Daniel Battacini Dei Santi
Luciana Suelly Barros Cavalcante
Ednalda Maria Franck
Ricardo Tavares de Carvalho

Cuidados Paliativos na Prática Clínica em Tempos de COVID-19



HC FMUSP
Atheneu
Cuidados Paliativos HCFMUSP



www.atheneu.com.br
(21) 99165-6798 Facebook.com/editoraatheneu Twitter.com/editoraatheneu Youtube.com/atheneueditora

Cuidados Paliativos na Prática Clínica em Tempos de COVID-19

Daniel Battacini Dei Santi
Luciana Suelly Barros Cavalcante
Ednalda Maria Franck
Ricardo Tavares de Carvalho

Atheneu
Rio de Janeiro • São Paulo
2021

EDITORA ATHENEU

São Paulo	—	*Rua Avanhandava, 126 – 8º andar* *Tel.: (11)2858-8750* *E-mail: atheneu@atheneu.com.br*
Rio de Janeiro	—	*Rua Bambina, 74* *Tel.: (21)3094-1295* *E-mail: atheneu@atheneu.com.br*

CAPA: Equipe Atheneu
PRODUÇÃO EDITORIAL/DIAGRAMAÇÃO: Villa d'Artes
IMAGENS DAS ABERTURAS DAS SEÇÕES E FINAL DO LIVRO: André François

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

C973

Cuidados paliativos na prática clínica em tempos de covid-19 / editores Daniel Battacini Dei Santi ... [et al.]. - 1. ed. - Rio de Janeiro : Atheneu, 2021.
288 p. : il. ; 21 cm.

ISBN 978-65-5586-218-8

1. COVID-19 (Doenças). 2. Infecção por coronavírus. 3. Infecção por coronavírus - Diagnóstico. 4. Infecção por coronavírus - Tratamento. 5. Cuidados paliativos. I. Santi, Daniel Battacini Dei.

21-71118

CDD: 614.592414
CDU: 616.98:578.834

Camila Donis Hartmann – Bibliotecária – CRB-7/6472

20/05/2021 21/05/2021

DEI SANTI, D. B.; CAVALCANTE, L. S. B.; FRANCK, E. M.; CARVALHO, R. T.
Cuidados Paliativos na Prática Clínica em Tempos de COVID-19

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU – Rio de Janeiro, São Paulo, 2021



SEÇÃO

I

A TEORIA APLICADA À PANDEMIA COVID-19

Apresentação

A primeira parte desta obra diz respeito a aspectos contextuais e organizacionais relacionados à mobilização do Núcleo de Cuidados Paliativos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) para o enfrentamento da pandemia de COVID-19 em 2020.

Foi necessária uma ação coletiva com base em uma concepção intelectual compartilhada entre os diversos membros da equipe de trabalho.

Elaborado o escopo primordial das ações, a proposta, em um primeiro momento pouco compreendida em vista de tantas outras prioridades técnicas e operacionais, foi apresentada ao Comitê de Crise do HCFMUSP.

Discussões objetivas permitiram a compreensão, o reconhecimento do valor das propostas e a consequente parceria com as esferas administrativas institucionais, que permitiram sua concretização.

Foram realizados ajustes. O envolvimento amplo trouxe engajamento de equipes de apoio técnico, informática, farmácia e tantas outras, de maneira a gerar brilho, pertencimento e entusiasmo, apesar de tudo.

Este trabalho é descrito de maneira compartimentalizada nos próximos capítulos.

É importante ressaltar que, apesar dessa forma de apresentação, as ações aconteceram todas ao mesmo tempo e tiveram que ser implementadas, desde a primeira concepção, ainda mental, até a operacionalização concreta e final, em 15 dias.

Foram muitos os desafios e as dificuldades. Estes puderam ser superados com senso criativo, proatividade e olhar desprendido de si, com foco no outro, no cuidado.

