

**ORIENTAÇÕES PARA OS
PROFISSIONAIS DA SAÚDE
DA SESAB, ATUANTES NA
PANDEMIA PELA COVID-19,
PARA O ALÍVIO DE SINTOMAS,
E OUTRAS RECOMENDAÇÕES,
NOS PACIENTES COM
INDICAÇÕES DE CUIDADOS
PALIATIVOS**



**GOVERNO
DO ESTADO**

SECRETARIA
DA SAÚDE

 @saudegovba
saude.ba.gov.br/coronavirus

GOVERNADOR DO ESTADO
RUI COSTA

SECRETÁRIO DE SAÚDE
FÁBIO VILAS-BOAS

SUBSECRETÁRIA DE SAÚDE
TEREZA PAIM

DIRETORIA DE GESTÃO DA REDE PRÓPRIA (DGRP)
IGOR LOBÃO

REALIZAÇÃO:

ELABORAÇÃO DO PROJETO - 2020
FRANKLIN SANTANA SANTOS
KAROLINE APOLÔNIA

“Os cuidados paliativos assumirão um papel central nos cuidados aos pacientes em uma pandemia de influenza.”
- Rosoff (1)

SUMÁRIO:

1. INTRODUÇÃO.....	05
2. ABORDAGEM DA DOR TOTAL	08
3. COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS	19
4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS NO FINAL DE VIDA E SOBRE A TELEMEDICINA CFM	22
5. CUIDADOS NO PROCESSO ATIVO DE MORTE	23
6. MANEJO DE CORPOS NO CONTEXTO DA COVID-19/ ENTERRO/INSTRUÇÕES AOS FAMILIARES E AMIGOS	24
7. LUTO	24
8. A SÍNDROME DO BURNOUT E A NECESSIDADE DE AUTOCUIDADO	27
9. REFERÊNCIAS	29

1. INTRODUÇÃO:

Erick L. Krakauer e colaboradores(2) no capítulo intitulado: Necessidades de cuidados paliativos em pessoas afetadas por desastres naturais, conflitos políticos ou étnicos, epidemias de infecções que ameaçam à vida e outras crises humanitárias e contido no livro: Um Manual de Especialidade para Cuidados Paliativos em Crises Humanitárias, nos ensinam que: tradicionalmente, a resposta humanitária à saúde tem se concentrado principalmente em salvar vidas e falta um foco concentrado na prevenção e alívio do sofrimento. No entanto, os princípios do humanitarismo explicitamente requerem prevenção e alívio do sofrimento humano(3,4) e o imperativo de salvar vidas não entra em conflito com o imperativo de aliviar o sofrimento na maioria das situações.``

A infecção pelo coronavírus pode cursar com a apresentação de vários sintomas físicos, alguns são considerados leves, como febre, coriza e outros, como dispneia, podem ser angustiantes e desafiadores no seu manejo e alívio. Os sintomas físicos mais frequentes são febre, coriza, tosse seca, dispneia, diarreia, ansiedade, confusão mental/delirium. Veja tabela 1. Na tabela 2 temos a ordem de prioridade de atendimento dos pacientes para alívio de sintomas segundo recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS). Nessas orientações apresentamos, de forma resumida, as medidas, resoluções, pareceres técnicos e medicamentos usados para obter um melhor controle desses sofrimentos, pois Cicely Saunders, fundadora do Atual Movimento Hospice, nos ensina que pacientes, e seus familiares que estão vivendo sua finitude podem apresentar um conjunto de dores, o qual ela denominou de DOR TOTAL e que precisa, na medida do possível, ser aliviada. (5, 6, 7, 8)

TABELA 1: Sintomas comuns e formas de sofrimento causados diretamente por emergências humanitárias.

	Epidemia de Ebola	Terremoto	Guerra/ Genocídio	COVID-19
Dor	X	X	X	X
Dispneia	X	X		X
Náusea/Vômito	X			X
Diarréia	X			X
Febre	X			X
Fadiga/Fraqueza	X			X
Delirium	X			X
Tosse	X			X
Tontura	X			
Conjuntivite	X			
Edema	X			
Reações de Estresse Agudo	X	X	X	X
TEPT		X	X	
Outras Desordens de Ansiedade	X	X	X	
Sintomas Depressivos		X	X	
Isolamento social/ Estigmatização	X			X
Luto Complicado		X	X	X

Tabela adaptada do capítulo mencionado acima. TEPT- Transtorno do estresse pós-traumático.

TABELA 2: V Categorias recomendadas de triagem em Emergências e Crises humanitárias

Categoria	Código da cor	Descrição
1-Imediata	Vermelho	Sobrevivência possível com tratamento imediato. Os cuidados paliativos devem ser integrados ao tratamento de manutenção da vida, tanto quanto possível.
2-Expectante	Azul	A sobrevivência não é possível, dado o cuidado que está disponível. Cuidados paliativos são necessários.
3-Demorada	Amarelo	Não em perigo imediato de morte, mas tratamento necessário em breve. Cuidados paliativos e / ou alívio dos sintomas podem ser necessário imediatamente.
3-Mínima	Verde	Precisará de cuidados médicos em algum momento depois de pacientes com mais condições forem tratadas. Pode ser necessário alívio dos sintomas.

Fonte: WHO (2018). . (4).

2. Abordagem da Dor Total

2.1-Alívio de sintomas físicos (9,10,11,12,13,14,15,16, 17)

Os medicamentos aqui selecionados para o controle de sintomas, além de obedecerem as indicações técnicas pela eficácia e segurança, foram igualmente adaptados e escolhidos pela disponibilidade e padronização na rede farmacêutica da SESAB.

2.1.1-DOR

A despeito de dor não ser um sintoma frequente nos pacientes com covid-19, entendemos que pacientes com critério de cuidados paliativos apresentam dor pelas suas patologias de bases, ex. câncer, ICC, HIV, e que necessitam de um bom controle. A utilização apropriada de opióides ou terapêutica sedativa não deve ser protelada pelo receio infundado de causar depressão respiratória.

A) Escala Numérica de Avaliação da Intensidade da Dor

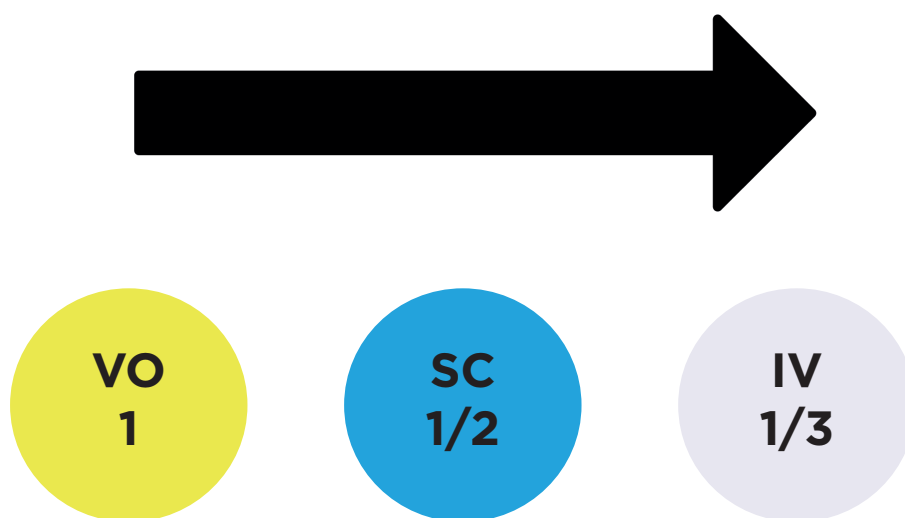


B-Tratamento da dor

ETAPA	AVALIÇÃO/MEDICAÇÃO	POSOLOGIA/AÇÃO	LEMBRETE
1. ETAPA 1	Avaliação da dor usando a escala verbal ou de face	Classificar em leve, moderada e grave	Lembrar sempre de avaliação de dor total
2. ETAPA 2	Avaliação medicamentosa		
DOR LEVE	Paracetamol 500mg	VO-6/6h	Atentar em alterações hepáticas
	Dipirona	500mg ou 1gr VO,IV,SC-4/4H	Alergia
DOR MODERADA	Tramal	VO, IV,SC/50-100 4 a 6/6h (dose máxima 400mg/d)	Atentar a náusea e vômito e obstipação
	Codeína	30/60mg VO 4 a 6/6hs	Atentar a pacientes com insuficiência renal a Obstipação
INTENSA	Morfina	VO-dose inicial 5 a 10mg de 4/4h; IV/SC-2 a 5mg de 4/4h	Usado para dor e dispneia. Atentar a paciente com ins. Renal A dose recomendada para paciente com TFG superior a 50mL/min é 100%; para TFG 10-50mL/min é 75%, e para TFG inferior a 10mL/min é 50%
	Fentanil	IV- iniciar com 1mcg/h, titular beira leito	Preferível para paciente com ins. Renal e maior risco de ins. Respiratória

