Trauma, Cirurgia e Medicina Intensiva

Edição III

Capítulo 02

CUIDADOS PALIATIVOS NA EMERGÊNCIA

EMMANUEL OLIVEIRA SANTOS[1]
HEITOR AUGUSTO DE BRITO LEMOS[1]
JAQUELINE DE PAULO FELIX[1]
BRUNA FARINELLI MORETO[1]
DOUGLAS DOS SANTOS ALMEIDA[1]
GABRIELA FURTADO RUA[1]
NATHALIA DURAZZO GARCIA[1]
MIGUEL LIMA DA SILVA[1]
GABRIELLA PERON DE OLIVEIRA[2]
KEROLIN DE OLIVEIRA RIBEIRO[1]
MYLENA EDUARDA LOPES SILVA E OLIVEIRA[1]
BRUNA FERRACI SERAFIM[1]
BRUNA CARTAXO DO LAGO[1]

[1]Discente - Medicina Da Universidade Nove de Julho - Campus Mauá
[2]Discente - Medicina da Universidade de Medicina de Marília - UNIMAR

Palavras-Chave: *Emergência; Paliativo; Tratamento.*

DOI 10.59290/978-65-6029-184-3.2

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

Princípios e indicação de cuidados paliativos na Emergência

Segundo a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), revista em 2002, "Cuidado paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares que enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual".

Podemos observar que essa definição é bem mais abrangente do que o conceito errôneo de que apenas pacientes em estado terminal se beneficiam de uma abordagem de cuidados paliativos (ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS, 2012).

Com o envelhecimento populacional e o aumento de expectativa de vida, o departamento de emergência (DE) é cada vez mais frequentado por pacientes idosos, portadores de doenças crônicas, cujas necessidades vão muito além do tratamento médico padronizado do quadro agudo.

O cuidado paliativo é multidisciplinar por definição e engloba o cuidado além do diagnóstico médico, contemplando, além do aspecto físico, necessidades sociais, psicológicas e espirituais e considerando o paciente e a família como unidade-objeto de cuidado (ACEP, 2022).

A aplicação dos princípios do cuidado paliativo à realidade do serviço de emergência tem como base os seguintes pilares:

- Controle precoce e intensivo de sintomas.
- Comunicação eficaz e definição de objetivos de cuidado.
- Trabalho em equipe.
- Ajuste do tratamento de acordo com o momento da trajetória de doença, grau de reversibilidade do quadro agudo e valores do paciente.
- Não antecipar nem prolongar ou adiar a morte.

É importante ressaltar que o cuidado em relação ao controle de sintomas e o uso de técnicas adequadas de comunicação se aplicam a todos os pacientes que buscam a unidade de emergência (AZOULAY *et al.,* 2011).

O *American College of Emergency Physicians* (ACEP) sugere que seja realizado um *screening* para necessidades de cuidado paliativo logo na entrada do paciente no DE, precedendo a triagem de enfermagem. Beneficiam-se de cuidados paliativos todos os pacientes que apresentam os seguintes critérios:

1. Doença grave e incurável e
2. Qualquer um dos critérios da **Tabela 2.1.**

Tabela 2.1 Critérios para cuidados paliativos

Pergunta surpresa	**Você não se surpreenderia se o paciente morresse em um ano ou não chegasse à idade adulta (se pediátrico).**
***Bounce-back* (idas e vindas)**	Retorno ao DE em um período de meses por uma mesma condição ou sintoma.
Aumento de complexidade	Aumento da dependência e da necessidade de cuidados ao longo prazo.
Sintomas mal controlados	Procura o DE em um período de meses por uma mesma condição ou sintoma.
Declínio funcional	Perda de funcionalidade, intolerância alimentar, perda de peso não intencional ou estresse dos cuidados.

De maneira mais abrangente, devemos considerar uma abordagem de cuidado paliativo (o que é diferente de limitação de suporte) para pacientes acima de 80 anos, que apresentem declínio funcional ou fragilidade e marcadores de mau prognóstico relacionado a doença de base (cirrose *Child* C, insuficiência renal dialítica,

DPOC *Gold* D, fibrose pulmonar oxigênio-dependente).

Ressalta-se que pacientes em cuidados paliativos definidos podem se beneficiar de intervenções prolongadoras de vida (antibioticoterapia, correção de distúrbios eletrolíticos, uso de drogas vasoativas), desde que haja potencial de reversão do quadro agudo e as medidas estejam de acordo com os valores e expectativas deles.

