

## TEXTO: PLANEJANDO O CUIDADO FRENTE POSSIBILIDADE DE MORTE

Gabriela Alves de Oliveira Hidalgo  
Lis Regina Sampaio Utimi  
Samara Ercolin de Souza

**Ações importantes diante da possibilidade de morte**

Compreender o caminho da finitude é uma necessidade urgente que precisa ser incorporada nos processos de trabalho dos profissionais da saúde para a identificação das demandas relacionadas a esse momento de vida, e proporcionar assistência que alcance de forma genuína um dos princípios do SUS, o da integralidade (MUNDAY *et al.*, 2009; BRASIL, 2017; MENDES *et al.*, 2019).

Para isso, um plano de cuidados com ações voltadas para o fim da vida deve ser estabelecido com antecedência, para que usuário, família e cuidadores possam conversar e receber orientações sobre o que esperar e como lidar com o momento da morte (HARMAN, 2020).

Para que a equipe se aproxime de proporcionar uma morte considerada digna pelo usuário, é importante uma escuta centrada na pessoa e sua família, visando entender o que consideram uma boa morte e, assim, construir um plano de cuidados guiado por seus desejos, padrões culturais e éticos quando esse momento chegar (STEINHAUSER, TULSKY, 2015; MEIER, 2016;).

Como parte desse planejamento, destacamos ações importantes para apoiar o cuidado frente à aproximação da morte (HARMAN, 2020):

Local do óbito: Já foi abordado o local de preferência do usuário para viver seus últimos dias de vida? A equipe conhece o fluxo para acesso à declaração de óbito, em caso de o falecimento ocorrer no domicílio?

Ao perguntar a pessoas com doenças avançadas onde gostariam de morrer, se fosse possível escolher, a maioria tem o lar como local de preferência para o falecimento. Já os locais menos desejados são hospitais e casas de repouso (MUNDAY, 2009; SCIE, 2013; HIGGINSON, 2017).

Morrer no domicílio deve ser uma escolha da pessoa, tendo a garantia de que o médico e a equipe respeitarão a decisão e darão o apoio necessário para que isso ocorra e transcorra da melhor maneira, quando possível (HARMAN, 2020).

Porém, existem situações de alerta que indicam que o óbito provavelmente não poderá ocorrer em casa, sendo elas (KIRA, 2018):

- Sintomas de difícil controle.
- Inadequação do cuidado: conforto e higiene.
- Risco do evento de morte ser dramático (exemplo: risco de morte por hemorragia).
- Alto risco de luto complicado.

Nestes casos, os familiares e cuidadores devem ser orientados em relação aos sinais e sintomas de morte iminente para que o paciente seja levado ao serviço de referência no território, onde deverá receber os cuidados de últimos dias de vida (KIRA, 2018).

Desejos espirituais, rituais ou costumes: A equipe já sabe se há desejos espirituais, rituais ou costumes da família/usuário?

Rituais podem envolver o momento da morte ou preparação do corpo após a morte. Deve-se favorecer e apoiar sua ocorrência, assim como oportunizar a participação da família, cuidadores e líder espiritual (caso exista), conforme desejo do paciente (HARMAN, 2020).

Pessoa de referência a ser definida: Quem é a pessoa de referência para tratar as questões pessoais do usuário?

Decidir quem será a pessoa de referência para decisão ou comunicação de preferências no final de vida é um passo importante frente às altas demandas relacionadas à proximidade do falecimento (HARMAN, 2020).

A equipe de saúde deve saber quem é a pessoa de escolha para prepará-la e instrumentalizá-la sobre as questões e ações que são previstas nesse percurso.

Acesso: Já foi pactuado algum meio de contato ágil com a equipe de referência para esclarecer dúvidas e avisar que a morte ocorreu?

Oferecer acesso por meio de fluxo de comunicação efetivo com a equipe é fundamental para integralidade no contexto de fim de vida, e deve ser uma das prioridades da equipe da APS frente à possibilidade de morte (HARMAN, 2020).

Por ocasião do óbito: Após a morte, haverá sepultamento ou cremação? Há convênio funerário? O paciente se declara doador de órgão e tecidos?

Essas são questões importantes de serem mapeadas com antecedência, sobretudo, para garantir a preferência do usuário quanto ao sepultamento e a organização de recursos financeiros e logísticos. Caso a pessoa seja doadora, verificar o fluxo de captação de órgãos, caso existam critérios no momento da morte (HARMAN, 2020).

Providências práticas após a morte: Já sabemos quem será a pessoa que resolverá as providências práticas? (Por exemplo: ir à funerária, escolher o caixão, reunir os documentos do falecido).

