



**GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL**  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL  
Diretoria de Serviços de Internação  
Gerência de Serviços de Terapia Intensiva

Nota Técnica N.º 8/2020 - SES/SAIS/CATES/DSINT/GESTI

Brasília-DF, 29 de abril de 2020.

**NOTA TÉCNICA DE CUIDADOS PALIATIVOS**

**ASSUNTO:**

**Abordagens imprescindíveis 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 correta 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 ECOG ou PPS), que não terão benefício 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 progressa, 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 também são 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 1º 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. 54, 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 produção do cuidado<sup>1</sup>, 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 espaço ou de local mais privativo para uma efetiva comunicação de notícias difíceis junto aos pacientes e/ou familiares<sup>2</sup>. Nessa direção, adotar medidas de descompressão ao profissional mais vulnerável irá amenizar sintomas agudos de estresse e a comunicação é potente instrumento para tal<sup>3</sup>.

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 pares<sup>4</sup>.

A Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), salienta duas ferramentas para trabalhar no ambiente de sofrimento: a sabedoria e a compaixão<sup>5</sup>. Nesse contexto, o autocuidado e o autoconhecimento 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 interpretar sua carga emocional e, se necessário, implementar intervenções de suporte, como encaminhamento para psicologia ou medicina do trabalho<sup>6</sup>. 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 do COVID-19, colabora para atuar preventiva e corretivamente em situações que exigem alto desempenho na assistência e maior segurança para o paciente<sup>3</sup> 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 pioras dos pacientes, deixam os profissionais da saúde vulneráveis ao estresse e risco de burnout<sup>7</sup>. Dessa maneira, destaca-se a importância do desenvolvimento de atividades em educação acerca de comunicação e terminalidade<sup>8</sup>.

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 equipe<sup>8</sup>. 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 iria querer 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 estarão lidando diretamente com o cuidado físico aos pacientes: direcionar 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, Gomes<sup>7</sup> e Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal<sup>8</sup>.

Por fim, algumas considerações se fazem necessárias para facilitar a compreensão frente à pandemia pelo 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 situação<sup>3</sup>.

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 conseqüentemente, melhorar o atendimento aos pacientes e familiares<sup>7</sup>.

## 2. COMUNICAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES

Considerando que a comunicação efetiva e afetiva 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”<sup>8</sup>, elencá-la 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 conversas desafiadoras que exigirão 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 crise<sup>9</sup>. 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 adequação de medidas<sup>10,11</sup>. Neste particular, é de fundamental importância a comunicação transparente entre a equipe, pacientes e familiares, uma vez que os Cuidados Paliativos buscam tornar compatíveis demandas do paciente e disponibilidades técnica e ética<sup>10,11</sup>. Os cuidados, ainda que limitados, devem ser prestados de forma compassiva, de forma que os pacientes não se sintam abandonados<sup>10</sup>.

### Abordagem na Admissão do paciente em Cuidados Paliativos 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 ocorrer. Sempre pergunte e escute o que paciente e/ou familiares sabem, o que já foi falado por outros profissionais de saúde, e o que imaginam<sup>2</sup>. 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: “esperamos o melhor, mas nos preparamos para o pior”<sup>2,4</sup>.

Ao profissional de saúde cabe identificar seus próprios impactos e limites emocionais, e quais elementos que trazem mais segurança na comunicação com pacientes/familiares/cuidadores<sup>12</sup>.

### # Diante da necessidade de isolamento social e/ou internação hospitalar<sup>2</sup>

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 SESDF<sup>13</sup>, 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 atentar-se para:

- 1) Solicitar indicação ou identificação de um familiar/cuidador - essa pessoa será a referência para comunicação quanto aos cuidados do paciente<sup>2</sup>;
- 2) Conversar com o paciente e familiares sobre o plano de cuidado e possibilidades de evolução do quadro<sup>2</sup>;
- 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 1995/2012<sup>14</sup>, 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 DAV<sup>2</sup>.

### # Plano Avançado de Cuidados e proporcionalidade do cuidado para Covid-19 e pacientes em terminalidade de doenças<sup>2</sup>

- 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 prestação de assistência centrada no paciente<sup>2</sup>;

- Considerar acionar equipe de Cuidados Paliativos, se houver na instituição, para celeridade e assertividade no planejamento de cuidados<sup>2</sup>. Caso o hospital não tenha equipe de Cuidados Paliativos e a equipe assistencial tenha dificuldades, é possível entrar em contato com essa área técnica por email, **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 benefício 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 comunicação<sup>2</sup>;

- 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 conforto<sup>2</sup>.

Pontos 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 cuidados<sup>12</sup>:

1. *Inicie a conversa apresentando-se e pedindo permissão para continuar: "Posso 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 a previsão: "Gostaria que fosse diferente, mas estou preocupado que seu familiar (tente colocar 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 todo 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 do COVID-19". É importante considerar, no processo de comunicação, que a identidade do paciente e da família não estão reduzidas a uma doença<sup>15</sup>.

### Ferramentas de comunicação entre equipe, paciente e familiares/cuidadores

Considerando as restrições de visitas e de atendimentos presenciais, com vistas a 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<sup>2,4,16-18</sup>.

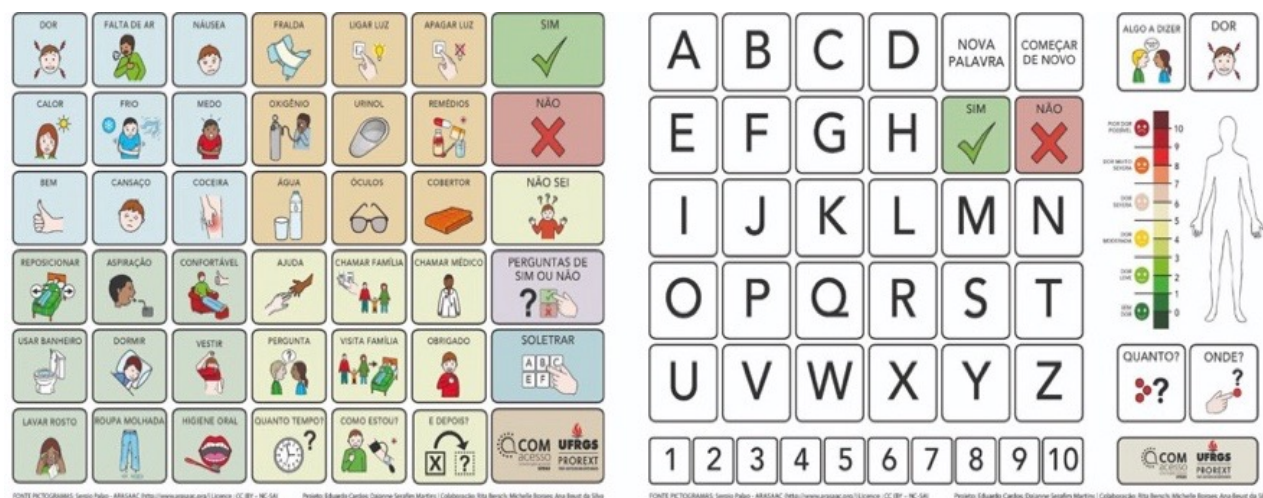
- Visitas virtuais - ao incluir esta ferramenta na rotina dos serviços, faz-se necessário definir e orientar a família previamente quanto aos dias, horários e profissionais responsáveis. É recomendável realizar videochamadas por meio de aplicativos específicos e não enviar fotos, mensagens de texto ou dados clínicos por estes meios<sup>2</sup>. Essa alternativa está em consonância com o Parecer nº 14/2017 do Conselho Federal de Medicina<sup>19</sup>.

- 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 principal<sup>2</sup>.

- 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 abaixo<sup>20</sup>), poderão contribuir para o bem estar do paciente. Exemplos disso são os cartões disponíveis online, para download gratuito e impressão, no site <https://www.ufrgs.br/comacao/>.

Figura 1 - Pranchas para comunicação alternativa



Fonte: Universidade Federal do Rio Grande do Sul<sup>20</sup>

- Assistência espiritual e/ou religiosa - o envolvimento religioso e a espiritualidade são fatores que contribuem para o enfrentamento do adoecimento<sup>21</sup>. Caso sejam identificados aspectos espirituais e/ou religiosos que impactem no processo saúde-doença, sugerimos 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 imprescindível a conferência familiar presencial, devem ser seguidos os protocolos vigentes na SES/DF quanto a segurança e recomendações para controle de infecção hospitalar com base no Plano de Contingência para o Coronavírus<sup>13</sup>.

### 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 comunicação<sup>4</sup>.

Diante de uma situação de crise humanitária, a comunicação com pacientes e familiares deve ser realizada de forma clara, honesta e compassiva<sup>22</sup>. 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 paciente<sup>12</sup>.

