



NOTA TÉCNICA DE CUIDADOS PALIATIVOS

ASSUNTO:

Abordagem imprescindível em Cuidados Paliativos em situação de pandemia por COVID-19: Comunicação, Tomada de Decisão, Controle de sintomas e Autocuidado dos profissionais de Saúde.

INTRODUÇÃO

Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde – OMS, publicada em 1990 e revisada em 2002 e 2017, Cuidados Paliativos é uma “abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e suas famílias, que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Previne e alivia o sofrimento, através da identificação precoce, avaliação contínua e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais ou espirituais”.

Dentre os pacientes em Cuidados Paliativos, existem aqueles já muito debilitados pela doença de base, com baixa funcionalidade (estabelecida pelas escalas EOG ou PPS), que não terão benefícios com tratamento modificador de doença, sendo definidos comumente como “Cuidados Paliativos Exclusivos”, de forma que nessas situações, esses pacientes também não têm indicação de receber cuidados de Terapia Intensiva. Os pacientes em Cuidados Paliativos devem receber excelente controle de sintomas e tratamento adequado, individualizado, sendo proporcional ao quadro clínico e história clínica progressiva, além da consideração dos valores e biografia do paciente.

Esses pacientes estão dentro do grupo de risco para infecção por COVID-19, e os principais sintomas causados por essa infecção como tosse, febre, desconforto respiratório, tosse sem sintomas comuns a outras doenças de base e complicações que esses pacientes em Cuidados Paliativos normalmente apresentam. Sendo assim, o conhecimento técnico para alívio sintomático rápido e eficaz é primordial nessa situação.

DO OBJETIVO:

Considerando o decreto 40.583 de 30 de abril, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do novo coronavírus;

Considerando o Plano de Contingência da SES-DF contra o Coronavírus versão 5 de 03 de abril de 2020;

Considerando que diante dessa pandemia, pacientes em Cuidados Paliativos fazem parte do Grupo de Risco, e que muitos desses pacientes não se beneficiarão de condutas intensivas com suporte avançado de vida, porém necessitarão do excelente controle de sintomas;

Considerando que, no atual contexto de pandemia, os profissionais de saúde estão submetidos a alto estresse e pressão;

Considerando a publicação do Grupo de Trabalho para elaboração desta Nota Técnica, em Ordem de Serviço N. 34, de 09 de abril de 2020, no Diário Oficial do Distrito Federal de 14 de abril de 2020;

O objetivo da presente Nota Técnica é auxiliar no processo de tomada de decisão, através da abordagem em Cuidados Paliativos, quanto ao benefício de intervenções intensivas em pacientes infectados por COVID-19. Além disso, visa-se orientar técnicas para melhor comunicação relacionada à pandemia e manejo de sintomas desconfortáveis ocasionados ou exacerbados pela infecção, assim como promover o autocuidado de profissionais de saúde.

DAS ORIENTAÇÕES QUANTO À COMUNICAÇÃO

1. COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

No mundo do trabalho, a complexidade das relações humanas é discutida há décadas, o que nos leva a analisar o modo como o trabalho em saúde se organiza para atingir seu fim, a proteção do cuidado¹, além de sua dinâmica de interação.

Os novos e complexos desafios da pandemia do COVID-19 impõem pressão aos profissionais da saúde devido à falta de tempo, falta de equipe ou de local mais privativo para uma efetiva comunicação de notícias difíceis junto aos pacientes e/ou familiares². Nessa direção, adotar medidas de desconhecimento ao profissional mais vulnerável irá amenizar sintomas agudos de estresse e a comunicação é potente instrumento para tal³.

A adequada comunicação entre os profissionais da saúde no contexto de crises, com foco nos cuidados paliativos de e para si, minimiza dificuldades e incertezas, diminui o nível de ansiedade, previne conflitos e fortalece o sentimento de segurança, sendo um fator de promoção do bom relacionamento entre os pares⁴.

A Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos (SECPAL), salienta duas ferramentas para trabalhar no ambiente de sofrimento: a solidiedade e a compaixão⁵. Nesse contexto, o autocuidado e o autocuidado do profissional serão fatores determinantes para lidar com situações de crises e manter uma comunicação efetiva e compassiva no ambiente de trabalho.

Observar alguns sinais dos profissionais, durante a comunicação é importante, especialmente no caso dos gestores de saúde, para identificar e integrar sua carga emocional e, se necessário, implementar intervenções de suporte, como encaminhamento para psicologia ou medicina do trabalho⁶. Nessa perspectiva, durante a comunicação entre profissionais de saúde, atentar-se para:

- Percepção da comunicação não verbal;
- Expressão facial do interlocutor;
- Expressão corporal e entonação de voz;
- Falas recorrentes e conteúdos verbalizados que carregam algum nível de ansiedade, angústia ou sofrimento.

A identificação desses sinais durante o enfrentamento de situações críticas, como esta de COVID-19, colabora para atuar preventiva e corretivamente em situações que exigem alto desempenho na assistência e maior segurança para o paciente⁷ no contexto cotidiano do trabalho em saúde.

Fatores como o elevado número de más notícias a serem dadas pelos profissionais que estão na linha de frente, assim como o risco de auto-infecção, podem gerar dificuldades para os outros profissionais executarem suas funções. Na sua maioria, a falta de treinamento em comunicação, acrescida da necessidade de comunicar mortes e planos dos pacientes, deixam os profissionais da saúde vulneráveis ao estresse e risco de burnout⁸. Dessa maneira, destaca-se a importância do desenvolvimento de atividades em educação acerca de comunicação e terminalidade⁹.

No contexto de pandemia é importante que os profissionais sejam preparados e encorajados a estabelecer uma comunicação com pacientes embasada na tranquilidade e eficácia. Tal processo, envolve a percepção do ambiente e do clima de trabalho da equipe multiprofissional, como facilitadores ao diálogo, evitação de ansiedade e garantia de cumprimento de metas construídas no processo de comunicação dentro da equipe¹⁰. O Quadro 1 elenca estratégias para melhorar a comunicação entre os membros da equipe multidisciplinar.

Quadro 1 - Estratégias para promover uma boa comunicação entre profissionais de saúde no contexto da pandemia de COVID-19

1 - Compreender os papéis, as responsabilidades e fornecer feedback construtivo uns aos outros.
2 - Identificar metas e valores compartilhados, lembrando que o cuidado deve ser centrado no paciente. Pode ser útil dar um passo atrás e ter uma melhor noção do que o paciente está querendo em determinada situação.
3 - Abordar abertamente discordâncias quando ocorrem, sem julgamento, reconhecendo a perspectiva do outro profissional.
4 - Comunicar-se com frequência com os outros membros da equipe.
5 - Apoiar equipes horizontais e verticais que estão lidando diretamente com o cuidado físico aos pacientes: dedicar um time específico para a comunicação, o que reduz a carga psicológica do cuidado.

Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos de Crispim, Silva, Cedotti, Câmara, Gomes⁷ e Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal⁸.

Por fim, algumas considerações se fazem necessárias para facilitar a compreensão frente à pandemia por Covid-19:

- A comunicação pode auxiliar muito os profissionais para o melhor cuidado de si e do outro.
- Nossos questionamentos nem sempre serão respondidos, mas esse conjunto de dicas poderão trazer ideias sobre o melhor caminho em um momento de crise.
- Nas situações de crise, devemos focar nas medidas de prevenção e planejamento.
- Organizar times focados em comunicação, visitas virtuais e outras soluções para reduzir o sofrimento destes profissionais pode reduzir muito a carga física, emocional e psíquica em caso de piora da situação⁹.

A possibilidade de sofrimento dos profissionais causado por situações advindas da pandemia de COVID-19, como priorização de cura ou tentativa de salvar vidas, requer especial atenção. Dessa maneira, adotar estratégias de comunicação entre profissionais pode diminuir o impacto à saúde do trabalhador e consequentemente, melhorar o atendimento aos pacientes e familiares⁷.

2. COMUNICAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES

Considerando que a comunicação efetiva e efetiva constitui-se em uma tecnologia que "minimiza dificuldades e incertezas, diminui o nível de ansiedade, previne conflitos, fortalece o sentimento de segurança, facilitando e promovendo o bom relacionamento entre equipe-família-paciente"¹⁰, essencial no planejamento para abordagem aos pacientes e familiares, que vivenciam a crise advinda da COVID-19, torna-se indispensável.

Dessa forma, é preciso estar preparado para cenários desafiadores que exijam a adoção de posturas empáticas. A compaixão e o respeito pelo outro, como uma pessoa singular, precisam encontrar espaço no trabalho multiprofissional de maneira cotidiana, especialmente em um contexto de crise¹¹. Podem ocorrer situações em que os recursos não são sejam suficientes. A situação pode ser minimizada se precocemente houver a adoção de escolhas pautadas na alocação de recursos^{12,13}. Neste particular, é de fundamental importância a comunicação transparente entre a equipe, pacientes e familiares, uma vez que os Cuidados Palliativos buscam tomar compatíveis demandas do paciente e disponibilidades técnica e ética^{13,14}. Os cuidados, ainda que limitados, devem ser prestados de forma compassiva, de forma que os pacientes não se sintam abandonados¹⁵.