Foram ações determinadas, de profissionais competentes e dispostos, os quais tenho o prazer de liderar e a quem me inclino, em agradecimento.

Ricardo Tavares de Carvalho

CAPÍTULO

1 Fundamentos dos Cuidados Paliativos Aplicados à Pandemia

Sérgio Seiki Anagusko
Isabella Bordim Rosa
Maria Fernanda Ferreira Angelo

Introdução

Em dezembro de 2019, em Wuhan, na China, surgiram os primeiros casos de pneumonia associada ao novo coronavírus. Pouco tempo depois, pesquisadores chineses identificaram o SARS-CoV-2 como vírus responsável pela Síndrome Respiratória Aguda Grave, caracterizando a doença e nomeando-a *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19).[1]

Cerca de três meses mais tarde, em 11 de março de 2020, frente à disseminação e elevação do número de casos, com diagnósticos confirmados em mais de 115 países, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou estado de pandemia.[2] Nesse período, a alta taxa de transmissão ocasionou um número muito elevado de pessoas infectadas e, por consequência, aumento significativo do número de internações, casos graves e óbitos. As estatísticas iniciais apontavam para a necessidade de internação de um a cada cinco infectados com idade acima de 80 anos.[2] Segundo a OMS, até dezembro de 2020, o número de casos registrados no mundo era superior a 80 milhões e o de mortes relacionadas alcançou 1,7 milhão, com mais de 190 mil mortes registradas no Brasil.[3]

Maior incidência foi observada na população adulta, associada a taxas mais elevadas de letalidade entre os idosos, tanto no Brasil quanto em outros países.[4] Alguns estudos mostraram que, entre idosos com mais de 80 anos, 14,8% dos infectados faleceram, comparado ao índice de 8% em pacientes entre 70 e 79 anos.[4] Além da faixa etária, alguns fatores de risco foram relacionados à maior mortalidade,

como multimorbidades, gênero masculino, etnia negra e asiática, além de pacientes residentes em países com menor índice de desenvolvimento humano.[2]

Outras condições são consideradas como grupos de risco para evolução desfavorável da infecção, como obesos; hipertensos; diabéticos; extremos de idade; mulheres na gravidez e no puerpério; pacientes com doenças cardíacas, pulmonares, hepáticas, hematológicas e neurológicas; pacientes imunossuprimidos; e população indígena.[5]

A pandemia afetou diretamente a rotina das pessoas em todo o mundo e trouxe consequências em todas as esferas da sociedade. Em poucos meses, o novo coronavírus passou a ser, além de uma ameaça, foco de discussões entre profissionais de diversas áreas, dentre elas: saúde, economia, política, imprensa e população em geral. Diante desse gigante inesperado, todos os tipos de recursos humanos, financeiros, científicos e industriais foram direcionados para tentar diminuir os agravos provocados pela doença.

Nessa situação, pacientes clinicamente complexos, com doenças crônicas e ameaçadoras à vida, foram afetados de maneira significativa. A assistência fornecida a esse grupo tem se tornado cada vez mais expressiva e existe uma área da saúde cujo objetivo central é identificar e cuidar do sofrimento que aflige essa população. Essa abordagem, denominada Cuidados Paliativos, teve sua definição atualizada recentemente, em consenso publicado em 2020 pela International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC),[6] com a participação de especialistas de 88 países, incluindo o Brasil:

> *"Os Cuidados Paliativos são cuidados holísticos ativos, ofertados a pessoas de todas as idades que se encontram em intenso sofrimento relacionado à sua saúde, proveniente de doença severa, especialmente aquelas que estão no final da vida. O objetivo dos Cuidados Paliativos é, portanto, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, de suas famílias e de seus cuidadores."*

