

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CCP.001 – Página 1/19	
Título do Documento	PROTOCOLO CLÍNICO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA O BLOCO VIDA E LEITOS CLÍNICOS DE ENFERMARIA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19	Emissão: 13/05/2020	Próxima revisão: 13/05/2022
		Versão: 2	

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	2
2. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE COM INDICAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS	2
2.1. Fluxograma de cuidados paliativos no idoso com COVID-19 e Escala Visual de Fragilidade	4
2.2. SPICT	5
3. CONTROLE ADEQUADO DE SINTOMAS	6
3.1. Dispneia	6
3.2. Adjuvantes para Dispneia	7
3.3. Delirium	8
3.4. Sedação paliativa	8
3.5. Nutrição e hidratação artificiais	9
3.6. Diálise	9
3.7. Extubação paliativa em adultos	9
4. COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DÍFICEIS EM SAÚDE	10
4.1. Orientações quanto à admissão do paciente	11
4.2. Boletim médico e comunicação entre familiares e pacientes	11
4.3. Recomendações práticas para a comunicação em situações de óbito	13
4.4. Fluxograma para conduta frente aos casos de óbitos	15
4.5. Comunicação alternativa para pacientes com limitação funcional	16
4.6. Prancha de Comunicação Alternativa destinados aos pacientes com COVID-19	17
5. REFERÊNCIAS	18
6. HISTÓRICO DE REVISÕES	19

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CCP.001 – Página 2/19	
Título do Documento	PROTOCOLO CLÍNICO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA O BLOCO VIDA E LEITOS CLÍNICOS DE ENFERMARIA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19	Emissão: 13/05/2020 Versão: 2	Próxima revisão: 13/05/2022

1. APRESENTAÇÃO

Cuidados Paliativos são uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes portadores de doenças que ameacem a continuidade da vida, assim como de seus familiares. Tem por objetivo o alívio do sofrimento humano em qualquer condição em que aconteça uma doença que ameace a continuidade da vida.

A pandemia pelo COVID-19 é uma nova realidade que ameaça a continuidade da vida e pode trazer sintomas desconfortáveis, principalmente falta de ar, além de trazer sofrimento ao paciente e seus familiares. Portanto, a abordagem paliativa a esses pacientes se faz imprescindível. Lançar mão dos princípios dos cuidados paliativos e de suas ferramentas de cuidado pode auxiliar os profissionais de saúde nas diferentes etapas do atendimento dos pacientes suspeitos e confirmados.

As necessidades deverão ser individualizadas e a equipe multidisciplinar deve reavaliar continuamente a evolução clínica de seus pacientes, o que inclui redefinir os objetivos do tratamento e considerar a provisão de cuidados paliativos, principalmente quando o tratamento curativo não mais oferecer benefícios.

O protocolo de Cuidados Paliativos para o BLOCOVIDA e Leitos Clínicos de enfermaria com pacientes COVID-19 abrange:

- a) Identificação do paciente com indicação de Cuidados Paliativos.
- b) Controle de sintomas.
- c) Comunicação difícil em saúde.

2. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE COM INDICAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Neste item, avaliamos que existem 3 possibilidades:

- I. Pacientes que, ao chegarem ao hospital, **já têm critérios de terminalidade pelas doenças de base** e podem não se beneficiar de medidas invasivas, devendo ser identificados no momento da admissão hospitalar. Para auxiliar na identificação de critérios de terminalidade, além de sinais de mau prognóstico com provável evolução desfavorável, recomendamos o uso da Escala Visual de Fragilidade para os idosos (Figura 1) e o questionário SPICT-BR, que pode ser utilizado para o adulto assim como para o idoso (figura 2). **É importante destacar que a idade isoladamente não deve ser utilizada como critério único para a tomada de decisão.**
- II. Pacientes internados já em uso de terapia intensiva otimizada, mas que apresentam **critérios de falência terapêutica**. Esses critérios poderão ser previamente identificados

Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRT.CCP.001 – Página 3/19
Título do Documento	PROTOCOLO CLÍNICO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA O BLOCO VIDA E LEITOS CLÍNICOS DE ENFERMARIA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19		Emissão: 13/05/2020
			Próxima revisão: 13/05/2022
			Versão: 2

com a aplicação do SOFA ou outros escores, na admissão do paciente como determinação prognóstica, ou no contexto de alocação de recursos e com a não resposta às terapias instituídas durante o internamento, a partir de discussões com a equipe multiprofissional e com os diaristas da UTI.

III. Pacientes que, em condições ideais de assistência hospitalar, poderiam ser tratados com terapia intensiva, mas que, diante da **escassez de recursos** em uma situação de catástrofe, não serão elegíveis para tal. Esses pacientes devem apresentar algum sinal de mau prognóstico e alto risco de óbito. Considerar o uso da Escala Visual de Fragilidade (EVF) para idosos e do SPICT-BR para auxílio na decisão clínica. Novamente, **a idade isoladamente não deve ser utilizada como critério único para a tomada de decisão.**

O PROCESSO DELIBERATIVO deverá incluir SEMPRE TODOS os seguintes aspectos:

- **FATOS** - Dados clínicos objetivos da Doença de Base e comorbidades, fase de evolução da doença, funcionalidade, indicadores de Terminalidade e risco elevado/provável de morte.
- **VALORES** - Dados relativos a aspectos culturais, crenças, preferências pessoais, expectativas e desejos no que diz respeito ao tratamento, uso de recursos invasivos e ao risco de vida, INCLUSIVE DIRETIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE, quando existentes.
- **NORMAS** - Aspectos Legais e do Código de Ética Médica.
- **CONSEQUÊNCIAS** - O médico deverá elucidar os possíveis RISCOS e DESFECHOS relacionados a CADA decisão terapêutica.

