

Cuidados ao fim da vida: uma preocupação da prática da Medicina Geriátrica

End-of-life care: an issue in Geriatric Medicine

Claudia Burla*

RESUMO

O propósito deste artigo é apresentar os conceitos básicos da Medicina Paliativa com ênfase nos cuidados ao fim da vida do paciente geriátrico em fase final de doença. A capacitação profissional para lidar com a pessoa doente e com seus familiares se impõe para um adequado controle e alívio dos sintomas que geram sofrimento. Serão abordadas algumas medidas de controle de sintomas como dor, fadiga, dispnéia, anorexia, confusão mental e constipação. Quando, para a doença de base não há cura possível, sempre haverá alguma medida que, controlando os sintomas angustiantes, desconfortáveis ou dolorosos, propiciará uma sensação de alívio, melhorando a qualidade de vida do paciente até sua morte.

Palavras-chave: geriatria; assistência paliativa; doente terminal; relações médico-paciente; qualidade de vida; morte.

Não é uma questão de morrer cedo ou tarde,
mas de morrer bem ou mal.

Morrer bem significa escapar vivo do risco de morrer doente.
(Sêneca, 4 aC)

O Brasil vem experimentando um acentuado envelhecimento populacional. Se, em 1950, o Brasil era o 16o país do mundo com maior número de pessoas acima de 60 anos de idade, em 2025 projeções indicam que ele terá a sexta ou quinta maior população acima dos 60 anos do planeta. Observa-se hoje uma mudança drástica no perfil demográfico da população brasileira. Se há 100 anos a sobrevivência de 70 anos era um fator de sorte ou acaso, no século XXI isto é uma realidade constante.

Um dos efeitos dessa circunstância, a Geriatria vem se firmando como especialidade médica, autônoma das outras especialidades clínicas. É consagrado, hoje, que o organismo do idoso apresenta características próprias, diferentes das de um adulto. O estado catabólico, comum no envelhecimento, faz com que o idoso seja portador de comorbidades, apresentando problemas orgânicos de natureza diversa, sejam condições naturalmente crônicas, como a hipertensão arterial sistêmica ou a cronificação de uma condição cujo evento agudo foi controlado.

Na Geriatria vêm surgindo várias subespecialidades como Psicogeriatria e Cardiogeriatria. O propósito deste artigo é apresentar a que talvez seja a mais nova das áreas de interesse da

Geriatrics: os cuidados ao fim da vida em pacientes idosos com doença avançada. Consideramos avançada aquela condição clínica passível de controle, mas não de cura.

Quando o paciente apresenta doença crônica em fase avançada, o final inevitável é a morte. Entretanto, a condução do processo de terminalidade está nas mãos da equipe de saúde. Esta equipe precisa ser treinada especificamente para lidar com situações que impõem a palição como a abordagem correta para o paciente geriátrico com doença avançada.

O exercício da Medicina Paliativa exige dos profissionais não só um profundo conhecimento médico sobre o controle de sintomas, como também uma enorme disponibilidade interna de "doação" e uma ótima capacidade de comunicação. A capacitação específica para a Medicina Paliativa e os Cuidados ao Fim da Vida se impõe, pois a formação médica tradicional enfoca o processo de cura da doença, com reversão do quadro clínico, o que não é o objetivo da equipe paliativista. O objetivo da Medicina Paliativa é o de oferecer um adequado controle dos sintomas que geram sofrimento para o paciente, independente da possibilidade de cura que já não mais existe nos casos de doença avançada. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1990, através de um comitê voltado para a temática do alívio da dor do câncer e de cuidados paliativos firmou o conceito de cuidados paliativos que são os cuidados totais ativos a pacientes cuja doença não responde a tratamento curativo sendo fundamental o controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicológicos, sociais e espirituais.

Os principais sintomas presentes na fase terminal de um paciente são dor, fadiga, dispnéia, náusea e vômitos, constipação, confusão mental, inquietação, anorexia. Todos são sintomas extremamente desagradáveis, e que devem ser prontamente controlados. Aceita-se, via de regra, que dor e sofrimento fazem parte do processo de morrer. Tal conceito é absolutamente falso. Existem medidas farmacológicas e de suporte que aliviam sintomas angustiantes e dão conforto ao paciente.

