

GUIAS SINTÉTICOS DE APOIO E CONTROLO SINTOMÁTICO EM SITUAÇÕES DE COVID 19

1. Comunicação em situações específicas COVID-19: Orientações para profissionais de saúde
2. Transmissão de más notícias em seis passos (Buckman, 1992)
3. Autocuidado para profissionais que atendem situações de COVID-19
4. Controlo de sintomas em final de vida COVID-19
5. Sedação
6. *Delirium*
7. Situação de últimos dias em pacientes COVID-19
8. Óbito do paciente COVID-19

Estes guias sintéticos destinam-se a apoiar profissionais de saúde menos familiarizados com a realidade do fim de vida /últimos dias de vida, com vista a fornecer informação sintética sobre as melhores práticas, devidamente enquadradas do ponto de vista ético e clínico.

Em caso de dúvida, recomendamos contacto com a sua equipa de referência de Cuidados Paliativos

(traduzido e adaptado, com a devida permissão, das Guias Rápidas em situações COVID-19 da Clínica Universitária de Navarra, 2020)

**Traduzido por: Abel Abejas, Ana Guedes, Catarina Amorim, Catarina Torre do Valle, Jorge Castro, Paula Sapeta;
Revisão final e coordenação: Isabel Galriça Neto**

1. COMUNICAÇÃO EM SITUAÇÕES ESPECÍFICAS COVID-19

Orientações para profissionais de saúde

É provável que muitos profissionais venham a enfrentar situações complexas e novas para as quais se sintam menos preparados. Surgirão situações específicas decorrentes da pandemia do COVID 19 e conversas que nunca esperámos ou desejado ter.

A maneira como comunicamos será fundamental para que o paciente ou a família se sintam acompanhados e seguros com a equipa de saúde. O contexto de uma pandemia impõe pressão devido à falta de tempo, falta de espaço ou de um local mais privado. Também observaremos que medidas de proteção pessoal serão barreiras à comunicação não verbal, a qual é muito importante para confortar quem está a receber as notícias.

Triagem

Quando alguém está preocupado por uma possível infeção

O que dizem os utentes?	O que podes responder?
Porque não fazem os testes a todos?	Não temos kits suficientes para todos. Desejaria que fosse diferente?
Porque demoram tanto em dar os resultados?	O laboratório trabalha tão rápido quanto pode. Sei que é difícil esperar.
Porque é que aos futebolistas fazem o teste tão rápido?	Desconheço os detalhes, mas posso dizer-lhe que estamos numa fase diferente. A situação modifica-se tão rapidamente que o que fazíamos há uma semana, não é o que fazemos hoje.

Triagem

Quando decide para onde o paciente deve ir

O que dizem os doentes?	O que podes responder?
Porque é que não vou ao hospital e pronto?	A nossa preocupação principal é a sua segurança! Estamos a tentar organizar como chegam os doentes. Por favor responda às minhas perguntas. Pode ajudar a acelerar o processo para si mesmo e para qualquer outro, se você agir como recomendamos.
Porque me têm fora do hospital e tenho de estar em casa?	Imagino que está preocupado e quer o melhor cuidado possível. Mas neste momento o hospital converteu-se num lugar de risco, salvo para quem realmente o necessite. O mais seguro para si é...

Internamento

Quando o doente necessita internamento hospitalar na UCI

O que dizem os doentes/familiares?	O que podes responder?
------------------------------------	------------------------

<i>Isto quer dizer que tenho COVID19?</i>	Necessitamos fazer-lhe o teste e saberemos o resultado em horas É normal sentir-se nervoso enquanto espera os resultados, por isso o melhor é tentar fazer coisas que o ajudem a manter-se distraído.
Quão ruim/grave é isto?	A partir das informações que temos agora e do meu exame médico, a sua situação é grave o suficiente para que você precise de ficar no hospital. Saberemos mais nas próximas 24 horas e vamos mantê-lo informado.
<i>O meu avô vai salvar-se?</i>	Imagino que esteja assustado. O que posso dizer-lhe é que: como tem 90 anos e além disso tem outras doenças, é muito possível que não possa salvar-se, se não estiver no hospital. Sinceramente... ainda é muito cedo para falar com segurança.
<i>Está a dizer-me que ninguém me pode visitar?</i>	Imagino que é duro não ter visitas. Mas o risco de expandir o vírus é tão elevado, sinto muito dizer-lhe, mas não podemos permitir visitas. Corriam muitos riscos se entrassem no hospital. Desejaria que as coisas fossem diferentes.
<i>Como é possível que não me deixem entrar e visitar o meu familiar?</i>	O risco de expandir o vírus é tão elevado que sinto dizer-lhe, mas não podemos permitir visitas. Podemos ajudá-lo a estar em contacto, por via eletrónica. Desejaria poder permitir que visitasse o seu familiar, porque sei que é muito importante para si, mas não é possível agora.

Counseling /Aconselhamento

Quando o confronto necessita uma ajuda ou as emoções surgem

O que dizem os doentes?	O que podes responder?
<i>Estou assustado.</i>	É uma situação muito dura. Creio que qualquer um estaria assustado. O que o assusta neste momento? Quer falar comigo um pouco mais sobre isso?
<i>Necessito algo que me dê esperança.</i>	Fale-me um pouco do que lhe dá esperança, do que o espera. Gostaria de o compreender melhor
<i>São uns incompetentes!</i>	Percebo que está descontente com a situação. Vou fazer tudo o que esteja ao meu alcance para melhorar a situação. Que poderia fazer mais para ajudá-lo?
<i>Quero falar com o seu chefe</i>	Vejo que está frustrado/contrariado. Pedirei ao meu chefe que venha falar consigo, logo que possa. Mas receio que, neste momento, ele esteja a dar resposta a muitas coisas ao mesmo tempo.

<i>Tenho que despedir-me...</i>	Desejaria que não fosse o caso, mas preocupa-me que o tempo seja curto ... O que mais o preocupa, neste momento?
---------------------------------	--

Decisões

Quando a situação não corre bem, objetivos dos cuidados

O que dizem os doentes?	O que podes responder?
<i>Quero tudo o que seja possível, quero viver.</i>	Estamos fazendo todo o que podemos. É uma situação muito dura. Podemos ir um tempo atrás, por um momento, para saber um pouco mais de si? Que deveria saber de si para melhorar o meu trabalho ao cuidar de si?
<i>Penso que o meu pai não queria isso</i>	Bem, analisemos e falemos sobre o que ele queria? Pode dizer-me o que ele considerava como o mais importante da sua vida? O que era mais significativo para ele, o que dava sentido à sua vida?
<i>Não quero acabar como um vegetal ligado a uma máquina</i>	Agradeço que partilhe isso connosco. É muito importante para mim sabê-lo. Pode falar um pouco mais sobre isso e explicar-me o que me quer dizer com isso?
<i>Não estou seguro do que o meu avô queria. Nunca falámos sobre algo assim.</i>	Muitas pessoas encontram-se na mesma situação que você. É uma situação dura para a qual não estamos preparados. Para ser sincero, dada a sua condição geral, neste momento, se necessitarmos colocar-lhe um ventilador ou reanimá-lo, ele não resistiria. As possibilidades futuras não são favoráveis... A minha recomendação é que aceitemos que não viverá muito mais e que o deixemos falecer em paz e com tranquilidade. Imagino que isto é muito duro de ouvir. Que lhe parece?

