

LINHA DE CUIDADOS PALIATIVOS DO HC-UFMG – EQUIPE DE CUIDADOS PALIATIVOS ADULTO DO HC-UFMG

NÚCLEO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA DO HC-UFMG

RECOMENDAÇÕES DOS SERVIÇOS DE GERIATRIA E CUIDADOS PALIATIVOS DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG PARA MANEJO (ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO) DO IDOSO E ADULTO COM COMORBIDADE GRAVE COM INFECÇÃO PELO CORONAVÍRUS

Equipe responsável:

Cuidado Paliativo: Fabiano Moraes Pereira; Camila Oliveira Alcântara; Tatiana de Carvalho Espíndola Pinheiro

Geriatria e Gerontologia: Profa. Maria Aparecida Camargos Bicalho, Prof. Edgar Nunes de Moraes.

Belo Horizonte, 01 de abril de 2020.

Indivíduos de todas as faixas etárias são susceptíveis à doença pelo novo coronavírus (COVID-19). Entretanto, idosos e portadores de doenças crônicas, como *diabetes mellitus*, hipertensão arterial, doenças pulmonares crônicas, câncer e doença renal crônica, apresentam maior probabilidade para desenvolverem formas graves da doença e necessitarem de hospitalização e cuidados críticos. Adultos de meia idade e idosos apresentam maior predisposição para evoluírem com a Síndrome Respiratória Aguda Grave pelo coronavírus 2 (SRAG-CoV-2) (WHO, 2020). A idade avançada também se associa com aumento da mortalidade. Nos Estados Unidos, 80% dos óbitos decorrentes da epidemia são registrados em idosos (CDC, 2020). Na Itália tem sido observadas taxas de letalidade de 12% entre pacientes de 70 a 79 anos e de 20% entre os idosos de 80 anos ou mais (Onder e cols., 2020). Na China foram registradas taxas de letalidade de 8 e 15% entre pacientes de 70 a 79 anos e 80 anos ou mais, respectivamente.

A população idosa é extremamente heterogênea com relação às condições de saúde. Tanto a idade cronológica, de maneira isolada, quanto presença de doenças não são considerados bons preditores de saúde nesta população. Por outro lado, a vitalidade, medida da reserva homeostática do idoso e da capacidade de reagir aos agressores, como por exemplo a infecção pelo coronavírus, é um importante marcador de saúde do idoso. De maneira oposta, a fragilidade relaciona-se com o comprometimento da reserva homeostática e se associa com maior vulnerabilidade do organismo. A fragilidade é intrinsecamente ligada ao comprometimento da capacidade funcional. Desta forma, o comprometimento funcional é o principal marcador de fragilidade em idosos e é capaz de prever o risco de evolução desfavorável.

Um raciocínio análogo pode ser feito para os adultos acometidos de doenças crônicas, que em diferentes fases da doença estarão com maior ou menor reserva homeostática.

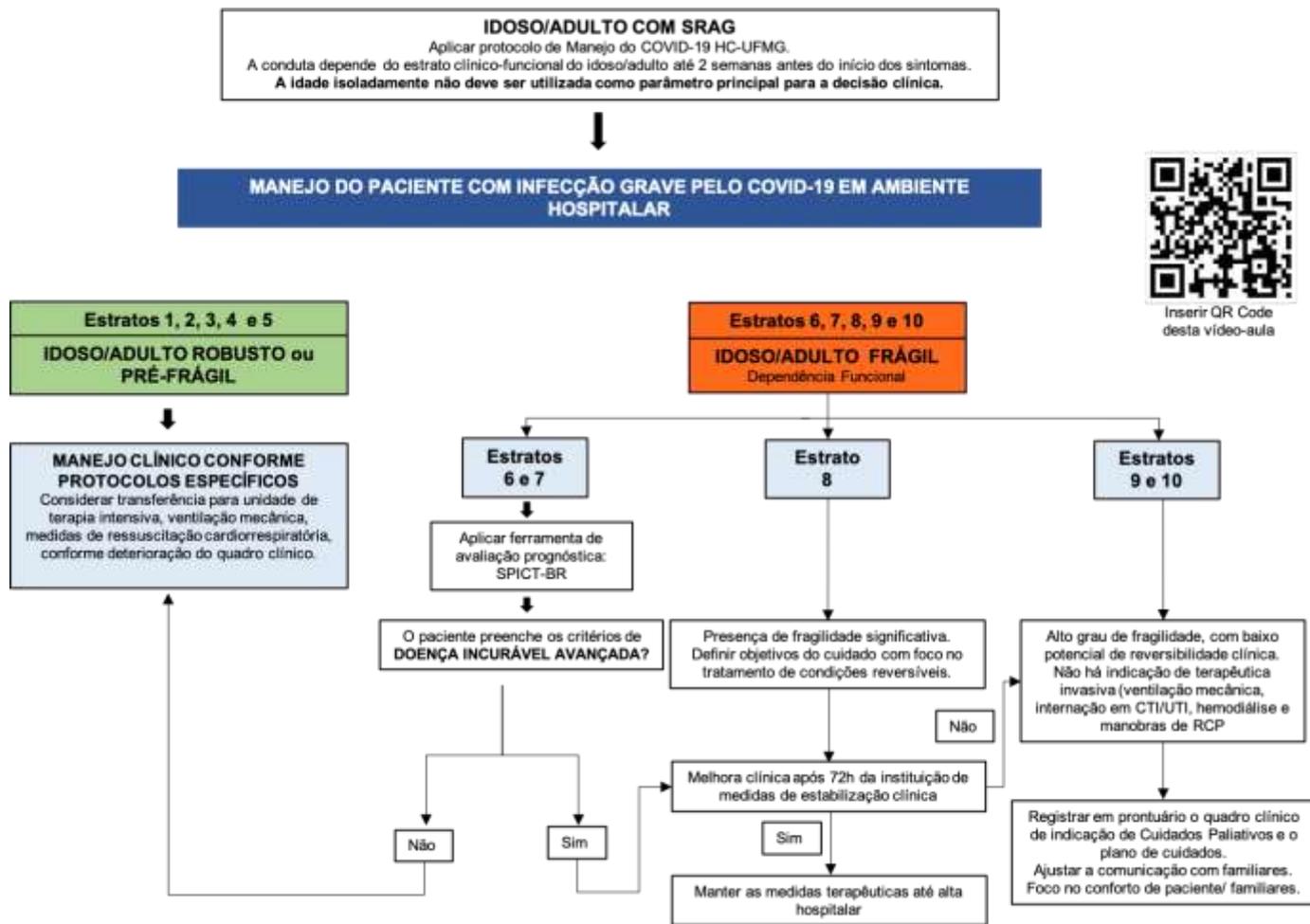
No contexto da atual pandemia de COVID-19, em especial na presença de SRAG, é importante identificar os indivíduos frágeis, que possuem risco aumentado de evolução desfavorável. Comprovadamente, estes pacientes não se beneficiam de intervenção invasiva, cuidados intensivos, intubação orotraqueal e ventilação mecânica. Pelo contrário, devem ser submetidos ao tratamento sintomático, com ênfase no conforto do paciente e de seus familiares, baseado em um Plano Avançado de Cuidados. Por outro lado, é fundamental identificar pacientes idosos robustos e aqueles com certo grau de fragilidade, mas que ainda possuem vitalidade suficiente e se beneficiam das medidas invasivas.

