

LUIZ HENRIQUE REZENDE PACHECO

**AVALIAÇÃO DOS ÓBITOS OCORRIDOS NO SETOR DE  
EMERGÊNCIA.**

Dissertação de Mestrado submetida ao programa de Mestrado Profissionalizante da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do grau de Mestre em Cuidados Intensivos e Paliativos

Orientadora: Profa. Dra. Rachel Duarte Moritz

Florianópolis 2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Pacheco, Luiz Henrique Rezende  
Avaliação dos óbitos ocorridos no setor de emergência. /  
Luiz Henrique Rezende Pacheco ; orientadora, Profa. Dra.  
Rachel Duarte Moritz - Florianópolis, SC, 2014.  
32 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade  
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde.  
Programa de Pós-Graduação em Cuidados Intensivos e  
Paliativos.

Inclui referências

1. Cuidados Intensivos e Paliativos. 2. departamento de  
emergência. 3. cuidados paliativos. 4. doenças crônico-  
degenerativas mortalidade. I. Moritz, Profa. Dra. Rachel  
Duarte . II. Universidade Federal de Santa Catarina.  
Programa de Pós-Graduação em Cuidados Intensivos e  
Paliativos. III. Título.

LUIZ HENRIQUE REZENDE PACHECO

**AVALIAÇÃO DOS ÓBITOS OCORRIDOS NO SETOR DE  
EMERGÊNCIA.**

Esta Dissertação foi julgada adequada para a obtenção do Título de “Mestre”, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Mestrado Profissionalizante em Cuidados Intensivos e Paliativos da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 16 de Janeiro de 2014

---

Profa. Dra. Rachel Duarte Moritz  
Coordenadora do Programa

**Banca Examinadora:**

---

Profa. Dra. Rachel Duarte Moritz  
Presidente / Orientadora

---

Prof. Dr. Danton Sphor Corrêa  
Membro Externo

---

Prof. Dr. Fernando Osni Machado  
Membro

---

Prof. Dra Ana Stamm  
Membro

---

Prof. Dra Lara Patrícia Kretzer  
Suplente

Este trabalho homenageia os  
profissionais que se dedicam aos  
cuidados paliativos



## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos meus pais Luiz e Luzia pelo incentivo á formação acadêmica e á busca do conhecimento. A minha irmã Leonora pelo estímulo em ir adiante da graduação. Ao meu irmão Leandro por mostrar que sair da zona de conforto pode ser gratificante.

Agradeço a minha esposa Juliana por tolerar a ausência e entender meus objetivos.

Sou especialmente grato a minha orientadora Dra. Rachel, que foi muito além de suas atribuições para tornar concreto este projeto.

Gratidão, tenho também, com todos os colegas que colaboraram com este trabalho; em especial Dra. Lara, Dr. Fernando, Dra. Elizabeth e aos funcionários da UTI do HU-UFSC

Agradeço também ao Departamento de Cirurgia e aos Membros do Mestrado em Cuidados Intensivos e Paliativos por proporcionarem esta oportunidade.





## RESUMO

**Introdução** - A maioria das mortes no mundo atual ocorre nos hospitais, sendo crescente o atendimento nos setores de emergência (SE) de pacientes com doença terminal.

**Objetivos** - Avaliar o perfil clínico-demográfico dos pacientes que morreram no SE do HU-UFSC; constatar se as mortes foram consideradas esperadas; verificar as condutas terapêuticas que precederam o óbito.

**Método** - Coorte retrospectivo, aprovado pela comissão de ética. As informações foram colhidas do banco de dados da Comissão de Óbitos do HU-UFSC. Foi anotada a causa da morte e foram avaliados dados clínico-demográficos daqueles que morreram entre julho/2004-dezembro/2010 (G1) e entre janeiro/2011-dezembro/2012 (G2). Para análise estatística foram utilizados teste T Student e  $\chi^2$ .

**Resultados:** Foram avaliados 860 óbitos. A comparação do G1 com o G2 mostrou aumento significativo da idade média (68.9/71.4anos) e da incidência de doenças crônico-degenerativas (79%/95.4%). Reanimação cardiopulmonar (RCP) precedeu o óbito em 30.5% no G1 e 6.6% no G2 ( $p<0.01$ ). No G1 57.2% dos óbitos foram esperados e no G2 92.9%. Em comparação com os pacientes que permaneceram num tempo  $\leq 24$  horas, aqueles que ficaram mais que 24 horas eram percentualmente mais velhos (67.5 vs 72 anos). Significativamente o óbito era mais esperado (85% vs 98%), sofriram de doenças crônico degenerativas (91.5 vs 97.6%). Manobras de RCR foram menos efetuadas nesses pacientes ( $p<0.01$ ).