Recursos

Quando as limitações te forçam a eleger, e inclusive a racionar

O que dizem os familiares?	O que podes responder?
<i>Porque a minha avó de 90 anos, não pode ir para UCI?</i>	Trata-se de uma situação extraordinária. Estamos tentando usar os recursos de uma maneira justa para todos. A situação da sua avó não cumpre os critérios para ser internada numa UCI, neste momento. Gostaria que as coisas fossem diferentes.

<p><i>Eu não deveria estar numa UCI?</i></p>	<p>A sua situação não cumpre os critérios para uma UCI, neste momento. O hospital segue um conjunto de regras especiais sobre a UCI, pelo que estamos a tentar a usar os recursos de uma maneira justa para todos. Se isto acontecesse há um ano, quiçá poderíamos estar a tomar outra decisão. Mas trata-se de uma situação excepcional. Desejaria que dispusessemos de mais recursos.</p>
<p><i>A minha avó necessita de ser internada numa UCI? ou irá falecer?</i></p>	<p>Sei que é uma situação que assusta e eu também estou preocupado com a sua avó. Este vírus é tão prejudicial que, inclusive se a pudéssemos transferir para a UCI, não estou seguro que sobreviva. Necessitamos estar preparados para o pior, poderá falecer. Faremos tudo o que pudermos por ela.</p>
<p><i>Está a discriminá-la só porque é uma idosa?</i></p>	<p>Não. Estamos a adotar uns protocolos que os profissionais da saúde desenvolveram para se gerir um acontecimento como este – médicos, gestores e pessoas comuns – não se está a discriminar ninguém. Estes protocolos estão a ser desenvolvidos há anos, não são de ontem. Sei que é muito duro ouvir isto.</p>
<p><i>Está a tratar-nos de forma discriminatória pela nossa cultura/procedência ou pela cor da pele?</i></p>	<p>Posso imaginar que tenha tido experiências negativas no passado, por esse motivo e pelo simples facto de ser quem é. Isso não é justo e desejaria que as coisas tivessem sido diferentes. A situação hoje é que os nossos recursos médicos estão limitados e estamos a adotar protocolos que se desenvolveram para este contexto. Na elaboração dos protocolos participaram pessoas de todo tipo e condição, tentando assim ser justos. Nós jamais queremos que que alguém seja tratado de forma diferente em função da sua cultura, procedência ou cor da pele.</p>
<p><i>Parece que estão a racionar a Saúde</i></p>	<p>O que estamos tentando fazer é gerir os nossos recursos da melhor maneira possível para tratar todos. É um tempo em que desejaria que tivéssemos mais para cada pessoa.</p>
<p><i>Julgas que és Deus. Não podes fazer isso.</i></p>	<p>Sinto muito. Não quero que tenha essa sensação. Sou um simples profissional de saúde tentando fazer o melhor que posso. Na cidade/região/país, todos os hospitais estão a trabalhar em conjunto para tentar usar os recursos de uma forma justa para todos. Estou consciente de que não temos o suficiente. Desejaria que tivéssemos mais. Por favor, entenda que estamos trabalhando todos no máximo que podemos.</p>

<i>Não conseguem mais 15 ventiladores de outro sítio?</i>	Neste momento, o hospital está a trabalhar a imax das suas capacidades. Para nós, não é possível aumentar a nossa capacidade. Entendo que é algo terrível de ouvir.
---	--

* Para a tabela que aparece abaixo, pode/deve consultar o protocolo mais detalhado de atendimento profissional

Antecipação

Quando te preocupas sobre o que se vai passar a seguir

O que dizem os Profissionais?	O que podes responder?
<i>O filho do doente vai ficar muito revoltado.</i>	Antes de entrar no quarto, dedique um momento para respirar fundo. Por que é ele vai ficar revoltado? Por amor, por responsabilidade ou por medo?
<i>Não sei como explicar a esta adorável idosa que não a vou levar para a UCI e que vai falecer</i>	Lembre-se do que você PODE fazer: você pode ouvir o que a preocupa, pode explicar o que está a acontecer, pode ajudá-la a preparar-se, pode estar presente. Isso é um presente para ela e para si.
<i>Eu tenho trabalhado o dia todo com pessoas infetadas e estou preocupado se posso passar isto para as pessoas que mais amo</i>	Converse com eles sobre o que o preocupa. Podem decidir juntos o que é melhor. Não há respostas fáceis. Mas as preocupações são mais fáceis de suportar quando as partilha.
<i>Tenho medo de entrar em Burnout, estou perdendo o 'coração'</i>	Podes procurar uma hora do dia em que comunicas com alguém, partilhar alguma coisa ou desfrutar de algo? É possível encontrar pequenos refúgios de paz, mesmo dentro do turbilhão/guerra
<i>Preocupa-me tanto que não consiga fazer o que é realmente melhor para os meus doentes.</i>	Analise o seu próprio estado emocional, mesmo que tenha pouco tempo, nem que seja por um momento. Se num extremo se sente a transbordar, no outro sente-se forte, pense 'onde estou agora?' Lembre-se de que, independentemente, do seu estado, esses sentimentos são inerentes à nossa condição humana. Tente aceitá-los, não os empurre para fora e depois analise o que necessita.

Luto

Quando falece um Doente

O que Dizem?	O que podes responder?
<i>Deveria ter sido capaz de salvar esta Pessoa.</i>	Note: "estou a avaliar-me a mim mesmo? "Poderia dar um passo atrás e tentar ver como me sinto?" Talvez seja tristeza ou frustração ou apenas cansaço? Esses sentimentos são normais. E esse momento é claramente anormal e excepcional.
<i>Oh Meu Deus, não acredito que não temos o equipamento necessário!?</i> <i>O que esta pessoa vai pensar de mim?</i>	Note: "estou catastrofizando?" Isso pode ter a ver com algo diferente?" Como: que situação mais triste, que sentimentos de desamparo tenho? ou quão insignificantes parecem os nossos esforços.

Porque é que tudo o que faço parece que me faz explodir?	Nessas condições, é legítimo ter esse tipo de pensamentos. Mas, não devemos permitir que eles nos afoguem. Podemos tomar consciência deles, senti-los e talvez partilhá-los? E depois pergunte a si mesmo: posso ser um pouco menos reativo, manter uma situação um pouco mais equilibrada, enquanto passo ao seguinte?
--	---

REFERENCIAS

VITALtalk <https://www.vitaltalk.org/>

Centeno C. Gómez M. Nabal M Pascual A. Manual de Medicina Paliativa. 2009 EUNSA. Ediciones Universidad de Navarra. Pamplona.

2. COMUNICAÇÃO de MÁ NOTÍCIAS em SEIS PASSOS (Protocolo de Buckman, 1992)

No contexto da pandemia COVID 19 haverá, por vezes, que dar más notícias. Entende-se por “má notícia” qualquer informação que mude de maneira significativa e adversa a ideia que o receptor da mesma tem do seu futuro. Uma má notícia pode ser, por exemplo, a informação de um resultado positivo no teste COVID, a necessidade de transferência para uma Unidade de Cuidados Intensivos, a necessidade de intubar, de suspender medidas de suporte, informar um falecimento, etc.

A maneira como comuniquemos uma má notícia será a chave para que o doente e a sua família se sintam acompanhados e seguros com a equipa. O contexto de pandemia impõe pressão por falta de tempo, de espaço e privacidade. É também de notar que as medidas de protecção são em si barreiras para a comunicação não verbal, tão importante para confortar quem está a receber a notícia.

1. Preparar a situação

O objectivo é o comunicador preparar-se para a entrevista, estabelecer uma relação com o doente ou familiar, e facilitar a partilha de informação.