A identificação da fragilidade é essencial para definição do manejo dessa população. A melhor forma de se avaliar a vitalidade/fragilidade é por meio da avaliação da capacidade funcional previamente à infecção. A dependência funcional é o elemento que define a fragilidade. Também é importante avaliar outros marcadores de fragilidade, como sarcopenia (redução da massa e da força muscular, presença de queixas cognitivas significativas no idoso e presença de comorbidades múltiplas). Para classificar o risco do paciente e estabelecer a definição terapêutica no contexto da pandemia pelo coronavírus adotamos um modelo semelhante ao proposto pelo *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), conforme descrito na Figura 1. O NICE sugere o uso do *Clinical Frailty Scale* (CFS) com o objetivo de identificar e classificar o idoso frágil. O objetivo da estratificação do indivíduo de acordo com o grau de vitalidade/fragilidade é identificar pacientes de risco aumentado para desfecho desfavorável, que não se beneficiariam de intervenções invasivas e para os quais o tratamento com ênfase em conforto deve ser priorizado.

O Serviço de Geriatria e Gerontologia do HC-UFMG propõe a aplicação da “Estratificação de risco clínico-funcional do idoso” (Figura 2), instrumento já amplamente difundido no Serviço e que se assemelha ao CFS proposto pelo NICE. Esta ferramenta, assim como o CFS, classifica o idoso de acordo com seu estado clínico-funcional duas semanas antes da admissão no serviço de saúde e não no momento da admissão, em estratos de 1 a 10. Baseado neste instrumento e na avaliação de comorbidades é possível identificar os idosos que apresentam maior probabilidade de resposta às intervenções invasivas. Como qualquer outro instrumento, a “Estratificação de risco clínico-funcional do idoso” não é uma ferramenta perfeita e não deve ser utilizada isoladamente para tomada de decisão clínica. Ela estabelece a probabilidade de evolução dentro do grupo ao qual o indivíduo está incluído (estratos 1 ao 10). Entretanto, a decisão clínica deve ser direcionada para a avaliação individual e global do paciente, tendo como base os princípios da decisão clínica compartilhada. Deve-se considerar a presença de comorbidades e as condições de saúde subjacentes em todos os pacientes. A taxa de mortalidade intra-hospitalar eleva-se à medida que aumenta a dependência funcional, variando de 2% no idoso robusto até 31% no idoso com dependência completa.

Essas ferramentas não estão validadas para uso no adulto não idoso. Contudo, entendemos que o adulto com doença crônica grave se comporta como o idoso frágil. Desta forma, neste momento de crise, utilizaremos a mesma ferramenta desenvolvida para o idoso para os adultos com fragilização por doença crônica grave.

FIGURA 1: FLUXOGRAMA DE ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO IDOSO/ADULTO COM DOENÇA DOENÇA GRAVE COM SUSPEITA DE INFECÇÃO PELO CORONAVÍRUS



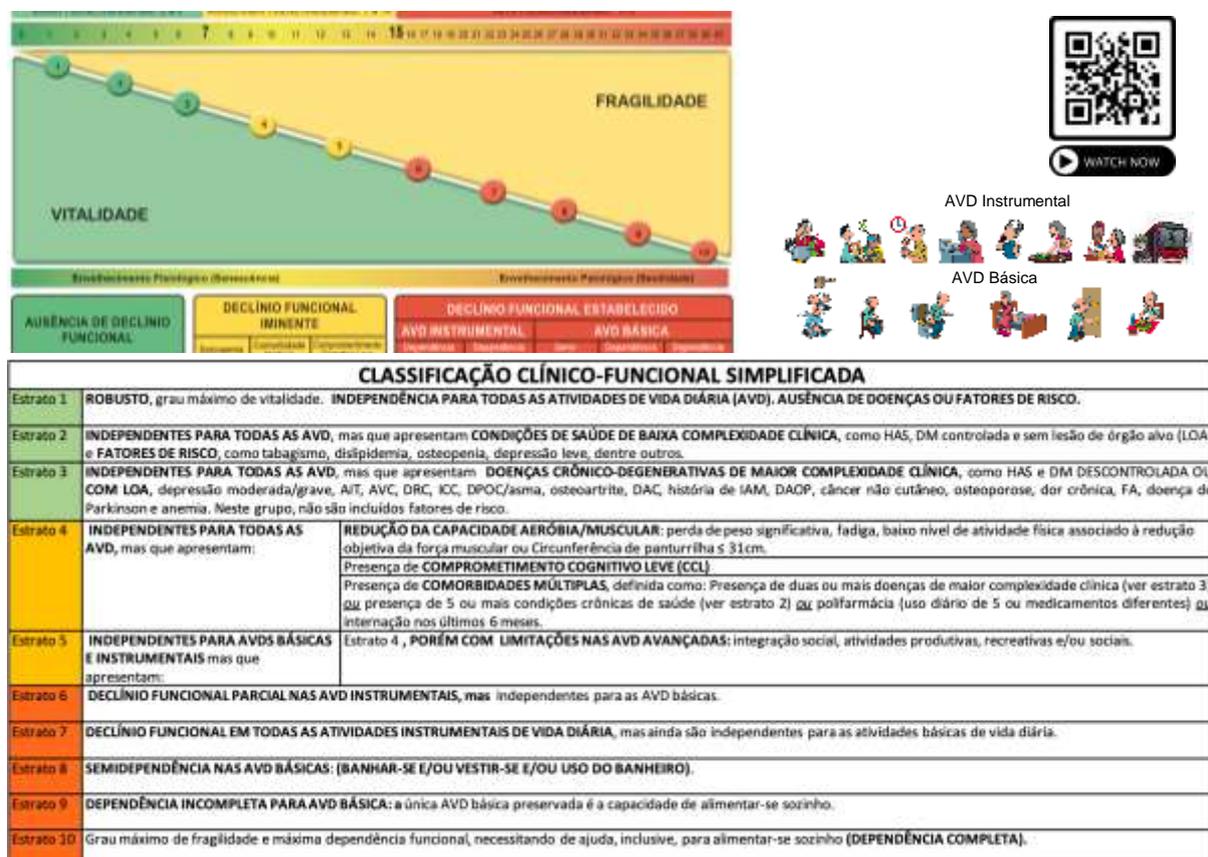
Inicialmente, pergunte se o paciente tem dependência para Atividades de vida diária (AVD) instrumentais: () Sai de casa sozinho? () Faz compras? () Controla seu dinheiro, faz pagamentos? () Precisa de ajuda para separar os remédios? () Faz trabalhos domésticos (cozinhar, arrumar a casa)? Caso o paciente precise de ajuda para essas atividades, considerar dependência para AVDs instrumentais (estratos 6 e 7). Neste caso, aplicar avaliar se o **paciente possui indicadores de doença avançada ou incurável por meio do SPICT-BR:** SPICT considerado positivo (2 ou mais indicadores gerais de declínio E uma ou mais condições progressivas): tratar intercorrências reversíveis. **Se dependência completa para AVDs instrumentais, pergunte ao acompanhante se o paciente:** () Toma banho/ veste-se/ vai ao banheiro sozinho? () O paciente vai do quarto para a sala sozinho? () Come sozinho? Caso o paciente necessite de ajuda para banho, vestir-se e/ou usar banheiro, considerar dependente parcial para AVDs básicas (estrato 8): tratar intercorrências reversíveis. Sem medidas invasivas. Estrato 9 (única AVD preservada é comer sozinho) e 10 (dependência completa): alto grau de fragilidade, baixo potencial de reversibilidade clínica. Sem medidas invasivas.