Em termos gerais, a introdução de cuidados paliativos deve ser feita no início de um quadro de doença grave, integrada com o tratamento modificador de doença. Infelizmente, muitos pacientes com indicação de cuidados paliativos não têm acesso a esse cuidado e a esclarecimento adequado em relação à gravidade de doença e ao prognóstico. Dessa forma, cabe ao médico emergencista avaliar a gravidade do quadro agudo, o momento da trajetória de doença e propor, muitas vezes pela primeira vez, a realização de cuidados paliativos.

No início da doença, o enfoque principal é no tratamento modificador de doença, sendo muitas vezes indicadas medidas invasivas. Com a progressão da doença, o foco passa a ser em cuidados paliativos e conforto. Cabe ao emergencista identificar em que ponto dessa trajetória o paciente se encontra (considerando que, em doenças crônicas não oncológicas, muitas vezes essa trajetória não é linear), qual a possibilidade de sucesso de potenciais intervenções e quais são os valores e expectativas do paciente, para oferecer o melhor tratamento de maneira individualizada (HUI *et al.,* 2013).

METODO

Trata-se de uma revisão de literatura realizada no período de novembro e dezembro de 2023, por meio de pesquisas nas bases de dados na plataforma *Publish Medical Literature Analysis and Retrievel System Online* (PubMed), no SciELO e no Manual da residência em cuidados paliativos, de 2017 Foram utilizados os descritores em inglês: "*paliative acre", "emergency", "hospital care".* Desta busca foram encontrados mais de trinta mil artigos, posteriormente selecionados 28 destes. Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas inglês e português e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo revisão, meta-análise, *guideline* e de caso controle disponibilizados na íntegra.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas inglês e português e que abordavam as temáticas propostas para esta pesquisa, estudos do tipo revisão, meta-análise, *guideline* e de caso controle disponibilizados na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados na forma de resumo, que não abordavam diretamente a proposta estudada e que não atendiam aos demais critérios de inclusão (BELLER *et al.,* 2015).

Após os critérios de seleção restaram 28 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando: a definição e classificação dos cuidados paliativos; os dados epidemiológicos; e por meio deles as lacunas da literatura.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Prognóstico e decisão compartilhada

É importante discutir prognóstico em pacientes com doença avançada que procuram o DE principalmente por três motivos: para auxiliar na decisão médica em relação à escolha do melhor tratamento de maneira individualizada, para permitir que o paciente com risco de morte durante a hospitalização possa compartilhar essa informação com seus familiares, se for seu desejo, e porque é direito do paciente solicitar

ou recusar tratamentos que possam prolongar sua sobrevida à custa de maior sofrimento, o que inclui intervenções como intubação orotraqueal ou ressuscitação cardiopulmonar (BAILE *et al.,* 2000).

O médico emergencista continuamente avalia gravidade, fórmula e emite prognósticos. Mais do que qualquer outra especialidade, faz parte da prática diária dele comunicar boas e más notícias, avaliar a gravidade do quadro agudo para indicar alta ou internação e priorizar e alocar recursos, muitas vezes escassos. No entanto, a formulação de prognóstico na emergência é uma área pouco estudada. A pergunta-surpresa ("Você se surpreenderia se este paciente morresse em um ano?") teve sua utilidade demonstrada para identificar pacientes com pior prognóstico na assistência primária, em casos dialíticos e naqueles oncológicos ambulatoriais.

No ambiente da emergência, essa pergunta pode ser reformulada para: "Você se surpreenderia se este paciente morresse nesta internação?". Estudos recentes demonstraram a utilidade dessa pergunta na predição de mortalidade tanto de 510 pacientes em unidade crítica de pronto-socorro como de 207 pacientes estudados em sala de emergência. Se a resposta é: "Não, eu não me surpreenderia se este paciente morresse nesta internação", o paciente pode se beneficiar de intervenções de cuidado paliativo ou de avaliação de especialistas em cuidado paliativo durante a hospitalização. Como é impossível formular um prognóstico exato em relação a tempo de sobrevida, pode ser útil expressar estimativas de sobrevida em intervalos: horas a dias, dias a semanas, meses a anos (CARVALHO *et al.,* 2017).

Idade é um fator prognóstico independente, e um estudo recente demonstrou que, entre 35.306 pacientes acima de 65 anos submetidos à intubação orotraqueal no DE, em média sobrevivem com retorno para casa:

- 65-74 anos: 31%, n = 18.901.
- 75-79 anos: 23%, n = 7.708.
- 80-84 anos: 19%, n = 6.877.
- 85-90 anos: 15%, n = 5.167.
- Acima de 90 anos: 14%, n = 2.810.

