

Reconhecer a agonia

Introdução

A finalidade principal dos cuidados paliativos é ajudar as pessoas com doenças crónicas avançadas e progressivas a viver o melhor possível, apesar das dificuldades e limitações que a doença possa causar, ajudando também os familiares a lidar com a situação durante a vida e após a morte do doente. Assim, as acções a desenvolver para conseguir atingir aquele fim devem ser adequadas à sobrevivência esperada, isto é ao prognóstico do doente. A questão do prognóstico é muito importante também por outras razões, entre as quais estão os desejos do doente e dos familiares de saber com o que podem contar. O doente que deseja deixar as suas coisas em ordem, como questões de negócios, heranças ou outros assuntos, pode necessitar de saber que tempo tem para o conseguir. Os familiares podem necessitar de o saber por motivos semelhantes ou se, por exemplo, é altura de avisar um filho que vive num país estrangeiro de modo a que ele tenha a oportunidade de ver o pai ou a mãe com vida e poder estar presente na altura da sua morte ou para se despedir.

No entanto, prognosticar é uma tarefa difícil e incerta, em que frequentemente nos enganamos por excesso ou por defeito. Efectivamente, os doentes muitas vezes vivem muito menos do que esperamos ou vivem muito mais. É sabido que os médicos tendem a ser optimistas na avaliação da sobrevivência esperada dos seus doentes [1,2]. Mesmo nos doentes que julgamos terem apenas algumas horas ou dias de vida, em que a prognosticação é, em geral, mais fácil [3], ocorrem surpresas. Estas podem ser causadas por várias razões, como intercorrências causadas por infecções, alterações metabólicas, toxicidade de fármacos ou outras.

Reconhecer a fase da agonia é, porém, muito importante, porque é a altura de mudar de estratégia. Nesta fase o objectivo do tratamento é exclusivamente o conforto do doente, já nem

em qualidade de vida se pode falar, mas em conforto. Para o alcançar é sempre possível executar acções que o promovam e abstermo-nos de executar outras que o perturbem. É importante definir esta fase porque nos ajuda a tomar decisões. Se tivermos dúvidas sobre se uma determinada acção deve ou não ser realizada, podemos perguntar-nos se ela pode contribuir para o conforto do doente. Neste sentido, é inadequado introduzir uma sonda nasogástrica para alimentar um doente nesta fase, porque não come, fazer análises ao sangue ou usar medicação que não tenha um interesse directo na promoção do conforto.

Reconhecer esta fase é também importante para que os familiares estejam conscientes da situação e compreendam o objectivo das medidas que se tomam e porque não se tomam outras, que podem julgar úteis ou até indispensáveis, como a introdução de um soro, já que o doente não se alimenta.

Padrões de declínio funcional no fim da vida

O conceito de trajectórias diferentes para a morte foi introduzido em 1968 por Glaser e Strauss [4] quando descreveram 3 diferentes trajectórias: abrupta, morte de surpresa; mortes esperadas (a curto prazo ou prolongadas); e mortes de entrada-reentrada (internamentos com períodos de estadia em casa).

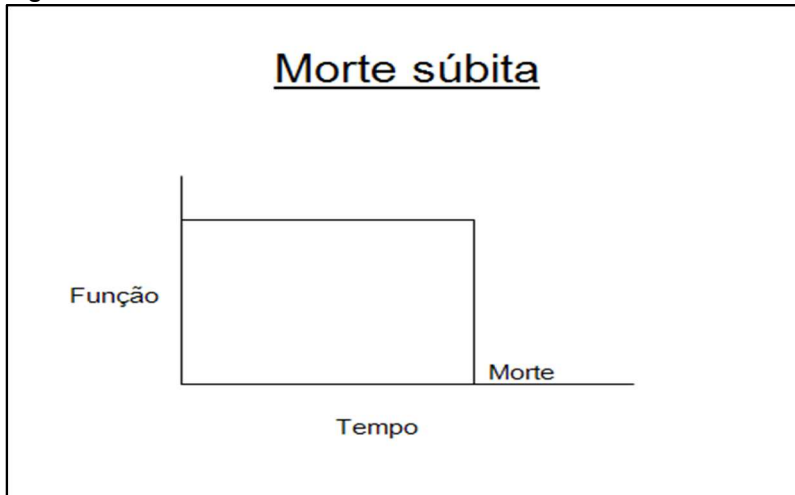
Mais recentemente foram descritas diferenças no declínio funcional antes da morte a partir de dados da Medicare [5].