Orientar antecipadamente e facilitar a logística para constatação da morte, realização do atestado de óbito, remoção do corpo e a documentação necessária para o funeral, evita estresse e sofrimento em torno de questões burocráticas, como documentos necessários para a declaração de óbito, para o sepultamento ou cremação.

Após falecimento, na perspectiva social, também é importante orientar sobre questões burocráticas, legais e documentais, como: transformação da aposentadoria em pensão, da declaração de óbito em certidão de óbito, reversão dos processos de curatela ou tutela, orientações sobre abertura de testamento, organização de inventário e regularização de seguro de vida, entre outros.

**Cuidados nos últimos dias:** O cuidador de referência já foi orientado sobre os possíveis eventos relacionados às últimas horas de vida? Já está disponível no domicílio medicações de resgate para sintomas vinculados ao processo de morrer?

Explicar sobre as alterações relacionadas às últimas horas de vida, como identificar e amparar sinais de desconforto e prescrição voltada aos sintomas frequentes são importantes de serem abordadas com familiares e cuidadores, fortalecendo estratégias para a qualidade de fim de vida e amparando medos e preocupações relacionadas a experiências de morte.

**Relatório médico:** Há relatório médico com a família descrevendo o caso clínico, vigência de cuidados paliativos e local desejado para falecimento?

Um relatório clínico deve estar disponível no domicílio com descrição da doença de base, vigência de cuidados paliativos direcionados a medidas proporcionais e desejo de morrer em casa, quando desejado e possível. A família pode utilizar esse relatório em atendimento não programado de urgência visando ajudar a equipe de outro serviço a compreender o plano de cuidados e decidir sobre como proceder, evitando iatrogenias.

Realizar planejamento de final de vida não é uma tarefa simples, uma vez que traz inevitavelmente questões relacionadas a perdas e ao luto, que devem ser acolhidas e trabalhadas. Porém, um processo guiado por ações objetivas da equipe de saúde, conforme ilustrado nos itens acima, torna mais claro o caminho de como complementar o plano de cuidados e quais intervenções não podem ser esquecidas.

### Últimos dias de vida e o processo ativo de morte

Reconhecer que o paciente está entrando em fase iminente de morte, ou seja, no processo ativo de morte, é de extrema importância. A identificação desta fase por parte do profissional da saúde traz a possibilidade de mudanças no enfoque do cuidado, visando diminuir o sofrimento e desconforto até a morte, a partir do controle impecável dos sintomas e oferta de suporte psicoemocional apropriado (HARMAN, 2020; KIRA, 2018). Os sinais que caracterizam esta fase estão listados na tabela 1:

**Tabela 1:** Sinais de últimas horas a dias de vida.

Sinais de últimas horas a dias de vida
Paciente mais fraco, sonolento e apático.
Diminuição da ingestão de alimentos e líquidos.
Momentos de confusão e/ou agitação.
Perfusão periférica diminuída, pele fria, cinzenta, extremidades cianóticas, queda de pressão arterial e pulso filiforme.
Respiração irregular e mandibular (respiração de Cheyne-Stokes), broncorreia, evoluindo para sorroca (ronco da morte), hiperextensão do pescoço.
Redução de volume urinário, incontinência e retenção urinária e fecal.
Incapacidade de fechar as pálpebras.

Fonte: KIRA, 2018; BRAGA *et al.*, 2017; HARMAN, 2020.

O tempo entre o aparecimento de sinais sugestivos de processo ativo de morte e a morte propriamente dita é variável e muito individual, sendo consenso na literatura de que a média esperada é de horas a dias (mais comumente entre 48 a 72 horas). No entanto, é importante reforçar que não é possível ser exato com esta estimativa e o tempo até a morte pode ir além (TAYLOR, 2011; HUI, 2014; BRAGA *et al.*, 2017; HARMAN, 2020).

Alguns estudos classificaram os sinais citados em precoces e tardios, buscando trazer mais especificidade para esta avaliação. Os sinais precoces caracterizam tempo de vida maior que 3 dias. Os sinais tardios caracterizam a presença de processos fisiológicos irreversíveis e tempo para o óbito menor que 3 dias, veja na tabela 2 (TAYLOR, 2011; HUI, 2014; HARMAN, 2020):

**Tabela 2:** Sinais precoces e tardios de últimas horas a dias de vida

Sinais de últimas horas a dias de vida	
Sinais precoces	Sinais tardios
Agravamento da performance (paciente mais fraco, sonolento e apático)	Respiração irregular e mandibular
Diminuição da ingestão de alimentos e líquidos	Broncorreia - ronco da morte
Diminuição do estado de consciência (momentos de confusão e/ou agitação)	Hiperextensão do pescoço
	Extremidades cianóticas
	Diminuição de volume urinário
	Incapacidade de fechar as pálpebras
	Pupilas não reativas à luz
	Resposta reduzida a estímulos verbais/visuais

Fonte: TAYLOR, 2011; HUI, 2014; HARMAN, 2020.

