

# O doente terminal

## Aspectos práticos

*Pereira de Moura \**, *Armindo Simões \*\**, *Sílvia Lopes \**, *Alberto Lourenço \*\**, *Políbio Serra e Silva \*\*\**.

### Resumo

*Os autores procuram, no presente artigo, realçar alguns dos aspectos que consideram essenciais no acompanhamento do doente terminal. Assim, depois de se debruçarem sobre a necessidade de uma equipa multidisciplinar para apoiar este tipo de doentes, passam em revista alguns dos principais problemas que afligem o doente terminal, assim como as armas terapêuticas disponíveis. Da dispneia à anorexia, da anemia às infecções, da incontinência urinária ao grave problema das escaras de decúbito, os autores propõem algumas terapêuticas que consideram úteis para quem de perto lida com estes doentes. Por último, é dada particular ênfase à dor, particularmente à dor oncológica, e à necessidade de a debelar com os meios médicos e cirúrgicos existentes.*

**Palavras chave:** *doente terminal, aspectos práticos.*

### Abstract

*The authors present some reflexions about the terminal patient. In the First National Meeting of Domiciliary Assistance, this theme was debated, particularly the physical problems; in the n.º 8 of "Médice", was essentially debated the psychological aspects, and we think that this two works are complementary.*

**Key words:** *terminal patient, practical aspects.*

### Introdução

Apresentamos algumas reflexões sobre os aspectos práticos do acompanhamento do doente terminal. Este tema foi objecto de debate no "Primeiro Simpósio Nacional de Assistência Médica Domiciliária" que se realizou em Coimbra, em Janeiro de 1990. O artigo "O doente terminal: como lidar...", publicado no n.º 8 da revista "Médice", focando essencial-

mente os aspectos psicológicos do problema, estimulou-nos a tecer algumas considerações práticas sobre as dificuldades que se deparam a quem acompanha estes doentes. Julgamos existir uma complementaridade entre os dois artigos e, se a publicação deste servir para aliviar o stress físico e psíquico do doente terminal, estão cumpridos os objectivos que nos levaram à sua redacção.

Sendo a vida e a morte duas realidades inseparáveis inerentes a todo o ser vivo (que, pelo facto de ser vivo, terá forçosamente um dia de morrer), seria de esperar um conhecimento profundo do fenómeno morte. Esta deveria ser encarada tão naturalmente como a vida, olhada sem receios e aguardada sem ansiedades. No entanto, desde sempre a morte, pela sua própria natureza irreversível, foi geradora de medos, fugas e tabus; raramente este fenómeno é tema de conversa, quer numa roda de amigos, quer em sessões científicas. Quando é abordada, é-o quase sempre de uma maneira superficial, na terceira pessoa, sendo muitas vezes banalizada, servindo isto apenas para esconder a nossa inquietação. Estas considerações levam-nos a pensar que não sabemos encarar a nossa própria morte nem a dos outros.

Como médicos, a nossa missão principal é defender a vida e permitir que esta se desenvolva com a melhor qualidade possível; somos preparados cientificamente para combater a morte, mas, quando esta se mostra inevitável, sentimo-nos impotentes e com uma grande sensação de nada mais poder fazer. No entanto, é nossa obrigação acompanhar o doente na fase terminal da sua doença, aliviando-lhe o seu sofrimento físico, apaziguando as suas angústias e ajudando-o a percorrer os diversos estádios de preparação para a morte (Quadro 1). Não procuramos, neste trabalho, abordar os aspectos psicológicos do doente terminal, objecto de vários estudos de psiquiatras e psicólogos<sup>1,2,3,4</sup> mas, essencialmente, passar em revista alguns dos problemas que se deparam ao médico que acompanha os últimos dias de vida do seu doente, fornecendo algumas sugestões que julgamos úteis. Trata-se de uma Medicina essencialmente paliativa e preventiva, obrigando mais que nunca a uma colaboração e comunicação francas e leais entre a equipa médica, o doente e a família.

