

Cuidados paliativos no serviço de urgência

Introdução

O serviço de urgência (SU) ou o departamento de emergência recebem doentes com uma grande variedade de situações clínicas que vão desde traumatismos agudos, a doença súbita, agudizações de doenças crónicas a doentes com doenças terminais.

Nos serviços de urgência há muitas vezes um ambiente caótico em que os doentes terminais não são, em geral, bem-vindos. Na realidade, esse ambiente não é o mais adequado para gerir os problemas que esses doentes apresentam. No entanto, é frequente esses doentes recorrerem a esses serviços por falta de alternativa.

Mas, não sendo o local ideal para tratar os doentes que necessitam de cuidados paliativos, os doentes que aí recorrem não podem ser ignorados e despachados de qualquer maneira, considerando que os problemas que os doentes apresentam são inevitáveis, porque são próprios da fase que estão a viver e que, portanto, pouco se poderá fazer para os ajudar. E, ao mesmo tempo, há doentes com situações agudas graves nos quais se pode intervir ou “investir”, como por vezes é dito, com eficiência.

No entanto, há que atender às necessidades dos doentes que necessitam de cuidados paliativos. Um problema que os clínicos enfrentam nos SU, mesmo quando têm vontade de lidar com os problemas desses doentes, sobretudo os que estão a morrer, é o ambiente que está longe de ser o ideal para o fazer, o que pode impedir o contacto efectivo com os doentes e com os familiares, a comunicação com estes para a discussão e clarificação da situação e dos objectivos dos cuidados.

Outra questão é a dos clínicos geralmente não conhecerem os doentes que acorrem ao SU, e a informação que é possível obter sobre estes é frequentemente escassa, dificultando a identificação da situação com segurança e, assim, a tomada de decisões.

Finalmente, os médicos do SU podem não ter a aptidão requerida para lidar com a situação, nomeadamente no controlo de sintomas, na comunicação e em estarem cientes da necessidade de manter os desejos dos doentes no processo de decisão [1].

O que são cuidados paliativos

A Organização mundial de Saúde (OMS) define cuidados paliativos como uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos doentes – adultos e crianças - e das suas famílias que encaram

problemas associados a doenças ameaçadoras da vida. Previne e alivia o sofrimento pela identificação precoce, avaliação e tratamento impecáveis da dor e de outros problemas quer físicos, psicossociais ou espirituais [2].

Os cuidados paliativos [2]:

- Proporcionam o alívio da dor e de outros sintomas perturbadores;
- Afirmam a vida e consideram a morte como um processo normal;
- Não pretendem apressar ou adiar a morte;
- Integram os aspectos psicológicos e espirituais dos cuidados aos doentes;
- Oferecem um sistema de suporte para ajudar os doentes a viver tão activamente quanto possível até à morte;
- Oferecem um sistema de suporte para ajudar as famílias a lidar com a doença e o luto;
- Usam uma metodologia de equipa para abordar as necessidades dos doentes e das suas famílias, incluindo aconselhamento no luto, se indicado;
- Melhoram a qualidade de vida e possivelmente também influenciam positivamente o curso das doenças;
- São aplicáveis cedo no decurso das doenças, em conjunto com outras terapêuticas que pretendem prolongar a vida, como a quimioterapia e a radioterapia, e incluem as investigações necessárias para melhor compreender e tratar complicações clínicas perturbadoras.

Assim, a OMS define cuidados paliativos como os que são empregues nas doenças ameaçadoras da vida com a finalidade de aliviar o sofrimento de um modo holístico, isto é, considerando as pessoas globalmente e não apenas o sofrimento físico. Também não há restrições de idade e de diagnóstico, embora o cancro continue a ser, na maioria dos casos, o tipo de doença mais frequentemente objecto destes cuidados.

Também os cuidados não se focam na morte, mas na vida que resta viver, pretendendo que seja tão activa quanto possível, podendo e devendo ser integrados nos cuidados que pretendem prolongar a vida

Consideram ainda, não só os doentes, mas também a sua família, durante a doença e mesmo, se necessário, após a morte dos doentes.

A morte é natural e universal. Há um tempo para fazer tudo o que é necessário para a prolongar e um tempo em que tentar fazê-lo pode causar mais sofrimento do que a própria doença. Mas se

prolongar a vida pode, em certas circunstâncias, ser prejudicial, encurtá-la também não é o objectivo.

