

## Quando a sedação não é a solução

Um doente foi admitido num serviço de cuidados paliativos com uma neoplasia avançada, acamado, com dificuldade de comunicação e com episódios frequentes de agitação. O doente estava dependente e com uma sobrevivência esperada de dias a poucas semanas. Na avaliação, não lhe foi detectada uma causa específica para a agitação, o que não é raro na fase mais avançada da doença. Por outro lado, o estado do doente não permitia uma avaliação extensa da situação. A comunicação era muito difícil, não se conseguindo compreender o que o doente queria dizer, nos poucos momentos em que mostrava intenção de falar, apesar dos esforços dos elementos da equipa para o tentar perceber.

Dado o *distress* em que o doente se encontrava iniciou-se sedação que, apesar do aumento dos fármacos e das suas doses, não se mostrava eficaz. O doente chegou a fazer midazolam, levomepromazina e fenobarbital em combinação; não me lembro das doses exactas, mas eram elevadas. Entretanto, uma das enfermeiras do serviço julgou perceber a palavra “filho”. Sabíamos que na família havia um filho que estava preso, numa cadeia do Grande Porto. Contactámos a família, esposa e uma filha, com quem procuramos esclarecer e discutir a situação. Depois, contactou-se o estabelecimento prisional e conseguiu-se que o filho viesse visitar o doente, acompanhado de guardas prisionais, como é costume nestas situações.

No dia acordado, o filho compareceu no serviço. O doente tinha sido previamente avisado da visita do filho, assim como o filho tinha sido avisado do estado do pai. O filho entrou no quarto do pai (quarto individual) e lá ficou durante o tempo que lhe foi permitido pela sua situação prisional. O modo como interagiram, não sabemos, porque a privacidade foi preservada.

Após o contacto com o filho, os episódios de agitação desapareceram. Foi possível reduzir os sedativos rápida, mas progressivamente e o doente morreu tranquilamente passados vários dias.

Porque é que este caso é importante? Porque mostra uma situação em que a solução da agitação não foi a sedação. A solução foi muito dificultada pelos problemas de comunicação que o doente tinha desde a entrada, que não permitiram o esclarecimento da causa da agitação. Na verdade, um doente que não se consegue exprimir e, por isso, não vê os seus desejos realizados ou as suas necessidades satisfeitas, pode ficar agitado só por esse facto. A sedação pode até agravar a situação ao tornar o doente ainda menos capaz de se exprimir. Neste caso, afortunadamente, uma enfermeira conseguiu compreender o doente e o problema resolveu-se satisfatoriamente, mas podia não ter acontecido.

A sedação é uma intervenção útil em muitos casos, mas, como neste, pode ser ineficaz ou até prejudicial, dificultando ou impedindo os doentes de comunicar. Muitas vezes estes casos são rotulados de agitação terminal, mas essa designação pode ser perigosa porque torna, num diagnóstico, uma situação que só é verificável *a posteriori*, isto é, depois do doente morrer, como discuto mais detalhadamente no artigo “Agitação terminal – é isto um diagnóstico?” neste blog.

Sobretudo nos casos em que o problema não é fundamentalmente físico, é particularmente importante explorar os aspectos psicológicos, familiares e existenciais. É essencial explorar os últimos desejos dos doentes, em especial os aspectos relacionais, porque pode haver o desejo de reconciliação com alguém, de ver uma pessoa pela última vez, de se despedir ou outro. E, estes aspectos devem ser abordados, se possível, antes dos últimos dias de vida, quando a capacidade cognitiva dos doentes está suficientemente mantida. Se não for assim, pode acontecer, como neste caso, que o doente só se possa manifestar mostrando a sua inquietação. A sedação, nestes casos, ao interferir com a função cognitiva, pode agravar a incapacidade dos doentes.

Este caso reforça a noção de que nos cuidados paliativos a abordagem dos aspectos não físicos é tão importante como a dos aspectos físicos e, em alguns casos, é até mais importante. É importante também dizer que a atitude dos profissionais não deve ser intrusiva, isto é, não deve

ter como finalidade conhecer em detalhe a vida do doente e da sua família. Devem sim pôr-se à sua disposição para os ajudar a lidar com a situação, certamente com proactividade, mas explorando apenas os caminhos que o doente e os familiares forem deixando abertos.

Se isto não for feito, e nos focarmos só nos sintomas físicos, em pedir análises e outros exames, não fazemos cuidados paliativos, mas arriscamo-nos a fazer uma espécie de medicina interna de segunda categoria.