**Conclusão** - Houve diferença temporal do perfil clínico-demográfico dos pacientes que morreram na emergência do HU/UFSC. Houve aumento da faixa etária, da incidência de doenças crônico-degenerativas, dos óbitos considerados esperados. Houve diminuição da instituição de RCR.

**Palavras chave:** departamento de emergência, cuidados paliativos, doenças crônico-degenerativas mortalidade.



## ABSTRACT

**Back Ground** - As the majority of the deaths occur in hospitals nowadays, that demands an increasing care in the emergency department (ED) for patients with terminal illness.

**Objectives** - To evaluate the clinical and demographic profile of the patients who died in the ED of HU-UFSC. To determine whether the deaths were considered expected; to verify the therapeutic procedures before death.

**Method:** A retrospective cohort, approved by the Ethics Committee. Information was collected from data base of the Death Commission HU-UFSC. Notes were taken considering the cause for death. Clinical and demographic data of those who died between July/2004-december/2010 (G1) and between January/2011- December/2012 (G2) were evaluated. Student's t test and  $\chi^2$  were used for statistical analysis.

**Results:** A total of 860 deaths were evaluated. In comparison with G1, G2 showed significant increase in average age (68.6/71.4 years) and the incidence chronic degenerative disease (79%/ 95.4%). Cardiopulmonary resuscitation (CPR) preceded the death in 30.5% in G1 and 6.6% in G2 ( $p < 0.01$ ). In G1, 57.2% of deaths were expected and 92.9% in G2. Compared with patients who remained in a time  $\leq 24$  hours, those that remained more than 24 hours were older (67.5 vs 72 years). Death was significantly more expected (85% vs 98%), suffering from chronic degenerative diseases (91.5 vs 97.6%). CPR manoeuvres were less performed in these patients ( $p < 0.01$ ).

**Conclusions:** There was a time difference of clinical and demographic characteristics of patients who died in the emergency HU/UFSC. There was an increasing in age, in the incidence of chronic-degenerative diseases, and in the deaths considered expected. There was a decrease of CPR.

**Keywords:** Emergency department, palliative care, chronic disease, mortality



## SUMÁRIO

<b>SUMÁRIO .....</b>	<b>13</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>MÉTODO.....</b>	<b>17</b>
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>19</b>
<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>23</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>29</b>



## INTRODUÇÃO

O desenvolvimento tecnológico na área médica, as melhorias sanitárias e a facilidade de acesso aos serviços de saúde que se consolidaram no último século, trouxeram uma marcante transformação na população mundial. A expectativa de vida tem aumentado assim como a incidência das doenças crônico-degenerativas e de suas consequências<sup>1</sup>.

Por outro lado, não existe no sistema de saúde brasileiro um adequado programa para o atendimento ambulatorial e domiciliar, principalmente no que concerne a prestação de cuidados paliativos aos pacientes com doenças crônico-degenerativas. Consequentemente, existe a procura desses pacientes pelos setores de emergência hospitalar. Este ambiente, que historicamente foi marcado pela busca incessante da vida, depara-se cada vez mais com pacientes para os quais a morte apresenta-se como um desfecho natural de um ciclo complet<sup>2</sup>.

O principal objetivo do atendimento emergencial é o de tratar igualmente, num rápido espaço de tempo, os pacientes gravemente enfermos, visando à estabilização do quadro agudo. No caso de pacientes com doenças terminais esses princípios nem sempre podem ou são os que devam ser alcançados. O tratamento nesses casos deve ser diferenciado<sup>2,3</sup>.

A maioria das mortes no mundo atual ocorre nos hospitais<sup>2</sup>. Estudos apontam que cerca de 50% dos pacientes com câncer, que são admitidos nos setores de emergência, não desejam ou necessitam estar nesses setores. Um estudo Canadense apontou que, cerca de 25% dos pacientes com doença neoplásica terminal, esteve em serviços de emergência na última semana das suas vidas<sup>4</sup>.

O desafio para que os pacientes no final da vida sejam adequadamente atendidos nos ambientes de emergência é crescente<sup>5,6</sup>. Corroboram com esta afirmação, os resultados apontados em um estudo norte americano onde alunos de medicina e médicos residentes consideraram importante o treinamento em cuidados paliativos para emergencistas, principalmente no que concerne ao controle adequado da dor, a habilidade em estabelecer um prognóstico e a aceitação da limitação terapêutica curativa/restaurativa<sup>7</sup>.

