



ARTIGO ORIGINAL

Teto terapêutico e a adequação do tratamento no Serviço de Urgência – estudo retrospectivo

Ceilings of treatment and treatment adequacy in the Emergency department – retrospective Study

Sandra Ganchinho

Lucas¹

orcid.org/0000-0001-8083-7924

slucas@hevora.min-saude.pt

Felipe Jorge Pencas

Alfaiate¹

orcid.org/0000-0003-2130-6298

filipe.alfaiate19@gmail.com

Inês Vieira Santos²

orcid.org/0000-0002-2256-0119

inesvieira.santos@gmail.com

Ireneia Lino³

orcid.org/0000-0002-2346-6714

ireneiasl@yahoo.com

Recebido em: 25 jul. 2021.

Aprovado em: 10 maio 2022.

Publicado em: 22 set. 2022.

Resumo

Introdução: no Serviço de Urgência vive-se um antagonismo constante pela sua natureza direcionada para a patologia aguda e a prestação de cuidados paliativos de qualidade. O nosso estudo tem como objetivo avaliar se a definição de teto terapêutico leva a diferenças na adequação da marcha diagnóstica e terapêutica instituída.

Material e métodos: análise retrospectiva descritiva monocêntrica dos doentes que morreram nos primeiros seis meses de 2018 no serviço de urgência do Hospital do Espírito Santo de Évora.

Resultados: compararam-se os três grupos de doentes o que não foi definido qualquer teto terapêutico, com o grupo em que iniciaram medidas paliativas e o grupo em que se tomou a Decisão de Não Reanimar. Verificou-se que não existem diferenças significativa entre as idades, o local de residência e as comorbilidades e, com exceção da demência ($p=0,006$), existe sim uma diferença no grau de dependência nas atividades da vida diária ($p<0,001$). Verificou-se que não existem diferenças entre número ou tipo de exames complementares de diagnóstico, mas há algumas diferenças na terapêutica instituída já que no grupo dos doentes em cuidados paliativos a terapêutica com morfina ($p<0,001$), butilescopolamina ($p=0,001$) e paracetamol ($p=0,004$) foi mais frequente. A ventilação invasiva só ocorreu no grupo de doentes sem definição de teto terapêutico ($p<0,001$), enquanto a oxigénioterapia foi mais frequente nos grupos em Decisão de Não Reanimar ou em cuidados paliativos ($p<0,001$).

Discussão e conclusão: os médicos do serviço de urgência reconhecem que os seus doentes estão em final de vida, adequando parcialmente a terapêutica com vista ao controlo de sintomas, dor e secreções.

Palavras-chave: limitação terapêutica, cuidados paliativos, serviço de urgência.

Summary

Introduction: the Emergency Department is in a constant state of antagonism due to its nature towards the acute pathology, and quality of palliative care. Our study aims to assess whether the definition of a therapeutic ceiling leads to differences in the adequacy of the diagnostic methods and therapy instituted.

Material and methods: retrospective descriptive monocentric analysis of patients who died the first 6 months of 2018 in the emergency department of Hospital do Espírito Santo de Évora.

Results: the three groups of patients were compared, one without any therapeutic ceiling defined, with the group in which they started palliative measures and the group in which the Decision to Not Resuscitate was made. There were no sig-



Artigo está licenciado sob forma de uma licença
[Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

¹ Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE), Serviço de Medicina I, Évora, Portugal.

² Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE), Departamento de Medicina, Évora, Portugal.

³ Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE), Unidade de Hospitalização Domiciliária, Évora, Portugal.

nificant differences between ages, place of residence and comorbidities except for dementia ($p=0.006$), but there is a difference in the degree of dependence on activities of daily living ($p<0.001$). It was found that there are no differences between the number or type of complementary diagnostic tests, but there are some differences in the therapy instituted since in the group of patients in palliative care, therapy with morphine ($p<0.001$), butylscopolamine ($p=0.001$) and paracetamol ($p=0.004$) was more frequent. Invasive ventilation only occurred in the group of patients without therapeutic ceiling ($p<0.001$), while oxygen therapy was more frequent in Decision to Not Resuscitate or in palliative care groups ($p<0.001$).

Discussion and conclusion: the doctors of the emergency department recognize that their patients are at the end of their lives, partially adapting the therapy to control symptoms, pain and secretions.

Keywords: Ceilings of treatment, palliative care, Emergency Department.