O sofrimento relacionado à saúde é considerado grave quando há comprometimento físico, emocional, social e/ou espiritual e seu alívio não é alcançado sem uma intervenção profissional. Doença severa é aquela que carrega um alto risco de morte, com impacto negativo na qualidade de vida e funcionalidade, e/ou é onerosa em sintomas, tratamentos ou estresse do cuidador.[7]

Portanto, os Cuidados Paliativos têm como característica central o olhar focado no sofrimento humano, no sentido de entender suas causas, e fundamentado em conhecimento técnico e formações com bases sólidas, de modo a intervir, a partir de uma abordagem interdisciplinar, para preveni-lo ou aliviá-lo. Esse sofrimento pode ser causado por uma doença aguda ou crônica e os cuidados paliativos devem idealmente ser iniciados de forma precoce, em associação ao tratamento modificador de doença, de modo complementar e integrado (Figura 1.1).[8]

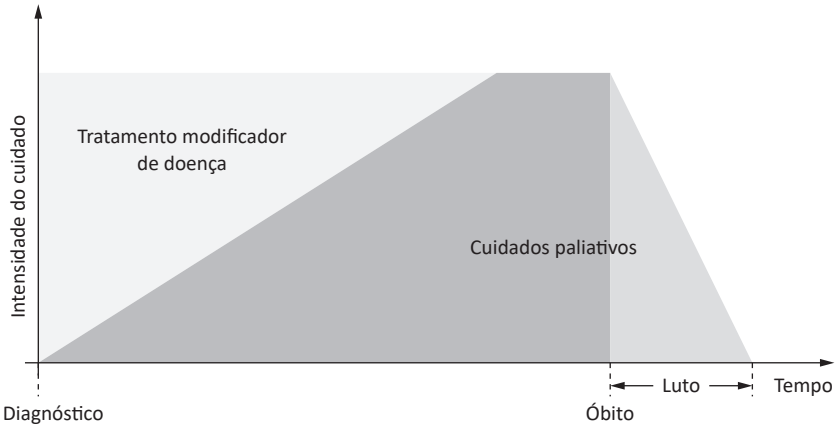

Figura 1.1. Representação gráfica do foco do cuidado de acordo com a progressão da doença.
Fonte: Adaptado de Gaertner J *et al.*, 2011.[8]

As dimensões do sofrimento são explicitadas na definição de 2017 da OMS, que inclui as esferas física, emocional, social e espiritual. Seus princípios (Quadro 1.1) estão em consonância com os ensinamentos de Cicely Saunders, a precursora do "Movimento Hospice Moderno".

Quadro 1.1. Princípios fundamentais dos Cuidados Paliativos.

- Fornecer alívio da dor e de outros sintomas que possam causar sofrimento.
- Afirmar a vida, assim como o entendimento de que a morte faz parte dela.
- Não adiar ou postergar a morte.
- Integrar aspectos psicológicos e espirituais ao cuidado do paciente.
- Disponibilizar um sistema de apoio que ajude os pacientes a viverem o mais ativamente possível até o momento da morte.
- Oferecer suporte para auxiliar os familiares a lidar com o processo de adoecimentos do paciente e com seu próprio luto.
- Trabalhar em equipe, de maneira interdisciplinar, a partir da avaliação das necessidades do paciente e de seus familiares, incluindo o suporte ao luto.
- Melhorar a qualidade de vida, ciente de que essa ação pode influenciar positivamente no curso da doença.
- É apropriado desde o início do curso da doença, em conjunto com outras terapias que se destinam a prolongar a vida, como quimioterapia ou radioterapia, e inclui as investigações necessárias para melhor compreender e gerenciar complicações clínicas angustiantes.