O treinamento do médico emergencista em cuidados paliativos deve focar a adequação da comunicação, principalmente em relação a identificação de diretivas antecipadas, e da capacidade de tomada de decisão do paciente, respeitando assim sua autonomia. É também

essencial que este profissional saiba utilizar métodos prognósticos que permitam o adequado balanceamento entre cuidados curativos/restaurativos e/ou paliativos e que esteja apto para avaliar a necessidade da recusa e/ou suspensão de terapias consideradas fúteis ou inúteis, assim como a possível doação de órgãos. Dessa forma, a otimização de terapia baseada no controle dos sintomas e na qualidade da vida torna-se primordial<sup>8,9</sup>.

Tendo em vista a realidade apontada e as necessidades detectadas, propôs-se este trabalho que foi realizado no setor de emergência do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC) cujo objetivo foi avaliar, em relação ao tempo, o perfil clínico e demográfico dos pacientes que morreram, constatando se as mortes foram ou não consideradas esperadas e se manobras de reanimação cardiopulmonar (RCR) precederam ou não o óbito.



## MÉTODO

Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo, aprovado pela comissão de ética da instituição (parecer N=426.572/2013). Todas as informações foram colhidas através do banco de dados da Comissão de Óbitos (COH) do HU-UFSC, durante o período de julho de 2004 a dezembro de 2012.

A emergência do HU/UFSC é aberta e presta atendimento clínico e cirúrgico. Entretanto, como o hospital não possui serviço de neurocirurgia, não é referência para vítimas de trauma. Fazem parte da COH do HU/UFSC médicos do quadro do hospital que avaliam o prontuário ou a ficha da emergência de todos aqueles que morrem no hospital. Esses são profissionais treinados, que discutem sobre os óbitos ocorridos, anotam as características clínicas e demográficas dos pacientes e avaliam de forma subjetiva e objetiva, se o óbito foi considerado esperado ou não. É também verificado se manobras de RCR precederam ou não o óbito.

Neste estudo, os dados tabulados foram: idade, gênero, tempo de internação dos pacientes que morreram no setor de emergência do HU/UFSC. Foi também observado se foram realizadas manobras de RCR antes da constatação da morte, e se a mesma foi considerada pelos membros da COH como esperada ou não e como violenta (causas externas), súbita (PCR em pessoas sem patologia de base descrita no prontuário), crônico-degenerativa tanto neoplásica quanto não neoplásica terminal (neoplasia metastática, fase avançada de doenças crônicas como cirrose, doença pulmonar obstrutiva, insuficiência renal, insuficiência cardíaca, idade maior que 85 anos associada a comorbidades, etc...).

Tendo em vista que a partir do mês de novembro de 2010 foi implantada no HU/UFSC a Comissão de Cuidados Paliativos e Controle da Dor, que em 2011 foi dado o início ao mestrado profissional em Cuidados Intensivos e Paliativos e a Residência Médica em Cuidados Paliativos, os dados anotados foram subdivididos em dois grupos. Pertenceram ao primeiro grupo (G1) os dados dos pacientes que morreram entre o período de julho de 2004 a dezembro de 2010. O segundo grupo (G2) foi relativo aos óbitos que ocorreram entre janeiro de 2011 e dezembro de 2012. Os resultados foram também avaliados de acordo com o tempo de internação dos pacientes, se igual ou menor que 24 horas ou se maior que este período.

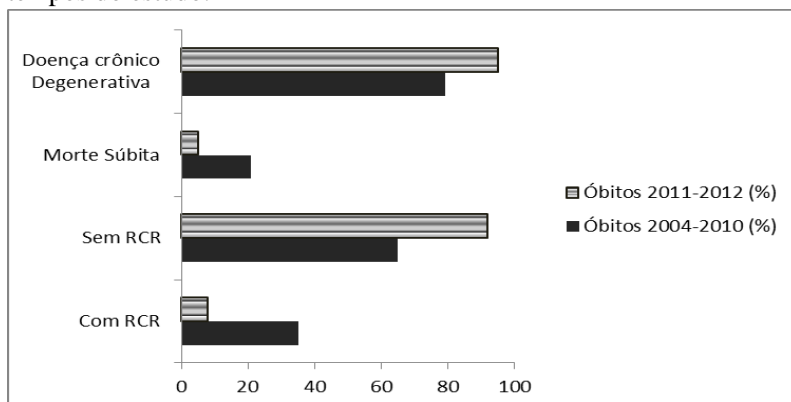
A análise das variáveis contínuas foram realizadas através do teste T de Student, e as variáveis não contínuas pelo teste  $\chi^2$ , sendo considerado significativo  $p < 0.01$ .