Abordagem na Admissão do paciente em Cuidados Palliativos e seus familiares/cuidadores

■ Comunicar o diagnóstico e orientar corretamente

A comunicação acerca do diagnóstico e do prognóstico, mesmo que seja breve e/ou não presencial, deve sempre perguntar e escutar o que paciente e/ou familiares sabem, o que já foi lido por outros profissionais de saúde, e o que imaginam¹⁶. É importante respeitar a esperança, mas manter uma visão realista. Tal objetivo pode ser alcançado ao se utilizar expressões empáticas e apropriadas no momento da abordagem, por exemplo: "exageramos o melhor, mas nos preparamos para o pior"^{17,18}.

Ao profissional de saúde cabe identificar seus próprios impactos e limites emocionais, e quais elementos que trazem mais segurança na comunicação com pacientes/famílias/cuidadores¹⁹.

■ Diante da necessidade de isolamento social e/ou internação hospitalar²

Definir e comunicar ao paciente e familiares as razões da internação ou do isolamento e o plano de cuidados preliminar.

■ Retorno para casa e isolamento social:

Orientar quanto ao isolamento domiciliar e recomendações de proteção.

■ Internação e regras de restrição de visita:

Conforme Plano de Contingência para Coronavírus da SESDI¹³, nos locais em que houver casos confirmados de COVID-19, não haverá visitas presenciais. Isto posto, é imprescindível lembrar que essa situação de isolamento pode acarretar uma sensação de abandono, sendo importante alertar-se para:

1) Solicitar indicação ou identificação de um familiar/cuidador - essa pessoa será a referência para comunicação quanto aos cuidados do paciente².

2) Conversar com o paciente e familiares sobre o plano de cuidado e possibilidades de evolução do quadro².

3) Conversar sobre preferências, valores e desejos do paciente para possíveis evoluções em que haja necessidade de introdução de suporte avançado de vida. Caso o paciente seja portador de doença crônica, progressiva, e tenha Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), conforme resolução CFM 1995/2014²⁴, as mesmas devem ser respeitadas;

4) Registrar no prontuário: os contatos de referência do paciente, conversas sobre o plano de cuidados, valores do paciente e DAV².

■ Plano Avançado de Cuidados e proporcionalidade do cuidado para Covid-19 e pacientes em terminalidade de doença²

- Revisar todos os documentos (prontuário, relatórios médicos, existência de Testamento Vital) em busca de Diretivas Antecipadas de Vontade antes da decisão por intubação, para garantir que haja a preservação de existência centrada no paciente².

- Considerar acionar equipe de Cuidados Palliativos, se houver na instituição, para celeridade e assertividade no planejamento de cuidados². Caso o hospital não tenha equipe de Cuidados Palliativos e a equipe assistencial tenha dificuldades, é possível entrar em contato com essa área técnica por e-mail, conforme endereços eletrônicos ao final desta Nota Técnica;

- A equipe assistente de saúde deverá reforçar, ao início do atendimento, os objetivos

da discussão sobre planejamento e proporcionalidade de cuidados, antes de eventual piora clínica. Considerando a ausência de benefícios e o potencial de danos de intervenções de suporte avançado de vida no contexto de terminalidade (ex. intubação e conexão à ventilação mecânica, diálise, reanimação cardiopulmonar e encaminhamento à Unidade de Terapia Intensiva), com paciente, familiares e/ou cuidadores. É importante ressaltar que o paciente tem o direito de participar e compartilhar decisões sobre seu tratamento, exercendo sua autonomia, desde que essa seja sua vontade, e que possua condições cognitivas para essa comunicação².

Baseando-se na história natural da doença, no prognóstico, na funcionalidade e nos valores do paciente, é possível definir um cuidado individualizado e com condutas adequadas, priorizando-se o conforto e a dignidade do paciente. Nesse contexto, faz-se necessário orientar familiares e paciente que o cuidado será oferecido em enfermaria, utilizando-se de todos os recursos disponíveis e adequados para manter um bom controle de sintomas e o conforto².

Temas importantes a serem considerados na abordagem à família, para informar sobre a gravidade do quadro do paciente, iminência de morte e estabelecer um plano de cuidados¹²:

1. Inicie a conversa apresentando-se e pedindo permissão para continuar: "Possa falar com você sobre o que está acontecendo com seu familiar?"
2. Avalie o entendimento da família sobre a doença: "O que você entende sobre a situação do seu familiar com relação à doença e à internação?"
3. Compartilhe o provável: "Gostaria que fosse diferente, mas estou preocupado que seu familiar (entre colar o nome do paciente) esteja muito doente e não possa se recuperar desta doença. Não temos tratamento que possa curar essa doença, e existe a possibilidade de que ele (a) possa não viver muito tempo."
5. Estabeleça um plano: "Eu recomendo que nos concentremos em cuidar para garantir que seu familiar esteja confortável e apto para estar com sua família de alguma forma, mesmo que não possamos ter contato físico direto devido ao isolamento."
6. Garanta empaticamente que: "Faremos tudo o possível para oferecer todo cuidado e conforto e garantir que o paciente não sofra."
7. Feche a conversa: "Estaremos aqui para tratar e apoiar o paciente e a família."

Com vistas a minimizar estigma, é importante evitar o uso de expressões como "casos COVID-19", ou "vítimas". São "pessoas que têm COVID-19", "pessoas que estão sendo tratadas por COVID-19" ou "pessoas que estão se recuperando da COVID-19". É importante considerar, no processo de comunicação, que a identidade do paciente e de família não estão reduziadas a uma doença¹³.

Ferramentas de comunicação entre equipe, paciente e familiares/cuidadores

Considerando as restrições de visitas e de atendimentos presenciais, com vistas à proteção e segurança de pacientes, familiares e equipes de saúde, as visitas e atendimentos virtuais têm sido apontadas pela literatura científica como estratégia emergencial e excepcional para minimizar os impactos do isolamento social e da hospitalização^{7,14-18}.

- **Visitas virtuais** - ao incluir esta ferramenta na rotina dos serviços, faz-se necessário definir e orientar a família previamente quanto aos dias, horários e profissionais responsáveis. É recomendável realizar videochamadas por meio de aplicativos específicos e não enviar fotos, mensagens de texto ou dados clínicos por estes meios¹⁹. Essa alternativa está em consonância com o Parecer nº 14/2017 do Conselho Federal de Medicina¹⁸.

- **Uso supervisionado do celular** - avaliar possibilidade de utilização do celular ou tablet do paciente ou do familiar, com a devida supervisão da equipe.

- **Boletim Médico por telefone ou online** - as famílias devem ser previamente orientadas quanto ao funcionamento do serviço. Notícias inesperadas e difíceis deverão ser comunicadas, preferencialmente, ao cuidador principal¹.

- **Comunicação Alternativa** - pacientes com limitação para a comunicação verbal, em função do uso da Ventilação Mecânica e que estejam alerta e minimamente orientados, poderão se beneficiar de meios alternativos de comunicação, para interagir com a equipe. Pranchas com letras e números para formar palavras, ou frases, e/ou pranchas com imagens que sinalizem necessidades, comportamentos, questionamentos ou sentimentos (conforme ilustração na Figura 1 abaixo²⁰), poderão contribuir para o bem estar do paciente. Exemplos disso são os cartões disponíveis online, para download gratuito e impressão, no site <https://www.ufpa.br/comunicacao/>.

Figura 1 - Pranchas para comunicação alternativa



Fonte: Universidade Federal do Rio Grande do Sul²⁰

- **Assistência espiritual e/ou religiosa** - o envolvimento religioso e a espiritualidade são fatores que contribuem para o enfrentamento do adoecimento²¹. Caso sejam identificados aspectos espirituais e/ou religiosos que impactem no processo saúde-doença, sugere-se avaliar possibilidade de abordar demanda por capelania hospitalar; identificação de símbolos, objetos, músicas, rituais e outros elementos que possam contribuir para a manifestação da espiritualidade de forma individualizada.

- **Email institucional e cartas** - disponibilizar canal virtual para recebimento de mensagens que poderão ser lidas para o paciente ou entregues a ele.

- **Conferência familiar** - priorizar teleconferências ou atendimentos por telefone. Nos casos em que seja impossível a conferência familiar presencial, devem ser seguidos os protocolos vigentes na SES/DF quanto à segurança e recomendações para controle de infecção hospitalar com base no Plano de Contingência para o Coronavírus¹³.

3. COMUNICAÇÃO PARA O ÓBITO

A comunicação é aspecto essencial da abordagem em Cuidados Paliativos. Mais do que habilidades técnicas para diagnosticar e tratar, é necessário que a relação equipe-família-paciente seja alicerçada em compaixão, respeito e empatia, o que é aprimorado com o uso adequado de habilidades de comunicação⁴.

Diante de uma situação de crise humanitária, a comunicação com pacientes e familiares deve ser realizada de forma clara, honesta e compassiva²². A comunicação adequada deve ser priorizada desde o primeiro contato com paciente. Diante de uma situação de morte iminente, a família deve receber informações sobre a gravidade do quadro com atenção a alguns aspectos

centrais: avaliação da compreensão da família, comunicação precisa sobre o prognóstico, abordagem das expectativas dos familiares, estabelecimento de plano terapêutico envolvendo assegurar à família o não abandono e o foco no conforto e alívio do sofrimento do paciente¹¹.

Destacam-se fatores específicos do contexto de pandemia da covid-19, que demonstram a necessidade de atenção especial ao fluxo de comunicação em caso de óbito¹².

A maioria dos óbitos são considerados inesperados e agudos:

Frequentemente, ocorrem após internações prolongadas, envolvendo isolamento de pacientes de seus familiares. Dessa forma, muitos dos pacientes viverão seus últimos dias sozinhos e sem possibilidade de despedidas dos entes queridos antes da morte:

- O óbito é comunicado à distância (telefone);

- Os profissionais precisam lidar com restrições de tempo;

- Há particularidades relacionadas ao funeral, como orientações de distanciamento social, cado laçado e limitação do número de pessoas presentes.