3. AVALIAR RESPOSTA	Checar resposta beira leito	Reavaliação a cada 30min	Achando dose adequada para 24h e dose de resgate
4. DOR MODERADA A INTENSA NÃO CONTROLADA	Aumente a dose da morfina ou fentanil em 50%	Reavaliação a cada 30min	Deixar dose de resgate 1/6 a 1/10 da dose de 24h. Caso seja usado, fazer ajuste a cada 24h
5. ADJUVANTES	Diazepam	VO-2 a 10mg de 6-8h SC,IV- 2 a 10mg de 4/4	Dor devido a espasmos musculares ou ansiedade
	Amitriptilina	VO- 25 a 75mg/dia	Dor neuropática, dar preferência a doses noturnas
	Dexametasona	VO, SC, IV- 4 a 16mg/dia	Dor óssea principalmente oncológica

Tabela de conversão dose da MORFINA de acordo com a via



Exemplo: Paciente usa 30mg de morfina por dia VO (5mg de 4/4h)

Convertendo para SC=>30 x 1/2 = 15mg/dia via SC

Convertendo para IV=> 30x 1/3 = 10mg/dia IV

* A conversão inversa também é verdadeira (10mgIV = 30mg VO)

2.1.2-Dispneia



Levomepromazine (IV, SC, VO) é um antipsicótico indicado na sedação paliativa, especialmente em pacientes com delirium. Pode substituir o midazolam e fentanil como medicação. Tem algum efeito analgésico associado ao antipsicótico. Dose de início 12.5-25 e 50-75 mg infusão contínua. Dose efetiva usual 12.5 ou 25 mg cada 8 h e cada hora 1 h, quando necessário para agitação extra ou até 300 mg/dia. Efeitos colaterais: hipotensão ortostática, agitação paradoxal, sintomas extrapiramidais, efeito anticolinérgicos.

Clorpromazina é um antipsicótico de distribuição generalizada, pode ser administrado, VO, IM, IV ou retal. Efeito antipsicótico em pacientes com delirium. Dose inicial IV ou IM. 12.5 mg cada 4-12hs, ou 3-5 mg/h IV ou 25-100mg cada 4-12hs via retal. Dose usual efetiva parenteral 37.5-150mg/dia, via retal 75-300 mg/dia. Efeitos adversos: hipotensão ortostática, agitação paradoxal, sintomas extrapiramidais e efeitos anticolinérgicos.

Nota:

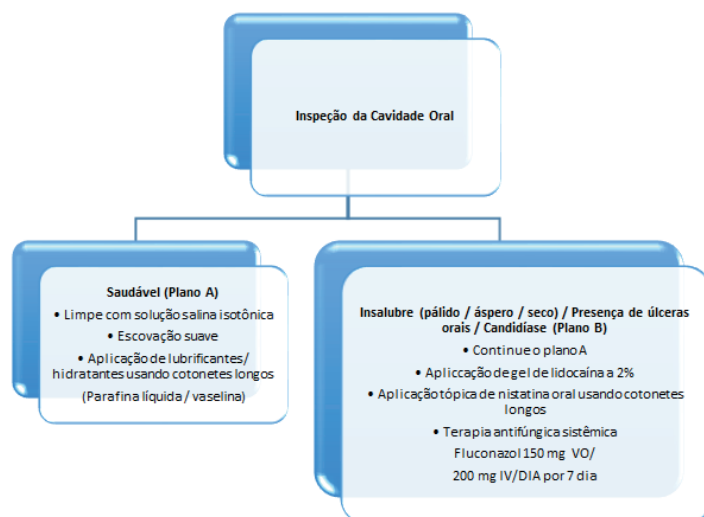
- Inicie um antiemético - Metoclopramida 10 mg 8/8H ou Haloperidol 0,5-1 mg por dia (o haloperidol é mais adequado em pacientes com agitação) nos primeiros 3 dias de terapia com opióides, se indicado. Nota: Os efeitos colaterais extrapiramidais são extremamente raros nesta dose).
- Sempre inicie um laxante estimulante como Bisacodil 10 mg VO na hora de dormir no mesmo dia em que a morfina é iniciada e garanta a evacuação regular.
 - O fentanil é preferido se a creatinina > 2mg / dl.
- A morfina oral pode ser administrada na mesma dose por via retal se o paciente incapaz de engolir e a morfina parenteral não estiver disponível.
- Se os sintomas não se resolverem, entre em contato com um especialista em cuidados paliativos, cuidados intensivos ou medicina respiratória, conforme recomendado.

Sintomas	Indicação Clínica	Recomendação
Ansiedade	Leve	Técnicas de relaxamento e exercícios de respiração
	Via oral mantida	Lorazepam 0.5 - 1 mg SL 2x/dia (máx 4 mg / 24h) ou Alprazolam 0,25 mg em SOS
	Sem via oral	"Midazolam 2mg SC em SOS. Se necessário recorrentemente, ponderar perfusão subcutânea com seringa infusora com dose inicial de midazolam 10mg/24h (redução para 5 mg se TFG<30). Se seringa infusora indisponível - midazolam 2mg SC a cada 4 horas (reduzir para 1mg SC se TFG < 30 ou se doente idoso)"
Febre	Com e sem via oral	Com via oral: dipirona 1g de 4/4h OU paracetamol 500mg de 6/6h Sem via oral: Dipirona 1g SC/IV de 4/4h
Tosse	Via oral	"Codeína 30mg de 6/6h OU Morfina de libertação imediata em solução oral - 2 mg 4-4h; aumentar a dose em 1/3 em doentes previamente sob morfina. Adicionar antiemético nos primeiros 5 dias de medicação opióide e avaliar necessidade de laxante."
Delirium/agitação	Leve/ moderado	"1a linha: medidas gerais de reorientação no espaço e tempo. 2a linha: haloperidol 1mg VO ou SC cada 2 horas ou em seringa infusora (começar com 3mg/24h)"
	Agitação severa / fim de vida	"Bólus inicial de levomepromazina 25mg ou midazolam 5mg SC (reduzir para levomepromazina 12mg e midazolam 2,5mg se TFG<30 ou no idoso). Se necessário recorrentemente, ponderar perfusão subcutânea com seringa infusora (levomepromazina 50mg ou midazolam 15mg/24h - reduzir para levomepromazina 25mg ou midazolam 7mg se TFG<30 ou no idoso). Poderá ser necessária titulação rápida no caso de agitação persistente em fim de vida - se sob opióides e sedativos, subir sedativos e não opioide para delírio terminal. Se seringa infusora indisponível - levomepromazina 25mg SC 2x/dia ou midazolam 2mg SC de 4 em 4 horas (reduzir para 12 mg de levomepromazina e 2 mg de midazolam se TFG < 30 ou se doente idoso)"

Nausea e Vômito	Estase Gastrica: Náuseas predominantes. Piora com alimentação, melhora após vômitos, RHA normais ou diminuídos	Metoclopramida 10mg, IM/IV/SC 8/8h
		Domperidona 10 a 20mg, VO, fracionados em 3 administrações, 30min antes das refeições
		Bromoprida 10mg a 20mg, EV/IM/SC, 1x/dia OU 10mg, VO, 2-3x/dia (Dose máx. 60mg/dia)
	Metabólico: Náuseas predominantes com pouca melhora após vômitos, agravados por cheiros, principalmente de alimentos	Haloperidol - 1 a 4mg/dia pode ser VO/SC/IM
		Levomepromazina 6 a 50mg/dia, VO, fracionados em 2 administrações. Dose máxima: 75mg/dia
		Ondasetrona Dose única: 8mg, IV/VO/SC, podendo ser usado em uma dose máxima de 16mg/dia
		Dexametasona 4 a 16mg em dose única pela manhã
	Efeito de Massa SNC: Náuseas e vômitos com piora pela manhã, pode ter sinais neurológicos	Corticosteroides 4 16mg/dia VO, IV/SC, dose única pela manhã
	Vestibular: Náuseas e vômitos agrava pelo movimento da cabeça	Prometazina 25 mg VO, 2 vezes por dia.
		Meclizina 25 a 100 mg por dia VO
		Proclorperazina prometazina 12,5 a 25 mg a cada 4 ou 6 horas
		Dimenidrinato: 1 a 2 comprimidos (50 a 100mg de dimenidrinato), VO, a cada 4 horas. Dose máxima: 400mg de dimenidrinato/dia.IV 1 ampola (30mg de dimenidrinato), IV, a cada 4 a 6 horas
	Obstrução intestinal / dismotilidade: Parcial: RHA diminuídos em caso de íleo, aumentados na obstrução parcial. Algum movimento intestinal Completa: dor em cólica constante. Ausência de flatulência ou movimentos intestinais	Completa: Haloperidol (1 a 4mg/dia VO/IM/SC), Dexametasona (4 a 16mg/dia- dose única pela manhã), octriotide, prometazina 12,5 a 25 mg a cada 4 ou 6 horas
Diarreia	Afastar causas infecciosas	Loperamida 2mg- dose inicial 4mg, seguido de 2+A1:C40mg a cada evacuação com dose máxima de 16mg/dia, pode ser associado a escopolamina 20mg VO/SC/IV de 6/6h
Silorreia/ Broncorreia (ronco de fim de vida)	Lembra de deixar prescrito se paciente estiver em fim de vida	Escopolamina 20mg VO/SC/IV de 6/6h

2.1.3-Medidas de Higiene Oral (17)

Abaixo encontra-se um algoritmo com o objetivo de melhorar a higiene oral do paciente.