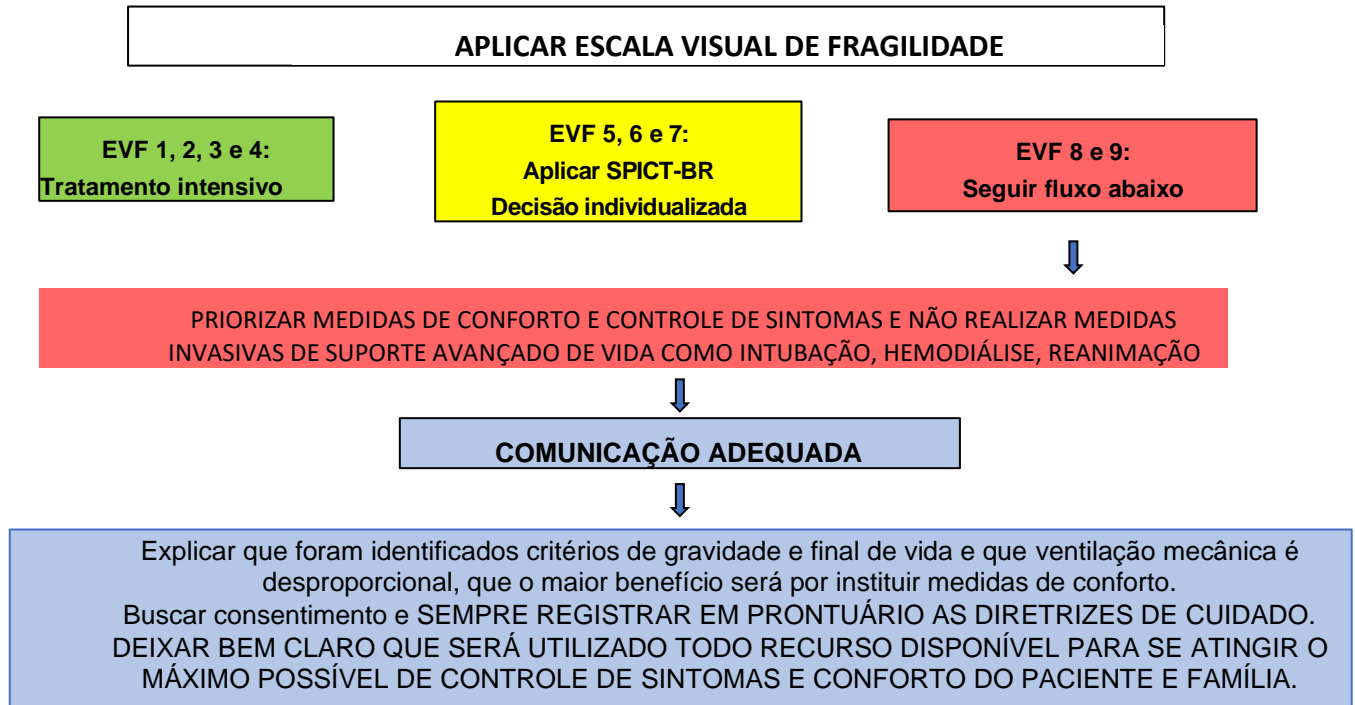
Agir SEMPRE com PRUDÊNCIA BUSCANDO CONSENSO, PROPORCIONALIDADE TERAPÊUTICA e ASSERTIVIDADE.

Durante a identificação do paciente com elegibilidade para Cuidados Paliativos, alguns passos podem ajudar:

- O médico deve estabelecer discussão entre os membros da equipe multiprofissional e de posse das informações disponíveis, estabelecerem o diagnóstico de irreversibilidade da atual condição do paciente (registrar em prontuário);
- Os critérios da irreversibilidade (utilizar ferramentas prognósticas como SPICT-BR, EVF, escore de SOFA) devem ser estabelecidos antes da inclusão da família na discussão;
- A equipe deve estabelecer as metas terapêuticas a serem seguidas (registrar em prontuário);
- Pode-se, em qualquer momento, revisar as decisões tomadas;
- Paciente e/ou seus representantes legais devem ser informados e participarão das tomadas de decisões, a partir das indicações de proporcionalidade definidas pela equipe de saúde.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CCP.001 – Página 4/19	
Título do Documento	PROTOCOLO CLÍNICO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA O BLOCO VIDA E LEITOS CLÍNICOS DE ENFERMARIA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19	Emissão: 13/05/2020	Próxima revisão: 13/05/2022
		Versão: 2	

2.1. Fluxograma de cuidados paliativos no idoso com COVID-19



ESCALA VISUAL DE FRAGILIDADE

- 1. MUITO ROBUSTO** – Pessoas robustas, ativas, com energia e motivadas. Essas pessoas geralmente se exercitam regularmente. Eles estão entre os mais aptos para sua idade, ausência de doenças.
- 2. ROBUSTO** - Pessoas que não têm sintomas ativos de doença, mas são menos aptos do que a categoria 1. Muitas vezes eles se exercitam ou são muito ativos ocasionalmente e mantém todas as suas atividades. Social e funcionalmente ativos e independentes.
- 3. ROBUSTO ADAPTADO** – Pessoas cujos problemas médicos são bem controlados, mas não estão regularmente ativos além da caminhada de rotina e das suas atividades do dia a dia. Não praticam qualquer modalidade esporte ou atividade física supervisionada
- 4. VULNERÁVEL** – Embora não dependa de outras pessoas para ajuda diária, muitas vezes os sintomas limitam as atividades. Uma queixa comum é de estar "mais lentificado" e fadiga mais frequente com as suas atividades usuais e demorem mais tempo para realizá-las.
- 5. LEVEMENTE FRÁGIL** – Essas pessoas geralmente têm uma disfunção/ lentidão mais evidente e precisam de ajuda em atividades de vida instrumental mais complexas, tais como cuidar finanças, pegar um transporte, trabalho doméstico pesado, usar medicações. Normalmente, a fragilidade leve o prejudica progressivamente de ir as compras e caminhar sozinho, o preparo da refeição e já necessita de mais ajuda em casa e fora dela.
- 6. MODERADAMENTE FRÁGIL** – As pessoas precisam de ajuda com todas as atividades externas e com a manutenção da casa. Em casa, muitas vezes têm problemas com escadas e **precisam de ajuda com o banho**. Podem precisar de assistência para vestir-se também.
- 7. MUITO FRÁGIL** – Completamente dependente de cuidados pessoais, de qualquer causa (física ou cognitiva -memória), por ex. banhar-se, usar o banheiro e vestir-se, pode precisar de cadeira de rodas. Geralmente, necessitam de um cuidador. No entanto, são aparentemente estáveis, sem perspectiva de morte nos próximos 6 meses.
- 8. SEVERAMENTE FRÁGIL** – Completamente dependente. Comumente está mais restrito, acamado, tem uma redução de ingesta alimentar, pode se engasgar com frequência. Usa fraldas e tem dupla incontinência, alimenta-se ainda sozinho. Tipicamente incapazes de se recuperarem de uma doença leve, aproximando-se do fim da vida.
- 9. VULNERABILIDADE AVANÇADA** – Dependência total para sua sobrevivência, já não se alimenta sozinho ou é portador de doença avançada incurável. Expectativa de vida < 6 meses.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CCP.001 – Página 5/19	
Título do Documento	PROTOCOLO CLÍNICO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA O BLOCO VIDA E LEITOS CLÍNICOS DE ENFERMARIA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19	Emissão: 13/05/2020	Próxima revisão: 13/05/2022
		Versão: 2	

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

Procure por indicadores gerais de piora da saúde.