Dessa forma, a comunicação adequada neste cenário é essencial, considerando o elevado risco de luto complicado para os familiares. O Quadro 2 destaca aspectos a serem levados em consideração para a realização deste tipo de comunicação.

Quadro 2 - Ferramentas e recomendações para comunicação de óbito no contexto da pandemia de COVID-19

Autoconhecimento: avalie e reconheça o impacto emocional que a comunicação de notícias difíceis tem sobre você
Preparação: revise o prontuário (incluindo evoluções multiprofissionais), verifique como foram os últimos boletins repassados para a família, confira e tenha em mãos os dados correntes do paciente e do cuidador principal listado no prontuário como referência para receber as notícias
Introdução: inicie o contato telefônico se apresentando, verifique se seu interlocutor encontra-se em condições adequadas para a conversa, pergunte se está acompanhado, peça permissão para dar continuidade à comunicação
Escuta: antes de comunicar, avalie a compreensão do cuidador principal sobre o adoecimento, realize escuta sobre o que ele sabe e sente sobre o quadro do paciente
Informação: comunique a notícia do óbito de forma clara e objetiva, atentando para o uso de um tom de voz acolhedor
Acolhimento das emoções: permita espaço para o silêncio, escute a expressão de emoções do cuidador principal, nomeie as emoções, demonstre respeito e empatia por sua dor. Sugere-se utilizar expressões empáticas como "infelizmente", "tanto muito".
Rede de apoio: verifique quem poderá atuar como rede de apoio para o cuidador e dar suporte do ponto de vista emocional e prático no seguimento dos trâmites funerários
Encerramento: pergunte por dúvidas e encerre a ligação de forma respeitosa. Registre a chamada telefônica em prontuário

Fonte: Elaborado pelas autoras com dados extraídos de Instituto Pallium Latinoamérica de Medicina Palliativa¹²; Crispim, Silva, Godetti, Câmara, Gomes¹³; Crispim, Silva, Godetti, Câmara, Gomes¹²; Academia Nacional de Cuidados Palliativos¹⁴; Balle et al.¹⁴.

Em caso de necessidade de informações mais detalhadas, sugere-se consultar o documento "Notícias de óbito durante a pandemia do COVID-19"¹⁵, que propõe recomendações práticas e sequência de ações a serem seguidas no momento da comunicação de óbito, bem como o "Guia de comunicação para profissionais de saúde na pandemia COVID-19" da Academia Nacional de Cuidados Palliativos, que fornece conceitos práticos e modelos para comunicação adequada.

Sugestões adicionais

Uma vez que o contexto exige habilidades de comunicação de excelência e considerando o risco de adoecimento dos profissionais, recomenda-se a cada unidade de saúde organizar capacitações breves aos profissionais responsáveis pela comunicação e fornecer acesso aos guias de comunicação específicos elaborados para a pandemia de COVID-19 (vide referências abaixo).

Se possível, designar profissionais específicos para realização das comunicações com familiares. Organizar as comunicações de forma a realizar revezamento entre os profissionais que irão comunicar os óbitos, uma vez que a atividade estressante¹⁶.

Estabelecer um fluxo para os trâmites funerários na instituição, de forma que haja clareza e disponibilidade de profissionais para orientar os familiares sobre os próximos passos após a comunicação do óbito¹⁷. Orientar que a família busque o Serviço Social da Unidade de Saúde em caso de demanda por orientações específicas sobre benefício eventual de auxílio funeral fornecido pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) no Distrito Federal.

Considerando as particularidades relacionadas aos óbitos devido à infecção por COVID-19 (isolamento dos pacientes, obstáculos para realização dos rituais funerários conforme a norma cultural), de acordo com as possibilidades de cada serviço, avaliar viabilidade de intervenções de acolhimento e abordagem do luto para familiares após a pandemia.

TOMADA DE DECISÃO EM SITUAÇÃO DE PANDEMIA POR COVID-19

A pandemia de COVID-19 apresenta um desafio a todos os sistemas de saúde do mundo e em especial às Unidades de Tratamento Intensivo, em função da quantidade de pessoas que necessitam de atendimento. O número de doentes graves esperados pode superar a capacidade de resposta e de atendimento no sistema de saúde, apesar da tentativa de antecipação e preparo para essa demanda. A atual pandemia mescla características de eventos de evolução aguda e crônica. Os eventos agudos demandam uma resposta rápida e imediata, enquanto os eventos crônicos trazem consigo o desgaste da exigência de esforços continuados ao longo do tempo¹⁸.

Portanto, é importante considerar nesse cenário aqueles pacientes portadores de doenças crônicas, progressivas e ameaçadoras à vida, e que tenham manifestado seus valores e preferências, assim como estabelecido seus objetivos de cuidados previamente através de Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) de acordo com os critérios vigentes na Resolução CPM 2395/2012¹⁴, decidindo assim por não intentar em uma UTI. Esses pacientes devem ter as suas decisões acatadas pelas equipes assistenciais e ser encaminhados para atendimento em outras unidades de internação com cuidados necessários para garantir o conforto e a dignidade¹⁹.

A situação ideal é a que busca uma adequação entre o tratamento oferecido e a necessidade do paciente. Os cuidados são oferecidos de acordo com um consenso estabelecido entre equipe e paciente/família. Contudo, podem ocorrer situações em que a alocação de recursos se torna tão escassa ou inexistente, de forma que isto não é mais possível. Ainda assim, a família e o paciente devem receber acolhimento, escuta e a reafirmação de que o paciente será cuidado para aliviar seus sintomas de desconforto e não serão abandonados em um momento de crise humanitária²⁰.

Experiências anteriores com epidemias virais como a de Ebola, SARS e H1N1 demonstraram que a integração dos Cuidados Palliativos foram fundamentais como parte das intervenções de cuidados. Portanto, os Cuidados Palliativos devem ser essenciais como parte das respostas às crises humanitárias, incluindo a atual pandemia SARS-CoV-2. Assim, qualquer sistema de

tragem que não integre os princípios dos Cuidados Paliativos torna-se antiético. Dessa forma, aqueles pacientes com maior possibilidade de falecimento devem receber Cuidados Paliativos como um direito humano²¹.

Em 2018, a Gerência de Serviços de Terapia Intensiva (GESTI-SESDI), com a colaboração das Unidades de Cuidados Paliativos do Hospital de Base do Distrito Federal e do Hospital de Apoio de Brasília, publicou a Diretriz para Cuidados Paliativos em pacientes críticos adultos admitidos em UTI⁸, disponível no site de SESDI como protocolo aprovado, na qual já é abordada a questão de se individualizar as condutas em cada paciente, avaliando-se mais benefícios de medidas invasivas e intensivas, assim como os malefícios a serem evitados, tendo em vista presença de doenças crônicas avançadas e funcionalidade reduzida. Uma boa avaliação, embasada nos exames necessários, além da definição da funcionalidade do paciente, são indispensáveis para a elaboração de um plano integral de cuidados, adequado a cada caso e adaptado a cada momento da evolução da doença^{8,27}.

Dessa forma, o uso de algumas ferramentas auxiliou bastante na tomada de decisão quanto à proporcionalidade das condutas, dentre as ferramentas disponíveis e mais utilizadas, destacamos o SPCT (Supportive and Palliative Care Indicators Tool)²⁸ e o NCCPM CCOMS-ICO (Necesidades Paliativas do Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud – Institut Català d'Oncologia)²⁹, figuras 2 e 3.

Essas ferramentas baseiam-se em indicadores clínicos de doença crônica avançada, permitindo a identificação de pacientes que necessitam de Cuidados Paliativos dentro dos serviços de saúde. São direcionamentos, e devem ser usados sempre atrelados ao bom senso e à avaliação subjetiva da equipe assistente^{8,29}.

Figura 2 - SPCT

O SPIC-T 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

Capacidade funcional em declínio devido a progressão do câncer.
Estado físico muito debilitado para tratamento do câncer ou tratamento para controle dos sintomas.

Demência/ fragilidade

Incapaz de vestir-se, caminhar ou comer sem ajuda.
Redução da ingestão de alimentos e líquidos e dificuldades na deglutição.
Incontinência urinária e fecal.
Incapaz de manter contato verbal; pouca interação social.
Fratura de fêmur, múltiplas quedas.
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.

Doença cardiovascular

Classe funcional III/IV de NYHA- insuficiência cardíaca ou doença coronariana extensa e intratável com:
• falta de ar ou dor precordial em repouso ou aos mínimos esforços.
Doença vascular periférica grave e inoperável.

Doença respiratória

Doença respiratória crônica grave com:
• falta de ar em repouso ou aos mínimos esforços entre as exacerbações.
Necessidade de oxigenioterapia por longo prazo.
Já precisou de ventilação para insuficiência respiratória ou ventilação é contraindicada.

Deterioração e sob o risco de morrer de qualquer outra condição ou complicação que não seja reversível.

Doença renal

Estágios 4 e 5 de doença renal crônica (TFG < 30ml/min) com piora clínica.
Insuficiência renal complicando outras condições limitantes ou tratamentos.
Decisão de suspender a diálise devido à piora clínica ou intolerância ao tratamento.

Doença hepática

Cirrose avançada com uma ou mais complicações no último ano:
• Ascite resistente a diuréticos
• Encefalopatia hepática
• Síndrome hepatorenal
• Peritonite bacteriana
• Sangramentos recorrentes de varizes esofágicas
Transplante hepático é contraindicado.