2.1.4- Hipodermóclise

A administração de medicamentos pela via subcutânea é comum e particularmente útil em muitos cenários dos cuidados paliativos. Esta modalidade de administração de medicamentos tem um lugar especial no tratamento de pacientes com COVID-19, nos quais o acesso a uma via intravenosa possa ser difícil. A via oral pode tornar-se impraticável por fatores que comprometam a biodisponibilidade dos fármacos, como redução do nível de consciência ou perda funcional da absorção pelo tubo digestivo.

Os medicamentos sem base oleosa podem ser administrados com segurança por via subcutânea, como por exemplo, a Morfina, Haloperidol, Lorazepam, Midazolam, Dexametasona, Metoclopramida, Ondansetrona, etc.

Para maiores informações sobre a hipodermóclise, por favor, acesse o manual: O uso da via subcutânea em Geriatria e Cuidados Paliativos –Um guia da SBGG e da ANCP para profissionais, no Link: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2016/06/uso-da-via-subcutanea-geriatria-cuidados-paliativos.pdf> (18)

2.1.4.1-Guia Geral

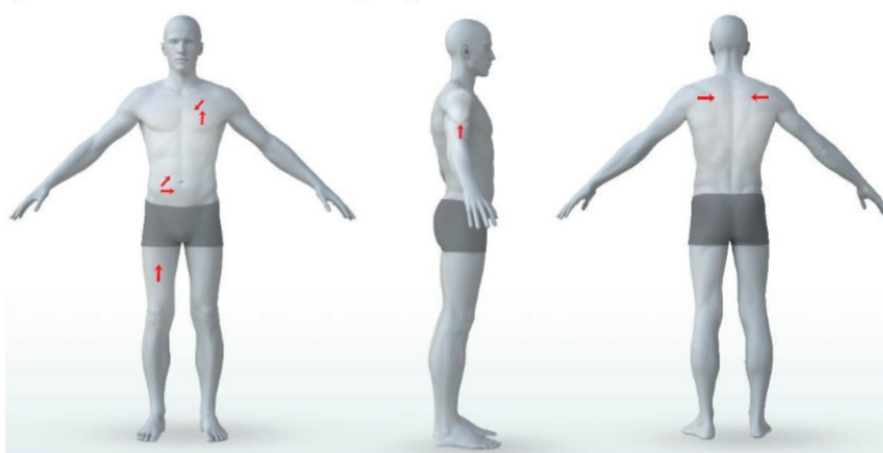
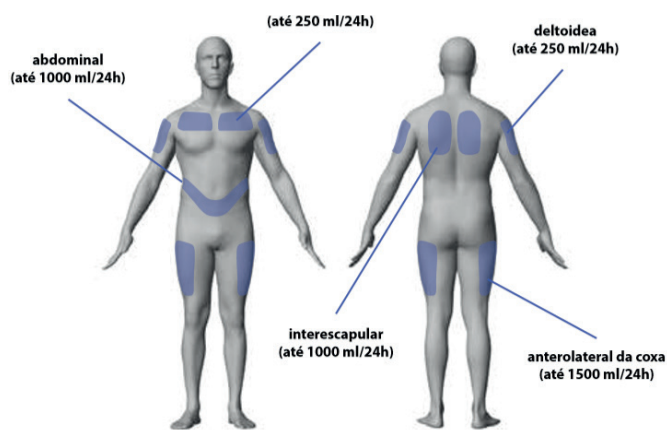
Tamanho da agulha : 23 a 25 G de comprimento

- Volume de injeção única: 1 - 2 ml
- Velocidade de injeção: Lento
- Locais: a área externa superior do braço, a parte dianteira e a parte externa das coxas, o abdômen, exceto por uma área de 5 cm ao redor do umbigo, a parte superior do quadril, a área superior externa das nádegas.
- Ângulo: 45 graus, onde 2,5 cm de tecido pode ser agarrada

2.1.4.2-Indicações e Contra-indicações

CONTRA INDICAÇÃO ABSOLUTA	CONTRA INDICAÇÃO RELATIVA
<ul style="list-style-type: none"> •Recusa do paciente •Anasarca •Trombocitopenia •Necessidade de reposição rápida de volume (desidratação grave, choque) 	<ul style="list-style-type: none"> •Caquexia •Sd. Da veia cava superior •Ascite •Áreas com circulação linfática comprometida •Áreas com infecção, inflamação ou úlceras cutâneas •Proximidades de articulação •Proeminência óssea

2.1.4.3-Locais de punção da hipodermólise



2.1.4.4-Atenção às Principais Interações medicamentosas

MEDICAMENTOS	Cefepime	Ceftriaxona	Clorpromazina	Dexametasona	Dipirona	Escopolamina	Fenobarbital	Furosemida	Haloperidol	Levomepromazina	Metoclopramida	Midazolam	Morfina	Octreotida	Ondansetrona	Ranitidina	Tramadol	
Cefepime		NT	NT	I	I	C	I	C	C	C	C	I	C	C	C	I	C	
Ceftriaxona	NT		I	I	I	NT	I	C	I	NT	C	C	C	C	C	I	I	NT
Clorpromazina	NT	I		I	I	NT	I	I	C	NT	C	C	C	C	NT	C	NT	
Dexametasona	I	I	I		I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	
Dipirona	I	I	I	I		I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	
Escopolamina	C	NT	NT	I	I		I	NT	C	NT	C	C	C	C	C	NT	C	
Fenobarbital	I	I	I	I	I	I		I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	
Furosemida	C	C	I	I	I	NT	I		I	NT	I	I	I	NT	I	NT	NT	
Haloperidol	C	I	C	I	I	C	I	I		C	C	C	C	NT	NT	I	C	
Levomepromazina	C	NT	NT	I	I	NT	I	NT	C		C	C	C	NT	NT	I	NT	
Metoclopramida	C	C	C	I	I	C	I	I	C	C		C	C	C	C	C	C	
Midazolam	I	C	C	I	I	C	I	I	C	C	C		C	NT	C	I	I	
Morfina	C	C	C	I	I	C	I	I	C	C	C	C		C	C	C	I	
Octreotida	C	C	C	I	I	C	I	NT	NT	NT	C	NT	C		C	NT	NT	
Ondansetrona	C	I	NT	I	I	C	I	I	NT	NT	C	C	C	C		NT	NT	
Ranitidina	I	I	C	I	I	NT	I	NT	I	I	C	I	C	NT	NT		NT	
Tramadol	C	NT	NT	I	I	C	I	NT	C	NT	C	I	I	NT	NT	NT		

NT: Não testado, I: Incompatível, C: Compatível

Adaptado de Micromedex®, Stabilis®, Bruno, 2015.

2.2- Sofrimento Psicológico e Emocional em Situação de Pandemia (19,20)

O contexto atual de pandemia tem causado diversas reações psicoemocionais na população, tais como reação aguda de estresse que pode ser agravada por transtornos preexistentes. Quadros de ansiedade, angústia e depressão que podem ser desencadeados ou potencializados frente às ameaças de contágio e óbito pela COVID-19. Outras reações comumente observadas são a irritabilidade, sentimento de impotência, medo, agitação, descrença, pessimismo e sofrimento espiritual.