Destacam-se fatores específicos do contexto de pandemia do coronavírus, que demonstram a necessidade de atenção especial ao fluxo de comunicação em caso de óbito<sup>2,12</sup>:

- 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, caixão lacrado 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 corretos 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”, “sinto 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 Paliativa<sup>12</sup>; Crispim, Silva, Cedotti, Câmara, Gomes<sup>2</sup>; Crispim, Silva, Cedotti, Câmara, Gomes<sup>23</sup>; Academia Nacional de Cuidados Paliativos<sup>9</sup>; Baile et. al<sup>24</sup>.**

Em caso de necessidade de informações mais detalhadas, sugere-se consultar o documento “Notícias de óbito durante a pandemia do COVID-19”<sup>23</sup>, 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”<sup>9</sup> da Academia Nacional de Cuidados Paliativos, que fornece conselhos 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 é atividade estressante<sup>2</sup>.

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 óbito<sup>2</sup>. 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 nossa cultura), 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 maciça e imediata, enquanto os eventos crônicos trazem consigo o desgaste da exigência de esforços continuados ao longo do tempo<sup>10</sup>.

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 CFM 1995/2012<sup>14</sup>, decidindo assim por não internar 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 dignidade<sup>10</sup>.

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<sup>10</sup>. Ainda assim, a família e o paciente devem receber acolhimento, escuta e a reafirmação de que o paciente será cuidado para amenizar seus sintomas de desconforto e não serão abandonados em um momento de crise humanitária<sup>25</sup>.

Experiências anteriores com epidemias virais como a do Ebola, SARS e HIV demonstraram que a integração dos Cuidados Paliativos foram fundamentais como parte das intervenções de cuidados. Portanto, os Cuidados Paliativos devem ser essenciais como parte das respostas às crises humanitárias, incluindo a atual pandemia SARS-CoV-2. Assim, qualquer sistema de triagem 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 humano<sup>26</sup>.

Em 2018, a Gerência de Serviços de Terapia Intensiva (GESTI-SESDF), 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 UTI<sup>8</sup>, disponível no site da SESDF como protocolo aprovado, na qual já é abordada a questão de se individualizar as condutas em cada paciente, avaliando-se reais 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<sup>8, 27</sup>.

Dessa forma, o uso de algumas ferramentas auxiliam bastante na tomada de decisão quanto à proporcionalidade das condutas, dentre as ferramentas disponíveis e mais utilizadas, destacam-se o SPICT (Supportive and Palliative Care Indicators Tool)<sup>28</sup> e o NECPAL CCOMS-ICO (Necesidades Paliativas do Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud – Institut Català d’Oncologia)<sup>29</sup>, figuras 2 e 3.

Esses instrumentos 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<sup>8,29</sup>.

Figura 2 - SPICT



THE UNIVERSITY  
of EDINBURGH

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

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

**Procure por indicadores gerais de piora da saúde.**

- Internações hospitalares não programadas.
- Capacidade funcional ruim ou em declínio com limitada reversibilidade. (a pessoa passa mais de 50% do dia em cadeira).
- Dependente de outros para cuidados pessoais devido a problemas físicos e/ou de saúde mental, necessitando 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 devido à baixa qualidade de vida.

**Procure por quaisquer indicadores clínicos de uma ou mais das condições abaixo:**

<b>Câncer</b>	<b>Doença cardiovascular</b>	<b>Doença renal</b>
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 insuficiência renal crônica (TFG < 15 mL/min/1,73 m <sup>2</sup> clínica).
Estado físico muito debilitado para tratamento do câncer ou tratamento para controle dos sintomas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• falta de ar ou dor precordial em repouso ou aos mínimos esforços.</li> </ul>	Insuficiência renal com outras condições que não respondem aos tratamentos.
<b>Demência/ fragilidade</b>	Doença vascular periférica grave e inoperável.	Decisão de suspensão de tratamento devido à piora da qualidade de vida ao tratamento.
Incapaz de vestir-se, caminhar ou comer sem ajuda.	<b>Doença respiratória</b>	<b>Doença hepática</b>
Redução da ingestão de alimentos e líquidos e dificuldades na deglutição.	Doença respiratória crônica grave com:	Cirrose avançada com complicações não respondendo ao tratamento.
Incontinência urinária e fecal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• falta de ar em repouso ou aos mínimos esforços entre as exacerbações.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ascite resistente ao tratamento</li> <li>• Encefalopatia hepática</li> <li>• Síndrome hêmica</li> <li>• Peritonite bacteriana</li> </ul>
Incapaz de manter contato verbal; pouca interação social.	Necessidade de oxigenioterapia por	
Fratura de fêmur, múltiplas quedas.		

Episódios frequentes de febre ou infecções; pneumonia aspirativa.	Necessidade de oxigenoterapia por longo prazo.	• Sangramentos varizes esofágicas
<b>Doença neurológica</b>	Já precisou de ventilação para insuficiência respiratória ou ventilação é contraindicada.	Transplante hepático contraindicado.
Deterioração progressiva da capacidade física e/ou da função cognitiva mesmo com terapia otimizada.	Deterioração e sob o risco de morrer de qualquer outra complicação que não seja reversível.	
Problemas da fala com dificuldade progressiva de comunicação e/ou deglutição.		
Pneumonia aspirativa recorrente; falta de ar ou insuficiência respiratória.		
<b>Revisar o cuidado atual e planejar o cuidado</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Reavaliar o tratamento atual e medicação para que receba o cuidado otimizado.</li> <li>Considere o encaminhamento para avaliação de outros sintomas ou necessidades forem complexos e crônicos.</li> <li>Acordar sobre objetivos do cuidado atual e futuro cuidado com a pessoa e sua família.</li> <li>Planejar com antecedência caso a pessoa esteja com perda cognitiva.</li> <li>Registre em prontuário, comunique e coordene o cuidado.</li> </ul>		

Fonte: Supportive and Palliative Care Indicators Tool - SPICTBR<sup>28</sup>

Figura 3 - NECPAL CCOMS-ICO

Questão intuitiva que integra comorbidades, aspectos sociais e outros fatores:		LISTA ESPECÍFICA DE INDICADORES (morbidades prévias)	
Você se surpreenderia se este paciente morresse nos próximos 12 meses?		DOENÇA NEOPLÁSICA:	
SIM ( )	NÃO ( )	Câncer metastático (estágio IV e estágio III nos casos de pulmão, pâncreas, estômago e esôfago) que apresentam baixa resposta ou contraindicação a tratamento específico	
O paciente com doença avançada ou o principal cuidador solicitou tratamento exclusivamente paliativo ou de conforto? Eles sugeriram Limitação do Esforço Terapêutico ou rejeitaram tratamentos específicos ou com fins curativos?		Progressão durante o tratamento ou metástases para órgãos vitais (SNC, fígado, pulmão)	
SIM ( )	NÃO ( )	Sintomas refratários (persistência apesar de tratamento otimizado)	
A equipe assistente identificou necessidade de Cuidados Paliativos?		DOENÇA CARDÍACA CRÔNICA:	
SIM ( )	NÃO ( )	Insuficiência cardíaca estágio III ou IV da NYHA (New York Heart Association), doença valvar grave NÃO operável ou doença coronariana NÃO operável	
<b>INDICADORES CLÍNICOS GERAIS (qualquer 1 dos seguintes indicadores, nos últimos 6 meses)</b>			
Declínio Nutricional: Perda de peso > 10%		DOENÇA PULMONAR CRÔNICA:	
SIM ( )	NÃO ( )	Dispneia em repouso ou aos mínimos esforços	
Declínio Funcional: Declínio de > 30% na Escala de Performance Paliativa (PPS)		Sintomas apesar de otimizada terapêutica	
SIM ( )	NÃO ( )	Critérios de gravidade pela espirometria: VEF1 < 30% ou CVF < 40% / DLCO < 40%	
Declínio Cognitivo: Declínio no Mini Exame do Estado Mental (se possível avaliar) OU Declínio cognitivo prévio		Oxigenoterapia domiciliar	
SIM ( )	NÃO ( )	Insuficiência cardíaca sintomática pulmonar	
Dependência acentuada: Escala de Performance Paliativa (PPS) < 50%		Admissões hospitalares recorrentes internações em 12 meses devidas a exacerbações de DPOC	
SIM ( )	NÃO ( )	DOENÇA NEUROLÓGICA MOTORA (Doença do Primeiro Neurônio Motor, Esclerose Múltipla, Esclerose Lateral Amiotrófica, Doença de Parkinson):	
Condições psicossociais prévias: Ansiedade		Deterioração progressiva da função física e/ou cognitiva, apesar de terapia adequada	
SIM ( )	NÃO ( )	Sintomas complexos e difíceis	
Depressão		Problemas de fala com dificuldade crescente de comunicação	
SIM ( )	NÃO ( )	Disfagia progressiva	
Vulnerabilidade social		Pneumonia por aspiração recorrente / frequente dispnéia ou insuficiência respiratória	
SIM ( )	NÃO ( )	DOENÇA VASCULAR CEREBRAL CRÔNICA:	
Múltiplas morbidades prévias: > 2 morbidades crônicas (lista específica de indicadores)		Fase aguda (< 3 meses após o Aci Vascular Cerebral): persistência rebaixamento do nível de consciência	
SIM ( )	NÃO ( )	Fase crônica (> 3 meses após o Aci Vascular Cerebral): complicações clínicas recorrentes	
Uso de recursos: > De 2 internações não planejadas nos últimos 6 meses		Demência Vascular em fase grave	
SIM ( )	NÃO ( )	FRAGILIDADE:	
Sinais e sintomas geriátricos recorrentes ou persistentes (dados prévios): Quedas		Avaliação Geriátrica Ampla sugere piora da fragilidade	
SIM ( )	NÃO ( )		
Infecções			
SIM ( )	NÃO ( )		
Disfagia			
SIM ( )	NÃO ( )		
Úlceras por pressão			
SIM ( )	NÃO ( )		
Delirium			
SIM ( )	NÃO ( )		
Sintomas persistentes: Dor			
SIM ( )	NÃO ( )		
Náuseas / Vômitos			
SIM ( )	NÃO ( )		
Dispneia			
SIM ( )	NÃO ( )		
Caquexia / Hiporexia			
SIM ( )	NÃO ( )		
Fadiga			
SIM ( )	NÃO ( )		
Sonolência / Insônia			
SIM ( )	NÃO ( )		