- Reflectir previamente sobre o que se vai comunicar
- Procurar um espaço que permita privacidade (se possível um gabinete)
- Decidir quem estará presente (se o doente ou familiar, ou ambos)
- Tentar comunicar estando sentados (se não for possível, manter um contacto ocular adequado)

2. Ver que percepção tem o doente ou o familiar da situação

O objectivo é determinar o que entende o doente ou o familiar da sua situação, e avaliar possível negação, assim como entender que expectativas e preocupações existem. Este passo permite estabelecer uma conexão com o receptor e compreender se está nervoso, preocupado, irritado, ou simplesmente à espera da nossa informação.

- Começar com um **pergunta aberta**: Como se sente? (válido para o doente como para a família)
- Ver **que informação já sabe**: O que é que já lhe explicaram da sua situação?
- Abordar as **expectativas irrealistas**: “desejaria que fosse assim...”
- Abordar **negação**: “posso constatar que é difícil para si abordar isto”

3. Pedir permissão para transmitir a informação

O objectivo desta fase é determinar que informação o doente ou a família querem e se estão preparados para recebê-la. É simplesmente um passo intermédio que permite também a doente ou familiar compreender que vêm más notícias.

- Quer que lhe explique com detalhe a sua situação?

- Tenho aqui os seus resultados e gostaria de os comentar consigo, está de acordo?

4. Dar a informação

O objectivo é preparar para a má notícia e assegurar-nos de que o doente (ou família) entendem o que estamos a explicar.

- Dar um tiro de aviso: “receio que tenha más notícias para lhe transmitir”; “lamento ter que lhe dizer”
- Dar informação de forma faseada (dar informação e esperar a resposta)
- Assegurar-nos de que o doente entende o que estamos a explicar
- Evitar tecnicismos
- Não dar falsas expectativas
- Abordar dúvidas e perguntas que possam surgir

5. Dar resposta às emoções dos doentes

O objectivo é abordar as resposta emocionais e facilitar a recuperação emocional, assim como reconhecer as próprias emoções

- Antecipar as reacções emocionais
- Identificá-las e nomeá-las para ajudar a enfrentá-las: “vejo que o que lhe acabo de dizer o deixou assustado/triste”
- Legitimar as reacções e normalizá-las: “não estou no seu lugar, mas compreendo que seja normal reagir assim numa situação como esta”
- Escuta + empatia + validação + explorar = apoio psicológico

Técnica	Exemplo	Resultado
Empatia	Não estou no seu lugar mas entendo que isto possa ser triste para si	O doente sente que “estamos em linha” com as suas emoções
Validar	É normal sentir-se assim na sua situação	O doente sente-se “normal”
Explorar	Há alguma coisa em que eu possa ajudar?	O doente sente que temos interesse pela sua situação

6. Organizar e planificar

O objectivo é assegurar-nos que ficou claro tudo o que foi falado previamente e abordar os passos seguintes a dar (possibilidades e alternativas)

- Não pretender que o doente retenha tudo

- Dar-lhe a possibilidade de consultar-nos se tiver dúvidas e oferecer disponibilidade e acompanhamento, na medida do possível

Referência: Buckman, R. (2005). Breaking Bad News: The S-P-I-K-E-S Strategy. *Community Oncology* 2, (2), 138142.

3. AUTOCUIDADO para PROFISSIONAIS que ATENDEM SITUAÇÕES de COVID-19

Os profissionais que cuidam de pacientes e familiares com coronavírus enfrentam situações de elevada pressão emocional. Saber responder profissionalmente em situações de crise é gratificante e desafiador. Seremos testemunhas, dentro de pouco tempo, de sofrimentos importantes. Além disso, seremos afetados pelo risco pessoal de ser infectado e pelas intensas horas de trabalho. Teremos que tomar decisões das quais dependerá de alguma forma o prognóstico imediato dos pacientes. Talvez passemos períodos separados da família ...

Prevenir e gerir o stress é essencial para permanecer bem e continuar ajudando.

SINAIS DE UMA SITUAÇÃO QUE NOS COMPROMETE EMOCIONALMENTE

Para estabelecer mecanismos de suporte adequados, o primeiro passo é **reconhecer os possíveis riscos** que enfrentamos como profissionais.

Além disso, devemos saber como identificar os sinais de que estamos vivenciando stress:

- **Sensações físicas:** palpitações, tensão e dor muscular, dores de cabeça, cansaço, problemas gastrointestinais, incapacidade de relaxar, dificuldade para dormir ou pesadelos.
- **Manifestações cognitivas:** confusão, dificuldade em se concentrar, resolver problemas ou tomar decisões. Dificuldade em lembrar-se de instruções ou ver situações com clareza. Pensamentos intrusivos ou de ruminação.
- **Manifestações emocionais:** choque, medo ou pavor, raiva, frustração, irritabilidade, tristeza intensa, culpa, desesperança, bloqueio emocional, dificuldade em expressar emoções, dificuldade em manter o equilíbrio emocional.
- **Dificuldades de relacionamento com outras pessoas:** maior irritabilidade, conflitos, menor capacidade de apoiar outros elementos da equipa e isolamento dos outros.

Estas reações são "*normais*" perante a situação que se está vivenciado. No entanto, neste momento manter um equilíbrio psicológico é tão importante quanto cuidar da saúde física, de forma a poder pensar com clareza para ajudar a cuidar dos outros.

PREVENÇÃO DO STRESS NO TRABALHO COM COVID-19

Idealmente, devemos-nos preparar antes de enfrentar uma situação de stress. Hoje em dia, muitos profissionais terão que ajudar equipas ou serviços que não conhecem e em situações para as quais não são treinados. Seria conveniente uma preparação em três níveis:

Formação específica para cuidar de pacientes com coronavírus

- **Treine** e identifique claramente qual será seu papel/função.

- Estude a **sintomatologia**, a clínica e a maneira de cuidar dos pacientes, mas também sobre todos os protocolos de prevenção de contágio que lhe darão segurança.
- **Reveja os protocolos** que existem na instituição antes de entrar ao serviço, para ter mais confiança no que fazer. Reveja sintomas mais frequentes, orientações sobre medicamentos, comunicação em situações difíceis.
- Estar preparado permite vivenciar com **mais confiança e menos stress**.

Intervenções para lidar com o stress

- Tente **identificar as situações** que são **mais difíceis emocionalmente** para si mesmo (dar más notícias, ver alguém chorar, diferentes opiniões entre colegas) e pense em como pode abordá-las (treinar ou pedir ajuda, por exemplo).
- Forme uma **equipa** com alguns colegas mais próximos com quem, a qualquer momento, possa falar abertamente sobre como se sente;
- Identifique os seus **sinais de stress**. (Estar mais acelerado, mais irritado, mais sensível, isolar-se); Inclua os colegas de equipa no seu planeamento para que eles possam reconhecer esses sinais de stress.
- **Cuide-se no aqui e agora**: encontre momentos para tentar desconectar-se mentalmente da situação. Podem ser 10 segundos a olhar pela janela enquanto lava as mãos ou troca de luvas, foque-se em aspectos belos e positivos. Fazer isso conscientemente pode ser útil.
- Na medida do possível, tente seguir uma **rotina** que inclua maneiras construtivas de reduzir o stress. Respiração profunda, alongamentos, ler ou ouvir música, fazer pequenas pausas (segundos/minutos).