Essas respostas emocionais podem se agravar quando o paciente está hospitalizado, com reduzido acesso de visitas de entes queridos, e a equipe multidisciplinar de saúde pode promover bem estar emocional. O tempo pode ser escasso, mas o importante nesse momento é a qualidade da atenção realizada, a partir de algumas diretrizes de assistência humanizada:

- Escuta ativa e empática: o paciente necessita de atenção. Estabeleça contato visual e verbalize que ele(a) não está sozinho(a).
- Evite perguntar “tudo bem”. Opte por “como vai você/senhor(a)” ou “como você se sente?”.
- Sinais de ansiedade, angústia e medo: oriente o paciente que essas reações são naturais ao momento vivido, evocando nele um sentimento de autocontrole. Converse sobre a necessidade de ajustamento à nova rotina social.
- Irritabilidade, agitação e descrença: estimule o paciente a estruturar mentalmente sua rede de apoio, pessoas que garantam alento e apoio. Viabilizar encontros em ambiente virtual.
- Preocupação com subsistência familiar e outras necessidades de ordem prática: solicitar apoio de assistentes sociais e grupos de voluntariado.
- Reações de medo e pessimismo: escute as demandas do paciente e realize os esclarecimentos necessários. Não insista em modificar crenças ou pensamentos disfuncionais, é importante garantir o espaço para a fala do paciente.
- Sofrimento espiritual: converse com o paciente sobre as referências espirituais e religiosas dele, motivando o desenvolvimento de atitudes resilientes e de bem estar espiritual. Verifique a disponibilidade de sacerdote religioso do paciente para diálogo virtual.
- Luto antecipatório: o sofrimento decorrente da própria morte e despedida dos entes queridos pode ser potencializado nesse momento. Acolha o paciente e suas emoções, promova a sensação de apoio e solidariedade. Motive o paciente a registrar (carta, áudio, desenho) para seus amigos e familiares o que é importante nesse momento e garanta que esse material chegará ao seu destino.
- Outras reações emocionais agudas: não se intimide diante das demonstrações de sofrimento e ansiedade. A presença autêntica e atenção empática promovem bem-estar ao paciente.

Observação: discursos com conteúdos delirantes, ideação e/ou intencionalidade suicida devem ser, preferencialmente, analisados por equipe de saúde mental.

2.3-Dor Social (21,22)

Dor de caráter amplo e, às vezes irrestrito, que acomete os indivíduos em diferentes situações.

Na área da Saúde, refere-se à somatória de circunstâncias que envolvem a condição de saúde/doença, seja como causadora, influenciadora ou potencializadora da doença instalada. A condição socioeconômica,

condições de moradia, acesso a recursos, serviços e políticas, organização familiar, rede de suporte social influenciam sobremaneira no diagnóstico, tratamento e prognóstico.

Dessa forma, em um país marcado pela desigualdade social, a Dor Social é estreitamente relacionada à vulnerabilidade social. Quanto maior a vulnerabilidade social do paciente e grupo familiar, maior a Dor Social.

Condições sociais que podem indicar sofrimento social:

- Vivência de desproteção social – não cobertura de políticas públicas e sem critérios para recebimento de benefícios;
- Moradias inadequadas, insuficientes e/ou insalubres – territórios vulneráveis
- Situação econômico-financeira inadequada: pobreza, pobreza extrema (miserabilidade) – vulnerabilidade social;
- Condições inadequadas/insuficientes para o auto cuidado e para o oferecimento de cuidados a terceiros;
- Famílias insuficientes para o cuidado de si e de outros;
- Vários membros de uma mesma família dependentes de cuidados, seja por idade (crianças pequenas, idosos dependentes), seja por doença ou por condições específicas que revelam vulnerabilidade (dependência química: álcool e drogas);
- Lutos recentes e cuidados de longa duração.

Proteção ao paciente e à família: a importância das orientações sobre aspectos da legislação.

Assim como o alívio da dor exige o manejo adequado da analgesia, o alívio do sofrimento, que, a princípio, pode parecer subjetivo, exige uma avaliação criteriosa para encaminhamentos adequados. Incertezas quanto ao provimento de recursos para os cuidados com o paciente, assim como preocupações quanto à manutenção e ao sustento família no futuro, podem trazer inquietações e angústias aos pacientes e familiares

Atenção especial à documentação

-Documentação de representação civil

A-Quando o paciente está lúcido e responde por seus atos da vida civil: procuração

B-Quando o paciente não responde pelo atos da vida civil: curatela

-Documentação de regularização de bens

-Documentação de seguro

-PIS/PASEP e FGTS

-Afastamento do trabalho

-Auxílio Doença

-Aposentadoria por invalidez

-Amparo Assistencial: Benefício de Prestação Continuada(BPC)

-Reorganização após o falecimento

-Seguro de vida em grupo ou individual

-Pensão por morte

-Duração do benefício

2.4-Dor Espiritual (2,5,23,24,25,26)

O cuidado espiritual é um componente intrínseco e essencial dos cuidados paliativos, central para Cicely Saunders, e reconhecido e incluído na definição de Organização Mundial da Saúde de cuidados paliativos por quase 18 anos. A espiritualidade é uma das dimensões constituintes da pessoa, e que por sua vez

repercute e interage outras dimensões : física, psicológica e social, fazendo do ser humano um todo indissociável. Dessa forma é importante, e mesmo indispensável, que ela, também, deva ser olhada e que necessita igualmente de cuidados. Nas últimas décadas milhares de estudos têm mostrado a importância da espiritualidade na manutenção da saúde, na recuperação de estados de doença, na elaboração do luto, na busca por sentido e nos cuidados paliativos. A espiritualidade pode ser definida, segundo, Koenig, como uma busca pessoal pela compreensão das questões últimas acerca da vida, do seu significado, e da relação com o sagrado e o transcendente, podendo ou não conduzir ou originar rituais religiosos e formação de comunidades.

A espiritualidade também abrange as conexões que se faz com os outros, com eles mesmos, com a natureza e com os reinos sagrados, tanto dentro quanto fora da religião tradicional .Visto dessa maneira, a espiritualidade é um componente importante da qualidade de vida (QV) e pode ser um fator-chave na maneira como as pessoas lidam com doenças, experimentam a cura e alcançam um senso de coerência.

Sinais e sintomas que indicam a presença de angústia espiritual

Os sinais que caracterizam a presença de angústia espiritual são manifestações que englobam aspectos cognitivos, afetivos, comportamentais e variam de grau e intensidade, de acordo com cada indivíduo. Neste estudo, os indicadores clínicos que confirmam a presença de angústia espiritual, foram agrupados nos construtos que descrevem o fenômeno:

Distúrbio no senso de significado e propósito na vida:

- Expressa falta de significado e propósito da vida
- Questiona o sofrimento e a doença
- Questiona o significado da morte e/ou expressa sentimento de pesar
- Questiona ou verbaliza preocupação com relação ao sistema de crenças e valores
- Verbaliza necessidade de assistência espiritual

Distúrbio na habilidade de conexão consigo, com Deus/Força Maior, com os outros e com o mundo ao seu redor:

- Expressa sentimento de culpa/ Sente que a doença é uma punição
- Sente incapacidade de amar e ser amado
- Expressa falta de coragem
- Expressa falta de esperança
- Expressa raiva
- Verbaliza falta de harmonia interior, aflição/agitação
- Expressa alteração de comportamento: choro/lamentação
- Sente-se abandonado
- Expressa raiva de Deus
- Expressa desespero
- Expressa sentimento de alienação e isolamento
- Separa-se das pessoas significativas
- Não se interessa pela natureza
- É incapaz de experimentar o estado anterior de criatividade

Distúrbio no sentimento de transcendência:

Expressa alteração no sentimento de auto-transcendência

Na tabela 1 apresentamos um dos instrumentos disponíveis na literatura, FICA, para realizar a anamnese espiritual.

Fé
"Você se considera espiritual ou religioso?" ou "A espiritualidade é algo importante para você" ou "Você tem crenças espirituais que o ajudam a lidar com o estresse/tempo difíceis?" (Contextualizar para raciocinar a visita se não for a história da rotina). Se o paciente responder "Não", o profissional de saúde poderá perguntar: "O que dá sentido à sua vida? Às vezes o paciente responde com respostas como família, carreira ou natureza. (A questão do significado também deve ser colocada mesmo que as pessoas respondam sim à espiritualidade).
Importância
Qual a importância de sua espiritualidade em sua vida? Sua espiritualidade influencia como você cuida de si mesmo, de sua saúde? Sua espiritualidade o influencia na sua tomada de decisão na área de saúde? (por exemplo, Diretivas Antecipadas de Vontade, tratamento, etc.)
Comunidade
Você faz parte de uma comunidade espiritual? Comunidades como igrejas, templos, terreiros e mesquitas, ou um grupo de amigos, família ou yoga que pensam da mesma maneira podem servir como fortes sistemas de apoio para alguns pacientes. Pode explorar mais: Esta comunidade oferece apoio para você e como? Existe um grupo de pessoas que você realmente ama ou que são importantes para você?
Ação no cuidado
Como você gostaria que eu, seu provedor de saúde, tratasse dessas questões da sua saúde?" (Com os novos modelos, incluindo o diagnóstico de angústia espiritual A também se refere à "Avaliação e Plano" de angústia espiritual do paciente ou questões dentro de um tratamento ou plano de cuidados.