É importante que se estabeleçam objectivos realistas para o tratamento dos doentes. O objectivo pode ser a cura ou prolongar a sobrevivência, a qualidade de vida ou o conforto. Nos últimos dias de vida, em que os doentes estão sonolentos, por vezes confusos, que pouco ou nada comem e bebem, falar em qualidade de vida não é adequado, mas em conforto sim. E, sendo a finalidade o conforto, se um doente nessa fase for enviado ao SU com a finalidade de lhe introduzir uma sonda ou pôr um soro, porque não come nem bebe, podemos perguntar-nos se essas medidas estão de acordo com essa finalidade. A resposta que dermos a essa pergunta ajudar-nos-á a tomar a decisão

Tratamento de acordo com os objectivos definidos			
Objectivos Tratamento	Cura/sobrevivência	Qualidade de vida	Conforto
Acção sobre a doença	Erradicar ou parar a evolução	Parar a evolução ou nenhuma	Nenhuma
Toxicidade aceitável	Elevada	Moderada/mínima	Nenhuma
Medidas de apoio fisiológico/RCR	Sim	Muito raramente	Não

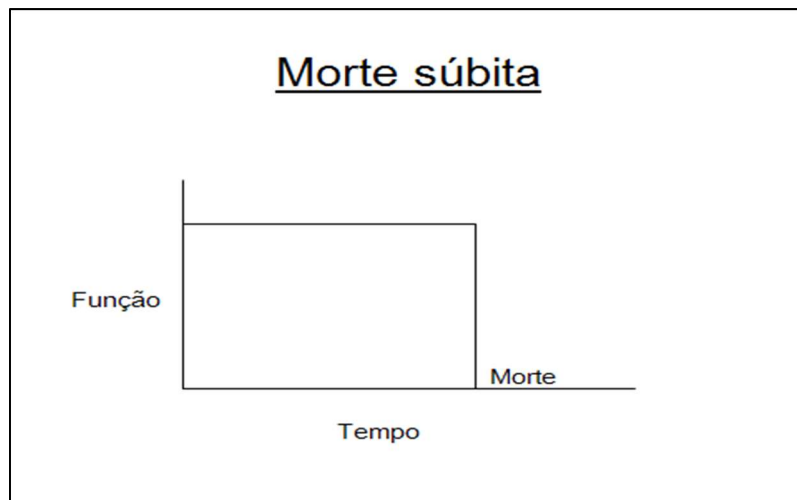
Padrões de declínio funcional no fim da vida

Foram descritas diferenças no declínio funcional antes da morte a partir de dados da Medicare [4].

A morte súbita (Figura 1), em que uma pessoa está bem, pelo menos aparentemente, e subitamente, por doença ou acidente, morre num curto espaço de tempo. Progredir de um funcionamento normal para a morte num curto espaço de tempo [4].

Outros podem ter um estado funcional razoável com uma doença por um período mais ou menos longo, até que a doença se torna muito avançada e sem resposta ao tratamento (Figura 2). A partir daqui há uma perda da função com um declive mais ou menos acentuado, mas a descida é inexorável e a morte ocorre dentro de algumas semanas. Este padrão é mais característico das doenças oncológicas [5].

Figura 1.



Os doentes com insuficiência de órgão, como insuficiência cardíaca ou insuficiência pulmonar, têm uma diminuição funcional gradual com exacerbações periódicas que podem provocar a morte, mas se se conseguir revertê-las, o doente pode voltar a um estado de razoável estabilidade, até voltar a ter outra crise [4]. Uma crise destas pode ser provocada, por exemplo, por uma infecção respiratória. O prognóstico é incerto, porque quando se inicia a crise, não é possível saber se é uma das várias que geralmente ocorrem no decurso destas doenças ou se é a última que causará a morte do doente (Figura 3).

Figura 2.