Cada doente é sempre um caso particular; a abordagem dos seus problemas não deve ser imutável, mas revista regularmente, sempre que necessário. O objectivo é prolongar a vida (mas não a qualquer preço), dando-lhe o maior sentido possível. Assim, a utilização de meios invasivos, quer diagnósticos, quer terapêuticos é geralmente inapropriada, e mesmo gestos simples devem ter em atenção as reservas biológicas do doente, a finalidade de cada tratamento e a necessidade de não o condenar a uma agonia arrastada. Sem ignorar uma eventual melhoria ou cura imprevisível, é necessário, dentro das numerosas circunstâncias terminais, saber reconhecer quando a manutenção da vida é essencialmente fútil, deixando nessas situações a natureza seguir o seu curso e dando uma "chance à morte". Há que não confundir eutanásia — morte a pedido, homicídio por compaixão — com a recusa responsável de uma obstinação terapêutica.

Nos dias de hoje, nasce-se e morre-se no hospital; se a primeira é uma das principais conquistas da Medicina

moderna, pela qual médicos e restantes técnicos de saúde, políticos e população em geral se devem bater, já a segunda, embora algumas vezes indispensável, é, a nosso ver, abusivamente utilizada. Com efeito, para o doente que sabe que vai morrer é extremamente angustiante passar os últimos dias da sua vida longe dos familiares e amigos, no ambiente inevitavelmente despersonalizado dum hospital. É assim que, muitas vezes, o doente expressa o desejo de regressar ao seu ambiente familiar, devendo nós respeitar a sua vontade sempre que possível; contudo, isto implica a existência de condições socioeconómicas ausentes na maioria das nossas famílias. Essas condições passam pela existência dum quarto próprio, amplo, calmo e arejado; disponibilidade material e humana, de informação e formação da família, de apoio médico domiciliário regular, reavaliando a situação clínica e terapêutica, administrando cuidados paliativos e profiláticos (controlo da dor, escaras, fenómenos inflamatórios, estados depressivos) <sup>5</sup>. É também fundamental uma ligação estreita entre os serviços médicos domiciliários e o hospital de apoio, para que exista uma concordância de objectivos e das formas de os atingir. Esta colaboração inclui o reinternamento temporário para

a realização de técnicas terapêutico-paliativas como, por exemplo, um bloqueio nervoso para controlo da dor ou outras que o justifiquem.

Assim, a permanência ou o envio do doente terminal para casa exige, no nosso entender, que essa decisão seja uma escolha do doente, da família e do médico assistente; esta resolução seria apoiada por uma equipa multidisciplinar composta idealmente por médico, enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo e assistente social <sup>5</sup>.

O médico e o enfermeiro são os primeiros a confrontar-se com os problemas que vão surgindo ao longo da evolução da doença; devem, por isso, estar informados e sensibilizados para tal função e com tempo disponível para abordar a complexidade destas situações; é exemplo, o facto de o médico se dever sentar sempre que visita o doente terminal <sup>6</sup>. Médico e enfermeiro deverão escutar e informar o doente de forma progressiva e ao ritmo das suas perguntas, respondendo de forma clara e simples. O seu papel informativo deverá ser alargado à família, de forma que esta possa acompanhar da melhor forma o paciente. Problemas como a alimentação, higiene, posicionamento, deverão ser discutidos com a família e o próprio doente.

Ao psicólogo caberá seguir o doente e a família, ajudando-os a aceitar a doença, suas consequências e evolução até à morte, e a assumir o processo de luto.

**Quadro 1 <sup>4</sup>**  
**Estádios de Kubler-Ross**

- 1.º – Fase de Negação e Isolamento  
**«Não posso ser eu»**
- 2.º – Fase de Cólera  
**«Porquê eu?»**
- 3.º – Fase de Negociação  
**«Acordos com o médico, Deus...»**
- 4.º – Fase de Depressão  
**«Sim, sou eu; nada mais interessa...»**
- 5.º – Fase de Aceitação  
**«A minha hora chegou e tudo está bem»**

**Quadro 3 <sup>14</sup>**  
**Bloqueio Nervoso**

Bloqueio do Plexo Celíaco	Neoplasia: - fígado - pâncreas - estômago - intestino
Bloqueio Paravertebral	dores torácicas
Bloqueio Intratecal (região lombo-sagrada)	dores perineais

**Quadro 2 <sup>14</sup>**  
**Tipo de Dor**

TIPO	ÓRGÃOS	CARACTERÍSTICAS	CAUSAS
Somática	cutâneos tecidos profundos	surda  bem localizada	metastases ósseas  músculo esquelético
Visceral	abdominais vísceras torácicas	«pressão» «mal localizada» «reflexa»	metastases ósseas neoplasia pâncreas
Nervosa	n. periférico	queimadura severa paroxismos	plexopatias  neuropatia citostáticos

O fisioterapeuta deverá actuar essencialmente na manutenção e recuperação da autonomia para gestos quotidianos.