Intervenções possíveis para o alívio da angústia espiritual

- Ofereça apoio e conforto através de palavras e gestos
- Dê permissão ao paciente para discutir sobre espiritualidade
- Ofereça literatura da religião do paciente
- Ofereça a possibilidade de visitas do líder religioso, se presencial, deve estar vestido com EPI ou conversas por meios eletrônicos.
- Oferecer significado aos eventos estressantes da vida
- Organizar um espaço ecumênico com música tranquila para pacientes
- Objetos religiosos, segundo a fé do paciente, próximo ao leito (visível e ao toque do paciente)
- Músicas relaxantes no ambiente
- Conecte o paciente a sua comunidade religiosa
- Aplicação da Intervenção Terapêutica Relaxamento, Imagens Mentais e Espiritualidade (RIME)

3- Comunicação de Más Notícias (17,27,28)

Uma boa comunicação é uma das habilidades necessárias aos profissionais da saúde, notadamente em um contexto de pandemia. Somos inundados por muitas informações, infelizmente nem todas verdadeiras.

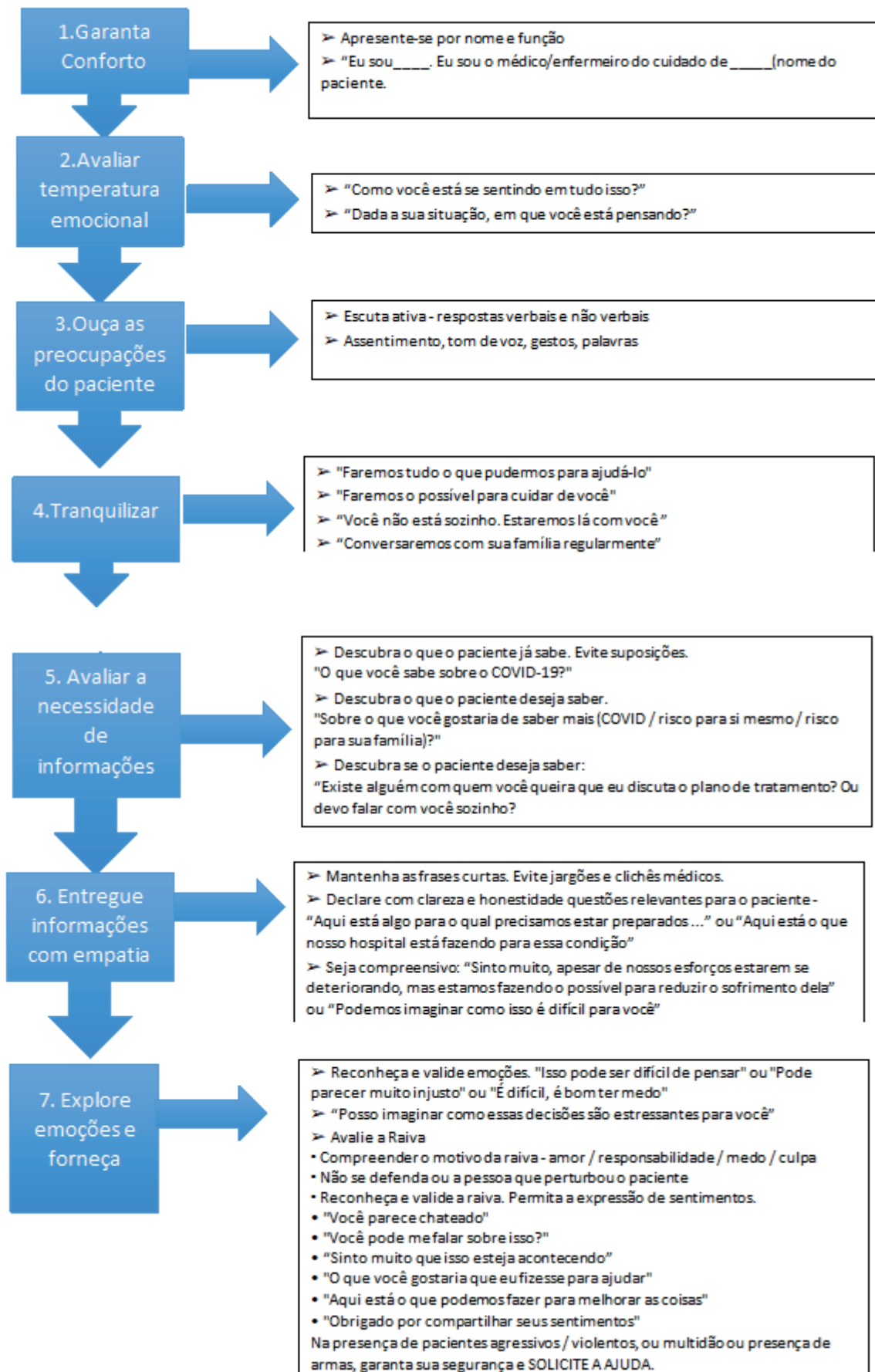
Pacientes, familiares e profissionais de saúde precisam ter acesso a notícias e informações confiáveis, especialmente das autoridades sanitárias que guiarão a todos atendendo os preceitos da ética e da cientificidade. É importante para o paciente, especialmente o que preenche os critérios dos cuidados paliativos se informar e ouvir de um profissional de saúde que ele(a) será assistido com o objetivo de aliviar seu sofrimento e do seu familiar responsável.

Infelizmente, no contexto de uma pandemia, os quadros clínicos podem se deteriorar em questão de horas e a morte, o pior desfecho, pode acontecer. É importante tentar, se possível, seguir passos que asseguram a diminuição de um trauma ao ouvir uma má notícia. A seguir, de forma resumida encontra-se o protocolo SPIKES.

S	Setting up-Lugar	Preparando-se para o encontro – Se possível reveja o caso e tenha as informações mais importantes. Apesar de a notícia ser triste, é importante manter a calma, pois as informações dadas podem ajudar o paciente a planejar seu futuro. Procure por um lugar calmo e que permita que a conversa seja particular. Mantenha um acompanhante com seu paciente, isso costuma deixá-lo mais seguro.
P	Perception-Percepção	Percebendo o paciente. Investigue o que o paciente já sabe do que está acontecendo. Procure usar perguntas abertas.
I	Invitation-Convite	Convidando para o diálogo Identifique até onde o paciente quer saber do que está acontecendo, se quer ser totalmente informado ou se prefere que um familiar tome as decisões por ele.
K	Knowledge-Conhecimento:	Transmitindo as informações Introdções como “infelizmente não trago boas notícias” podem ser um bom começo. Use sempre palavras adequadas ao vocabulário do paciente. Use frases curtas e pergunte, com certa frequência, como o paciente está e o que está entendendo. Se o prognóstico for muito ruim, evite termos como “não há mais nada que possamos fazer”. Sempre deve existir um plano!
E	Setting up-Lugar	Expressando emoções. Aguarde a resposta emocional que pode vir, dê tempo ao paciente, ele pode chorar, ficar em silêncio, em choque. Aguarde e mostre compreensão. Mantenha sempre uma postura empática.
S	Strategy and Summary-Estratégia e Resumo	Resumindo e organizando estratégias. É importante deixar claro para o paciente que ele não será abandonado, que existe um plano ou tratamento, curativo ou não.

