



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORA DE GRADUAÇÃO
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LARISSA LOURENÇO NUNES

ATENDIMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DURANTE INTERNAÇÃO
POR INFECÇÃO DE UM PACIENTE ONCOLÓGICO: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA NA VISÃO ACADÊMICA E FAMILIAR

Goiânia, 2025

LARISSA LOURENÇO NUNES

**ATENDIMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DURANTE INTERNAÇÃO
POR INFECÇÃO DE UM PACIENTE ONCOLÓGICO: UM RELATO DE
EXPERIÊNCIA NA VISÃO ACADÊMICA E FAMILIAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Ciências Sociais da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito para obtenção de nota parcial para conclusão do curso.

Linha de pesquisa: Cuidado em saúde.
Orientador: Dra. Rayana G. O. Loreto.

Goiânia, 2025.

Dedico este trabalho à memória da minha madrinha, que foi o motivo de cada linha desta pesquisa e que, com sua história, moldou meu compromisso como futura profissional.

À minha família, por todo apoio, por acreditar em mim e por me sustentar em todos os momentos.

Que essa vivência fortaleça em mim e outros profissionais o compromisso com um cuidado cada vez mais humano e ético.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me conceder força, coragem e sabedoria em todos os momentos dessa jornada acadêmica e pessoal.

À minha família, por cada gesto de amor, apoio e paciência. Obrigada por acreditarem em mim mesmo nos dias em que eu duvidei das minhas próprias forças. Cada conquista deste trabalho também é de vocês.

À minha madrinha, cuja história deu origem a esta pesquisa e despertou em mim um propósito que levarei para toda a vida. Mesmo ausente fisicamente, sua memória segue guiando meu olhar sensível e humano para a Enfermagem.

Minha orientadora, Dra. Rayana, que me viu chegar com tantas dúvidas e questionamentos, mas que, com paciência e sensibilidade, me ajudou a enxergar cada etapa no seu tempo. Agradeço por sua leveza, acolhimento e por ter sido fundamental para que este trabalho ganhasse forma e significado.

Aos professores que fizeram parte da minha formação, obrigada pelos ensinamentos, pela dedicação e por expandirem minha visão enquanto futura profissional. E a todos que, de alguma forma, contribuíram direta ou indiretamente para a concretização deste estudo, deixo minha gratidão.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	5
RESUMO	6
ABSTRACT	7
1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVO	11
3 MÉTODO.....	12
4 A EXPERIÊNCIA	13
5 DISCUSSÃO	19
6 CONCLUSÃO.....	23
REFERÊNCIAS	24

LISTA DE SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCR	Câncer Colorretal
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
ILAS	Instituto Latino-Americano de Seps
INCA	Instituto Nacional de Câncer
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
PS	Pronto Socorro
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
WHO	World Health Organization

RESUMO

NUNES, L. L. Atendimento da equipe multiprofissional durante internação por infecção de um paciente oncológico: um relato de experiência na visão acadêmica e familiar. 2025. 27p. Trabalho de Conclusão de Curso – Curso (graduação em Enfermagem) – Escola de Ciências Sociais e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, Goiás, 2025

Introdução: as infecções relacionadas à assistência à saúde representam um dos principais desafios para a segurança do paciente, especialmente no contexto oncológico, em que a imunossupressão decorrente da doença e do tratamento aumenta o risco de complicações graves como sepse e choque séptico. A hospitalização frequente, a complexidade terapêutica e a vulnerabilidade física e emocional tornam essencial uma assistência multiprofissional qualificada, humanizada e centrada no paciente. **Objetivo:** relatar a experiência da condução da equipe multiprofissional durante o processo de internação por infecção de um familiar oncológico, sob a perspectiva acadêmica e familiar. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência descritivo, elaborado a partir das vivências da autora durante o processo de internação de um familiar com câncer colorretal entre 2019 e 2024, com base em memórias, registros pessoais e posterior confronto com literatura científica sobre oncologia, cuidados paliativos, segurança do paciente e sepse. **Resultados:** a experiência evidenciou falhas importantes na assistência, incluindo ausência de comunicação eficaz, negligência no manejo de sintomas, demora na avaliação médica, dificuldades na administração de medicamentos, baixa adesão aos protocolos de sepse e pouca valorização das queixas do paciente e familiares. Observou-se piora progressiva do quadro clínico, com episódios de dor intensa, feridas e rebaixamento do nível de consciência e evolução para sepse, culminando em falência múltipla dos órgãos e óbito. **Conclusão:** a experiência relatada evidencia a necessidade de fortalecer práticas de segurança, promover educação permanente sobre sepse, aprimorar protocolos institucionais e investir em comunicação e acolhimento como pilares do cuidado. Foi possível promover reflexões profundas sobre empatia, responsabilidade ética e fragilidade humana e reforçar o compromisso com a atuação profissional crítica, humanizada e baseada em evidências, destacando a importância do papel da Enfermagem na vigilância, na comunicação e na defesa dos direitos do paciente.

Palavras-chave: Oncologia. Sepse. Enfermagem.

ABSTRACT

NUNES, L. L. Multiprofessional team care during hospitalization for infection of an oncological patient: an experience report from an academic and family perspective. 2025. 27p.

Final Course Project – Course (Bachelor's Degree in Nursing) – School of Social and Health Sciences of the Pontifical Catholic University of Goiás, Goiânia, Goiás, 2025.

