

## Posicionamento da Academia Nacional de Cuidados Paliativos sobre COVID-19

*Cuidado Paliativo é uma abordagem voltada para o controle de sintomas, conforto e qualidade de vida. Deve ser oferecido em conjunto com o tratamento padrão de qualquer doença que ameace a continuidade da vida, não devendo jamais ser associado com a omissão ou exclusão (abandono terapêutico), mesmo durante uma pandemia.*

**Princípios fundamentais para manter o atendimento nos Cuidados Paliativos em situações de pandemia <sup>2</sup>**

**1. Proteção contra danos:** Uma pandemia de gripe e um sistema de classificação de prioridades assistenciais têm o potencial de proporcionar sofrimento físico, social e emocional significativo. Temos a obrigação de proteger aqueles que sofrem dos possíveis efeitos causados por uma pandemia e um sistema de classificação.

**2. Proporcionalidade:** qualquer classificação dos recursos de cuidados paliativos deve refletir as necessidades da comunidade e fornecer cuidados paliativos de alta qualidade para os necessitados. Medicamentos, equipamentos, camas e especialistas devem ser oferecidos conforme a demanda da gravidade do paciente, evitando ao máximo perdas e usos desnecessários.

**3. Dever de cuidar:** O Cuidado Paliativo é um componente fundamental de qualquer plano de classificação de pandemia, e os profissionais que atuam nesses cuidados têm a obrigação de prestá-los com o intuito de aliviar o sofrimento tanto da pessoa quanto de seus familiares. Sempre devemos equilibrar esse dever com obrigações concorrentes para proteger nossa própria saúde e a de nossas famílias.

**4. Reciprocidade:** Devemos concentrar com mais ênfase o Cuidado Paliativo a pacientes críticos que não são candidatos à terapia de suporte de vida. Esses pacientes e seus familiares correm alto risco de se sentirem abandonados pelo sistema de saúde e devem receber, de uma equipe interdisciplinar, cuidados e orientações voltadas para o conforto e qualidade de vida.

**5. Equidade:** Devemos garantir que os cuidados paliativos de alta qualidade estejam disponíveis para todos os pacientes que possam dele necessitar, independentemente do prognóstico, da localização e cenário que se encontrarem.

**6. Confiança.** Os profissionais de saúde devem se comunicar honestamente e tomar decisões de maneira transparente acerca da evolução do quadro da doença, a fim de manter a confiança com outros profissionais de saúde, com o paciente, seus familiares e com a comunidade. Os profissionais de saúde devem ser claros que os princípios dos Cuidados Paliativos buscam o controle de sintomas, melhoria do conforto e maior qualidade, sem apressar a morte ou promover eutanásia. A confiança pode ser facilmente perdida e é muito difícil restaurá-la.

### **Orientações para atendimentos aos Cuidados Paliativos durante o COVID-19**

Aos profissionais de saúde que atuam em Cuidados Paliativos recomendamos que se planejem para a um esforço acima do habitual, com as seguintes recomendações:

1 - Procurar sempre referências oficiais. Para mais informações sobre tratamento, definição de caso, plano de contingência, entre outros, recomendamos acessar a página dedicada ao tema no site do Ministério da Saúde (MS): <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/coronavirus>.

2 - Atuar junto aos protocolos desclassificação de pacientes com COVID-19. Diante dos princípios do processo de classificação em que os pacientes com menor expectativa de vida não sejam prioritários no atendimento, é sugerido pelos Cuidados Paliativos que o ideal é que todos os pacientes sejam atendidos. Em outras palavras, os pacientes gravemente enfermos e suas famílias devem receber cuidados de conforto durante o processo, para evitar sentir-se abandonados pelo sistema de saúde.

#### **3 – Mudança de cenários**

No cenário de COVID-19 orientamos os serviços de Cuidados Paliativos modificar o trabalho na visão de capacidade convencional para capacidade de contingência<sup>3</sup>.

**Capacidade convencional** - Os espaços, funcionários e suprimentos utilizados são consistentes com as práticas diárias da instituição.

