade científica (Viana et al., 2018; Creswell, 2010).

Teve como cenário um Hospital Federal, especializado em CPE, localizado no Rio de Janeiro, Brasil. Mais especificamente, o estudo relata a experiência de implementação sistemática do teleatendimento para acompanhamento de pacientes oncológicos em cuidados paliativos assistidos pela AD da referida instituição.

É importante destacar que o teleatendimento já era uma estratégia adotada pelo serviço da unidade desde 2018, contudo de forma incipiente e como resposta a carência de profissionais, em especial da categoria médica. Neste sentido, pacientes e familiares/cuidadores já contavam com o atendimento telefônico por demanda espontânea dos mesmos e/ou por busca ativa da equipe, durante o horário de funcionamento do serviço. Esses atendimentos objetivavam orientar pacientes e familiares/cuidadores, investigar e monitorar sintomas.

Contudo, diante da pandemia, houve a necessidade não apenas de sistematizar essa modalidade de atendimento, como de rever outros fluxos, como por exemplo, a entrega de materiais, medicamentos, cestas básicas na residência dos pacientes, seguindo as recomendações de proteção.

Profissionais de diversas as categorias (enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogas, fisioterapeutas, assistentes administrativos, farmacêutica, motoristas, dentre outros), participaram das estratégias para a manutenção dos cuidados aos pacientes. Porém, não foi possível definir o número exato desses profissionais, em virtude dos afastamentos por licenças médicas decorrentes do adoecimento por contaminação pelo SARS-CoV-2. Até mesmo os profissionais que foram afastados da assistência direta ao paciente, por motivo de gravidez ou doença crônica, participaram da proposta desenvolvendo atendimentos remotos aos de suas residências.

Por se tratar de um relato de experiência, não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Ainda assim, foram seguidos todos os princípios éticos em acordo com a Resolução CNS 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Para ancorar as discussões do presente relato de experiência, foi realizada uma revisão simples de literatura em bases de dados buscando artigos científicos, teses/dissertações, manuais e legislações que versassem sobre o tema.

### 3. Breve perspectiva Histórica e Repercussões para a Realidade Brasileira

Desde o início da pandemia de COVID-19, o teleatendimento ganhou visibilidade nos diferentes cenários de saúde do Brasil e do mundo, em virtude da necessidade de oferecer continuidade à prestação de serviços de saúde essenciais à população (Uesugi et al., 2022). Instâncias públicas e orientadoras apresentaram normativas que tornaram esse atendimento remoto permitido para dar seguimento a atividades anteriormente estruturadas como presenciais (Caetano et al., 2021).

No Brasil, diversas tecnologias vêm sendo utilizadas para aprimorar estratégias de saúde pública nos últimos anos. Um programa iniciado em 2007, inicialmente como Projeto Piloto em apoio à Atenção Básica, contou com nove Núcleos de Telessaúde localizados em universidades do país, e tinham como objetivo articular profissionais de saúde de diferentes níveis de atenção e os pacientes, bem como o acesso remoto a recursos de apoio diagnósticos ou até mesmo terapêuticos. Quatro anos após o Projeto Piloto, houve a expansão do financiamento para núcleos intermunicipais e estaduais. (Brasil, 2012; Brasil, 2015; Brasil, 2019)

O Quadro 2 organiza algumas ações nominais do referido programa, bem como nomenclaturas, conceitos e contextos referentes às descrições das atividades:

**Quadro 1:** Ações Nominais do Programa Telessaúde.

<b>Nomenclatura</b>	<b>Descrição das atividades</b>
Teleconsulta	Realizada por médico ou outro profissional de saúde, a distância, por meio de tecnologia de informação e comunicação, onde ocorra interação entre profissional de saúde e paciente;
Teleconsultoria	Registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área de saúde;
Telediagnóstico	Serviços de Apoio ao Diagnóstico através de distâncias geográficas e/ou temporais;
Telecirurgia	Realização, à distância, de cirurgia (ou procedimento) por um cirurgião, por meio de um sistema robótico; conhecida como cirurgia remota;
Telemonitoramento	Monitoramento a distância de parâmetros de saúde e/ou doença de pacientes por meio de Tecnologias da Informação (TICs), incluindo a coleta de dados clínicos do paciente, sua transmissão, processamento e manejo, realizado por um profissional de saúde por meio de um sistema eletrônico;
Teleeducação	Conferências, aulas, cursos, ou disponibilização de objetos de aprendizagem interativos sobre temas relacionados à saúde ministrados a distância por meio de TICs
Segunda Opinião Formativa	Resposta sistematizada (construída com base em revisão bibliográfica das melhores evidências científicas e clínicas, com o papel ordenador da atenção básica à saúde) a perguntas originadas das teleconsultorias, selecionadas a partir de critérios de relevância e pertinência em relação às diretrizes dos serviços de saúde;

Fonte: Brasil, (2012); Brasil, (2015); Brasil (2019).

Este caráter consultor e de suporte às equipes e profissionais, direciona a concepção do Telessaúde bem como a ideia de rede. Cabe refletir diante da emergência imposta pela Pandemia COVID-19 acerca dos caminhos para favorecer suporte aos pacientes e suas famílias.

### 4. Cuidados Paliativos Oncológicos e os desdobramentos diante da Pandemia COVID-19 na Assistência Domiciliar (AD)

Partindo de um trabalho incipiente de teleatendimento, a pandemia impôs ao serviço de AD discussões sobre a necessidade do fortalecimento da teleconsulta e da telemedicina como ferramenta para a continuidade da assistência, sendo

necessário identificar situações em que seja possível a redução da frequência de atendimentos presenciais sem prejuízo à qualidade do cuidado prestado ou incidência de piora do quadro clínico (SIRINTRAPUN & LOPEZ, 2018; CAETANO et al., 2021; ANCP, 2020).

Para tais demandas, foi necessária a reestruturação do serviço através da criação de novos canais de comunicação, bem como, a capacitação dos profissionais em relação a novas diretrizes para uso destas ferramentas.

A Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) publicou uma recomendação na qual reforça a necessidade de seguimento do Cuidado Paliativo, não podendo ser negligenciado mesmo em vigência de uma pandemia (ANCP, 2020). Neste contexto, o Congresso Nacional decretou a Lei 13.989 de 15 de abril de 2020 que dispõe sobre o uso da Telemedicina durante a crise sanitária (Brasil, 2020).

Com as regulamentações que resguardam legalmente a atuação de cada profissional neste formato, o seguimento dos cuidados em saúde para os pacientes e familiares em acompanhamento domiciliar foi sistematizado de forma remota.

## 5. Relato da Experiência de Inovação

A adaptação do intervalo entre os atendimentos domiciliares se tornou urgente a partir de abril de 2020, em consonância com a recomendação dos órgãos gestores do Ministério da Saúde para minimizar a circulação de pessoas e realizar distanciamento social, sobretudo quando se trata de pacientes com imunidade comprometida.

Antes da pandemia, as agendas de atendimentos domiciliares eram organizadas apenas com base na categoria profissional e na demanda de cuidado e orientação conforme descritos no Quadro 2:

**Quadro 2:** Periodicidade de atendimentos domiciliares.

Profissional	Intervalo de atendimento
Enfermeiros	Primeiro atendimento em até 7 dias Subsequente em até 10 dias
Médicos	Primeiro atendimento em até 10 dias Subsequente de 30 até 45 dias
Assistentes Sociais Psicólogas Fisioterapeutas	Conforme demanda Primeiro atendimento em até 15 dias Subsequente a depender da demanda de retorno

Fonte: Autores (2022).

Mesmo antes da Pandemia o serviço já adotava, para triagem de pacientes por gravidade, a ‘Classificação de Sinais e Sintomas de Alerta’<sup>1</sup>, baseada na identificação de sinais e sintomas que geram desconforto e dificultam a permanência do paciente em domicílio. Recebem prioridade no atendimento os pacientes com sinais e sintomas considerados de alerta como: dor, náuseas, falta de ar, confusão mental e sangramento. Esses sinais/sintomas de alerta são quantificados numa escala numérica de 0 a 10, conforme a pontuação, o sinal/sintoma poderia ser classificado como: ausente (pontuação 0), leve (de 1 a 3), moderado (de 4 a 6) ou intenso (de 7 a 10).