Introduction: healthcare-associated infections represent one of the main challenges for patient safety, especially in the oncological context, where immunosuppression resulting from the disease and treatment increases the risk of serious complications such as sepsis and septic shock. Frequent hospitalization, therapeutic complexity, and physical and emotional vulnerability make qualified, humanized, and patient-centered multiprofessional care essential. **Objective:** to report the experience of the multiprofessional team's management during the hospitalization process for infection of a family member with cancer, from an academic and family perspective. **Methodology:** This is a descriptive account of experience, developed from the author's experiences during the hospitalization of a family member with colorectal cancer between 2019 and 2024, based on memories, personal records, and subsequent comparison with scientific literature on oncology, palliative care, patient safety, and sepsis. **Results:** The experience revealed significant failures in care, including lack of effective communication, negligence in symptom management, delays in medical evaluation, difficulties in medication administration, low adherence to sepsis protocols, and little appreciation of the patient's and family's complaints. Progressive worsening of the clinical picture was observed, with episodes of intense pain, wounds, and decreased level of consciousness, and progression to sepsis, culminating in multiple organ failure and death. **Conclusion:** The reported experience highlights the need to strengthen safety practices, promote ongoing education on sepsis, improve institutional protocols, and invest in communication and support as pillars of care. It was possible to promote deep reflections on empathy, ethical responsibility, and human fragility, and reinforce the commitment to critical, humanized, and evidence-based professional practice, emphasizing the importance of the role of Nursing in surveillance, communication, and in defending patient rights.

Keywords: Oncology. Sepsis. Nursing.

1 INTRODUÇÃO

As Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) figuram entre os maiores obstáculos dos sistemas hospitalares globais. Adquiridas durante internações ou procedimentos ambulatoriais, essas infecções podem comprometer a recuperação, prolongar o tempo de hospitalização e elevar os custos e os riscos de complicações graves, como o óbito (Brasil, 2017). O problema é ainda mais grave em pacientes imunossuprimidos, idosos e com doenças crônicas (WHO, 2022).

Estudos mostram que entre 5% e 15% dos pacientes internados desenvolvem IRAS, com índices mais altos em UTIs, onde a vulnerabilidade é maior devido à gravidade clínica e ao uso de dispositivos invasivos (INCA, 2023). Em alguns casos, as taxas chegam a 30%, agravadas pela resistência antimicrobiana, que dificulta o tratamento e eleva a letalidade, podendo chegar a 25% em grupos de risco (Silva *et al.*, 2020).

A hospitalização, embora necessária, aumenta o risco de infecções, especialmente quando associada a longas permanências, uso de cateteres, ventiladores mecânicos e exposição a microrganismos resistentes (Silva *et al.*, 2020). Além disso, a infecção pode ser causa ou consequência da internação, criando um ciclo de risco e vulnerabilidade. Historicamente, o controle dessas infecções tornou-se prioritário desde as práticas de higiene de Florence Nightingale, no século XIX (Pittet, 2001). Desde então, houve avanços com antibióticos e protocolos de biossegurança, embora a resistência antimicrobiana siga como um desafio atual (WHO, 2022).

A prevenção eficaz reduz mortalidade, tempo de internação e custos, mas fatores como má adesão a protocolos, superlotação e uso inadequado de antibióticos comprometem o controle das IRAS (Brasil, 2022; Silva *et al.*, 2020). A prevalência pode chegar a 15% nas internações e a letalidade a 25% em populações vulneráveis (WHO, 2022). O impacto das IRAS ultrapassa o hospital, afetando diferentes camadas sociais e econômicas. Os custos com internações e tratamentos sobrecarregam o sistema de saúde, enquanto pacientes e familiares enfrentam sofrimento físico, emocional e financeiro (Brasil, 2022).

No contexto oncológico, a infecção é comum e perigosa, agravada pela imunossupressão causada pelo câncer e seus tratamentos, como quimioterapia e radioterapia. Essas condições favorecem infecções graves, como a sepse, frequentemente exigindo hospitalização e podendo levar ao óbito (Brasil, 2022). Infecções são a principal causa de internações em pacientes com câncer, exigindo estratégias eficazes de prevenção para preservar a qualidade de vida e a eficácia terapêutica. Estima-se que até 30% dos pacientes oncológicos

internados desenvolvam infecções graves como sepse e neutropenia febril (INCA, 2023), o que pode interromper o tratamento e comprometer o prognóstico.

O impacto das infecções oncológicas atinge também os sistemas de saúde, aumentando os custos e a carga sobre os serviços públicos e privados. Para os pacientes, há agravamento do sofrimento e impactos financeiros, especialmente em contextos de infraestrutura precária (INCA, 2023). As infecções podem atrasar o tratamento, prejudicar a resposta terapêutica e reduzir a qualidade de vida. Quando mal geridas, resultam em sequelas permanentes, reinternações e maior mortalidade (WHO, 2022). Por isso, o controle eficaz é essencial para a sobrevivência e bem-estar dos pacientes com câncer.

O manejo de infecções em pacientes oncológicos hospitalizados exige uma abordagem integrada da equipe multiprofissional, considerando a imunossupressão decorrente da neoplasia ou do tratamento antineoplásico. Nesses casos, a vigilância contínua, o reconhecimento precoce de sinais de infecção e a implementação de medidas de prevenção são fundamentais para reduzir a morbimortalidade (ANVISA, 2021).

Na prática assistencial, o cuidado ao paciente oncológico com infecção exige da equipe multiprofissional uma abordagem centrada no conforto, no alívio dos sintomas e no respeito à dignidade do paciente. O enfermeiro, por estar presente de forma contínua, tem papel essencial na observação clínica e no controle rigoroso dos sinais de desconforto, como febre, dor e fadiga, promovendo intervenções que priorizem o bem-estar, como banho no leito, mudança de decúbito, administração de antitérmicos e hidratação conforme tolerância (Ferreira *et al.*, 2022).

O uso de medicamentos é avaliado em conjunto com o médico, considerando a progressão da doença e os objetivos paliativos, evitando tratamentos que prolonguem o sofrimento. O farmacêutico, por sua vez, ajusta a terapia medicamentosa para minimizar efeitos adversos, enquanto o nutricionista adapta o suporte alimentar ao apetite e à tolerância do paciente. O psicólogo e o assistente social acolhem a família, esclarecendo dúvidas sobre o processo de terminalidade e promovendo suporte emocional. Na prática, observa-se que o cuidado paliativo, quando bem conduzido, evita intervenções fúteis, reduz a angústia da família e proporciona um ambiente de maior serenidade no final da vida (Mello; Souza; Cunha, 2023).