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.

Quadro 1 – Palliative Performance Scale (PPS)					
%	Deambulação	Atividade e existência de doença	Autocuidado	Ingesta	Nível da consciência
100	Completa	Atividade normal e trabalho, sem existência de doença	Completo	Normal	Completo
90	Completa	Atividade normal e trabalho, alguma existência de doença	Completo	Normal	Completo
80	Completa	Atividade normal com esforço, alguma existência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completo
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho, doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completo
60	Reduzida	Incapaz para hobbies/trabalho doméstico, doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completo ou períodos de confusão
50	Maior parte do tempo sentado ou deitado	Incapacidade para qualquer trabalho, doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completo ou períodos de confusão
40	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades, doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completo ou sonsolência +/- confusão
30	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Normal ou reduzida	Completo ou sonsolência +/- confusão
20	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Mínima a pequenas sips	Completo ou sonsolência +/- confusão
10	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonsolência ou coma +/- confusão
0	Morte				

Fonte: Maciel²³

Considerando instrumentos como SPCT e NECRAI, além da aplicação do SOFA, em situação de catástrofe (falta de leitos de UTI com excesso de demanda), é possível presumir algumas situações em que o nível de suporte com medidas não invasivas e controle de sintomas podem ser o mais indicado:

Presença de doença crônica grave e imensurável²⁵:

- Demência moderada a avançada (usar o RASTZ 2A²⁶);
- IC com FE < 35% ou IC FE < 50% e interrupções frequentes por desconexão nos últimos 6 meses;
- Hepatopatia crônica com cirrose Child C;
- Pneumopatia grave: basal de SatO2 < 90% em ar ambiente, dependendo do O2 + de 3 interrupções por desconexão ao ano;
- DM com 2 ou + lesões de glândula alvo;
- IRC moderada aguda ou IRC grave;
- Neoplasia estágio IV com PPS < 50 (ECOG 3-4)

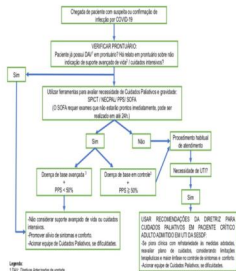
Se SIM para qualquer uma das acima:

Paciente pode ser indicação de objetivo de cuidado de conforto priorizando medidas que aliviam sofrimento e permitam obito de forma natural, sendo contra-indicadas medidas invasivas como UTI, IOT, hemodiálise, uso de droga vasoativas²⁵. Em uma situação comum, em caso de dúvida quanto ao benefício das intervenções invasivas e intensivas, é possível realizar tais medidas e observar a evolução do quadro clínico por 72h, para posterior reavaliação, conforme recomendações da Diretriz para Cuidados Paliativos em pacientes críticos adultos admitidos em UTI¹. Ou seja, nessas situações, em caso de piora clínica e refutabilidade às medidas empreendidas, o plano de cuidados deve ser revisto, sendo indicadas limitações terapêuticas, aumentando-se o ênfase no alívio de sintomas e promoção de conforto²⁷. Contudo, diante de um cenário de crise humanitária por epidemia, no qual há escassez e racionamento de recursos (por exemplo, leitos de UTI e ventiladores mecânicos) devido à alta demanda, essa opção pode não ser viável, e portanto, o exatíssimo controle de sintomas, assim como Cuidados Paliativos de alta qualidade devem ser oferecidos a esses pacientes que não terão uso de medidas intensivas e invasivas como objetivo de cuidado prioritário²⁸.

Em caso de dificuldade para tomada de decisão e comunicação de notícias difíceis, vale ressaltar que as decisões complexas não devem ser responsabilidade de um único profissional, mas devem ser compartilhadas em equipe. Caso ocorra persistência da dificuldade, inclusive com o controle adequado de sintomas, a equipe de Cuidados Paliativos deverá ser acionada para auxiliar nesses casos em meio à catástrofe provocada pela pandemia²⁹.

Durante crises humanitárias por epidemias, tornam-se perceptíveis múltiplos dilemas como a segurança dos profissionais de saúde, a ausência de um medicamento curativo, a ausência de uma prevenção efetiva além das medidas para contenção do vírus, a dificuldade em promover cuidado eficaz para pessoas com outras doenças durante a epidemia, a obrigação de aliviar o sofrimento de vários tipos (físico, psicológico, social e espiritual), a necessidade de se cuidar daqueles que estão morrendo e dos entulhados, a necessidade de se ensinar os mortos de forma segura e respeitosa, além da necessidade de se promover saúde eficientemente em meio à tensão social e turbulência política causada pela doença³⁰.

Figura 6 – Fluxograma para auxílio na tomada de decisão em situação de pandemia



Fonte: Elaborado pelas autoras com base nos trabalhos de Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal⁶, Hospital Sirio Libanês²⁵, Supportive and Palliative Care Indicators Tool – SPICTR²⁶, Gómez-Batista et al.²⁷, White²².

CONTROLE DE SINTOMAS

A COVID-19 sendo uma doença aguda com apresentação clínica associada a insuficiência respiratória e/ou pneumonia, pode apresentar sintomas como dispnéia, tosse, febre, fadiga, ansiedade e angústia, delírio, entre outros. Além disso, pacientes com insuficiência respiratória e agravamento do quadro clínico podem apresentar síndrome do desconforto respiratório agudo, necessitando rápido de intervenção rápida para controle dos sintomas. Dentre modo, os cuidados paliativos intervirão buscando o bem-estar e a orientação adequada aos pacientes em questão, seja de maneira complementar ao plano terapêutico, seja como foco principal do cuidado^{37,38}.

A estratégia fundamental dos Cuidados Paliativos, em todas as fases da doença crítica é o controle adequado dos sintomas, visando a qualidade de vida e o alívio do sofrimento. Sendo assim, precisa ser individualizado, de acordo com as necessidades de cada paciente, com uma abordagem multidisciplinar, baseada em medidas farmacológicas e não farmacológicas³⁹.

O Quadro 3 orienta os tratamentos dos principais sintomas apresentados por pacientes críticos em cuidados paliativos com COVID-19.

Quadro 3 - Orientação para controle dos principais sintomas apresentados por pacientes críticos em cuidados paliativos com COVID-19

SINTOMAS	CONFORTO
DISPNEIA	Ver o tópico e fluxograma referentes ao controle da dispnéia nesta Nota Técnica.
DOER ^{37,38}	MORFINA: (Não possui dose máxima) - Manter o tratamento já estabelecido, em caso de sintoma bem controlado; - Se desconspensação do sintoma e necessidade de aumento de dose, seguir as recomendações: - Acrescentar as doses de resgates realizadas em 24h OU aumentar dose diária total (dose em 24h) em 20 a 30%. - Se paciente virgem de opioide, ou em uso de opioide fraco, necessitando de escalonamento: → Iniciar 5 a 10 mg VO de 4/4h; OU 2 a 5mg de 4/4h SC; OU 10 a 30mg diluído em SF ou SG em BIC para correr em 24h. → Não esquecer dos resgates que correspondem a 10-15% da dose diária total, podendo ser realizados de 22h ou até de 1/1h (VO ou SC), se dor. (Lembrar da equivalência analgésica, se paciente estiver em uso de morfina VO e fazer resgate SC) - ANEs com uso contraindicado em infecção por COVID-19; - Prescrever laxativo (lactulose ou bisacodil) de horário, ou se necessário caso paciente tenha hábito intestinal diário; (Para maiores informações, recomendar-se o acesso à Diretriz para Cuidados Paliativos em paciente crítico admitido em UTI adulto, disponível no site da SESDF como protocolo aprovado).
TOSSA ^{37,38}	- Na síndrome gripal ocasionada pela COVID-19 o principal mecanismo será por irritação do parênquima pulmonar e das vias aéreas e em menor frequência a irritação pleural. Medidas não farmacológicas para controle da tosse são pouco eficazes e as principais medidas adotadas terão para reduzir a disseminação do vírus. - Manter paciente com máscara para evitar disseminação do vírus. - Cobrir o nariz e a boca com um lenço descartável quando espirar, tossir e assoar o nariz, descartando os papéis usados na bacia destinada a lixo infeccioso ou contaminados. - CODÉINA: 10-20mg, VO, a cada 4 a 6 horas.

	Se persistência da tosse: - MORFINA: 5mg, VO, a cada 4 horas; OU 1 a 5mg SC de 4/4; OU 10mg/dia em BIC. - Se persistência da tosse, aumentar dose em até 30% da dose diária total. - Medidas antitussivas descritas abaixo. (Associar laxativos, em caso de uso de opióide)
ANGÚSTIA E ANSIEDADE^{47,48}	Demanda abordagem interdisciplinar. Se necessário, utilizar fluxograma e tópico de Dispnéia nesta Nota Técnica.
ALTERAÇÕES COGNITIVAS OU DELÍRIUM^{49,51,52}	- AVALIAR PRESENÇA DE FATORES CAUSADORES DE DELÍRIUM, QUE SEJAM POTENCIALMENTE REVERSÍVEIS (infecções, distúrbio hidroeletrólitos, polifarmácia, desidratação, dor, constipação, presença de sondas, contensão mecânica, por exemplo). - Realizar medidas não farmacológicas, pois a prevenção é o melhor tratamento. Contudo, no contexto do COVID-19, as medidas não farmacológicas podem não ser possíveis em ambientes de isolamento, os quais podem inclusive piorar os sintomas. - Tratamento farmacológico: HALOPERIDOL: 1 a 2 mg VO, SC ou IV até de 4/4h. Dose máxima de 24 mg/dia. Precauções: prolongamento do QT pela via IV; sintomas extrapiramidais com dose > 4.5mg/dia. CLOROPROMAZINA: 12.5 a 50mg VO/SC ou IV a cada 4 ou 6h. Dose máxima 200mg. Precauções: sedação e sintomas anticolinérgicos.
HIPERSECREÇÃO DE VIAS AÉREAS⁵³	ESCOPIOLAMINA: iniciar com 20mg, VO, IV ou SC, a cada 6 ou 8 hrs. Dose máxima: 120mg/dia (30mg de 6/6h) PRATROPIO: Nebulização com 20 a 40 gotas a cada 4 ou 8 horas. ATROPINA COLÍRIO A 1%: 1 a 2 gotas na BOCA a cada 6 ou 8 horas.
FEBRE^{57,60}	Antitérmico: Difenidramina ou Paracetamol DIFENIDRAMINA: 500mg a 1g a cada 6 horas PARACETAMOL: 500 a 750mg a cada 6 horas. Se febre refratária aos medicamentos, colocar compressas frias em axilas.