A assistente social, como veículo de apoio da sociedade, deverá fornecer à família os meios que lhe permitam tomar a seu cargo o acompanhamento do doente terminal.

Doente terminal não significa forçosamente morte dentro de pouco tempo; o processo pode arrastar-se por semanas ou meses e durar mesmo anos. Durante todo este período, é necessário tornar possível ao doente a melhor qualidade de vida. Assim, se manobras e terapêuticas heróicas de ressuscitação estão geralmente contra-indicadas no doente terminal, todo o empenho deve ser colocado nos cuidados assistenciais<sup>7,8,9,4</sup>.

Dos problemas que mais frequentemente incomodam o doente nesta situação destacaremos os relacionados com o aparelho respiratório, gastrointestinal, genito-urinário, sistema nervoso central e pele. Iremos, para cada um deles, sugerir algumas medidas no sentido de minorar o sofrimento do paciente, abordando, por último, o problema da dor, quase constante nas situações terminais, nomeadamente as neoplásicas.

Um dos sintomas respiratórios mais comuns é a dispneia<sup>1</sup>. O doente terminal, particularmente quando acamado, apresenta várias limitações à sua mecânica ventilatória; a perda do reflexo da tosse, a exaustão dos músculos respiratórios, a desidratação e a imobilidade prolongada, todas contribuem para uma retenção de secreções com a inevitável obstrução das vias aéreas<sup>10</sup>. Recomenda-se, nestes casos, uma hidratação adequada, a aspiração das secreções, uma cinesiterapia respiratória, a mudança de posição do doente, a oxigenoterapia e, quando está subjacente um componente broncospástico, a administração de salbutamol ou atropina (0,6 a 1,2 mg i.m.)<sup>10</sup>. A morfina está, por vezes, indicada no controlo da dispneia por reduzir a taxa respiratória a um nível compatível. A dificuldade respiratória pode ser agravada pela existência de uma insuficiência cardíaca. Nestes casos, estará indicada a utilização de diuréticos e tonicardíacos nas doses mínimas eficazes. Também a concomitância de um derme pleural maligno extenso compromete a mecânica ventilatória. Deve ser feita a sua drenagem e, caso seja recidivante, avançar-se para a esclerose química<sup>10</sup>. Todos estes problemas podem ser agravados pela existência de uma anemia, muitas vezes acompanhante das situações terminais, nomeadamente quando se trata de doentes do foro oncológico<sup>10</sup>. Devemos resistir à tentativa de "manter bons níveis de hemoglobina", estando, pois, por isso, raramente indicada a realização de transfusões<sup>10</sup>. As pneumonias, muitas vezes denominadas de "misericordiosas" pela voz dos nossos antepassados, são actualmente e muitas vezes desesperadamente tratadas com antibióticos de largo espectro, quando estes estão raramente indicados, dado que, com a sua utilização, estaremos apenas a prolongar o sofrimento do nosso doente<sup>10</sup>.

As náuseas e vômitos são outros problemas que afligem o doente terminal, podendo estar relacionados com uma iatrogenia, dado que muitos destes doentes estão polimedicados, nomeadamente com digitálicos, diuréticos, morfina e

outros medicamentos<sup>10</sup>. Sempre que possível, devemos suspender ou reduzir os medicamentos suspeitos, corrigir eventuais perturbações electrolíticas — hipocalcemia, hipercalcemia (associada, por ex., a metástases ósseas) — e ensinar normas higieno-dietéticas, como seja aconselhar refeições repartidas, pouco abundantes e respeitando as preferências do doente<sup>11</sup>. Caso os vômitos persistam, podemos recorrer ao uso de certos medicamentos como a metoclopramida, nas doses de 10 mg 3 i.d. e, nos doentes com um grande componente ansioso, poderemos obter melhores resultados com a proclorfenazina, 5 mg 3 i. d., ou a clorpromazina<sup>10,11</sup>. Quando a causa do vômito é central, uma opção é a ciclizina, nas doses de 50 a 100 mg 3 i. d., pois este medicamento tem acção no centro do vômito<sup>10,11</sup>. Uma palavra apenas para a situação em que uma disseminação metastática, mas sem hipercalcemia, se acompanha de vômitos que, por responderem à administração de corticosteróides, são designados, por alguns autores, por "vômitos responsivos aos corticóides"<sup>10</sup>.