Fonte: Adaptado de Radbruch L, 2020.[6]

Assim, as habilidades de uma equipe interdisciplinar se agregam para ajudar o paciente a se adaptar às mudanças de vida impostas pela doença e seus sintomas, promovendo a reflexão necessária para o enfrentamento dessa condição de ameaça, atuando sobre o binômio paciente-família.[9] De maneira prática, o cuidado é estabelecido por meio de uma relação que envolve boa comunicação, vínculo, responsabilização, respeito e empatia com o paciente, família e rede de apoio.[10]

Em 2010, a Worldwide Hospice and Palliative Care Alliance (WHPCA), em conjunto com a OMS, publicou a primeira edição do *Atlas Global de Cuidados Paliativos*, na qual o Brasil obteve a classificação de nível 3a, referente ao oferecimento de cuidados paliativos a partir de iniciativas isoladas, com financiamento predominantemente de doações e dificuldades no acesso à morfina. Em outubro de 2020, a segunda edição foi lançada com nova classificação para o Brasil, agora com nível 3b, no qual o fornecimento de cuidados paliativos é realizado de maneira generalizada, com fontes de financiamento, maior disponibilidade de morfina e com mais serviços e centros de treinamento disponíveis.[11] Assim, o Brasil caminha ao lado de países como Bolívia, Paraguai, Equador e Peru, enquanto Argentina, Chile e Uruguai encontram-se um degrau acima, no nível 4a, no qual os cuidados paliativos estão integrados de forma preliminar.

Segundo o *Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil*, de 2019, confeccionado pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos, São Paulo é o estado com maior quantidade de serviços que oferecem cuidados paliativos, sendo 42% destes administrados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).[12] O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) representa um dos principais serviços do Brasil, atuando por meio de assistência, ensino e pesquisa.

Cuidados Paliativos e a COVID-19

A pandemia forçou os sistemas de saúde de diversos países a direcionarem seus esforços e recursos na priorização de leitos de terapia intensiva e cuidados agudos com pacientes infectados pelo novo coronavírus, acarretando prejuízo assistencial também aos pacientes com doenças não transmissíveis (doenças crônicas graves ou oncológicas, por exemplo), um fenômeno conceituado por alguns autores como sindemia.[13] Ao mesmo tempo, de maneira súbita, compeliu milhares de profissionais de saúde, muitos sem treinamento técnico ou emocional suficiente, a lidar com o final de vida de um grande número pacientes, diariamente. A mudança se estendeu à população geral, que teve que se adaptar a novos meios de trabalho e ao distanciamento social, com impacto importante na saúde mental[14] (Figura 1.2).

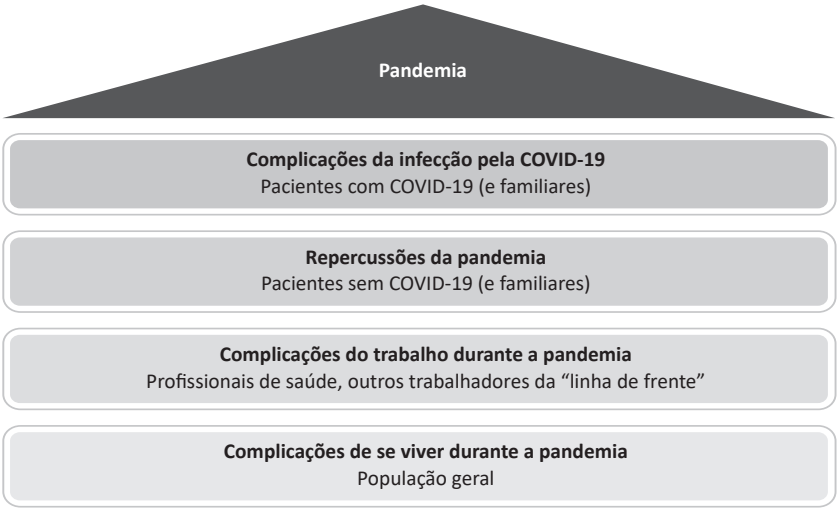

Figura 1.2. Cenário *iceberg* (potenciais consequências da pandemia).
Fonte: Adaptada de Davies, 2020.[14]