Fonte: Elaborado pelas autoras com base nos trabalhos de Zoccali⁵⁷, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia⁴⁸, Northern Care Alliance NHS Group Great Britain and Ireland⁵⁸, The International Association for Hospice and Palliative Care⁴⁹, British Geriatrics Society⁵¹, Agar, Alci, Brettbart⁵².

MANEJO DA DISPNEIA

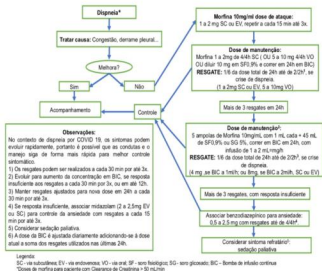
COVID-19 é uma doença aguda que pode se apresentar clinicamente como pneumonia e insuficiência respiratória associada. Os sintomas típicos são dispnéia (falta de ar), tosse, fraqueza e febre. Pacientes com insuficiência respiratória e deterioração rápida desenvolvem síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) com falta de ar, ansiedade e pânico, exigindo intervenção rápida para o controle dos sintomas⁶¹.

Tanto a condição aguda de infecção por COVID-19 quanto condições crônicas prévias como câncer de pulmão avançado, síndrome de veia cavo superior, carcinomatose por linfângio, podem causar sofrimento por falta de ar grave no final da vida. Não só a dispnéia associada a infecção por COVID-19 isoladamente, mas também o tratamento das causas subjacentes da dispnéia deve ser considerado e otimizado sempre que possível⁶².

Intervenções não farmacológicas como posicionamento corporal (posição inclinada para frente, apoio de travesseiro para braços e/ou tórax), técnicas de respiração e relaxamento ou resfriamento do rosto com uma toalha úmida (evitar o uso de ventiladores de mão no contexto da pandemia por COVID-19 para impedir a disseminação de aerossóis) podem aliviar a falta de ar. O oxigênio ou oxigênio de alto fluxo (com reservatório de oxigênio) também podem aliviar a dispnéia, se cuidados intensivos e ventilação mecânica não forem indicados^{63,65}.

Se a falta de ar persistir apesar do tratamento da doença subjacente, intervenções farmacológicas devem ser implementadas, incluindo o fornecimento de opióides orais ou parenterais de acordo com o fluxograma que se segue.

Figura 7 - Fluxograma para Controle da Dispnéia



Fonte: Elaborado pelos autores com base nos trabalhos de Hospital Sirio Libanês²³, Northern Care Alliance NHS Group Great Britain and Ireland¹⁸, Cherry, Ziff-Werman, Cohen, Beyers¹⁶.

Atenção aos sinais de intoxicação por opioides (que não são comuns se o opioide for usado de forma cautelosa, iniciando em doses mais baixas e com ajustes criteriosos baseados em reavaliações frequentes): classicamente rebaixamento do nível de consciência, náusea e bradipneia. Se intoxicação, sugere-se interrupção do infuso por algumas horas (4 - 6 horas), hidratação caseira e renome do infuso com 50% da dose anterior. Se sinais de intoxicação grave, com FR < 8 lpm e Sat < 90% em ambiente, avaliar o uso de antagonista (Naloxona), atentando-se para o risco de precipitar náusea e desconforto do sintoma. Por isso, avaliar sempre se os sinais de bradipneia e hipotensão são atribuíveis ao uso da medicação ou se são mais provavelmente manifestações do processo de morte e neste caso, intervenções¹⁷.

Se o paciente fizer uso prévio de opioides de forma contínua, sugerem-se os seguintes passos para controle de dispnéia:

1. Realizar conversão para morfina parenteral de acordo com a tabela 1. Ressaltar que a conversão é realizada com base na dose diária total¹⁸.
2. Se for necessária redução de opioide, levando-se em conta a tolerância cruzada incompleta, a dose diária total deve ser reduzida em 25% a 50%, dependendo das circunstâncias clínicas do paciente. Redução é troca de opioide, portanto, no caso de conversão de morfina oral para parenteral, não se deve reduzir a dose¹⁸.
3. O fentanil é uma exceção ao exposto no item 2 e não necessita da redução de dose após redução para morfina parenteral¹⁸.
4. Calcular a dose de resgate: 1/6 da dose total diária de morfina parenteral obtida com os passos anteriores¹⁸. Sendo assim, essa dose de resgate calculada deverá ser realizada imediatamente para iniciar o controle da dispnéia. Após isso, seguir as orientações do fluxograma mencionado.

Exemplificando:

- Se um paciente utiliza 10mg de morfina via oral de 4/4h (para controle de dor oncológica, por exemplo), então a dose total de morfina oral será de 10mg x 6 doses = 60mg/dia.
- Convertendo para morfina parenteral (dividindo-se por 3, conforme a tabela 1), teremos que 80mg de morfina oral corresponde a 20mg de morfina parenteral.
- Cálculo da dose de resgate: 1/6 de 20mg = 3mg de morfina SC ou EV. Esta dose deverá ser administrada imediatamente para iniciar o controle da dispnéia. Após isso, seguir o fluxograma.

Tabela 1 - Conversão de opioides.

Medicamento	EV ou SC	VO	TD
Morfina	10mg	30mg	
Codina		200mg	
Tramadol	100mg	120 mg	
Oxicodona liberação controlada		20mg	
Fentanil	0,15mg	12 - 25mg/h	

Fonte: Adaptado de Wierman¹⁸ e McPherson¹⁸.

Considerações:

A) Considerar redução da dose de morfina em 50% em idosos, frágeis, acima de 80 anos e em portadores de insuficiência renal (com Clearance de Creatinina menor que 50 mL/min)¹⁷.

B) O paciente deve ser reavaliado em intervalos regulares e ajustes na dose de morfina devem ser feitos se o mesmo apresentar sinais de desconforto (taquipneia, dispnéia, uso de musculatura acessória, respiração abdominal/paradoxal, agitação ou confusão mental)¹⁷.

C) Se não houver disponibilidade de bomba de infusão (BIC), DE FORMA EXCEPCIONAL a solução de morfina poderá ser administrada em microgotas por minuto (mgts/min), considerando o cálculo: $\text{mgts/min} = \text{mg} \times \text{V} / \text{T}$, onde V é o volume da solução em mL e T é o tempo desejado para infusão em minutos¹³. Nesse caso, é importante verificar se a vazão está correta a cada 2 horas.

Exemplificando:

Considerando o exemplo anterior, em que a paciente usava 20mg de morfina parenteral como dose correspondente àquela usada anteriormente VO, em caso de sedação com infusão por microgotas, o cálculo ocorrerá conforme a fórmula já descrita, sendo assim:

Volume da solução = $(500 \text{ ml de SF0,9\%} + 20 \text{ ml de morfina } 10\text{mg/ml}) \times 60 = 30120 \text{ ml}$

T = 24 horas $\times$ 60 = 1440 minutos

Portanto, infusão deverá ocorrer a 21 mgts/ml

D) Evitar excesso de fluidos (sons, finger) EV, pois podem piorar o desconforto respiratório e contribuir para a hipervolemia de vias aéreas e edema pulmonar e perfusão. Se hipervolemia de vias aéreas, pode-se utilizar escopolamina 20 mg EV ou SC de 8/8h com ajustes até 120mg /8h³⁵.

E) Se hipoxemia, priorizar uso de máscara com reservatório, pois cateter nasal e ventilação não-invasiva (VNI) podem gerar produção de aerossóis³².

F) A família e o paciente devem receber escuta e acolhimento, sempre validando os valores e preferências do paciente e reafirmando que serão cuidados e que não serão abandonados³⁹.

F) Pacientes com sintomas graves de COVID-19, principalmente falta de ar grave, cuja probabilidade de sobrevivência é pequena, geralmente se deterioram rapidamente. Sendo assim, podem precisar de doses iniciais de opioides e anestésicos mais altas para controle de dispnéia e ansiedade associada³⁹.

SEDAÇÃO PALIATIVA

Durante epidemias de infecções emergentes à vida, os Cuidados Paliativos são essenciais para alívio de sintomas associados à própria infecção ou a efeitos adversos do tratamento anti-infeccioso proposto. Além disso, pacientes que possuem doenças crônicas pré-existent podem ter sintomas, como dor e dispnéia, sobrepostos à infecção ou exacerbados por ela. Nesse cenário, é importante, ainda, considerar a possibilidade desses pacientes perderem o acesso ao seguimento de sua doença em razão da epidemia e apresentarem desconexão ou agravamento de sua doença de base^{36-33,54}.