Uma obstipação severa acompanha frequentemente o doente longamente acamado<sup>10</sup>. Devemos evitar o uso abusivo de laxantes que irão, por um lado, provocar cólicas abdominais e, por outro, dejeções frequentes com o inevitável desconforto para o binómio doente-família. A utilização de enemas e a ingestão de dietas com baixo teor em resíduos é, muitas vezes, suficiente para a resolução deste problema. Sempre que seja necessário administrar opiáceos, devemos associar laxantes para contrariar o seu efeito obstipante<sup>10,11</sup>.

Uma situação igualmente frequente, particularmente no idoso, é a incontinência urinária. Também nesta situação devemos excluir uma iatrogenia (diuréticos), uma diabetes descompensada ou uma hipercalcemia<sup>10</sup>. A perda involuntária de urina pelo paciente é uma situação altamente incómoda não só para a sua família (obrigando a múltiplas mudanças de roupa) como, particularmente, para o enfermo, provocando-lhe desconforto e facilitando a maceração da pele; a maneira mais fácil de debelar esta situação é a cateterização vesical permanente<sup>10</sup>. Os problemas sépticos associados à cateterização não são um problema frequente; contudo, quando um doente cateterizado refere dor no hipogastro ou se torna mais agitado, devemos pensar numa infecção urinária<sup>10</sup>, fazer uma análise da urina e, caso a nossa suspeita se confirme, efectuar uma simples lavagem vesical, com produto antisséptico, o que é geralmente suficiente, estando raramente indicada a utilização de antibióticos<sup>10</sup>.

O doente terminal, nomeadamente quando é idoso, apresenta-se muitas vezes desorientado e agitado, particularmente se é colocado num ambiente que lhe é desconhecido<sup>10</sup>. O regresso a ambientes familiares, o contacto regular com pessoas que lhe são queridas, as respostas às suas perguntas e ansiedades, é frequentemente o bastante para o tranquilizar<sup>10</sup>. Se apesar de todos estes cuidados a agitação persiste, podemos recorrer ao uso de certos medicamentos como a tioridazina, 10 mg 3 i.d., a promazina, 12,5 a 50 mg 3 i. d. ou o decanoato de flufenazina, 12,5 a 25 mg i.m., na primeira semana, repetidos na semana seguinte e, depois, de 2 em 2 ou 4 em 4 semanas<sup>10,11</sup>. Nos pacientes que se apresentem particularmente agressivos podemos utilizar a clorpromazina, nas doses de 50 a 100 mg i.m.<sup>11</sup> Com a utilização destes

medicamentos, devemos ter sempre a preocupação de não sedar o doente em demasia, para que ele possa manter o contacto com o meio que o rodeia <sup>11</sup>.

As úlceras de pressão (escaras) são um dos problemas que mais desconforto provocam no doente acamado e maior angústia geram nos que o acompanham. A imobilidade, a hipo-albuminemia, a incontínência fecal e urinária e a presença de fracturas são factores que favorecem o aparecimento das escaras <sup>7</sup>. A melhor arma contra as escaras é a sua prevenção <sup>12</sup>. A observação, em experimentação animal, de que uma pressão prolongada (1 ou 2 horas) conduz à necrose muscular permite concluir da necessidade de mudar o doente acamado de posição pelo menos de duas em duas horas <sup>7</sup>. O doente deve ser reposicionado sucessivamente sobre o seu lado direito, dorso e lado esquerdo. Também pela mesma razão não deve ser permitido que um doente permaneça sentado, na cama ou num cadeirão, mais de duas horas sem ser mudado de posição. O uso generalizado de almofadas com uma cavidade central deve ser desencorajado, por dificultar a circulação sanguínea na área sem apoio. A utilização de camas articuladas, colchões especiais e cadeiras de rodas almofadadas constitui uma ajuda considerável para a prevenção das escaras <sup>7</sup>. Apesar de todos os cuidados, nem sempre se consegue evitar o aparecimento das úlceras de pressão. Quando isto acontece, o seu tratamento não deve ser protelado, mas realizado de acordo com o tamanho e o aspecto da escara, bem como da sua localização. Um eritema circundante, a presença de secreções purulentas e um odor fétido indicam a presença de infecção; a existência de tecido necrosado requer geralmente o seu desbridamento para permitir a cicatrização <sup>6,7</sup>. Dado que todas as feridas cutâneas estão contaminadas com bactérias, as culturas não estão indicadas, a menos que haja evidência de complicações infecciosas que requeiram antibioterapia sistémica, como acontece na celulite, sepsis ou osteomielite <sup>7</sup>. Na maior parte das situações, apenas estão indicadas medidas locais, entre as quais se salienta a utilização de antibióticos e antissépticos tópicos e a evicção da pressão sobre a área afectada. Lavagens frequentes com soro fisiológico e a aplicação de antibióticos tópicos, como a gentamicina e a sulfadiazina, conduzem frequentemente à cicatrização da escara <sup>7,10</sup>. Antissépticos como a polividona iodada, o peróxido de hidrogénio e o hipoclorito de sódio mostraram-se citotóxicos em culturas de fibroblastos humanos podendo atrasar a cicatrização <sup>7</sup>. A utilização de substâncias hidrofílicas, como o açúcar cristalizado, facilita a cura das escaras com secreções abundantes <sup>7</sup>.

Vamos de seguida tecer algumas considerações sobre a dor e as formas de a controlar. Segundo a maioria dos trabalhos, 60 a 80% dos doentes cancerosos em fase terminal tem dor moderada ou severa, devendo, para qualquer médico que acompanha estes doentes, constituir prioridade o alívio rápido e eficaz da sintomatologia álgica <sup>6,13</sup>. Não tem qualquer fundamento, na maioria das situações, a preocupação com o aparecimento de tolerância e habituação aos analgésicos mais potentes (opiáceos), que devem ser usados sempre que indicados <sup>6,13</sup>. A dor resulta da percepção de uma sensação nociceptiva e da reacção emocional que a acompanha; esta última será tanto mais intensa quanto mais traumatizantes

tiverem sido experiências álgicas no passado do doente. Uma dor negligenciada reduz invariavelmente o seu limiar de percepção, gera angústia e depressão que, por sua vez, contribuem para uma redução ainda maior do limiar da dor; cria-se, assim, um ciclo vicioso que só uma analgesia personalizada, e revista regularmente, pode interromper <sup>6,10,13</sup>

Por razões de ordem prática, e tendo em vista os objectivos terapêuticos, classifica-se a dor, de uma forma geral, quanto à sua intensidade (leve, moderada, intensa) e quanto ao seu tipo (Quadro 2). Deve ser feita a chamada abordagem em escada, isto é, utilizar inicialmente os fármacos menos potentes, nas doses mínimas eficazes, procedendo gradual e sucessivamente à subida das doses e eventuais associações, guardando para o fim os fármacos mais potentes e os meios cirúrgicos <sup>10,14</sup>. Isto não implica que se deva prolongar esta escalada, com receio de tolerância ou habituação, em que aquela seja obrigatória — se necessário, pode e deve começar-se com as armas mais potentes <sup>13,14</sup>. O objectivo final, qualquer que seja a situação, é o alívio da dor, tão rápida e seguramente quanto possível. As dores ligeiras e moderadas podem ser controladas com fármacos não opióides, como o ácido acetilsalicílico (A.A.S.), o paracetamol e os anti-inflamatórios não esteróides <sup>10,13,14</sup>. Assim, nas dores ósseas, muitas vezes resistentes aos opióides, é geralmente eficaz o A.A.S. em doses de 900 a 1200 mg cada 4 horas; o paracetamol, na dose de 1g de 4 em 4 horas, tem a sua principal indicação nas dores dos tecidos moles; nas dores mistas (ósseas e tecidos moles), podemos recorrer à associação de 300 mg de A.A.S. com 250 mg de paracetamol <sup>10,13,14</sup>. O controlo das dores severas obriga ao uso dos medicamentos opiáceos; estes, também chamados analgésicos centrais, podem ser divididos em agonistas da morfina, apresentando os mesmos efeitos farmacológicos, e em agonistas-antagonistas, com actividade semelhante à da morfina quando administrados isoladamente, mas que inibem a acção desta quando se administram associados a ela <sup>13</sup>. Não devem, por isso, ser utilizadas associações entre os fármacos das duas categorias <sup>13</sup>. Uma regra a seguir, quando se utiliza este e qualquer tipo de analgésicos, é o rigor do horário da sua administração: é fundamental o conhecimento da semi-vida do fármaco utilizado e a sua administração "a horas certas", mesmo que para isso seja necessário acordar o doente <sup>10,13,14</sup>. A dor não deve nunca surgir, pelo menos com intensidade, estando pois desaconselhado o seu uso em "S.O.S." <sup>10,13,14</sup>. Em doentes muito ansiosos e cépticos em relação às possibilidades de controlo das suas dores, é por vezes preferível, para debelar de imediato a sintomatologia, o tratamento com doses elevadas e reduzi-las posteriormente, até à dose eficaz <sup>13,14</sup>. O medicamento padrão continua a ser a morfina; na sua forma de cloridrato é absorvida por via oral, apresenta uma biodisponibilidade de 30 a 40% e o efeito analgésico dura aproximadamente 4 horas <sup>6,12,13,14</sup>. Recomenda-se iniciar a sua administração nas doses de 5 mg 6 i.d., doses estas que podem ser progressivamente aumentadas (10, 15, 20, 30, 40, .... 100 mg) até se obter uma analgesia eficaz, sem sedação <sup>10,13,14</sup>. Dispomos também, no mercado português, de comprimidos "retard" com doses que vão de 10 até 100 mg e que permitem apenas duas tomas diárias <sup>6</sup>. Por via intramuscular, a morfina apresenta um

início de acção mais rápido, mas menos duradouro; a via endovenosa está apenas indicada nos doentes que necessitam de ser perfundidos por outras razões, permitindo a manutenção de níveis constantes de morfina se esta for administrada em perfusão contínua<sup>6,13</sup>. Como efeitos secundários, podemos esperar uma sedação, obstipação, náuseas e vômitos, que requerem algumas vezes terapêutica sintomática<sup>6,13,14</sup>. A depressão respiratória, o efeito potencialmente mais grave, não deverá surgir se o tratamento seguir as normas propostas; contudo, se tal acontecer, ela será corrigida pela administração de naloxona e.v.<sup>13</sup> Ainda não disponível no nosso mercado, a diamorfina apresenta, em relação à morfina, uma melhor absorção gastrointestinal, uma maior solubilidade (menos solvente nas administrações parentéricas) e menos efeitos secundários; é eficaz nas doses de 2,5 a 5 mg 6 i.d.<sup>13,14</sup> A buprenorfina, um outro opióide, tem a vantagem de ser absorvida por via sublingual. A sua duração de acção é de cerca de 6 a 8 horas, sendo cada dose individual de 0,2 a 0,4 mg; não provoca obstipação, mas apresenta um efeito "plateau" a partir do qual o aumento das doses não se traduz em maior analgesia<sup>6,13</sup>. Um agonista da morfina é a petidina, medicamento pouco potente que não apresenta boa absorção oral, razão pela qual não é recomendado para o tratamento crónico da dor<sup>6,13</sup>. A pentazocina, com um poder analgésico mais fraco que a morfina, apresenta, mesmo em doses baixas, efeito disfórico com alucinações frequentes, razão pela qual se não aconselha a sua utilização,<sup>6,13,14</sup>. A metadona, um analgésico potente disponível apenas em meio hospitalar, tem a comodidade posológica de duas administrações diárias, nas doses de 5 a 10 mg, a ajustar posteriormente<sup>14</sup>. No tratamento das dores severas, recorre-se, por vezes, à associação dos opiáceos com outros fármacos, procurando potenciar a sua acção analgésica e, ao mesmo tempo, minorar os seus efeitos secundários<sup>6,13,14</sup>. Temos como exemplo a associação de anticonvulsivantes como a fenitoína e a carbamazepina no controlo da dor nervosa paroxística, dramática na nevralgia do trigémio; a dose inicial da carbamazepina é de 100 mg oral, devendo ser iniciada e suspensa progressivamente<sup>6,13,14</sup>. As fenotiazinas, com propriedades anti-eméticas e ansiolíticas, de-