Os sinais precoces possuem menor especificidade, não prevendo a morte com confiança. Já os tardios, conseguem prever a morte iminente com especificidade aproximada de 90%. Porém a competência clínica de reconhecer o processo de morte é complexa e, apesar da presença de sinais tardios sugerir que a morte está próxima, a ausência deles não pode descartar a possibilidade de morte a curto prazo (HUI, 2014).

Todos os profissionais de saúde capacitados em conhecimentos básicos de cuidados paliativos podem identificar esses sinais com validação de profissional médico quanto ao diagnóstico de fase de processo ativo de morte.

## Manejo

Abaixo, o manejo nos diferentes aspectos que envolvem o processo ativo de morte.

### Apoio à família ao identificar sinais de últimas horas a dias de vida

A partir da identificação desta fase, orientações direcionadas à família (tabela 3) são de extrema importância para que a trajetória até o momento da morte transcorra sem amplificação de sofrimento, tanto para o paciente quanto para a família (HARMAN, 2020).

**Tabela 3:** Orientações a familiares e cuidadores no contexto de últimas horas a dias de vida.

Orientações para familiares e cuidadores no contexto de últimas horas a dias de vida
Preparar a família para a morte, explicando que sinais indicativos de que a morte está mais próxima estão presentes e que você, como profissional da APS, está ali, para apoiá-la.
Relembrar e repetir que os objetivos do cuidado nesta fase final de vida são diminuir o sofrimento e desconforto até a morte, a partir do controle impecável dos sintomas e oferta do suporte psicoemocional apropriado.
Relembrar as Diretivas Antecipadas de Vontade.
Reforçar as medidas de conforto e cuidados com a boca.
Ajustar a prescrição de medicamentos.
Orientar que é normal nesta fase o paciente comer menos ou até ficar em jejum.
Orientar medidas cuidadosas de posicionamento.
Encorajar a comunicação entre os familiares sobre o processo ativo de morte que está em curso.
Estimular o diálogo sobre espiritualidade e contexto cultural da morte.
Favorecer a expressão de sentimentos e/ou preocupações relacionadas ao momento.
Esclarecer sobre questões burocráticas e definir o local ideal para o óbito.

Fonte: HARMAN, 2020.

### Alimentação e hidratação nas últimas horas a dias de vida

Como já visto, o processo de morrer é caracterizado por ingestão oral reduzida, *déficits* progressivos de líquidos, acúmulo progressivo de medicamentos e metabólitos, consciência reduzida, o que diminui a percepção de sede e fome à medida que estas alterações progredem naturalmente em direção ao coma e à morte (DANIS, 2018; BRUERA, DEV, 2019).

Quando um paciente para de comer e beber ou quando a nutrição e hidratação artificiais são retiradas, a equipe deve estar atenta ao conforto do paciente e de seus familiares/cuidadores. Promover cuidados bucais, incluindo goles de água, quando desejado, permite que a família sinta que está fazendo algo pelo paciente e se envolva em seus cuidados (DANIS, 2018; BRUERA, DEV, 2019).

Monitorar dosagens de medicamentos, principalmente analgésicos, é importante, uma vez que a desidratação pode ser acompanhada de consciência reduzida e redução da excreção de medicamentos (DANIS, 2018; BRUERA, DEV, 2019).

Embora os médicos geralmente associem vários sinais e sintomas à desidratação e hipovolemia, por exemplo, hipernatremia, sede, anorexia, náusea e vômito, fadiga, irritabilidade, turgor cutâneo diminuído, hipotensão ortostática e tontura, eles podem não ser altamente específicos em pacientes em últimos dias de vida. Vários estudos demonstram que a hidratação de rotina geralmente não melhora os resultados para pacientes próximos ao fim da vida (DANIS, 2018; BRUERA, DEV, 2019).

Não há evidências que sustentem a indicação de hidratação visando melhora dos seguintes sintomas: sede, boca seca, fadiga, mioclonias, *delirium*, alucinações e sedação. Também não houve diferença significativa na

sobrevida global dos pacientes terminais com a oferta de hidratação com objetivo de melhorar estes sintomas (DANIS, 2018; BRUERA, DEV, 2019).