O suporte avançado de vida pode não estar indicado em alguns pacientes, como já discutido nesta Nota Técnica. Dessa forma, a sedação paliativa pode ser recomendada em pacientes sem indicação de suporte avançado de vida, com infecção confirmada por SARS-CoV-2, que apresentem evolução desfavorável do quadro clínico com refratariedade às medidas empreendidas para controle de sintomas. Nesses casos, os sintomas refratários mais frequentes que podem motivar a sedação paliativa provavelmente serão dispnéia, ansiedade e delírium^{33,55}.

Sedação paliativa tem como objetivo aliviar o sofrimento intolerável causado por sintomas refratários e está indicada para pacientes com doença avançada em fase final de vida. Dessa maneira, são utilizados medicamentos sedativos específicos para reduzir o nível de consciência, com consentimento do paciente ou responsável, como parte de um processo de decisão compartilhada entre equipe, paciente e família³⁸⁻⁶³.

No entanto, na situação atual de pandemia, o processo de tomada de decisão para sedação paliativa é potencialmente diferente de um contexto de adoecimento por câncer. Esse processo pode ser extremamente difícil, uma vez que, em se tratando de situação aguda, pode não haver tempo para o planejamento antecipado de cuidados. Além disso, há de se considerar que a equipe pode estar trabalhando sob intenso estresse e falta de recursos, e que a família pode não estar presente⁶⁷. Nesse cenário, os profissionais precisam realizar a tomada de decisão de forma técnica, baseando-se na existência prévia de Diretivas Antecipadas de Vontade, na avaliação da funcionalidade e na utilização de instrumentos indicadores clínicos de doença crônica avançada.

Sintoma refratário é aquele que não é possível controlar sem que se comprometa o nível de consciência, apesar de repetidas e intensas tentativas de tratamento (não invasivo) tolerável. Em face do sintoma de difícil controle, que é aquele que necessita de interrupção terapêutica especializada. Destaca-se a importância de se conhecer as opções antes de tomar a decisão antes de se considerar um sintoma como refratário⁵⁸⁻⁶².

A sedação paliativa pode ser classificada em primária ou secundária, intermitente ou contínua, superficial ou profunda^{38,39,64}. Tal intervenção não é definitiva e precisa envolver reavaliação frequente do nível de sedação, do controle dos sintomas refratários e da condição clínica do paciente⁶⁵. Portanto, a sedação deve ser titulada individualmente^{38-63,65}. Para o monitoramento, podem ser utilizadas escalas de sedação como RASS, Ramsay ou Richmond⁶⁵. Além disso, sedação paliativa não reduz a sobrevivência dos pacientes, portanto, não é eutanasia nem suicídio assistido^{38,39,66}.

Devem-se usar medicamentos sedativos e não analgésicos para a sedação paliativa⁵⁸⁻⁶². Sendo assim, MORFINA OU FENTANI, EM BOMBA DE INFUSÃO NÃO É SEDAÇÃO PALIATIVA, É ANALGÉSICO⁶⁷. De qualquer maneira, sedação não substitui analgesia e é extremamente importante manter analgesia associada à sedação^{38,45}.

Os medicamentos utilizados devem ter ação rápida, fácil titulação e poucos efeitos adversos⁶⁸. Dentre os sedativos que podem ser utilizados, encontram-se^{38-63,69}:

- benzodiazepínicos (como midazolam);
- barbitúricos (como fenobarbital);
- anestésicos (como propofol);
- neuroleptícos (como haloperidol).

Considerando facilidade de titulação, rápido início de ação (de 2 a 5 minutos por via endovenosa; de 10 a 25 minutos por via subcutânea), meia-vida de eliminação curta (2 horas, em média) e presença de antagonistas específicos (flumazenil, o midazolam é o fármaco de primeira escolha para sedação paliativa^{37,62,65,65}). Além disso, possui efeito anodizante, anticonvulsivante e causa amnésia anterógrada. Ressalta-se que é necessária infusão contínua do midazolam para manter efeito sustentado⁶⁵. Em pacientes com delírium hipotivo, os neuroleptícos são melhor indicados, associados ou não ao midazolam^{62,63}. O quadro abaixo mostra sugestão de prescrição para o midazolam^{36,35,38,65}.

Quadro 4 - Sugestão de prescrição para o midazolam.

Apresentação	Midazolam 5mg/ml ampola 3ml (15mg) ou 10ml (50mg)
Indução	Bolus lento: 2,5 a 5mg EV ou SC (repetir em 5 - 10 min, se necessário)
Manutenção	Midazolam 10ml (50mg) + SF0,9% ou SG 0,9% OU Midazolam 20ml (100mg) + SF 0,9% ou SG 180ml (solução 0,5mg/ml)
	Inicialmente infundir EV ou SC: 1 a 2ml/h em BIC* [0,5 a 1mg/h] Dose máxima: 160mg/dia

	*OBS: em caso de exceção, usar equivo microgotas: 1 a 2 microgotas/leis. Nesse caso, verificar vazio no equivo a cada 2 horas.
	Até controle do sintoma refratário: REAVILAR A CADA 30 - 60 MIN, com aumento de 0,5 a 1mg/h (se necessário, realizar novo bolus)
Reavaliação	No contexto de SARS-CoV-2, a dose final necessária pode variar de 1,5mg/h (pacientes > 70 anos) a 2,5mg/h (pacientes < 70 anos)(1,12): Infusão EV ou SC em MIC: 3 a 5mg/h (1,5 a 2,5mg/h) OU Infusão EV ou SC em equivo microgotas (como exceção): 3 a 5 microgotas/leis (1,5 a 2,5mg/h) Sintoma refratário controlado: reavaliar a cada 4h

Fonte: elaborado pelas autoras a partir de Nehls, Dellis, Haberland, Maier, Sängler, Tesmer, et al¹¹; Kira¹²; Rodrigues, Carvalho¹³; Cherry, Ziff-Werman, Cohen, Rayner¹⁴.

AUTOCUIDADO E PREVENÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS NO PROFISSIONAL DE SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DO COVID-19

O processo mental de um surto pandêmico possui duas vertentes paralelas relacionadas a medos incógnitas e coletivos: o medo da insegurança e do contágio⁶⁸. Os profissionais de saúde ficam expostos a estes dois aspectos simultaneamente, além das diversas formas de ramificações deste medo tais como xenofobia, histeria em massa, pânico e estigma⁶⁹.

Além de todas as fantasias coletivas despertadas pela pandemia, os profissionais de saúde vivenciam uma situação sem precedentes, com necessidade de tomar decisões difíceis eticamente sob um ambiente de intenso estresse e sem estrutura adequada, na maior parte das vezes.⁷⁰ Estas decisões variam desde como alocar os limitados recursos físicos e de mão de obra para equivar os atendimentos aos pacientes até como equivar sua saúde física e mental diante da necessidade de pacientes graves e do medo de contagiar familiares ou amigos.⁶⁹

O duplo desse impacto psíquico entre profissionais de saúde ainda não foi devidamente dimensionado⁶⁸. Este cenário de excesso de demanda laboral e psíquica associada a recursos nem sempre suficientes para o exercício de suas atividades aumentam o nível de estresse vivenciado e, portanto, do risco de desenvolvimento de transtornos mentais.

Durante e após um surto, um em cada seis profissionais apresentam sintomas intensos de estresse⁶⁸. Sintomas de ansiedade, depressão, hostilidade e irritabilidade são relatados na literatura⁷⁰. Os mais afetados são os profissionais que atuam em serviços de ponta como pronto-atendimento e UTI's, principalmente os que tiveram maior demanda laboral por excesso de recursos humanos^{68,70}. Estudos realizados pós-surto de Síndrome Aguda Respiratória Grave (SARS) em Singapura em colaboradores que atuaram nos cuidados diretos de pacientes em isolamento, identificaram os seguintes fatores de proteção para o desenvolvimento de sintomas psiquiátricos: comunicação clara de medidas diretas e preventivas, capacidade de dar feedback pela gestão assim como o seu apoio em suas atividades, suporte da chefia imediata e dos colegas, acolhimento da família, capacidade de conversar com alguém sobre suas experiências e convicções religiosas⁷¹⁻⁷³.

1. O QUE É NORMAL SENTIR DIANTE DE UMA PANDEMIA?

Reações de medo (de morrer, de contagiar familiares ou amigos, da morte de familiares, do estigma social por ser profissional de saúde, da perda financeira, de não receber o suporte de seus gestores e líderes, de ser separado de seus entes queridos devido a atividade que exerce), angústia, desassossego, irritabilidade e ansiedade são comuns devido às incertezas desse momento^{73,74}. Devido a estes sentimentos, algumas alterações no comportamento são esperadas, tais como alterações no apetite e sentimento de impotência e de incompetência^{73,75}.

Neste contexto, é necessário o investimento em atitudes de autocuidado.

2. COMO CUIDAR DE SI

O principal núcleo psíquico de um surto pandêmico é a ausência de informação ou informações imprecisas que geram sentimentos de incerteza e de insegurança⁶⁸. Diante deste cenário é de vital importância o desenvolvimento de novos mecanismos de autocuidado a fim de se manter o mais saudável possível diante do atual desafio⁷⁶⁻⁷⁸.