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

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

Câncer

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

Demencia/ fragilidade

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

Doença neurológica

Deterioração progressiva da capacidade física e/ou da função cognitiva mesmo com terapia otimizada.
Problemas da fala com dificuldade progressiva de comunicação e/ou deglutição.
Pneumonia aspirativa recorrente; falta de ar ou insuficiência respiratória.

Doença cardiovascular

Classe funcional III/IV de NYHA- insuficiência cardíaca ou doença coronariana extensa e intratável com:

- falta de ar ou dor precordial em repouso ou aos mínimos esforços.

Doença vascular periférica grave e inoperável.

Doença respiratória

Doença respiratória crônica grave com:

- falta de ar em repouso ou aos mínimos esforços entre as exacerbações.

Necessidade de oxigênio terapia por longo prazo.

Já precisou de ventilação para insuficiência respiratória ou ventilação é contraindicada.

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

Doença renal

Estágios 4 e 5 de doença renal crônica (TFG < 30ml/mi) com piora clínica.

Insuficiência renal complicando outras condições limitantes ou tratamentos.

Decisão de suspender a diálise devido à piora clínica ou intolerância ao tratamento.

Doença hepática

Cirrose avançada com uma ou mais complicações no último ano:

- Ascite resistente a diuréticos
- Encefalopatia hepática
- Síndrome hepatorenal
- Peritonite bacteriana
- Sangramentos recorrentes de varizes esofágicas

Transplante hepático é contraindicado.

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

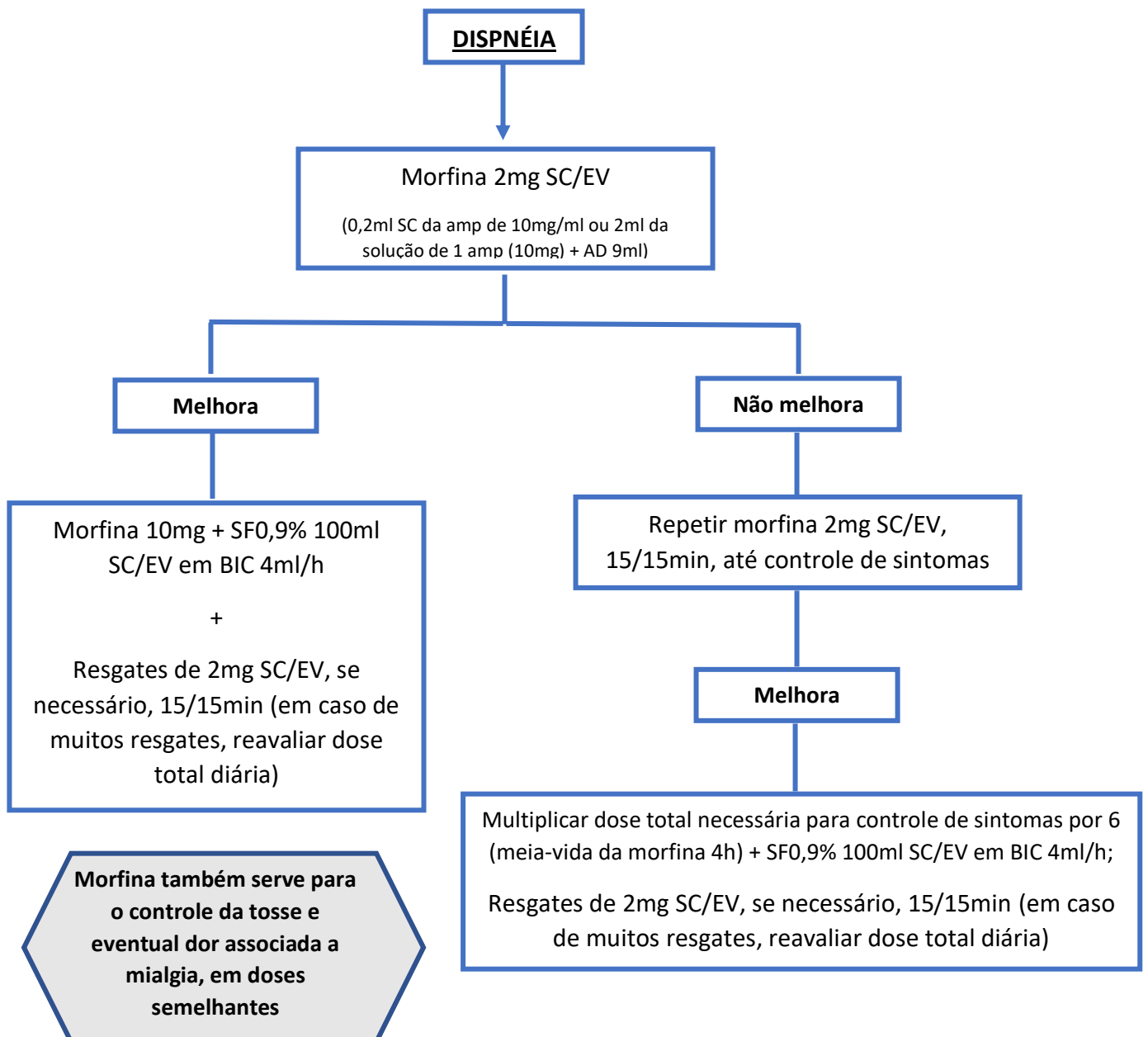
- Reavaliar o tratamento atual e medicação para que o paciente receba o cuidado otimizado.
- Considere o encaminhamento para avaliação de um especialista se os sintomas ou necessidades forem complexos e difíceis de manejar.
- Acordar sobre objetivos do cuidado atual e futuro e planejar o cuidado com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