Expressões a Evitar	Expressões Facilitadoras
Apresentação	
Bom dia, eu sou o médico de serviço na enfermaria hoje.	Olá, o meu nome é e hoje sou o médico que irá cuidar de si e acompanhá-lo ao longo do dia....
Gestão de expectativas (afirmações de esperança Vs preocupação):	
Não há nada mais que possamos fazer por si...	“Eu realmente espero que o Sr.ª/ª / o seu familiar comece a responder aos tratamentos, mas estou preocupado que o seu/ dele/a estado de saúde se continue a deteriorar, apesar dos nossos melhores tratamentos médicos.”
Planeamento paralelo	
Não se preocupe: tudo vai ficar bem.	“Esperamos o melhor, mas seria sensato começar a planear para o pior. Conhecendo o quadro completo agora, o que seria importante para si / seu ente querido neste momento?”
PCR / Reanimação:	
Tem que ser forte para a sua família...	“Quando há insuficiência cardíaca e pulmonar muito graves não é possível reiniciar o coração com manobras de reanimação e não seria apropriado tentarmos isso nesta situação. No entanto faremos todo o possível para estabilizá-lo/a
Garantia de Segurança:	
Esta medicação garantirá que o sr.ª/a / o seu familiar, partirá sem sofrimento.	“Estamos a fazer tudo o que podemos e qualquer que seja o caminho, faremos o possível para garantir que ele / ela esteja confortável.
Suficientemente doente para morrer:	
	<p>"Receio que tenha havido uma deterioração e o sr.ª/ª esteja /o seu familiar esteja, francamente doente e a sua vida esteja em risco/perigo eminente."</p> <p>Mostrar compaixão verbalmente "Percebo que isto é realmente difícil para si"; "Sei que isto é muito perturbador para si / vocês (família) "; "É compreensível que se sinta desta maneira"</p>

ALGORITMO DE COMUNICAÇÃO (17)



4- Considerações Éticas no Final de Vida e sobre a Telemedicina- CFM (29, 30, 31)

O Conselho Federal de Medicina aprovou duas resoluções, 1995/2012 e 1805/2006 com o objetivo de ajudar pacientes e médicos na tomada de decisão em situações de terminalidade. A primeira, resolução No 1805/2006, diz o seguinte:

Art. 1º -É permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente em fase terminal, de enfermidade grave e incurável, respeitada a vontade da pessoa ou de seu representante legal.

§1º- O médico tem a obrigação de esclarecer ao doente ou a seu representante legal as modalidades terapêuticas adequadas para cada situação.

§2º- A decisão referida no caput deve ser fundamentada e registrada no prontuário.

§3º- É assegurado ao doente ou a seu representante legal o direito de solicitar uma segunda opinião médica.

Art. 2º-O doente continuará a receber todos os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, assegurada a assistência integral, o conforto físico, psíquico, social e espiritual, inclusive assegurando-lhe o direito da alta hospitalar.

E a segunda resolução, 1995/2012, resolve o seguinte:

Art. 1º-Definir diretivas antecipadas de vontade como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.

Art. 2º-Nas decisões sobre cuidados e tratamentos de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se, ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades, o médico levará em consideração suas diretivas antecipadas de vontade.

§ 1º Caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, suas informações serão levadas em consideração pelo médico.

§ 2º -O médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica.

§ 3º-As diretivas antecipadas do paciente prevalecerão sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares.

§ 4º-O médico registrará, no prontuário, as diretivas antecipadas de vontade que lhes foram diretamente comunicadas pelo paciente.

§ 5º-Não sendo conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente, nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entre estes, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética da instituição, caso exista, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender esta medida necessária e conveniente.

As Diretivas Antecipadas de Vontade compreende o Testamento Vital(de forma simplificada o conjunto das vontades do paciente) e o Mandato Duradouro, ou Procuração para Cuidados em Saúde(nomeação de uma pessoa, parente ou não, da confiança do paciente para tomar decisões por ele, caso não esteja em condições de o fazer).

Critérios - São aptos a expressar sua diretiva antecipada de vontade, qualquer pessoa com idade igual ou maior a 18 anos ou que esteja emancipada judicialmente. O interessado deve estar em pleno gozo de suas faculdades mentais, lúcido e responsável por seus atos perante a Justiça.

Pela Resolução 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina (CFM), o registro da diretiva antecipada de vontade pode ser feita pelo médico assistente em sua ficha médica ou no prontuário do paciente, desde que expressamente autorizado por ele. Não são exigidas testemunhas ou assinaturas, pois o médico – pela sua profissão – possui fé pública e seus atos têm efeito legal e jurídico.

No texto, o objetivo deverá ser mencionado pelo médico de forma minuciosa que o paciente está lúcido, plenamente consciente de seus atos e compreende a decisão tomada. Também dará o limite da ação terapêutica estabelecido pelo paciente, neste registro, se considerar necessário, o paciente poderá nomear um representante legal (chamado de mandato duradouro ou procuração para cuidados em saúde) para garantir o cumprimento de seu desejo.

Telemedicina

CFM reconhece a possibilidade de atendimento médico a distância durante o combate à COVID-19. A telemedicina poderá ser exercida nos seguintes moldes:

Teleorientação: para que profissionais da medicina realizem à distância a orientação e o encaminhamento de pacientes em isolamento; Telemonitoramento: ato realizado sob orientação e supervisão médica para monitoramento ou vigência à distância de parâmetros de saúde e/ou doença.

Teleinterconsulta: exclusivamente para troca de informações e opiniões entre médicos, para auxílio diagnóstico ou terapêutico.

5-Cuidados no processo ativo de morte (32)

Atenção especial deve ser dada ao paciente que entrou no seu processo ativo de morte, ou seja quando a morte é esperada em questão de horas a dias. O objetivo primordial é assegurar o conforto, um bom controle de sintomas, sedação paliativa se necessário, e a dignidade.

5.1-Reconhecendo quando a morte é iminente

Quando a morte está se aproximando, a maioria dos indivíduos apresentam-se de maneira quase uniforme, independente da condição clínica subjacente que o levou à aquele estágio.

- Muito cansado e enfraquecido, passando a maior parte do tempo sonolento, dormindo ou deitado
- Pouca ou nenhuma ingestão oral e dificuldade na deglutição
- Nível de consciência alterado-confuso, agitado, irrequieto, sonolento
- Mudanças no pulso, na pressão, e na respiração, com extremidades frias e cianóticas
- A respiração pode se tornar ruidosa, também chamada de ronco da morte e se deve ao acúmulo de secreção e que pode melhorar com a diminuição da hidratação e medicação anticolinérgica como escopolamina.
- Diminuição no débito urinário e fecal

5.2-Assegurando uma boa morte

Pesquisas indicam que pacientes e membros da família acreditam que uma 'boa morte' inclui o seguinte:

- Controle adequado dos sintomas e da dor
- Ter a autonomia preservada e respeitada
- Continuar a ser vista e percebida como uma pessoa.
- Uma boa comunicação e tomada de decisão clara por parte dos profissionais da saúde

- Fortalecimento das relações com as pessoas amadas(resolvendo conflitos, dizendo adeus...)
- Preparação para a morte com a realização dos ritos de passagem de acordo com a tradição religiosa da pessoa

6- Manejo de Corpos no Contexto da COVID-19/Enterro/ Instruções aos Familiares e Amigos(33,34,35,36)

Para maiores informações sobre o manejo do corpo e instruções, aos familiares e amigos, de como procederem diante do enterro, por favor, acesse o manual Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus COVID-19 do Ministério da Saúde através do Link: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/25/manejo-corpos-coronavirus-versao1-25mar20-rev5.pdf>

7-Luto(17, 37,38)

Infelizmente, durante uma pandemia é esperado um elevado número de mortes, e geralmente com mortes que ocorrem em questão de dias e/ou horas, dificultando a vivência de um luto antecipatório. Devido a alta transmissibilidade do vírus, muito frequentemente, as visitas hospitalares são restritas, o que igualmente dificulta os processos de apoio psicológico e espiritual entre os envolvidos. Mesmos os rituais de despedida, que ajudam na elaboração do luto se encontram comprometidos devido as exigências protocolares de distanciamento social e medidas de higiene, não permitindo visualizações do corpo, exigência de caixão lacrado, ausência de velório e presença máxima de 10 pessoas no enterro.

Todas essas questões por ser adicionadas a outros fatores de risco para o desenvolvimento de um luto complicado.

É importante que os profissionais de saúde que estão trabalhando com doentes com o diagnóstico de COVID-19 fiquem atentos para essas situações, visto que o luto complicado pode levar a graves problemas de saúde mental e mesmo física.

A identificação precoce de cuidadores que apresentem risco elevado de desenvolverem luto complicado é importante para o encaminhamento e acompanhamento por um especialista.