Trata-se de um cenário em que os Cuidados Paliativos, por tantas vezes relegado às margens das políticas públicas de saúde,[15] principalmente nos países pobres ou em desenvolvimento, passou a ter papel crucial também do ponto de vista de gestão e organização. Isso porque, quando executado de forma adequada, é capaz de:

- Identificar precocemente os pacientes mais expostos ao risco de deterioração clínica e óbito.
- Realizar comunicação compassiva, reconhecendo os momentos mais oportunos, não deixando as comunicações e decisões para os últimos dias de vida.
- Dar oportunidade de conhecer os valores e desejos do paciente, proporcionada por sua introdução precoce e, como consequência, atingir um melhor planejamento avançado de cuidados.
- Deliberar quanto ao local de cuidados que seja mais apropriado às suas necessidades e aos seus desejos, como hospital, *hospice* ou domicílio, considerando os benefícios, as limitações e os riscos, adequando as estratégias de cuidado.

Como resultado, tem-se a melhor assistência do ponto de vista físico, psicossocial e espiritual para o indivíduo, associado à maior disponibilidade de leitos

de terapia intensiva, devido à alocação de recursos mais racional e assertiva, com benefícios individuais e para o sistema de saúde como um todo.[16]

Na América Latina, incluindo o Brasil, a pandemia reforçou desigualdades históricas, contribuindo para uma situação comparável a crises humanitárias, contexto em que, de acordo com a OMS, "os Cuidados Paliativos são imprescindíveis, não havendo justificativas éticas para a sua ausência".[17] É neste contexto que os paliativistas apresentam a obrigação moral de trazer à luz seu conhecimento, transformando-o em educação aos demais profissionais, a fim de promover uma assistência mais humanizada aos pacientes e de alto nível técnico. Um cuidado sempre centrado na pessoa, seja por meio do controle impecável de sintomas, auxílio em tomadas de decisões em situações complexas, aperfeiçoamento de técnicas e meios de comunicação, suporte emocional e assistência ao luto.

Contextualização do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) é um complexo hospitalar localizado na cidade de São Paulo, uma autarquia do governo do estado de São Paulo, vinculada à Secretaria de Estado da Saúde para fins de coordenação administrativa. É associado à Faculdade de Medicina para fins de ensino, pesquisa e prestação de ações e serviços de saúde destinados à comunidade.

Atualmente, é formado por sete institutos especializados, correspondentes aos departamentos congêneres da Faculdade de Medicina. Em virtude da pandemia, o Instituto Central, o maior do complexo, foi isolado, tendo seus leitos destinados a receber exclusivamente pacientes para o tratamento da COVID-19, casos confirmados ou suspeitos. Em uma grande operação de mobilização, os pacientes sem tal hipótese diagnóstica foram realocados em outros institutos, como o Instituto do Coração, de Psiquiatria e de Ortopedia, que passaram, então, a abrigar diversas especialidades. Por sua vez, o Instituto Central aumentou o número absoluto de leitos e de terapia intensiva e adaptou setores (como enfermarias e centro cirúrgico) para receber pacientes gravemente enfermos.

As atividades do Núcleo Técnico Científico em Cuidados Paliativos (NTCCP) no HCFMUSP foram iniciadas em 2012, tendo como coordenador o Dr. Ricardo Tavares de Carvalho. Hoje, conta com uma rede de assistência composta por um grupo interconsultor, a unidade de internação e o ambulatório especializado.

Durante a mobilização institucional no combate à pandemia, a equipe de cuidados paliativos ficou responsável por administrar uma nova unidade de internação,

dentro do Instituto Central, para receber pacientes com critérios de elegibilidade para cuidados paliativos e que foram infectados pela COVID-19.

A unidade recebeu 209 pacientes no período de abril a setembro de 2020. Aproximadamente 80% compunham a faixa etária acima de 60 anos, cujo diagnóstico de base principal mais frequentes foi câncer, seguido de síndromes demenciais, cardiopatias e neuropatias. O atendimento especializado prestado fomentou uso de opioides para alívio sintomático, sedação paliativa em alguns casos específicos e apoio integral ao paciente e sua família.