Com base na funcionalidade do indivíduo, ele pode ser classificado como robusto (estratos 1 ao 3), sob risco de fragilização (estratos 4 e 5) e frágil (estratos 6 a 10). Indivíduos classificados de 1 ao 5, considerados como robustos (1 ao 3) ou pré-frágeis (4 e 5), devem se beneficiar de terapêuticas invasivas estabelecidas para o tratamento dos pacientes adultos jovens (de acordo com o protocolo proposto pelo HC-UFMG). Indivíduos classificados como estratos 9 e 10 são altamente dependentes e não possuem indicação para abordagem invasiva. Devem ser abordados por meio de tratamento sintomático com ênfase em conforto para o paciente e a família, preferencialmente em domicílio (se possível), após discussão da estratégia terapêutica com a família. Pacientes classificados como estrato 8, semi dependentes para atividades de vida diária (AVD) básica (que perderam em uma atividade de vida diária básica, como tomar banho sozinho, por exemplo) devem ser abordados com tratamento dos sintomas e realizar tratamento das condições reversíveis, sem abordagem invasiva. Indivíduos classificados como estratos 6 e 7 (independentes para AVD básicas) devem ser avaliados por meio do *Supportive and Palliative Care Indicators Tool-Brazil* (SPICT-BR) (Figura 3), com foco na identificação de doença avançada incurável para auxiliar na tomada de

decisão quanto à abordagem invasiva. O SPICT™ é uma ferramenta que combina indicadores de condições clínicas avançadas e indicadores gerais de deterioração da saúde com o objetivo de identificar pacientes em risco de deterioração e morte. Pacientes portadores de doença avançada incurável (indicador clínico de uma ou mais condições avançadas) associado com outros indicadores gerais de piora da saúde serão abordados de forma não invasiva (Figura 4). Resumidamente, consideram-se dois grupos de pacientes:

- A avaliação sugere que o paciente seja menos frágil (por exemplo, estrato clínico funcional menor que 6). Estes provavelmente irão se beneficiar do suporte invasivo.
- A avaliação sugere que o paciente seja mais frágil (por exemplo, estrato clínico funcional maior ou igual a 6), existe incerteza quanto ao benefício do suporte invasivo. Leve em consideração o impacto das comorbidades e a gravidade da infecção COVID-19 quanto à probabilidade do tratamento intensivo alcançar desfecho favorável. Neste contexto, a opinião da equipe de terapia intensiva pode contribuir para tomada de decisão. Também é importante discutir com os familiares a intenção dos raros pacientes que possuem Diretivas Antecipadas de Vontade estabelecidas.

FIGURA 2: ESTRATIFICAÇÃO CLÍNICO FUNCIONAL DO IDOSO



Observação: para estratificação, considerar a melhor funcionalidade do paciente. Exemplo: para ser considerado estrato 8, o paciente deve apresentar dependência completa para AVD instrumentais além da dependência parcial para AVD básicas.

Diante do exposto, é possível estabelecer a proporcionalidade terapêutica, definindo a abordagem do tratamento baseado na estratificação clínica e funcional do paciente. A conduta baseada na idade cronológica do paciente é absolutamente inadequada, bem como a presença de uma comorbidade. Recomenda-se o envolvimento da equipe de terapia intensiva nas discussões sobre admissão em CTI. Os Serviços de Geriatria e Gerontologia e Cuidados Paliativos encontram-se disponíveis para discutir os casos de difícil julgamento.

Por fim, é importante lembrar que o idoso além dos sinais e sintomas de gravidade clássicos, como febre persistente, dispneia, astenia importante e hipotensão, também pode apresentar delirium e piora rápida do estado geral.

A seguir serão apresentadas as recomendações para o Tratamento em Cuidados Paliativos dos pacientes idosos e adultos com doenças crônicas graves admitidos no HC-UFMG com quadro de infecção grave COVID19.

FIGURA 3: Supportive and Palliative Care Indicators Tool-Brazil (SPICT-BR)



Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT-BR™)



O SPICT é um guia para identificação de pessoas sob o risco de deterioração e morrendo. Avaliar esse grupo de pessoas para necessidade de suporte e cuidado paliativos.

Procure por indicadores gerais de piora da saúde.

- Internações hospitalares não programadas.
- Capacidade funcional ruim ou em declínio com limitada reversibilidade. (a pessoa passa na cama ou cadeira mais de 50% do dia).
- Dependente de outros para cuidados pessoais devido a problemas físicos e/ou de saúde mental. É necessário maior suporte para o cuidador.
- Perda de peso significativa nos últimos 3-6 meses e/ ou um baixo índice de massa corporal.
- Sintomas persistentes apesar do tratamento otimizado das condições de base.
- A pessoa ou sua família solicita cuidados paliativos, interrupção ou limitação do tratamento ou um foco na qualidade de vida.

Procure por quaisquer indicadores clínicos de uma ou mais das condições avançadas.

Câncer	Doença cardiovascular	Doença renal
Capacidade funcional em declínio devido a progressão do câncer.	Classe funcional III/IV de NYHA- insuficiência cardíaca ou doença coronariana extensa e intratável com:	Estágios 4 e 5 de doença renal crônica (TFG < 30ml/mi) com piora clínica.
Estado físico muito debilitado para tratamento do câncer ou tratamento para controle dos sintomas.	<ul style="list-style-type: none"> • falta de ar ou dor precordial em repouso ou aos mínimos esforços. 	Insuficiência renal complicando outras condições limitantes ou tratamentos.
Demencia/ fragilidade	Doença vascular periférica grave e inoperável.	Decisão de suspender a diálise devido à piora clínica ou intolerância ao tratamento.
Incapaz de vestir-se, caminhar ou comer sem ajuda.	Doença respiratória	Doença hepática
Redução da ingestão de alimentos e líquidos e dificuldades na deglutição.	Doença respiratória crônica grave com:	Cirrose avançada com uma ou mais complicações no último ano:
Incontinência urinária e fecal.	<ul style="list-style-type: none"> • falta de ar em repouso ou aos mínimos esforços entre as exacerbações. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ascite resistente a diuréticos • Encefalopatia hepática • Síndrome hepatorenal • Peritonite bacteriana • Sangramentos recorrentes de varizes esofágicas
Incapaz de manter contato verbal; pouca interação social.	Necessidade de oxigênio terapia por longo prazo.	Transplante hepático é contraindicado.
Fratura de fêmur, múltiplas quedas.	Já precisou de ventilação para insuficiência respiratória ou ventilação é contraindicada.	
Episódios frequentes de febre ou infecções; pneumonia aspirativa.		
Doença neurológica		
Deterioração progressiva da capacidade física e/ou da função cognitiva mesmo com terapia otimizada.		
Problemas da fala com dificuldade progressiva de comunicação e/ou deglutição.		
Pneumonia aspirativa recorrente; falta de ar ou insuficiência respiratória.		

Revisar o cuidado atual e planejar o cuidado para o futuro.

- Reavaliar o tratamento atual e medicação para que o paciente receba o cuidado otimizado.
- Considere o encaminhamento para avaliação de um especialista se os sintomas ou necessidades forem complexos e difíceis de manejar.
- Acordar sobre objetivos do cuidado atual e futuro e planejar o cuidado com a pessoa e sua família.
- Planejar com antecedência caso a pessoa esteja em risco de perda cognitiva.
- Registre em prontuário, comunique e coordene o plano geral de cuidados.

FIGURA 4: FLUXO DE APLICAÇÃO DO SPICT-BR



REFERÊNCIAS BIBLIGRÁFICAS:

WHO. Coronavirus Disease (COVID-19) pandemic. Disponível em: <https://www.who.int/>

G Onder, G. Rezza, S. Brusaferro. 2020. Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy. JAMA. Published online March 23, 2020. doi:10.1001/jama.2020.4683.