Introdução

O Serviço de Urgência (SU) é um dos pilares do Serviço Nacional de Saúde, a sua face mais visível, sendo muitas vezes a porta de entrada no que diz respeito ao contacto dos doentes com os serviços de saúde (1, 2). O ambiente do Serviço de Urgência tem mudado ao longo do tempo, tornando-se cada vez mais exigente pela disponibilidade de novas terapêuticas e tecnologias com responsabilidades acrescidas em termos de custos, pelas equipas de profissionais subdimensionadas, que têm de assegurar a prestação de cuidados de qualidade, e pela maior afluência de uma população cada vez mais envelhecida (1, 3). Sabe-se que 60-65% (4, 5) dos óbitos ocorrem em meio hospitalar e que a taxa de mortalidade no SU varia entre os 0,05%-0,47% (6-11). Os doentes mais idosos e com maior carga de comorbilidades constituem um desafio no SU, que supera o objetivo principal da medicina de emergência que visa avaliar o doente num curto espaço de tempo, ressuscitar, estabilizar e, finalmente, definir o destino mais adequado (2, 12).

A definição de teto terapêutico ainda não foi estabelecida de forma conclusiva no contexto de medicina de emergência e, face à sua complexidade, começam a surgir posições de diversas sociedades devido a uma exploração limitada do assunto (11, 13). A decisão sobre a manutenção de medidas de suporte de vida ou a sua retirada são

frequentes no SU, assim como a implementação de cuidados aos doentes em fim de vida que permitem uma morte decente, livre de angústia e sofrimento evitável para o doente e familiares de acordo com os padrões clínicos, culturais, espirituais e éticos (12, 14, 15). Decorrentes da limitação terapêutica, surge a implementação de cuidados paliativos no SU, que representam uma grande sobrecarga sobre os profissionais de saúde e ao próprio SU (16). A instituição de cuidados paliativos pressupõe a existência de uma doença que não responde às terapêuticas curativas e/ou com prognóstico limitado, mas não se pode assumir que o resultado é o fim de vida iminente (3, 7).

O seguinte estudo é uma análise retrospectiva dos óbitos ocorridos no SU do Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE), tendo como objetivo principal avaliar a adequação dos exames complementares de diagnóstico e da terapêutica em função da definição de teto terapêutico num serviço de urgência, de acordo com um pré-estudo.

Métodos

No presente estudo realizou-se uma análise retrospectiva monocêntrica dos doentes que morreram entre 1 de janeiro de 2018 e 30 de junho de 2018 na urgência médico-cirúrgica de adultos do HESE. Os dados de cada doente que morreram no SU foram recolhidos do processo clínico eletrónico em Alert® registados e codificados em Microsoft office Excel®. Foram excluídos todos os doentes em que não foi realizado registo apropriado no sistema Alert®. O presente estudo e a respetiva recolha e análise de dados foram autorizados pela comissão de ética do HESE. O estudo foi realizado em concordância com a Declaração de Helsinquia.

A análise estatística foi realizada com recurso ao programa IBM SPSS Statistics 25, para Windows. As variáveis categóricas foram apresentadas em frequência e percentagem e as variáveis contínuas pela média e desvio padrão quando seguiram uma distribuição normal ou pela mediana e distribuição interquartilica (AIQ) quando não seguiram a distribuição normal. A comparação de

duas ou mais variáveis categóricas foi realizada através do teste de qui-quadrado, aplicando-se o teste de Fisher sempre que > 20% das células apresentassem contagem esperada < 5. A comparação de três grupos de variáveis contínuas foi realizada através da análise de variância do teste Anova depois de validado o pressuposto da homocedasticidade de variâncias ou pelo teste Kruskal-Wallis quando não seguem tal pressuposto. Valores de valor p inferiores a 0,05 foram considerados estatisticamente significativos.

Resultados

Nos primeiros seis meses de 2018 ocorreram 17.541 doentes com uma mediana de idades de 57 (AIQ: 37-77) anos ao SU do HESE, em 26.455 episódios de urgência. Faleceram no SU do HESE 191 doentes tendo sido excluídos do estudo seis doentes no qual não há registo apropriado no sistema Alert[®]. Os óbitos correspondem a 95 (51,4%) doentes do sexo feminino e 90 (48,6%) do sexo masculino com uma média de idade de 84,1±9,2 anos. No que diz respeito à manutenção de medidas de suporte de vida dos doentes e definição de um plano terapêutico individual ou teto terapêutico, verificou-se que em 62 (33,5%)

doentes não foi definido qualquer teto terapêutico, em 61 (33,0%) doentes tomou-se a Decisão de Não Reanimar (DNR), e em 62 (33,5%) doentes decidiu-se iniciar medidas paliativas, alguns dos termos utilizados foram: "medidas paliativas e conforto", "sedação paliativa", "suspensão de medidas terapêuticas com início de medidas de conforto".