O fator mais estudado e de maior correlação com sobrevida é capacidade funcional. Existem algumas escalas, como a de *Karnofsky*, que vai de 0 a 100%. Por sua praticidade, sugerimos o uso do *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG), que é simples e amplamente utilizado **(Tabela 2.1)**. Se o paciente passa mais de 50% do tempo restrito ao leito (ECOG igual ou maior que 3), a sobrevida estimada é em torno de 3 meses (GLARE *et al.,* 2004).

Tabela 2.1 *Escore Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG)

0	**Assintomático, capaz de realizar todas as atividades sem restrições**
1	Sintomático, mas ambulatorial, com restrição à atividade física extenuante, porém capaz de executar um trabalho leve ou de natureza sedentária (trabalhar em escritório, atividades leves de cuidado de casa)
2	Sintomático, <50% de tempo na cama durante o dia (ambulatorial e independente para autocuidado, mas incapaz de desenvolver atividades de trabalho)
3	Sintomático, >50% de tempo na cama durante o dia, mas não completamente acamado (parcialmente capaz de autocuidado)
4	Acamado, (completamente incapacitado para autocuidado, completamente confinado a cama)
5	Morte

Processo de tomada de decisões na emergência

Devem ser seguidos os princípios bioéticos de beneficência, não maleficência, autonomia e justiça, e procedimentos considerados fúteis ou não beneficentes pela equipe médica não estão indicados. Cuidados básicos como higiene e controle de sintomas devem ser fornecidos a todos os pacientes (DESANDRE & QUEST, 2013).

A investigação da intercorrência aguda com exames laboratoriais e de imagem deve ser individualizada, levando em consideração o potencial de reversibilidade do quadro e a necessidade para tomada de conduta. Exames laboratoriais ou de imagem de "rotina" ou, ainda, que não levarão a mudança de conduta não devem ser realizados.

Tratamentos potencialmente prolongadores de vida que podem ser benéficos (antibioticoterapia, correção de distúrbios eletrolíticos, ventilação não invasiva) devem ser indicados ou não de acordo com o momento de doença, potencial de reversibilidade do quadro e valores do paciente. Se uma medida invasiva é considerada fútil (intubação, admissão em unidade crítica), a introdução ou manutenção de todas as demais deve ser repensada (MULLER-BUSH *et al.,* 2003).

Se há dúvida ou controvérsia e o paciente não tem diretivas avançadas de vida (DAV), recomenda-se não optar por decisões irreversíveis, o que pode significar instituir, naquele momento, o tratamento invasivo. É importante lembrar que, em situações de insuficiência respiratória ou rebaixamento que não sejam de iminência de morte, medidas como oxigenoterapia e ventilação não invasiva podem funcionar como suporte até que se tenha acesso ao histórico médico e aos familiares, evitando a realização de uma intubação não indicada ou indesejada pelo paciente.

A discussão familiar deve ser focada mais no objetivo do cuidado (prolongar a vida, priorizar conforto) do que em intervenções específicas. Devemos evitar transferir para a família a responsabilidade de decisões médicas. Medidas instituídas no contexto de urgência podem ser retiradas, se em um momento posterior ficar claro que elas já não estão sendo benéficas ou estão em desacordo com os valores do paciente. Em um paciente com processo ativo de morte já instalado, nutrição e hidratação são consideradas medidas de suporte de vida e podem ser suspensas se julgado indicado (LAGO *et al.,* 2006).

Aspectos éticos, legais e religiosos de ajuste terapêutico e retirada de suporte vital

O Código Penal de 1940 não contempla questões relacionadas à retirada de suporte vital.

Em São Paulo, a Lei Estadual n. 1.0241/1999, "Lei Mário Covas", garante a pacientes e familiares o direito de recusar tratamentos dolorosos ou desproporcionais para prolongar a vida e escolher o local de morte.

A Resolução n. 1.805, de 2006, do Conselho Federal de Medicina, diz que é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos que prolonguem a vida do doente terminal de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal.

A Constituição Federal de 1998 estabelece a dignidade da pessoa humana como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil (art. 1º, inciso II) e garante que "ninguém será submetido a tortura ou a tratamento desumano ou degradante" (art. 5º, inciso III).

O Papa João Paulo II, em seu Evangelium Vitae, disse que "a renúncia a meios extraordinários ou desproporcionados não equivale ao suicídio ou eutanásia; exprime, antes, a aceitação da condição humana diante da morte".