A classificação desses sinais/sintomas pode auxiliar na tomada de decisão para prevenir piora clínica e, nos casos intensos, permite a sinalização quanto à necessidade de encaminhamento ao SPA ou para IH, no caso de agudização de sintomas. Também auxilia na identificação de pacientes em processo ativo de morte o que pode indicar a necessidade de

<sup>1</sup>Organizado por Silva, V.G. & Souza, F. N. desde 2018 como estratégia de triagem por gravidade de sinais e sintomas, estando vigente até a presente data sendo aplicado durante o atendimento de Médicos e Enfermeiros.

medidas capazes de manter o paciente confortável em casa até o momento do óbito (nos casos em que o paciente/familiar expressar preferência pelo óbito em domicílio) e assistência no pós-óbito aos familiares.

Com a chegada da pandemia, todos os atendimentos da AD passaram por uma reestruturação. A psicologia, o serviço social e a fisioterapia passaram a realizar atendimento remoto, enquanto a enfermagem e a medicina mantiveram atendimentos presenciais, porém com intervalo alargado e complementados pelas teleconsultas.

Neste sentido os objetivos da inovação consistiam em:

- ✓ Promover acolhimento e vínculo com pacientes e familiares pelo fortalecimento da comunicação na assistência domiciliar;
- ✓ Investigar e monitorar sinais e sintomas com vistas a antecipação e tratamento das manifestações clínicas que inviabilizem a permanência do paciente em seu domicílio com segurança e estabilidade;
- ✓ Identificar casos suspeitos de COVID-19 entre pacientes e familiares para orientação de medidas de quarentena, bem como seguir com o tratamento de casos sintomáticos dos pacientes;

Um dia antes do atendimento domiciliar agendado, o paciente recebia uma ligação telefônica da equipe da AD em que era feita uma triagem em relação a sintomas de resfriado/gripe e/ou sintomas respiratórios sugestivos de COVID-19 por parte do paciente e/ou de seus contactantes familiares. Em concomitante era avaliado o estado geral do paciente e outros possíveis sinais e sintomas descompensados.

Nos casos de paciente e/ou familiar com triagem positiva para suspeita de COVID-19, o paciente ficava em quarentena e isso era registrado em prontuário e em planilha de acompanhamento do serviço. Essa informação era compartilhada com os demais setores da unidade hospitalar, inclusive com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) que é responsável por sua notificação no e-SUS Notifica.

Pacientes com quadros graves de COVID-19 eram encaminhados para o SPA ou para IH, enquanto os pacientes com quadros leves eram monitorados por teleatendimento.

A dispensação de materiais e medicamentos para todos os pacientes passou a ser gerenciada pela farmacêutica da AD, de acordo com a demanda descrita pelos familiares/pacientes, de forma a assegurar o conforto e segurança do paciente no domicílio.

Os atendimentos eram realizados através de ligação por telefone fixo, vídeo chamadas e/ou mensagens por telefone celular ou *tablet* e em seguida eram registrados no prontuário eletrônico e físico.

Desde junho de 2020, o atendimento domiciliar presencial retornou, de forma gradual, para toda a equipe, contudo, mantendo as medidas de precaução e a investigação contínua de casos sintomáticos de síndrome gripal, assim como a investigação de forma remota e antecipada de outros possíveis sinais/sintomas agudizados. O Quadro 3 demonstra a dinâmica assistencial do serviço:



**Quadro 3:** Estrutura para o seguimento do teleatendimento.

Atendendo as demandas	Investigação	Identificação de Síndrome Gripal	Desfecho
-Espontânea -Busca ativa	Sinais e Sintomas de Alerta: -Dor -Falta de Ar -Náuseas/ Vômitos -Sangramento -Confusão Mental (aguda)  Triagem por gravidade/ intensidade	-Quarentena -Notificação -Monitoramento remoto ou encaminhamento ao SPA ou IH	-Registro do atendimento em prontuário do paciente -Comunicação com a Equipe

Fonte: Autores (2022).