A morte súbita (Figura 1), em que uma pessoa está bem, pelo menos aparentemente, e subitamente, por doença ou acidente, morre num curto espaço de tempo. Progride de um funcionamento normal para a morte num curto espaço de tempo [5].

Outros podem ter um estado funcional razoável com uma doença por um período mais ou menos longo, até que a doença se torna muito avançada e sem resposta ao tratamento (Figura 2). A

partir daqui há uma perda da função com um declive mais ou menos acentuado, mas a descida é inexorável e a morte ocorre dentro de algumas semanas. Este padrão é mais característico das doenças oncológicas [5].

Figura 1.



Os doentes com insuficiência de órgão, como insuficiência cardíaca ou insuficiência pulmonar, têm uma diminuição funcional gradual com exacerbações periódicas que podem provocar a morte, mas se se conseguir revertê-las o doente pode voltar a um estado de razoável estabilidade, até voltar a ter outra crise [5]. Uma crise destas pode ser provocada, por exemplo, por uma infecção respiratória. O prognóstico é incerto, porque quando se inicia a crise, não é possível saber se é uma das várias que geralmente ocorrem no decurso destas doenças ou se é a última que causará a morte do doente (Figura 3).

Figura 2.

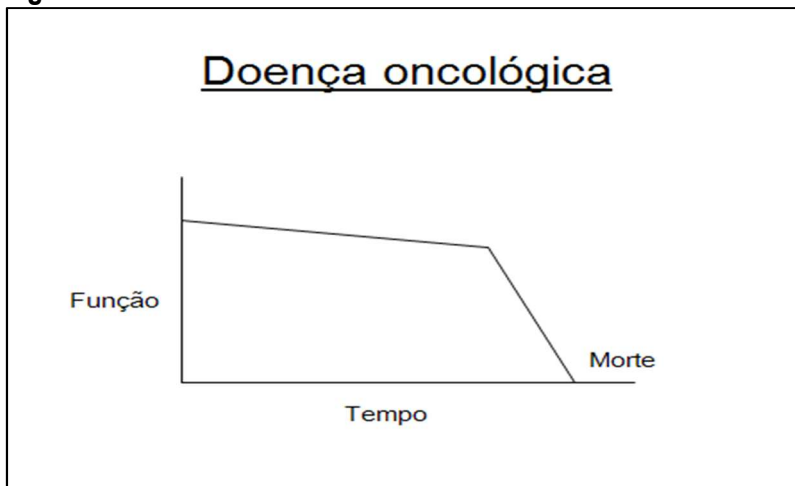
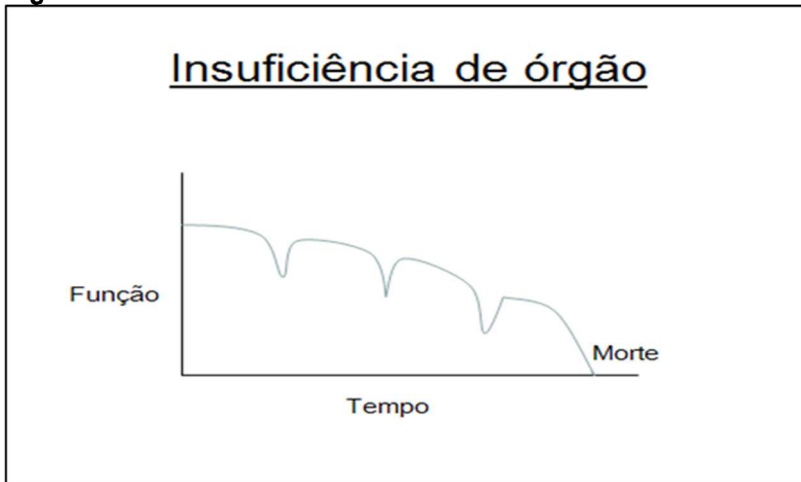
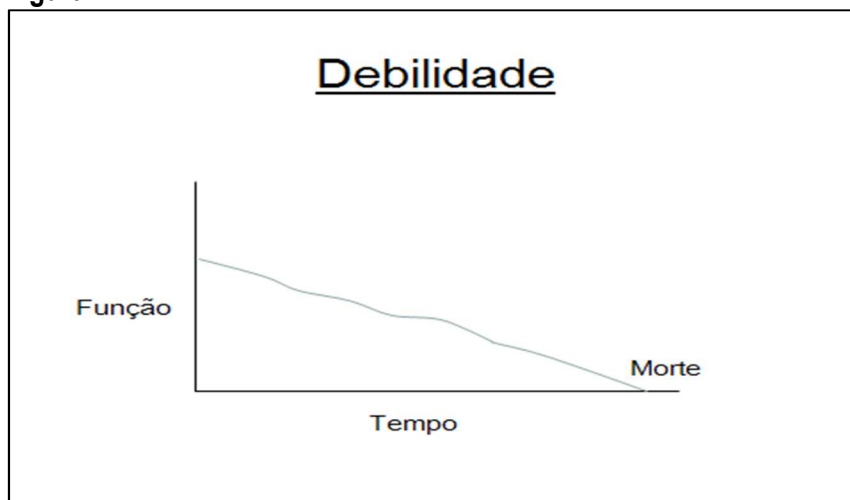