No Brasil, até o momento da redação deste capítulo, não há ainda previsão legal para utilização de documentos de DAV. Assim, quando há uma discussão prévia a respeito disso, recomenda-se registrar o mais claro e detalhado possível em prontuário, constando data, descrição das diretivas específicas e quais foram as pessoas envolvidas em tal decisão (paciente, familiar, membros da equipe) (OLSEN *et al.*, 2013; OUCHI *et al.,* 2018).

IMPORTANTE: a filosofia dos cuidados paliativos não apoia ou prática de maneira alguma a eutanásia, definida como crime de acordo com o art. 122 do Código Penal e proibida pelo Código de Ética Médica.

Controle de sintomas

Sintomas descontrolados são causa comum de procura do serviço de emergência, e os mais comumente apresentados por pacientes em cuidado paliativo são: dor, dispneia, náuseas e vômitos, diarreia, constipação, agitação/delirium, ansiedade, edema. Neste tópico, abordamos em mais detalhes dispneia e náuseas/vômitos, além de, com brevidade, cada um dos demais sintomas, à exceção de delirium e dor, que serão discutidos em outros capítulos. Discutiremos também sedação paliativa, que pode ser considerada em situações em que os sintomas são intoleráveis e refratários ao tratamento (CARVALHO *et al.,* 2017).

Dispneia

Dispneia é definida como sensação subjetiva de desconforto respiratório, podendo em casos graves gerar sensação de sufocamento, o que é bastante assustador. É um sintoma indicativo de gravidade e de falência respiratória iminente, necessitando de uma resposta terapêutica rápida e condizente com os objetivos de cuidado do paciente.

O melhor tratamento para dispneia depende dos objetivos de cuidado do paciente, do ponto na trajetória de doença, da sobrevida esperada e da probabilidade de uma boa resposta. É importante lembrar que, como princípio geral, deve-se ter o objetivo de diagnosticar a causa da dispneia ou de sua piora e que mesmo o paciente em cuidados paliativos pode se beneficiar de tratamento clínico otimizado de condições como DPOC e insuficiência cardíaca ou até de procedimentos como toracocentese ou paracentese de alívio.

Na investigação do paciente em cuidado paliativo, devemos considerar algumas particularidades, analisadas a seguir:

A coleta de gasometria arterial é dolorosa e de utilidade limitada no paciente com doença grave, a não ser que o uso de ventilação mecânica seja consistente com os objetivos de tratamento. Hipoxemia pode ser detectada pela oximetria de pulso e hipercapnia com o uso de capnógrafo ou, ainda, estimada por gasometria venosa limitando o desconforto infligido ao paciente.

Exames simples como radiografia de tórax, eletrocardiograma e ultrassonografia *point-of-care* podem detectar consolidações, derrames pleurais, arritmias e sinais de congestão pulmonar, identificando condições reversíveis com baixo custo e mínimo desconforto para o paciente (CARVALHO *et al.,* 2017).

Oxigenoterapia: pode ser uma medida útil no paciente hipoxêmico. De preferência, o oxigênio deve ser administrado por cânula nasal, que tende a causar menos a sensação de "sufocamento" que muitos pacientes relatam com o uso de máscara. Não há indicação de oxigenoterapia para paciente dispneico sem hipoxemia – além de não ser superior em comparação ao uso de ar comprimido nessa situação, o fluxo de oxigênio pode ser causa de outros desconfortos (xerostomia, epistaxe) (CARVALHO *et al.,* 2017).

Posicionamento: o posicionamento com a cabeceira elevada, braços elevados e em repouso pode elevar a capacidade vital pulmonar, aliviando a dispneia em pacientes com DPOC. Em doenças pulmonares unilaterais, decúbito sobre o lado afetado pode ser mais confortável. Cada paciente pode perceber de maneira individual em que posição se sente mais confortável, e é importante compartilhar com a enfermagem

que nessa situação o conforto pode ser mais importante que a recomendação padrão de mudança de posicionamento em horários predeterminados (CARVALHO *et al.,* 2017).

Balanço hídrico: evitar hiperidratação/balanço hídrico excessivamente positivo, que pode ter como consequências indesejadas edema, congestão pulmonar, aumento da quantidade de secreções respiratórias e aumento de derrames cavitários. Cabe destacar que soluções "de manutenção" não possuem evidência de benefício e podem ter como consequência hiponatremia, hipercloremia, acidose metabólica e hipervolemia (CARVALHO *et al.,* 2017).