Centers for Disease Control and Prevention. Severe outcomes among patients with coronavirus Disease 2019 (COVID-19) — United States, February 12–March 16, 2020. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6912e2>.

NICE. Identification of frailty in over 65year olds in an urgent care setting. Disponível em: <https://www.criticalcarenice.org.uk/frailty>

NICE. COVID-19 rapid guideline: critical care in adults. NICE guideline [NG159] Published date: March 2020 Last updated: March 2020. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng159/chapter/1-Admission-to-hospital>.

Nunes de Moraes E, Lanna F, Santos RR, Bicalho MAC, Machado CJ, Romero DE. A new proposal for the clinical-functional categorization of the elderly: visual scale of frailty (VS-FRAILTY). J Aging Res Clin Practice 2016; doi.org/10.14283/jarcp.2016.84

Boyd K, Murray SA. Recognising and managing key transitions in end of life care. BMJ 2010;341:c4863

Validation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool in a Geriatric Population. De Bock R, Van Den Noortgate N, Piers R. J Palliat Med. 2018 Feb;21(2):220-224. doi: 10.1089/jpm.2017.0205.

MANEJO DE SINTOMAS DE PACIENTES ADULTOS E IDOSOS EM CUIDADOS PALIATIVOS POR SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE E SUPORTE À FAMÍLIA.

SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA NA SAÚDE PANDEMIA COVID-19 – MARÇO E ABRIL DE 2020.

Os pacientes adultos e idosos que apresentarem síndrome respiratória aguda grave devem ter os sintomas adequadamente tratados independentemente do local onde estiverem, CTI ou enfermaria.

Dentre os pacientes que contraírem COVID-19, 15% necessitará de internação e 5% necessitará de terapia intensiva, ou seja, 20% dos casos necessitarão de leito hospitalar.

Uma parcela significativa dos pacientes evoluirá para o óbito, a maior parte deles são idosos e pacientes com doença crônica prévia. Contudo, pacientes previamente hígidos também podem ter desfecho desfavorável e, assim, todos que necessitarem de internação estarão sob risco de morte. Desta forma, todos os pacientes e seus familiares devem receber adequado controle de sintomas e suporte neste frágil momento de vida.

Com objetivo de prover esses cuidados, a Equipe de Cuidados Paliativos Adulto do Hospital das Clínicas da UFMG e o Núcleo de Geriatria e Gerontologia do Hospital das Clínicas da UFMG apresentam roteiros simplificados para controle dos principais sintomas apresentados pelos pacientes.

A síndrome respiratória aguda grave (SRAG) normalmente é precedida de sintomas moderados, quando uma abordagem gentil e empática deve ser feita com objetivo de identificação dos desejos dos pacientes e dos familiares e de permitir ao paciente e familiares participarem das metas do tratamento.

Essa forma grave da evolução do COVID-19, a SRAG, tem como sintomas mais frequentes: dispneia, tosse, delírium e febre.

O objetivo deste material é o controle de sintomas decorrentes da infecção pelo coronavírus. O controle de sintomas e o tratamento otimizado das comorbidades dos pacientes não deve ser negligenciado. Contemplamos também o manejo dos pacientes que estão em processo ativo de morte e a sedação paliativa.

ROTEIRO 1 – DISPNEIA

DISPNEIA
Medidas não farmacológicas
<p>Posição no leito:</p> <ul style="list-style-type: none"> Respeitar o desejo do paciente. Oferecer para pacientes fora da terapia intensiva a cabeceira elevada ou até mesmo assentado. Por outro lado, cabeceira até a 30° pode reduzir a pressão hidrostática de forma a propiciar circulação em capilares alveolares no ápice dos pulmões em todo o ciclo cardíaco. Manter pernas descruzadas. Deixar ombros livres. Cabeça perpendicular ao pescoço ou levemente fletida, em especial para pacientes com rebaixamento do nível de consciência e com ronco terminal. Evitar travesseiro no ombro, hiperestendendo o pescoço. Não realizar contenção mecânica. <p>Panos ou compressas embebidas em água fria na face podem ser aplicados pela enfermagem após manipulação para estimular o nervo trigêmeo – substitui o ventilador.</p> <p>Comunicação efetiva com paciente e família sobre desejos, objetivos do tratamento e possibilidades de desfechos.</p> <p>Comunicação sobre a possibilidade de óbito e as regras atuais de manejo do corpo.</p>
Tratamento Farmacológico
<p>Oxigenoterapia</p> <ul style="list-style-type: none"> Objetivo: melhora da sensação de dispneia e de SatO₂ > 90%. Não há indicação de O₂ sem hipoxemia. Preferir cateter nasal. Atenção à possibilidade de formação de aerossóis com o uso de máscaras. <p>Morfina</p> <ul style="list-style-type: none"> Usar via venosa preferencialmente. Dose inicial para pacientes virgens de opioide: 2 mg EV/SC ou 5 mg VO de 4/4 horas para pacientes com função renal preservada. Pacientes já em uso de opioide, progredir a dose atual. Na insuficiência respiratória franca, reavaliar em 15 min e fazer novo bolus se necessário, podendo repetir ainda uma 3ª vez após nova avaliação em 15 min. Progressão de 1 mg EV/SC até 5 mg EV/SC ou 2,5 mg até 15 mg VO de 4/4 horas. Benefício em doses maiores é controverso. A morfina não deve ser usada para sedação. 5 mg da solução oral de morfina equivale a 16 gotas. Opção de morfina em BIC: Diluir 5 amp de 10 mg/mL em 500 mL de SF (solução final de 0,1 mg/mL) e iniciar a 5 mL/h. Outra opção de diluição para pacientes com restrição hídrica é 5 amp de 10 mg/mL em 95 mL de SF (solução final de 0,5 mg/mL) e iniciar a 1 mL/h (neste caso verificar a precisão de infusão da bomba). Prescrever doses de resgate de 2 mg se necessário (evitar ACM – a critério médico). Pacientes com função renal abaixo de 15 ml/min/1,73 m²: aumentar o intervalo das doses ou substituir por Fentanil ou Metadona em doses equivalentes. <p>Midazolam ou Lorazepam em caso de ansiedade como componente de agravo da dispneia ou por intolerância ao opioide.</p> <ul style="list-style-type: none"> Midazolam em BIC 0,5 mg/h. Diluir 1 amp de 50 mg/10 mL em 490 mL de SF 0,9%, resultando em uma solução 0,1 mg/mL. Lorazepam 1 mg à noite, podendo progredir até atingir a melhora da ansiedade. Limitado por termos disponível apenas oral. Clonazepam 2,5 mg/mL 5 gotas, podendo progredir até atingir a melhora da ansiedade. <p>Corticoides têm contra-indicação relativa, contudo pacientes com evolução para terminalidade poderão se beneficiar do corticoide para controle de sintomas. O corticoide deve ser mantido para pacientes usuários crônicos.</p> <p>Antibióticos, de acordo com a avaliação clínica, poderão auxiliar no controle de broncorreia induzida por infecção secundária. Preferir azitromicina.</p> <p>Sedação paliativa para pacientes com dispneia refratária - considerar discussão com Cuidado Paliativo.</p>