Logo, a reidratação não está indicada nos últimos dias de vida, tendo em vista a ausência de benefícios sintomáticos associados a ela. Por outro lado, reidratação em pacientes com doença terminal avançada pode ocasionar (DANIS, 2018; BRUERA, DEV, 2019):

- Vômitos e/ou diarreia, devido ao aumento de fluídos gastrointestinais.
- Angústia respiratória, incluindo sensação de asfixia e afogamento, devido ao aumento de secreção pulmonar e vias aéreas.
- Início ou agravamento do edema periférico.
- Aumento da produção de urina, ocasionando mobilização frequente ou até mesmo necessidade de cateterismo vesical.

#### Revisão das medicações em uso

Nesse momento, a lista de medicamentos deve ser restrita à mínima possível e uma via de administração opcional deve ser instituída, caso a via oral se torne inviável.

Deve-se suspender medicações não essenciais como: anti-hipertensivos, antidepressivos, laxativos, anticoagulantes, antibióticos, ferro, vitaminas.

Considerar suspender esteroides, hormônios, hipoglicemiantes, insulina, diuréticos e antiarrítmicos, dependendo do caso, sempre refletindo sobre o objetivo que justifica que sejam mantidos até o momento da morte – garantir conforto em relação ao potencial de desconforto do sintoma (KIRA, 2018).

#### **Abordagem de sintomas nas últimas horas a dias de vida**

Os sintomas mais comuns a serem paliados nas últimas horas de vida são: dor, dispneia, *delirium*, aumento de secreção nas vias aéreas (broncorreia ou sororoça), mioclonias e convulsões. Existem algumas particularidades quanto ao manejo de sintomas das últimas horas de vida descritas a seguir para cada um deles (tabela 4 e tabela 5):

**Tabela 4:** Manejo não farmacológico das últimas horas de vida.

<b>Manejo não farmacológico</b>	
<b>Dor</b>	Presença acolhedora de familiares; Suporte psicoemocional; Posicionamento no leito; Adequação do ambiente
<b>Dispneia</b>	Reposicionamento no leito; Decúbito elevado; Abrir janelas; Favorecer vento no rosto
<b>Delirium</b>	Suporte psicoemocional; Presença familiar; Presença de relógio, calendário; Adequação do ambiente
<b>Broncorreia (Sororoça)</b>	Reposicionamento no leito; Manter estado de hipo-hidratação; Suspender dieta via Sonda Nasoenteral (SNE) ou Gastrostomia (GTT); Explicar o significado do ruído
<b>Mioclonias</b>	Explicar o significado e suas causas; Rever medicações e doses de opioides
<b>Convulsão</b>	Explicar o significado e suas causas

Fonte: HARMAN, 2020; KIRA, 2018.

Tabela 5: Manejo farmacológico das últimas horas de vida.

Manejo farmacológico			
Sintoma	Medicação	Via de administração	Doses
Dor	Morfina (Após ajuste dos analgésicos vigentes)	VO/VR	5mg (cp 10mg) 4/4 horas 16 gotas (sol 10mg/ml) 4/4 horas
		SC	2mg (ampola 10mg/ml) 4/4 horas
Dispneia	Morfina	VO, VR	2,5 a 5mg 4/4 horas
		SC	2mg 4/4 horas
Dispneia de difícil controle	Diazepam	VO, VR	2,5-5mg/dia
	Midazolam	VO, VR	5-10mg/dia
Linfangite ou compressão tumoral	Dexametasona	VO, SC	4 a 16mg/dia
Delirium	Haloperidol	VO	5 a 10mg a cada 8 horas
		SC	1mg 8/8 horas
	Clorpromazina	VO, SC, SL	12,5 a 25mg a cada 8 horas
	Diazepam	VO, VR	2,5-5mg/dia
	Midazolam	VO, VR	15mg à noite
Broncorreia (Sororoca)	Escopolamina*	VO	20 a 40 gotas de 6/6 horas
		SC	20mg de 6/6 horas
Mioclonias	Midazolam	SC, VR	5 a 10mg a cada hora, até cessar
	Diazepam	VO, VR	10 a 20mg a cada hora
Convulsão	Midazolam	SC, VR	5 a 10mg
	Fenobarbital	SC, VR	100mg
Se tumor de SNC	Dexametasona	SC	4-16mg/dia

\* Medicamento não incluído na RENAME 2020

Fonte: KIRA, 2018; HARMAN, 2020.