Dor é aquilo que o paciente diz que o incomoda. Cerca de 50% dos pacientes portadores de câncer apresentam dor ao longo do seu processo de morte, e apenas a metade recebe o tratamento adequado. É fundamental determinar a origem da dor, se nociocéptica, neuropática ou ambas. A escolha do analgésico vai depender do tipo da dor, da sua severidade e intensidade. É mais difícil controlar um episódio de dor do que prevenir a sua recorrência, e a expectativa de sentir dor gera uma angústia muito grande no paciente e seus familiares. Assim, um dos aspectos mais importantes no controle da dor é a administração regular de analgésicos. A OMS recomenda uma escada analgésica para alívio da dor que deve ser seguida à risca. Existem ainda alguns mitos que a falta de conhecimento especializado faz perpetuar na prática clínica. Muitos profissionais receiam prescrever analgesia com opiáceos, ou prescrevem, equivocadamente, opiáceos em caráter SOS para a dor persistente. Além disso, o profissional deve estar aberto a medidas não farmacológicas de analgesia, como relaxamento, meditação, suporte espiritual, hipnose e até mesmo procedimentos que, à primeira vista, poderiam parecer exagerados, como bloqueios de terminação nervosa e procedimentos neurocirúrgicos.

Fadiga não deve ser confundida com depressão em termos de diagnóstico, muito embora haja semelhanças no seu tratamento. A maioria dos pacientes apresenta um quadro de tristeza, e pode haver preocupação com algumas pendências legais, sociais e financeiras. O ambiente familiar deve ser de tranquilidade. É fundamental haver um adequado suporte psicológico, para que o paciente e seus familiares possam expor seus medos e angústias. Os antidepressivos devem ser usados criteriosamente, quando houver indicação precisa. O ideal é que as doses sejam baixas, e deve-se levar em conta que o início de ação é tardio (15-20 dias). Para um paciente em fase final de doença o uso de psicoestimulante a base de amfetamina é o mais indicado pelo rápido início de ação (3-5 dias).

A dispnéia é um dos sintomas mais comuns ao fim da vida, e um dos que causa mais angústia. Sempre que possível, deve-se tentar determinar a causa desse sintoma, se decorrente de infecção, compressão ou distúrbio metabólico. Também a ansiedade provocada por esse sintoma deve ser controlada, com o uso de ansiolítico, se necessário. O uso do oxigênio tem um efeito mais psicológico que prático. Muitas vezes, o uso de um ventilador ou simplesmente abrir-se a janela trazem um conforto muito grande. O uso de opiáceos em baixa dose pode reduzir a frequência respiratória, aliviando a dispnéia e permitindo um sono mais tranquilo. Também é indicado o uso de anticolinérgicos em infusão contínua pela via subcutânea para reduzir as secreções.

Muitos pacientes apresentam náusea até o momento final, sem ter vômito. A causa mais freqüente de náusea é a constipação crônica que como sintoma normalmente é negligenciado. Mesmo na fase final, o alívio da constipação traz muito conforto para o paciente. Alguns fatores provocam constipação, como o alentecimento do esvaziamento gástrico (que é fisiológico na velhice), obstrução intestinal, restrição ao leito, inatividade, ingesta precária de alimentos, desidratação, aumento da pressão intracraniana, distúrbios gástricos, hipercalcemia, uremia. Se o paciente estiver em uso de opiáceo ou outro fármaco constipante, deve-se associar uma medicação preventiva dessa condição.

É fundamental prevenir-se a impactação fecal, utilizando-se regularmente laxativos (senna) e emolientes de fezes. Os laxativos osmóticos do tipo lactulose são úteis para aumentar o conteúdo de líquido nas fezes e melhorar o processo de eliminação. Uma boa opção é o uso de bisacodil na forma de supositório pela sua ação rápida. Deve-se fazer o toque retal quando o paciente ficar constipado por mais de três dias, pois há o risco de impactação fecal (fecaloma). Sempre se usa supositório de glicerina antes de enteroclise (para evitar trauma do ânus), e deve-se fazer analgesia (não necessária em paraplégicos) em caso de desimpactação manual.

A confusão mental é muito freqüente na fase final da doença, e provoca um profundo impacto na família, que levará consigo a lembrança do seu ente querido num estado de transtorno mental. A intervenção é necessária se o paciente estiver incomodado e a família apresentar alto grau de ansiedade. Se o paciente, apesar do problema, estiver confortável, deve-se conscientizar e orientar a família.

A ansiedade e a agitação podem ser causadas por dor ou, em casos de pacientes dementados, pela incapacidade de comunicar problemas que estejam causando desconforto.

Incluem-se dentre esses a retenção urinária, impactação fecal, ferida cutânea, transtorno de sono. Uma música ambiente suave pode ajudar a tranquilizar o paciente.

É de se observar que insônia não é um diagnóstico clínico, e sim sintoma, provocado frequentemente por depressão e ansiedade. Também o ruído ambiental, dor, distúrbios metabólicos, inatividade e efeito colateral de fármacos podem causar insônia. Além disso, aspectos emocionais como o medo e proximidade da morte, a necessidade de despedidas e de resolver pendências podem afetar o sono do paciente. Técnicas de relaxamento e meditação podem ajudar a superar esse problema.

A anorexia é um sintoma muito comum ao fim da vida, e causa mais transtornos à família que ao paciente. A princípio, deve-se sempre respeitar o desejo do paciente, especialmente se ele estiver lúcido. O aconselhamento médico é importante para tranquilizar a família. Como sugestão não farmacológica para aumentar a ingestão de alimentos pode-se oferecer uma pequena quantidade de bebida alcoólica (a preferida pelo paciente) cerca de 30 minutos antes da refeição, para estimular o apetite, oferecer alimentos olorosos e saborosos, e ainda oferecer alimentos fracionadamente, em pequenas quantidades. A utilização de alimentação artificial (parenteral) deve ser criteriosamente avaliada, discutindo-a com o paciente e familiares, pois os tubos causam muito desconforto além do custo envolvido.

A hidratação básica pode ser feita à noite pela via subcutânea ou colocando-se pequenos cubos de gelo na boca do paciente ao longo do dia. Não há necessidade de se atingir os níveis ideais de hidratação, e sim o conforto do paciente. Também a boa higiene bucal dá conforto ao paciente.

Todas as medidas terapêuticas, farmacológicas e não farmacológicas, visam o conforto do paciente. É inerente à formação paliativista a percepção que o foco do tratamento é o paciente na sua dimensão holística, e não um exame ou uma doença. Nesse processo de finitude, deve-se levar em conta não a quantidade de vida que resta ao paciente, mas a qualidade de vida que ele deve levar até o final. A qualidade de vida é uma sensação de satisfação subjetiva, ligada a todos os aspectos inerentes ao ser humano, sejam físicos, psicológicos, sociais e espirituais. A qualidade de vida é boa quando as aspirações individuais são atendidas ou correspondidas pela vivência daquele momento. A melhoria da qualidade de vida, no âmbito dos cuidados paliativos, consiste em reduzir-se ao máximo o hiato entre o ideal e o possível.

O processo de morte é uma experiência muito marcante para o paciente, seus familiares e para a equipe clínica. Os profissionais não foram treinados para lidar com o sofrimento e a morte, já que esta representa o "fracasso" da atuação médica. Se o paciente sofreu, teve dor, se os seus sintomas foram mal controlados, o trauma dessa experiência acompanhará os familiares pelo resto de suas vidas, possivelmente com repercussões negativas no futuro, caso algum desses familiares tenha que passar pela mesma experiência. Ao contrário, se o processo de finitude ocorrer de maneira digna, sem sofrimento para o paciente, certamente a família ficará confortada e enfrentará com mais tranquilidade outra situação semelhante que algum de seus membros venha a experimentar no futuro.

Situações que impliquem a retirada de medidas de suporte da vida, a não implementação de medidas de suporte da vida, a decisão de não reanimar são alguns dos dilemas éticos a serem enfrentados pela equipe médica. Sua atitude nesses casos deve ser pautada pela vontade expressada pelo paciente, desde que não afrontem a legislação vigente.

A Medicina Paliativa é uma especialidade médica intimamente associada à Geriatria, e os cuidados ao fim da vida representam uma questão de saúde pública, pela necessidade fundamental e imperiosa de se aliviar o sofrimento de quem quer que esteja acometido de uma doença avançada e pelo impacto da lembrança da morte nos familiares do paciente. O grande ensinamento da Medicina Paliativa e dos Cuidados ao Fim da Vida é que há um limite para a cura, não para os cuidados. Sempre haverá alguma medida, por menor que seja, até mesmo um toque, que aliviará e confortará o paciente em sua fase final.

NOTAS

*Especialista em Geriatria pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e pelo Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; médica geriatra do Ministério da Marinha desde 1985; Secretária Geral da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia 2002-20

Referências bibliográficas

ALBOM, M. A última grande lição: o sentido da vida. Trad. José J. Veiga.

13. ed, Rio de Janeiro: GMT (Sextante), 1998.

ARIÈS, P. História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias. Trad. Priscilla Siqueira. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1981.

BIRMAN, J. Futuro de todos nós: temporalidade, memória e terceira idade na psicanálise. In: Veras, R.P. et all. Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro. Rio de Janeiro: Relume- Dumará / UnATI / UERJ, 1995, p.29-48.

BYOCK, I. Dying well: peace and possibilities at the end of life. New York: Riverhead Books, 1997.

DASTUR, F. A morte: ensaio sobre a finitude. Rio de Janeiro: Bertrand, 2002.

DOYLE, D.; HANKS, G.; MACDONALD, N. Textbook of Palliative Medicine 2 ed. Oxford: Oxford Medical Publications, 1998.

ELIAS, N. A solidão dos moribundos. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2001.

FAULL, C.; CARTER, Y.; WOOF, R. Handbook of palliative care. Oxford: Blackwell Science, 1998.

HEFFNER, J; BYOCK, I. Palliative and End-of-life pearls. Philadelphia: Hanley & Belfus, 2002.

HOSKIN, P.; MAKIN, W. Oncology for Palliative Medicine. Oxford: Oxford University Press, 1998.

KINZBRUNNER, B; WEINREB, N; POLICZER, J. 20 common problems in End-of-Life. New York: McGraw-Hill, 2002.

KÜBLER-ROSS, E ; KESSLER D. Life Lessons. New York: Scribner, 2000.

KÜBLER-ROSS, E. Sobre a morte e o morrer. Tradução Paulo Menezes. São Paulo: Martins Fontes, 1981.

KÜBLER-ROSS, E. A roda da vida. Tradução Maria Luiza N. Silveira. Rio de Janeiro: Sextante, 1998.

KUEBLER, K; BERRY, P; HEIDRICH D. End-of-life care: clinical practice guidelines. Philadelphia : W. B. Saunders, 2002.

MACDONALD, N. Palliative medicine: a case-based manual. Oxford: Oxford University Press, 1998.

MINAYO, M.C.S. A interdisciplinaridade no conhecimento e prática da saúde do idoso. In: JORNADAS: CUIDADOS ESPECIAIS À PESSOA IDOSA (1993) VELHICE NÃO É DOENÇA (1994). Rio de Janeiro. Anais...Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia-RJ, Libbs Farmacêutica, 1993/1994, p. 74-76.

PENSON, J.; FISHER, R. Palliative care for people with cancer. 2 ed. London: Arnold, 1995.

PESSINI, L. Distanásia: até quando prolongar a vida? São Paulo: Loyola, 2001.

PY, L. (org.). Finitude: uma proposta para reflexão e prática em Gerontologia. Rio de Janeiro: Nau, 1999.

REGNARD, C.; TEMPEST, S. A guide to symptom relief in advance disease. 4. ed. Manchester, U.K.: Hochland & Hochland, 1998.

SCHONWETTER, R. Care of the terminally ill patient. *Clinics in geriatric medicine*. Philadelphia: W.B. Saunders Company. v. 12, n. 2, May 1996.

SHEEHAM, D. & Forman, W. *Hospice and palliative care: concepts and practice*. Sudbury: Jones and Bartlett, 1996.

STEDEFORD, A. *Encarando a morte: uma abordagem ao relacionamento com o paciente terminal*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

TWYXCROSS, R. *Introducing palliative care*. Oxford: Radcliffe Medical Press, 1995.

ABSTRACT

This article presents the basic concepts of Palliative Medicine, focusing the end-of –life care of a geriatric patient with advanced disease. Specific qualification is mandatory for health-care professionals for managing the patient and his family, by controlling distressing symptoms. Management of pain, fatigue, dyspnea, anorexia, mental confusion, and constipation are addressed. When there is no possible cure for the disease, there will always be some measure to control distressing, uncomfortable or painful symptoms, providing relief and improving the patient's quality of life until his death.

Keywords: geriatrics; palliative care; terminally ill; physician-patient relations; quality of life; death.