Os fatores listados a seguir estão associados a maior risco de que o processo de luto do sobrevivente se complique. Tais fatores podem ser divididos em quatro grupos:

1-Quanto ao enlutado:

- Idade: enlutados muito jovens ou idosos
- Autoestima: pessoas com baixa autoestima
- Antecedentes de múltiplas perdas anteriores
- Antecedentes de outros processos de luto complicado
- Antecedentes de doença depressiva

2-Quanto à relação entre enlutado e falecido:

- Perdas de pais, filhos e cônjuges representam maior risco
- Relações de alta dependência emocional entre as partes
- Relações de alta ambivalência afetiva (“por mais que eu o amasse, estava com muita raiva dele... eu o odiava na época em que ele partiu”)

3-Quanto à rede de suporte social disponível:

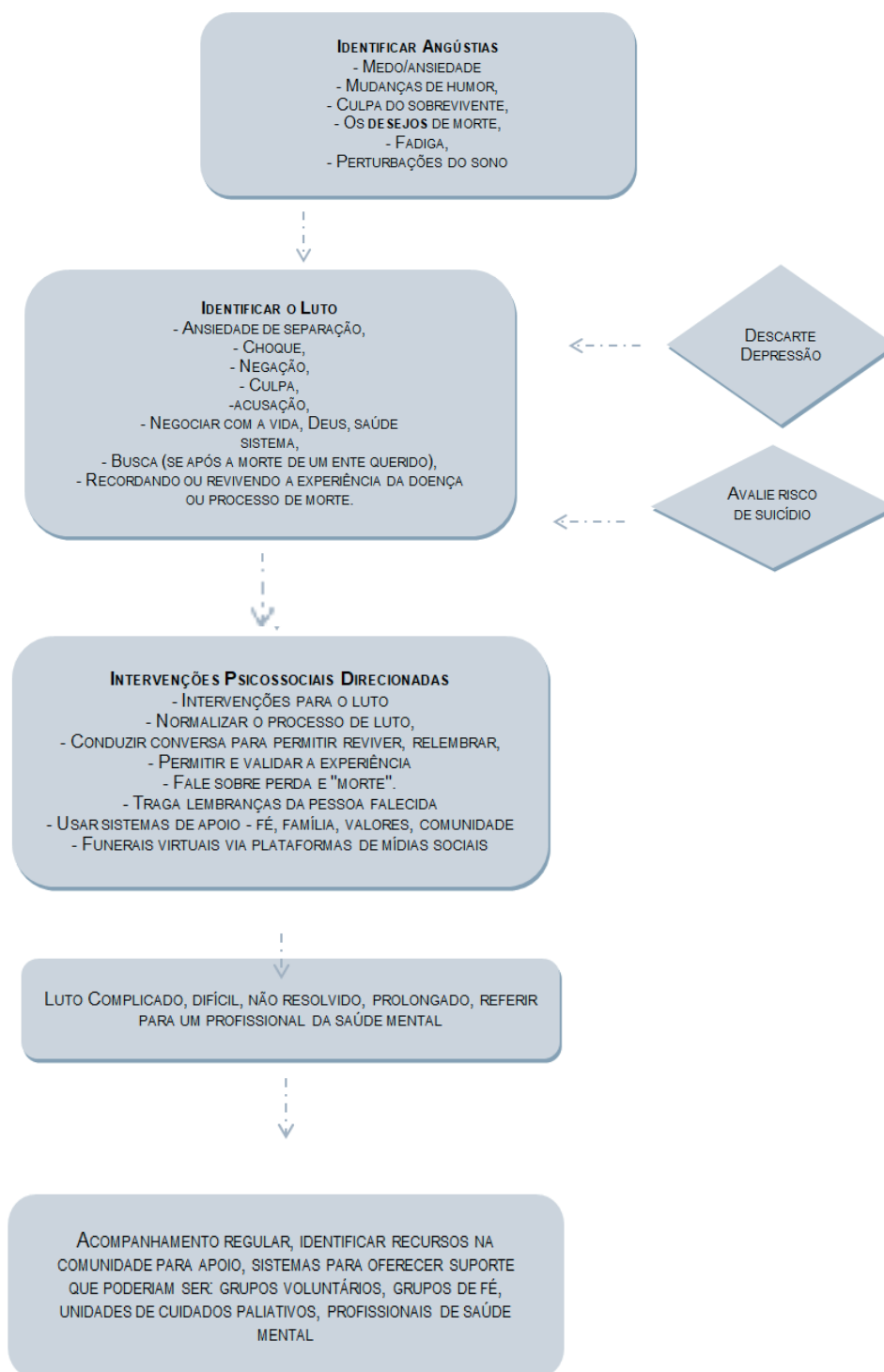
- Pessoas que não têm filhos e/ou não têm familiares por perto
- Famílias “vazias” do ponto de vista afetivo (comunicação de desejos e necessidades entre seus membros é superficial, ou mesmo inexistente)
- Ausência ou fragilidade da rede social de apoio (familiares, vizinhos, colegas de trabalho e amigos)
- Circunstâncias em que o enlutado não se sente à vontade para se utilizar de sua rede social e falar de sua perda: por ex., perdas por AIDS, por suicídio ou por abortamento.

4-Quanto ao tipo de morte:

- Mortes repentinas
- Mortes prematuras (fora de época, como, por exemplo, de crianças)
- Mortes após longos e estressantes períodos de doença
- Mortes violentas (homicídio e suicídio)
- Mortes nas quais o corpo não é resgatado
- Enlutado que está geograficamente distante, sem poder ver o corpo e/ou participar de um ritual fúnebre
- Enlutado que ignora completamente a causa da morte de seu ente querido.

Algoritmo Luto(17)

Informações adicionais sobre o processo do luto no contexto da COVID-19 encontram-se na cartilha elaborada pela Fiocruz Brasília, e intitulada Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia Covid-19 –



processo de luto no contexto da Covid-19 e pode ser acessada no seguinte link: <https://www.fiocruzbrasil.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%c3%bade-Mental-e-Aten%c3%a7%c3%a3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-processo-de-luto-no-contexto-da-Covid-19.pdf>

8-A Síndrome do Burnout e a necessidade de Autocuidado(17)

O Burnout é definido como uma síndrome psicológica surgida em resposta crônica aos estressores presentes no trabalho e que pode ser desenvolvido por qualquer profissional que trabalhe diretamente envolvido com outras pessoas, incluindo profissionais da saúde em geral.

É um problema complexo e que envolve inúmeros aspectos que se inter-relacionam e que contribuem para o adoecimento profissional. Tem desenvolvimento lento e gradual e quando os profissionais procuram ajuda é comum que o desgaste já seja muito intenso e a saúde física e mental já se encontre comprometida. A mesma surge quando se esgotam todos os recursos e energia usados pelo profissional contra o sofrimento e este não tem mais condições físicas e mentais para desempenhar suas atividades satisfatoriamente.

É caracterizada por três dimensões:

- Sentimentos de esgotamento ou exaustão de energia;
- Aumento da distância mental do próprio trabalho, ou sentimentos de negativismo ou cinismo relacionados com o trabalho de cada um; e
- eficácia profissional reduzida.

INTERVENÇÕES	- Trabalho em equipe, estabelecendo e mantendo tencimento ao trabalho
	- Habilitando e construindo conexões emocionais e sociais
	- Foco em uma mistura de trabalho e vida
ORGANIZACIONAL	-Reestruturação do local de trabalho - clara delimitação de papéis e responsabilidades/ redistribuição da carga de trabalho
	- Capacitando o pessoal de saúde e melhorando seu senso de auto-eficácia -
	-Treinamento e aprimoramento das habilidades técnicas
	-Educação e treinamento de profissionais de saúde sobre segurança, EPI, e desinfecção
	- Fornecer equipamentos adequados para salvaguardar a saúde dos profissionais da linha de frente.
	- Horário de trabalho limitado, pausas regulares e horários previsíveis
A EQUIPE/FAMÍLIA	-A equipe deve discutir regularmente a filosofia orientadora, por que estamos fazendo isso, qual é o nosso papel na sociedade. Manter a motivação e direção.
	-Compartilhar responsabilidade com a equipe, família e comunidade - Para evitar sentir-se responsável pela cura, economia, permitir o compartilhamento da sensação de desamparo, desesperança e de fracasso com metas de saúde.
	-Interação entre os membros da equipe falando sobre outros assuntos importantes, perguntando sobre a família. Haverá uma tendência a não tratar de assuntos pessoais em meio à pressa e emergências médicas.

INDIVIDUAL	-Garantir ajuda para lidar com a tensão física dos EPIs (desidratação, calor, exaustão)
	- Incentivar intervalos para cuidados corporais básicos e lanches
	- Explore as preocupações e expectativas e incentive a adotar metas mais realistas e gratificantes
	- Atividades de auto-monitoramento e estimulação
	- Relaxamento, técnicas de mindfulness
	- Fomentar um senso de esperança
	- Garantir apoio adequado
	--Comunicação contínua com a família via telefone/laptop
-- Reuniões virtuais com amigos sobre usando APP como WhatsApp	

Este documento contou com a colaboração da psicóloga Profa.Dra.Giselle de Fátima Silva e da assistente social Profa.Dra. Letícia Andrade

Essas recomendações estão sujeitas a revisão, pois novas evidências podem aparecer, dado o contexto dinâmico do conhecimento acerca da pandemia.