Faça um plano em casa ou quando sair do hospital

- Tente lidar facilmente com a situação em casa, conversando com seu companheiro/a, filhos, pais e tranquilizando-os o máximo possível; é normal que eles se preocupem com a sua situação.
- Crie um plano de comunicação que permita conectar-se com familiares que não pode ver atualmente (faça videoconferências com seus pais, irmãos ...)

GESTÃO DO STRESS AO CUIDAR DE PACIENTES

Durante a fase de impacto com a situação urgente, o foco da gestão do stress deve ser o de abordar os fatores stressantes reais da situação no momento imediato.

Tome precauções que ajudam a reduzir o stress:

- **Tente manter uma sensação de controlo;**

- **Controle** o que pode fazer para **reduzir o stresse** da situação: Proteja-se sempre usando o equipamento de proteção individual recomendado para a prevenção do contágio de coronavírus.
- Verifique qual é a sua tarefa e a das pessoas mais próximas a si.
- **Comunique e verifique** regularmente junto dos seus colegas como você está/ como eles estão. Incentive a **expressão de emoções**. Marque alguns momentos para fazê-lo. Ouça e também compartilhe as suas experiências.
- Quando terminar uma situação urgente, **gaste 10 a 15 segundos parado**, reduzindo a tensão com algumas respirações profundas e refletindo sobre o que acabou de fazer.
- Tente **comer corretamente**, evite excessos de café ou estimulantes.

Técnicas de gestão de stress:

- **Reduza a tensão física** fazendo alguns alongamentos e respirando profundamente.
- Se tiver alguns minutos livres, tente abrandar o pensamento e **pensar com tranquilidade**.
- Converse com outros colegas sobre as emoções e reações que está a viver.
- **Saber dar e receber ajuda** dos outros pode ser muito importante para si e para as pessoas ao seu redor.
- Acostume-se a **dar e receber gratificação**; neste momento, a gratidão é um valor intangível.
- Pratique o **auto-conhecimento e valorize o que está a ser capaz de fazer**.
 - Reconheça os **sintomas de angústia próprios**.
 - Combine com os seus colegas que aceitará instruções de outras pessoas quando elas virem que está errado/ansioso ou precisar de parar por um momento.
 - A empatia é essencial para ajudar os pacientes, mas tente evitar a **identificação** excessiva para reduzir o impacto. Por exemplo, tente lembrar-se que tanto você como os seus familiares estão bem.
 - Há momentos em que se atinge o limite da capacidade de cuidar empaticamente dos pacientes. Isso chama-se fadiga por compaixão. Tente estar atento, e se sentir assim, converse com alguém da equipa para pedir apoio.

AUTO-CUIDADO APÓS A INTERVENÇÃO

Recorde-se que o bem-estar psicológico é tão importante quanto o bem-estar físico. É essencial fazer pausas. Trabalhar sem parar não significa que está dar o melhor contributo. Talvez parando um pouco, o seu desempenho seja melhor mais tarde e outras pessoas também poderão ajudar durante esse momento de descanso.

Responder a situações extremas pode ser gratificante e stressante. Estar consciente de que haverá stress e responder a isso ajudará a ficar bem e permitirá que possa continuar ajudando os pacientes.

Trabalhar durante uma situação epidémica e com recursos insuficientes pode aumentar muito o stress e deixar-nos exaustos quando terminar.

- Às vezes, ajuda durante um momento de descanso consciencializar-nos da satisfação que o nosso trabalho pode criar, mesmo em circunstâncias dramáticas.
- Tente, o máximo possível, **ter tempo de descanso**, promovendo **emoções positivas (espírito de dever cumprido)**.
- Alguns profissionais de saúde sentem medo pela família ou amigos devido à exposição e à possibilidade de contágio. Pode ser um desafio que dificulta o enfrentamento das situações clínicas. Se possível, **mantenha contacto** com os seus entes queridos digitalmente.

Além de **descansar**, o que é essencial, tente obter uma lista de possíveis cuidados simples e executá-los como outra rotina de **cuidados pessoais**.

- Exercício físico: caminhada, corrida, exercícios em casa.
- Manter uma dieta saudável, sem excessos devido à ansiedade ou caprichos, que podem levar a sentir-se mal.
- Meditação, oração, exercícios de concentração, respiração, relaxamento, etc.
- Ler romances leves, livros ou revistas que captam a atenção e distraem;
- Ver filmes ou séries, mas sem sofrimento...
- Estar com a família, conversar com amigos ao telefone, não apenas enviar pequenas mensagens.
- Promover as memórias positivas: veja fotografias, lembre-se de momentos agradáveis com amigos ou familiares.
- Praticar a redação reflexiva, escreva um diário, toque um instrumento ou qualquer outra forma de expressão que o ajude ou tenha ajudado em outras situações.
- Evite ser bombardeado com notícias negativas ou até falsas; veja notícias uma vez por dia

REFERÊNCIAS

- World Health Organization: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af_8
- Centers for Disease Control and Prevention. Emergency Preparedness and Response. <https://emergency.cdc.gov/coping/responders.asp>
- SAMHSA. Substance abuse and mental health services administration. Tips for disaster Responders. <https://store.samhsa.gov/system/files/sma14-4873.pdf>
- Martínez M, Centeno C. Equipo de cuidados paliativos y burnout. En: Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas. Intervención psicológica y espiritual. 2016. Obra Social la Caixa.

4. CONTROLO DE SINTOMAS EM FINAL DE VIDA COM COVID-19

Nos próximos tempos a pandemia pode obrigar-nos, em momentos de grande afluência de casos graves e após a correcta triagem, a não iniciar ou interromper, após evolução desfavorável, o foco intensivo para doentes críticos. Nesse momento, os doentes devem ser alvos de cuidados menos intensivos e nalguns casos, dirigidos ao seu conforto, recebendo acções ou mesmo cuidados paliativos.

As equipas de Cuidados Paliativos são nestas circunstâncias poucas, pelo que deveriam responder às necessidades dos casos mais complexos. No entanto, qualquer equipa pode prestar apoio em final de vida (acções paliativas) aos seus doentes que delas necessitem. Nestas circunstâncias de doença com taxa de transmissão muito elevada, tentaremos que a medicação utilizada seja preferencialmente administrada de forma contínua (perfusão contínua), de forma a reduzir as entradas desnecessárias nos quartos ou enfermarias e assim diminuir os riscos de contágio. Se não existirem seringas infusoras suficientes pode optar-se por administração por DIB (Drug Infusion Ballon)

- Controlo de dispneia e tosse

A morfina é o fármaco indicado para o alívio destes sintomas na sua forma mais grave. No entanto, se o doente está sob tratamento de tosse com anti-tússicos (nomeadamente, codeína ou dextrometorfano) e precisa de introduzir morfina por dispneia, neste caso, ambos os fármacos anteriores são suspensos, uma vez que se tratam ambos os sintomas com um só fármaco, neste caso o mais potente, a morfina.

A dose inicial para tratamento de tosse ou dispneia são: 2,5 mg via subcutânea (ou 1,75 mg IV) a cada 4 horas, e se tolerar as 2 primeiras doses e sentir alívio do sintoma, podemos pautar infusão contínua de 15mg de Morfina subcutânea a cada 24horas, nos casos mais simples, ou aumentar para 24mg a cada 24horas, em casos moderados. Pretende evitar-se toxicidade, que deve ser monitorizada.

Em casos que requeiram doses superiores (COMO NO CASO DE DOENTES JÁ PREVIAMENTE MEDICADOS COM MORFINA), é recomendado manter a dose pautada a cada 4 horas para realizar ajuste de dose mais rigoroso possível, com reavaliação regular do sintoma e efeitos secundários (toxicidade). Os aumentos de dose serão seguros se efectuados entre 30-50% da dose anterior.