VO: Via Oral; VR: Via Retal; SC: Via Subcutânea; SL: Via Sublingual; SNC: Sistema Nervoso Central

### Falecimento no domicílio e Declaração de Óbito

Quando a equipe prevê a proximidade da morte de um paciente e há o desejo de que o falecimento ocorra em casa (além de haver condições clínicas e de suporte familiar para tal), é preciso planejamento. Nestes casos, é importante deixar com o familiar/cuidador um relatório atualizado sobre as condições de saúde do paciente, contendo linhas gerais do plano de cuidados, hipóteses diagnósticas e Diretivas Antecipadas da Vontade existentes. Além disso, a equipe precisa orientar a família antecipadamente sobre como proceder para garantir o acesso a Declaração de Óbito (DO), de acordo com a realidade do território.

A DO é um documento fornecido pelas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e deve ser preenchida, preferencialmente, pelo médico assistente que acompanhou o processo de adoecimento. Pode ser preenchida por um médico substituto, contanto que esse tenha acesso às informações necessárias (prontuário e/ou relatório médico detalhado). A DO pode também ser preenchida pelo médico legista, caso o corpo seja encaminhado ao Serviço de Verificação de Óbito ou Instituto Médico Legal. Com as 3 vias deste documento preenchidas, a família poderá dar andamento aos trâmites funerários. A via rosa fica no serviço de saúde responsável pelo preenchimento da DO, a via amarela deve ser levada pelo familiar ao cartório para a emissão da certidão de óbito e a via branca fica com o serviço funerário. (BRASIL, 2013)

É importante conversar com paciente e familiares previamente sobre as preferências relacionadas ao funeral, pois, caso o usuário tenha o desejo de ser cremado, é preciso estar preparado para a necessidade de assinatura de dois médicos na DO. (BRASIL, 2013)

Observação: A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, dispõe sobre a gratuidade dos custos com o funeral para as famílias cuja renda mensal per capita seja inferior a um quarto do salário mínimo.

## Referências

BRAGA, B.; RODRIGUES, J.; ALVES, M.; NETO, I. G. **Practical guide: approach to the period called agony**. Medicina Interna, Vol.24, n.1, Jan/Mar 2017. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0872-671X2017000100015](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-671X2017000100015).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de atenção básica. cadernos de atenção básica n. 34: saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. **Anexo XXII da Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html).

BRUERA, E.; DEV, R. **Overview of managing common non-pain symptoms in palliative care**. UpToDate. Waltham, Mass.: UpToDate, 2019.

DANIS, M. **Stopping nutrition and hydration at the end of life**. UpToDate. Waltham, Mass.: UpToDate, 2018.

HARMAN, S. M.; BAILEY, F. A.; WALLING, A. M. **Palliative care: the last hours and days of life**. UpToDate. Waltham, Mass.: UpToDate, 2020.

HIGGINSON, I. J.; DAVESON, B. A.; MORRISON, R. *et al.* **Social and clinical determinants of preferences and their achievement at the end of life: prospective cohort study of older adults receiving palliative care in three countries**. BMC Geriatr 17, 271 (2017). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0648-4>.

HUI, D.; SANTOS, R. D.; CHI, Sholm G.; BANSAL, S.; SILVA, T. B.; KILGORE, K. *et al.* **Clinical signs of impending death in cancer patients. oncologist**. 2014;19:81–7.



KIRA, Celia Maria. **Assistência às últimas horas de vida**. In: **Manual da residência de cuidados paliativos: abordagem multidisciplinar**. 1. Ed. São Paulo: Manole, 2018.

MENDES, E. V. *et al.* **A construção social da atenção primária à saúde**. 2. ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude-2a-edicao/>.

MEIER, Emily A. *et al.* **Defining a good death (successful dying): literature review and a call for research and public dialogue**. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* vol. 24,4 (2016): 261-71. DOI:10.1016/j.jagp.2016.01.135.

MUNDAY, D.; PETROVA, M.; DALE, J. **Exploring preferences for place of death with terminally ill patients: qualitative study of experiences of general practitioners and community nurses in England**. *British Medical Journal*, 2009, vol 339, pp 214–218.

SOCIAL CARE INSTITUTE FOR EXCELLENCE (SCIE). **Dying well at home: the case for integrated working, 2013**. Dying a good death. Disponível em: <https://www.scie.org.uk/publications/guides/guide48/dyingagooddeath.asp>.

STEINHAUSER, K. E.; TULSKY, J. A. **Defining a 'good' death**. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 5 ed. 2015 Disponível em: <https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780199656097.001.0001/med-9780199656097-chapter-8>. Acesso em: 01 abr. 2020. DOI: 10.1093/med/9780199656097.003.0008.

TAYLOR PM, Johnson M. Recognizing dying in terminal illness. *Br J Hosp Med*. 2011; 72:446-50.