Compararam-se os três grupos de doentes em que não foi definido qualquer teto terapêutico, com o grupo de doentes em que iniciaram medidas paliativas e o grupo em que se tomou a DNR. Verificou-se que entre os três grupos não existe uma diferença significativa (**Tabela 1**) entre as idades, o local de residência (domicílio, lar ou regime de centro de dia) e as comorbilidades com exceção da demência ($p=0,006$). Existe uma diferença estatisticamente significativa ($<0,001$) entre os grupos e o grau de dependência, já que os doentes em cuidados paliativos são maioritariamente totalmente dependentes, os doentes com DNR são parcialmente dependentes e os restantes são maioritariamente doentes independentes.

TABELA 1 – diferença entre os três grupos de doentes segundo: idade, local de residência, grau de dependência, comorbilidades e tempo de permanência no SU.

	Total	Sem teto terapêutico	DNR	Paliativo	p
Nº de doentes (%)	185 (100,0)	62(33,5)	61(33,0)	62(33,5)	
Idade, média em anos	84,1±9,2	83,4±9,1	84,0±8,4	84,9±10,1	0,655 [†]
Local de residência, n(%)					
Domicílio	71(43,3)	27(16,5)	24(14,6)	20(12,2)	0,194 [*]
Lar	86(52,4)	19(11,6)	32(19,5)	35(21,3)	
Centro de dia	7(4,3)	3(1,8)	2(1,2)	2(1,2)	
Total	164(100)	49(29,8)	58(35,3)	57(34,7)	
Grau de dependência, n(%)					
Independente	30(18,3)	19(11,6)	5(3,1)	6(3,7)	<0,001 [*]
Parcialmente dependente	54(33,0)	18(11,0)	22(13,4)	14(8,5)	<0,001 [*]
Totalmente dependente	80(48,8)	13(8,0)	31(18,9)	36(22,0)	<0,001 [*]
Total	164(100)	50(30,5)	58(35,1)	56(34,1)	
Nº médio de comorbilidades	4,3±2,4	4,2±2,3	4,6±2,6	4,0±2,2	0,374 [*]
Hipertensão arterial, n(%)	134(72,4)	46(24,9)	42(22,7)	46(24,9)	0,725 [*]
Diabetes mellitus, n(%)	55(29,7)	21(11,4)	15(8,1)	19(10,2)	0,550 [*]
Dislipidemia, n(%)	55(29,7)	20(10,8)	18(9,7)	17(9,2)	0,809 [*]
Demência, n(%)	54(29,1)	9(4,9)	24(13,0)	21(11,4)	0,006 [*]
Neoplasias, n(%)	48(25,9)	14(7,6)	19(10,3)	15(8,1)	0,689 [*]
Acidente vascular cerebral, n(%)	47(25,4)	11(5,9)	17(9,2)	19(10,3)	0,245 [*]
Mediana de tempo no SU (AIQ)	15h:24(3h:17-36h:00)	5h:20(1h:21-17h:40)	15h:47(6h:20-36h:54)	28h:07(9h:03-47h:33)	<0,001 [†]

DNR decisão de não reanimar; SU, serviço de urgência. *qui-quadrado; [†]ANOVA.

O tempo de permanência no SU corresponde ao tempo que decorreu entre a admissão do doente e o óbito, apresenta também diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,001$), já que os doentes em que não foi definido um teto terapêutico tiveram uma mediana de tempo no SU de 5h20min (AIQ: 1h21min-17h40min), os doentes em que foi estabelecido DNR estiveram 15h47min (AIQ: 6h20min - 36h54min) e os doentes em que se definiu cuidados paliativos estiveram 28h07min (AIQ: 9h03min-47h33min).

Perante as diferenças encontradas entre os três grupos de doentes, torna-se importante

perceber quais os exames complementares de diagnóstico realizados pelos doentes durante a sua permanência no SU.