21 de Abril de 2020

9-Referências

- 1-Rosoff, PM (2006) A central role for palliative care in an influenza pandemic *Journal of Palliative Medicine*, 9 (5), 051-3. DOI: 10.1089/jpm.2006.9.1051
- 2-Krakauer EL et al. Palliative Care Needs of People Affected by Natural Hazards, Political or Ethnic Conflict, Epidemics of Life-Threatening Infections, and Other Humanitarian Crises in *A Field Manual for Palliative Care in Humanitarian Crises*, edited by Elisha Waldman and Marcia Glass. Oxford University Press. 2019. DOI: 10.1093/med/9780190066529.003.0002. Disponível em oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780190066529.001.0001/med-9780190066529-chapter-2?print=pdf
- 3-Sphere Association. *The Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response*, 4th ed. Geneva: Sphere Association; 2018. <https://www.spherestandards.org/handbook>. Accessed June 23, 2019.
4. World Health Organization (WHO). *Integrating Palliative Care & Symptom Relief into Responses to Humanitarian Emergencies & Crises: A WHO Guide*. Geneva: World Health Organization; 2018.
- 5- Saunders C. *Velai Comigo-Inspiração para uma Vida em Cuidados Paliativos*. Editor FSS. Salvador. 2018.
- 6-Saunders C. *Beyond All Pain-A Companion for the Suffering and Bereaved*. Editora SPCK. Londres. 1983.
- 7-Saunders C. *Beyond The Horizon-A Search For Meaning in Suffering*. Editora Darton, Longman and Todd Ltd. Londres. 1998.
- 8- Saunders C, Baines M e Dunlop R. *Living with Dying-A Guide to Palliative Care*. Third Edition. Oxford University Press. New York. 1995.
- 9- Escala de dor na face - revista (FPS-R) para crianças com 7 anos ou mais. As instruções e traduções para mais de 60 idiomas estão disponíveis em:<http://www.iasppain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1519>
- 10-Santos FS. *Cuidados Paliativos-Diretrizes, Humanização e Alívio de Sintomas*. Atheneu, São Paulo. 2010.
- 11-Kraychete DC. *Opioides-O que você deve saber*. SBED. São Paulo. Casa Leitura Médica.
- 12-Carvalho RT e Parsons HÁ. *Manual de Cuidados Paliativos ANCP*. Ampliado e atualizado 2ª edição. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. São Paulo. 2012
- 13-Kraychete DC e cols. *Recomendações para uso de opioides no Brasil: parte I*. Rev. Dor. vol.14 no.4 São Paulo Oct./Dec. 2013. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1806-00132013000400012>
- 14-Kraychete DC e cols . *Recomendações para uso de opioides no Brasil: Parte II. Uso em crianças e idosos*. Rev. dor vol.15 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2014. Disponível em : <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20140015>.
- 15-Kraychete DC e cols. *Recomendações para uso de opioides no Brasil: Parte IV. Efeitos adversos de opioides*. Rev. dor vol.15 no.3 São Paulo July/Sept. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20140047> .
- 16-30- Bajwah S et al. *Managing the supportive care needs of those affected by COVID-19*. *European Respiratory Journal*. 2020. Internet. Disponível em : <https://erj.ersjournals.com/content/early/2020/04/07/13993003.00815-2020>. DOI: 10.1183/13993003.00815-2020.
- 17- Task Force in Palliative Care (PallicovidKerala). *e-book on Palliative Care Guidelines for COVID-19 Pandemic*. 2020. Internet. Disponível em: <https://palliumindia.org/cms/wp-content/uploads/2020/04/e-book-Palliative-Care-Guidelines-for-COVID19-ver1.pdf>.
- 18-SBGG/ANCP. *O Uso da Via Subcutânea em Geriatria e Cuidados Paliativos-Um Guia da SBGG e da ANCP para Profissionais*. 2016. Disponível em : <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2016/06/uso-da-via-subcutanea-geriatria-cuidados-paliativos.pdf>
- 19-Sá-Serafim RCN; Do Bú E; Lima-Nunes. *Manual de Diretrizes para Atenção*

- Psicológica nos Hospitais em Tempos de Combate ao COVID-19. Revista Saúde e Ciência Online, v. 8, n. 2, Suplemento nº 2 (março 2020), 24 p. Internet. Disponível em : <http://www.ufcg.edu.br/revistasaudeeciencia/index.php/RSC-UFCG/article/view/876/456>
- 20-Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS. (2020) Manejo Clínico de Condições Mentais, Neurológicas e por Uso de Substâncias em Emergências Humanitárias. Guia de Intervenção Humanitária – Programa de Ação para Reduzir as Lacunas em Saúde Mental. 68 p. Internet. Disponível em : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51948>
- 21-Andrade L(Org). Cuidados Paliativos e Serviço Social-um exercício de coragem. Editora Setembro. Holambra-SP. 2015
- 22-Oliveira IB, Sales D e Spedanieri LS. Proteção ao Paciente e à família : a importância das orientações sobre aspectos e alterações na legislação, 99-114, In Andrade L(Org). Cuidados Paliativos e Serviço Social-um exercício de coragem. Editora Setembro. Holambra-SP. 2015.
- 23-Chaves, ECL e cols. Angústia espiritual: revisão integrativa da literatura / Spiritual distress: integrative review of literature. Online braz. j. nurs. (Online);7(2), maio.-ago. 2008.
- 24-Lucchetti e cols. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? Rev Bras Clin Med 2010;8(2):154-8
- 25-Puchalski, C., & Romer, A. L. (2000). Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. Journal of palliative medicine, 3(1) 129-137.
- 26-Elias, ACA; Giglio, JS; Pimenta, CAM e El-Dash, LG. Programa de treinamento sobre a intervenção terapêutica “relaxamento, imagens mentais e espiritualidade” (RIME) para re-significar a dor espiritual de pacientes terminais. Rev. psiquiatr. clín. [online]. 2007, vol.34, suppl.1, pp.60-72. ISSN 0101-6083. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700009>.
- 27-Baile WK, Buckman R, Lenzi R, et al. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. Oncologist. 2000;5(4):302-11.
- 28-Cruz, CO, Riera R. Comunicando más noticias: o protocolo SPIKES. Diagn Tratamiento. 2016;21(3):106-8. (Internet). Disponível em : http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1365/rdt_v21n3_106-108.pdf. Acessado em 01/04/2020
- 29-CFM. Resolução CFM Nº 1.805/2006. Resolução No - 1.805, DE 9 DE NOVEMBRO DE 2006. (Online) Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2006/1805>
- 30-CFM. Resolução CFM nº 1.995/2012. Resolução No 19995, de 31 de agosto de 2012. (Online) Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2012/1995>
- 31- CFM. Ofício CFM Nº 1756/2020 – COJUR. Telemedicina. Online. Disponível em : http://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020_oficio_telemedicina.pdf
- 32-Doherty M e Hauser J. Care of the dying Patient In A Field Manual for Palliative Care in Humanitarian Crises, edited by Elisha Waldman and Marcia Glass. Oxford University Press. 2019. Disponível em: <https://m.oxfordmedicine.com/mobile/view/10.1093/med/9780190066529.001.0001/med-9780190066529-chapter-9>.
- 33-Infection Prevention and Control for the safe management of a dead body in the context of COVID-19 . WHO.(Internet. 2020) . Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331538/WHO-COVID-19-IPC_DBMgmt-2020.1-eng.pdf
- 34-Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus COVID-19. (Internet). Ministério da Saúde. Brasília. 2020. Disponível em <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/25/manejo-corpos-coronavirus-versao1-25mar20-rev5.pdf>
- 35-World Health Organization. (2007). Standard precautions in healthcare. <https://www.who.int/publications-detail/standard-precautions-in-health-care> (accessed March 30, 2020).
- 36-World Health Organization. (2020). Infection prevention and control during health




care when COVID-19 is suspected: interim guidance, 25 January 2020. [https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected20200125](https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-during-health-care-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected20200125). (accessed March 30, 2020).

37-Santos FS, Schliemann AL e Solano, JPC. Tratado Brasileiro sobre Perdas e Luto. 2014. São Paulo. Editora Atheneu.

38-Fiocruz Brasília-Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia Covid-19 processo de luto no contexto da Covid-19. 2020. Internet. Acessível pelo link: <https://www.fiocruzbrasil.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Sa%3bade-Mental-e-Aten%3ba7%3a3o-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-processo-de-luto-no-contexto-da-Covid-19.pdf>



SECRETARIA
DA SAÚDE

   @saudegovba

saude.ba.gov.br/coronavirus