Figura 3.



Noutros casos, há um declínio ainda mais lento (Figura 4), com uma incapacidade lentamente progressiva antes da morte, de complicações como as associadas à debilidade da idade avançada, aos acidentes vasculares cerebrais ou às demências [5].

Figura 4.



Estes padrões de declínio foram confirmados posteriormente noutra estudo [1]. Além destes padrões existem situações que não é possível incluir nestes grupos, mas são minoritários [5,6].

Verifica-se que o padrão com um declínio final mais previsível é o que corresponde ao da doença oncológica. Essa é uma razão importante para se continuar a verificar um predomínio esmagador de doentes oncológicos nos cuidados paliativos [7], quando é hoje consensual que doentes com outras doenças, como as resultantes de insuficiência de órgão, poderiam também

beneficiar, mas a sua evolução com crises de agudização torna sua evolução mais incerta. Acresce que em países em que o reembolso das despesas de saúde, em hospícios, na fase final da vida, tem um limite temporal, a maior previsibilidade da evolução das doenças oncológicas faz com que os doentes com este tipo de patologia sejam mais facilmente elegíveis para os programas respectivos [6]. Este é portanto um factor que contraria o objectivo principal dos cuidados paliativos actuais de a prestação destes cuidados se dever basear nas necessidades e não no diagnóstico [8].

Sinais da fase agónica

Na fase da agonia inicia-se o processo irreversível de desactivação das funções do corpo, muitas vezes pacífica, que se traduz numa série de alterações naturais até à paragem total dessas funções.

Embora haja diferentes modos de morrer, o mais comum é que o processo envolva:

- Um período de debilidade crescente de modo que a pessoa passa cada vez mais tempo na cama;
- Afastamento, passando a pessoa menos tempo acordada;
- Diminuição da interacção com os outros;
- Inconsciência, não acorda;
- Diminuição da ingestão de alimentos e medicação;
- Arrefecimento das extremidades à medida que a circulação do sangue é desviada para os processos centrais;
- Cianose das extremidades; pele manchada ou marmoreada;
- Irregularidades nos batimentos cardíacos; taquicardia;
- Rigidez devido à imobilidade;
- Alteração do padrão respiratório, podendo haver respiração de Cheyne-Stokes ou aumento da frequência respiratória;

- Estertor (respiração ruidosa).

Prevalência dos sinais e sintomas de morte iminente

Durante o período em que os doentes estão a morrer podem surgir novos sintomas, nomeadamente os sinais de morte iminente, e os sintomas que já existiam podem alterar-se. O tratamento dos sintomas nesta fase pode ser complicado pelas alterações cognitivas que frequentemente a acompanham.