Verificou-se que não existem diferenças entre número ou tipo de exames complementares de diagnóstico (**Tabela 2**), nomeadamente avaliações analíticas e exames imagiológicos. Apesar de 40 (21,6%) doentes que faleceram no SU não terem efetuado qualquer exame de diagnóstico, também não existem diferenças significativas entre os diferentes grupos de doentes e a não realização de exames complementares de diagnóstico.

TABELA 2 – Exames completos de diagnóstico realizado pelos três grupos de doentes.

	Total	Sem teto terapêutico	DNR	Paliativo	p
Sem exames, n(%)	40(21,6)	17(9,2)	11(5,9)	12(6,5)	0,436*
nº médio de exames	2,7±0,2	2,6±2,0	2,5±1,8	3,0±2,1	0,281†
Análises Sanguíneas, n(%)	124(67,0)	41(22,2)	38(20,5)	45(24,3)	0,468*
Gasimetria, n(%)	123(66,5)	34(18,4)	45(24,3)	44(23,8)	0,060*
Radiografia, n(%)	109(58,9)	37(20,0)	31(16,8)	41(22,2)	0,248*
Hemoculturas, n(%)	53(28,6)	14(7,6)	19(10,3)	20(10,8)	0,439*
Tomografia computadorizada, n(%)	42(22,7)	17(9,2)	9(4,9)	16 (8,6)	0,193*
Urocultura, n(%)	37(20,0)	9(4,9)	10(5,4)	18(9,7)	0,108*

DNR, decisão de não reanimar. *qui-quadrado; †ANOVA.

As principais terapêuticas que os doentes realizaram no SU, encontram-se na **Tabela 3**. A maioria dos 108 (58,4%) doentes necessitou de oxigénioterapia, maioritariamente o seu aporte foi efetuado de forma não invasiva em 34 (31,5%) doentes através de óculos nasais ou máscara de venturi respetivamente, e em 19 (17,6%) doentes com máscara de alto débito, apesar de tudo 16

(14,8%) dos doentes foram ventilados de forma invasiva. Para além destas existe um número expressivo de outros fármacos utilizados entre os mais frequentes encontram-se as benzodiazepinas (midazolam), inibidores da bomba de prótons, diuréticos, antiagregantes plaquetários, enoxaparina, insulina e β -bloqueantes.

TABELA 3 – Terapêutica realizada e procedimentos nos três grupos de doentes estudados.

	Total n(%)	Sem teto terapêutico n(%)	DNR n(%)	Paliativo n(%)	P*
Morfina	96(51,9)	13(7,0)	34(18,4)	49(26,5)	<0,001
Fluidoterapia	93(50,3)	33(17,8)	29(15,7)	31(16,8)	0,838
Broncodilatadores	45(24,3)	10(5,4)	15(8,1)	20(10,8)	0,121
Antibiótico	42(22,7)	13(7,0)	14(7,6)	15(8,1)	0,975
Butilescopolamina	37(20,0)	4(2,2)	12(6,5)	21(11,4)	0,001
Metoclopramida	33(17,8)	12(6,5)	6(3,2)	15(8,1)	0,096
Paracetamol	28(15,1)	4(2,2)	7(3,8)	17(9,2)	0,004
Corticoides	28(14,6)	5(2,7)	10(5,4)	12(6,5)	0,163
Procedimentos	48(25,9)	22(11,9)	7(3,8)	19(10,3)	0,004
Algaliação	38(20,5)	17(9,2)	5(2,7)	16(8,6)	0,009
Ventilação invasiva	16(8,6)	16(8,6)	0(0,0)	0(0,0)	<0,001
Oxigénioterapia	91(58,4)	18(18,9)	35(18,9)	39(20,5)	<0,001

DNR, decisão de não reanimar. *qui-quadrado.

Existem algumas diferenças significativas entre os três grupos de doentes analisados no que se refere à terapêutica instituída (Tabela 3), já que no grupo dos doentes em cuidados paliativos a terapêutica com morfina ($p<0,001$), butilescopolamina ($p=0,001$) e paracetamol ($p=0,004$) foi mais

frequente. Apesar de tudo não houve diferenças no que diz respeito à fluidoterapia, broncodilatadores, metoclopramida, corticoide e à instituição de antibioterapia. Também a ventilação invasiva ($p<0,001$) só ocorreu no grupo de doentes sem definição de teto terapêutico, e a oxigénioterapia

por óculos nasais ou máscara de venturi ($p < 0,001$) demonstrou-se mais frequente nos grupos em DNR ou em cuidados paliativos.