Fonte: Gómez-Batiste et al <sup>29</sup>

Outra ferramenta aliada importante para avaliar morbidade, mortalidade e prognóstico clínico é o índice SOFA (Sequential Organ Failure Assessment), que pode ser conferido na figura 4, o qual também tem seu uso indicado na avaliação da fase de assistência e nível de suporte para paciente admitido em UTI, conforme a já citada “Diretriz para Cuidados Paliativos em pacientes críticos adultos admitidos em UTI”<sup>8</sup>.

Figura 4 - Índice SOFA\*

ESCORE SOFA					
	0	1	2	3	4
Respiratório $\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2$ 2 2	> 400	≤ 400	≤ 300	≤ 200 com suporte ventilatório	≤ 100 com suporte ventilatório
Coagulação Plaquetas ( $\times 10^3 / \text{mm}^3$ ) 3 3	> 150	≤ 150	≤ 100	≤ 50	≤ 20
Fígado Bilirrubinas (mg/dL)	< 1,2	1,2 - 1,9	2,0 - 5,9	6,0 - 11,9	> 12
Cardiovascular	Ausência de hipotensão	PAM < 70 mmHg	Dopamina ≤ 5 mg/kg/min ou Dobutamina (qualquer dose)	Dopamina ≥ 5 mg/kg/min ou epinefrina ou noradrenalina ≤ 0,1 mg/kg/min	Dopamina > 15 mg/kg/min ou epinefrina ou noradrenalina > 0,1 mg/kg/min
Neurológico Glasgow	15	13 a 14	10 a 12	6 a 9	< 6
Renal Creatinina (mg/dL)	< 1,2	1,2 a 1,9	2,0 a 3,4	3,5 a 4,9	> 5,0
Débito urinário				< 500 mL/dia	< 200 mL/dia

\*Quanto maior a classificação na escala SOFA, maior a probabilidade de mortalidade (maior o risco de mortalidade)<sup>30</sup>.

Fonte: Editora Manole <sup>31</sup>

Dessa forma, com o uso de ferramentas como SPICT, NECPAL, SOFA e escalas de performance como PPS (Palliative Performance Scale), Figura 5, é possível avaliar o benefício de condutas em pacientes já portadores de doenças crônicas, progressivas, ameaçadoras à vida<sup>8</sup>. Portanto, a idade por si só não deve ser aplicada como critério para não indicar medidas invasivas e UTI a idosos. A seleção etária para elegibilidade de medidas invasivas torna-se discriminatória e anti-ética<sup>32</sup>. Todavia, indiretamente, pessoas idosas geralmente são portadoras de comorbidades importantes, que ao passarem pela avaliação por meio dos citados instrumentos, poderão ter um prognóstico de sobrevida menor e maior necessidade e benefício de Cuidados Paliativos<sup>32</sup>.

Figura 5 - PPS (Palliative Performance Scale)



Quadro 1 – Palliative Performance Scale (PPS)					
%	Deambulação	Atividade e evidência de doença	Autocuidado	Ingesta	Nível da consciência
100	Completa	Atividade normal e trabalho, sem evidência de doença	Completo	Normal	Completo
90	Completa	Atividade normal e trabalho, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
80	Completa	Atividade normal com esforço, alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completo
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho, doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completo
60	Reduzida	Incapaz para <i>hobbies</i> / trabalho doméstico, doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completo ou períodos de confusão
50	Maior parte do tempo sentado ou deitado	Incapacitado 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 sonolência, +/- confusão
30	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Normal ou reduzida	Completo ou sonolência, +/- confusão
20	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completo ou sonolência, +/- confusão
10	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolência ou coma, +/- confusão
0	Morte	-	-	-	-

Fonte: Maciel<sup>33</sup>

Considerando instrumentos como SPICT e NECPAL, 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 irreversível<sup>25</sup>:

- Demência moderada a avançada (usar o FAST  $\geq$  7A<sup>34</sup>);
- IC com FE < 35% ou IC FE < 50% e internações frequentes por descompensação nos últimos 6 meses;
- Hepatopatia crônica com cirrose Child C;
- Pneumopatia grave: basal de SatO<sub>2</sub>  $\leq$  90% em ar ambiente, dependente de O<sub>2</sub> + de 3 internações por descompensação ao ano;
- DM com 2 ou + lesões de órgão alvo;
- IRC moderada agudizada ou IRC grave;
- Neoplasia estadio IV com PPS < 50 (ECOG 3-4)

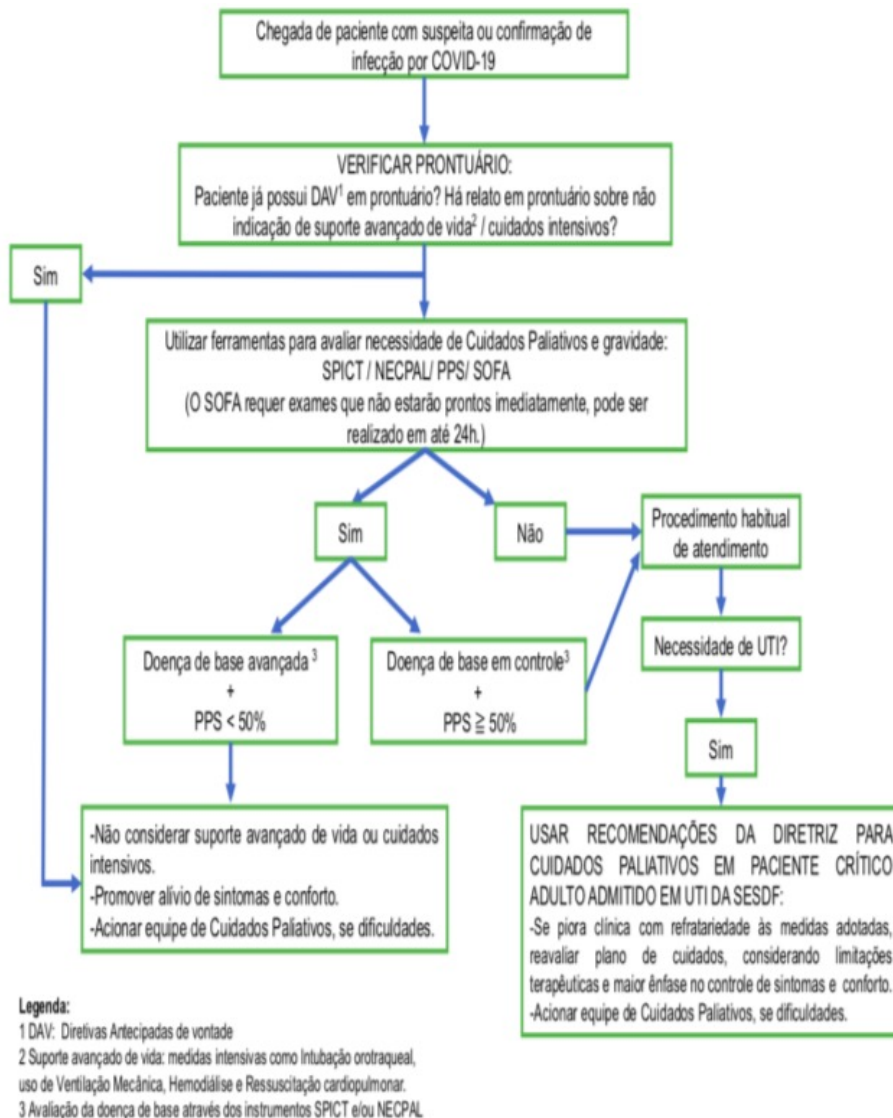
Se SIM para qualquer uma das acima:

- Paciente pode ter indicação de objetivo de cuidado de conforto priorizando medidas que aliviam sofrimento e permitam óbito de forma natural, sendo contra-indicadas medidas invasivas como UTI, IOT, hemodiálise, uso de droga vasoativa<sup>25</sup>. 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 UTI<sup>8</sup>. Ou seja, nessas situações, em caso de piora clínica e refratariedade às medidas empreendidas, o plano de cuidados deve ser revisto, sendo indicadas limitações terapêuticas, aumentando-se a ênfase no alívio de sintomas e promoção de conforto<sup>8</sup>. 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 excelente 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 prioritário<sup>26</sup>.