Em qualquer caso, pode ser administrada dose de resgate (SOS) por descontrolo quando necessário – a dose de resgate é calculada com o valor mais aproximado de 10% na dose total de morfina nas 24horas ou administrando dose igual à que está pautada regularmente. (se o doente faz 2,5 mg cada 4horas, será essa a dose de resgate).

Lembramos que a morfina não tem tecto terapêutico. Num caso de escalada rápida de opioide (de toma para toma) deverá excluir-se “dor de alma”, factores de angústia existencial.

- **Febre**

É previsível que estes doentes apresentem febre nas últimas horas de vida pelo que, deveremos antecipar este sintoma pautando antipirético, preferencialmente paracetamol a cada 6-8 horas. O objetivo é tratar o desconforto associado ao pico febril, uma vez que a febre poderá ser consequência do agravamento global e não um sintoma representante de infecção. Se apesar destas medidas o doente mantém febre e está assintomático, não será necessário administrar mais fármacos para reduzir a temperatura. Se necessário, podemos adicionar outros antipiréticos como Metamizol Magnésico ou Diclofenac (administração sub cutânea cada 12h).

Na agonia (últimos dias de vida), chamamos a atenção para a necessidade de suspensão dos fármacos que já não são globalmente necessários (terapêutica fútil), nomeadamente antibióticos, inibidores da bomba de protões, heparinas de baixo peso molecular, anticoagulantes e antiagregantes, sendo obrigatório manter-se aqueles dirigidos ao controlo da dor, da dispneia, da tosse ou febre.

SINTOMAS EM FINAL DE VIDA (Dias) – COVID-19			
GERAL	OBJECTIVOS de CONFORTO		
	Evitar entradas desnecessárias nos quartos ou enfermarias pautando medicação em infusão contínua, através da utilização de infusoras ou DIB.		
Dispneia	Morfina	Dose inicial: 1mg EV (em 10ml de Soro Fisiológico) ou 2,5mg SCut a cada 4 horas. Perfusão na dispneia leve: 15mg/sub cut/24h (em 50ml Soro Fisiológico) Perfusão na dispneia moderada: 25 - 30mg/24 horas (em 50ml Soro Fisiológico) Dispneia grave ou intensa: pautar a cada 4 horas e ajustar doses consoante resposta ou efeitos secundários.	Vigiar NEUROTOXICIDADE: - alucinações, sedação intensa, mioclonias, confusão. Caso ocorram: reduzir dose de Morfina em 50% e hidratação, se tolerar
	Manter corticóides previamente instituídos ou pautar 4mg de Dexametasona nas 24 horas (toma única de manhã ou até às 17h).		
Tosse	Pode tentar-se codeína oral (há doentes que não metabolizam este fármaco) Se ineficaz, suspender terapêutica anterior e mais seguro iniciar Morfina sub cutanea 2,5mg/4 horas. Pode aumentar dose em 30% até sensação de alívio. Também poderá ser utilizado em perfusão contínua, como na dispneia.		

Broncorreia e Estertor (respiração ruidosa do moribundo)	<p>Butilescopolamina em ampolas de 20mg/ml: dose pode ser de 20mg sub cutanea ou IV a cada 6-8 horas, podendo também, se ineficaz, ser administrada de forma contínua em perfusão – dose máxima: 180 mg/dia.</p> <p>Se persistir: Atropina, gotas oftalmológicas – para aplicação sub-lingual; 3 gotas cada 6-8h</p> <p>Octreótido – como fármaco de segunda linha, não tem efeito sinérgico com anterior</p> <p>EVITAR ASPIRAR SECREÇÕES, POIS DESENCADEIA MAIS PRODUÇÃO</p>
Febre	<p>Paracetamol 1 gr IV de 6/6horas</p> <p>Em SOS, fazer Metamizol Magnésico 2g/100ml Soro Fisiológico, EV ou Diclofenac SC, até 2xdia cada 12h</p>

5. PROTOCOLO DE SEDAÇÃO

SEDAÇÃO perante sintomas refratários em doentes com prognóstico reservado a curto prazo, não candidatos a cuidados intensivos

A sedação paliativa é a intervenção terapêutica que visa a diminuição proporcional do nível de consciência, para aliviar os sintomas refractários às medidas de primeira linha. Irá utilizar-se em pacientes não recuperáveis, que não cumprem critérios e não são candidatos a cuidados intensivos, que evoluam desfavoravelmente e que tenham um mau prognóstico a curto prazo. Nestes casos, o alívio do sofrimento do doente requererá a diminuição do estado de consciência, fazendo-o de forma segura e nunca tendo como objectivo abreviar a vida do paciente.

Os motivos mais frequentes para indicar sedação paliativa em pacientes COVID podem ser a dispneia ou tosse refractarias em pacientes não candidatos a medidas invasivas. Outros motivos para sedar são a agitação terminal (delirium) ou uma hemorragia massiva. A angústia vital está habitualmente presente, complicando o quadro de dificuldade respiratória extrema, levando algumas vezes a adiantar o momento da sedação. A angustia vital extrema pode ser, por si só, uma situação refractaria e intolerável.

A situação de refractariedade deve ser estabelecida por médicos experientes, depois de se terem aplicado os tratamentos habituais num período de tempo razoável para a situação. Nos sintomas de COVID19 esses prazos podem ser curtos, algumas horas apenas.

Os fármacos de eleição na sedação paliativa são, por esta ordem, benzodiazepinas (midazolam), neurolépticos sedativos (levomepromazina sc o clorpromazina iv), anticonvulsivantes (fenobarbital im o sc) e eventualmente anestésicos (propofol iv). O midazolam é sempre a primeira opção, exceto quando o sintoma refractário é o delirium, sendo neste caso de eleição a levomepromazina (Nozinan®).

Quando falha a sedação com midazolam, a levomepromazina pode ser acrescentada ao primeiro (perfusão conjunta de midazolam e levomepromazina).

Objectivo

Apresentamos um guia rápido de sedação paliativa para utilizar em situações de urgência ou grave pressão assistencial como esta pandemia COVID 19. Tem-se em conta o contexto de insuficiência respiratória para propôr utilizar morfina em adjuvância ao fármaco sedativo principal que é o midazolam (a morfina não tem como indicação a sedação). Também se propõe usar butilescopolamina (*Buscopan*®) para prevenir acumulação de

secreções que provoquem estertor nas últimas horas. O estertor, por si só, não representa dificuldade respiratória.

Apresenta-se uma alternativa com bomba infusora que permite ajustes de doses a cada hora e outra com infusores subcutâneos descartáveis (DIB's) com doses fixas.

PROCEDIMENTO

1. Como indução, administrar 5mg de Morfina e 5mg de Midazolam, lentamente, por via subcutânea ou endovenosa.
2. Para manutenção, administrar a medicação por perfusão contínua, respeitando a compatibilidade e estabilidade dos fármacos numa mesma perfusão, revista a cada 24h:

MEDICAÇÃO	DOSE 24 HORAS	APRESENTAÇÃO	AMP	VOLUME
Morfina	30mg	ampola de 10mg/1mL	3	3mL
Midazolam	50mg	ampola de 50mg/10mL (*)	1	10mL
Butilescopolamina	60mg	ampola de 20mg/1mL	3	3mL
Volume total				16mL

(*) Há também ampolas de Midazolam de 15mg/3ml.