Os doentes foram ainda submetidos a procedimentos no SU nomeadamente algaliação em 38 (20,5%) casos, com menor frequência, toracocentese, colocação cateter venoso central, enemas e colocação de sonda nasogástrica. Existe uma diferença significativa quanto à realização de procedimentos ($p = 0,004$), em grande parte alavancada pelo procedimento mais frequente que é a algaliação ($p = 0,009$) que se demonstrou menos frequente no grupo de doentes com DNR.

Discussão

Até onde sabemos este é o primeiro estudo a analisar se existe diferença entre os cuidados prestados aos doentes e a sua adequação em função do teto terapêutico definido num serviço de urgência.

Os resultados sugerem que os médicos do SU reconhecem que os seus doentes estão em fim de vida já que existe uma limitação de teto terapêutico em 2/3 dos doentes. A decisão de um teto terapêutico, ou plano terapêutico individual implica o reconhecimento e a permissão da morte natural, limitando a prossecução da marcha diagnóstica de forma a adequar o tratamento de acordo com esse plano terapêutico no sentido de preservar o conforto do doente ao invés do encarniçamento terapêutico (11, 13, 16).

Relativamente às diferenças entre os três grupos analisados, verifica-se que os grupos em que se admitiu DNR, ou tratamento paliativo, são mais dependentes nas atividades da vida diárias e apresentam maior prevalência de demência. De acordo com estudos prévios, os doentes em fim de vida no SU, com demência, doenças respiratórias, insuficiência cardíaca representam um desafio no SU, já que a maioria não tem as mesmas opções de cuidados paliativos que os doentes com doenças oncológicas, acabando por recorrer ao SU ao invés de serem tratados em casa se tivessem um teto terapêutico definido (12).

Não foram encontrados outros estudos na literatura que analisem o tempo de permanên-

cia no SU em função da limitação terapêutica. Observamos no estudo que quanto maior o investimento terapêutico menor é o tempo de permanência no SU, o que nos leva a suspeitar que estes doentes sofreram de doenças agudas irreversíveis e faleceram apesar da tentativa de ressuscitação. No outro extremo, situam-se os doentes em cuidados paliativos que acabam por permanecer mais tempo, devido à permissão de uma morte natural no SU e, ainda, devido à falta de vagas no internamento, que leva à priorização de doentes com melhor prognóstico (3).

No que diz respeito aos exames complementares de diagnóstico não existem diferenças entre os três grupos, tanto na realização ou na ausência da sua realização, note-se que aproximadamente um em cada cinco doentes não efetuaram qualquer exame complementar de diagnóstico, sendo transversal aos diferentes grupos. Alguns fatores identificados para esta semelhança entre os grupos de doentes dizem respeito à natureza retrospectiva do estudo que poderá levar a erros de registos resultante de um ambiente caótico que é o SU (1). Para além disso, deve-se ter em conta que o médico do SU carece de dados cruciais do doente, muitas vezes, incapaz de comunicar ou tomar decisões, o que torna necessário verificar no processo clínico, se existem diretivas avançadas, referência ao estado de saúde prévio, dependência funcional, que pode ainda ser dificultado pela ausência de um relacionamento entre o doente e a família que poderia fornecer estas informações, o que torna difícil a decisão de estabelecer um teto terapêutico num curto espaço de tempo (11, 13, 17). Contrariamente ao que era realizado no passado, em que os planos terapêuticos individuais eram amplamente determinados pelos médicos assistentes, que conheciam os desejos, crenças e famílias dos doentes, atualmente é mais frequente enviar o doente ao SU quando uma doença se torna grave e ameaça a vida do doente (12). Neste estudo, fica bem patente que, perante um evento agudo, o ónus de decidir o teto terapêutico, ou seja, a manutenção ou a retirada de medidas de suporte de vida, pertence à equipa médica do