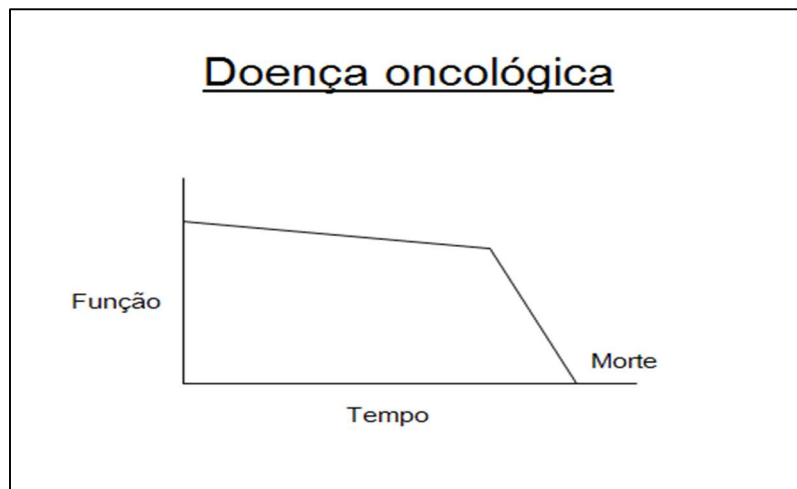
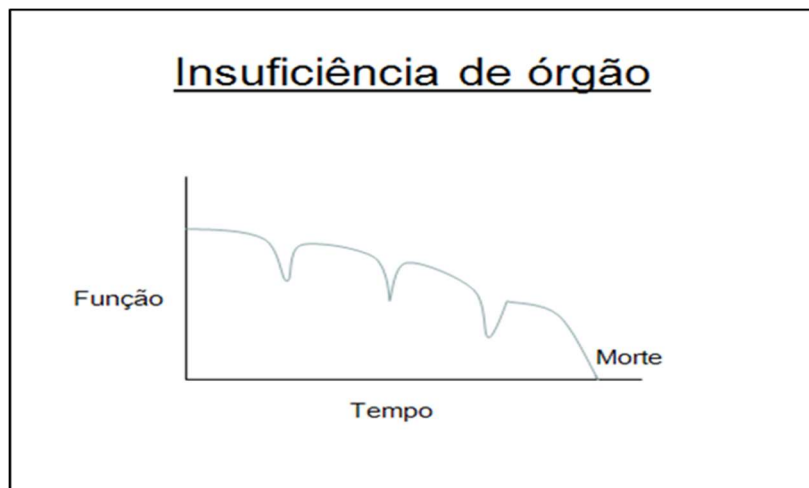
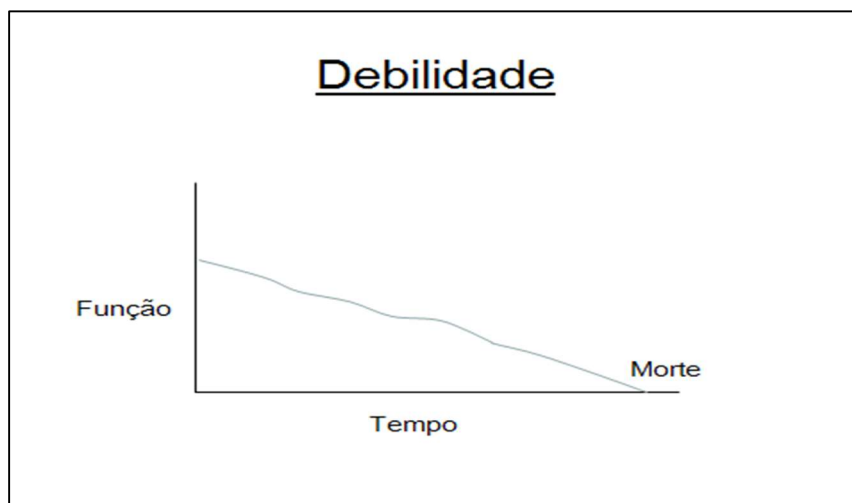


Figura 3.



Noutros casos, há um declínio ainda mais lento (Figura 4), com uma incapacidade lentamente progressiva antes da morte, de complicações como as associadas à debilidade da idade avançada, aos acidentes vasculares cerebrais ou às demências [4].

Figura 4.



Além destes padrões existem situações que não é possível incluir nestes grupos, mas que são minoritários [4,5].

Verifica-se que o padrão com um declínio final mais previsível é o que corresponde ao da doença oncológica. Essa é uma razão importante para se continuar a verificar um predomínio esmagador de doentes oncológicos nos cuidados paliativos, quando é hoje consensual que doentes com outras doenças, como as resultantes de insuficiência de órgão, poderiam também beneficiar, mas a sua evolução com crises de agudização torna sua evolução mais incerta.

Acresce que em países em que o reembolso das despesas de saúde, em hospícios, na fase final da vida, tem um limite temporal, a maior previsibilidade da evolução das doenças oncológicas faz

com que os doentes com este tipo de patologia sejam mais facilmente elegíveis para os programas respectivos [5]. Este é, portanto, um factor que contraria o objectivo principal dos cuidados paliativos actuais, de a prestação destes cuidados se dever basear nas necessidades e não no diagnóstico.