## 6. Principais Resultados Alcançados

Diversos sinais e sintomas podem ser manifestados por pacientes em cuidados paliativos oncológicos no domicílio. Por esse motivo, a atenção dos profissionais precisa ser direcionada para intervenções adequadas e precoces, capazes de contribuir para viabilizar o cuidado no domicílio (Bittencourt et al., 2021). Tais atividades seguem embasadas em ações de educação em saúde capazes de proporcionar melhorias no conhecimento e na experiência dos pacientes, cuidadores/familiares neste cenário para a continuidade da assistência tendo em vista um cuidado mais humanizado e seguro (Santos et al., 2022).

Neste sentido, o uso de tecnologias pode auxiliar diretamente na resolutividade dos problemas, fortalecendo o teleatendimento incorporado à rotina assistencial de forma sistemática, não substituindo a assistência direta, mas complementando o cuidado, já que a telemedicina demonstrou ser um bom adjuvante na monitoração e gerenciamento de sintomas de pacientes em cuidados paliativos em domicílio (Krause, 2014).

A tecnologia adotada proporcionou à equipe não apenas o acompanhamento dos pacientes em relação à identificação de suas necessidades, mas também aumentou o sentimento de segurança e satisfação dos pacientes/familiares em relação à oferta de suporte para a manutenção da qualidade de vida e conforto no domicílio.

O monitoramento e acompanhamento possibilitaram a identificação de sinais e sintomas recorrentes nos pacientes com câncer em CPE, como: fadiga, dor, sintomas gastrointestinais (náuseas, vômitos, diarreia, constipação), caquexia/anorexia, *delirium*, falta de ar (e outros sintomas respiratórios), insônia, sangramento, ansiedade e tristeza, para uma intervenção oportuna e eficaz (Hui et al., 2017; Brasil, 2020; Bittencourt et al., 2021; Krause, 2014).

A presença dessas manifestações clínicas pode estar relacionada a múltiplas causas, necessitando de investigação detalhada quanto às seguintes características: início e qualidade do sinal/sintoma, resposta a tratamentos anteriores, sintomas relacionados, gravidade, temporalidade e fatores desencadeantes (Hui et al., 2017; Bittencourt et al., 2021).

Configura-se então mais um desafio para a equipe, pois muitos sintomas relacionados à COVID-19 assemelham-se àqueles decorrentes da doença oncológica avançada ou ainda de outras comorbidades (ex.: doença pulmonar obstrutiva crônica, cardiopatias). Isso exige uma investigação atenta e individualizada, favorecendo o raciocínio clínico (Porzio et al., 2020).

A partir da compreensão de que em muitos casos o quadro clínico do paciente muda de forma rápida, é imprescindível estreitar os laços da comunicação entre os profissionais com o paciente e sua família. Cabe ressaltar que, sejam essas mudanças oriundas de situações agudas (potencialmente reversíveis) ou crônicas (inerentes à progressão do curso da doença, cabendo o reforço de medidas de conforto), ambas necessitam de pronta intervenção (Porzio et al., 2020).

No contexto do presente estudo, o teleatendimento possibilitou esse estreitamento de laços entre equipe e pacientes/familiares, escuta ativa para a avaliação e controle de sintomas físicos, psíquicos, sociais e espirituais do paciente e

família, revisão do plano de cuidados, antecipação de complicações e, quando evidenciados sinais e sintomas de terminalidade, promoveu a adoção de medidas de conforto, bem como assistência no pós-óbito, favorecendo o luto adequado.

## **7. Limitações da Inovação**

Como uma tecnologia ainda incipiente no Brasil, necessita-se ampliar e investir na formação profissional relacionada ao teleatendimento. Muitas das atividades e estratégias desenvolvidas são oriundas de aparato teórico e prático dos profissionais de uma determinada área de conhecimento que ao desenvolver as atividades vinculadas ao teleatendimento à população (re)significam a assistência.

Os serviços ainda necessitam de maior aporte de informática, onde seja possível otimizar toda a logística de registros e relatórios, capazes de favorecer à equipe um panorama da população atendida.