SPICT-BR positivo: presença de 2 ou mais indicadores gerais de piora da saúde OU 1 ou mais indicador clínico de condição de saúde avançada.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CCP.001 – Página 6/19	
Título do Documento	PROTOCOLO CLÍNICO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA O BLOCO VIDA E LEITOS CLÍNICOS DE ENFERMARIA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19	Emissão: 13/05/2020	Próxima revisão: 13/05/2022
		Versão: 2	

3. CONTROLE ADEQUADO DE SINTOMAS

Em Cuidados Paliativos é imprescindível que se busque excelência em controle de quaisquer sintomas que possam vir a ocorrer. Diante da fisiopatologia do COVID-19, ressaltamos como principais sintomas a serem abordados: dispnéia, acúmulo de secreção, ansiedade, dor (mialgia) e delírium. A sedação paliativa também é uma possibilidade de abordagem adequada, uma vez que haja refratariedade do sintoma com a terapia otimizada.



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CCP.001 – Página 7/19	
Título do Documento	PROTOCOLO CLÍNICO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA O BLOCO VIDA E LEITOS CLÍNICOS DE ENFERMARIA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19	Emissão: 13/05/2020 Versão: 2	Próxima revisão: 13/05/2022

Pacientes com função renal abaixo de 15 ml/min/1,73 m²: aumentar o intervalo das doses de morfina ou substituir por Fentanil ou Metadona em doses equivalentes.

ANALGESIA COM FENTANIL

Dose de ataque: Fentanil (50mcg/ml) 1 ml + 4ml AD: ataque 1,5ml solução EV a cada 15 min;
Manutenção: Fentanil (50mcg/ml) – 2ml + SF98ml EV em BIC 4ml/h;
Resgates: Deixar 1/6 a 1/10 da dose em bolus se necessário

3.1 . Adjuvantes para dispnéia

ANSIEDADE:

- **Clonazepam** SL 0,25-1,0mg OU **Midazolam** SC/EV 0,5-2mg NA CRISE até 4/4h;
- Pode ser necessário repetir o bolus, com intervalo de 20 min;
- Manutenção – **Midazolam**:
Deixar 10mg (2ml da ampola 5mg/ml) em SF0,9% 50ml em 24h (concentração = 0,2mg/ml). Iniciar a infusão a uma velocidade que administre a quantidade de fármaco igual a que foi utilizada para atingir a sedação no nível desejado com a injeção em bolus. Pode ser no mesmo soro da morfina descrito acima.
- Resgate: 1,5 a 2,5mg puro SC ou diluído em SF 0,9% EV até 4x ao dia, sempre que julgar necessário, com intervalo mínimo de 20 min.

AUMENTO DE SECREÇÕES:

- **Escopolamina** (20mg/ml) iniciar com 1 FA, 4 a 6 vezes por dia em bolus ou infusão contínua EV/SC. Opção de 80-120mg (4 a 6 amp) na mesma infusão da morfina via SC ou EV nas 24h;
- Resgate: 20mg (1 amp) puro EV/SC até 6x ao dia. Dose máxima 240mg/24h;
- **Restringir hidratação**;
- Se congestão: Considerar **Furosemida** (20mg/ml) 01-02 amp EV até 3x ao dia;
- **Atropina colírio** 1% (2 gotas até 6/6h) tem indicação apenas para pacientes que necessitam reduzir a produção de saliva. Não tem benefício na broncorréia.
- Pacientes com rebaixamento do nível de consciência e secretivos devem ser posicionados de forma a facilitar a drenagem da secreção, para reduzir queda de língua e sororoca – cabeceira elevada, decúbito lateral, cabeça levemente fletida.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CCP.001 – Página 8/19	
Título do Documento	PROTOCOLO CLÍNICO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA O BLOCO VIDA E LEITOS CLÍNICOS DE ENFERMARIA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19	Emissão: 13/05/2020	Próxima revisão: 13/05/2022
		Versão: 2	

3.2. Delirium

- **Haloperidol** EV ou SC (5mg/ml – amp): 1 a 2mg bolus. Repetir após 20 minutos se necessário. Manter de 12/12h ou 8/8h se necessário. **Lembrar que agitação pode ser sinal de dor ou desconforto.** Considerar resgate com morfina antes do haloperidol.
- **Midazolam** EV ou SC -> bolus 0,5 a 2,0 mg Utilizar como resgate se crise de agitação

3.3. Sedação paliativa

Indução de um **estado de consciência diminuída ou ausente (inconsciência)** a fim de aliviar o peso do sofrimento de um **sintoma intratável/refratário** de uma maneira que é **eticamente aceitável** para o paciente, a família e os prestadores de cuidados de saúde. **Não visa acelerar a morte!**

- **Midazolam** 1 – 3 mg EV a cada 5 a 15 min;
- Reavaliar e repetir bolus de 1 a 3 mg após 15 minutos;
- Infusão contínua, iniciar com 0,5 a 1,0mg/h;
- Titular dose conforme necessidade (doses usuais de 1 até 20mg/hora) (solução de 1mg/mL) Associar resgates de 1 a 3mg para escape de sedação +

- **Clorpromazina** (Ampectil): Ampola com 25mg/5ml - 12,5mg – 25mg EV (1 FA + SF0,9% 50ml) a cada 4 a 12horas, ou IM/SC;
- Infusão contínua 3-5mg/hora EV (máximo 150mg em 24h) - Clorpromazina 3 FA + 235ml SF0,9% EV em 24h – 10ml/h.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CCP.001 – Página 9/19	
Título do Documento	PROTOCOLO CLÍNICO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA O BLOCO VIDA E LEITOS CLÍNICOS DE ENFERMARIA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19	Emissão: 13/05/2020	Próxima revisão: 13/05/2022
		Versão: 2	

3.4. Nutrição e hidratação artificiais

- Nutrição e hidratação artificiais não melhoram os desfechos de pacientes em fase final de vida e, às vezes, podem piorar o desconforto deles.
- Nutrição e hidratação artificiais são intervenções clínicas que podem ser suspensas ou retiradas a qualquer momento durante o tratamento. Baseado no contexto clínico dos pacientes.