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 pandemia<sup>35</sup>.

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 enlutados, a necessidade de se enterrar 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 doença<sup>36</sup>.

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 Federal<sup>8</sup>, Hospital Sírio Libanês<sup>25</sup>, Supportive and Palliative Care Indicators Tool – SPICTBR<sup>28</sup>, Gómez-Batiste et al.<sup>29</sup>, White<sup>32</sup>.

### CONTROLE DE SINTOMAS

A COVID-19 sendo uma doença aguda com apresentação clínica associada a insuficiência respiratória e/ou pneumonia, pode apresentar sintomas como dispneia, tosse, fraqueza, febre, ansiedade e angústia, delírium, entre outros. Além disso, pacientes com insuficiência respiratória e agravamento do quadro clínico podem apresentar síndrome do desconforto respiratório agudo, necessitando de intervenção rápida para controle dos sintomas. Deste modo, os cuidados paliativos intervêm 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<sup>37,38</sup>.

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 farmacológicas<sup>37</sup>.

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
<b>DISPNEIA</b>	Veja o tópico e fluxograma referentes ao controle da dispneia nesta Nota Técnica.
<b>DOR<sup>37,39</sup></b>	<p>MORFINA: (Não possui dose máxima)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Manter o tratamento já estabelecido, em caso de sintoma bem controlado;</li> <li>Se descompensação do sintoma e necessidade de aumento de dose, seguir as recomendações:</li> </ul> <p>- Acrescentar as doses de resgates realizadas em 24h OU aumentar dose diária total (dose em 24h) em 20 a 30%.</p> <p>- Se paciente virgem de opioide, ou em uso de opioide fraco, necessitando de escalonamento:</p> <p>--&gt; 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.</p> <p>--&gt; Não esquecer dos resgates que correspondem a 10-15% da dose diária total, podendo ser realizados de 2/2h ou até de 1/1h (VO ou SC), se dor.</p> <p>(Lembrar da equivalência analgésica, se paciente estiver em uso de morfina VO e fizer resgate SC)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>AINEs com uso contraindicado em infecção por COVID-19;</li> <li>Prescrever laxativo (lactulose ou bisacodil) de horário, ou se necessário caso paciente tenha hábito intestinal diário;</li> </ul> <p>Para maiores informações, recomendam-se o acesso à Diretriz para Cuidados Paliativos em paciente crítico admitido em UTI adulto, disponível no site da SESDF como protocolo aprovado.</p>
<b>TOSSE<sup>37,39</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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 serão para reduzir a disseminação do vírus.</li> <li>Manter paciente com máscara para evitar disseminação do vírus.</li> <li>Cobrir o nariz e a boca com um lenço descartável quando espirrar, tossir e assoar o nariz, descartando os papéis usados na lixeira destinada a lixos infecciosos ou contaminados.</li> <li>CODEÍNA: 10-20mg, VO, a cada 4 a 6 horas.</li> </ul> <p><b>Se persistência da tosse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>MORFINA: 5mg, VO, a cada 4 horas; OU 1 a 5mg SC de 4/4; OU 10mg/dia em BIC.</li> <li>Se persistência da tosse, aumentar dose em até 30% da dose diária total.</li> <li>Medidas antissecretivas descritas abaixo.</li> </ul> <p>(Associar laxativo, em caso de uso de opioide)</p>
<b>ANGÚSTIA E ANSIEDADE<sup>37,40</sup></b>	<p>Demanda abordagem interdisciplinar.</p> <p>Se necessário, olhar fluxograma e tópico de Dispneia nesta Nota Técnica.</p>
<b>ALTERAÇÕES COGNITIVAS OU DELIRIUM<sup>38,41,42</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>AVALIAR PRESENÇA DE FATORES CAUSADORES DE DELIRIUM, QUE SEJAM POTENCIALMENTE REVERSÍVEIS (infecções, Distúrbio hidroeletrólítico, polifarmácia, desidratação, dor, constipação, presença de sondas, contenção mecânica, por exemplo).</li> <li>Realizar medidas não farmacológicas, pois a prevenção é o melhor tratamento.</li> </ul> <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tratamento farmacológico:</li> </ul> <p>HALOPERIDOL: 1 a 2 mg VO, SC ou IV até de 4/4h. Dose máxima de 24 mg/dia.</p> <p>Precauções: prolongamento do QT pela via IV, sintomas extrapiramidais com dose &gt; 4,5mg/dia.</p> <p>CLORPROMAZINA: 12,5 a 50mg VO,SC ou IV a cada 4 ou 6h. Dose máxima 2000mg. Precauções: sedação e sintomas anticolinérgicos.</p>
<b>HIPERSECREÇÃO DE VIAS AÉREAS<sup>37</sup></b>	<p>ESCOPOLAMINA: Iniciar com 20mg, VO, IV ou SC, a cada 6 ou 8 hrs.</p> <p>Dose máxima: 120mg/dia (30mg de 6/6h)</p> <p>IPRATRÓPIO: Nebulização com 20 a 40 gotas a cada 4 ou 8 horas.</p>

	ATROPINA COLÍRIO A 1%: 1 a 2 gotas na BOCA a cada 6 ou 8 horas.
<b>FEBRE<sup>37,40</sup></b>	Antitérmico: Dipirona ou Paracetamol DIPIRONA: 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 Zoccoli<sup>37</sup>, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia<sup>38</sup>, Nothern Care Alliance NHS Groupf Great Britains and Ireland<sup>39</sup>, The International Association for Hospice and Palliative Care<sup>40</sup>, British Geriatrics Society<sup>41</sup>, Agar, Alici, Breitbart<sup>42</sup>.

### MANEJO DA DISPNEIA

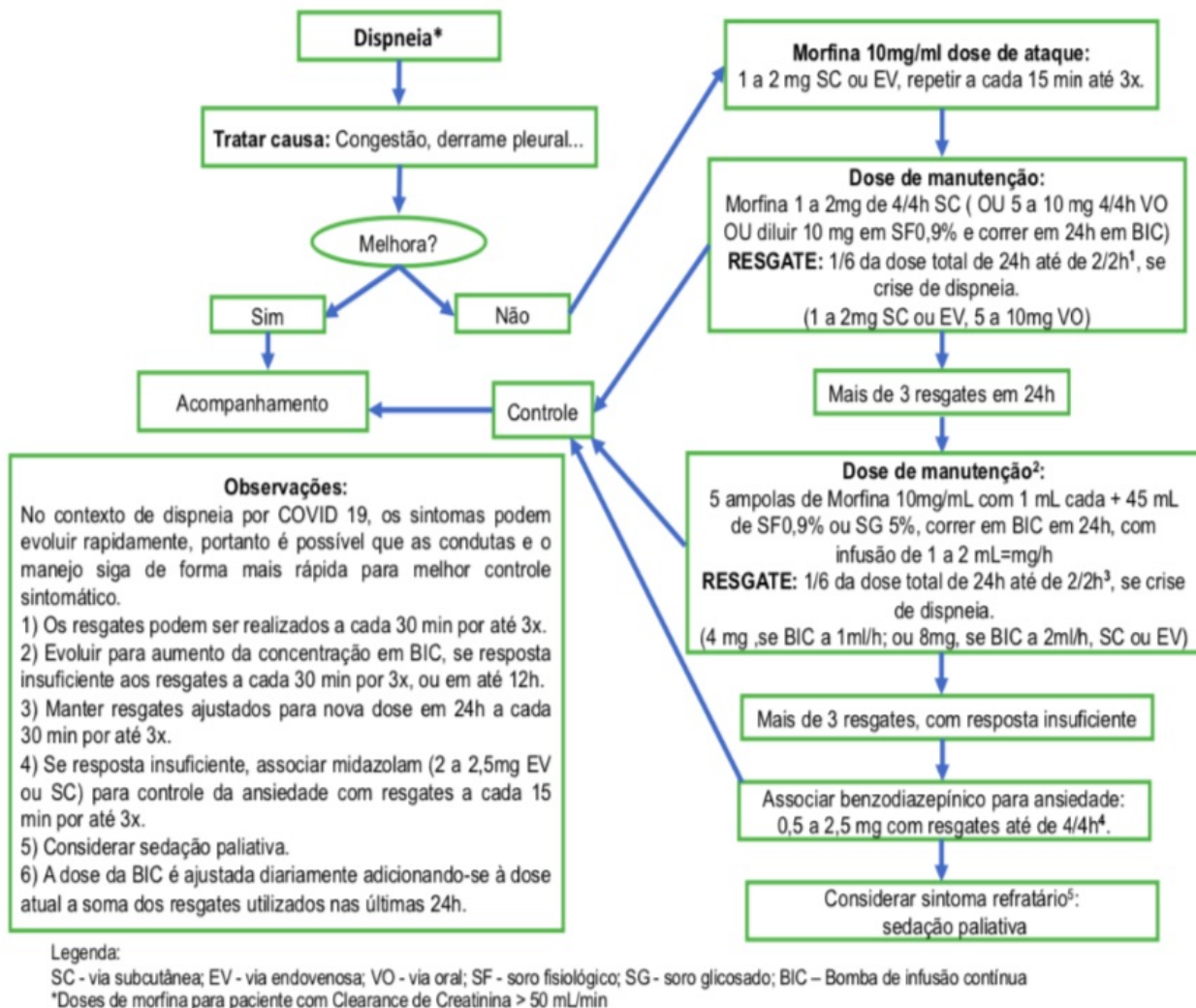
COVID-19 é uma doença aguda que pode se apresentar clinicamente como pneumonia e insuficiência respiratória associada. Os sintomas típicos são dispneia (falta de ar), tosse, fraqueza e febre. Pacientes com insuficiência respiratória e deterioração rápida desenvolvem síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) com falta de ar, ansiedade e pânico, exigindo intervenção rápida para o controle dos sintomas<sup>43</sup>.