Outro fator relevante corresponde ao acesso da população às tecnologias, disponibilidade de redes e habilidade para manejo de ferramentas de comunicação.

Para a equipe, há a possibilidade de contato com paciente em tempo real através de videochamadas, o que possibilita avaliá-lo prontamente em algumas situações. Entretanto, o contato direto, o toque e o exame físico se tornam inviáveis, tendo o profissional que utilizar outros indicativos e parâmetros de avaliação conforme já abordados anteriormente.

## **8. Contribuições para a Prática**

A telessaúde representa uma instância assistencial que se mostrou essencial no contexto da pandemia, por reduzir o risco de contágio de pacientes e profissionais de saúde pelo SARS-CoV-2 e ao mesmo tempo para garantir a continuidade da oferta dos cuidados paliativos.

O uso imediato e a aplicação bem-sucedida da telessaúde na pandemia apresenta indicativos para o aumento da aceitação pública e governamental de tais tecnologias para muitas áreas da saúde no futuro. Trata-se de uma tecnologia que possibilita o acesso de pacientes e familiares a uma equipe especializada, além de apresentar vantagens em relação ao custo e efetividade para gestão de serviços.

Em relação ao acesso, vive-se no Brasil uma realidade onde o telefone fixo e/ou o celular são factíveis à grande parte da população, mas o acesso à internet ainda apresenta limitações em algumas regiões. Contudo, as estratégias de desenvolvimento de tecnologia em saúde se ampliam a cada dia e devem buscar a oferta de cuidado integral aos usuários.

## **9. Considerações Finais**

Para além da emergência imposta pela pandemia da COVID-19, as tecnologias em saúde podem ser amplamente utilizadas pelos serviços, que por sua vez, devem regulamentar e sistematizar sua utilização de acordo com a especificidade de cada área de atuação.

No que se referem aos CPE em oncologia, o teleatendimento em saúde tem se mostrado uma forma complementar de assistência ao paciente, capaz de auxiliar no controle e monitoramento de sinais/sintomas, reforço das orientações e esclarecimento de dúvidas aos pacientes ou familiares/cuidadores de forma efetiva e segura, além da abordagem de questões de finitude e os cuidados de fim de vida.

Trata-se de uma tecnologia ainda incipiente na maioria dos cenários de assistência à saúde da população, porém que ganha cada vez mais visibilidade e confiabilidade no contexto social contemporâneo. No Brasil, os conselhos profissionais e as instâncias superiores de saúde necessitam ampliar discussões que abordem essa temática para seu fortalecimento como ferramenta assistencial de uso factível e resolutiva na área da saúde.



Podemos concluir que a crescente incorporação do teleatendimento é capaz de trazer benefícios e contribuições para o cuidado paliativo oncológico domiciliar que não se limitam ao período da pandemia da COVID-19. Logo, precisa-se avançar em reflexões e pesquisas que possibilitem ampliar o diálogo com nossos pares, com as instâncias públicas e com a sociedade a fim de agregar a maior qualidade possível no que tange a assistência à saúde e a qualidade de vida da população.