3.5. Diálise

- Uma vez iniciada a diálise, deve-se avaliar continuamente a utilidade deste procedimento. A retirada da diálise, quando o tratamento global já não mais é benéfico para o paciente, é, atualmente, uma prática amplamente aceita em diversos países.
- Recomenda-se também considerar não iniciar ou suspender a diálise para lesão renal aguda, nefropatia crônica ou nefropatia terminal em pacientes com prognóstico muito reservado ou para aqueles nos quais a diálise não pode ser conduzida com segurança.

3.6. Extubação paliativa em adultos

Quando há identificação de falência terapêutica naqueles pacientes que foram admitidos e submetidos à terapia intensiva, deve-se avaliar a possibilidade de realizar extubação paliativa. Este procedimento já está respaldado como ético no contexto dos Cuidados Paliativos, uma vez que a ventilação mecânica é identificada como um fator que esteja prolongando a vida com sofrimento.

São procedimentos práticos para extubação paliativa:

1. Remover a alimentação enteral 6 horas antes da extubação.
2. Retirar os bloqueadores neuromusculares por pelo menos 2 horas (observação: nos casos de falência de múltiplos órgãos, os bloqueadores neuromusculares podem agir por até 18 horas).
3. Assegurar-se de que estejam em uso de medicações endovenosas para controlar os sintomas antes e durante a extubação.**

Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRT.CCP.001 – Página 10/19	
Título do Documento	PROTOCOLO CLÍNICO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA O BLOCO VIDA E LEITOS CLÍNICOS DE ENFERMARIA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19		Emissão:	Próxima revisão: 13/05/2022
			13/05/2020	
			Versão: 2	

**** 6h antes da extubação:**

- Suspender hidratação (ou diminuir para vazão máxima de 21ml/h caso alguma necessidade justifique tal conduta);
- Prescrever furosemida 80 mg EV em bolus caso paciente com diurese (nos anúricos em hemodiálise, considerar hemodiálise com perdas nas 12h que antecederem o procedimento);
- Metilprednisolona 100 mg EV (prevenção de estridor laríngeo - (repetir 30 minutos antes da extubação);
- Escopolamina 20 mg EV (repetir 30 minutos antes da extubação).

4. Manter acesso venoso ou hipodermóclise para administrar medicamentos para conforto do paciente.
5. Elevar a cabeceira do leito para 45°.
6. Reduzir a FiO2 21% e reduzir os parâmetros em 50%. Se o paciente permanecer confortável, reduzir a pressão de suporte e pressão positiva expiratória final para avaliar se ocorre ventilação sem desconforto. Se o paciente continuar confortável, realizar a extubação.
7. Observar os sintomas de ansiedade, dispneia e agitação, e tratá-los, sempre que necessário.
8. No contexto do COVID-19, considerar uso de interface (caixa acrílica ou saco plástico) entre o paciente e o profissional, a fim de reduzir risco de contaminação.

4. COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS DÍFICEIS EM SAÚDE

Na pandemia pelo COVID-19 existem algumas questões particulares que podem ser bastante desafiadoras para manter uma adequada comunicação com paciente e família. O paciente não poderá receber visitas e a equipe de plantão não poderá ter contato presencial com possíveis familiares que se encontrem no hospital. Além disso, na ocorrência de óbito, os familiares não poderão ter contato com o corpo e nem realizar enterros ou velórios.

Mesmo em situação de crise, é importante trabalhar com empatia, compaixão e respeito. Em atendimento presencial: fite a pessoa nos olhos, cuide do seu tom de voz e fale pausadamente, dando um pouco de tempo para que a pessoa possa absorver a informação. Acolha as emoções e reações. Elas não são dirigidas a você, mas frutos da situação vivida pelo paciente ou familiar. Utilize uma linguagem simples. Evite ser prolixo e usar termos técnicos.

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CCP.001 – Página 11/19	
Título do Documento	PROTOCOLO CLÍNICO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA O BLOCO VIDA E LEITOS CLÍNICOS DE ENFERMARIA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19	Emissão: 13/05/2020 Versão: 2	Próxima revisão: 13/05/2022

A partir do que já foi discutido entre os setores corresponsáveis sugerimos a seguinte organização dos processos de comunicação com familiares e pacientes:

4.1. Orientações quanto à admissão do paciente:

- O paciente será recebido no BlocoVida encaminhado de alguma unidade hospitalar através de regulação pela Central de Leitos da SES;
- Nesta chegada haverá um auxiliar administrativo fazendo o cadastro com os dados do paciente, para admissão no sistema e abertura de prontuário;
- Haverá assistentes sociais de plantão nas salas do terceiro andar, com o objetivo de acolher familiares que acompanhem os pacientes, fazer a anamnese de vulnerabilidade social e outros atendimentos e articulações necessárias no intuito de atender todos os aspectos sociais que perpassam todas as etapas da assistência hospitalar (admissão, internação e alta);
 - Nos horários noturnos e aos domingos e feriados, quando não tem assistente social de plantão, os acompanhantes receberão um folheto informando sobre procedimentos de rotina do serviço e dos horários de funcionamento do serviço social para atendimento (aos que não estiverem presencialmente no HC, uma assistente social fará contato no primeiro dia após o internamento do paciente nesta unidade).
- **Importante identificar o Cuidador Principal.** Cada paciente deve ter 1 (um) cuidador principal de referência, este familiar será o responsável por reunir os demais para as visitas virtuais ou transmitir os informes aos mesmos. Deve-se certificar que esta pessoa é a responsável pelo paciente, coletar nome completo e 1 a 2 números de telefone, incluindo o WhatsApp.
- Explicar rotina de comunicação, horários das visitas virtuais, funcionamento dos boletins médicos com horários, fluxo de dúvidas e notícias inesperadas para o cuidador principal.