Uma revisão sistemática recente da prevalência dos sinais e sintomas nas duas últimas semanas de vida que envolveu 2416 doentes de 12 artigos a maior prevalência registou-se para a dispneia (56,7%), a dor (52,4%), as secreções respiratórias/estertor (51,4%) e a confusão (50,1%) [9]. Estes resultados foram semelhantes a um estudo realizado no Serviço de Cuidados Paliativos do IPO – Porto sobre as últimas 48 de vida [10].

Diagnosticar a agonia

Têm sido desenvolvidos esforços para identificar modos de determinar com precisão a fase em que os doentes estão activamente a morrer, com uma sobrevivência de horas a alguns dias. Um estudo tentou determinar a probabilidade de um doente morrer dentro de 7 dias, por meio da identificação de vários parâmetros com significado estatístico em análise multivariada e desenvolvendo uma fórmula que os ligava e de que resultava a referida probabilidade [11].

Noutro estudo prospectivo examinaram-se a presença ou ausência de 10 sinais físicos e o seu desempenho no diagnóstico de morte iminente, registando-os de 12/12 horas, desde a admissão até à morte ou à alta, em 357 doentes com cancro avançado admitidos em 2 unidades de cuidados paliativos. Foram identificados 5 sinais associados a uma alta probabilidade de morte dentro de 3 dias: ausência de pulso da artéria radial, respiração com movimentos mandibulares, diminuição do débito urinário, respiração de Cheyne-Stokes e estertor [12] (tabela

1). Contudo, esses sinais estiveram presentes em menos de 27% dos doentes que morreram, revelando uma baixa sensibilidade.

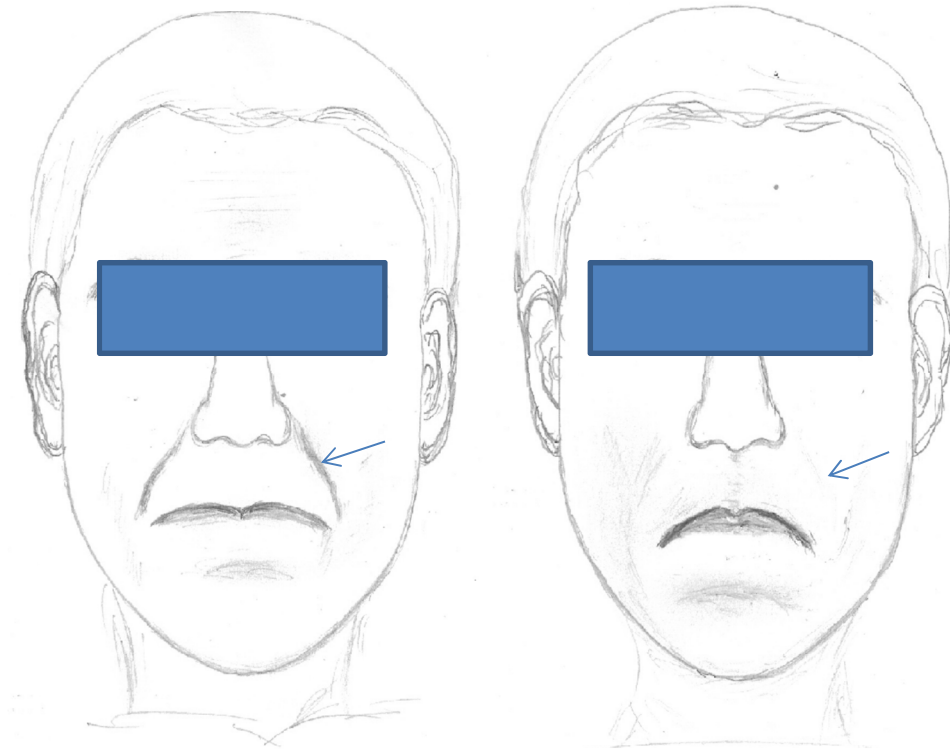
Numa análise posterior do mesmo grupo de doentes foram identificados mais 8 sinais de morte dentro de 3 dias. Estes foram pupilas não-reactivas, diminuição da resposta verbal aos estímulos, diminuição da resposta aos estímulos visuais, incapacidade de fechar as pálpebras, sulcos nasolabiais pendentes, hiperextensão do pescoço, som vocal gutural e hemorragia gastrointestinal superior [13] (tabela 1). Contudo, a sensibilidade foi também limitada. Portanto, os 13 sinais são observados com maior frequência nos últimos 3 dias de vida e são altamente específicos para morte iminente, mas são pouco sensíveis. Isto significa que quando estão presentes são altamente sugestivos de morte iminente, mas a sua ausência não exclui a morte dentro de 3 dias.

Tabela 1. Sinais de morte iminente

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

Os mesmos investigadores acabaram por desenvolver um modelo de morte iminente em 3 dias em doentes com cancro com 2 sinais a *Palliative Performance Scale* (PPS) e sulcos nasolabiais pendentes. Os doentes com PPS \leq 20% e sulcos nasolabiais pendentes tiveram uma mortalidade de 94% aos 3 dias [14].

Figura 5. Sulco nasolabial (baseado em referência 12)



Apagamento do sulco nasolabial na fase agônica na imagem à direita

Conclusão

Existem vários sinais sugestivos de morte iminente e a associação de PPS $\leq 20\%$ e sulcos nasolabiais pendentes parece ser particularmente útil como indicadora de morte muito provável dentro de 3 dias. Esta associação deve, no entanto, ser confirmada noutros estudos. Esta associação parece ser específica mas não sensível de morte iminente, dado a sua ausência não ser informativa. Assim, todos os sinais sugestivos de morte iminente devem ser considerados com prudência e a informação prestada baseada neles deve incluir a incerteza a eles inerente.

Referências

1. Glare P, Virik K, Jones M, Hudson M, Eychmuller S, Simes J, Christakis N. A systematic review of physicians' survival predictions in terminally ill cancer patients. *BMJ*. 2003;327:195-198.
2. Christakis NA, Lamont LB. Extent and determinants of error in doctors' prognoses in terminally ill patients: prospective cohort study. *BMJ* 2000;320:469–473.
3. Oxenham D, Cornbleet MA. Accuracy of prediction of survival by different professional groups in a hospice. *Palliat Med* 1998; 12:117–118.
4. Glaser BG, Strauss AL. *Time for dying*. Chicago, Aldine Publishing Co, 1968.
5. Lunney JR, Lynn J, Hogan C. Profiles of Older Medicare Decedents. *J Am Geriatr Soc* 2002;50:1108-1112.
6. Lunney LR, Lynn J, Foley DJ, Lipson S, Guralnik JM. Patterns of functional decline at the end of life. *JAMA* 2003;289:2387-2392.
7. Mahtani-Chugani V, González-Castro I, Ormijana-Hernández AS, Martín-Fernández R, Veja EF. How to provide care for patients suffering from terminal non-oncological diseases: barriers to a palliative care approach. *Palliat Med* 2010;24:787–795.
8. Traue DC, Ross JR. Palliative care in non-malignant diseases. *J R Soc Med* 2005;98:503–506.
9. Kehl KA, Kowalkowski JA. A systematic review of the prevalence of signs of impending death and symptoms in the last 2 weeks of life. *Am J Hospice Palliat Med* 2012;30:601-616.
10. Ferraz Gonçalves J, Alvarenga M, Silva A. The last forty-eight hours of life in a Portuguese palliative care unit: does it differ from elsewhere? *J Palliat Med* 2003;6:895-900.
11. Chuang RB, Hu WY, Chiu TY, Chen CY. Prediction of survival in terminal cancer patients in Taiwan: constructing a prognostic scale. *J Pain Symptom Manage*. 2004;28:115-122.

12. Hui D, Santos R, Chisholm R et al. Clinical Signs of Impending Death in Cancer Patients. *Oncologist* 2014;19:681–687.
13. Hui D, Santos R, Chisholm G, Bansal S, Crovador CS, Bruera E. Bedside clinical signs associated with impending death in patients with advanced cancer: preliminary findings of a prospective, longitudinal cohort study. *Cancer* 2015;121:960-967.
14. Hui D, Hess K, Santos R, Chisholm G, Bruera E. A Diagnostic Model for Impending Death in Cancer Patients: Preliminary Report. *Cancer* 2015;121:3914-21.