Diante deste cenário, encontramos algumas lacunas do conhecimento, e partimos da seguinte pergunta de pesquisa: Quais impactos da falha na assistência multiprofissional ao paciente oncológico frente ao risco de infecções graves?

Este estudo pode contribuir de forma significativa tanto para o meio acadêmico quanto para o desenvolvimento pessoal e familiar. Pretende-se que este trabalho possa servir como subsídio para debates éticos e para a elaboração de estratégias que previnam eventos adversos.

Dessa forma, o estudo assume caráter educativo, com potencial de impacto positivo na formação de profissionais da saúde e na conscientização da sociedade sobre os cuidados no ambiente hospitalar, em especial em pacientes oncológicos.

2 OBJETIVO

Relatar a experiência da condução da equipe no processo de internação por infecção de um familiar oncológico na visão acadêmica e familiar.

3 MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência descritivo, na perspectiva familiar e de acadêmica de Enfermagem a partir das vivências adquiridas durante processo de internação (por infecção) de um familiar com doença oncológica com o olhar da assistência prestada pela equipe em um hospital de referência oncológica da capital de Goiás no período de dezembro de 2019 a outubro de 2024.

O relato de experiência é uma ferramenta descritiva que apresenta um fato vivenciado para contribuir de forma relevante para a atuação profissional e comunidade científica, trazendo considerações que proporcionem reflexões e embasamento teórico para outros pesquisadores (Lopes, 2011).

A experiência será apresentada de forma cronológica e as informações serão relatadas a partir das lembranças vivenciadas. Se considera experiência: “é vivida antes de ser captada pelo pensamento, apreendida pela reflexão, caracterizada em seus componentes” (Breton; Alves, 2021, p. 3), portanto, é ela “que desperta o poder de conhecer” (Menezes, 2021, p. 10). Em seu domínio ocorrem as aprendizagens (Kastrup, 2008). Apesar de não ser a única ou exclusiva maneira para seu atingimento, não se “pode aprender pela experiência do outro, a não ser que essa experiência seja revivida e tornada própria” (Capozzolo *et al.*, 2013, p. 11). Após descritas serão confrontadas com textos científicos a fim de produzirem conhecimento.

Por tratar-se de uma narrativa individual e subjetiva, que não envolve coleta de dados com terceiros nem identificação de outras pessoas além da própria autora, este estudo está dispensado de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme estabelece a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

4 A EXPERIÊNCIA

O início dessa vivência foi antes mesmo da paciente ter recebido o diagnóstico de câncer colorretal nas vésperas da virada de ano de 2019 para 2020, após várias consultas com especialistas, duas cirurgias relacionadas à coluna e mesmo assim sem melhora na qualidade de vida.

Na noite do dia 27 de dezembro de 2019 a paciente deu entrada no pronto atendimento da cidade de Pontalina-GO, onde residia. Lá o médico de plantão deu um provável diagnóstico de Apendicite e fez o encaminhamento cirúrgico para o hospital de referência com suporte para a cidade mais próxima, que foi Aparecida de Goiânia. Após chegar no hospital foi encaminhada ao centro cirúrgico, onde realizou a cirurgia.

Diante da angústia dos acompanhantes o médico repassou como foi o procedimento, afirmando que tudo estava bem com a paciente, mas que foi uma cirurgia delicada e que não seria apêndice. Explicou que ela possuía lesões suspeitas, como pólipos. Relatou que foi retirado todo o segmento intestinal afetado e além, para ter uma margem de segurança. Com isso, informou sobre a biópsia para identificar se esses pólipos eram benignos ou malignos.

Durante esse processo, a paciente permaneceu internada para recuperação da cirurgia e aguardando o resultado da biópsia, que confirmou a presença de 11 a 21 pólipos malignos (não me recordo o número exato). Ainda no hospital, em meio à angústia e ao medo, foram realizados o acolhimento e a comunicação do resultado com a paciente. A aceitação do diagnóstico foi difícil, principalmente nos primeiros meses, marcados por muitas dúvidas e incertezas, associado à própria doença, o que a deixou bastante abatida e sensível, além da dor.

O tratamento se iniciou em um hospital referência de tratamento de câncer em Goiânia. Após ela fazer as primeiras consultas, a equipe médica responsável pelo caso clínico já recomendou o tratamento, que foi a quimioterapia. A primeira quimioterapia foi difícil, a paciente passou muito mal, sentiu dor e estava em uma tristeza profunda. Durante todo esse processo seus familiares e amigos estiveram a apoiando, tentando trazer um pouco de leveza a ela nesse período difícil. Ainda morando no interior, contava também com apoio de seus familiares, principalmente de seu irmão, que residia na mesma cidade. Já na capital, recebia apoio da irmã, dos sobrinhos e das sobrinhas, que também se faziam presentes nesse momento tão delicado.

Apesar desse suporte familiar, a paciente enfrentava outra grande dificuldade, a condição precária de atendimento no hospital. O ambiente hospitalar era muitas vezes marcado pela falta de acolhimento humano e valorização da queixa da paciente. Não eram todos os

profissionais que demonstravam empatia ou educação com os pacientes, o que tornava o processo ainda mais doloroso e desgastante.

Em alguns momentos, a frieza e a indiferença de determinados atendimentos contrastavam com a vulnerabilidade em que ela se encontrava, intensificando o sofrimento já provocado pela doença e pelo tratamento agressivo. Isso deixou claro que o apoio empático e até mesmo ético das equipes teria um impacto positivo e fundamental, enquanto a falta contribuía para agravar o quadro da paciente, que se apresentava frágil e vulnerável.

Após o período de tratamento, ela começou a apresentar melhoras e voltou a ter esperanças de se recuperar. Realizava exames com frequência, mantendo acompanhamento rigoroso, embora ainda sentisse dores. Mesmo assim, buscava retomar uma vida mais próxima do normal, tentando se reinserir em suas atividades cotidianas e recuperar a rotina que a doença havia interrompido. Com o passar do tempo, ela se mostrou mais resiliente, enfrentando os desafios da doença com determinação, ainda que o caminho fosse longo e cheio de obstáculos.

