

Cuidar do Doente em Fim de Vida: Tempo Para Agir! *End of Life Care: Time To Act!*

Rui Carneiro (<https://orcid.org/0000-0002-0213-2504>)

Palavras-Chave: Cuidados Paliativos; Cuidados Terminais; Medicina Interna

Keywords: *Internal Medicine; Palliative Care; Terminal Care*

Em artigo recente,¹ Sara Machado e colegas fizeram uma caracterização muito clara e franca do que é o cuidado prestado em situação de últimas horas ou dias de vida numa enfermaria de Medicina Interna. É de louvar a honestidade o grupo de trabalho e a coragem do corpo editorial da Revista Medicina Interna na comunicação de um mau resultado e um desempenho muito aquém do standard para um momento particularmente sensível e vulnerável da vida de uma pessoa e de sua família. Os autores descrevem como a equipa não reconheceu o processo de morte em doentes com elevada probabilidade de morrer em internamento (todos com decisão de não reanimar) e como falhou nos objetivos e na forma de cuidar, culminando naquilo que os autores muito bem refletem como cenários de terapêutica desajustada e controlo sintomático inadequado. Este é um mau resultado para a atuação de equipa de Medicina Interna, quando a nossa especialidade é aquela que mais de perto acompanha o doente, mais valoriza a semiologia (a situação de últimas horas e dias de vida é um diagnóstico eminentemente clínico) e maior oportunidade tem em mudar a experiência de morrer em internamento. Nesta fase, parece que deixamos de ver o doente que temos à frente, falhamos no diagnóstico e funcionamos em “reflexo rotuliano”, irrefletida e automaticamente propondo medidas desajustadas para a condição. Se assim é a este nível, podemos pressupor que a comunicação com o doente e sua família e avaliação das necessidades psico-espirituais fiquem aquém do necessário.

Este não é tema novo na literatura científica nacional. O que é alarmante é o facto de, em dez anos, os vários artigos evidenciam sempre a mesma realidade, as mesmas fragilidades e não conseguimos melhorar a nossa prática!² Esta

é uma evidência que merece reflexão e, sobretudo, ação. Má qualidade de cuidados não pode ser uma inevitabilidade e não se coaduna com a postura da Medicina Interna nacional. Não se trata de um problema de iliteracia médica porque demonstramos, pela evidência científica que produzimos e publicamos, que temos uma excelente capacidade de acompanhar o estado da arte nas várias vertentes da Medicina, absorvemos com rapidez e respondemos com excelência aos desafios da aplicação dos novos conhecimentos científicos – mas não, quando se trata do doente em fim de vida. Poderá ser uma consequência da insuficiência de currículo formal no ensino pré e pós-graduado, mas atualmente abundam oportunidades formativas na área da medicina paliativa, nem sempre aproveitadas pelos internistas. Talvez seja uma expressão do curriculum escondido: afinal de contas, o doente na reta final da vida, na maioria das situações, não tem capacidade de defender o seu melhor interesse e as famílias, fragilizadas, demasiado habituadas a receber um cuidado pouco personalizado mas acostumadas à estereotipia: “se não come coloca-se sonda ou soro; se poderá ter infeção propõe-se o antibiótico”. Quanto à postura do médico, quem é aquele que se quer aproximar de quem morre e chamar a si a responsabilidade dele cuidar, da sua família e disponibilizar o seu tempo com quem certamente não vai melhorar? É uma questão que direcciono a cada um dos que lêem esta comunicação...

Terá, porventura, chegado o momento de sistematizarmos os cuidados destes doentes para que possamos consistentemente oferecer um tratamento personalizado e ajustado, promovendo conforto, catalisando lutos saudáveis, aumentando a qualidade da comunicação na equipa de saúde e reduzindo a sobrecarga emocional do profissional. Partilho convosco uma síntese de normas de boas práticas que a Equipa de Acompanhamento Suporte e Palição do Hospital da Luz – Arrábida propõe para a instituição que serve. Faria sentido que todas as instituições evoluíssem nesse esforço colectivo e uniformizado. ■

**Equipa de Acompanhamento, Suporte e Palição;
Departamento de Medicina, UCI e Urgência do Hospital
da Luz – Arrábida, Porto, Portugal**