**Capacidade de contingência** - Os espaços, a equipe e os suprimentos utilizados não são consistentes com as práticas diárias, mas fornecem atendimento a um padrão que é funcionalmente equivalente às práticas usuais de atendimento ao paciente. Esses espaços ou práticas podem ser usados temporariamente durante um grande incidente com grande demanda (exemplo: vítimas de um grande acidente) ou de forma mais sustentável durante um desastre (quando as demandas do incidente excederem os recursos da comunidade).

As estratégias principais a serem empregadas (geralmente em ordem de preferência) durante ou em antecipação a uma situação de recursos escassos são:

Preparar: ações pré-evento executadas para minimizar a escassez de recursos (por exemplo, armazenamento de medicamentos).

Substituir: use um dispositivo, medicamento ou pessoal essencialmente equivalente para um que normalmente estaria disponível (por exemplo, morfina para fentanil).

Adaptar: use um dispositivo, medicamento ou pessoal que não seja equivalente, mas que forneça cuidados suficientes (por exemplo, aparelho de anestesia para ventilação mecânica).

Conservar: use menos recursos diminuindo a dosagem ou alterando as práticas de utilização (por exemplo, aumentando o tempo de uso de dispositivos descartáveis).

Reutilização: reutilize (após a desinfecção / esterilização apropriada) itens que normalmente seriam itens de uso único. Discutir com equipe de Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Realocar: restrinja ou priorize o uso de recursos para pacientes com melhor prognóstico ou maior necessidade.

## **Atendimento Domiciliar**

Pessoas assistidas na abordagem dos cuidados paliativos durante a pandemia do COVID-19, assistidas na atenção domiciliar, devem preferir restrição domiciliar, evitando desnecessariamente procurar unidades de saúde e hospitais, objetivando minimizar a exposição e possível contaminação pelo vírus.

Identificar, nestas situações de crise, a real necessidade da visita domiciliar ou se a possibilidade de telemonitoramento atende as necessidades de oferecer os cuidados paliativos. O telemonitoramento foi regulamento excepcionalmente durante a pandemia de COVID-19 pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), para orientação e supervisão médica a distância de parâmetros de saúde e/ou doença<sup>4</sup>. Caso não seja possível a videoconferência, considerar contato telefônico em modalidade viva-voz para que toda equipe participe.

Caso a visita seja inadiável, constatar por meio de contato telefônico, se o paciente ou familiares apresentam sintomas gripais. Caso estes sintomas estiverem presentes, identificar, mesmo a distância, necessidade de avaliação presencial ou encaminhamento a um serviço de saúde local. Se de fato a visita acontecer, considere as recomendações e o uso de EPIS adequados para fazê-la.

Realizar o atendimento, procurando ser com um profissional por vez na visita. Conforme avaliação do quadro do paciente procurar espaçar o tempo entre visitas presenciais e manter seguimento via telemonitoramento, com recomendação de que não ultrapasse 4 semanas sem avaliação presencial.

Nos intervalos das avaliações, seguir fluxograma de telemonitoramento, padronizado com critérios de cada instituição. Registrar sempre a visita domiciliar e/ou seguimento telefônico no prontuário do paciente, permitindo assim um monitoramento de qualidade no que diz respeito à qualidade de vida por meio do controle e alívio de sintomas, elemento cerne nos cuidados paliativos.

Os pacientes e membros da família devem ser informados sobre higiene pessoal, medidas básicas de infecção, prevenção e controle e como cuidar da forma mais segura possível a pessoa acometida ou com suspeita de ter o COVID-19. Com a finalidade de evitar que a infecção se espalhe para os outros membros do núcleo familiar. O paciente e os membros da família devem receber apoio e educação contínuos, e os monitoramentos devem continuar durante o atendimento domiciliar.

Os membros da família devem seguir as seguintes recomendações da Organização Mundial da Saúde:

- Coloque o paciente em um único cômodo bem ventilado (ou seja, com janelas abertas e uma porta aberta)
- Limite o movimento do paciente na casa e minimize o espaço compartilhado. Certifique-se de que os espaços compartilhados (por exemplo, cozinha, banheiro) sejam bem ventilados
- Os membros da família devem ficar em uma sala diferente ou, se isso não for possível, manter uma distância de pelo menos 1 metro da pessoa doente (por exemplo, dormir em uma cama separada).
- Limite o número de cuidadores. Idealmente, designe uma pessoa que esteja bem de saúde e que não tenha condições crônicas ou imunocomprometida. Os visitantes não devem ser permitidos até que o paciente se recupere completamente e não tenha sinais ou sintomas de COVID-19.
- A higiene das mãos também deve ser realizada antes e depois de preparar os alimentos, antes de comer, depois de usar o banheiro e sempre que as mãos parecerem sujas. Se as mãos não estiverem visivelmente sujas, pode-se usar álcool gel. Para as mãos visivelmente sujas, use sabão e água.