Tanto a condição aguda de infecção por COVID-19 quanto condições crônicas prévias como câncer de pulmão avançado, síndrome de veia cava superior, carcinomatose por linfangite, podem causar sofrimento por falta de ar grave no final da vida. Não só a dispneia associada a infecção por COVID-19 isoladamente, mas também o tratamento das causas subjacentes da dispneia deve ser considerado e otimizado sempre que possível<sup>39</sup>.

Intervenções não farmacológicas como posicionamento corporal (posição inclinada para frente, apoio de travesseiro para braços etc), 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 aerossol) podem aliviar a falta de ar. O oxigênio ou oxigênio de alto fluxo (com reservatório de oxigênio) também pode aliviar a dispneia, se cuidados intensivos e ventilação mecânica não forem indicados<sup>44,45</sup>.

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

Figura 7 - Fluxograma para Controle da Dispneia



Fonte: Elaborado pelas autoras com base nos trabalhos de Hospital Sírio Libanês<sup>25</sup>, Nothern Care Alliance NHS Groupf Great Britains and Ireland<sup>39</sup>, Cherny, Ziff-Werman, Cohen, Reyners<sup>46</sup>.

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, miose e bradipneia. Se intoxicação, sugere-se interrupção da infusão por algumas horas (4 – 6 horas), hidratação cautelosa e retorno da infusão com 50% da dose anterior. Se sinais de intoxicação grave, com FR < 8 irpm e Sat < 90% em ar ambiente, avaliar o uso de antagonista (Naloxona), atentando-se para o risco de precipitar retorno e descontrolo do sintoma. Por isso, avaliar sempre se os sinais de bradipneia e hipoxemia são atribuíveis ao uso da medicação ou se são mais provavelmente manifestações do processo de morrer e neste caso, irreversíveis<sup>47</sup>.

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

1. Realizar conversão para morfina parenteral de acordo com a tabela 1. Ressalta-se que a conversão é realizada com base na dose diária total<sup>48</sup>.
2. Se for necessária rotação 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<sup>8</sup>. Rotação é troca de opioide, portanto, no caso de conversão de morfina oral para parenteral, não se deve reduzir a dose<sup>48</sup>.
3. O fentanil é uma exceção ao exposto no item 2 e não necessita de redução de dose após rotação para morfina parenteral<sup>48</sup>.
4. Calcular a dose de resgate:  $\frac{1}{6}$  da dose total diária de morfina parenteral obtida com os passos anteriores<sup>46</sup>. Sendo assim, essa dose de resgate calculada deverá ser realizada imediatamente para iniciar o controle da dispneia. 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 60mg de morfina oral corresponde a 20mg de morfina parenteral.
- Cálculo da dose de resgate:  $\frac{1}{6}$  de 20mg = 3mg de morfina SC ou EV. Esta dose deverá ser administrada imediatamente para iniciar o controle da dispneia. Após isso, seguir o fluxograma.

Tabela 1 - Conversão de opioides.

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

Fonte: Adaptado de Wiermann<sup>49</sup> e McPherson<sup>50</sup>.

#### 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)<sup>47</sup>.

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, dispneia, uso de musculatura acessória, respiração abdominal paradoxal, agitação ou confusão mental)<sup>25</sup>.

C) Se não houver disponibilidade de bomba de infusão (BIC), **DE FORMA EXCEPCIONAL**, a solução de morfina poderá ser administrada em microgotas por minuto (mcgts/min), considerando o cálculo:  $\text{mcgts/min} = (\text{V} \times 60) / \text{T}$ , onde V é o volume da solução em ml e T é o tempo desejado para infusão em minutos<sup>51</sup>. **Nesse caso, é importante verificar se a vazão está correta a cada 2 horas.**

#### Exemplificando:

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

Volume da solução = (500 ml de SF0,9% + 2ml de morfina 10mg/ml) X 60 = 30120 ml

T = 24 horas X 60 = 1440 minutos

Portanto, infusão deverá ocorrer a 21 mcgts/min

D) Evitar excesso de fluidos (soros, ringer) EV, pois podem piorar o desconforto respiratório e contribuir para a hipersecreção de vias aéreas e edema pulmonar e periférico. Se hipersecreção de vias aéreas, pode-se utilizar escopolamina 20 mg EV ou SC de 8/8h com ajustes até 120mg /dia<sup>25</sup>.

D) Se hipoxemia, priorizar uso de máscara com reservatório, pois cateter nasal e ventilação não-invasiva (VNI) podem gerar produção de aerossóis<sup>52</sup>.

E) 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 abandonados<sup>25</sup>.

F) Pacientes com sintomas graves de COVID-19, principalmente falta de ar grave, cuja probabilidade de sobrevida é pequena, geralmente se deterioram rapidamente. Sendo assim, podem precisar de doses iniciais de opioides e ansiolíticos mais altas para controle de dispneia e ansiedade associada<sup>39</sup>.

### **SEDAÇÃO PALIATIVA**

Durante epidemias de infecções ameaçadoras 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-existentes podem ter sintomas, como dor e dispneia, 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 descompensação ou agravamento de sua doença de base<sup>36-53,54</sup>.

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-Cov2, 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 dispneia, ansiedade e delirium<sup>55-57</sup>.

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 família<sup>58-63</sup>.

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 presente<sup>57</sup>. Nesse cenário, os profissionais precisarão 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. Difere do sintoma de difícil controle, que é aquele que necessita de intervenção terapêutica especializada. Destaca-se a importância de se conhecer as opções prévias de tratamento antes de se considerar um sintoma como refratário<sup>58-62</sup>.

A sedação paliativa pode ser classificada em primária ou secundária, intermitente ou contínua, superficial ou profunda<sup>58,59,64</sup>. Tal intervenção não é definitiva e precisa envolver reavaliação frequente do nível de sedação, do controle dos sintomas refratários e da condição clínica do paciente<sup>63</sup>. Portanto, a sedação deve ser titulada individualmente<sup>58-63,65</sup>. Para o monitoramento, podem ser utilizadas escalas de sedação como RASS, Ramsay ou Richmond<sup>65</sup>. Além disso, sedação paliativa não reduz a sobrevida dos pacientes, portanto, não é eutanásia nem suicídio assistido<sup>58,59,66</sup>.

Devem-se usar medicamentos sedativos e não analgésicos para a sedação paliativa<sup>58-62</sup>. Sendo assim, MORFINA OU FENTANIL EM BOMBA DE INFUSÃO NÃO É SEDAÇÃO PALIATIVA, É ANALGESIA<sup>67</sup>. De qualquer maneira, sedação não substitui analgesia e é extremamente importante manter analgesia associada à sedação<sup>58-61</sup>.

Os medicamentos utilizados devem ter ação rápida, fácil titulação e poucos efeitos adversos<sup>60</sup>. Dentre os sedativos que podem ser utilizados, encontram-se<sup>59-62,65</sup>:

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

Considerando facilidade de titulação, rápido início de ação (de 2 a 5 minutos por via endovenosa; de 10 a 15 minutos por via subcutânea), meia vida de eliminação curta (2 horas, em média) e presença de antagonista específico (flumazenil), o midazolam é o fármaco de primeira escolha para sedação paliativa<sup>57,62,63,65</sup>. Além disso, possui efeito ansiolítico, anticonvulsivante e causa amnésia anterógrada. Ressalta-se que é necessária infusão contínua do midazolam para manter efeito sustentado<sup>65</sup>. Em pacientes com delirium hiperativo, os neurolepticos são melhor indicados, associados ou não ao midazolam<sup>62, 63</sup>. O quadro abaixo mostra sugestão de prescrição para o midazolam<sup>46,56,59,65</sup>.