As ações do NTCCP foram além da assistência direta realizada na nova unidade, estando dentre as mais importantes:

- A interação da equipe especializada com os diversos setores do Instituto Central do HCFMUSP por meio de interconsulta.
- Disponibilização de um contato via celular e aplicativo de mensagens 24 horas por dia, durante os 7 dias da semana, para realização de suporte relacionado a controle de sintomas, comunicação e tomada de decisões complexas.
- Criação de um fluxograma para auxílio no processo de tomada de decisão, incluindo a identificação de pacientes com necessidades de cuidados paliativos, por meio da ferramenta SPICT-BR[18] (Figura 1.3), fatores de mau prognóstico e embasamento ético-legal, sendo a ferramenta difundida via *e-mail* corporativo, intranet e murais do hospital.
- Gravação de aulas virtuais com orientações sobre triagem, questões ético-legais, comunicação e controle de sintomas.
- Iniciativa de comunicação por meio de tecnologia (*tablets*, celulares e robôs).
- Programa de apoio aos familiares enlutados.
- Atendimento aos pacientes com doenças graves, que necessitavam de cuidados paliativos, mas que não foram infectados pela COVID-19. As atividades envolviam a parte da equipe que não foi deslocada para o Instituto Central, que desenvolveu ações destinadas exclusivamente aos pacientes não infectados. Estes recebiam atendimento na unidade de internação de cuidados paliativos não COVID-19, por meio do grupo interconsultor, ou atendimento ambulatorial, tanto na modalidade presencial (após liberação do retorno das atividades pela instituição), quanto à distância, por atendimento telefônico ou virtual (teleconsulta).

THE UNIVERSITY of EDINBURGH

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

NHS Lothian

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 cogntiva 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 oxigenoterapia por longo prazo.

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

Doença renal

Estágios 4 e 5 de doença renal crônica (TFG < 30 ml/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 hepatorrenal
- Peritonite bacteriana
- Sangramentos recorrentes de varizes esofágicas

Transplante hepático é contraindicado.

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

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.

Para mais informações e atualizações, cadastre-se no SPICT website (www.spict.org.uk)

SPICT™, abril 2016

Figura 1.3. Ferramenta SPICT-BR.[18]

Fonte: Reprodução de SPICT-BR.[18]

- Manutenção das atividades teórico-práticas dos programas de complementação especializada, residência médica e multiprofissional de cuidados paliativos do HCFMUSP.
- Desenvolvimento de linhas de pesquisa em cuidados paliativos, voltadas para a temática COVID-19.

O fluxograma (Figura 1.4) disponibilizado a todos os profissionais do serviço é composto por três passos principais. No primeiro, o objetivo principal é o reconhecimento das doenças de base e as circunstâncias clínicas pregressas, por meio da ferramenta SPICT-BR,[18] em conjunto com análise de fatores de risco para menor sobrevida. De acordo com esses dois critérios, o segundo passo é situar o paciente dentre os três grupos:

1. **Cenário vermelho:** pacientes sem critérios de terminalidade relacionados à doença de base pelo SPICT-BR. Esses pacientes devem seguir o fluxo de assistência habitual, com suporte intensivo, se houver indicação. Nos casos de pacientes de grupos de risco, considerar o acompanhamento conjunto da equipe de cuidados paliativos.
2. **Cenário amarelo:** pacientes com critérios de terminalidade pelo SPICT-BR, mas sem sinais clínicos indicativos de menor sobrevida, sendo orientado o acionamento da equipe de cuidados paliativos em casos de dificuldade no processo de tomada de decisão ou dificuldades no controle de quaisquer sintomas causadores de sofrimento.
3. **Cenário verde:** pacientes com critérios de terminalidade pelo SPICT-BR e com sinais clínicos indicativos de menor sobrevida, sendo, então, orientado o acionamento da equipe de cuidados paliativos. A equipe pode auxiliar nesses casos se houver dificuldade no processo de tomada de decisão ou no controle de sintomas. Caso seja cogitada a não indicação de procedimentos sustentadores de vida, considerar alocação em leitos da enfermaria de cuidados paliativos, destinados a promover o cuidado apropriado ao doente.