Opioides: nesta classe, com eficácia baseada em evidência para tratamento sintomático de dispneia há codeína, morfina e fentanil, em formulação oral ou parenteral. A eficácia de outros opioides, como metadona e oxicodona, não é tão bem estabelecida. As doses utilizadas são, no geral, mais baixas do que a dosagem analgésica. É importante ressaltar que pacientes idosos ou com disfunção renal estão sob maior risco de intoxicação por opioides e podem necessitar de doses mais baixas. O fentanil pode ser mais seguro para pacientes com disfunção renal (CARVALHO *et al.,* 2017).

Dispneia não controlada em cuidado paliativo é uma emergência que demanda avaliação imediata, titulação rápida de opioides e reavaliação frequente em relação ao controle do sintoma.

Exemplo de titulação de opioide, para pacientes em desconforto muito intenso:

- Administre uma dose inicial de morfina intravenosa – 1-2 mg.
- Aguarde 10-15 min para obtenção do pico de efeito (permaneça próximo ao paciente até que ele esteja confortável).
- Avalie se existem sinais de redução do desconforto (redução da frequência respiratória, do uso de musculatura acessória, relato subjetivo de melhora).
- Se houver persistência da dispneia, administre uma segunda dose 50-100% maior que a primeira – 3-4 mg.
- Reavalie a necessidade de novas doses a cada 5-15 min.
- Depois de obter alívio com uma dose em bolus inicial, prescreva a dose inicial que foi necessária a cada 4 h. Por exemplo, se a dose inicial necessária foi de 4 mg, a prescrição deve ser de 4 mg endovenoso a cada 4 h ou uma infusão contínua de 1 mg/h (total 24 mg/dia). A prescrição deve contemplar também uma dose de resgate igual a 1/6 da dose total diária (no caso, 4 mg). A morfina pode ser diluída em soluções fisiológicas de 100 mL para infusão contínua.
- Quando o paciente estiver confortável, pode-se fazer a transição para medicação por via oral (1 mg de morfina EV equivale a 3 mg VO). Morfina pode ser administrada por via subcutânea na ausência de acesso venoso e incapacidade de uso da via oral (BELLER *et al.,* 2015).

IMPORTANTE! No paciente já usuário de opioide, pode ser necessário o aumento em até 25% da dose usual de horário para aliviar o desconforto adicional da dispneia.

É fundamental a monitorização de sinais de intoxicação como sonolência, miose e mioclonias. Esses sinais precedem o efeito colateral mais temido, que é a depressão respiratória. Reforçamos que já é bem documentado em literatura que opioides não estão associados à depressão respiratória quando utilizados de maneira adequada.

Benzodiazepínicos: não são eficazes como agente principal para o tratamento de dispneia, mas podem ser úteis em associação com opioides. Considere associação de benzodiazepínicos quando:

● O paciente necessita de doses frequentes de opioides.

● O paciente necessita de doses crescentes de opioides.

A expressão do sintoma de dispneia é associada a sinais de ansiedade profunda ou medo. Pode ser utilizado o diazepam por via oral 5-10 mg ou o midazolam 2,5-5 mg por via endovenosa ou subcutânea. Ressalta-se que essa utilização é diferente da sedação paliativa com benzodiazepínicos, que será discutida em mais detalhes posteriormente (BELLER *et al.,* 2015).

Ventilação não invasiva: o último *guideline* de ventilação não invasiva da *American Thoracic Society* a descreve como intervenção bem estudada e baseada em evidência, que reduz esforço respiratório, pode melhorar conforto e desfechos entre pacientes em cuidado paliativo. Um estudo randomizado demonstrou redução de dispneia em especial em pacientes hipercápnicos, além de redução da dose de morfina necessária para controle de sintomas, permitindo melhor preservação da função cognitiva.

Entre pacientes em fase final de vida, a ventilação não invasiva pode ser útil no controle de sintomas, desde que eles não relatem sensação de incômodo ou sufocação relacionada ao uso da máscara e que o suporte ventilatório não prolongue o sofrimento e o processo de morte.

Tratamentos que têm como objetivo modificar o curso de doença e estender sobrevida (quimioterapia, antibióticos, suporte venti-latório invasivo ou não invasivo) podem ser considerados, a depender da doença de base, do prognóstico e dos objetivos de tratamento.

Em fase final de vida, essas intervenções podem ter mais efeitos colaterais que benefícios. O fato de haver um tratamento modificador disponível não quer dizer que ele deva ser utilizado, quando o custo-benefício e a probabilidade ou tempo esperado de resposta não são favoráveis.

A transição de cuidado em que tratamentos modificadores são interrompidos é um momento delicado e que demanda discussão cuidadosa e empática com o paciente e familiares. Apesar de o DE não ser o local preferencial para pacientes em fase final de vida, muitas vezes é o único ao qual conseguem ter acesso. É importante que o médico emergencista utilize ferramentas de comunicação adequadas (Capítulo "Comunicação no departamento de emergência") e esclareça todas as dúvidas e questionamentos.

Usualmente, medidas modificadoras não invasivas (diureticoterapia e broncodilatadores) costumam ser mantidas até a fase final. No caso de medicações inalatórias, pode ser necessária a modificação de dispositivo (inalador de pó seco para nebulização), quando há piora do status cognitivo do paciente (AZOULAY *et al.,* 2011). A **Tabela 2.3** descreve intervenções dirigidas para algumas causas de dispneia em pacientes em cuidado paliativo.

Tabela 2.3 Intervenções dirigidas para algumas causas de dispneia em pacientes em cuidado paliativo. DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica; VNI: ventilação não invasiva

Causa da Dispneia	Intervenção Dirigida
Derrame Pleural	Toracocentese, drenagem com "*pigtail*" pleurodese (se sobrevida mínima estimada de semanas)
Obstrução neoplásica das vias aéreas	Intervenção endoscópica ou cirúrgica (argônio, laser, *stents*), radioterapia localizada
Ascite	Paracentese de alívio, corticoterapia (se indicada)
DPOC	Corticoides, broncodilatadores, VNI
Insuficiência Cardíaca	Vasodilatadores, diuréticos, pode-se considerar o uso de inotrópicos como dobutamina
Pneumonia	Antibioticoterapia

Náuseas e vômitos

Náusea é uma sensação de mal-estar que em geral precede o vômito. Pode estar associada a sintomas autonômicos como sudorese e sialorreia. O vômito propriamente dito é a eliminação do conteúdo gástrico pela boca. Náuseas e vômitos são muito comuns em pacientes com doenças em estágio avançado: 60% dos pacientes com câncer, 40% nos pacientes com Aids, 30% na doença renal crônica em estágio avançado e 17% em insuficiência cardíaca. Podem ter como consequência desidratação, distúrbios eletrolíticos e perda de peso.

Quando ocorre um estímulo desencadeante de náusea, um ou mais dos seguintes mecanismos são ativados:

- Córtex cerebral.
- Sistema vestibular.
- Zona de gatilho quimiorreceptora (ZGQ).
- Receptores do trato gastrointestinal.

Apesar de algumas limitações, estudos pequenos demonstraram que a abordagem baseada em mecanismos leva a sucesso no tratamento de náuseas e vômitos em até 80-90% dos pacientes em cuidado paliativo. Como alternativa, pode se utilizar antagonistas de dopamina independentemente do mecanismo envolvido. A recomendação é que o sintoma seja tratado de acordo com o mecanismo mais provável, sendo realizadas associações, quando necessário.

A realização de história e exame físico sistemáticos é essencial para avaliação das causas de náuseas e/ou vômitos. Em cerca de 2/3 dos pacientes, uma ou mais causas podem ser identificadas. Deve-se questionar:

- Presença de dispepsia, refluxo ou constipação.
- Presença de saciedade precoce, empachamento e alívio da náusea com vômito de pequeno volume (dados que sugerem gastroparesia).
- Início ou aumento recente de dose de opioides.
- Associação com movimento (pode sugerir ativação vestibular).
- Presença de cefaleia e alterações cognitivas ou focais podem sugerir hipertensão intracraniana.

Na investigação de causas gastrointestinais potencialmente reversíveis, é importante observar no exame físico a presença de ascite, hepatomegalia, massas palpáveis ou impactação fecal. Em relação a exames complementares, ainda que não sejam indicados para todos os pacientes, uma avaliação básica de bioquímica pode ser útil na investigação etiológica.

O tratamento deve ser baseado no mecanismo mais provável, isto é, o antiemético a ser utilizado a princípio é o que deve ser eficaz para interromper a via mais provavelmente envolvida. A via parenteral é a de preferência, seja endovenosa ou subcutânea (PANTILAT *et al.,* 2015).

Ansiedade

Ansiedade é um sintoma comum em pacientes que procuram o DE, mas que pode ser especialmente intensa naqueles com doenças graves ou em fim de vida. Para melhor compreensão e abordagem desse sintoma é importante compreender suas potenciais causas:

- Fatores relacionados à doença atual (diagnóstico recente de uma doença grave, antecipação em relação ao resultado de algum exame, medo da morte).
- Sintomas físicos mal controlados: dor, dispneia ou náusea.
- Causas medicamentosas ou metabólicas: hipoglicemia, hipercalcemia ou efeitos colaterais de medicações como alguns antidepressivos.
- Condições psiquiátricas preexistentes que possam ser exacerbadas pelo quadro atual.

O manejo de ansiedade deve contemplar a investigação e a abordagem de potenciais causas, podendo ser necessário tratamento medicamentoso. Benzodiazepínicos costumam ser eficazes, porém é importante que seja levado em consideração o risco de delirium induzido por essas medicações, em especial em pacientes idosos ou em uso de opioides. Agentes que podem ser utilizados são diazepam, 5-10 mg, VO ou EV, até 8/8 h, alprazolam, 0,25-2 mg, até 8/8 h, e clonazepam, 0,5 a 2 mg, VO/SL, até 8/8 h (PANTILAT *et al.,* 2015).

Edema e hipervolemia

Edema e hipervolemia são comuns em pacientes com doença avançada ou em fim de vida. Fatores associados são hipoalbuminemia (que pode ser secundária a desnutrição, disfunção renal ou hepática), imobilismo, alterações de drenagem venosa ou linfática pós-cirúrgicas ou por efeito de invasão tumoral direta.

Medidas não farmacológicas indicadas são:

- Ajuste de dieta. Evitar fluidos hipotônicos, priorizando ingestão de bebidas contendo sal (isotônicos, sucos, sopas).
- Compressão: considere uso de meias ou dispositivos de compressão; a associação desses dispositivos com atividade física leve pode auxiliar na reabsorção de fluidos.
- Cuidado com mucosas: umidificação e cuidado tópico de mucosa oral, ocular, lábios pode aliviar a sensação de ressecamento associada à hipoalbuminemia e hipovolemia intravascular. Saliva artificial, colírios lubrificantes e solução salina fisiológica nasal podem ser considerados.
- Cuidados com a pele: a pele edemaciada é frágil e deve ser inspecionada com frequência. Hidratação frequente e reposicionamento periódico podem evitar lesões por pressão; exposição solar ou ao frio intenso devem ser evitadas.

Evite hiperidratação ou administração de albumina exógena. Essas medidas não têm benefício demonstrado e podem agravar edema/hipervolemia. O uso de furosemida 1 mg/kg, EV/SC, ou 40-160 mg, VO, pode ser considerado. O uso de albumina e diuréticos em associação não é recomendado, pelo alto custo e pela ausência de evidência de benefício (PANTILAT *et al.,* 2015; PERKIN & RESNIK, 2018).

CONCLUSÃO

A análise do estudo revela uma abordagem abrangente e crítica sobre a integração dos cuidados paliativos na prática médica, especialmente no contexto de emergências. A obra destaca a necessidade de uma mudança de paradigma na forma como os profissionais de saúde, particularmente os médicos emergencistas, abordam pacientes com doenças avançadas ou crônicas (RIBEIRO *et al.,* 2017).

Os cuidados paliativos são apresentados não apenas como uma opção para o final da vida, mas como uma abordagem que deve ser considerada desde o início do tratamento de doenças graves. Isso é crucial, pois muitos pacientes que se apresentam em situações de emergência podem se beneficiar de intervenções que visam não apenas a prolongação da vida, mas também a melhoria da qualidade de vida. A literatura revisada no documento enfatiza que a introdução precoce de cuidados paliativos pode levar a melhores resultados, tanto em termos de conforto quanto de satisfação do paciente e da família.

Além disso, os dados e estudos ressaltam a importância da comunicação clara e empática entre médicos e pacientes. A capacidade de discutir prognósticos e opções de tratamento de forma honesta e respeitosa é fundamental para que os pacientes possam tomar decisões informadas sobre seus cuidados. A prática de formu-

lar prognósticos, embora desafiadora, é uma habilidade essencial para os médicos emergencistas, que frequentemente se deparam com situações críticas e decisões difíceis (SHARP *et al.,* 1980).

Outro ponto importante abordado é a necessidade de personalização do cuidado, levando em consideração os valores e expectativas dos pacientes. Isso é especialmente relevante em uma população envelhecida, onde a fragilidade e as comorbidades são comuns. A identificação do momento da trajetória da doença em que o paciente se encontra permite que o médico ofereça intervenções que sejam não apenas clinicamente apropriadas, mas também alinhadas com os desejos do paciente (YOU *et al.,* 2003).

Por fim, o estudo conclui que a implementação de cuidados paliativos na emergência não deve ser vista como uma limitação do tratamento, mas como uma extensão do cuidado médico que prioriza o bem-estar do paciente. A formação contínua dos profissionais de saúde e a sensibilização sobre a importância dos cuidados paliativos são essenciais para garantir que todos os pacientes recebam o cuidado que merecem, independentemente da gravidade de sua condição. A integração efetiva dos cuidados paliativos na prática médica pode, portanto, transformar a experiência do paciente e da família em momentos críticos, promovendo um cuidado mais humano e compassivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. Ampliado e Atualizado, 2ª edição, 2012.

ACEP Simple Palliative Care Toolkit. Disponível em: www.acep.org. Acesso em: 12 março 2022.

AZOULAY, E. *et al*. Noninvasive mechanical ventilation in patients having declined tracheal intubation. Intensive Care Medicine, v. 14, n. 2, p. 292, 2011. doi: 10.1007/s00134-012-2746-2.

BAILE, W.F. *et al*. Spikes: a six steps protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. The Oncologist, v. 5, n. 4, p. 302, 2000. doi: 10.1634/theoncologist.5-4-302.

BELLER, E.M. *et al*. Palliative pharmacological sedation for terminally ill adults. Cochrane Database of Systematic Reviews, v. 1, n. 1, p. CD010206, 2015. doi: 10.1002/14651858.CD010206.pub2.

CARVALHO, R.T. *et al*. Manual da residência em cuidados paliativos. Barueri: Manole, 2017.

DESANDRE, P. & QUEST, T. Palliative aspects of emergency care. Oxfor: Oxford University Press, 2013.

GLARE, P. *et al*. Systematic review of the efficacy of anti-emetics in the treatment of náusea in patients with far-advanced cancer. Support Care Cancer. v. 12, n. 6, p.432, 2004. doi: 10.1007/s00520-004-0629-y.

HUI, D. *et al*. High-Flow oxygen and bilevel positive airway pressure for persistent dyspnea in patients with advanced cancer. Journal of Palliative Medicine, v. 16, n. 3, p. 274, 2013. doi: 10.1089/jpm.2012.0364.

LAGO, E.A. *et al*. Limitacion del esfuerzo terapêutico en La situacion de enfermedad terminal. Nos puede ayudar la bioética a la toma de decisiones? Medicina Paliativa, v. 13, n. 4, p. 174, 2006.

MULLER-BUSCH, H.C. *et al*. Sedation in palliative care – a critical analysis of 7 year experience. BMC Palliative Care, v. 2, n. 1, p. 2, 2003. doi: 10.1186/1472-684X-2-2.

OLSEN, M. *et al*. Ethical decision-making with end-of-life care: Palliative sedation and witholding or withdrawing life-sustaining treatments. Mayo Clinic Proceedings, v. 85, n. 10, p. 949, 2013. DOI:10.4065/mcp.2010.0201.

OUCHI, K. *et al*. The surprise question asked of emergency physicians may predict 12-month nortality between older adults admitted to the emergency department. Journal of Palliative Medicine, v. 21, n. 2, p. 236, 2018. doi: 10.1089/jpm.2017.0192.

PANTILAT, S. *et al*. Hospital-based palliative medicine. A practical, evidence-based approach. Wiley Blackwell; 2015.

PERKIN, B.M. & RESNIK, D.B. The agony of agonal respiration: is the last gasp necessary? BMJ Journal of Medical Ethics, v. 28, n. 3, p. 164, 2018. doi: 10.1136/jme.28.3.164.

RIBEIRO, S.C.C. *et al*. Criterion validity and inter-rater reliability of a palliative care screening tool applied to patients admitted to a emergency department intensive care unit. Palliative and Supportive Care, v. 16, n. 6, p. 1, 2017. DOI:10.1017/S1478951517001080.

SHARP, J.T. *et al*. Postural relief of dyspnea in severe chronic obstructive lung disease. American Review of Respiratory Disease, v. 122, n. 2, p. 201, 1980. doi: 10.1164/arrd.1980.122.2.201.

YOU, J.J. *et al*. On behalf of the Canadian Researchers at the End-of-Life Network (CARENET) Just ask. Discussing goals of care with patients in hospital with serious illness. Canadian Medical Association Journal, v. 186, n. 6, p.425, 2003. doi: 10.1503/cmaj.121274.