SU. Esta decisão levanta grandes desafios para os médicos do SU, por um lado tomar decisões imediatas, por outro lado estabelecer um plano de tratamentos, num doente que não se conhece previamente, levando ainda em conta o artigo 67º do Regulamento de Deontologia alínea 3: "O uso de meios extraordinários de manutenção de vida deve ser interrompido nos casos irrecuperáveis de prognóstico seguramente fatal e próximo, quando da continuação de tais terapêuticas não resulte benefício para o doente" (18). A tomada destas decisões de suspender terapêutica curativa requer um enorme esforço e é uma decisão traumática para os médicos e pode levar ao sentimento de impotência (3). De acordo com estudos prévios a sensibilidade do mau prognóstico é baixa cerca 35-37%, sugerindo que apenas 1/3 dos doentes com mau prognóstico têm probabilidade de morrer (12), pelo que os médicos recorrem à realização de exames complementares para auxiliar a sua decisão de estabelecer um teto terapêutico perante a falta de informação.

No nosso estudo verificamos que existe uma adequação da terapêutica em função da definição de um plano terapêutico individual. Nos doentes em que não foi definido um teto terapêutico têm maior probabilidade de serem reanimados com recurso a intubação orotraqueal e a ventilação mecânica. No grupo em cuidados paliativos há também uma adaptação dos fármacos prescritos maioritariamente, associados a cuidados de conforto, nomeadamente para controlo da dor, dispneia e secreções. Os doentes em cuidados paliativos receberam preferencialmente morfina, paracetamol e butiescopolamina para controlo de sintomas, ou seja, fármacos cujo benefício previsto ultrapassa o risco, seguindo o princípio da beneficência e não maleficência (19). Apesar da terapêutica com morfina não ser um critério de boas práticas, a prescrição conjunta com paracetamol e butiescopolamina melhora o controlo da dor, pode diminuir a dose de opioide e mitigar os seus efeitos adversos (16).

Fica bem patente que são necessários mais esforços não só ao nível da terapêutica farmacológica, mas também ao nível de cuidados

psicológicos, sociais e espirituais (15). Já que em nenhum registo há menção a estas facetas do cuidado ao doente, tal como ocorre na literatura, onde são unânimes em identificar que os serviços de urgência ficam aquém da sua responsabilidade na prestação destes cuidados (7, 11, 16).

A nível terapêutico assinala-se que a qualidade do fim de vida está relacionada com a diminuição de terapêuticas fúteis, sem probabilidade de sucesso e que podem aumentar os riscos, lesões e custos para o doente (20, 21). A administração de fármacos endovenosos é considerada uma terapêutica fútil, salvo exceções, devendo preferir-se a administração oral face à sua eficácia, facilidade de administração e desconforto mínimo. O uso subcutâneo é também uma opção para doentes em fim de vida sintomáticos (22). A hidratação é um tema controverso que deveria ser feita através da via oral e não através de fluidoterapia, note-se que o artigo 67º do Regulamento de Deontologia alínea 5 menciona que "não se consideram meios extraordinários de manutenção da vida, mesmo que administrados por via artificial, a hidratação e a alimentação ou a administração por meios simples" (18).

A futilidade da antibioterapia em fim de vida é um tema desafiante já que segundo a Organização Mundial da Saúde (15) o doente em cuidados paliativos possui uma doença incurável e/ou grave com prognóstico limitado, mas não se pode assumir automaticamente que o resultado é a morte, aliás muitos doentes em cuidados paliativos apresentam agudizações por infeções ou episódios febris podendo ou não determinar a morte do doente (7, 23).

Ainda há bastante a melhorar no que diz respeito à redução de procedimentos invasivos em doentes em cuidados paliativos como a algaliação, em que existe uma diferença significativa entre os três grupos à conta dos doentes com DNR terem uma baixa incidência deste procedimento. No entanto este estudo não analisou a causa que despoletou a algaliação, que está indicada em caso de retenção urinária ou na adulteração do conforto do doente pela mudança frequente de roupa ou mobilização (24).

Portanto, fica bem patente que algumas competências essenciais dos cuidados paliativos no SU podem melhorar, como a redução de punções, cateteres, sonda entéricas, cateter vesicais desnecessários em doentes em fim de vida (1). O controlo de sintomas do doente é uma das principais prioridades do bem-estar no fim de vida e deverá seguir os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (1, 19).