ROTEIRO 2 – TOSSE E CONTROLE DE SECREÇÃO

TOSSE E CONTROLE DE SECREÇÃO	
Medidas não farmacológicas	
<p>Na síndrome gripal ocasionada pelo COVID-19 o principal mecanismo será por irritação do parênquima pulmonar e das vias aéreas e em menor frequência a irritação pleural. Nesse tipo de estímulo a principal via ascendente será via fibras rápidas e fibras tipo C - à semelhança da dor.</p> <p>Medidas não farmacológicas para controle da tosse são pouco eficazes e as principais medidas adotadas serão para reduzir a disseminação do vírus. Desta forma:</p> <p>O paciente deverá ser mantido com máscara sempre que possível.</p> <p>A secreção oriunda da tosse deverá ser aparada com papel e logo ser descartado em saco plástico branco – material infectante.</p> <p>Pacientes com rebaixamento do nível de consciência e tosse produtiva devem ter a cavidade oral higienizada com gaze e essa ser descartada em saco plástico branco – material infectante.</p> <p>Pacientes com rebaixamento do nível de consciência e secretivos devem ser posicionados de forma a facilitar a drenagem da secreção – cabeceira elevada, decúbito lateral, cabeça levemente fletida.</p> <p>A pele do paciente com secreção abundante deve ser protegida com creme de barreira – óxido de zinco. O creme pode ser removido com óleo mineral e este com água e sabão.</p> <p>Hidratação parcimoniosa para reduzir a produção de secreção.</p> <p>Limitar a hidratação a 1000 mL no dia.</p>	
Tratamento Farmacológico	
<p>Controle de secreção</p> <p>Na COVID-19 estão contraindicados procedimentos que geram aerossóis como micronebulizações. A aspiração nasofaríngea, orofaríngea e traqueal também gera aerossóis e devem ser evitadas; quando imprescindíveis, devem seguir as regras de controle de transmissão por aerossóis.</p> <p>Antitussígenos de ação central.</p> <p>Codeína - 15 mg 6/6 horas.</p> <p>Morfina 2,5 a 5 mg de 4/4 h - para pacientes em tratamento de dispneia ou dor a morfina deve ser preferida.</p> <p>Antitussígenos de ação periférica reduzem a sensibilidade das fibras C:</p> <p>Dropropizina, 30 mg quatro vezes ao dia (apresentação 3 mg/mL),</p> <p>Levodropropizina, 60 mg três vezes ao dia (apresentação 6 mg/mL).</p> <p>Anticonvulsivantes - medicamentos auxiliares.</p> <p>Gabapentina deve ser iniciada com 300 mg à noite, com progressões a cada 3 dias se necessário.</p> <p>Baclofeno 10 mg ½ comp 12/12 h.</p> <p>Medicamentos para redução de secreção (anti-colinérgicos), a saber:</p> <p>Hioscina (n-butil-escopolamina) 20 mg via oral ou EV de 6/6 horas (até 120 mg/dia).</p> <p>Atropina 0,5% tem indicação apenas para pacientes que necessitam reduzir a produção de saliva. Não tem benefício na broncorreia. Pingar 2 gotas sublingual até de 8/8 horas.</p> <p>Mucolíticos – não utilizar com medicamentos para redução da secreção, por ter efeito antagônico:</p> <p>Carbocisteína 250 a 500 mg 8/8 horas.</p> <p>N-acetilcisteína 400 mg 8/8 horas.</p> <p>Estabilizadores de membrana de macrófago: Eritromicina 500 mg 12/12 horas.</p> <p>Associar a hidratação, umidificação do ar.</p> <p>Anestésicos locais por micronebulização podem ser efetivos no controle de tosse, mas como já citado estão contra-indicados na COVID-19 devido a produção de aerossóis.</p> <p>Também contra-indicados na COVID-19, o corticoide pode ser utilizado em casos selecionados com evolução para terminalidade. O corticoide deve ser mantido para pacientes usuários crônicos.</p> <p>Antibióticos, de acordo com a avaliação clínica, poderão auxiliar no controle de broncorreia induzida por infecção secundária. Preferir azitromicina.</p>	

ROTEIRO 3 – DELIRIUM

DELIRIUM

Medidas não farmacológicas

Fazer busca ativa dessa síndrome

Pesquisar a condição cognitiva prévia.

Avaliar orientação temporal e espacial.

Avaliar a atenção – sugestão: solicitar contar de 1 a 10 e de 10 a 1.

Avaliar abstinência de droga, alcoólica ou tabágica.

Avaliar medicação em uso.

Avaliar medicação de uso habitual no domicílio – identificar falta de medicamento de uso habitual.

Prover informações de hora e dia.

Manter um familiar quando possível – disponibilidade do familiar, disponibilidade de EPI para familiar, regras de redução de circulação da instituição.

Oferecer contato visual com familiares através de dispositivos eletrônicos.

Correção de causas reversíveis

Correção de distúrbios hidroeletrólíticos.

Avaliar retenção urinária (bexigoma), principalmente se sob efeito de opioide.

Avaliar constipação intestinal, incluindo o toque retal quando a história não for confiável – lembrar que as fezes têm vírus viáveis e a transmissão fecal-oral é uma possibilidade.

Adequada iluminação e propiciar ambiente adequado para o sono.

Modelo HELP

Impedir privação do sono;

Impedir desidratação;

Corrigir deficiência visual;

Corrigir deficiência auditiva;

Avaliar medicamentos sedativos ou psicoativos;

Tratamento Farmacológico

Antipsicóticos – prioridade para delirium hiperativo.

Haloperidol 0,5 a 1,0 mg por via parenteral ou oral de 30 em 30 minutos até que o paciente fique calmo ou sedado.

Média de 3,5 mg ao dia, preferencialmente até 4,5 mg/dia. Dose de manutenção 1 a 2 mg de 6/6 h ou 4/4 h.

Apresentação do haloperidol é ampola de 5 mg/mL, ampola de 1 ml diluído em 4 mL de ABD e fazer IM ou SC (a via subcutânea está padronizada no HC-UFMG). A apresentação solução oral é 2 mg/mL, 1 gota = 0,1 mg.

Clorpromazina 25 mg de 6/6 horas oral ou parenteral, podendo ter progressão de 50% desta dose até controle sintomático. Ampola de 25 mg/5 mL, diluída em 500 mL de SF e administrar lentamente. Segurança por subcutâneo é duvidosa. Comprimidos de 25 mg. Solução oral 4% (40 mg/mL), 1 gota = 1 mg. 40 gotas = 1 mL.

Um antipsicótico com ação mais sedativa e com característica de auxílio no controle de dor, mas com efeito hipotensor.

Olanzapina disponível apenas via oral, iniciar com 2,5 mg, podendo progredir até dose de 20 mg ao dia.

Quetiapina disponível apenas via oral, iniciar com 25 mg, podendo progredir até dose de 200 mg ao dia.

Benzodiazepínicos – indicado para pacientes com abstinência alcoólica ou pacientes com síndrome parkinsoniana ou delirium hiperativo durante o processo ativo de morte.

Lorazepam 2-4 mg VO até de 12/12 horas.

Diazepam 10-20 mg EV ou VO até 12/12 horas.

Midazolam em BIC 0,5 mg/h. Diluir 1 amp de 50 mg/10 mL em 490 mL de SF 0,9%, resultando em uma solução 0,1 mg/mL.

Analgesia **contínua** principalmente para pacientes com comprometimento cognitivo prévio.

Dipirona 1 g de 6/6 horas – 1 ampola de 500 mg/2 mL diluída em 8 mL de ABD EV lento, 2 comp de 500 mg, 1 comp de 1 g ou 40 gotas da solução oral de 500 mg/mL. Ainda há a disponibilidade de dipirona supositório de 300 mg, podendo ser administrado 1 supositório de 3/3 horas ou 2 supositórios de 6/6 horas.