<https://revista.spmi.pt> - DOI:10.24950/rspmi/CE/36/19/2/2019

| Diagnóstico da Síndrome de Morte Iminente (Situação de Últimas Horas ou dias de vida): presença de conjunto de sinais e sintomas, <i>na ausência de etiologia (eticamente) reversível:</i> prostração, perda de via oral, estertor, má perfusão periférica, alteração do padrão respiratório. | |
|--|---|
| Objetivos de Atuação | |
| <p>Avaliação da capacidade de comunicação do doente e família</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Avaliar possibilidade de comunicar com o doente; ○ Identificar diretivas antecipadas de vontade (se ainda não feito previamente); ○ Averiguar vontade de familiar em acompanhar em presença física permanente; ○ Confirmar contactos de família (certificar dos horários de possibilidade de contacto). | <p>Avaliação de necessidades físicas, psíquicas e espirituais do doente e família</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ O doente é cuidado num ambiente físico apropriado à satisfação das suas necessidades individuais: cortinas, telas, ambiente limpo, espaço suficiente na cabeceira, considerar fragrâncias, silêncio, música, luz, escuridão, quadros, fotografias, campainha; ○ Avaliar necessidade do doente ou família em rever aspetos dos cuidados de fim de vida cruciais ao sistema de crenças; ○ Averiguar necessidade de ativação de serviço de capelania. |
| <p>Vigilância e documentação da presença de 5 sintomas cardinais</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Vigiar e registar pelo menos 1x/turno a presença, ausência ou controlo de: <i>dor, dispneia, náusea/vómito, agitação e estertor.</i> | <p>Verificação da existência de prescrição adequada para controlo dos 5 sintomas cardinais</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Confirmar se há prescrição adequada para a eventualidade de descontrolo de sintomas: <i>dor, dispneia, náusea/vómito, agitação e estertor;</i> ○ Confirmar a existência de vias de administração de maior comodidade, incluindo alternativa em caso de perda de via oral e falência de acessos endovenosos; ○ Confirmar a existência de consumíveis para administração por via subcutânea. |
| <p>Intervenções a suspender ou a minimizar importância</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Certificar da indicação para suporte vital ou para manobras de reanimação cardiopulmonar; ○ Confirmar desativação de cardioversor/defibrilador implantado (se existente); ○ Descontinuar avaliação rotineira de parâmetros vitais; vigiar sinais de febre e, na sua presença, documentar a febre; ○ Descontinuar pesquisa de glicemia capilar; ○ Descontinuar colheita de estudos laboratoriais e de imagem; ○ Descontinuar antibioticoterapia, amins, profilaxias e terapêutica sem imediato impacto no conforto; ○ Rever necessidade de fluidoterapia e seu débito; ○ Indexar cuidados de penso ao conforto imediato. | <p>Intervenções a implementar ou reforçar importância</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Otimizar cuidados orais; ○ Certificar da disponibilidade de utensílios para higiene e humedecimento da boca; ○ Considerar necessidade de substituto de saliva; ○ Otimizar cuidados à pele. |
| <p>Cuidados pós-morte</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ O doente é cuidado com respeito e dignidade durante a prestação dos cuidados pós – morte; ○ Satisfação das necessidades espirituais, religiosas, culturais e de rituais; ○ Precauções universais e procedimentos relacionados com o controlo de infeção de acordo com a política da instituição; ○ Cumprimento da política da instituição relacionada com os desfibrilhadores cardíacos implantados; ○ Cumprimento da política da instituição relacionada com a guarda dos pertences / valores do doente. | <p>Reapreciação de processo com revisão do diagnóstico de síndrome de morte imminente</p> <p>Se presença de 1 dos seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Melhoria do nível de consciência, capacidade funcional, ingestão oral, mobilidade, capacidade de realizar autocuidado; ○ Preocupação sobre o plano de cuidados quer seja pelo doente, parente ou elemento da equipa; ○ Se passaram 3 dias desde a última avaliação completa pela equipa multidisciplinar. |

Figura 1: Normas de Boas Práticas na Situação de Últimas Horas ou Dias de Vida

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

Correspondence/Correspondência:

Rui Carneiro – ruicarneiro77@gmail.com

Equipa de Acompanhamento, Suporte e Palição, Departamento de Medicina, Urgência e UCI, Hospital da Luz – Arrábida, Porto, Portugal

Praceta Henrique Moreira, 150
4400-346 Vila Nova de Gaia

Received/Recebido: 01/02/2019

Accepted/Aceite: 19/03/2019

REFERÊNCIAS

1. Machado S, Reis-Pina P, Mota A, Marques R. Morrer num serviço de Medicina Interna: as últimas horas de vida. Rev Soc Port Med Interna. 2018;25:286-92.
2. Carneiro R. Medicina Interna: cronicidade e terminalidade. Rev Soc Port Med Interna. 2014; 21:91-6.