Conclusão

Os médicos do SU reconhecem que os seus doentes estão em final de vida, adequando parcialmente a terapêutica com vista ao controlo de sintomas, nomeadamente, dor e secreções. No entanto, não há uma limitação, quer na realização de exames complementares ou da utilização de medidas fúteis, como utilização da via endovenosa ou procedimentos. Estes resultados deveriam estimular uma maior formação dos médicos no SU em cuidados paliativos. Por outro lado, deveria levar a uma maior cooperação com as equipas de cuidados paliativos intra-hospitalares e extra-hospitalares com elementos dedicados ao SU face à frequente necessidade destes cuidados de modo a possibilitar abranger os cuidados psicológicos, sociais e espirituais não só do doente, mas também da sua família.

Conclui-se, ainda, que o alargamento ao acesso de cuidados paliativos com equipas mistas, hospitalares e comunitárias ou com estreito vínculo de comunicação é essencial, podendo ser a chave para colmatar o agravamento da prestação de cuidados paliativos hospitalares durante a pandemia, pela dificuldade de comunicação e ausência de acesso da família ao doente em fim de vida.

Esperamos que os dados presentes no estudo possam contribuir para melhores cuidados em fim de vida e para um maior envolvimento dos médicos assistentes de doentes institucionalizados e da Medicina Geral e Familiar na realização atempada de diretrizes avançadas.

Notas

Apoio financeiro

Este estudo não recebeu apoio financeiro de fontes externas.

Declaração de conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflitos de interesses relevantes ao conteúdo deste estudo.

Contribuições dos autores

Todos os autores fizeram contribuições substanciais para concepção, ou delineamento, ou aquisição, ou análise ou interpretação de dados; e redação do trabalho ou revisão crítica; e aprovação final da versão para publicação.

Disponibilidade dos dados e responsabilidade pelos resultados

Todos os autores declaram ter tido total acesso aos dados obtidos e assumem completa responsabilidade pela integridade destes resultados.

Referências

1. Luz Brazão M, Nóbrega S, Gil B, Carvalho E. Atividade dos serviços de urgência hospitalares. *RPMI*. 2016 Jul;23(3):8-14. Disponível em: <https://doi.org/10.24950/rspmi.814>
2. Relatório Grupo Trabalho - Serviços de Urgência [Internet]. Lisboa; 2021 [citado 2021 Maio 14]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/RELATORIO-GT-Urgencias.pdf>.
3. Chan GK. End-of-life Models and Emergency Department Care. *Academic Emergency Medicine*. 2004;11:79-86. <https://doi.org/10.1197/jaem.2003.07.019>
4. Machado S. Morrer num serviço de medicina interna: as últimas horas de vida. *Med Interna (Bucur)*. 2018;25(4):286-92.
5. Direção-Geral da Saúde. Sistema de Vigilância: SICO/eVM - Vigilância eletrónica de mortalidade em tempo real [Internet]; 2022 [acesso 2022 Mar 10]. Disponível em: https://evm.min-saude.pt/#shiny-tab-a_local.
6. Shrestha TM, Aacharya RP, Neupane RP, Prajapati B. Mortality in emergency services in a university teaching hospital: a retrospective study. *J Inst Med Nepal* 2019;41(2):17-20. <https://doi.org/10.3126/jiom.v41i2.26542>.