Paracetamol como alternativa para pacientes intolerantes a dipirona. 1 comp de 500 mg ou 750 mg de 6/6 horas. Disponível ainda em solução oral de 200 mg/mL, cada mL equivale a 15 gotas, portanto, 500 mg = 37 gotas, 750 mg = 48 gotas.

Morfina 3 mg EV/SC ou 10 mg VO de 4/4 horas para pacientes com função renal preservada. Progressão de 1 mg EV/SC até evidência de controle da dor ou progressão de 2,5 mg VO de 4/4 horas até evidência de controle da dor. 10 mg da solução oral de morfina equivale a 32 gotas.

Opção de morfina em BIC: Diluir 1 amp de 10 mg/mL em 99 mL de SF e iniciar a 5 mL/h. Outra opção de diluição para pacientes com restrição hídrica é 10 amp de 10 mg/mL em 90 mL de SF e iniciar a 0,5 mL/h (neste caso verificar a precisão de infusão da bomba).

Antibióticos, de acordo com a avaliação clínica.

ROTEIRO 4 – MANEJO NO PROCESSO ATIVO DE MORTE

MANEJO NO PROCESSO ATIVO DE MORTE
Identificação
<p>A definição de morte iminente deve ser feita preferencialmente por 2 médicos. Não há período de tempo que essa fase pode durar, podendo ser de poucas horas a poucos dias.</p> <p>Sinais de morte iminente</p> <ul style="list-style-type: none"> Redução do nível de consciência não induzida por medicamento. Redução da interação com o meio. Ingesta oral mínima ou ausente. Redução do débito urinário. Comprometimento hemodinâmico – taquicardia, hipotensão, pulso fino, extremidades frias, cianose. Alterações do padrão respiratório – taquipneia ou bradipneia, Cheyne-Stokes, respiração ruidosa, respiração agônica.
Medidas não farmacológicas
<p>Posicionamento no leito</p> <ul style="list-style-type: none"> Cabeceira a 45-60°. Cabeça parcialmente fletida e lateralizada, para reduzir queda de língua e sororoca - Essa posição permite que a língua fique adequadamente posicionada na cavidade oral e reduz o ronco terminal. Manter travesseiros na cabeça e não do ombro do paciente. Manter uma compressa ou outro objeto para conter a saliva e secreção que possivelmente cairá da boca. Proteger a pele em torno da boca com creme de barreira – óxido de zinco que pode ser removido com óleo mineral. <p>Óleo mineral se lábios ressecados.</p> <p>Higiene oral com gaze embebida em Clorexedina 0,12%.</p> <p>Higiene íntima. Banho de leito se a condição clínica permitir.</p> <p>Usar coletor urinário para homens pode reduzir a necessidade de troca de fraldas.</p> <p>Proteger contra o frio.</p> <p>Reduzir a mudança de decúbito, preferencialmente evitando esse procedimento.</p> <p>Proteger a córnea contra ressecamento – considerar manter pálpebras fechadas com micropore ou utilizar colírios ou soro fisiológico.</p> <p>Respeitar a hiporexia – forçar alimentação e até mesmo passar cateter naso-entérico será prejudicial devido à gastroparesia presente neste momento.</p> <p>Hipodermoclise (infusão de medicação pela via subcutânea) à menor dificuldade de acesso venoso.</p> <p>Reduzir ao máximo a solicitação de exames, que deverão ser feitos apenas quando houver chance de alguma mudança no tratamento. Não fazer exames de rotina.</p> <p>Reduzir ao máximo as medidas de dados vitais, quando o objetivo for de controle de sintomas em final de vida.</p> <p>Comunicação empática com a família – vide roteiro de comunicação.</p>
Tratamento farmacológico
<p>Hidratação parcimoniosa. As evidências científicas mostram que pacientes congestos têm pior qualidade de vida e de morte.</p> <ul style="list-style-type: none"> Limitar a hidratação a 1000 mL no dia. Oferecer glicose na hidratação para evitar hipoglicemia decorrente da baixa ingestão oral. <p>Midazolam em caso de mioclônias, que precedem crises convulsivas. Sugestão de infusão em BIC 0,5 mg/h. Diluir 1 amp de 50 mg/10 mL em 490 mL de SF 0,9%, resultando em uma solução 0,1 mg/mL.</p> <p>Morfina se sinais de dor. Manter o tratamento já em uso ou iniciar. Dose inicial para pacientes virgens de opióide: 2 mg EV/SC para pacientes com função renal preservada. Pacientes já em uso de opióide, progredir a dose atual. Opção de morfina em BIC: Diluir 1 amp de 10 mg/mL em 99 mL de SF e iniciar a 5 mL/h.</p> <p>Prescrever doses de resgate de 2 mg se necessário (evitar ACM – à critério médico).</p> <p>Tratamento do delírium.</p> <p>Controle de secreção.</p> <p>Considerar sedação paliativa em caso de sofrimento existencial para pacientes que não terão possibilidade de contato com familiar.</p> <p>Considerar sedação paliativa em caso de sintomas refratários.</p>

ROTEIRO 5 – SEDAÇÃO PALIATIVA

Sedação Paliativa		
Indicação		
<p>Sintomas como dispneia, delirium, sofrimento existencial na ausência de familiares, entre outros, refratários ao tratamento disponível.</p> <p>O sintoma deve ser considerado refratário por 2 médicos.</p> <p>Sobrevida estimada menor que 2 semanas.</p> <p>Objetivo de rebaixamento intencional do nível de consciência, mediante o uso de medicamentos sedativos, com dose titulada e proporcional para obter o conforto.</p> <p>Não há indicação de sedação paliativa para pacientes com rebaixamento do nível de consciência e sem sinais de desconforto</p>		
Medidas não farmacológicas		
<p>Paciente SEM comprometimento cognitivo grave e consciente.</p> <p>Conversar previamente com a família a proposta do tratamento.</p> <p>Ter concordância do paciente.</p> <p>Registrar no prontuário.</p> <p>Paciente com comprometimento cognitivo grave.</p> <p>Oferecer à família e ter concordância desta.</p> <p>Registrar no prontuário.</p> <p>Iniciar estratégias junto à família para reconhecimento do corpo – vide Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus COVID-19 do Ministério da Saúde.</p> <p>Adotar as medidas não farmacológicas descritas para pacientes em processo ativo de morte.</p>		
Tratamento farmacológico		
<p>Esquema Farmacológico.</p> <p>Midazolam – Diluir 1 amp de 50 mg/10 mL em 490 mL de SF 0,9%, resultando em uma solução 0,1 mg/mL. Fazer bolus de 20 ml (2 mg) e seguir com infusão de 5 mL/h (0,5 mg/h), com progressão até atingir sedação proposta, o que habitualmente será atingida 14 mL/h (1,4 mg/h). Deixar doses de resgate equivalente a 1/12 da dose diária para escapes de sintomas.</p> <p>Clorpromazina – Diluir 1 amp de 25 mg/5mL em 100 mL de SF e fazer em bolus lento (infundir em 15 min = 400 mL/h) ou diluir 4 ampolas em 230 mL de SF e fazer a 10 mL/h. Progredir até atingir a sedação proposta.</p> <p>Avaliar a sedação com escala RASS-PAL. Objetivo da sedação ficar entre -1 e -2.</p> <p>Para maiores detalhes vide roteiro de sedação.</p>		
ESCALA DE RASS-PAL (Richmond Agitation-Sedation Scale – Palliative Version)		
Escore	Termos	Descrição
+ 4	Combativo	Francamente combativo, violento, levando a perigo imediato da equipe de saúde
+ 3	Muito agitado	Agressivo, pode puxar tubos e cateteres
+ 2	Agitado	Movimentos não-intencionais freqüentes, briga com o respirador (se estiver em ventilação mecânica)
+ 1	Inquieto	Ansioso, inquieto, mas não agressivo
0	Alerta e calmo	
- 1	Torporoso	Não completamente alerta, mas mantém olhos abertos e contato ocular ao estímulo verbal por \geq 10seg
- 2	Sedado leve	Acorda rapidamente, e mantém contato ocular ao estímulo verbal por < 10seg
- 3	Sedado moderado	Movimento ou abertura dos olhos, mas sem contato ocular com o examinador
- 4	Sedado profundamente	Sem resposta ao estímulo verbal, mas tem movimentos ou abertura ocular ao estímulo tátil / físico
- 5	Coma	Sem resposta aos estímulos verbais ou exame físico