## RESULTADOS

Entre julho de 2004 e dezembro de 2012 ocorreram 926 óbitos no setor de emergência do HU/UFSC. Foram identificadas 56 mortes de causa violenta, sendo que 52 dessas mortes ocorreram no G1. Destaca-se que a partir do ano de 2006 o HU/UFSC não foi mais apontado como hospital de referência para trauma, o que explica o pequeno número de mortes violentas (4) no G2. Pela baixa representatividade das mortes por trauma essas foram afastadas do estudo. Para a análise foram excluídos também os dados de 62 pacientes que chegaram mortos ao HU/UFSC. Portanto, foram analisados 860 óbitos. A idade média encontrada foi de 68.8 anos, sendo 440 mulheres e 420 homens. Quatrocentos e quarenta e nove óbitos ocorreram no G1 (período julho 2004 a dezembro de 2010) e 411 no G2 (janeiro de 2011 a dezembro de 2012).

Nas tabela 1 e figura 1 são destacadas as variáveis clínicas e demográficas dos pacientes nos diferentes tempos do estudo. No G2 foi constatado um aumento significativo da idade dos pacientes, do tempo de internação, da consideração de que o óbito foi esperado e da não reanimação cardiorrespiratória.

Figura 1 – Características clínicas dos pacientes que morreram, nos dois tempos do estudo.



Fonte:Elaborado pelo autor

Tabela 1 – Variáveis clínicas e demográficas dos pacientes, nos diferentes tempos do estudo.

Variáveis Clínicas e Demográficas	G1 <sup>*1</sup> (N=449)	G2 <sup>*2</sup> (N=411)	P/ Teste
Idade			
Média	68.9	71.4	<0.01
Mínima/Máxima	15/104	16/100	T Student
Tempo médio de Internação (dias)			<0.01
	2.25	3.72	$\chi^2$
Gênero			
Feminino	234 (52.1%)	225 (54.7%)	NS <sup>*3</sup>
Masculino	213 (47.9%)	184 (45.3%)	$\chi^2$
Reanimação cardiorrespiratória			
Sim			
Não	137 (30,5%)	27 (6.6%)	<0.01
	225 (50.2%)	375 (91.2)	$\chi^2$
Óbito esperado			
Sim	257 (57.2%)	382 (92.9%)	<0.01
Não	87 (19.4%)	18 (4.4%)	$\chi^2$
Tipo Morte			
Súbita	93 (20.7%)	19 (4.6%)	<0.01
Doença crônico - degenerativa	355 (79%)	394 (95.4%)	$\chi^2$

<sup>\*1</sup> Grupo 1= óbitos entre Julho/2004 e Dezembro/2010

<sup>\*2</sup> Grupo 2= óbitos entre Janeiro/2011 e Dezembro/2012

<sup>\*3</sup> Não significativa

Fonte:Elaborado pelo autor

Na tabela 2 são demonstradas as características clínicas e demográficas, nos diferentes tempos do estudo, em relação ao tempo de internação no setor de emergência. Foram avaliadas 565 mortes que ocorreram num tempo de internação menor ou igual que 24 horas e 276 num tempo maior que este. Em 19 prontuários não foi possível identificar o tempo de internação. Nos pacientes internados por mais de 24 horas, a média de dias antes do óbito foi de 5.2 para os do G1 e de 6.9 para os do G2 (p=0.01). Pode-se constatar que os pacientes que permaneceram internados por um tempo maior 24 horas eram percentualmente mais velhos (67.5 vs 72 anos). O óbito era mais esperado (85% vs 98%) nesses pacientes, que sofriam mais frequentemente de doenças crônico degenerativas (91.5 vs 97.6%).

Manobras de RCR também foram menos efetuadas nesse grupo. Esses resultados foram significantes ( $p < 0.01$ ). Houve uma tendência ao aumento do número de mulheres relacionado ao tempo de internação ( $p = 0.05$ ).

Tabela 2 – Variáveis clínicas e demográficas dos pacientes, em relação ao tempo de internação, nos diferentes tempos do estudo.