3. Para preparar a perfusão contínua acima referida, deverá proceder-se do seguinte modo: diluir em soro fisiológico a soma do volume de todos os fármacos a administrar em 24h (Morfina 3mL + Midazolam 10mL + Butilescopolamina 3mL = 16mL), até perfazer um volume total de 50mL; a concentração de cada fármaco na perfusão será: Morfina 0.6mg/mL (30mg/50mL), Midazolam 1mg/mL (50mg/50mL) e Butilescopolamina 1.2mg/mL (60mg/50mL).
4. Inicia-se a perfusão contínua a 2mL/h (Morfina 1.2mg/h, Midazolam 2mg/h, Butilescopolamina 2.4mg/h). Estima-se que a dose base de Midazolam para sedação moderada-profunda, para a maioria dos doentes, seja de 2mg/h; a administração combinada de morfina e butilescopolamina potencia o seu efeito sedativo.
5. Se necessário, deverá utilizar-se medicação de resgate dirigida a cada sintoma descompensado (ver adiante), em detrimento do aumento do ritmo da perfusão.
6. Em caso de rotura de stock de Midazolam, a alternativa é Levomepromazina (ampolas de 25mg/mL), sendo a dose diária para sedação com Levomepromazina 100mg.

7. Para além da habitual seringa infusora de 50mL, há também outros infusores disponíveis com administração de ritmos variáveis ou fixos. Um exemplo deste último é a bomba infusora (ou elastómero multi-infusor) descartável. O cálculo do ritmo de infusão faz-se sempre dividindo o volume total do infusor pelo tempo de administração pretendido (ex: infusor de 100mL para 7 dias = $100\text{mL}/7 \times 24\text{h} = 0.6\text{mL/h}$).
8. Podem ser administradas, a qualquer momento, doses de resgate, por via endovenosa ou subcutânea, lentamente, IDEALMENTE NÃO MAIS DE 4XDIA:
 - 2,5mg de Midazolam, para sedação;
 - 2,5-5mg de Morfina, se predominar o desconforto respiratório;
 - 2,5 mg de Haloperidol sub cut (NÃO ADMINISTRAR POR VIA IV), se delirium ou agitação.

9. Se o doente não estiver confortável, deverá solicitar-se ajuda de especialistas de Medicina Paliativa ou Anestesiologia.

Outras considerações

- Morfina: se o doente necessitava de morfina para dispneia ou dor, mantém-se a dose que cumpria antes de iniciar a sedação e vigiando sempre sinais de toxicidade opioide;
- Antipiréticos: pautados a cada 6 ou 8 horas;
- Prevenção de secreções: butilescopolamina regular, evitar aspiração frequente;
- Hidratação mínima necessária: o excesso de aporte de líquidos numa falência multiorgânica pode propiciar o agravamento do estertor (respiração ruidosa do moribundo) e o aparecimento de edemas ou congestão central.

REFERÊNCIAS

1. Downar, J. & Seccareccia, D. Palliating a Pandemic: 'All Patients Must Be Cared For'. *J. Pain Symptom Manage.* 39, 291–295 (2010).
2. Leong, I. Y.-O. *et al.* The challenge of providing holistic care in a viral epidemic: opportunities for palliative care. *Palliat. Med.* 18, 12–8 (2004).
3. Johnson, R. F. & Gustin, J. Acute lung injury and acute respiratory distress syndrome requiring tracheal intubation and mechanical ventilation in the intensive care unit: impact on managing uncertainty for patient-centered communication. *Am. J. Hosp. Palliat. Care* 30, 569–75 (2013).

4. Guía de sedación paliativa. Organización Médica Colegial (OMC) Sociedad Española De Cuidados Paliativos (SECPAL)
5. The MD Anderson Supportive and Palliative Care Handbook sixth edition 2019
6. Textbook of Palliative Care. 2018. Springer International Publishing
7. Manifiesto Secpal-Mallorca. Por una clínica que acoja la experiencia espiritual del ser humano, en el final de su vida. 2011

6. PROTOCOLO DELIRIUM

DELIRIUM ou síndrome confusional por falência cerebral aguda, é um problema comum em situações de disfunção orgânica grave e tem sido descrito como um dos sintomas neurológicos presente nos doentes com infecção pelo COVID-19, especialmente nos quadros mais graves.

É fundamental não confundir delirium com dor ou gemido com dor, pois tratam-se de formas distintas.

Diagnóstico

Por ser uma alteração frequente que muitas vezes é infra-diagnosticada, se não for reavaliada de forma sistemática, recomendamos descartá-lo diariamente, aplicando uma ferramenta simples, o **Confusion Assessment Method (CAM)**, que disponibilizaremos de seguida. Para o diagnóstico de delirium utilizando o CAM é necessário serem afirmativas as perguntas 1 e 2, mais alguma das outras duas (3 ou 4).

- 1. Início agudo ou evolução flutuante:** Há evidência de uma mudança aguda do estado mental do doente relativamente ao seu estado basal nos dias prévios? Apresentou alguma alteração no seu comportamento no dia anterior, flutuando a gravidade deste?
- 2. Distúrbio da atenção:** O doente apresenta dificuldade em focar a sua atenção? (por exemplo: distrai-se facilmente, sendo difícil manter uma conversa; quando sujeito a perguntas repetidas, ele persiste numa resposta prévia, responde a uma em vez de outra ou tem dificuldade em identificar o conteúdo da conversa)
- 3. Desorganização do pensamento:** O doente apresenta um discurso desorganizado e incoerente, com uma conversa de conteúdo irrelevante, ideias pouco claras ou ilógicas, com mudanças de tema de forma imprevisível?
- 4. Alteração do nível de consciência:** Que nível de consciência (como a capacidade de ser influenciado pelo meio envolvente) apresenta o doente? 1. Alerta (normal) 2. Vigilante (hiperalerta; hipersensível a estímulos ambientais assustando-se facilmente) 3. Letárgico (sonolento mas facilmente despertável) 4. Estuporoso (dificilmente despertável) 5. Comatoso (não despertável)

Quando se diagnostica, deverá, se tal fôr viável, corrigir-se a causa ou causas que o desencadearam, e tratar-se a sintomatologia associada, sem provocar desconforto ao doente. Os fatores precipitantes que mais frequentemente desencadearão delirium nos doentes com COVID-19 serão a hipoxémia, o estado inflamatório agudo, a febre, e as alterações hepáticas. A instalação de delirium, per si, é um sinal de mau prognóstico.