7. Heymann EP, Wicky A, Carron P-N, Exadaktylos AK. Death in the emergency department: a retrospective analysis of mortality in a swiss university hospital. *Emerg Med Int.* 2019;2019:5263521. <https://doi.org/10.1155/2019/5263521>.
8. Kanzaria HK, Probst MA, Hsia RY. Emergency department death rates dropped by nearly 50 percent, 1997-2011. *Health Aff.* 2016;35(7):1303-8. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.1394>.
9. Stefanovski PH, Vladimir Radkov R, Lyubomir Ilkov T, Pencho Tonchev T, Yoana Mladenova T, Vihar Manchev K, et al. Analysis of mortality in the emergency department at a university hospital in Pleven. *J Int Med Res.* 2017;45(5):1553-61. <https://doi.org/10.1177/0300060517707901>.
10. Eid Mahmoud Mahfouz M. Traumatic and non-traumatic mortality in the emergency department. *Int J Adv Res.* 2020;8(02):1178-83. <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/10564>.
11. Reignier J, Feral-Pierssens AL, Boulain T, Carpentier F, Le Borgne P, Del Nista D, et al. 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;9:105. <http://dx.doi.org/10.1186/s13613-019-0579-7>.
12. Forero R, McDonnell G, Gallego B, McCarthy S, Mohsin M, Shanley C, et al. A literature review on care at the end-of-life in the emergency department. *Emerg Med Int.* 2012; 012:486516. <https://doi.org/10.1155/2012/486516>.
13. Walzl N, Jameson J, Kinsella J, Lowe DJ. Ceilings of treatment: A qualitative study in the emergency department. *BMC Emerg Med.* 2019; 19(1):9. <https://doi.org/10.1186/s12873-019-0225-6>.
14. Douplat M, Douplat M, Fraticelli L, Fraticelli L, Claustre C, Peiretti A, et al. Management of decision of withholding and withdrawing life-sustaining treatments in French EDs. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2020;28(1):52. <https://doi.org/10.1186/s13049-020-00744-7>.
15. World Health Organization Palliative Care. 2020 [acesso 2021 Fev 2]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
16. Economos G, Cavalli P, Guérin T, Filbet M, Perceau-Chambard E. Quality of end-of-life care in the emergency department. *Turkish J Emerg Med.* 2019;19(4):141-5. <https://doi.org/10.1016/j.tjem.2019.09.003>.
17. Le Conte P, Riochet D, Batard E, Volteau C, Giraudeau B, Arnaudet I, et al. Death in emergency departments: A multicenter cross-sectional survey with analysis of withholding and withdrawing life support. *Intensive Care Med.* 2010;36(5):765-72. <https://doi.org/10.1007/s00134-010-1800-1>.
18. ORDEM DOS MÉDICOS. Regulamento n.º 707/2016 Regulamento de Deontologia Médica. Diário da República. 2016;2.a série (139):22575-88 [acesso 2021 Fev 2]. Disponível em: http://ordemosmedicos.pt/wp-content/uploads/2017/08/Regulamento_707_2016_Regulamento_Deontológico.pdf.
19. Ribera-Casado JM. Feeding and hydration in terminal stage patients. *Eur Geriatr Med.* 2015;6(1):87-90. <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2014.11.009>.
20. Jox RJ, Schaidler A, Marckmann G, Borasio GD. Medical futility at the end of life: The perspectives of intensive care and palliative care clinicians. *J Med Ethics.* 2012;38(9):540-5. <http://dx.doi.org/10.1136/medethics-2011-100479>.
21. O'Connor AE, Winch S, Lukin W, Parker M. Emergency medicine and futile care: taking the road less travelled. *Emerg Med Australas.* 2011;23(5):640-3. <https://doi.org/10.1111/j.1742-6723.2011.01435.x>.
22. Alves M, Abril R, Neto IG. Controlo sintomático nos doentes em fim de vida. *Acta Med Port.* 2017;30(1):61-8. <http://dx.doi.org/10.20344/amp.7626>.
23. Pereira A, Ferreira A, Martins J. Healthcare Received in the Last Months of Life in Portugal: A Systematic Review. *Healthcare.* 2019;7(4):122. <https://doi.org/10.3390/healthcare7040122>.
24. Pais R, Lee P, Cross S, GebSKI V, Aggarwal R. Bladder Care in Palliative Care Inpatients: A Prospective dual site cohort study. *Palliat Med Reports.* 2020;1(1):251-8. <https://doi.org/10.1089/pmr.2020.0060>

Sandra Ganchinho Lucas

Mestre em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, em Lisboa, Portugal. Interna de Medicina Interna no Hospital do Espírito Santo de Évora, em Évora, Portugal.

Filipe Jorge Pencas Alfaiate

Mestre em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, em Coimbra, Portugal. Interno de Medicina Interna no Hospital do Espírito Santo de Évora, em Évora, Portugal.

Inês Vieira Santos

Mestre em Medicina pela faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, em Lisboa, Portugal. Assistente de Medicina Interna no Hospital do Espírito Santo de Évora, em Évora, Portugal.

Ireneia Lino

Licenciada em Medicina pela Faculdade de Medicina de Lisboa, em Lisboa, Portugal. Assistente Graduada de Medicina Interna; diretora do CRI@HOME – Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHDP) e Unidade Médica de Dia (UMD), em Évora, Portugal.

Endereço para correspondência

Sandra Ganchinho Lucas

Serviço de Medicina Interna I

Hospital do Espírito Santo de Évora

Largo Senhor da Pobreza

7000-811

Évora, Portugal

Os textos deste artigo foram revisados pela Poá Comunicação e submetidos para validação do(s) autor(es) antes da publicação.