- Ao lavar as mãos com água e sabão, é preferível usar toalhas de papel descartável para secar as mãos. Se não estiverem disponíveis, use toalhas de pano limpas e substitua-as com frequência

- Para conter secreções respiratórias, fornecer diariamente uma máscara cirúrgica ao paciente, que deve usá-la o máximo possível durante o dia. Indivíduos que não conseguem tolerar a máscara cirúrgica devem cobrir a boca e o nariz com um lenço de papel descartável quando tossir ou espirrar. Os materiais usados para cobrir o nariz nasal devem ser descartados ou limpos adequadamente após o uso (por exemplo, lenços de tecido lavados com água e sabão ou detergente comum.)

- Os profissionais de saúde devem usar uma máscara cirúrgica quando na presença do paciente.

- As máscaras não devem ser tocadas ou manuseadas durante o uso. Se a máscara se molhar ou sujar das secreções, ela deverá ser substituída imediatamente por uma nova máscara seca e limpa. Remova a máscara usando a técnica apropriada - ou seja, não toque na frente, mas desate-a. Descarte a máscara imediatamente após o uso e lave as mãos.

- Evite o contato direto com fluidos corporais, principalmente secreções orais ou respiratórias e fezes. Use luvas e máscara descartáveis ao prestar cuidados orais ou respiratórios e ao manusear fezes, urina e outros resíduos. Realize a higienização das mãos antes e depois de remover as luvas e a máscara.

- Não reutilize máscaras ou luvas.

- Use roupa de cama e utensílios de cozinha dedicados ao paciente; esses itens devem ser limpos com água e sabão após o uso e podem ser reutilizados em vez de serem descartados

- Desinfetar diariamente as superfícies que são frequentemente tocadas pelo paciente em seu quarto, como mesas de cabeceira, cama e outros móveis de quarto. Primeiro, deve-se usar sabão ou detergente comum para limpeza e, depois de enxaguar, deve-se aplicar desinfetante comum contendo hipoclorito de sódio a 0,1% (ou seja, equivalente a 1000 ppm).

- Limpe e desinfete as superfícies do banheiro pelo menos uma vez ao dia. Primeiro, deve-se usar sabão ou detergente comum para a limpeza e, depois de enxaguar, deve-se aplicar um desinfetante comum contendo hipoclorito de sódio a 0,1%.

- Limpe as roupas do paciente, a roupa de cama e as toalhas de banho e mãos usando sabão comum para lavar roupas e lave a 60–90°C com detergente doméstico comum e seque

completamente. Coloque a roupa contaminada em um saco de roupa. Não agite a roupa suja e evite que os materiais contaminados entrem em contato com a pele e as roupas.

- Luvas e roupas de proteção (por exemplo, aventais de plástico) devem ser usados ao limpar superfícies ou ao manusear roupas ou roupas sujas com fluidos corporais. Após o uso, as luvas de limpeza devem ser limpas com água e sabão e descontaminadas com solução de hipoclorito de sódio a 0,1%. Luvas de uso único (por exemplo, nitril ou látex) devem ser descartadas após cada uso. Execute a higiene das mãos antes de colocar e remover as luvas.

- Luvas, máscaras e outros resíduos gerados durante o atendimento domiciliar devem ser colocados em uma lixeira com uma tampa na sala do paciente antes de descartá-lo como lixo infeccioso <sup>5</sup>.