## Referências

- Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) (2020). *Posicionamento da Academia Nacional de Cuidados Paliativos sobre o Covid-19*. <https://paliativo.org.br/ancp/covid19>
- Bittencourt, N. C. C. M., Santos, K. A., Mesquita, M. G. R., Silva, V. G., Telles, A. C. & Silva, M. M. (2021). Signs and symptoms manifested by patients in palliative cancer care in homecare: integrative review. *Esc Anna Nery*, 25(4), 1-14.
- Brasil. (2020). Lei nº 13989 de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Brasil: Diário Oficial da União. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.989-de-15-de-abril-de-2020-252726328>
- Brasil. (2015). Ministério da Saúde (2015). Custeio dos Núcleos de Telessaúde. Manual Instrutivo. [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual\\_tecnico\\_telessaude\\_preliminar.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_tecnico_telessaude_preliminar.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Ciência e Tecnologia. (2019). *Guia Metodológico para Programas e Serviços em Telessaúde*. [http://www.ans.gov.br/images/MS-telessaude-manual\\_2019.pdf](http://www.ans.gov.br/images/MS-telessaude-manual_2019.pdf)
- Brasil. Ministério da Saúde. *Manual de Telessaúde para Atenção Básica / Atenção Primária à Saúde / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul*. – Brasília: Ministério da Saúde (2012). Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual\\_telessaude.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_telessaude.pdf)
- Caetano, R., Silva, A. B., Guedes, A. C. C. M., Paiva, C. C. N., Ribeiro, G. R., Santos, D. L. & Silva, R. M. (2021). Challenges and opportunities for telehealth during the COVID-19 pandemic: ideas on spaces and initiatives in the Brazilian context. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(5), 1-16.
- Creswell, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Artmed.
- Hui, D., Titus, A., Curtis, T., Ho-nguyen, V. T., Frederickson, D., Wray, C., Granville, T., Bruera, E., Mckee, D. K., & Rieber, A. (2017). Implementation of the Edmonton Symptom Assessment System for Symptom Distress Screening at a Community Cancer Center: A Pilot Program. *Oncologist*, 22(8), 995-1001.
- Indini, A., Aschele, C., Cavanna, L., Clerico, M., Daniele, B., Fiorentini, G., Fioretto, L., Giordano, M., Montesarchio, V., Ortega, C., Pinotti, G., Scanni, A., Zamagni, C., Blasi, L., & Grossi, F. (2020). Reorganization of medical oncology departments during the novel coronavirus disease-19 pandemic: a Nationwide Italian survey. *Eur J Cancer*, 132, 17-23.
- Krause, L. H (2014). *Avaliação do potencial da telemedicina em cuidados paliativos no câncer avançado*. Dissertação - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas – Pós-graduação em Ciências Médicas, 166 f. Disponível em: <http://www.btd.uerj.br/handle/1/8753>
- Organização Panamericana da Saúde (OPAS) (2020). *Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus)*. Disponível em: [www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6101:COVID19&Itemid=875](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:COVID19&Itemid=875)
- Porzio, G., Cortellini, A., Bruera, E., Verna, L., Ravoni, G., Peris, F., & Spinelli, G. (2020). Home Care for Cancer Patients During COVID-19 Pandemic: The Double Triage Protocol. *J Pain Symptom Management*, 60(1), 5-7.
- Ramos, R. S. A. (2020). Enfermagem oncológica no enfrentamento da pandemia de Covid-19: reflexões e recomendações para a prática de cuidado em oncologia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 66, 1-5.
- Santos, J. F.; Rocha, R. M.; Costa, P. A. D.; Squarcini, C. F. R. (2022). Desafios da enfermagem no programa Melhor em Casa: relato de experiência. *Research, Society and Development*, 11(4), 1-7.
- Silva, T. T. M., Araújo, N. M., Sarmiento, S. D. G., Castro, G. L. T., Dantas, D. V., & Dantas, R. A. N. (2021). Impact of Covid-19 in patients with cancer: a scoping review. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 30, 1-19.
- Sirintrapun, S. J. & Lopez, A. N. (2018). Telemedicine in cancer care. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, 38, 540-545.
- Telles, A. C., São bento, P. A. S., Chagas, M. C., Queiroz, A. B. A., Bittencourt, N. C. C. M., & Silva, M. M (2021). Transition to exclusive palliative care for women with breast cancer. *Rev Bras Enferm.*, 73(0), p. 1-8.
- The Lancet Oncology. (2020). COVID-19: global consequences for oncology [Editorial]. *Lancet Oncol*, 21(4), 467.
- Uesugi, J. H. E., Fernandes, C. F., Silva, J. C. C., Martins, H. H. S., Trindade, E. L., & Ferreira, L. A. (2022). Aplicações da telemedicina no cenário da pandemia de COVID-19. *Reserach Society and Development*, 11(1), 1-6.
- Viana, G. K. B, Silva, H. A., Lima, A. K. G., Lima, A. L. A., Mourao, C. M. L., Freitas, A. S. F., Silva, A. M. L., Santos, E. T., & Rodrigues, F. T. S. (2018). Educational intervention in the nursing team beyond palliative care. *J. Health Biol Sci*, 6(2): 165-169.