No entanto, em um dos exames, foi identificado que a doença havia se espalhado, apresentando metástase. Esse resultado trouxe um choque profundo, reacendendo o medo da morte e sentimento de tristeza e insegurança. A paciente se mostrou pensativa e emocionalmente abalada e a recuperação nesse momento tornou-se ainda mais difícil, exigindo força para enfrentar não apenas a dor física, mas também o impacto psicológico dessa nova fase da doença.

Esse processo se tornou ainda mais difícil, tanto para a paciente quanto para seus familiares. Ela demonstrava grande sensibilidade, angústia intensa e chorava com frequência, necessitando de um apoio maior da família. Enquanto alguns familiares permaneciam presentes e atuantes nesse suporte, outros, que poderiam ter sido importantes, não se mostraram tanto, o que aumentava sua sensação de tristeza e isolamento. Para enfrentar esse momento, a paciente buscou se agarrar à fé, dedicando-se à oração e pedindo muito a Deus a sua cura, encontrando nesse vínculo espiritual um conforto diante da dor e da incerteza que a acompanhava.

Foram dias muito difíceis, um período longo em que todos precisaram sair de sua zona de conforto. Em alguns momentos, ela precisava se deslocar frequentemente para Goiânia para realizar a terapia, que inicialmente acontecia a cada 15 dias, e depois passou a ser semanal, na tentativa de controlar a doença e tratar a metástase. De início, ela iniciava parte do tratamento sozinha, mas familiares chegavam pouco tempo depois para dar suporte durante o período da sessão.

À medida que o tratamento se intensificava e se tornava mais frequente, a equipe de Enfermagem começou a perceber que já estava ficando difícil encontrar veias adequadas para

a aplicação da quimioterapia sem que ela sofresse com machucados ou flebites. Por isso, tornou-se necessário a colocação de um cateter, o Port-a-Cath, que foi implantado por meio de uma pequena cirurgia. Esse cateter facilitou a realização das sessões, permitindo que a terapia fosse aplicada de forma mais segura e confortável e a paciente passou a receber o tratamento diretamente por ele.

Em meio a todas as dificuldades, ela iniciou uma nova terapia oral, que ajudou a reduzir diversos efeitos adversos e permitiu diminuir a frequência das idas a Goiânia. Esse tratamento trouxe uma oportunidade de tentar manter uma rotina mais tranquila e próxima do normal, mesmo diante das dores e sintomas constantes. Apesar do sucesso inicial da terapia oral, os exames seguintes mostraram que a paciente estava fragilizada: a imunidade comprometida, sinais de anemia e um estado geral bastante debilitado. Esse período marcou uma grande decadência física, exigindo ainda mais cuidado e atenção para lidar com os efeitos da doença e do tratamento.

Com os exames seguintes foi possível perceber que a doença continuava avançando, tornando necessário retomar as sessões de quimioterapia. Esse retorno acabou debilitando ainda mais seu estado geral e ela precisou concentrar esforços em controlar a doença e manter o equilíbrio diante dos desafios cada vez mais intensos.

Além disso, seu estado emocional e mental ficou bastante abatido. Ela demonstrava sinais de desânimo e, por vezes, começava a sentir que não conseguiria suportar toda a situação. Sempre que precisava recorrer ao pronto-atendimento do hospital de referência, encontrava grandes dificuldades, muitas vezes devido à falta de atenção e valorização por parte da equipe profissional. Apesar disso, haviam profissionais atenciosos que ofereciam apoio, mas, infelizmente, a maioria não demonstrava empatia suficiente, o que contribuía para o desgaste emocional tanto da paciente, quanto dos familiares.

Nesse período, a paciente apresentou feridas nos membros inferiores, na planta do pé e na perna, com áreas avermelhadas, descamação e lesões abertas que indicavam processo inflamatório e risco de infecção, agravando ainda mais seu estado geral. Ao procurar atendimento, deparou-se novamente com o descaso de alguns profissionais, que alegaram não haver necessidade de cuidados de urgência, deixando em evidência a falta de valorização das queixas. Com isso, retornou para casa e esperou até o outro dia, quando procurou atendimento para verificar e tratar o aparecimento dessas feridas.

Na consulta foi realizada a análise das lesões, que apresentavam sinais sugestivos de erisipela, caracterizada por eritema, calor local, dor, edema e bordas bem delimitadas. Foi orientada sobre as necessidades de cuidados em casa como os curativos e uso de antibióticos,

de preferência internação. Foi quando procurou novamente o atendimento de urgência do hospital de referência, onde houve descaso e negligência no atendimento. Com isso, foi procurado outra unidade de atendimento para receber a demanda, mas sempre encontrava bastante dificuldade, pois era uma paciente oncológica.

Ao encontrar atendimento foi passado Antibioticoterapia intravenosa, mas não foi realizado na unidade pelo alto custo. Com isso, conseguimos que a paciente recebesse a administração dos antibióticos na UPA da cidade de Pontalina. Mesmo com o tratamento e melhora das lesões, a paciente mostrava um mau estado geral, com dores fortes. Ficou internada por 1 semana para a administração do medicamento. Após isso, continuou com a medicação via oral. Ao voltar à Goiânia a paciente apresentou uma fístula, onde houve sangramentos e, ao procurar atendimento do PS do hospital referência, escutou de profissionais *“Pode voltar para casa, você não está sentindo dor”*, onde se sentiu completamente invalidada em relação à tratativa desses profissionais.

Ao final de semana a paciente começou a apresentar uma decaída e, ao domingo, sinalizou inapetência e irritabilidade. Durante o amanhecer do outro dia a paciente permaneceu acamada, apresentando estado de consciência rebaixado, com Escala de Coma de Glasgow 7. Nesse período, não respondia a estímulos verbais nem a estímulos dolorosos, demonstrando ausência de reação aos sinais enviados pela sobrinha. Ao exame, a abertura ocular ocorria apenas ao estímulo doloroso, a resposta verbal era ausente ou limitada a sons incompreensíveis e a motora se manifestava como retirada mínima ou flexão anormal aos estímulos.