4.2. Boletim médico e comunicação entre familiares e pacientes

- Na entrevista social será identificado se o acompanhante tem acesso a tecnologia móvel (celular smartphone ou computador/notebook ou tablet/ipad) que possibilite teleconferência;
- Diariamente haverá um boletim médico que será divulgado pela equipe médica do time de comunicação, formado pelos médicos dos serviços de patologia e diagnóstico por imagem do HC-UFPE;
- Os boletins médicos terão o objetivo de atualizar os familiares sobre o estado clínico do paciente.

Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRT.CCP.001 – Página 12/19	
Título do Documento	PROTOCOLO CLÍNICO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA O BLOCO VIDA E LEITOS CLÍNICOS DE ENFERMARIA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19		Emissão: 13/05/2020	Próxima revisão: 13/05/2022
			Versão: 2	

- É importante esclarecer o porquê de a informação estar sendo passada por ligação telefônica/telechamada (explicar que é para proteção de paciente e familiares durante a pandemia).
- Necessário também reforçar que o que está sendo falado é sigiloso, que são informações registradas no prontuário do paciente e que não é permitido gravar ou divulgar.
- **AVISO DE GRAVIDADE:** muitos pacientes pioram rapidamente fora dos horários habituais de visita virtual e boletins médicos, e alguns deles podem falecer antes da próxima visita. **Consideramos um sinal de respeito aos familiares e ao paciente, a inclusão de uma comunicação extra, feita pela equipe de plantão quando possível, em casos de piora.**
- **VISITAS VIRTUAIS:**
 - Haverá a possibilidade de contato entre familiares e pacientes isolados, com o apoio da equipe do Núcleo de Telessaúde (NUTES) do HC-UFPE.
 - A comunicação será feita a partir de um tablet ou smarthphone e a equipe fará a chamada para a família.
 - Se a vídeo-chamada não funcionar por questões técnicas, será tentada chamada telefônica, através de ligação pelo aplicativo Whatsapp. Se não conseguir, o processo será refeito no dia seguinte.
 - **As “visitas virtuais” serão realizadas após identificação da demanda por parte do paciente ou familiar e com apoio conjunto do Serviço de Psicologia antes e após o procedimento.**
 - A “visita virtual” será conduzida pelos profissionais médicos que estiverem nos plantões, preferencialmente, no turno da tarde, com o objetivo de possibilitar aos familiares terem algum contato visual com o paciente internado, o que poderá estimular a recuperação clínica pelo suporte psicológico-familiar ou facilitar o processo de despedida daqueles que morrerão no internamento.
 - Essa estratégia visa humanizar e reduzir o distanciamento provocado pelas precauções necessárias pela segurança biológica à covid-19.
 - **A equipe médica do BlocoVida será estimulada a fazer vídeo-chamadas extras aos familiares dos pacientes que estiverem em piora clínica, com falência terapêutica ou que evoluam para o óbito, de forma a possibilitar uma despedida ao seu ente querido que estará isolado e não poderá mais ter contato visual presencial com a família, considerando o processo de isolamento necessário aos corpos daqueles que morrerem infectados pelo Sars-Cov2. O ideal é que este contato seja feito com apoio conjunto do Serviço de Psicologia antes e após o procedimento.**

Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRT.CCP.001 – Página 13/19	
Título do Documento	PROTOCOLO CLÍNICO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA O BLOCO VIDA E LEITOS CLÍNICOS DE ENFERMARIA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19		Emissão: 13/05/2020	Próxima revisão: 13/05/2022
			Versão: 2	

- Quem fizer o contato de dentro do blocovida ou enfermaria de leitos covid no andar deverá primeiramente se apresentar ao familiar e explicar novamente o quadro clínico que o paciente se encontra.
- Deverá informar ao familiar como o paciente está visualmente (se em anasarca, entubado, monitores, sondas, sedação, etc.).
- O familiar previamente informado deverá ser questionado se gostaria de ter um contato visual pela webcam ou apenas de falar com o paciente, estando ciente que os pacientes que estiverem em assistência ventilatória mecânica e sedados não responderão aos familiares. Poderá ser um momento de despedida.

4.3. Recomendações práticas para a comunicação em situações de óbito

- Checar prontuário e verificar se existe algum detalhe a mais que seja importante dizer;
- Conferir dados corretos do paciente e cuidador. Haverá pouco tempo de fala, portanto, não erre nomes;
- Realizar chamada ao cuidador principal listado no prontuário;
- Checar se ele se encontra em local e condições para esta conversa, de preferência pergunte se tem mais alguém ao lado, pois é desejável;
- Realizar escuta mínima com o familiar. Ex: “O senhor(a) está acompanhando o caso dele? O que os médicos têm explicado?”. Escuta mais objetiva, porém deixe-o falar o que sabe ou sente;
- Fornecer a notícia de forma clara e objetiva, em tom acolhedor e suave. Ex: “Infelizmente precisamos dizer que seu pai faleceu agora pela doença”;
- Dar tempo para emoções, doe silencio e respeito, aguarde uma manifestação dele para seguir;
- Solicitar e acionar redes de apoio para documentação e trâmites funerários. Nem sempre a pessoa terá condições. Ex: “Da família de vocês, ou pessoas próximas, quem poderíamos falar para nos ajudar com os documentos daqui para frente?”;
- Registrar a telechamada em prontuário;
- Oferecer ao familiar, quando disponível, a oportunidade de ver o paciente por telechamada, mesmo após a morte do mesmo, caso a demanda surja da família, tendo em vista que o corpo sairá conforme protocolo de cuidados com corpo suspeito/confirmado para covid-19 (em caixão fechado, sem confirmação visual pelos familiares);
- A declaração de óbito (DO) deverá ser preenchida pelo plantonista que acompanhou o desfecho do paciente. Será realizado o preenchimento no horário da troca de plantão (ao se desparramentar) para manter a segurança na manipulação do papel;



