

## Agitação terminal – é isto um diagnóstico?

A insuficiência cognitiva é muito comum nos últimos dias de vida. Provavelmente é uma ocorrência normal como parte do processo de morrer como a anorexia e a astenia, reflectindo a falência multiorgânica em progressão. Na maioria dos casos não é realista tentar revertê-la. Contudo, no que diz respeito à inquietação ou agitação, provavelmente a situação é diferente e pode não ser uma parte natural do processo de morrer. Como muitas vezes não sabemos o que está a acontecer, chamamos-lhe agitação terminal, inquietação terminal ou delirium terminal, como se fosse um diagnóstico. Mas isto é uma entidade clínica? Pode ser um diagnóstico? Ou é uma manifestação de muitas causas possíveis? Mesmo que possa ser considerado um diagnóstico, só pode ser feito com segurança *a posteriori*, porque só a morte do doente pode confirmar o diagnóstico. Mas mesmo assim o diagnóstico pode ser controverso porque a causa do delirium (por exemplo, uma pneumonia) pode ser também a causa da morte, e deixá-la seguir o seu curso pode ser apropriado ou não.

Quando Bruera et al. [1] afirmaram que a “rotação” de opióides e/ou a hidratação dos doentes nos seus últimos dias de vida reduzia a frequência da inquietação terminal, estavam a tentar identificar uma causa ou um conjunto de causas, neste caso desidratação, insuficiência renal, toxicidade farmacológica. Ainda que esta estratégia possa não ter sido reproduzida, houve uma tentativa de investigar a inquietação terminal.

Certamente, que num doente que conhecemos bem e que está nos seus últimos dias de vida, não está indicado iniciar uma avaliação exaustiva e sedá-lo directamente pode ser a melhor atitude. Mas isto não faz desta situação uma entidade clínica. Quantos destes casos serão induzidos simplesmente por mau controlo sintomático ou uma bexiga cheia? Quantos destes casos estão associados a toxicidade farmacológica ou a privação de um fármaco, numa fase em que a deglutição é difícil ou impossível, levando à interrupção de alguns fármacos? A dificuldade de comunicação pode também ser a causa, quando a oportunidade de expressar pensamentos ou sentimentos ou de

se despedir se perdeu. Uma destas causas, ou outras, ou a combinação de várias causas pode ocorrer.

Há, assim, muitos factores possíveis que podem causar aquilo que designamos por delirium, inquietação ou agitação terminal. Mas qual é o problema disso, se em muitos casos não podemos fazer nada de diferente e a sedação é a única actuação razoável? O problema é que se aceitarmos esta situação como uma entidade clínica, provavelmente não tentaremos preveni-la ou revertê-la se temos um diagnóstico e a solução é simples.

Não estou a propor que exploremos a situação profundamente em cada doente e actuemos de modo inapropriado prejudicando eventualmente os doentes, induzindo-lhes ainda mais sofrimentos . Mas creio que esta questão merece mais investigação, porque a inquietação pode causar muito sofrimento sobretudo aos doentes, mas também às suas famílias, a outros doentes que observam uma situação penosa e aos profissionais de saúde. Contudo, se aceitarmos esta situação como uma entidade clínica definida, um diagnóstico, que pode ocorrer naturalmente nos últimos dias de vida e que tem uma solução relativamente simples, não reconheceremos a necessidade de investigar as suas causas de modo a preveni-la ou a reverte-la. Seria talvez mais apropriado designar esta situação como delirium, inquietação ou agitação que ocorre na fase terminal em vez de delirium terminal, etc.

## **Reference**

1. Bruera E, Franco J, Maltoni M, Watanabe S, Suarez-Almazor M. Changing pattern of agitated impaired mental status in patients with advanced cancer: association with cognitive monitoring, hydration, and opióide rotation. J Pain Symptom Manage 1995;10:287-291.