Com isso, foi definido que seria chamado o SAMU para levá-la ao hospital de referência. Esperou somente a chegada de alguns familiares. Ao acionar o SAMU, levaria cerca de 4 horas para a transferência da paciente, por ser paliativa. Com isso, foi acionado transporte USB particular para a unidade referência.

Na chegada ao hospital referência foi repassado o caso e foram diretamente realizar uma gasometria, hemograma, PCR, entre outros, onde foi diagnosticado sepse, apresentando rebaixamento do nível de consciência. Foi realizado pela equipe da urgência sonda vesical de demora e nasogástrica para eliminações fisiológicas e drenagem de conteúdo gástrico e, após algumas horas, foi transferida para a enfermaria, onde já foram iniciados os antibióticos. Durante o período noturno a paciente apresentou delírios, resmungos e muito conteúdo gástrico.

A acompanhante esperou a visita médica na parte da manhã, onde foi repassado que os rins já estavam iniciando falência e que os exames seriam repetidos. Foi perguntado sobre a probabilidade de melhora no quadro e volta da consciência, mas em poucas palavras foi dito que teria poucas chances de melhora e que deveriam ir preparando todos os familiares. A noite do

dia 09/10/2024 foi bem agitada, não foi passado visita da enfermeira responsável pelo leito, já iniciando alguns descontentamentos. Durante a noite a paciente se demonstrou queixosa, apresentando inquietações. E a todo momento precisando de ajuda da equipe técnica para medicações, auxílio para troca de fralda e solicitando saco coletor para retirada dos fluidos.

Na manhã do dia 10/10/2024 a acompanhante estava à espera do médico para repassar informações sobre como a paciente estava e saber mais sobre o quadro. Nesse meio tempo a paciente perdeu o seu acesso durante o banho no leito e a equipe de Enfermagem do plantão matutino solicitou a equipe médica pegar o acesso pelo Port-a-Cath. Durante a parte da manhã, em meio a muita angústia e na espera da visita médica, a paciente apresentou bastante inquietude. E sem acesso não teria como entrar com medicações, pois até aquele momento não tinha autorização para o acesso e passado a visita médica. Durante esse meio tempo a acompanhante cruzou com um médico que entrou no leito e lhe perguntou se ele era o médico responsável pela paciente, que lhe disse que não: *“estou procurando outro paciente”*.

A equipe, ao ser questionada sobre a visita médica e a medicação, relatou que já iriam iniciar novamente, pois o médico prescreveu a punção no cateter às 13:00 horas, o que deixou surpreendida tanto a equipe de Enfermagem quanto a acompanhante, pois não tinha passado a visita. Ao procurar o médico responsável, este já não estava mais no hospital, o que causou um descontentamento e angústia na acompanhante.

A enfermeira, ao tentar ajudar, ligou ao médico e este confirmou que já não estava mais na unidade. Ao falar com a acompanhante foi questionado sobre não ter passado na visita da paciente e ele respondeu que teria passado, mas não tinha nenhum acompanhante. No momento foi explicado que tinha o filho dela ao lado e a sobrinha, que estava na porta esperando a visita médica. Após ser questionado que teria o visto e o perguntou antes sobre qual paciente estava procurando, relembrou o que ele havia dito: *“estou procurando outro paciente”*. O médico ligeiramente apresentou alteração e nervosismo.

A acompanhante solicitou que passasse o quadro da paciente, pois já eram 15:00 horas e não tinha nenhuma informação sobre a evolução. Com isso, o médico informou que não retornaria ao hospital, não se prontificou a passar o quadro da paciente e desligou. Durante a parte da tarde, em meio a vários transtornos e angústia, a paciente ainda sem medicação, a acompanhante solicitou cuidados e informações, além da presença de algum membro da equipe para repassar o quadro, o que não ocorreu até aquele momento, quando a paciente apresentou 3 crises convulsivas e 2 enfermeiras terem ido em outro bloco do hospital solicitar a presença de um médico.

Nesse período a paciente já entrou em processo de óbito, tendo sido deixada sem auxílio e seus familiares sem informações e angustiados. No mesmo dia, por volta das 22 horas, a paciente veio a óbito. Algo que marcou bastante foi a certidão de óbito, que indicava que a paciente teria falecido somente devido ao câncer colorretal. Não especificava que a paciente era: paciente oncológica, mas o óbito foi devido infecção, sepse, choque séptico que causou à falência múltipla dos órgãos.

5 DISCUSSÃO

O câncer colorretal (CCR) é reconhecido como uma das neoplasias de maior incidência e mortalidade no mundo, especialmente quando o diagnóstico ocorre tardiamente (Ferlay *et al.*, 2015). No relato apresentado, a paciente foi submetida a uma cirurgia emergencial a partir de um diagnóstico inicial de apendicite. A literatura destaca que abordagens cirúrgicas em caráter de urgência estão associadas a maiores taxas de complicações, menor sobrevida e desfechos significativamente piores quando comparadas às intervenções eletivas (McArdle, Hole, 2004; Sjo *et al.*, 2009).

A assistência integral às pessoas com câncer exige um acompanhamento contínuo e multidimensional, avaliação clínica frequente e uma rede de cuidado integrada no qual a equipe multiprofissional desempenha papel indispensável desde o diagnóstico até os cuidados paliativos (Alves *et al.*, 2019), o que foi contrário à situação vivenciada na experiência descrita. A observação sistemática dos sintomas e no manejo adequado das manifestações relacionadas ao câncer e aos efeitos adversos do tratamento são pilares do cuidado oncológico. No entanto, ficou evidente a ausência desses elementos, comprometendo diretamente a segurança da paciente e ampliando o risco de agravamento clínico acarretado por negligência da equipe multidisciplinar.

Quanto à identificação precoce de sinais como dor, considerando que muitos desses pacientes convivem com dor crônica, fadiga, náusea e alterações intestinais, esta é fundamental para garantir intervenções efetivas e preservar a qualidade de vida das pacientes (Vieira, 2021). Nesse relato ficou claro que a dor era um sintoma presente e impactante, tanto para a paciente quanto para a família, necessitando de uma intervenção diferente das que foram descritas.

Estudos apontam que a dor é o item mais prevalente em oncologia e demanda intervenção imediata, pois interfere no bem-estar físico, funcional e emocional (Da Silva, Guimarães; Almeida, 2021). Em questão da paciente no relato, episódios de dor intensa foram desvalorizados e subestimados pela equipe, refletindo falhas severas no manejo do sintoma.

Durante a rotina de internação é fundamental que a equipe utilize instrumentos para a identificação do grau de complexidade assistencial, que é fundamental para garantir cuidados seguros. Instrumentos como a Escala de Fugulin são indispensáveis para dimensionar a equipe de Enfermagem, organizar o plano assistencial e prevenir eventos adversos (COFEN, 2017). No relato, observam-se características compatíveis com alta dependência: Glasgow reduzido, presença de lesões cutâneas, incapacidade funcional, diagnóstico infeccioso e necessidade de dispositivos invasivos. Mesmo assim, a assistência prestada mostrou-se insuficiente, sugerindo

falhas na avaliação do nível de cuidado requerido e, possivelmente, um descumprimento no dimensionamento de pessoal.

Além das lacunas assistenciais, a comunicação profissional-paciente constituiu um ponto crítico. A comunicação terapêutica é essencial para orientar, acolher e estabelecer vínculo (Andrade *et al.*, 2019). Entretanto, no caso, as informações eram confusas, contraditórias ou inexistentes, o que inclui ausência de visita médica documentada, falta de explicações claras e conduções bruscas de diagnóstico. A falta de escuta qualificada gerou insegurança, medo e sofrimento, fatores que, segundo Hermes e Lamarca (2019), podem agravar ainda mais o estado emocional, tanto do paciente quanto da família, que foi o caso da experiência descrita neste estudo.

A comunicação humanizada também reforça a autonomia do paciente, promovendo sua participação ativa nas decisões sobre o próprio tratamento e garantindo que suas escolhas sejam respeitadas (Castilho; Mendes, 2021). No caso relatado, observa-se a ausência desses princípios, uma vez que a família não recebeu informações claras sobre a evolução clínica, tampouco orientações sobre a gravidade do quadro. A falta de explicações sobre condutas e a desconsideração das queixas relatadas pelos familiares evidenciam falhas significativas no processo comunicativo, comprometendo o direito à informação e o respeito às necessidades individuais da paciente.

No contexto da saúde pública brasileira persistem desafios que dificultam a consolidação de práticas humanizadoras, como a sobrecarga assistencial, a limitação de recursos e a carência de profissionais capacitados (Borba; Neves, 2020). Esses elementos tornam-se evidentes no relato apresentado, o que reflete diretamente nos processos organizacionais, os quais contribuíram para a fragilidade do cuidado prestado.

Nesse cenário, a formação acadêmica e profissional assume papel determinante, sendo indispensável que cursos de graduação e especialização incluam conteúdos sobre comunicação empática, trabalho interdisciplinar e cuidado centrado no paciente (Boaventura; Cruz, 2021). A experiência vivenciada demonstra lacunas nesse aspecto, visto que a equipe apresentou dificuldades tanto na condução clínica quanto no acolhimento emocional dos familiares. A falta de escuta qualificada, de orientação adequada e de postura empática revela deficiência na capacitação para lidar com situações complexas e emocionalmente sensíveis, como a deterioração rápida de um paciente oncológico. Esse déficit formativo impacta diretamente a qualidade da assistência e compromete a humanização do cuidado, reforçando a necessidade de estratégias educativas contínuas.

O apoio familiar também exerce papel crucial no enfrentamento do câncer. Famílias acolhedoras e presentes contribuem para a adesão ao tratamento e para o fortalecimento emocional do paciente, enquanto o distanciamento ou o sofrimento não compartilhado podem agravar o quadro depressivo (Campos *et al.*, 2021). No relato, a família demonstrou esforço para acompanhar a paciente, mas a dor e a exaustão emocional tornaram o processo ainda mais desafiador.

A educação em saúde, que deveria auxiliar no reconhecimento de sinais de alerta, autocuidado e adesão ao tratamento, também se apresentou fragilizada. Orientações incompletas ou contraditórias prejudicaram a identificação precoce de agravos, como o surgimento de lesões cutâneas, a evolução de fístula e sinais iniciais de infecção (De Souza Santos *et al.*, 2020). A ausência desse suporte ampliou a vulnerabilidade da paciente, atrasando intervenções potencialmente salvadoras.

Pacientes em tratamento quimioterápico apresentam imunossupressão, o que os torna mais suscetíveis a doenças oportunistas, como infecções cutâneas (erisipela), urinárias ou respiratórias. Essas intercorrências agravam o quadro clínico e podem levar a complicações graves, se não houver vigilância e intervenção precoce (Brasil, 2022a). No caso relatado, a infecção associada à queda da imunidade demonstrou a necessidade da avaliação contínua e da resposta rápida da equipe multiprofissional.

No contexto das complicações, destaca-se que pacientes oncológicos apresentam risco elevado para infecções graves e rápida evolução para sepse (Sadik *et al.*, 2014). A literatura reforça que, diante de qualquer suspeita de infecção, a resposta clínica deve ser imediata e qualificada para redução da mortalidade (López *et al.*, 2021). Todavia, no caso descrito, ficou evidenciado que houve períodos prolongados sem avaliação médica, sem acesso venoso, sem administração de medicamentos essenciais e sem exames laboratoriais adequados, falhas que contrariam diretrizes de segurança do paciente e provavelmente contribuíram para uma rápida evolução do choque séptico.

A implementação de protocolos de identificação e manejo da sepse é uma das estratégias mais efetivas para reduzir mortalidade, tempo de internação e complicações, sobretudo em pacientes oncológicos, que apresentam elevada vulnerabilidade imunológica. No Brasil, o Protocolo de Manejo da Sepse é amplamente incentivado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e pelo Instituto Latino-Americano de Sepse (ILAS), com ênfase no reconhecimento precoce, na administração rápida de antimicrobianos e na reposição volêmica adequada (ANVISA, 2017; ILAS, 2021).

As diretrizes nacionais reforçam que a sepse deve ser tratada como uma emergência médica, demandando atuação rápida e coordenada da equipe multiprofissional. O “Primeira Hora da Sepse”, composto por medidas como coleta de exames, antibioticoterapia imediata e avaliação hemodinâmica, está associado à redução expressiva da mortalidade, podendo diminuir o risco de óbito em até 30%, quando aplicado corretamente (ILAS, 2021). No caso deste relato, observa-se que essas condutas não foram realizadas a tempo, contrariando o protocolo estabelecido, ocasionando um desfecho que poderia ter sido diferente.

O Ministério da Saúde destaca que a identificação precoce de sinais de deterioração clínica, como alteração do nível de consciência, febre, taquicardia, hipotensão e redução da diurese, deve levar ao acionamento imediato das equipes responsáveis e à monitorização contínua (Brasil, 2022b). Alguns desses sinais estavam presentes no caso descrito, evidenciados pelo rebaixamento do nível de consciência, inapetência, irritabilidade, piora súbita do estado geral e instabilidade hemodinâmica. Ainda assim, ocorreram atrasos na assistência, ausência de visita médica, demora na prescrição e falta de acesso venoso para administração de medicações essenciais.

Estudos brasileiros destacam que a baixa adesão aos protocolos de sepse permanece um desafio, especialmente no sistema público, onde a sobrecarga de trabalho e limitações estruturais dificultam o cumprimento das diretrizes (Sales Júnior *et al.*, 2019). Contudo, pelo acontecimento no relato, essas barreiras não justificam a negligência profissional ou a não execução das medidas fundamentais de segurança, como monitorização, avaliação médica precoce e administração no tempo correto da terapia antimicrobiana, falhas que foram evidentes no caso apresentado.

6 CONCLUSÃO

Pode-se concluir que experiência relatada trouxe várias reflexões em alguns contextos familiares e profissionais. No contexto familiar nota-se que houve falhas no manejo dos sintomas, na comunicação, no acolhimento emocional e na organização dos serviços, o que contribuiu para um cenário de fragilidade assistencial. Tais fatores evidenciam a urgência em fortalecer práticas de segurança, qualificar equipes e aprimorar protocolos institucionais.

No contexto profissional, a experiência relatada mostra que a ausência de aplicação dos protocolos de sepse gera atrasos terapêuticos e pode levar ao agravamento clínico, evoluindo para choque séptico e falência múltipla de órgãos. Assim, torna-se essencial investir em capacitação contínua, vigilância institucional e políticas de segurança do paciente, garantindo um cuidado mais eficaz, seguro e humanizado.

No contexto acadêmico, essa vivência marcou profundamente minha formação. Como aluna de Enfermagem pude compreender o impacto real que a qualidade da assistência e a sua ausência exerce sobre o paciente e sua família. Essa experiência ampliou meu olhar sensível, crítico e humano, reforçando a importância da escuta qualificada, da comunicação clara e da responsabilidade ética. Também evidenciou como a atuação empática pode transformar o cuidado, enquanto falhas assistenciais geram consequências graves. Como futura enfermeira, levo comigo a convicção de que a qualidade do cuidado depende não apenas de protocolos, mas de sensibilidade, respeito e compromisso diário com a vida humana, aspectos que moldaram minha identidade profissional.

REFERÊNCIAS

- ALVES, R. S. F. *et al.* Cuidados paliativos: alternativa para o cuidado essencial no fim da vida. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, p. e185734, 2019. Disponível em <https://www.scielo.br/j/pcp/a/NSScM87z94MQRGL8RPtBGzJ/?lang=pt>. Acesso em 17 out de 2024.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim de Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Protocolo de Sepsis**. Brasília, 2017. Acesso em: 10 nov. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/boletim-seguranca-do-paciente>. Acesso em: 11 mar. 2025.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde: prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde**. Brasília: ANVISA, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/manuais/cadernos-de-seguranca-do-paciente-e-qualidade-em-servicos-de-saude-2024-versoes-preliminares-nao-finalizadas-aguardando-o-envio-de-sugestoes>. Acesso em: 10 set. 2025.
- ANDRADE, G. B. *et al.* Cuidados paliativos e a importância da comunicação entre o enfermeiro e paciente, familiar e cuidador. **Journal of Research: Fundamental Care**, v. 11, n. 3, p. 713-717, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-988180>. Acesso: 21 out. 2025
- BOAVENTURA, C. F.; CRUZ, M. S. Estratégias de humanização em cuidados paliativos no SUS. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 16, n. 8, p. 678-685, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-8123202100160028>. Acesso em: 22 out. 2025.
- BORBA, R. S.; NEVES, A. P. Desafios da equipe multiprofissional nos cuidados paliativos. **Revista de Saúde e Desenvolvimento**, v. 12, n. 6, p. 103-111, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i6.28904>. Acesso em: 22 out. 2025.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**. Brasília: Anvisa, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/publicacoes/caderno-4-medidas-de-prevencao-de-infeccao-relacionada-a-assistencia-a-saude.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2025.
- BRASIL. **Manual de prevenção e controle de infecções hospitalares**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de Cuidado do Paciente com Sepsis no SUS**. Brasília: MS, 2022b. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/>. Acesso em: 10 nov. 2025.
- BRASIL. **Resistência Antimicrobiana: desafios e estratégias de controle**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/r/ram/ram-no-brasil>. Acesso em: 11 nov. 2025.

BRETON, H.; ALVES, C. A. A narração da experiência vivida face ao “problema difícil” da experiência: entre memória passiva e historicidade. **Práxis Educacional**, Vitória da Conquista, v. 17, n. 44, p. 38-51, 2021. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/praxis/article/view/8013>. Acesso em: 11 out. 2025.