Quadro 5 - Autocuidado dos profissionais de saúde^{6,73,74,76,77,78}

 aceite suas emoções: A situação enfrentada é nova para todos. As incertezas de como o processo se desenvolverá, geram medo e insegurança. Reconheça e nomeie as emoções geradas em você. Permita-as e aceite-as. Aprenda a cultivar um estado de presença amorosa e conectada consigo mesmo.
Medite uma vez ao dia: Encontre espaços para seu próprio cuidado mental. Conecte-se com você mesmo, medite e pense como tudo o afeta. Pratique técnicas de relaxamento e respiração. Foque no presente.
Mantenha bons hábitos: Organize seu dia com uma lista simples das principais tarefas do dia. Observe sua dieta e evite consumir álcool e tabaco. Incorpore o exercício físico em sua rotina (use suas redes de suporte social para lhe incentivar).
Cuide de seu sono: Um sono regular e restaurador é essencial para a saúde física e mental. Mantenha hábitos de sono saudáveis, evitando situações que favoreçam a perda do sono: (como permanecer em aparelhos eletrônicos no período noturno, evitar bebidas com cafeína ou usar bebida alcoólica e outras drogas).
Descanse: Faça períodos de desconexão. Encontre espaços para relaxar e praticar hobbies.
Converse sobre os seus sentimentos com pessoas de sua confiança: Procure pessoas de sua rede de suporte social que possam lhe acolher e lhe ouvir. Mantenha contato com familiares e amigos, mesmo que virtualmente.
Encontre aqueles que o confortam: Evite o isolamento emocional. Invista tempo de qualidade com sua família quando chegar em casa.
Desenvolva uma rede de apoio para lhe auxiliar: Como você provavelmente trabalhará mais ao longo da pandemia, organize uma rede de apoio para tarefas domésticas.
Reconhecer pensamentos catastróficos: Este padrão de pensamento é comum nessa situação, mas

- https://portal.cts.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=14&Itemid=20176&assunto=toxico.
- 20 - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Projeto da UPFMS cria planilha de comunicação alternativa para pacientes internados. [publicação online]. 2020. [acesso em 12 abril 2020]. Disponível em: <http://www.ufgrs.br/ufgrs/noticias/projeto-da-upfms-cria-planilha-de-comunicacao-alternativa-para-pacientes-internados>.
- 21 - Fonseca RN, Fener VC. Cuidados Paliativos e Espiritualidade. In: Zoccolli et al (Org.). Desmistificando Cuidados Paliativos – Um Olhar Multidisciplinar [livro eletrônico]. Brasília: Oeigênis; 2019. p. 80-91.
- 22 - Weaver MS, Baach M. Communicating Bad News. In: Waldman E, Glass M (Editors). A Field Manual for Palliative Care in Humanitarian Crises. [publicação online]. Oxford University Press; 2019. [acesso em 07 abril 2020]. Disponível em: <https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/oxfordmedicine/9780190066529.001.0001/med-9780190066529-chapter-14>.
- 23 - Czigany D, Silva MP, Cedotti W, Câmara M, Gomes AS. Notícias de óbito durante a pandemia do COVID-19: Recomendações práticas para comunicação e acolhimento em diferentes cenários de pandemia. [publicação online]. 2020. [acesso em 13 de abril de 2020]. Disponível em: <https://www.org.org.br/wp-content/uploads/2020/COVID-19.pdf>.
- 24 - Baile WF, Buchman R, Lerei F, Globor G, Beale IA, Rudek AP. SPIKES – Um Protocolo em Seis Etapas para Transmitir Más Notícias: Aplicação ao Paciente com Câncer. The Oncologist. 2000;5:302-11.
- 25 - Hospital Sirio Libanês. Equipe de Cuidados Paliativos. Recomendações de Cuidados de fim de vida aos pacientes em insuficiência respiratória aguda por infecção pelo COVID-19 – 23-09-2020 [publicação online]. 2020. [acesso em 23 de abril de 2020].
- 26 - Anya A, Buchman S, Gagnon B, Downar J. Pandemic palliative care: beyond ventilators and saving lives. CMAJ 2020.
- 27 - Mantuono DI. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: Carvalho RT, Parsons HA (Org.). Manual de Cuidados Paliativos ANCP – Ampliado e Atualizado. 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 29-30.
- 28 - Supportive and Palliative Care Indicators Tool – SPICT BR. Disponível em: <https://www.spect.org.uk/the-spect/>.
- 29 - Gómez-Battiste X, Martínez-Muñoz M, Bay C, Amblés J, Vila L, Costa X, et al. Recommendations for the comprehensive and integrated care of persons with advanced chronic conditions and life-limited prognosis in health and social services: NCCPAC-COIMS-ICOD 3.0, 2016. 13 p.
- 30 - Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016;315(8):801-810. doi:10.1001/jama.2016.0287
- 31 - Menelle News Blog. SEPSIS 3.0 – Vantagens e limitações das novas definições. Editora Menelle. acesso em 12 de abril de 2020. <https://blog.menelle.com.br/index.php/2016/08/06/sepsis-3-0-vantagens-e-limitacoes-das-novas-definicoes/>.
- 32 - White DB. A Model Hospital Policy for Allocating Scarce Critical Care Resources. University of Pittsburgh School of Medicine. Published March 23, 2020. Accessed March 25, 2020. <https://www.pitt.edu/~hpz/content/model-hospital-policy-allocating-scarce-critical-care-resources-available-online-now>.
- 33 - Maciel MDS. Avaliação do paciente em Cuidados Paliativos. In: Carvalho RT, Parsons HA (Org.). Manual de Cuidados Paliativos ANCP – Ampliado e Atualizado. 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 31-42.
- 34 - Thomas K, et al. The GSF prognostic indicator Guidance, The National GSF Centre's guidance for clinicians to support earlier recognition of patients nearing the end of life. Prognostic Indicator Guidance (PIG). The Gold Standards Framework Centre in End of Life Care CIC. 4th Edition. 2011.
- 35 - Donnezina BG, Claudia G, Monika O, Ralf J. COVID-19: decision making and palliative care. Swiss Med Wkly. 2020.
- 36 - Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises – WHO guide. Geneva: World Health Organization; 2018.
- 37 - Zoccolli TK. Assistência ao Fim de Vida. In: Zoccolli et al (Org.). Desmistificando Cuidados Paliativos – Um Olhar Multidisciplinar. [livro eletrônico]. Brasília: Oeigênis; 2019. p. 335-352.
- 38 - Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. O uso da via subcutânea em geriatria e cuidados paliativos. 2a edição. Rio de Janeiro: SBGG; 2017.
- 39 - Northern Care Alliance NHS Group; Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland. COVID-19 and Palliative, End of Life and Bereavement Care in Secondary Care. Role of the specialty and guidance to care. Version 3: 06 April 2020. [publicação online]. 2020. [acesso em 23 de abril de 2020]. Disponível em: <https://www.palliative.org/wp-content/uploads/2020/03/COVID-19-and-Palliative-End-of-Life-and-Bereavement-Care-22-March-2020.pdf>.
- 40 - The International Association for Hospice and Palliative Care. Recommendations for Symptom Control of Patients with COVID-19. [acesso em 20 abril 2020]. Disponível em: <http://globalhospiceandpalliativecare.org/covid-19/symptom-benefit-notice/benefit-note-recommendations-for-symptom-control-of-patients-with-covid-19.pdf>.
- 41 - British Geriatrics Society, European Delirium Association, Old Age Psychiatry Faculty, Royal College of Psychiatrists. Coronavirus: Managing delirium in confirmed and suspected cases. British Geriatric Society. 2020. Disponível em: <https://www.bgs.org.uk/resources/coronavirus-managing-delirium-in-confirmed-and-suspected-cases>.
- 42 - Agar M, Alci V, Breitbart W. Delirium. In: Cherny N, Fallon MT, Kaasa S, Portenoy RK, Cunniff DC (Eds). Oxford Textbook of Palliative Medicine. 5a ed. Oxford University Press; 2015. p.1092-1100.
- 43 - Cambridgehospice and Peterborough Clinical Commissioning Group. Guidance on the management of symptomatic patients dying from COVID-19. [publicação online]. 2020. [acesso em 23 de abril de 2020]. Disponível em: <https://www.cambridgehospiceandpeterboroughccg.nhs.uk/EasySiteWeb/GetGatewayLink.aspx?alter=20620>.
- 44 - Doherty M, Hauser J. Care of the Dying Patient. In: Waldman E, Glass M (Editors). A Field Manual for Palliative Care in Humanitarian Crises. [publicação online]. Oxford University Press; 2019. [acesso em 23 abril 2020]. Disponível em: <https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/oxfordmedicine/9780190066529.001.0001/med-9780190066529-chapter-10>.
- 45 - Resha JA, Dispenza. In: Carvalho et al (Org.). Manual da residência de cuidados paliativos. BARUERI: Manelê; 2018. p. 102-101.
- 46 - Cherry K, Ziff-Wormen B, Cohen A, Remyen A. Emergency palliation protocol for non-ventilated COVID-19 patients – Inpatient Version. ESMD. [publicação online]. 2020. [acesso em 23 de abril de 2020]. Disponível em: <https://www.esmd.org/content/downloads/286641/5600299?>
- 47 - Anaguato S. Tratamento farmacológico da dor: opioides. In: Carvalho et al (Org.). Manual da residência de cuidados paliativos. BARUERI: Manelê; 2018. p. 149-151.
- 48 - Ribeiro MG, Reis DF, Zoccolli TK. Do In: Zoccolli et al (Org.). Desmistificando Cuidados Paliativos – Um Olhar Multidisciplinar. [livro eletrônico]. Brasília: Oeigênis; 2019. p. 130-58.
- 49 - Wiemann EG, Die MP, Capeneno R, Lopes PSM, Aguiar CZS, Bettega RTC, et al. Consenso brasileiro sobre manejo da dor relacionado ao câncer. Revista Brasileira de Oncologia Clínica. Dez 2014;10(38):132-44.
- 50 - McPherson ML. Introduction to Opioid Conversion Calculations. In: Demystifying opioid conversion calculations: a guide for effective dosing. American Society of Health-System Pharmacists. Second edition. Canada. 2019. p. 1-20.
- 51 - Cerro, A. et al. Grupo de Estudos sobre Medicamentos do HUSM. Manual de diluição de medicamentos injetáveis. Santa Maria: Hospital Universitário de Santa Maria; 2015. [acesso em 22 de abril 2020]. Disponível em: <http://www.cem-sp.gov.br/site/default/index/boas-praticas-calculo>.