Determinação do prognóstico

Os cuidados paliativos não são cuidados de fim de vida, como foi dito acima. Podem e devem aplicar-se mais cedo, mesmo em conjunto com os tratamentos modificadores da doença. Portanto, no SU não podemos partir do princípio, só por serem seguidos pelos cuidados paliativos, que o doente vai morrer em breve. Determinar o prognóstico é uma tarefa difícil, sujeita a muita incerteza, em que os erros de avaliação são frequentes, mesmo quando se tem experiência em lidar com estes doentes. No entanto, é necessário fazê-lo.

Se é difícil estabelecer o prognóstico em circunstâncias normais, mais se torna se não conhecermos o doente. É isso que acontece geralmente com os médicos do SU. No entanto, é necessário fazer um esforço e procurar toda a informação possível junto do doente se estiver cognitivamente competente, dos familiares se presentes, dos serviços que seguiam o doente se possível e com recurso a eventuais directivas antecipadas.

Se não for possível obter a informação a decisão não deve basear-se apenas na idade [3]. A informação importante nos doentes com doenças crónicas avançadas para tomar decisões, nomeadamente de abstenção ou suspensão do tratamento inclui, a auto-suficiência prévia, a função cognitiva, a caquexia, o grau de debilidade e a dependência. Outro factor relevante é a existência de tratamentos específicos [3]. Os benefícios esperados do tratamento devem ser ponderados tendo em conta a sobrecarga que acarretam e os efeitos indesejáveis.

A admissão em unidade de cuidados intensivos não contribui para a sobrevivência nem para a qualidade de vida nos doentes muito idosos [3]. As decisões de não iniciar ou suspender tratamentos não são consistentemente seguidas pela morte do doente.

As decisões não são apenas de não iniciar ou suspender tratamentos, são também sobre investigações, procedimentos e tratamentos. Nas decisões devem envolver-se outros médicos e outros profissionais. As discussões e as decisões devem ser documentadas no processo clínico. Registar as decisões não é suficiente; o processo pelo qual se chegou às decisões deve ser descrito, assim como o modo de executar as decisões [3].

É preciso notar que, na incerteza, pode ser necessário iniciar cuidados intensivos até se resolverem as incertezas. Por exemplo, até o diagnóstico ser confirmado, o estado de saúde prévio ser clarificado, a resposta ao tratamento ser avaliada ou esperar que a família chegue e seja preparada para as más notícias.

Diagnosticar a morte iminente

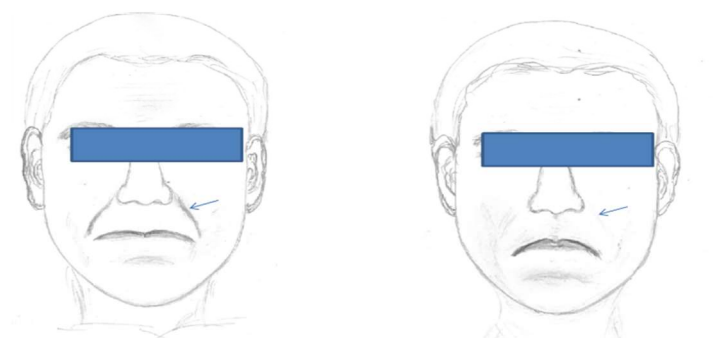
Têm sido desenvolvidos esforços para identificar modos de determinar com precisão a fase em que os doentes estão activamente a morrer, com uma sobrevivência de horas a alguns dias. Foram realizados vários estudos em que foram identificados vários sinais físicos associados à morte iminente. No entanto, esses sinais encontram-se numa percentagem relativamente pequena dos doentes, pelo que a sua sensibilidade é baixa.

Tabela 1. Sinais de morte iminente

Ausência de pulso da artéria radial
Respiração com movimentos mandibulares
Diminuição do débito urinário
Respiração de Cheyne-Stokes
Estertor
Pupilas não-reactivas
Diminuição da resposta verbal aos estímulos
Diminuição da resposta aos estímulos visuais
Incapacidade de fechar as pálpebras
Sulcos nasolabiais pendentes
Hiperextensão do pescoço
Som vocal gutural
Hemorragia gastrointestinal superior

Num desses estudos foi desenvolvido um modelo de morte iminente em 3 dias em doentes com cancro com 2 sinais a Palliative Performance Scale (PPS) e sulcos nasolabiais pendentes. Os doentes com $PPS \leq 20\%$ e sulcos nasolabiais pendentes tiveram uma mortalidade de 94% aos 3 dias [6].