Protocolo de atuação

Diagnóstico	Rastrear, realizando o CAM uma vez por dia
Tratamento etiológico	Oxigenoterapia e/ou tratamento dirigido a outras causas
Tratamento sintomático	Medidas não farmacológicas e Neuroléticos
Delirium refratário	Sedação paliativa para controlo de agitação terminal

Medidas para o Tratamento Sintomático do Delirium	
Não farmacológicas	<ul style="list-style-type: none">- Reorientar o doente- Explicar à família como reorientar o doente y explicar-lhes que as alterações comportamentais do seu ente querido são secundárias à doença
Oxigenoterapia	<ul style="list-style-type: none">- Em caso de hipoxémia; Recomenda-se mantê-la até ao final, incluindo em situação de últimos dias de vida, para além das outras medidas de tratamento da insuficiência respiratória, sempre que indicadas e que não cause maior desconforto ao
Farmacológicas	<ul style="list-style-type: none">- Se sintomas positivos: alucinações e/ou alteração do comportamento (delírios)<ul style="list-style-type: none">- Haloperidol 1-2mg (EV ou SC) cada 8/8h, ou até cada 2/2h (Dose máxima 20mg)- Olanzapina 2.5mg PO cada 24 horas antes de deitar, ou até cada 2/2h (Dose máxima 20mg)- Se predominar insónia por inquietação ou agitação nocturna<ul style="list-style-type: none">- Quetiapina 25mg PO antes de deitar, podendo repetir mais 2 doses de 25mg durante a noite (Dose máxima 600mg)- Levomepromazina 6mg (PO, SC ou EV) antes de deitar, podendo repetir até 2 vezes a dose durante a noite (Dose máxima 300mg)- Delirium refratário ou terminal: objetivo é controlar a agitação<ul style="list-style-type: none">- <u>Seguir o protocolo de sedação paliativa:</u> em casos de delirium a primeira opção é levomepromazina, se ineficaz recorrer a midazolam ou anestésicos (propofol)

REFERÊNCIAS

1. Downar, J. & Seccareccia, D. Palliating a Pandemic: 'All Patients Must Be Cared For'. *J. Pain Symptom Manage.* 39, 291–295 (2010).
2. Twycross R, Wilcock A, Howard P. Antipsychotics pp 168-190. Palliative Care Formulary Fifth Edition, 2014. Halstan Printing Group, Amershan, UK. www.palliativedrugs.com
3. Gonzalez M, de Pablo J, Fuente E, et al. Instrument for detection of delirium in general hospitals: adaptation of the confusion assessment method. *Psychosomatics* 2004;45:426-431.

7. SITUAÇÃO de ÚLTIMOS DIAS em DOENTE COVID19

Este guia aplica-se quando a equipa assistencial qualifica de NÃO RECUPERÁVEL a situação clínica do doente afetado pelo COVID19. A equipa informará adequadamente o doente, se estiver em condições de comunicar, desta situação e da decisão.

Esta decisão é resultado de um processo cuidadoso de ponderação e deliberação ética, mediante o qual se chega a conclusão de não poder ou dever aplicar novas medidas terapêuticas, quer por não estarem livremente disponíveis numa situação como esta de pandemia (limitação na alocação de recursos escassos), quer por se ter estabelecido o diagnóstico definitivo de irreversibilidade da situação clínica, quer ambas.

Desta forma, o doente irá falecer em poucas horas ou dias.

Esta decisão e as circunstâncias que a motivaram devem documentar-se corretamente na história clínica do doente.

Objetivos da Intervenção:

1. Aliviar o sofrimento da pessoa nas últimas horas ou dias de vida e dos seus seres queridos mais próximos, incluindo os familiares e a equipa assistencial
2. Facilitar o processo de despedida, e com este prevenir o luto patológico/complicado
3. Oferecer os melhores cuidados possíveis no enquadramento da situação de pandemia, como é o isolamento obrigatório pelo risco de contágio e mitigação da infeção

Procedimento

1. **Estabelecer situação clínica como “NÃO RECUPERÁVEL”**
2. **De forma cuidadosa, o médico informa o doente da sua nova situação clínica**
 - a. pode apoiar-se no esforço realizado até aí para reverter a situação e a falta de respostas às expectativas de melhoria desta situação clínica
 - b. Deve ser reforçado sempre o compromisso de não abandono, e manter o esforço das medidas de conforto e controlo sintomático, para o alívio do sofrimento
 - c. Explorar os seus desejos e preferências, se achar que o momento é o adequado, sobre o nível de consciência pretendido durante a evolução de todo o processo até o momento da morte (vd. protocolo de sedação)
3. **Rever as indicações do tratamento médico (vd. Guia controlo sintomático)**
 - a. Considerar a suspensão de antimicrobianos /antibióticos

- b. Adequar a medicação com a suspensão de medicação inapropriada (fútil)
- c. Manter a medicação de controlo sintomático e conforto e deixar sempre medicação de resgate (em SOS, com indicação, intervalo de administração e número máximo de tomas)
- d. Prevenir e antecipar os incidentes/crises sintomáticas com a prescrição de medicação em SOS, de forma a poder ser administrada pelos enfermeiros, caso a equipa médica não esteja contactável. Dado o quadro clínico, há situações como a febre, agitação, insónia, tosse ou dispneia que podem ser prevenidas.

4. Será nomeado um profissional de ligação que comunicará aos familiares a deterioração do estado clínico do doente e da sua evolução, e que oferecerá a possibilidade de um familiar poder apresentar-se no hospital, no contexto do processo de despedida

- a. Dará conhecimento do agravamento do estado clínico do doente e da possibilidade de este vir a falecer nas próximas horas/dias
- b. Deverá preparar à família, caso o doente venha a ter um agravamento do estado de consciência e não estar apto para comunicar, de forma a preparar o encontro no momento da visita
- c. Deverá oferecer nestas circunstâncias, a possibilidade, com a maior brevidade possível, de ver o seu familiar, explicando a importância de esta despedida, e que possivelmente será a última oportunidade de o fazer
- d. Facilitar a entrega de algum objeto que possa ser significativo para o doente, neste processo de fim de vida
- e. Controlo das condições de contágio (não tocar no doente, tempo de permanência muito limitado)
- f. Advertir a família que só um familiar pode visitar o doente. Este familiar não pode ser um contacto de risco, nem estar infetado com COVID19
- g. De forma a limitar o tempo de exposição, a visita só pode durar entre 5 – 10 minutos
- h. Se, pelos motivos expostos, os familiares não conseguem vir despedir-se, será comunicado ao doente que, por motivos de proteção da saúde pública, os seus familiares não podem estar presentes, e será informado ainda de que estes estão informados da gravidade da situação clínica

DAR MÁS NOTÍCIAS EM SEIS PASSOS (Buckman, 1992)

1. **Preparar a situação:** preparar-se para a entrevista e estabelecer um bom contacto com o familiar
2. **Avaliar a percepção que a família tem da situação**
 - a. Começar com uma pergunta aberta “ Como é que se sente?”
 - b. Perceber o que sabe “ O que lhe explicaram sobre a situação do seu familiar?”
 - c. Se manifesta expectativas irreais: “*Desejaria que fosse como disse, mas..*”
 - d. Abordar a negação: “*Imagino que seja difícil para si falar disto*”
3. **Pedir permissão para dar a informação:** ver se está preparado para receber a informação mediante a insinuação ou um passo intermedio (“ tiro de aviso”) que permita ao familiar perceber que lhe vai ser comunicada uma má notícia “*deseja saber qual é a situação atual*”?
4. **Dar a informação:** Primeiro devemos preparar-nos para dar a má notícia, ter a certeza de que o familiar percebe a informação que lhe estamos a transmitir.
 - a. Dar um tiro de aviso: “*Lamento muito mas tenho más notícias*”, “*lamento ter que lhe dizer*”
 - b. Dar a informação pouco a pouco (dar informação e esperar a resposta)
 - c. Ter certeza de que o familiar entende a informação dada e os seus passos
 - d. Evitar tecnicismos e não alimentar esperanças irrealistas
 - e. Abordar as dúvidas e as perguntas que possam surgir
5. **Dar respostas às emoções:**

Antecipar as reações emocionais

 - a. Identificar para poder dar resposta (“*vejo que está assustado, noto que ficou triste, vejo que esta notícia teve um grande impacto*”)
 - b. Legitimar as emoções e fazer sentir que são normais (“*é normal sentir-se assim numa situação como esta*”)
6. **Ter certeza de:** que foi percebido com clareza tudo o que foi falado e abordar os passos seguintes, dar as diferentes alternativas e possibilidades. Reforçar compromisso de não abandono

5. **Preparar o encontro da família com o doente, o profissional de ligação avisará mediante contato telefónico o profissional da equipa ou de saúde mental que estiver de serviço, para poder oferecer apoio à família do doente (no caso de vir despedir-se)**
 - a. O psiquiatra ou psicólogo irá receber a família antes de entrar na unidade, para os enquadrar e sensibilizar sobre a experiência emocional que irão vivenciar
 - b. O psiquiatra ou psicólogo dará apoio à saída e garantir a continuidade do apoio num futuro próximo

- 6. A equipa assistencial deve oferecer, sempre que desejável ou solicitado, o apoio religioso ao doente, seja por um capelão ou por outra pessoa que o próprio indique**
 - a. será avisado o capelão que esteja de serviço
 - b. as visitas de acompanhamento religioso devem adaptar-se às circunstâncias de isolamento e gravidade do quadro clínico, pelo que devem ser breves

- 7. No caso de sintomas refratários (dispneia, agitação, tosse incoercível, sensação de sufocação, angustia existencial) é da responsabilidade do médico indicar a sedação paliativa (vd. guia rápido de sedação paliativa em doentes COVID19)**

- 8. O médico deve informar de forma apropriada o doente (não possível em doentes confusos ou com delírium) da necessidade de iniciar a sedação paliativa**
 - a. No maior número de ocasiões possível informaremos o doente de modo implícito e desta forma procurar obter um consentimento explícito (“notamos que está com muita dificuldade em respirar e que isto lhe está a causar muito desconforto, se calhar preferiria estar mais adormecido, que lhe parece?”)
 - b. A informação sobre o processo de sedação deve ser clara para não levar a interpretações erróneas e confundir este processo com outras práticas fora do enquadramento médico-ético e legal
 - c. Este processo de decisão deve ficar bem registado no diário clínico do doente, assim como as circunstâncias que o desencadearam e o consentimento dado pelo doente

8. EM CASO DE ÓBITO DO DOENTE COVID-19

Na situação de pandemia do COVID19, serve este guia para proceder às medidas de manipulação do cadáver, sem prejuízo de se dever atender às orientações gerais da DGS para estas situações <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022020-de-16032020-pdf.aspx> . Estas medidas devem ser respeitadas, pois do seu incumprimento podem surgir situações negativas para a família, aumentando o seu sofrimento pela perda rápida e inesperada do seu familiar.

Objetivo

1. Facilitar a despedida, de forma a evitar um sofrimento desnecessário e um luto complicado
2. Cumprir com todo o regulamento referente ao transporte e manipulação do cadáver em situação de COVID19, e garantir a dignidade que o cadáver merece

Procedimento

- 1. Os familiares serão contactados pelo profissional de saúde que irá informar do falecimento do doente**
 - a. no contacto telefónico deve explicar-se todo o processo de morte, da evolução do quadro clínico, das medidas de conforto, da gestão de desejos e garantir que os familiares percebem que o doente esteve sempre confortável
 - b. durante este contacto, poderá ser escolhido um familiar para vir visitar o doente falecido e realizar o processo de despedida
 - c. A escolha dos serviços fúnebres é responsabilidade dos familiares, e devemos deixar claro que não temos preferência e a escolha é sempre deles
- 2. Em caso de angústia grave, a equipa de enfermagem contactará o profissional de saúde mental de serviço e, caso a família o indique, o capelão/guia espiritual do doente, segundo as preferências do falecido**
 - a. O profissional/psicólogo oferecerá apoio à família (ponto 4)
 - b. O capelão ou líder religioso programarão o ritual de funeral até ao momento em que o caixão/cadáver abandone o hospital.
 - c. Os líderes/guias religiosos podem ser contactados no período da manhã caso o óbito tenha acontecido durante a noite
- 3. A equipa de enfermagem deve preparar o corpo do doente falecido**
 - a. Ter presentes s/ rever indicações da DGS para esta matéria

Indicações chave:

- Todas as pessoas implicadas na manipulação e transporte do cadáver deverão estar equipadas adequadamente (EPI)
- Não retirar a pulseira de identificação
- Manipulação do corpo:
 - o Utilizar KIT de mortalha/múmia para doentes infecciosos.
 - o Não lavar.
 - o Retirar os catéteres e outros dispositivos, tapar feridas/estomas. Pedir à funerária que retire o pacemaker.
 - o Colocar pijama limpo e fralda limpos.
 - o Introduzir num saco de resíduos infetados biodegradável e selar com fecho e eventualmente com SPRAY, exº NOBECUTAN
 - o Fechar com fita adesiva de papel e pulverizar com desinfetante de uso hospitalar (exº, DARODOR SURFACE SPRAY)

4. O psicólogo/psiquiatra deve oferecer apoio psicológico à família

- a. O profissional de saúde mental deve receber a família antes da entrada no serviço ou unidade, deve acolher a família com amabilidade e delicadeza e informar como será o encontro com o corpo do seu familiar:
 - i. eu “Agora vamos chegar a uma sala onde pode ver o seu familiar: pai, mãe, irmão, filha..., lembre-se de que não pode abordá-lo/tocá-lo, pela sua segurança e a de todos. Está coberto com um saco, se achar que o ajuda, pode pedir para deixar o rosto a descoberto, para o poder ver. Caso contrário, não é necessário, também é aceitável; o rosto dele está no seu coração e na sua mente. Não é abraçado apenas com os braços e com as mãos, mas também com o olhar, ou com o som, ou com a mente ou com outros sentidos que possam estar a fazer sentido neste momento para si. Lembre-se de que, quando olhar para ele, o está a abraçar, e se quiser pode abraçar-me para intensificar este momento”.
- b. Dará algumas indicações de como deve ser a comunicação entre a família para facilitar a despedida, incluindo crianças e idosos

5. A equipa de enfermagem deve facilitar a despedida do doente, se possível no quarto

- a. A despedida deve acontecer o mais cedo possível, num período de duas horas no máximo, de forma a minimizar a pressão das equipas assistenciais
- b. Devem de proporcionar todas as medidas de segurança do familiar (luvas, bata descartável, mascarilhas cirúrgicas)
- c. É importante explicar ao familiar que:
 - i. Não deve estabelecer contacto físico com o seu familiar
 - ii. Deve manter uma distancia de separação de dois metros
- d. Durante a despedida:
 - i. Oferecer a opção de poder mostrar o rosto do falecido, se for este o seu desejo. O cadáver não será selado até não ser realizada a despedida
 - ii. Tentar que o familiar tenha um momento de intimidade com o seu familiar, mesmo à distância

6. Certificação e notificação do Óbito

- a. SICO – Serviços partilhados do Ministério da Saúde (SPMS)
- b. Entregar CO (certificado de óbito e guia de transporte ao familiar/agência)

7. Registo eletrónico obrigatório do óbito (causa de morte: doença COVID19)

8. Transporte do corpo

- a. O cadáver tal e como foi preparado pode ser transportado no caixão, sem qualquer precaução adicional
- b. O destino final do cadáver, pode ser enterro ou idealmente cremação, nas condições habituais e segundo desejos prévios do doente ou da família. As cinzas podem ser objeto de manipulação sem que isto suponha qualquer risco

Agradecimentos:

Ao Professor Carlos Centeno, da Clínica Universitária de Navarra, e a todos os que colaboraram prontamente na tradução deste trabalho

Lisboa, 23 Março 2020