#### **Quadro 4 - Sugestão de prescrição para o midazolam.**

<b>Apresentação</b>	Midazolam 5mg/ml ampola 3ml (15mg) ou 10ml (50mg)
<b>Indução</b>	Bolus lento: 2.5 a 5mg EV ou SC (repetir em 5 - 10 min, se necessário)

<b>Manutenção</b>	<p>Midazolam 10mL (50mg) + SF0,9% ou SG 90mL OU Midazolam 20ml (100mg) + SF 0.9% ou SG 180mL (solução 0.5mg/mL)</p> <p>Inicialmente infundir EV ou SC: 1 a 2mL/h em BIC* (0.5 a 1mg/h) Dose máxima: 160mg/dia</p> <p><b>*OBS: em caso de exceção, usar equipo microgotas: 1 a 2 microgotas/min.</b> <b>Nesse caso, verificar vazão no equipo a cada 2 horas.</b></p>
<b>Reavaliação</b>	<p>Até controle do sintoma refratário: REAVALIAR A CADA 30 - 60 MIN, com aumento de 0.5 a 1mg/h (Se necessário, realizar novo bolus)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No contexto de SARS-Cov2, a dose final necessária pode variar de 1.5mg/h (pacientes &gt; 70 anos) a 2.5mg/h (pacientes &lt; 70 anos)<sup>11,12</sup>:</li> </ul> <p>infusão EV ou SC em BIC: 3 a 5mL/h (1.5 a 2.5mg/h) OU infusão EV ou SC em equipo microgotas (como exceção): 3 a 5 microgotas/min (1.5 a 2.5mg/h)</p> <p>Sintoma refratário controlado: reavaliar a cada 4h</p>

Fonte: elaborado pelas autoras a partir de Nehls, Delis, Haberland, Maier, Sänger, Tessmer, et al<sup>56</sup>; Kira<sup>59</sup>; Rodrigues, Carvalho<sup>65</sup>; Cherny, Ziff-Werman, Cohen, Reyners<sup>46</sup>.

#### **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 inconscientes e coletivos: o medo da insanidade e do contágio<sup>68</sup>. Os profissionais de saúde ficam expostos a estes dois afetos simultaneamente, além das diversas formas de ramificações deste medo tais como xenofobia, histeria em massa, pânico e estigma<sup>69</sup>.

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.<sup>69</sup> Estas decisões variam desde como alocar os limitados recursos físicos e de mão de obra para equalizar os atendimentos aos pacientes até como equilibrar sua saúde física e mental diante da necessidade de pacientes graves e do medo de contagiar familiares ou amigos<sup>69</sup>.

O ônus desse impacto psíquico entre profissionais de saúde ainda não foi devidamente dimensionado<sup>68</sup>. 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 estresse<sup>68</sup>. Sintomas de ansiedade, depressão, hostilidade e somatização são relatados na literatura<sup>70</sup>. 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 escassez de recursos humanos<sup>68,70</sup>. 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 religiosas<sup>71-73</sup>.

#### **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, desamparo, irritabilidade e ansiedade são comuns devido às incertezas deste momento<sup>70,71</sup>. Devido a estes sentimentos, algumas alterações no comportamento são esperadas, tais como alterações no apetite e sentimento de impotência e de incompetência<sup>72,73</sup>.

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 insegurança<sup>68</sup>. 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 desafio<sup>76-78</sup>.

### Quadro 5 - Autocuidado dos profissionais de saúde<sup>5,73,74,76,77,78</sup>

<b>Aceite suas emoções:</b> 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. <b>Permita-as e aceite-as. Aprenda a cultivar um estado de presença amorosa e conectada consigo mesmo.</b>
<b>Medite uma vez ao dia:</b> Encontre espaços para seu próprio cuidado mental. Conecte-se com você mesmo, medite e perceba como tudo o afeta. <b>Pratique técnicas de relaxamento e respiração. Foque no presente.</b>
<b>Mantenha bons hábitos:</b> Organize seu dia com uma lista simples das principais tarefas do dia. <b>Observe sua dieta e evite consumir álcool e tabaco.</b> Incorpore o exercício físico em sua rotina (use suas redes de suporte social para lhe incentivar).
<b>Cuide de seu sono:</b> 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).
<b>Descanse:</b> Faça períodos de desconexão. Encontre espaços para relaxar e praticar hobbies.
<b>Converse sobre os seus sentimentos com pessoas de sua confiança:</b> Procure pessoas de sua rede de suporte social que possam lhe acolher e lhe ouvir. Mantenha contato com familiares e amigos, mesmo que virtualmente.
<b>Encontre aqueles que o confortam:</b> Evite o isolamento emocional. Invista tempo de qualidade com sua família quando chegar em casa.
<b>Desenvolva uma rede de apoio para lhe auxiliar:</b> Como você provavelmente trabalhará mais ao longo da pandemia, organize uma rede de apoio para tarefas domésticas
<b>Reconhecer pensamentos catastróficos:</b> Este padrão de pensamento é comum nessa situação, mas às vezes eles não são realistas. Foque no presente e no aprendizado de crescimento deste momento.
<b>Não se sinta culpado pelo que não lhe cabe ou não pode delegar:</b> Aceite suas limitações como profissional de saúde.
<b>Reforço positivo:</b> Veja o que você está recebendo em vez do que você não pode obter. Aprenda a agradecer a cada aprendizado positivo do dia.
<b>Proteja-se contra informações excessivas:</b> A exposição excessiva às informações da pandemia nas mídias sociais aumenta a intensidade dos sintomas ansiosos e da angústia. Selecione as informações buscando fontes confiáveis. Escolha um horário do dia, com um tempo pré-determinado para ter acesso a elas (na manhã ou tarde).
<b>Reconheça sua vulnerabilidade.</b>
<b>Peça ajuda.</b> Se você perceber que a situação está sobrecarregando você, aprenda a identificar o desconforto e reconheça o direito de ser ajudado.

Fonte: Adaptado de Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Descarga de documentos de interés sobre el COVID 19: Documentos SECPAL.<sup>5</sup>

## 3. SINAIS DE ALERTA

A experiência de sentir o sofrimento dos outros repetidamente, pode levar os profissionais de saúde ao fenômeno da ressonância empática com presença de emoções aflitivas. Por isso, é importante observar sinais de alerta: aumento da irritabilidade, insônia, alterações do apetite, alteração do ritmo intestinal, cansaço excessivo (físico ou mental), dores musculares intensas, dificuldade de concentração, sentimentos persistentes de desesperança e de tristeza, sentimento de incompetência, isolamento social, ideação de autoextermínio. Se os sinais de alerta surgirem, é importante pedir ajuda<sup>76,77</sup>.

### BIBLIOGRAFIA:

- 1 – Faria HX, Araujo MD. Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.2, p.433, 2010.
- 2 – Crispim D, Silva MJP, Cedotti W, Câmara M, Gomes AS. Comunicação difícil e COVID-19: Recomendações práticas para comunicação e acolhimento em diferentes cenários de pandemia. [publicação online]; 2020. [acesso em 12 de abril de 2020]. Disponível em: <<https://ammg.org.br/wp-content/uploads/comunicacao-COVID-19.pdf>>
- 3 – Servicio de Medicina Paliativa. Clínica Universidad de Navarra. Guías rápidas de apoyo y control sintomático en situaciones de COVID-19. [publicação online]; Pamplona; 2020. [acesso em 12 de abril de 2020]. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/1A8DlaY9lOeiAUVSHINcdAMhfQdCTHB-x/view>>.