O terceiro passo está relacionado ao processo deliberativo, sempre compartilhado entre equipe, familiares e paciente (quando este se encontrar lúcido e com as primeiras medidas de controles de sintoma iniciadas), respeitando aspectos éticos, institucionais e legais.

Nos próximos capítulos serão abordados alguns dos temas postulados neste início e serão compartilhadas biografias e vivências da equipe durante esse período tão desafiador.

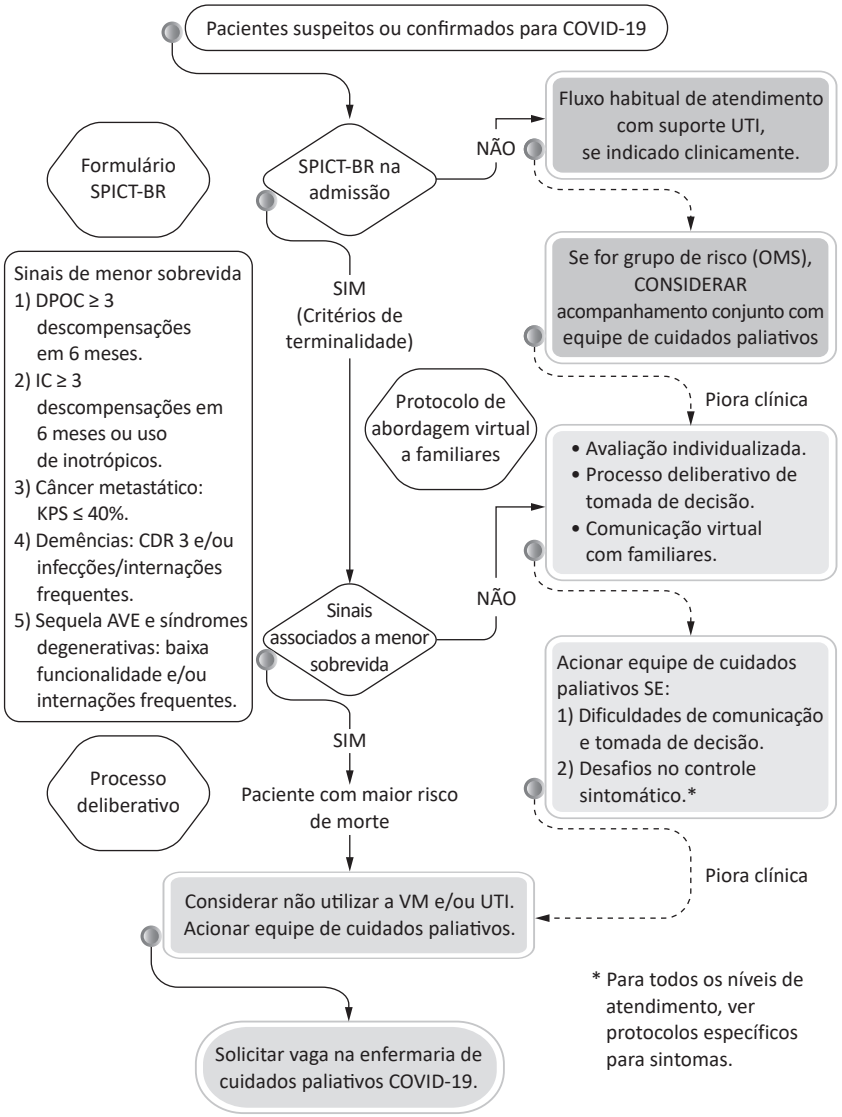

Figura 1.4. Fluxograma – Cuidados paliativos e tomada de decisão na pandemia COVID-19 (HCFMUSP).