vem ser associadas aos opiáceos nas dores somáticas e viscerais e, em casos de náuseas e vômitos, propõe-se a metotrimoprazina, nas doses de 5 a 10 mg i.m.<sup>6,13,14</sup>. Os antidepressivos amitriptilina e imipramina estão particularmente indicados na dor neuropática e na perturbação do sono, utilizando-se nas doses iniciais de 10 mg oral<sup>13</sup>. Por último, os corticosteróides, particularmente a dexametasona, têm a sua indicação no caso de dor óssea inflamatória, na compressão nervosa — distrofia simpática reflexa e plexopatias — e quando existe hipertensão intracraniana<sup>6,10,13,14</sup>.

Na utilização de todos estes medicamentos devemos ter em atenção o metabolismo particular do doente terminal, tentando evitar, sempre que possível, uma iatrogenia.

Fugindo, muito embora, do âmbito deste trabalho por requererem técnicas especializadas, não queremos deixar, contudo, de fazer uma breve referência a outras terapêuticas analgésicas, como a radioterapia e o bloqueio nervoso<sup>13,14</sup>. A primeira utiliza-se principalmente nas metástases ósseas, sendo geralmente suficiente uma irradiação única no caso de ossos longos e costelas, mas frequentemente necessárias quatro ou cinco sessões nas lesões situadas nos ossos da bacia e vértebras. O efeito analgésico não é imediato, atingindo o seu máximo entre as duas e quatro semanas<sup>13</sup>.

O bloqueio nervoso constitui uma opção no caso de dores rebeldes a outros tipos de terapêuticas, podendo ser temporário ou definitivo e dependendo dos fármacos utilizados<sup>13,14</sup>. Um bloqueio temporário é obtido através da utilização de anestésicos, servindo essencialmente como meio de diagnóstico. Nos bloqueios permanentes são utilizadas substâncias (fenol e álcool) e técnicas (congelamento) que provocam a destruição irreversível do nervo<sup>1,3</sup>. Apenas como curiosidade, indicamos no Quadro 3 os bloqueios nervosos mais praticados, bem como as suas indicações.

Procurámos nestas breves considerações abordar alguns dos problemas que mais frequentemente afligem não só o doente terminal como quem o acompanha. Embora não devendo esquecer nunca que somos médicos, devemos, principalmente, estar alerta para o facto de estes doentes esperarem tanto ou mais da nossa condição humana do que dos nossos conhecimentos técnicos.

## Bibliografia

- Bernardo S. Cuidados a ter com os moribundos. *Arquivos de Medicina*. 1989; 2: 317-321.
- Guerra M. Algumas considerações sobre a Psicologia da Doença. *Arquivos de Medicina*. 1991; 4: 366-373.
- Milheiro J. Psicoiogia do Estado Terminal. *Arquivos de Medicina*. 1988; 2: 89-93.
- Vale L. O doente terminal: Como lidar.... *Medice*. 1991; 12-15.
- Abiven M. Pour la pratique... on retiendra... *Rev Pract* 1986; 36: 508-513.
- Twycross R. in *Terapêutica em cancer terminal*. Edit Artes Médicas. Porto Alegre, 1991: 24-44.
- Allman R. Pressure Ulcers Among The Elderly. *N Engl J Med* 1989; 320:850-853.
- Boisvert M. Que sont les soins palliatifs terminaux? *Rev Pract* 1986; 36: 455-456.
- Rakel R. Care of the Dying Patient. *Principles of Family Medicine*. 1987; 118-133.
- Livesley B. The management of the Dying Patient. In *Principles and Practice of Geriatric Medicine*. 1986.
- Twycross R. Prévention de tous les troubles du mourant. *Rev Pract* 1986; 36: 473-478.
- Tavernier M. Soins palliatifs à domicile. *Rev Pract* 1986; 36: 501-507.
- Salamagne M. Douleur physique. Souffrance globale à la phase ultime d'une maladie cancéreuse. *Rev Pract* 1986; 36:457-469.
- Foley, M. Management of Cancer Pain. In *Principles and Practice of Oncology*. Edited by Vincent T. DeVita Jr. M.D. 3<sup>a</sup> ed. 1989: 2046-2086.