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulsky JA. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA*. 2000 Nov 15;284(19):2476-82.
- Carvalho, Ricardo Tavares. Dispneia, tosse e hipersecreção de vias aéreas. In ANCP. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. 2012.
- Martinez, JAB, Padua, AI, Filho, JT. Dispneia. *Medicina, Ribeirão Preto*. jul/dez 2004, pp. 199-207.
- American Thoracic Society. Dyspnea - Mechanisms, Assessment, and Management: A Consensus Statement. *Am J Respir Crit Care Med*. 1999 Jan;159(1):321-40.
- Ben-Aharon I, Gafter-Gvili A, Leibovici L, Stemmer SM. Interventions for alleviating cancer-related dyspnea: a systematic review and meta-analysis. *Acta Oncol*. 2012 Nov;51(8):996-1008.
- Mularski RA, et al. An official American Thoracic Society workshop report: assessment and palliative management of dyspnea crisis. *Ann Am Thorac Soc*. 2013 Oct;10(5):S98-106.
- Chin, C., Booth, S. Managing breathlessness: a palliative care approach. *Postgrad Med J*. 2016 Jul;92(1089):393-400.
- Barnes H, McDonald J, Smallwood N, Manser R. Opioids for the palliation of refractory breathlessness in adults with advanced disease and terminal illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 3. Art. No.: CD011008. DOI: 10.1002/14651858.CD011008.pub2.
- Abernethy, A.P. and et al. Effect of palliative oxygen versus medical room air in relieving breathlessness in patients with refractory dyspnea: a double-blind randomized controlled trial. *Lancet*. 2010 Sep 4;376(9743):784-93.
- Boulet, L.P. and et al. Tools for Assessing Outcomes in Studies of Chronic Cough - CHEST Guideline and Expert Panel Report. *Chest*. 2015 Mar;147(3):804-814.
- Cherny, N.I. and Radbruch, L. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med*. 2009 Oct;23(7):581-93.
- Maltoni, M. and et al. Palliative sedation therapy does not hasten death: results from a prospective multicenter study. *Ann Oncol*. 2009 Jul;20(7):1163-9.
- Beller Elaine M, van Driel Mieke L, McGregor Leanne, Truong Shani, Mitchell Geoffrey. Palliative pharmacological sedation for terminally ill adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. In: The Cochrane Library, Issue 7, Art. No. CD010206. DOI: 10.1002/14651858. CD010206.pub1
- Gurschick, L., Mayer, D.K., Hanson, L.C. Palliative Sedation: An Analysis of International Guidelines and Position Statements. *Am J Hosp Palliat Care*. 2015 Sep;32(6):660-71.
- Schildmann, E.K., Schildmann, J. and Kiesewetter, I. Medication and Monitoring in Palliative Sedation Therapy: A Systematic Review and Quality Assessment of Published Guidelines. *J Pain Symptom Manage*. 2015 Apr;49(4):734-46.
- Nogueira, F.L. and Sakata, R.K. Sedação Paliativa do Paciente Terminal. *Rev Bras Anesthesiol* 2012; 62: 4: 580-592.
- Bush SH, Grassau PA, Yarmo MN, Zhang T, Zinkie SJ, Pereira JL. The Richmond Agitation-Sedation Scale modified for palliative care inpatients (RASS-PAL): a pilot study exploring validity and feasibility in clinical practice. *BMC Palliat Care*. 2014 Mar 31;13(1):17.
- Molassiotis A, Bryan G, Caress A, Bailey C, Smith J. Pharmacological and non-pharmacological interventions for cough in adults with respiratory and non-respiratory diseases: A systematic review of the literature. *Respir Med*. 2010 Jul;104(7):934-44.

USO DE COMUNICAÇÃO ADEQUADA EM ADULTOS E IDOSOS COM SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA NA SAÚDE PANDEMIA COVID-19 – MARÇO E ABRIL DE 2020.

CENÁRIO

Uma parcela significativa dos pacientes portadores de COVID-19 evoluirá para o óbito, após uma internação prolongada (média de permanência supera 20 dias) que envolverá isolamento dos pacientes e seus familiares por questão de segurança. A maior parte deles idosos e pacientes com doença crônica prévia. Contudo, pacientes previamente hígidos também podem ter desfecho desfavorável e, assim, todos que necessitarem de internação estarão sob risco de morte. Desta forma, todos os pacientes e seus familiares deverão receber de forma adequada as notícias pelos profissionais de saúde.

O tempo, que tenderá a ser escasso, pode ser um fator desfavorável caso o volume de doentes graves e óbitos tornem-se elevados. Dificuldades tornar-se-ão maiores caso leitos de terapia intensiva ou ventiladores se tornem insuficientes. Adicionalmente, elevado grau de sofrimento do paciente e familiar e também o stress do profissional de saúde poderão contribuir para um diálogo ruim, com desentendimentos.

Este documento, portanto, tem como objetivo fornecer orientações para os funcionários de saúde do HC sobre as melhores práticas de comunicação durante a pandemia do COVID-19.

O PACIENTE E SEUS DESEJOS

Diferente da população de alguns países da Europa, onde possivelmente vários pacientes idosos ou portadores de doenças crônicas incuráveis podem dar entrada aos serviços de emergência com diretivas antecipadas de vontade (DAV) pré-estabelecidas, certamente não vamos encontrar esta realidade em nossa porta de entrada. Portanto, torna-se extremamente necessário procurar identificar se o paciente já manifestou alguma vez seus desejos de cuidados de fim de vida, como utilizar ou não manobras de reanimação cardiopulmonar (RCP). Esta informação deve ser buscada ativamente com o próprio paciente ou com a família, quando o paciente é incapaz de comunicar.

No contexto desta pandemia, as discussões sobre cuidados de fim de vida são de extrema importância. Além de assegurar que os pacientes receberão os cuidados que desejam, respeitando seus valores, contribuem para evitar que o paciente que optou por suporte básico em enfermaria seja levado para unidade de terapia intensiva, bem como uso de ventilação mecânica ou realização de manobras de RCP. O contexto desse paciente também reduz o risco de transmissão do vírus aos profissionais de saúde que são expostos aos procedimentos invasivos.

As conclusões das discussões, sejam elas de suporte avançado ou básico, devem ser registradas em prontuário.