AVE: acidente vascular encefálico; CDR: *Clinical Dementia Rating*; DPOC: doença pulmonar obstrutiva cronica; IC: insuficiência cardíaca; KPS: *Karnofsky Performance Status*; UTI: unidade de terapia intensiva; VM: ventilação mecânica.

Fonte: Elaborado pela autoria.

▶ Referências bibliográficas

1. Cavalcante JR, Cardoso dos Santos AC, Bremm JM, Lobo A de P, Macário EM, Oliveira WK de, et al. COVID-19 no Brasil: evolução da epidemia até a semana epidemiológica 20 de 2020. Epidemiol e Serv saúde. Rev do Sist Único Saúde do Bras. 2020;29(4):e2020376.
2. Ting R, Edmonds P, Higginson IJ, Sleeman KE. Palliative care for patients with severe COVID-19. BMJ. 2020;370:1-4.
3. World Health Organization. Brazil. WHO, 2020. Disponível em: https://covid19.who.int/region/amro/country/br. Acesso em: 31 dez. 2020.
4. Barbosa IR, Galvão MHR, Souza Gomes TA de, Sávio Marcelino M, Arthur de Almeida L de KC. Incidência e mortalidade por COVID-19 na população idosa brasileira e sua relação com indicadores contextuais: um estudo ecológico. Rev bras geriatr gerontol. 2020;23(1):200171. Disponível em: https://search.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/en/covidwho-864518. Acesso em: 7 abr. 2021.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária. Brasília; 2020. (Versão 7):1-38.
6. Radbruch L, De Lima L, Knaul F, Wenk R, Ali Z, Bhatnaghar S, et al. Redefining Palliative Care – A New Consensus-Based Definition. J Pain Symptom Manage. 2020;60(4):754-64.
7. Kelley AS. Defining "serious illness." J Palliat Med. 2014;17(9):985.
8. Gaertner J, Wuerstlein R, Ostgathe C, Mallmann P, Nadia H, Voltz R. Facilitating Early Integration of Palliative Care into Breast Cancer Therapy. Promoting Disease-Specific Guidelines. Breast Care 2011;6(3):240-244.
9. Hermes HR, Arruda Lamarca IC. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. Cienc e Saude Coletiva. 2013;18(9):2577-88.
10. Carvalho RT, Souza MRB, Franck EM, Polastrini RTV, Crispim D, Jales SMCP, et al. (eds). Manual do Residente de Cuidados Paliativos – Abordagem multidisciplinar. Manole. 2018:1 ed.
11. Connor SR. Global Atlas of Palliative Care. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. 2020;51.
12. Santos AFJ dos, Ferreira EAL, Guirro ÚB do PG. Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil 2019. 2020;1-52.
13. Horton R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. Lancet. 2020;396(10255):874.
14. Davies A, Hayes J. Palliative care in the context of a pandemic: similar but different. Clin Med J R Coll Physicians London. 2020;20(3):274-7.
15. Rodin G, Zimmermann C, Rodin D, al-Awamer A, Sullivan R, Chamberlain C. COVID-19, palliative care and public health. Eur J Cancer 2020;136:95-8.
16. Gaertner J, Maier BO, Radbruch L. Resource allocation issues concerning early palliative care. Ann Palliat Med. 2015;4(3):156-61.
17. Krakauer EL, Daubman BR, Aloudat T. Integrating palliative care and symptom relief into responses to humanitarian crises. World Health Organization. 2018.
18. Supportive and Palliative Care Indicators Tool-BR. University of Edinburgh, 2020. Disponível em: https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-br/. Acesso em: 7 abr. 2021.