Variáveis Clínicas e Demográficas	<i>Tempo de Internação</i>		<i>P</i>  <i>Teste</i>	<i>Tempo de Internação</i>		<i>P</i>  <i>Teste</i>
	$\leq 24$ horas			$> 24$ horas		
	<i>G1</i> <sup>*1</sup>	<i>G2</i> <sup>*2</sup>		<i>G1</i> <sup>*1</sup>	<i>G2</i> <sup>*2</sup>	
Idade						
Média	67	68	NS <sup>*3</sup> TStudent	69.9	73.9	NS <sup>*3</sup> TStudent
Gênero						
Feminino (%)	51.5	48	NS <sup>*3</sup>	46.2	59.5	NS <sup>*3</sup>
Masculino (%)	48.5	52	$\chi^2$	53.7	40.5	$\chi^2$
Reanimação cardiorrespiratória						
Sim (%)	27	8	$<0.01$	17.1	2.4	$<0.01$
Não (%)	73	92	$\chi^2$	82.9	97.6	$\chi^2$
Óbito esperado						
Sim (%)	79	85	NS <sup>*3</sup>	89.9	98.4	$<0.01$
Não (%)	21	15	$\chi^2$	10.1	1.6	$\chi^2$
Tipo Morte						
Súbita (%)	18	9	$<0.05$	7.3	2.4	$<0.01$
Doença crônico- degenerativa (%)	82	91	$\chi^2$	92.7	97.6	$\chi^2$

<sup>\*1</sup> Grupo 1= óbitos entre Julho/2004 e Dezembro/2010

<sup>\*2</sup> Grupo 2= óbitos entre Janeiro/2011 e Dezembro/2012

<sup>\*3</sup> Não significante

Fonte:Elaborado pelo autor



## DISCUSSÃO

A análise dos óbitos ocorridos na emergência do HU/UFS permitiu a constatação de que, em relação ao tempo, houve um aumento significativo da idade dos pacientes, do tempo de internação que precedeu o óbito, da consideração de que o óbito foi esperado, da não RCR e da incidência de doenças crônico-degenerativas como a causa da morte. Esses dados estão de acordo com a nova perspectiva de morbimortalidade prevalente em países desenvolvidos e em desenvolvimento, e reforçam a necessidade do treinamento do médico emergencista em cuidados paliativos<sup>10,11</sup>, definidos como uma abordagem que promove a qualidade de vida aos pacientes e seus familiares, diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Esses cuidados requerem a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e de outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual<sup>12,13</sup>. Seguindo esta definição pode-se deduzir que enfermos vítimas de doenças crônico degenerativas, cujas mortes não foram precedidas de manobras de RCR, poderiam ser considerados como vítimas de doenças terminais, onde a morte era esperada. Portanto, teriam o direito de receber cuidados paliativos. Preferencialmente esses cuidados deveriam ser prestados em outros setores que não os de uma emergência. Entretanto, é uma realidade mundial o aumento de pacientes vítimas de doenças terminais que morrem em setores de emergência. Dessa forma pode-se sugerir que médicos emergencistas recebam treinamento em cuidados paliativos. Corroboram com essa afirmação os resultados de um estudo que entrevistou estudantes de medicina e médicos residentes e apontou que 93% dos participantes consideraram importante o seu treinamento em cuidados paliativos, principalmente no que concerne ao controle dos sintomas (dor e dispneia), ao entendimento sobre a recusa ou suspensão de terapias consideradas fúteis ou inúteis e ao tratamento a ser prescrito quando a morte for eminente<sup>7</sup>. Segundo o DataSUS<sup>14</sup>, apesar dos dados concordarem com os resultados deste estudo houve uma mudança menos acentuada da característica geral dos óbitos hospitalares ocorridos na Grande Florianópolis em relação aos estudados no HU/UFSC. Esse fato pode ser explicado pela distribuição dos atendimentos médicos na região, que priorizou outras instituições para atendimentos de trauma.

Conforme anteriormente mencionado, mesmo em países com um sistema de saúde bem estruturado, tem crescido a procura de pacientes com demandas paliativistas, aos setores de emergência. Esse fato

possivelmente é devido ao grande aumento da expectativa de vida relacionado ao maior controle de doenças crônico-degenerativas, neoplásicas ou não<sup>15-17</sup>. Resultados semelhantes foram encontrados neste estudo onde observou-se que houve uma diferença quanto ao perfil clínico dos pacientes que morreram no setor de emergência, em relação ao tempo. Houve um aumento crescente de pacientes com mais de 60 anos, vítimas de doenças crônico-degenerativas não neoplásicas, cujos óbitos foram considerados esperados. Num trabalho norte americano<sup>11</sup> foram estudados 1.587 pacientes com mais de 65 anos que procuraram o setor de emergência. Desses pacientes, 140 apresentavam declínio funcional, e 51 foram identificados como necessitando de cuidados paliativos. A idade média dos pacientes no grupo de referência para cuidados paliativos foi de 80 anos. Os diagnósticos mais comuns foram câncer (43%), demência (22%), insuficiência cardíaca congestiva (16%). A dor foi o sintoma mais comum (14%), seguido de falta de ar (12%), náuseas / diarreia (8%), falta de apetite (8%), e perda de peso (8%). Com o objetivo de avaliar a prevalência da necessidade de atendimento paliativo nas emergências, para doentes com +65 anos na cidade de Londres, Beynon et al<sup>18</sup> avaliaram 98 doentes trazidos por ambulância, sendo mais de 50% oriundos de casa. Mais de 50% havia sido atendido previamente no hospital (últimos 12 meses) e necessitava de atendimento paliativo. Muitos tinham questões sociais complexas três meses antes da morte e apenas oito eram conhecidos dos serviços de cuidados paliativos. Na amostra apresentada pode-se constatar que a idade média geral dos pacientes que morreram no setor de emergência foi de 66 anos, havendo um aumento crescente da faixa etária nos últimos anos, o que corrobora a maior longevidade do brasileiro. O diagnóstico de doença neoplásica também foi menos prevalente na amostra deste estudo, o que pode ter ocorrido por ser o HU/UFSC um hospital geral e por haver outra instituição na cidade, de referência para doença neoplásica. Esse fato reforça a tese de que os pacientes vítimas de doenças crônico-degenerativas não neoplásicas também necessitam de cuidados paliativos. Verificou-se também uma prevalência não significativa de mulheres na amostra estudada, o que pode ter ocorrido pela tendência de maior mortalidade masculina por causas externas, em idades mais precoces.

O estudo de Teno et al<sup>3</sup> apontou que os pacientes com doenças crônicas, sob cuidados paliativos, embora tenham morrido no lar ou em unidades hospitalares especializadas para doenças crônicas terminais (hospice), haviam internado com frequência em UTI nos últimos meses



de vida. Pode-se questionar o benefício da internação desses pacientes em ambientes críticos. Pode-se também fazer um paralelo ao fato demonstrado neste estudo onde aparentemente os pacientes procuraram o setor de emergência no momento em que estavam se sentindo perto da morte. Essa dedução pode ser feita pela constatação de que manobras de RCR precederam somente 30% dos óbitos entre os anos de 2004 e 2010 e 6.6% dos óbitos entre os anos de 2011 e 2012. É importante lembrar que os óbitos foram considerados como esperados, de forma crescente (79% no G1 e 90% no G2), pelos membros da COH. Esses resultados levam a dedução de que os profissionais da emergência entenderam, também de forma crescente, que a doença seguia a evolução esperada e que as manobras de RCR poderiam ser consideradas como uma obstinação terapêutica, fato desaconselhado na medicina paliativa. Esta quebra de paradigma com uma aceitação crescente da limitação terapêutica considerada fútil pode estar ligada ao início da residência médica em cuidados paliativos no HU/UFSC, com conseqüente maior entendimento desses cuidados por parte do estafe do hospital.

É consenso na literatura revisada<sup>2-21</sup> a importância da abordagem paliativista nos setores de emergência. Torna-se uma necessidade mundial o treinamento em cuidados paliativos dos profissionais que trabalham nesses setores<sup>5-7</sup>. Sob esse aspecto, Wiese et al<sup>9</sup> realizaram um estudo multicêntrico através do envio de questionários à paliativistas e emergencistas de diversos países. Noventa e dois especialistas recomendaram as seguintes normas para o tratamento paliativista nas emergências: (1) integração do time de Cuidados Paliativos no setor, (2) Discussões de fim de vida, (3) Definição de metas terapêuticas e de ordem de não reanimar nos prontuários da emergência (fichas BAU) e (4) Treinamento da equipe multiprofissional em cuidados paliativos. Outro estudo<sup>5</sup> apontou a importância de consultores paliativistas nos setores de emergência que poderiam evitar conflitos entre pacientes/família e profissionais da área, e apontou a necessidade do treinamento dos jovens médicos. DeVader e Jeanmonod<sup>6</sup> avaliaram o conhecimento dos médicos residentes a respeito de cuidados paliativos, implantaram um treino de 4 horas para esses profissionais e após 6 meses reavaliaram o conhecimento dos mesmos. Constataram que houve queda do conhecimento sobre a abordagem dos sintomas dos pacientes (dor e dispneia). Em contrapartida, foi observado que esses médicos mostravam-se mais confortáveis na comunicação sobre os cuidados no fim da vida com os pacientes e/ou seus familiares. Campbell et al<sup>22</sup> descreveram que o papel de um consultor paliativista para o paciente

crítico seria o de auxiliar (1) na avaliação e tratamento dos sintomas e dos problemas físicos, psicológicos e espirituais de difícil controle; (2) na comunicação sobre prognósticos e opções terapêuticas para paciente/família/equipe; (3) no estabelecimento e esclarecimento de metas terapêuticas de acordo com a condição do paciente, valores e preferências, (4) na formulação de um plano de transição de acordo com prognóstico e com metas estabelecidas, (5) no fornecimento de suporte para as famílias e (6) no apoio à equipe médica da unidade nas decisões difíceis. Esses trabalhos confirmam a hipótese de que deva haver treinamento continuado em cuidados paliativos para os médicos que trabalham em setores de emergência.

Tornou-se imprescindível ao médico da emergência aprofundar sua formação no sentido de saber diagnosticar não só a causa da descompensação clínica, mas também a efetividade ou não de medidas intervencionistas extremas. De igual importância é o aprimoramento por parte deste profissional de sua capacidade de comunicação com pacientes e familiares para que possa ser estruturado, diante de parâmetros clínicos e pessoais, o melhor equilíbrio entre o tratamento restaurador e o paliativo. Fica clara também a necessidade da presença, nestes ambientes, de profissionais médicos especializados em medicina paliativa para que haja um adequado acompanhamento dos casos mais complexos e para que se desenvolva também na emergência o pensar paliativo, que tornará a medicina praticada neste setor mais adequada à nova demanda. Tem sido descritos modelos para a integração paliativista nas unidades de terapia intensiva, podendo ser estabelecido um paralelo para esses modelos nos setores de emergência. Os modelos descritos são o consultivo onde é chamado o time de consultores para assistência aos pacientes de “risco” e o integrativo onde os cuidados paliativos são inseridos na prática diária dos profissionais<sup>23-29</sup>. Pode-se sugerir que um modelo misto seria o ideal.

Os resultados deste estudo permitem a conclusão de que houve uma diferença temporal do perfil dos pacientes que morreram na emergência do HU/UFSC assim como na instituição de certos tratamentos considerados curativos/restaurativos. Com o tempo houve aumento de pacientes mais idosos e com doenças crônico-degenerativas; aumento dos óbitos considerados como esperados e diminuição da instituição de manobras de RCR.

Pode-se citar como fatores limitantes deste estudo ter sido o mesmo uma análise retrospectiva sendo que as informações colhidas haviam sido anotadas ao longo do tempo, podendo ter ocorrido

interpretações não uniformes nessas anotações. Entretanto, o grande número de casos avaliados pode diminuir esse risco e tornar válidos os resultados apontados.

Os autores permitem-se sugerir que haja um maior treinamento em cuidados paliativos dos médicos emergencistas e que, visando uma melhor gerência de conflitos, haja um time de consultores sob esses cuidados nos setores de emergência.



## BIBLIOGRAFIA

1. Salomon JA, Wang H, Freeman MK, et al. Healthy life expectancy for 187 countries, 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. *Lancet*. 2012 Dec 15;380(9859):2144-62. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61690-0.
2. Forero R , McDonnell G, Gallego B, et al. A Literature Review on Care at the End-of-Life in the Emergency Department. *Emerg Med Int*. 2012; 2012: 486516. Published online 2012 March 6. doi: 10.1155/2012/486516 PMID: PMC3303563
3. Teno JM, Gozalo PL, Bynum JP, et al. Change in end-of-life care for Medicare beneficiaries: site of death, place of care, and health care transitions in 2000, 2005, and 2009. *JAMA*. 2013 Feb 6;309(5):470-7. doi: 10.1001/jama.2012.207624.
4. Hjørnstad MJ, Kolflaath J, Løkken AO, Hanssen SB. Are emergency admissions in palliative cancer care always necessary? Results from a descriptive study. *BMJ Open* 2013;3:e002515. doi:10.1136/bmjopen-2012-002515 .
5. Grudzen CR, Richardson LD, Hopper SS, et al. Does palliative care have a future in the emergency department? Discussions with attending emergency physicians. *J Pain Symptom Manage*. 2012 Jan;43(1):1-9. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2011.03.022. Epub 2011 Jul 30 ;
6. DeVader TE, Jeanmonod R. The effect of education in hospice and palliative care on emergency medicine residents' knowledge and referral patterns. *J Palliat Med*. 2012 May;15(5):510-5. doi: 10.1089/jpm.2011.0381. Epub 2012 Mar ; Forero ).
7. Lamba S, Pound A, Rella JG, Compton S. J. Emergency medicine resident education in palliative care: a needs assessment. *Palliat Med*. 2012 May;15(5):516-20. doi: 10.1089/jpm.2011.0457
8. Limehouse WE, Feeser VR, Bookman KJ, Derse A. A model for emergency department end-of-life communications after acute devastating events--part I: decision-making capacity, surrogates, and advance directives. *Acad Emerg Med*. 2012 Sep;19(9):E1068-72. doi: 10.1111/j.1553-2712.2012.01426.x.)

9. Wiese CHR, Lassen CL, Bartels UE, et al. International recommendations for outpatient palliative care and prehospital palliative emergencies – a prospective questionnaire-based investigation *BMC Palliative Care* 2013, 12:10  
<http://www.biomedcentral.com/1472-684X/12/10>
10. Marco CA, Moskop JC, Schears RM, et al. The Ethics of Health Care Reform: Impact on Emergency Medicine. *ACADEMIC EMERGENCY MEDICINE* 2012; 19:461–468 a 2012 by the Society for Academic Emergency Medicine.
11. Glajchen M, Lawson R, Homel P, et al. A rapid two-stage screening protocol for palliative care in the emergency department: a quality improvement initiative. *J Pain Symptom Manage.* 2011 Nov;42(5):657-62. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2011.06.011.
12. World Health Organization. *Essential Medicines in Palliative Care.* Geneva: WHO; 2013.
13. Moritz R.D., Deicas A., Calpabo M., et al. II Fórum do “Grupo de Estudos do Fim da Vida do Cone Sul”: definições, recomendações e ações integradas para cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva de adultos e pediátrica. *RBTI* 2011, 23(1): 24.
14. [www.tabnet.datasus.gov.br](http://www.tabnet.datasus.gov.br)
15. Earle CC, Park ER, Lai B, et al. Identifying potential indicators of the quality of end-of-life cancer care from administrative data. *J Clin Oncol* 2003; 21:1133–8.
16. Yates M, Barrett A. Oncological emergency admissions to the Norfolk and Norwich University Hospital: an audit of current arrangements and patient satisfaction. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 2009;3:226–33.
17. Barbera L, Taylor C, Dudgeon D. Why do patients with cancer visit the emergency department near the end of life? *CAMJ* 2010;182:563–8.
18. Beynon T, Gomes B, Murtagh FE, et al. How common are palliative care needs among older people who die in the emergency department? *Emerg Med J.* 2011 Jun;28(6):491-5. Epub 2010 Oct 13.
19. Lamba S, Nagurka R, Walther S, Murphy P. Emergency-department-initiated palliative care consults: a descriptive analysis. *J*

- Palliat Med. 2012 Jun;15(6):633-6. doi: 10.1089/jpm.2011.0413. Epub 2012 Apr 20.
20. Grudzen CR, Hwang U, Cohen JA, et al. Characteristics of emergency department patients who receive a palliative care consultation. *J Palliat Med.* 2012 Apr;15(4):396-9. doi: 10.1089/jpm.2011.0376. Epub 2012 Apr 2.
  21. DeVader TE, Jeanmonod R. The effect of education in hospice and palliative care on emergency medicine residents' knowledge and referral patterns. *J Palliat Med.* 2012 May;15(5):510-5. doi: 10.1089/jpm.2011.0381. Epub 2012 Mar 8.
  22. Campbell ML, Weissman DE, Nelson JE. Palliative Care Consultation in the ICU. [http://www.eperc.mcw.edu/EPERC/FastFactsIndex/ff\\_253.htm](http://www.eperc.mcw.edu/EPERC/FastFactsIndex/ff_253.htm) # 253 Palliative Care Consultation in the ICU Página atualizada em 2013/05/21
  23. Nelson JE, Bassett R, Boss RD, et al. Improve Palliative Care in the Intensive Care Unit Project: Models for structuring a clinical initiative to enhance palliative care in the intensive care unit: A report from the IPAL-ICU Project (Improving Palliative Care in the ICU). *Crit Care Med* 2010; 38(9):1765–1772.
  24. Campbell ML, Guzman JA: Impact of a proactive approach to improve end-of-life care in a medical ICU. *Chest* 2003; 123(1):266–271.
  25. Campbell ML, Guzman JA: A proactive approach to improve end-of-life care in a medical intensive care unit for patients with terminal dementia. *Crit Care Med* 2004; 32(9): 1839–1843.
  26. Carlson RW, Devich L, Frank RR: Development of a comprehensive supportive care team for the hopelessly ill on a university medical service. *JAMA* 1988;259(3):378–383.
  27. Smith TJ, Coyne P, Cassel B, et al: A high-volume specialist palliative care unit and team may reduce in-hospital end-of-life care costs. *J Palliat Med* 2003;6(5):699–705.
  28. Norton SA, Hogan LA, Holloway RG, et al: Proactive palliative care in the medical intensive care unit: Effects on length of stay for selected high-risk patients. *Crit Care Med* 2007;35(6):1530–1535.

29. Morrison RS, Dietrich J, Ladwig S, et al: Palliative care consultation teams cut hospital costs for Medicaid beneficiaries. *Health Aff (Millwood)* 2011;30(3):454–463