Para pacientes em estado grave pela COVID-19, discussões honestas e claras sobre os objetivos do cuidado devem ser iniciadas o mais precocemente possível. À medida que o quadro se deteriora, os objetivos do cuidado devem ser realinhados, sempre envolvendo o familiar e preconizando os desejos do paciente. Dados demonstram que pacientes idosos e com comorbidades crônicas têm maior possibilidade de desenvolver doença grave e são estes pacientes que podem desejar o não uso de medidas prolongadoras de vida invasivas pois entendem que a qualidade de vida após essas medidas seja muito ruim e a sobrevida é reduzida.

Entretanto, uma situação nova se faz presente. Aquela em que o paciente torna-se doente com a COVID-19 e sua saúde se deteriora de maneira tão rápida que é perdida a oportunidade de envolver o paciente na tomada de decisões. Junta-se a isso o fato de familiares estarem atônitos pela rápida evolução ou de estarem doentes também e em isolamento. Tão cedo quanto possível, se faz necessária a abordagem da família. Tentar ser honesto nesta conversa, mesmo se o profissional de saúde não tiver as respostas para

todas as perguntas, mesmo sendo por telefone ou por outras mídias, pode ajudar a reduzir a ansiedade dos dois lados. Expor prognóstico, limitações terapêuticas e possíveis cuidados de fim de vida pode ser desafiador e serve tanto para assegurar que pacientes que têm potencial de recuperação irão receber o cuidado necessário, bem como os que têm baixa expectativa de sobreviver também receberão cuidado apropriado de fim de vida.

PONTOS –CHAVE

1. Utilizar a ferramenta SPIKES na comunicação de notícias ruins
<i>Setting:</i> procure um lugar calmo, sem distrações
<i>Perception:</i> perceber o que o paciente / familiar realmente sabe sobre o que está acontecendo. O que vocês sabem sobre o quadro?
<i>Invitation:</i> identificar até onde o paciente/ familiar deseja ser informado.
<i>Knowledge:</i> explicar a situação evitando utilizar termos técnicos e diminutivos
<i>Empathy/ Emotions:</i> demonstrar empatia; mesmo que você esteja muito atarefado, demonstrar que você se importa com o que o paciente / familiar está sentindo.
<i>Summary:</i> pedir ao familiar ou paciente fazer um resumo do que compreendeu das informações que foram dadas. Explicar quais serão os próximos passos no cuidado.

2. Quando é necessário o uso de ventilação mecânica
Quando o paciente apresentar os primeiros sinais de que há possibilidade de instituir ventilação mecânica, ele deve ser informado. A maioria dos pacientes percebe sua piora. Explicar que ao entrar em insuficiência respiratória, ele será intubado, conectado ao ventilador, e serão usados medicamentos para que ele fique sedado. Este aparelho irá auxiliar sua respiração enquanto a doença é combatida. Não existe uma forma agradável de dar esta notícia, mas saiba que, não dar pode ser pior. Cuide do outro e encare de frente, olhando –o nos olhos quando conversar com ele.

3. Ser honesto e claro
Não utilizar termos técnicos; utilizar palavras que o paciente e o familiar irão compreender.
Sentar-se; ter tempo para a conversa; utilizar o silêncio para permitir que a pessoa processe a informação.

4. Oferecer apoio espiritual
Perguntar ao paciente quais são seus desejos e medos.
Perguntar se está em paz; caso não esteja, o que podemos fazer para ajudar.
Saber qual a religião e oferecer contato virtual com capelão ou representante de sua religião, caso disponível.

5. Algumas conversas sobre o tratamento podem envolver questões éticas; por exemplo, quando medidas de terapia intensiva não forem instituídas em pacientes com elevado grau de fragilidade ou com doenças crônicas ou por outras razões, os profissionais de saúde devem estar preparados para reações de raiva, questionamentos e até xingamentos:
Considerar acionar a equipe de cuidados paliativos.

Orientar familiares que o cuidado será oferecido em enfermaria utilizando todos os recursos disponíveis para manter um bom controle de sintomas e o conforto do paciente.

Estas reações não têm o profissional de saúde como alvo, mas você deverá acolher as emoções e reagir de maneira profissional.

O paciente ou familiar pode vir a solicitar uma segunda opinião: isso deve ser facilitado sempre que possível.

6. Situações de limitação extrema de recursos

Ninguém pode se considerar preparado para esta situação de crise / catástrofe pela COVID-19. Mas considerando histórico de mortalidade e morbidade de outros países em conjunto com a dimensão e população do Brasil, não é possível descartar que recursos tenham que ser direcionados a pacientes com prognóstico melhor. Esta decisão sobre prioridades é dolorosa e envolve diversas questões éticas e clínicas. Provavelmente os familiares serão apenas informados e não consultados.

7. Abordando paciente internado sobre morte de familiar

Ao lidar com uma pandemia, existe a possibilidade de que uma pessoa internada tenha que receber uma notícia de morte de um familiar. Essa pessoa já se encontra em fragilidade física e emocional. Esconder a morte de um ente querido não é adequado. Esta ação é apenas recomendada quando a notícia a ser dada puder prejudicar diretamente a pessoa que recebe ou esta ser portadora de doença psiquiátrica, demência, esteja em delirium ou tenha histórico de ideação ou tentativa de suicídio.

COMUNICAÇÃO DO ÓBITO POR COVID-19

O óbito nesta pandemia pode ser muito frequente. Possivelmente poderá ocorrer de ser comunicado à distância, por telefone (pois familiares podem estar em isolamento). Sendo assim, seguem as seguintes recomendações:

1. Seguir as diretrizes institucionais estabelecidas.
2. Conferir dados corretos do paciente e do cuidador principal. Haverá pouco tempo de fala, portanto não errar nomes.
3. Checar prontuário do paciente, observar se existe algum detalhe a mais que seja importante a ser dito e checar rotinas dos boletins e visitas.
4. Realizar chamada ao cuidador principal.
5. Checar se ele se encontra em local e em condições para esta conversa, de preferência pergunte se ele tem mais alguém ao lado, pois é desejável.
6. Realizar escuta mínima com familiar: ex.: “o senhor está acompanhando o caso dele? Vem recebendo os boletins?” Permita que ele fale o que sabe ou o que sente.
7. Fornecer a notícia de forma clara e objetiva, em tom acolhedor e suave: ex.: “infelizmente precisamos dizer que seu pai faleceu agora pela doença”
8. Dar tempo para emoções: seja empático à distância, doe silêncio e respeito, aguarde uma manifestação dele para seguir
9. Acionar redes de apoio. Solicite apoio de alguém para documentação e trâmites funerários, nem sempre a pessoa terá condições: ex.: “da família de vocês, ou pessoas próximas, quem poderíamos falar para nos ajudar com os documentos daqui para frente?”
10. Encerrar a ligação e dar direcionamento aos trâmites funerários conforme o protocolo do HC.
11. Registrar a chamada telefônica em prontuário do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIGRÁFICAS:

Brighton, L. J. et al. Communication in palliative care: talking about the end of life, before the end of life. *Postgrad Med J* 2016;92:466–470.

Crispim, D. H. et al. Notícias de óbito durante a andemia do COVID – 19: Recomendações práticas para comunicação e acolhimento em diferentes cenários da pandemia. 2020.

C. J. Randall et al. The Importance of Addressing Advance Care Planning and Decisions About Do-Not-Resuscitate Orders During Novel Coronavirus 2019 (COVID-19). *JAMA*. March 27, 2020

Northern Care Alliance NHS Group and the Association for Palliative Medicine. COVID-19 and Palliative, End of Life and Bereavement Care in Secondary Care Role of the specialty and guidance to aid care. 22 March 2020.