Figura 5. Sulco nasolabial (baseado em referência 6)



Comunicação com a família

Deve antes de tudo compreender-se que nada pode modificar a natureza das notícias a dar, não é possível que deixem de ser más notícias e amortecer o seu impacto. No entanto, devem seguir-se as seguintes regras [3]:

- A entrevista deve realizar-se num local privado e sossegado onde todos os indivíduos presentes possam estar sentados – isto pode não ser fácil de fazer num ambiente de SU.
- O enfermeiro que assistiu o doente deverá estar presente.
- As interrupções de fora devem ser evitadas. Se forem esperadas, a família deve ser previamente avisada.
- A entrevista deve decorrer do seguinte modo:
 - Os profissionais devem mostrar disponibilidade, gentileza e vontade de ouvir.
 - Cada profissional deve ser apresentado à família e as relações dos membros da família com o doente devem ser reveladas.
 - Deve ser dito à família que para tomar a melhor decisão e actuar no melhor interesse do doente é necessário compreender os seus desejos no que respeita à sua situação actual, pelo que os familiares poderiam ajudar a conhecer esses desejos. No entanto, os familiares devem ser informados de que a decisão final é da responsabilidade da equipa profissional.
 - Começar por fazer perguntas sobre o que a família já sabe e depois ir dando gradualmente nova informação, dando tempo suficiente a que a nova informação seja integrada – fazer pausas quando apropriado, fazer perguntas para avaliar a compreensão, compreender e respeitar as reacções e ajudar os membros da família a formular perguntas ou comentários e exprimirem as suas emoções.

- Evitar termos técnicos.
 - Concluir a entrevista e oferecer suporte aos familiares.
- Fazer a entrevista pelo telefone pode resultar em más interpretações e conflitos e, portanto, não é aconselhável, mas se for inevitável, devem seguir-se os mesmos princípios da entrevista presencial.

Papel dos cuidados paliativos no SU

Mesmo no SU os cuidados de fim-de-vida devem respeitar os princípios e as directrizes dos cuidados paliativos, ainda que com todos os constrangimentos descritos atrás.

Todas as intervenções destinadas a melhorar o conforto dos doentes deve ser providenciado, como o controlo da dor, da dispneia, cuidados de enfermagem, etc. Todas as intervenções que não aumentem o conforto do doente ou que possam causar desconforto devem ser suspensas, incluindo análises, nomeadamente glicemia capilar e avaliação dos sinais vitais. Deve também repensar-se o uso de oxigénio porque muitas vezes não contribui para o conforto do doente, mesmo na dispneia, sobretudo se não tiverem hipoxemia. A alimentação e a hidratação devem ser suspensas, a não ser que o doente os requeira. Se houver sede, os cuidados da boca com humedecimento da mucosa oral podem ser suficientes; os soros não melhoram a sede.

Pode pedir-se o contributo de um especialista em cuidados paliativos, mas devem também treinar-se os médicos e outros profissionais de saúde na prestação de cuidados paliativos no SU.

Para o controlo dos sintomas ver os vários artigos publicados neste blog.

Referências

1. Cooper E, Hutchinson A, Sheikh Z, Taylor P, Townend W, Johnson MJ. Palliative care in the emergency department: A systematic literature qualitative review and thematic synthesis. *Palliat Med.* 2018 Oct;32(9):1443-1454. doi: 10.1177/0269216318783920.
2. Palliative Care. WHO. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care> (acedido em 08/10/2025).
3. Reignier J, Feral-Pierssens AL, Boulain T, Carpentier F, Le Borgne P, Del Nista D, Potel G, Dray S, Hugenschmitt D, Laurent A, Ricard-Hibon A, Vanderlinden T, Chouihed T; French Society of Emergency Medicine (Société Française de Médecine d'Urgence, SFMU) and French Intensive Care Society (Société de Réanimation de Langue Française, SRLF). Withholding and withdrawing life-support in adults in emergency care: joint position paper

from the French Intensive Care Society and French Society of Emergency Medicine. *Ann Intensive Care*. 2019 Sep 23;9(1):105. doi: 10.1186/s13613-019-0579-7.

4. Lunney JR, Lynn J, Hogan C. Profiles of older medicare decedents. *J Am Geriatr Soc*. 2002 Jun;50(6):1108-12. doi: 10.1046/j.1532-5415.2002.50268.x.
5. Lunney JR, Lynn J, Foley DJ, Lipson S, Guralnik JM. Patterns of functional decline at the end of life. *JAMA*. 2003 May 14;289(18):2387-2392. doi: 10.1001/jama.289.18.2387.
6. Hui D, Hess K, dos Santos R, Chisholm G, Bruera E. A diagnostic model for impending death in cancer patients: Preliminary report. *Cancer*. 2015 Nov 1;121(21):3914-21. doi: 10.1002/cncr.29602.