



Processo ativo de morte

Autoras: Paloma Duarte Motta, Luisa Cinque de Melo e Sarah Ananda Gomes

1. Introdução

Os avanços nos cuidados em saúde significam que as populações de países desenvolvidos estão vivendo mais e, então, o risco de morte por doenças crônicas aumenta. Um impacto de tais mudanças é que as pessoas têm mais chances de morrer em um contexto hospitalar.

Reconhecer a probabilidade de morte iminente facilita o planejamento de cuidados e permite a comunicação do prognóstico com o paciente e com familiares, com discussões sobre as preferências de cuidado no fim de vida. Para identificar que o paciente está próximo da morte deve-se utilizar ferramentas e escalas prognósticas.

2. Epidemiologia

Para 75% das pessoas, a morte não é repentina, mas esperada. A forma como os doentes morrem pode ser classificada como esperada ou inesperada. A maioria das mortes de doentes com doenças progressivas e que limitam a vida é esperada. Uma fase de deterioração nas últimas semanas de vida é seguida por uma fase de morte iminente nos últimos dias de vida.

Em contraste, as fases de deterioração ou de morte iminente podem ser ausentes ou abreviadas em mortes inesperadas, o que pode ser resultado de eventos catastróficos agudos.

3. Conceito

O processo ativo de morte é definido pelas últimas horas aos últimos dias de vida. É caracterizado pelo declínio irreversível da funcionalidade do paciente portador de doença grave e ameaçadora à vida, associado a sinais e sintomas únicos que antecedem a morte. Ocorre também o aumento de preocupações e de angústia em todas as esferas da vida relacionadas ao paciente: física, psicológica, espiritual e social.

Pacientes, familiares e cuidadores experimentam um sofrimento multidimensional. Portanto, são necessários uma abordagem multiprofissional e um acompanhamento com profissionais capacitados para oferecer suporte, minimizar o sofrimento e garantir o controle adequado de sintomas nessa fase da vida.

4. Fisiopatologia

Nas últimas semanas aos últimos dias de vida, os pacientes com doenças graves e progressivas apresentam um declínio funcional global de suas funções físicas, do estado nutricional e das funções respiratória, neuromuscular, neurológica e cardiovascular. Por meio da ação de citocinas, principalmente do fator de necrose tumoral e de interleucinas, há um processo de catabolismo intenso, que resulta em agressões ao organismo, anorexia-caquexia e consumo de gordura e de massa muscular, levando a falência de múltiplos órgãos e morte.

5. Manifestações clínicas

Existem estudos na literatura que descrevem sinais e sintomas de morte iminente em pacientes com câncer avançado. Hui *et al* identificaram sinais clínicos altamente específicos à beira do leito de pacientes nos últimos três dias de vida e classificados como precoces ou tardios.

Os sinais precoces, que apareceram em alta frequência mais de três dias antes da morte, foram: diminuição do nível de consciência; escala prognóstica de *palliative performance score* (PPS) menor ou igual a 20%; e disfagia de líquidos. Já os sinais tardios, que estão associados à probabilidade de morte em três dias, são: pupilas não reativas; ausência de pulso radial; diminuição do débito urinário; incapacidade de fechar os olhos; respiração Cheyne-Stokes ou períodos de apneia, ronco da morte ou sororoca; respiração com mandíbula em movimento; apagamento do sulco nasolabial; diminuição da resposta a estímulos verbais ou visuais; hiperextensão do pescoço; e cianose periférica.

A literatura também reconhece outras alterações sugestivas de processo ativo de morte, como: restrição ao leito; indiferença a comidas e a líquidos; dificuldade de deglutir; desorientação no tempo, com redução da atenção; redução da pressão arterial não relacionada a volemia; incontinência ou retenção urinária; alucinações envolvendo indivíduos importantes já falecidos; referências a voltar para casa; pele fria e com livedo reticular, principalmente tibial; e alterações do estado mental (*delirium*, agitação, coma ou inquietação).

6. Tratamento

6.1. Manejo de expectativas e preferências dos paciente e familiares

Devemos esclarecer o planejamento focado no conforto do paciente, incluindo a abordagem das necessidades emocionais, espirituais e sociais do paciente e da família. Sempre que possível, pedimos para que os pacientes e seus familiares nos descrevam o que consideram uma boa morte, para facilitar a identificação de objetivos específicos do cuidado. Também devemos preparar a família para as mudanças fisiológicas no processo de morrer. Além disso, incentivamos familiares a tocar, conversar e confortar seus entes queridos, pois se observa que vozes familiares, toques e músicas podem ter efeito de acalmar alguns pacientes.

6.2. Manejo geral

Escolher o local da morte: sempre tentamos honrar as preferências dos pacientes. As pesquisas geralmente indicam uma preferência do paciente de morrer no domicílio, mas para muitos isso pode não ser possível.