## As recomendações da WHO para EPI na assistência domiciliar

Destinatário da ação	Atividade	Tipo de EPI ou comportamento
Pacientes com sintomas respiratórios	Qualquer atividade	Manter distância de ao menos 1 metro Máscara cirúrgica se tolerada
Cuidadores	Entra no quarto do paciente sem prestar assistência ou cuidados diretos.	Máscara cirúrgica
Cuidadores	Assistência direta o contato com urina, fezes ou outros resíduos de um paciente COVID19 assistido a domicílio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Luvas</li> <li>• Máscara cirúrgica</li> <li>• Avental descartável impermeável (se risco de esguichos)</li> </ul>
Profissional sanitário	Assistência direta ao paciente COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Máscara cirúrgica</li> <li>• Avental descartável impermeável</li> <li>• Luvas</li> <li>• Óculos de proteção /óculos com viseira/ viseira</li> </ul>

Realçar que o uso de máscara cirúrgica descartável é recomendado somente para pacientes que apresentarem sintomas gripais<sup>5</sup>.

Aos profissionais cabe destacar a necessidade de notificação às autoridades sanitárias suspeita de caso pelo novo coronavírus. A Ficha de Notificação está disponível em <http://bit.ly/notificaCOVID19><sup>5</sup>.

## **Atendimento Ambulatorial**

Como os pacientes em Cuidados Paliativos em grande parte preenchem critérios de grupo de risco, orientamos suspender os atendimentos até segunda ordem, priorizando o seguimento por telemonitoramento.<sup>7</sup>

Priorizar atendimento por videoconferência, pois essa modalidade proporciona uma avaliação mais robusta ao paciente e à família, apontando com maior clareza sinais e sintomas para controle, além da avaliação de necessidade de atendimento remoto.

Nos casos de atendimento presencial com a necessidade de equipe multidisciplinar, recomendamos que seja feito por um especialista por vez no recinto que o paciente se encontrar, seguindo as precauções recomendadas.

No atendimento, seja ele por videoconferência ou viva-voz, entrevistar/ouvir o paciente e/ou cuidador e oferecer orientações multiprofissionais nos aspectos biopsicossocial e espiritual do cuidado.

Durante o atendimento atentar para as queixas atuais do paciente e seus familiares, correlacionando-as às condições clínicas do mesmo, visando um plano de cuidados individualizado e que evite idas desnecessárias ao serviço de saúde.

Registrar o atendimento e as orientações dadas no prontuário do paciente, inclusive manifestação e/ou elaboração das Diretivas Antecipadas de Vontade do mesmo junto aos seus familiares.

Considerar seguimento por telemonitoramento, conforme avaliação do quadro clínico, sintomas e prognóstico do paciente, e/ou necessidades emergentes do mesmo ou de seus familiares. Evitar ultrapassar 4 semanas sem atendimento presencial.

Considerar proporcionar atendimento em modelo ambulatorio-dia para os pacientes acompanhados por equipes de cuidados paliativos, sem sintomas respiratórios graves e que estejam em necessidade por procedimentos de alívio (paracentese, toracocentese, bloqueios analgésicos), assim como controle no uso de dispositivos (agulhas, seringas, medicamentos) a fim de evitar perda.

Separar espaços físicos para atendimento a pacientes suspeitos de COVID em ambulatorios-dia.



Em caso da equipe considerar necessidade de internação hospitalar, encaminhar o paciente para ambiente específico, determinado pelo serviço de saúde, seguindo protocolos locais. Direcionar o paciente para internação em posse de seu plano singular de cuidados, fundamentado na filosofia dos cuidados paliativos.

### **Atendimento Hospitalar sem COVID-19**

Em caso de paciente com critérios de abordagem de Cuidados Paliativos e internados, sem suspeita de COVID-19, internar local separado do setor o mais longe possível de pacientes com suspeita/confirmados de COVID.

Nesses pacientes reforçar com a equipe de enfermagem e equipe multidisciplinar o controle de sintomas e as medidas de conforto.

Em caso de descompensação, priorizar tratamento das intercorrências no quarto e racionalizar a transferência para setores de urgência. Considerar fluxo de atendimento para medidas reversíveis e tratáveis (correção eletrolítica, protocolo de sepse, perdas de dispositivos essenciais) entre a equipe paliativista assistente e a equipe local (enfermeiros na linha de frente e médicos hospitalistas a partir de escores de gravidade habituais, a exemplo do *MEWS - Modified Early Warning Score*, Escore de Alerta Precoce Modificado).