- 52 - WHO. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected. [publicação online]. 2020. [acesso em 22 de abril de 2020]. Disponível em: [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)
- 53 - Nouvet F, Sivaram M, Beazmon K, Krishnaraj G, Hunt M, de Laat S, et al. Palliative care in humanitarian crises: a review of the literature. *Journal of International Humanitarian Action*. 2018;3:5.
- 54 - Krakauer EL, Daubman B, Aloudat T, Bhadelia N, Black L, Janjani S, et al. Palliative Care Needs of People Affected by Natural Hazards, Political or Ethnic Conflict, Epidemics of Life-Threatening Infections, and Other Humanitarian Crises. In: Waldman E, Glass M (Eds.). *A Field Manual for Palliative Care in Humanitarian Crises*. [publicação online]. Oxford University Press; 2018. [acesso em 21 abril 2020].
- 55 - Sociedade Española de Cuidados Paliativos. Orientaciones sobre el control sintomático de enfermos graves afectados por la enfermedad COVID-19 y que requieren atención paliativa o se encuentren próximos al final de la vida. [publicação online]. 2020. [acesso em 14 de abril de 2020].
- 56 - Nehls W, Delis S, Haselwand B, Meier RO, Särger K, Tressner G, et al. Recommendations for treatment of patients with COVID-19 from the palliative care perspective. V 2.0. German Association for Palliative Medicine. German Respiratory Society [publicação online]. 2020. [acesso em 23 de abril de 2020].
- 57 - Hasselair J, Vissers K, Mercadante S, C Centeno C, Payne S, Preston N, et al. Recommendations for the context of COVID-19. Expert opinions from the Palliative Sedation Project. *Jagda in hospice de internet*. 2020. [acesso em 23 de abril de 2020].
- 58 - Zoccolli TUV, Lima LN, Sedação Paliativa. In: Zoccolli et al (Org.). *Desmistificando Cuidados Paliativos – Um Olhar Multidisciplinar*. (livro eletrônico). Brasília: Outgrin; 2019. p. 327-34.
- 59 - Kira CM. Sedação Paliativa. In: Carvalho RT, Ramos HA (Org.). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP – Ampliado e Atualizado*. 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 517-30.
- 60 - Cherry NJ. Palliative sedation. In: Bruera E, Higginson J, Gunten CH, Morita T [Ed.]. *Textbook of Palliative Medicine*. CRC Press; 2015. p. 1009-20.
- 61 - Krakauer EL. Sedation at the end of life. In: Cherry NJ, Fallon MT, Kaasa S, Portney RK, Currow DC (Ed.). *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3. ed. Oxford University Press; 2015. p. 1134-41.
- 62 - Meneses MS, Figueiredo MGACA. O papel da sedação paliativa no fim da vida: aspectos médicos e éticos – Revisão. *Rev Bras Anestesiologia*. 2019;69(1):72-77.
- 63 - Saretto F, Canciani F, Rossi R, Maltini M. Palliative Sedation for the Terminally Ill Patient. *CNS Drugs*. 2018 Oct;32(10):951-61.
- 64 - Carvalho FPM, Carvalho TMM, Motta VBR. Classificação e Vias de Administração. In: Santos AF, Rodrigues LF (Org.). *Manual de Terapia de Sedação Paliativa*. 1. ed. São Paulo: Lemar; 2020. p. 35-38.
- 65 - Rodrigues LF, Carvalho F. Fármacos: Propriedades e Modo de Administração. In: Santos AF, Rodrigues LF (Org.). *Manual de Terapia de Sedação Paliativa*. 1. ed. São Paulo: Lemar; 2020. p. 87-101.
- 66 - Seler D. Ética e Terapia de Sedação Paliativa. In: Santos AF, Rodrigues LF (Org.). *Manual de Terapia de Sedação Paliativa*. 1. ed. São Paulo: Lemar; 2020. p. 77-86.
- 67 - Kotzer UF. Cuidados Paliativos – identificação e controle dos sintomas. In: Moritz RO (Org.). *Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva*. São Paulo: Editora Atheneu; 2011. p. 19-30.
- 68 - Hammond B. Psychiatry of Pandemics A Mental Health Response to Infectious Outbreak, 2019. Ed. 1. Ed. Springer.
- 69 - Greenberg N et al. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ* 2020; 368:m1211 doi: 10.1136/bmj.m1211
- 70 - Terales et al. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry*. 2020.
- 71 - Shultz JM et al. The Role of Fear-Related Behaviors in the 2013–2016 West Africa Ebola Virus Disease Outbreak. *Curr Psychiatry Rep* (2016) 18: 164.
- 72 - Shyn R, Hwang L, Robinson S, Kasapovic S, Jones C, Gold WL. Impact on health care workers employed in high-risk areas during the Toronto SARS outbreak. *J Psychosom Res*. 2008;64(2):177-83.
- 73 - Neff K, Gerner C. *Manual de Mindfulness e Auto-compaixão*. 2019, Ed. 1. Ed. ARTMED.
- 74 - Chan AD, Hsueh CY. Psychological impact of the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak on health care workers in a medium size regional general hospital in Singapore. *Occup Med (Lond)*. 2004;54(3):190-6.
- 75 - Shanafelt T, Ripa J, Trickett M. Understanding and addressing sources of anxiety among Health Care Professionals during the COVID-19 Pandemic. *JAMA*. April 2020.
- 76 - Jiang X et al. Psychological crisis intervention during the outbreak period of new coronavirus pneumonia from experience in Shanghai. *Psychiatric Research*. Volume 287, May 2020, 112925.
- 77 - Molloy-Diniz LF et al. Mental Health in emergency situation: COVID-19. *Revista Debates in Psychiatry*. 2020.
- 78 - Weide JA, Vicentini EC, Araújo ME, Machado WL e Enano SH. 2020. *Cartilha para enfrentamento do estresse em tempos de pandemia*. Porto Alegre: PUCRS/Campinas: PUC - Campinas.

Colaboração:

- Thayana Louise Vicentini Zoccolli, Matrícula 1687929-5
- Alexandro Mendes Barreto Arantes, Matrícula 1441813-4
- Adriana Franco de Carvalho Curado Jaime, Matrícula 1445764-3

CONTATOS DAS EQUIPES DE CUIDADOS PALIATIVOS DA REDE E REFERÊNCIA TÉCNICA

DISTRITAL:

- Hospital de Apoio de Brasília (HAB): uap.hab@gmail.com
- Hospital de Base (HBDP): cuidadospaliativoshbdp@gmail.com
- Hospital Regional de Tequaguá (HRT): cpaliativohrt@gmail.com
- Hospital Regional de Colândia (HRC): ecpdro@gmail.com
- Hospital Regional de Ásia Norte (HRA): cuidadospaliativos.hran@gmail.com
- Hospital Materno Infantil de Brasília (HMB): paliativohmb@gmail.com
- Para contato com Referência Técnica Distrital (RTD) de Cuidados Paliativos: gest.dist@saude.df.gov.br





Psicologia, em 20/04/2020, às 21:05, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 18 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 280, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por VERÔNICA CARNEIRO FERREI - Mar.0145482-7, Tenente-Deputado, em 29/04/2016, às 21:18, conforme art. 6º do Decreto nº 38.756, de 18 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 380, quinta-feira, 27 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por ERICA RENATA NASCIMENTO CAVALLANTOIE OLIVEIRA - Matr. 3672949-4, Médica(a) - Clínica Médica, em 29/04/2020, às 21:42, conforme art. 8º de Decreto nº 36.754, de 16 de setembro de 2013, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **MARIA MARTA NEVES DE OLIVEIRA FREIRE** -
Mestr(a)154252-4, Mestr(a)-Psiquiatra, em 30/04/2020, às 07:57, conforme art. 6º do Decreto
nº 36.750, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 280,
quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por **ADRIANA APARECIDA DE ANDRADE E SILVA - Nutri 3457446-X, Psicóloga**, em 30/04/2020, às 08:09, conforme art. 6º do Decreto nº 36.736, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por ERICA OLIVEIRA ALVES - Matr.14109446-1, Chefe do Núcleo de Farmácia Clínica, em 30/04/2020, às 08:13, conforme art. 6º da Lei nº 16.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



Documento assinado eletronicamente por SHIRLEY APARECIDA SILVA ROCHA - Matr. 3191001-6. Coordenadora(a) de Voluntariado, em 05/04/2019, às 08:25, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 26 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"

Sector de Áreas Inundadas Norte (SAIN) - Parque Rural, lote 416 - Risco R. Bairro Aça Norte - CEP 30730-260 - DF