CAMPOS, E. M. P. *et al.* Intervenções Psicológicas na Psico-Oncologia. **Revista Psicologia Hospitalar (PePSIC)**, v. 19, n. 1, p. 54-66, 2021. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-32692021000100005&script=sci_arttext. Acesso em: 10 out. 2025.

CAPOZZOLO, A. A.; IMBRIZI, J. M.; LIBERMAN, F.; MENDES, R. Experiência, produção de conhecimento e formação em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 17, n. 45, jun. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/xcCQjhYkr8NZZLPXYr9mpg/?lang=pt>.

CASTILHO, A. P.; MENDES, A. C. Cuidados paliativos no contexto oncológico: uma abordagem humanizada. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 67, n. 2, p. 145-152, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.rbc.2021v67n2.28804>. Acesso em: 22 out. 2025.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 543/2017**. Atualiza a Escala de Fugulin para classificação de pacientes conforme grau de dependência de enfermagem. Brasília, 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5432017_52030.html. Acesso em: 19 out. 2025.

DA SILVA, A. M.; GUIMARÃES, L. A. M.; ALMEIDA, R. G. S. Considerações sobre o Trabalho e a Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. In: NASCIMENTO, V. A.; SOUZA, I. D. (org.). **Transtornos mentais e sociedade**: vãos e desvãos do sofrimento psíquico em perspectiva multidisciplinar. Londrina: Editora Científica. 2021. p. 50. Disponível em: <https://repositorio.pgsscogna.com.br/bitstream/123456789/33766/1/Transtornos%20mentais%20e%20sociedade.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2025.

DE SOUZA SANTOS, C. *et al.* Assistência de enfermagem à pacientes com colostomia. **Rev Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, v. 2, n. 1, 2020. Disponível em: <https://revistateste2.rebis.com.br/index.php/revistarebis/article/view/125>. Acesso em: 18 out. 2025.

FERLAY, J.; SOERJOMATARAM, I.; DIKSHIT, R.; ESER, S.; MATHERS, C.; REBELO, M. *et al.* Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. **Int J Cancer**, v. 136, n. 5, p. E359-E386, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25220842/>. Acesso em: 16 out. 2025.

FERREIRA, L. F. *et al.* Cuidados paliativos na oncologia: desafios e possibilidades na assistência de enfermagem. **Revista de Enfermagem e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 1, p. 1-9, 2022.

HERMES, H. F.; LAMARCA, G. A. A importância da interdisciplinaridade no cuidado paliativo. **Jornal Brasileiro de Oncologia**, v. 21, n. 3, p. 98-107, 2019.

ILAS. Instituto Latino-Americano de Sepse. **Campanha “Hora de Ouro da Sepse”**. Diretrizes oficiais, 2021. Disponível em: <https://ilas.org.br>. Acesso em: 10 nov. 2025.

INCA. **Infecções em pacientes oncológicos**. Instituto Nacional de Câncer, 2023. Disponível em: <https://www.inca.gov.br>. Acesso em: 28 mar. 2025.

KASTRUP, V.; TEDESCO, S.; PASSOS, E. **Políticas da cognição**. Porto Alegre: Sulina, 2008.

LOPES, M. V. de O. Sobre estudos de casos e relatos de experiências. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 1, p. 268-273, 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027983001.pdf>. Acesso em: 21 maio 2025.

LÓPEZ, R. *et al.* Outcomes of Sepsis and Septic Shock in Cancer Patients: focus on lactate. **Frontiers in Medicine**, v. 8, 2021. DOI: 10.3389/fmed.2021.603275. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/journals/medicine/articles/10.3389/fmed.2021.603275/full>. Acesso em: 12 out. 2025.

MCARDLE, C. S.; HOLE, D. J. Emergency presentation of colorectal cancer is associated with poor 5-year survival. **Br J Surg.**, v. 91, n. 5, p. 605-609, 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15122613/>. Acesso em: 16 out. 2025.

MELLO, R. M.; SOUZA, B. C.; CUNHA, A. L. Cuidados paliativos ao paciente com câncer: atuação da equipe multiprofissional. **Revista Saúde em Foco**, v. 10, n. 2, p. 45-53, 2023.

MENEZES, E. Método e limites da razão em Kant: enfoques preliminares. **Cenas Educacionais**, v. 4, p. e11425, 29 maio 2021. Disponível em: <https://revistas.uneb.br/index.php/cenaseducacionais/article/view/11425/7918>. Acesso em: 10 out. 2025.

PITTET, D. Improving Compliance with Hand Hygiene in Hospitals. **The Lancet**, v. 21, n. 6, p. 381-386, 2000. Disponível em: <https://doc.rero.ch/record/292789/files/S0195941700042466.pdf>. Acesso em: 13 out. 2025.

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.**, v. 5, n. 2, p. 85-90, 2014. Disponível em: <http://wjem.com.cn/EN/10.5847/wjem.j.issn.1920-8642.2014.02.001>. Acesso em: 27 out. 2025.

SALES JÚNIOR, J. A. *et al.* Sepsis no Brasil: incidência, mortalidade e desafios na implementação de protocolos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 31, n. 3, p. 266-273, 2019.

SILVA, A. C. *et al.* Infecção Hospitalar: Epidemiologia, Impacto Clínico e Medidas Preventivas. **Revista Brasileira de Saúde Pública**, v. 66, n. 4, p. 205-212, 2020.

SJO, O. H.; LARSEN, S.; LUNDE, O. C.; NESBAKKEN, A. Short term outcome after emergency and elective surgery for colon cancer. **Colorectal Dis.**, v. 11, n. 7, p. 733-739, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18624817/>. Acesso em: 16 out. 2025.

VIEIRA, M. P. **A importância do rastreamento e diagnóstico do câncer colorretal**. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem) - Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília-DF, 2021. Disponível em:

<https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/prefix/15481/1/21606738.pdf>. Acesso em: 20 out. 2025.

WHO. World Health Organization. **Global Report on Infection Prevention and Control**. Geneva: WHO, 2022. Disponível em:

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240051164>. Acesso em: 22 out. 2025.