Estimular adaptações no fluxo de desospitalização de pacientes em curva de melhora, em vista da potencial necessidade de utilização supranormal de leitos e alocações hospitalares pelos pacientes infectados pelo COVID-19 ou por outros pacientes críticos elegíveis a permanecerem em unidades abertas. Alinhados com eventuais comitês de desospitalização das instituições, aproximar tratativas e facilitações burocráticas para alta hospitalar e transferências para hospices e internações domiciliares.

Em situações de terminalidade, tentar organizar o fluxo de visitantes e familiares para que façam rodízio entre si, permanecendo no máximo um acompanhante por vez no leito (alinhar com resoluções do hospital), devidamente paramentados. Encorajar o uso de aplicativos de mensagens para comunicação com o paciente e/ou acompanhante, se desejado e adequado ao momento.

## **Atendimento Hospitalar de pacientes em Cuidados Paliativos com COVID-19**

Em caso de paciente com SPICT positivo em necessidade de internação, com suspeita de COVID-19, internar em setor de enfermagem específico, com medidas de isolamento. Orientações:

1. Revisar todos os documentos sobre Diretiva Prévia de Vontade antes da decisão por intubação de pacientes para garantir que estamos prestando assistência centrada no paciente.
2. Reforçar os objetivos da discussão sobre cuidados prestados, antes da eventual proposta intubação, se a equipe médica considerar um cenário possível: danos / benefícios (se houver algum) desta intervenção, com paciente / família ou cuidadores. Obedecer aos princípios quanto a equipamento individual de proteção e técnicas do procedimento orientados pelas instituições de referência ([www.amib.org.br](http://www.amib.org.br)).
3. Nos casos selecionados em que paciente com doença avançada tiverem sido submetidos a intubação orotraqueal com conexão à ventilação mecânica e evoluírem com refratariedade às medidas instituídas e piora clínica, considerar rever o plano de cuidados e indicar limitação terapêutica e cuidados apropriados com ênfase no conforto e dignidade.
4. Considere a telemedicina para reuniões de família, se essas discussões forem necessárias para os objetivos das conversas sobre cuidados.
5. Capacitar e oferecer recursos para as equipes de psicologia e serviço social para acolhimento a distância de familiares e cuidadores.

Agradecemos a todos que estão enfrentando mais esse desafio em sua jornada diária para aliviar o sofrimento humano. Vamos superar isso como sempre fazemos: juntos. Caso tenha sugestões para o material ou dúvidas, por favor, entre em contato conosco pelo: [covid@paliativo.org.br](mailto:covid@paliativo.org.br)

Atenciosamente,

---

## Comitê de COVID-19 da Academia Nacional de Cuidados Paliativos

### Referências

1. J Pain Symptom Manage. 2010 Feb;39(2):291-5. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2009.11.241. Palliating a pandemic: "all patients must be cared for".
2. "Home care for patients with COVID-19 presenting with mild symptoms and management of contacts". 18 mar. 2020, Disponível em: [https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-corona-virus-\(ncov\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-corona-virus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts). Último acesso: 21 março 2020.
3. Ballentine JM **"The Role of Palliative Care in a COVID-19 Pandemic"**. Disponível em <https://csupalliativecare.org/palliative-care-and-covid-19/>. Acessado em 19 de março de 2020
4. Minnesota Department of Health Emergency Preparedness and Response. Disponível em <https://www.health.state.mn.us/communities/ep/surge/crisis/index.html>. Acessado em 19 de março de 2020
5. Ofício CFM 1756/2020. Disponível em [http://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020\\_oficio\\_telemedicina.pdf](http://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020_oficio_telemedicina.pdf). Acessado em 20 de março de 2020.
6. Manejo do Paciente com Suspeita de Infecção por 2019-nCoV. Nead, 2020. Disponível em: <https://www.neadsaude.org.br/2020/03/19/manejo-do-paciente-com-suspeita-de-infeccao-por-2019-ncov/>. Acessado em: 21 de março de 2020.
7. Interim Guidance for Healthcare Facilities: Preparing for Community Transmission of COVID-19 in the United States Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/healthcare-facilities/guidance-hcf.html> Acessado em: 22 de março de 2020.