- 4 – Zoccoli TLV, Fonseca FN, Boaventura TVD. Comunicação em Cuidados Paliativos. In: Zoccoli et al (Org.). Desmistificando Cuidados Paliativos – Um Olhar Multidisciplinar. [livro eletrônico]. Brasília: Oxigênio; 2019. p. 52-64.
- 5 – Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Descarga de documentos de interés sobre el COVID 19: Documentos SECPAL. Sugerencias para promover la resiliencia de un equipo sanitario que se enfrenta a situaciones de alto impacto emocional de forma continuada. [publicação online]; 2020. [acesso em 12 de abril de 2020]. Disponível em: <<http://www.secpal.com//Documentos/Blog/PROMOVER%20LA%20RESILIENCIA%20DE%20UN%20EQUIPO%20SANITARIO.%20Covid%2019.%20SECPAL>>
- 6 – Crispim D, Silva MJP, Cedotti W, Câmara M, Gomes AS. Comunicação com a equipe. Recursos para uma melhor comunicação com profissionais. Recomendações práticas para comunicação e acolhimento em diferentes cenários de pandemia. [publicação online]; 2020. [acesso em 16 de abril de 2020]. Disponível em: <<https://ammg.org.br/wp-content/uploads/comunicação-COVID-19.pdf.pdf>>
- 7 – Crispim D, Silva MJP, Cedotti W, Câmara M, Gomes AS. Premissas sobre a necessidade de medidas de comunicação no Covid-19. Recomendações práticas para comunicação e acolhimento em diferentes cenários de pandemia. [publicação online]; 2020. [acesso em 16 de abril de 2020]. Disponível em: <<https://ammg.org.br/wp-content/uploads/comunicação-COVID-19.pdf.pdf>>
- 8 – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria nº 418, de 04 de maio de 2018. Protocolo de Atenção à Saúde. Diretrizes para Cuidados Paliativos em pacientes críticos adultos admitidos em UTI. Diário Oficial do Distrito Federal, 17 mai 2018.
- 9 - Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2020. Guia de Comunicação para profissionais de Saúde na Pandemia COVID-19. [publicação online]; 2020. [acesso em 04 abril 2020]. Disponível em: <[https://www.dropbox.com/s/lz9t65bp0ibw8ug/02\\_ANCP\\_Ebook\\_Guia\\_profissionais\\_de\\_sa%C3%BAde\\_pandemia\\_COVID-19.pdf?dl=0](https://www.dropbox.com/s/lz9t65bp0ibw8ug/02_ANCP_Ebook_Guia_profissionais_de_sa%C3%BAde_pandemia_COVID-19.pdf?dl=0)>
- 10- Piras C. et al. Princípios de triagem em situações de catástrofes e as particularidades da pandemia COVID - 19. [publicação online]; São Paulo; 2020. [acesso em 04 abril 2020]. Disponível em:<<https://apublica.org/wp-content/uploads/2020/04/2603-principios-de-triagem-em-situacoes-de-catastrofes-e-as-particularidades-da-pandemia-covid-19-10-1.pdf>>
- 11- Fundação Oswaldo Cruz. Cartilha: Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID 19. Cuidados Paliativos - Orientações aos profissionais de saúde. [publicação online]; 2020. [acesso em 12 abril 2020]. Disponível em: <<https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Saúde-e-Mental-e-Atenção-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-cuidados-paliativos-orientações-aos-profissionais-de-saúde.pdf>>
- 12-Instituto Pallium Latinoamérica de Medicina Paliativa; Universidad de Buenos Aires, Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari. Recomendaciones de atención a pacientes graves o últimos días de vida en la crisis del COVID-19. [publicação online]; 2020. [acesso em 12 abril 2020]. Disponível em: <[http://www.secpal.com/Documentos/Blog/Pallium\\_%20Lanari\\_Udaondo%20RECOMENDACIONES%20PARA%20PACIENTES%20GRAVES%20o%20ÚLTIMO](http://www.secpal.com/Documentos/Blog/Pallium_%20Lanari_Udaondo%20RECOMENDACIONES%20PARA%20PACIENTES%20GRAVES%20o%20ÚLTIMO)>
- 13 - Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. [Plano de contingência para o Coronavírus](#).2020. [publicação online]; 2020. [acesso em 13 abril 2020]. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2020/02/Plano-de-Contingência-Coronavirus-versão-5-1.pdf>>
- 14- Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.995 de 31 de agosto de 2012. Dispõe sobre as diretrizes antecipadas de vontade dos. Brasil. [acesso em 23 abril 2020]. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995\\_2012.pdf](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf)>
- 15- Organização Mundial da Saúde . Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19. [publicação online]; 2020. [acesso em 10 abril 2020]. Disponível em: <<https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>>
- 16- Barros-Delben P, Cruz RM, Trevisan KRR, Gai, MJP, Carvalho RVC, Carlotto PAC, et al. Saúde Mental em situação de emergência: COVID-19. Debates in Psychiatry - Ahead of print 2020. [acesso em 13 abril 2020]. Disponível em: <[https://d494f813-3c95-463a-898c-ea1519530871.filesusr.com/ugd/c37608\\_e2757d5503104506b30e50caa6fa6aa7.pdf](https://d494f813-3c95-463a-898c-ea1519530871.filesusr.com/ugd/c37608_e2757d5503104506b30e50caa6fa6aa7.pdf)>
- 17- Serafim RCSN; Do Bú, EA, Nunes, AVL. Manual de diretrizes para atenção psicológica nos hospitais em tempos de combate ao COVID-19. Saúde & Ciência Online. 2020; v. 8, n. 2: 5-24. [acesso em 12 de abril de 2020]. Disponível em: <<http://www.ufcg.edu.br/revistasauedeeciencia/index.php/RSC-UFCG/article/view/876>>
- 18- Nazareth RT, De Almeida, JIG, Bastos, AT. Utilização do Whatsapp e o parecer CFM Nº 14/2017. Revista da Universidade Ibirapuera. 2020 jan/jun;19:17-22. [acesso em 12 abril de 2020]. Disponível em: <<http://www.seer.unib.br/index.php/rev/article/view/222>>
- 19- Conselho Federal de Medicina. Parecer CFM nº 14/2017. [acesso em 12 abril 2020]. Disponível em: <[>](https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_normas&tipo%5B%5D=P&uf=&numero=14&ano=2017&assunto=&texto=)
- 20- Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Projeto da UFRGS cria pranchas de comunicação alternativa para pacientes internados. [publicação online]; 2020. [acesso em 12 abril 2020]. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/ufrgs/noticias/projeto-da-ufrgs-cria-pranchas-de-comunicacao-alternativa-para-pacientes-internados>>
- 21- Fonseca FN, Ferrer VC. Cuidados Paliativos e Espiritualidade. In: Zoccoli et al (Org.). Desmistificando Cuidados Paliativos – Um Olhar Multidisciplinar. [livro eletrônico]. Brasília: Oxigênio; 2019. p. 80-93.
- 22 – Weaver MS, Ibach 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/med/9780190066529.001.0001/med-9780190066529-chapter-14>>
- 23 - Crispim D, Silva MJP, 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://ammg.org.br/wp-content/uploads/Óbito-COVID-19.pdf>>
- 24 - Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES – Um Protocolo em Seis Etapas para Transmitir Más Notícias: Aplicação ao Paciente com Câncer. The Oncologist. 2000;5:302-11.
- 25 - Hospital Sírio Libanês, Equipe de Cuidados Paliativos. Recomendações de Cuidados de Fim de vida para pacientes em insuficiência respiratória aguda por infecção pelo COVID 19 - 23-03-2020 [publicação online]; 2020. [acesso em 23 de abril de 2020].
- 26 - Arya A, Buchman S, Gagnon B, Downar J. Pandemic palliative care: beyond ventilators and saving lives. CMAJ 2020
- 27 - Matsumoto DY. 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. 23-30.
- 28 - Supportive and Palliative Care Indicators Tool - SPICT BR. Disponível em: <https://www.spict.org.uk/the-spict/>
- 29 - Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs 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: NECPAL-CCOMS- ICO© 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 - Manole News Blog. SEPSE 3.0 – Vantagens e limitações das novas definições. Editora Manole. acesso em 12 de abril de 2020: <https://blog.manole.com.br/index.php/2018/08/06/sepse-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://ccm.pitt.edu/?q=content/model-hospital-policy-allocating-scarce-critical-care-resources-available-online-now>

33 - Maciel MGS. 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 - Domenicco 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: a WHO guide. Geneva: World Health Organization; 2018.

37 - Zoccoli TLV. Assistência ao Fim de Vida. In: Zoccoli et al (Org.). Desmistificando Cuidados Paliativos – Um Olhar Multidisciplinar. [livro eletrônico]. Brasília: Oxigênio; 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 aid care. Version 3: 06 April 2020. [publicação online]; 2020. [acesso em 23 de abril de 2020]. Disponível em: <https://apmonline.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](http://www.internationalhospiceandpalliativecare.org/). Recommendations for Symptom Control of Patients with COVID-19. [acesso em 20 abril 2020]. Disponível em: <http://globalpalliativecare.org/covid-19/uploads/briefing-notes/briefing-note-recommendations-for-symptom-control-of-patients-with-covid-19.pdf>

41 - British Geriatrics Society, [European Delirium Association](http://www.eurodelirium.org/), [Old Age Psychiatry Faculty \(Royal College of Psychiatrists\)](http://www.rcpsych.ac.uk/). 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, Alici Y, Breitbart W. Delirium. In: Cherny NI, Fallon MT, Kaasa S, Portenoy RK, Currow DC (Ed). Oxford Textbook of Palliative Medicine. 5a ed. Oxford University Press; 2015. p.1092-1100

43 - Cambridgeshire and Peterborough Clinical Commissioning Group. [Guidance on the management of symptomatic patients dying from COVID-19](https://www.cambridgeshireandpeterboroughhccg.nhs.uk/EasySiteWeb/GatewayLink.aspx?allId=20650). [publicação online]; 2020. [acesso em 22 de abril de 2020]. Disponível em: <https://www.cambridgeshireandpeterboroughhccg.nhs.uk/EasySiteWeb/GatewayLink.aspx?allId=20650>

44 - Doherty M, Hauser J. [Care of the Dying Patient](https://www.oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780190066529.001.0001/med-9780190066529-chapter-9). In: Waldman E, Glass M (Editors). [A Field Manual for Palliative Care in Humanitarian Crises](https://www.oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780190066529.001.0001/med-9780190066529-chapter-9). [publicação online] Oxford University Press; 2019.[acesso em 23 abril 2020]. Disponível em: <https://www.oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780190066529.001.0001/med-9780190066529-chapter-9>

45 - Rocha JA. Dispneia. In Carvalho et al (Org); Manual da residência de cuidados paliativos. BARUERI: Manole, 2018. p. 192-201.