Óbito no domicílio: é importante assegurarmos que o paciente e sua família estejam equipados para as abordagens físicas, emocionais e práticas do cuidado. É associado a maior satisfação da família, melhor desfecho para os pacientes, melhor “qualidade da morte” e menor fardo financeiro aos cuidadores.

Óbito no hospital: tentamos permitir transferência para casa ou para um quarto privativo ou algum contexto que permita maior acesso à família e mais privacidade, assim como suporte da equipe de saúde para manejo de sintomas.

Óbito no CTI: geralmente, é preferível a alta do CTI, exceto se a instabilidade do paciente possa levar ao óbito durante o transporte.

Atentar-se e respeitar a tradições culturais e religiosas: ter consciência e respeito pelas tradições culturais do paciente e de sua família.

Eliminar medicações não essenciais: a polifarmácia aumenta a possibilidade de interações medicamentosas, efeitos adversos e sofrimento do paciente. Medicações não essenciais e potencialmente inapropriadas devem ser descontinuadas, especialmente aquelas administradas para prevenção secundária.

Escolher a melhor via de administração de medicamentos: favorecer a via menos invasiva e preferir a via de administração não enteral. Se o paciente possuir acesso venoso periférico, mantenha a via para medicações. A via subcutânea também pode ser utilizada, sendo a via preferível nessas situações.

Limitar aferição de dados vitais para apenas o mínimo necessário: dados numéricos e alarmes podem distrair do foco de conforto do paciente e provocar preocupações desnecessárias à família.

Permitir que a família permaneça no quarto: evitar restrições.

Evitar nutrição parenteral, assim como sondas de nutrição enteral: não há evidências de que aporte calórico melhore a força, a energia ou o status funcional, tampouco prolongue a vida de pacientes nos últimos dias ou semanas de vida em doenças terminais.

Considerar suspensão de hidratação artificial: a hidratação artificial pode estar associada a sintomas como engasgos, tosse, congestão, vômitos, edema e diarreia.

6.3. Manejo de sinais e sintomas

Sinal ou sintoma	Medida não farmacológica	Medida farmacológica
Dispneia	• Reposicionamento do paciente no leito • Abertura de janelas ou ventilador para circular ar na face do paciente • Oxigênio para pacientes hipoxêmicos • Evitar máscara facial • Relaxamento e técnica de respiração	• Morfina é o opioide de primeira escolha • Dose inicial de 1mg-2,5mg SC ou EV a cada quatro horas em pacientes virgens de opioides. E 10%-15% da dose diária em pacientes de uso crônico • Avaliar necessidade de medicações durante as 24h em BIC. Dose acima de 20mg/dia EV não possui efeito adicional no alívio do sintoma • Benzodiazepínico para dispneia associada à ansiedade • Dispneia refratária: sedação paliativa
Delirium terminal	• Suporte emocional ou psicológico • Presença de familiares • Orientações • Usar relógios e calendários • Música suave • Ambiente tranquilo	• Haloperidol é a droga de escolha: 0,5mg-2mg a cada duas a 12 horas SC ou EV • Clorpromazina: 12,5mg-50mg a cada quatro a seis horas SC ou EV. Possui maior efeito sedativo • Outros neurolépticos: quetiapina, risperidona e olanzapina

Dor	• Exercícios de relaxamento e respiração • Mobilização do leito • Mudança de decúbito	• Medicações de forma contínua durante 24 horas • Analgésicos simples para dor leve • Opioides em caso de dor moderada a intensa. Avaliar medicação em BIC
Ronco da morte ou sororoca (acúmulo de secreções em via aérea alta)	• Descontinuação dos fluidos e hidratação não essenciais • Suspensão de dieta enteral • Evitar aspirações profundas • Elevação da cabeceira a 45° e evitar hiperextensão do pescoço	• Atropina: colírio 1% uma a duas gotas a cada seis a oito horas em canto da boca • Escopolamina: 20mg a cada quatro ou seis horas SC ou EV (até 120mg ao dia) • Propantelina: gel tópico, aplicado na região submandibular
Perda do controle de esfíncteres (incontinência fecal ou urinária)	Manter roupa de cama e fraldas limpas e secas	• Cateter vesical de alívio em caso de bexigoma • Considerar sonda vesical de demora, se houver lesões ou sondagem dificultada
Diminuição da ingestão oral	• Dieta via oral e conforto conforme demandado pelo paciente • Dieta líquida, alimentos gelados • Mínimos a pequenos goles de água • Não é indicado suporte nutricional artificial • Cuidados com a boca	• Clorexidina a 0,12% para higienização bucal • Gel hidratante labial
Alterações cardíacas e circulatórias	• Reduzir o número de aferição de sinais vitais • Desligar monitores • Orientação a familiares	Medidas direcionadas ao controle dos sintomas

**VEJA ESSE CONTEÚDO NA ÍNTEGRA
ACESSANDO A OC ACADEMIA:**
<http://ocacademia.com>