UNIVERSIDADE
FEDERAL
DE PERNAMBUCO



Universidade Federal de Pernambuco
Hospital das Clínicas
Prof. Romero Marques



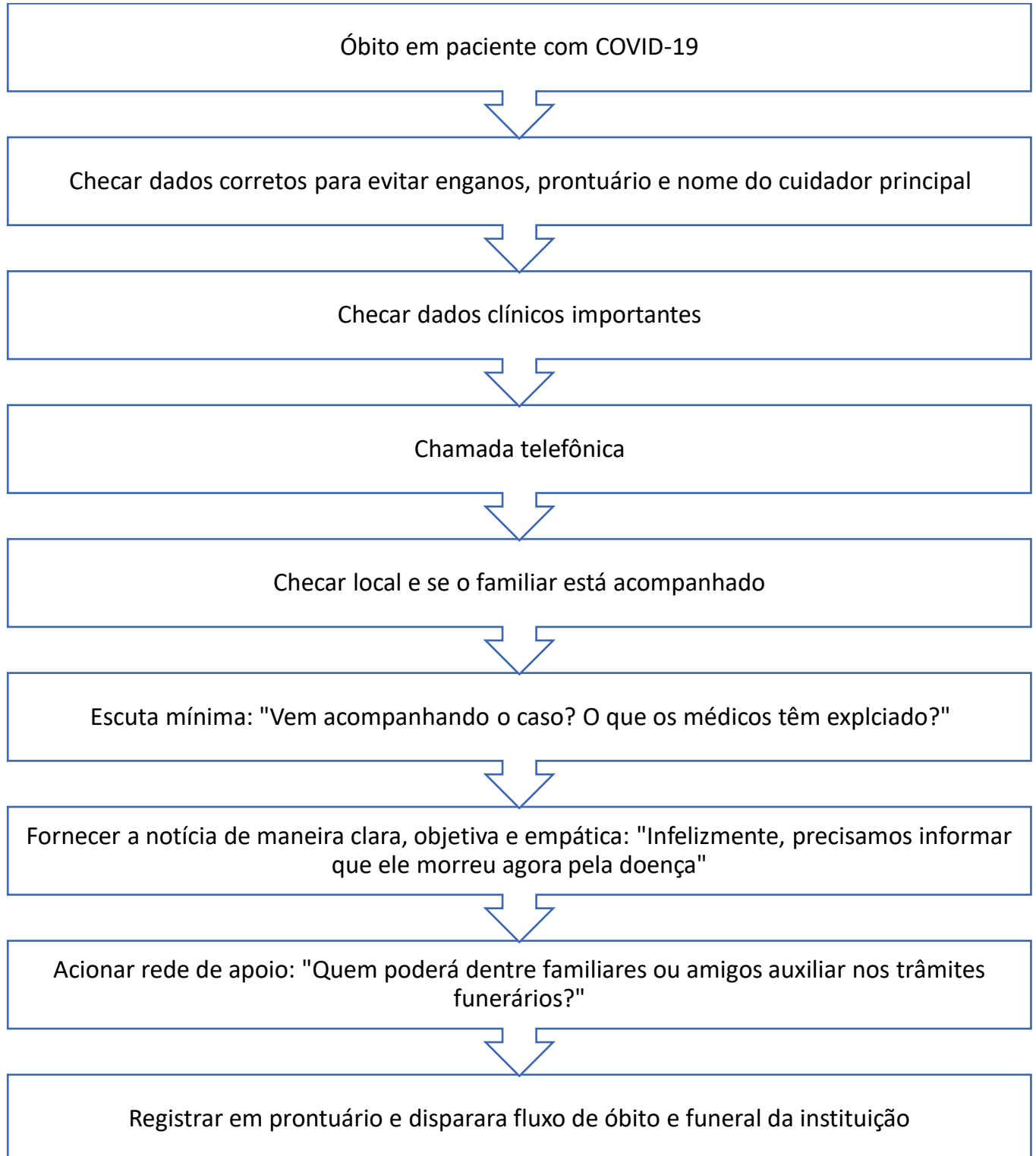
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CCP.001 – Página 14/19	
Título do Documento	PROTOCOLO CLÍNICO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA O BLOCO VIDA E LEITOS CLÍNICOS DE ENFERMARIA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19	Emissão: 13/05/2020 Versão: 2	Próxima revisão: 13/05/2022

- No momento da comunicação do óbito, os familiares deverão ser orientados a se deslocarem ao hospital próximo ao horário de troca de plantão, justificando que a liberação do corpo e da DO ocorrerão nesse momento.

Atenção à saúde mental dos colegas, alterne a pessoa que dará as notícias

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CCP.001 – Página 15/19	
Título do Documento	PROTOCOLO CLÍNICO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA O BLOCO VIDA E LEITOS CLÍNICOS DE ENFERMARIA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19	Emissão: 13/05/2020 Versão: 2	Próxima revisão: 13/05/2022

4.4. Fluxograma para conduta frente aos casos de óbitos



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CCP.001 – Página 16/19	
Título do Documento	PROTOCOLO CLÍNICO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA O BLOCO VIDA E LEITOS CLÍNICOS DE ENFERMARIA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19	Emissão: 13/05/2020 Versão: 2	Próxima revisão: 13/05/2022

4.5. Comunicação alternativa para pacientes com limitação funcional

A Comunicação Alternativa e complementar é um recurso de tecnologia assistiva de baixo custo que se propõe a compensar (temporária ou permanentemente) uma incapacidade ou deficiência do indivíduo com desordem severa de comunicação expressiva. Nesse contexto, a equipe de terapia ocupacional do HC UFPE propõe o uso desse instrumento como forma de auxiliar na manutenção mínima da autonomia dos pacientes com Covid-19 que estejam em ventilação mecânica e que tenham intenção comunicativa.

Objetivo:

Possibilitar a comunicação não verbal entre o paciente e a equipe assistente acerca das necessidades básicas através do recurso da prancha de comunicação alternativa, contendo imagens e palavras, relacionadas a condição de isolamento, contato familiar, tratamento, sentimentos e alta hospitalar, bem como identificação de queixas álgicas (local e intensidade).