46 - Cherny N, Ziff-Werman B, Cohen A, Reyners A. Emergency palliation protocol for non-ventilated COVID-19 patients – Inpatient Version. ESMO. [publicação online]; 2020. [acesso em 23 de abril de 2020]. Disponível em: <https://www.esmo.org/content/download/286441/5690599/1>

47 - Anagusko S. Tratamento farmacológico da dor: opioides. In Carvalho et al (Org); Manual da residência de cuidados paliativos. BARUERI: Manole, 2018. p. 149-191.

48 - Ribeiro MG, Reis DF, Zoccoli TLV. Dor. In: Zoccoli et al (Org.). Desmistificando Cuidados Paliativos – Um Olhar Multidisciplinar. [livro eletrônico]. Brasília: Oxigênio; 2019. p. 130-58.

49 - Wiermann EG, Diz MPE, Caponero R, Lages PSM, Araujo CZS, Bettega RTC, et al. Consenso brasileiro sobre manejo da dor relacionada ao câncer. Revista Brasileira de Oncologia Clínica. Dez 2014;10(38):132-43.

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 - Cervo, 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.coren-sp.gov.br/sites/default/files/boas-praticas-calculo-seguro-volume-2-calculo-e-diluicao-de-medicamentos\\_0.pdf](http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/boas-praticas-calculo-seguro-volume-2-calculo-e-diluicao-de-medicamentos_0.pdf)

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 E, Sivaram M, Bezanson 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, Janjanin 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 (Editors). A Field Manual for Palliative Care in Humanitarian Crises. [publicação online] Oxford University Press; 2019. [acesso em 21 abril 2020]. Disponível em: <https://www.oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780190066529.001.0001/med-9780190066529-chapter-2>

55 - Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Orientaciones sobre el control sintomático de enfermos graves afectados por la enfermedad COVID 19 y que requieran atención paliativa o se encuentren próximos al final de la vida. [publicação online]; 2020. [acesso em 14 de abril de 2020]. Disponível em: [http://www.secpal.com//Documentos/Blog/2020\\_03\\_23%20FIN%20DE%20VIDA%20Y%20COVID%2019%20\\_1.%20Documento%20para%20profesion](http://www.secpal.com//Documentos/Blog/2020_03_23%20FIN%20DE%20VIDA%20Y%20COVID%2019%20_1.%20Documento%20para%20profesion)

56 - Nehls W, Delis S, Haberland B, Maier BO, Sängler K, Tessmer 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]. Disponível em: [https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP\\_Handlungsempfehlung\\_palliative\\_Therapie\\_bei\\_COVID18\\_V2.0\\_English\\_version.pdf](https://www.dgpalliativmedizin.de/images/DGP_Handlungsempfehlung_palliative_Therapie_bei_COVID18_V2.0_English_version.pdf)

57 - Hasselaar J, Vissers K, Mercadante S, C Centeno C, Payne S, Preston N, et al. [Palliative sedation in the context of COVID-19: Expert opinions from the Palliative Sedation project](#). [artigo em homepage da internet]; 2020. [acesso em 23 de abril de 2020]. Disponível em <https://eapcnet.wordpress.com/2020/04/20/palliative-sedation-in-the-context-of-covid-19-expert-opinions-from-the-palliative-sedation-project/>

58 - Zoccoli TLV, Lima LN. Sedação Paliativa. In: Zoccoli et al (Org.). Desmistificando Cuidados Paliativos – Um Olhar Multidisciplinar. [livro eletrônico]. Brasília: Oxigênio; 2019. p. 327-34.

59 - Kira CM. Sedação Paliativa. In: Carvalho RT, Parsons HA (Org.). Manual de Cuidados Paliativos ANCP - Ampliado e Atualizado. 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 517-30.

60 - Cherny NI. Palliative sedation. In: Bruera E, Higginson I, 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: Cherny NI, Fallon MT, Kaasa S, Portenoy RK, Currow DC (Ed.). Oxford Textbook of Palliative Medicine. 5 ed. Oxford University Press; 2015. p. 1134-41.

62 - Menezes MS, Figueiredo MGMCA. O papel da sedação paliativa no fim da vida: aspectos médicos e éticos – Revisão. Rev Bras Anesthesiol. 2019;69(1):72-77.

63 - [Garetto F](#), [Cancelli F](#), [Rossi R](#), [Maltoni M](#). Palliative Sedation for the Terminally Ill Patient. [CNS Drugs](#). 2018 Oct;32(10):951-61.

64 - Carvalho FSFM, Carvalho TFM, Motta VBR. Classificação e Vias de Administração. In: Santos AFJ, 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 AFJ, Rodrigues LF (Org.). Manual de Terapia de Sedação Paliativa. 1. ed. São Paulo: Lemar; 2020. p. 87-101.

66 - Soler D. Ética e Terapia de Sedação Paliativa. In: Santos AFJ, Rodrigues LF (Org.). Manual de Terapia de Sedação Paliativa. 1. ed. São Paulo: Lemar; 2020. p. 77-86.

67 - Kretzer LP. Cuidados Paliativos – identificação e controle dos sintomas. In: Moritz RD (Org.). Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva. São Paulo: Editora Atheneu; 2012. p. 53-70.

68 - Huremović D, Psychiatry of Pandemics A Mental Health Response to Infection 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 - Torales 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: 104 .

72 - Styra R, Hawryluck L, Robinson S, Kasapinovic S, Fones 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, Germer C, Manual de Mindfulness e Auto compaixão, 2019, Ed.1, Ed. ARTMED.

74 - Chan AO, Huak 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, Ripp J, Trockel 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, 112915.

77 - Malloy-diniz LF et al, Mental Health in emergency situation: COVID-19. Revista Debates in Psychiatry. 2020.

78 - Weide JN, Vicentini EC, Araujo MF, Machado WL e Enumo SRF. 2020. Cartilha para enfrentamento do estresse em tempos de pandemia. Porto Alegre: PUCRS/Campinas: PUC- Campinas.

#### Colaboração:

- Thayana Louize Vicentini Zoccoli, Matrícula 1687929-5
- Alexandra Mendes Barreto Arantes, Matrícula 1441813-4
- Adriana Franco de Carvalho Curado Jaime, Matrícula 1443764-3

#### **CONTATOS DAS EQUIPES DE CUIDADOS PALIATIVOS DA REDE E REFERENCIA TÉCNICA DISTRITAL:**

- Hospital de Apoio de Brasília (HAB): [ucp.hab@gmail.com](mailto:ucp.hab@gmail.com)
- Hospital de Base (HBDF): [cuidadospaliativoshbdf@gmail.com](mailto:cuidadospaliativoshbdf@gmail.com)
- Hospital Regional de Taguatinga (HRT): [cpaliativohrt@gmail.com](mailto:cpaliativohrt@gmail.com)
- Hospital Regional de Ceilândia (HRC): [eicphrc@gmail.com](mailto:eicphrc@gmail.com)
- Hospital Regional da Asa Norte (HRAN): [cuidadospaliativos.hran@gmail.com](mailto:cuidadospaliativos.hran@gmail.com)
- Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB): [paliativoshmib@gmail.com](mailto:paliativoshmib@gmail.com)
- Para contato com Referência Técnica Distrital (RTD) de Cuidados Paliativos: [gesti.dsint@saude.df.gov.br](mailto:gesti.dsint@saude.df.gov.br)



Documento assinado eletronicamente por **MELISSA GEBRIM RIBEIRO - Matr.1687783-7**, Referência Técnica Distrital (RTD) Cuidados Paliativos-Colaborador(a), em 29/04/2020, às 20:27, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, 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 **FLAVIA NUNES FONSECA - Matr.1674019-X, Psicólogo(a)**, em 29/04/2020, às 21:05, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, 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 **VERONICA CARNEIRO FERRER - Matr.0145492-7, Terapeuta Ocupacional**, em 29/04/2020, às 21:18, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, 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 **ERIKA RENATA NASCIMENTO CAVALCANTI DE OLIVEIRA - Matr.1672940-4, Médico(a) - Clínica Médica**, em 29/04/2020, às 21:42, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, 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 **MARIA MARTA NEVES DE OLIVEIRA FREIRE - Matr.0154252-4, Médico(a) - Psiquiatra**, em 30/04/2020, às 07:57, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, 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 **ADRIANA APARECIDA DE ANDRADE E SILVA - Matr.1657866-X, Psicólogo(a)**, em 30/04/2020, às 08:09, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, 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 **ERIKA OLIVEIRA ALVES - Matr.1439246-1, Chefe do Núcleo de Farmácia Clínica**, em 30/04/2020, às 08:13, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, 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.0196581-6, Coordenador(a) de Voluntariado**, em 30/04/2020, às 08:25, conforme art. 6º do Decreto nº 36.756, de 16 de setembro de 2015, publicado no Diário Oficial do Distrito Federal nº 180, quinta-feira, 17 de setembro de 2015.



A autenticidade do documento pode ser conferida no site:  
[http://sei.df.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.df.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0&verificador=39364535)  
verificador= 39364535 código CRC= EB85AD7E.

"Brasília - Patrimônio Cultural da Humanidade"

Setor de Áreas Isoladas Norte (SAIN) - Parque Rural, lote s/n - Bloco B - Bairro Asa Norte - CEP 70770-200 - DF