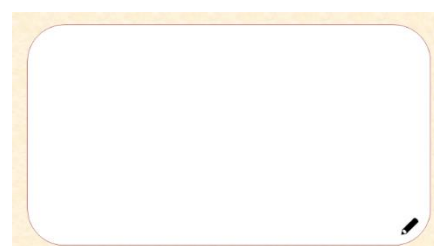
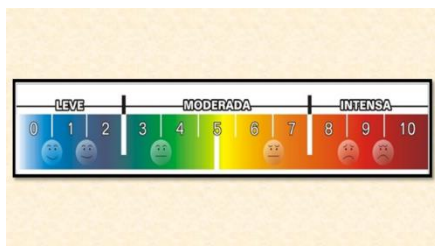
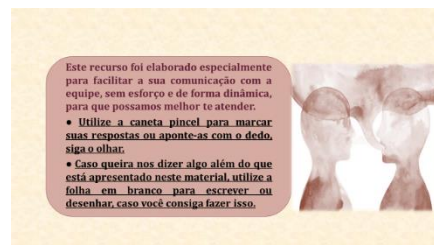
Instruções:

1. Identificar a demanda comunicativa do paciente, através de perguntas simples e objetivas e de quais formas o paciente utiliza (olhar, movimentação ativa) para interagir com o interlocutor;
2. Oferecer o uso do dispositivo facilitador e apresentar o recurso (prancha de comunicação)
3. Fazer a leitura de cada imagem e o que representa, verificando a compreensão do mesmo;
4. Solicitar ao paciente oferecer algum sinal de identificação da imagem que represente a sua demanda (através do olhar ou apontamentos) durante a releitura da placa.

O uso do recurso requer uma disponibilidade e reconhecimento da sua necessidade pela equipe de linha de frente, visto que através dele poderão surgir demandas relacionadas ao processo de adoecimento, tratamento e isolamento do paciente com Covid-19. A comunicação alternativa poderá sinalizar a necessidade de articulação com a família e/ou equipe multiprofissional que estará disponível na retaguarda (psicologia, serviço social e terapia ocupacional), assim como contribuir para a humanização da assistência prestada. (Prancha de Comunicação Alternativa se encontrará disponível no setor).

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CCP.001 – Página 17/19	
Título do Documento	PROTOCOLO CLÍNICO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA O BLOCO VIDA E LEITOS CLÍNICOS DE ENFERMARIA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19	Emissão: 13/05/2020	Próxima revisão: 13/05/2022
		Versão: 2	

4.6 Prancha de Comunicação Alternativa destinados aos pacientes com COVID-19



Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRT.CCP.001 – Página 18/19	
Título do Documento	PROTOCOLO CLÍNICO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA O BLOCO VIDA E LEITOS CLÍNICOS DE ENFERMARIA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19	Emissão: 13/05/2020 Versão: 2	Próxima revisão: 13/05/2022

Em caso de dúvidas ou para discussão de casos ou avaliação de pacientes, os membros da Comissão de Cuidados Paliativos poderão ser acionados.

Membros da Comissão de Cuidados Paliativos do HC-UFPE		
Categoria profissional	Nome	Telefone
Médicos	Christyanne Rodrigues	99650-7496
	Hugo Moura Melo	99650-7495
	Maria Magalhães	98824-2774
	Rafaella Italiano	99409-4147
	Renata Beltrão	99938-0001
Enfermeira	Bruna Gabrielle	99874-0733
Psicólogas	Érika Neves	99961-8545
	Juliana Torres	(85)98201-7773
Assistente Social	Viviane Dias	99748-5801
Terapeutas Ocupacionais	Jamylle Brito	99770-2528
	Luciana Nascimento	99929-8792
Nutricionista	Marcella Campos	99513-8989
Fonoaudiólogo	Avelino Maciel	99874-1390
Fisioterapeuta	Helga Cecília (afastada)	---

5. REFERÊNCIAS:

ANCP. Posicionamento da Academia Nacional de Cuidados Paliativos sobre COVID-19. Disponível em: <https://paliativo.org.br/posicionamento-diretoria-an-cuidados-paliativos-covid19/>

Crispim, D; Silva, MJP; Cedotti, W et al. Notícias de óbito durante a pandemia do COVID-19: Recomendações práticas para comunicação e acolhimento em diferentes cenários da pandemia.

Crispim, D; Silva, MJP; Cedotti, W et al. Visitas virtuais durante a pandemia do COVID-19: Recomendações práticas para comunicação e acolhimento em diferentes cenários da pandemia.

Crispim, D; Silva, MJP; Cedotti, W et al. Comunicação difícil durante a pandemia do COVID-19: Recomendações práticas para comunicação e acolhimento em diferentes cenários da pandemia.

Crispim, D; Silva, MJP; Cedotti, W et al. Aviso de Grave e COVID-19: Recomendações práticas para comunicação e acolhimento em diferentes cenários da pandemia.

Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRT.CCP.001 – Página 19/19	
Título do Documento	PROTOCOLO CLÍNICO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA O BLOCO VIDA E LEITOS CLÍNICOS DE ENFERMARIA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19		Emissão: 13/05/2020	Próxima revisão: 13/05/2022
			Versão: 2	

PEREIRA, CR et al. Protocolo P-A-C-I-E-N-TE: instrumento de comunicação de más notícias adaptado à realidade médica brasileira. Ver. Assoc. Med. Bras. 2017, vol 63, n1, pp. 43-49.

Hospital Sírio Libanês. Anexo 12: Recomendações de cuidados de fim de vida para pacientes em insuficiência respiratória aguda por infecção pelo COVID-19. 20/03/2020.

IAMSPE. Orientações no controle de sintomas na COVID-19: Cuidados Paliativos para crise humanitária global. Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual, HSPE – Hospital do Servidor Público Estadual. 2020.

CONASS. Fluxograma de Acolhimento e Classificação de Risco do Idoso com Suspeita de infecção pelo Coronavírus na RAS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2020.

Moraes, EM et al. “Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil.” Rev. Saúde Pública 50 (2016).

RODRIGUES, MK et al. Clinical Frailty Scale: translation and cultural adaptation into the brazilian portuguese language. The Journal of frailty & aging. Fev, 2020.

6. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
2	13/05/2020	Foram incluídos: 1. Escala visual de fragilidade; 2. Modelo de prancha de comunicação alternativa. Reforçada a necessidade de pactuação com o serviço de psicologia para as visitas virtuais e excluídos os horários relativos às comunicações.

Elaboração/Revisão Comissão de Cuidados Paliativos	Data 12/05/2020
Análise Danylo César Correia Palmeira Setor de Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde	Data 12/05/2020
Validação Renata Tenório de Barros Juliana Magalhães Bernardino Escritório da Qualidade	Data 13/05/2020
Aprovação Luiz Alberto Reis Mattos Júnior Superintendente	Data 13/05/2020

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos.