



BAHIANA
ESCOLA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

LAIO DURÃES AMARAL

**UTILIZAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES COM
COVID-19: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Salvador – BA

2021

LAIO DURÃES AMARAL

**UTILIZAÇÃO DE CUIDADOS PALIATIVOS EM PACIENTES COM
COVID-19: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial para aprovação no 4º ano do curso de Medicina.

Orientadora: Helena Serafim de Vasconcelos

Salvador – BA

2021

AGRADECIMENTOS

À Deus, por renovar constantemente a minha fé e esperança mesmo nos dias mais difíceis. Aos meus pais Geraldo e Régina, por todo o apoio e compreensão desde o dia em que decidi mudar o rumo da minha vida e perseguir este sonho. À minha irmã Iris, por estar sempre presente ainda que à distância. Aos meus sobrinhos Teo e Bella, por serem pura luz, amor e alegria em todos os momentos. À minha orientadora, Helena Vasconcelos, por toda paciência, dedicação e ensinamentos. À minha professora Caroline Feitosa, por toda preocupação e auxílio. Aos meus amigos Roberto Santos e Ana Luiza Dutra, pelo constante incentivo. Ao meu cachorro Zorro, por sempre me lembrar que a felicidade é mais simples do que imaginamos.

Muito obrigado.

RESUMO

Introdução: Os Cuidados Paliativos são definidos como “*uma abordagem que promove qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento*”. Sendo a *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19) uma doença potencialmente fatal que tem promovido muitos relatos de angústia na população e transpassado os aspectos físicos do cuidado, o tratamento paliativo deve ser considerado desde o princípio para compor integralmente a terapêutica oferecida. Por ser uma doença ainda emergente, observa-se certa escassez de evidências sobre as melhores práticas para o manejo dela, sendo uma lacuna a ser investigada. **Objetivo:** Sumarizar as evidências disponíveis na literatura sobre a utilização e o impacto dos cuidados paliativos no tratamento do paciente com COVID-19. **Método:** Este trabalho é uma revisão sistemática da literatura que contou com pesquisa em bases de dados de alta relevância no meio científico e selecionou artigos publicados sobre o tema no período de março de 2020 até setembro de 2020. A busca foi realizada com a utilização de operadores booleanos, sendo assim descrita (“*palliative care*” OR “*palliative treatment*” OR “*palliative therapy*”) AND (“*COVID-19*” OR “*novel coronavirus pneumonia*”). **Resultados:** Após pesquisa, 180 artigos foram avaliados quanto ao seu título e *abstract*. Destes, 09 foram lidos na íntegra e 06 foram incluídos nesta revisão. Os cuidados paliativos foram inseridos e mais utilizados em populações de risco elevado (> 65 anos com mais de uma comorbidade), com um desenvolvimento mais grave da COVID-19 e pior prognóstico. As condutas mais adotadas para manejo dos principais sintomas relatados (dispneia, *delirium*, agitação, sonolência e dor) e conforto do paciente foram administração de opioides e/ou benzodiazepínicos, consultas paliativas para auxílio em tomadas de decisões e realização de chamadas de vídeo com os familiares. **Conclusão:** As medidas paliativas apresentam um impacto positivo e devem ser ofertadas de maneira precoce e simultânea ao tratamento do paciente com COVID-19, visando a manutenção da dignidade e autonomia do enfermo, promoção de conforto e redução do estresse psicológico das partes envolvidas.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; COVID-19; revisão sistemática

ABSTRACT

Introduction: Palliative care is defined as *“an approach which promotes life quality for patients and their families, who faces diseases that threaten life continuity, through the prevention and suffering relief”*. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) is a potentially fatal disease that promoted many reports of anguish in population. How does it go beyond the physical aspects of care, palliative treatment must be considered since the beginning to fully compose the offered therapy. As it still an emerging disease, it is observed a lack of evidence on the best practices for its management, a gap to be investigated. **Aim:** To summarize the available evidences in literature on the use and impact of palliative care in the treatment of patients with COVID-19. **Method:** This paper is a systematic review of the literature that included research in high relevance databases and selected published articles between March 2020 and September 2020. The search was carried out using boolean operators, described as (*“palliative care” OR “palliative treatment” OR “palliative therapy”*) AND (*“COVID-19” OR “novel coronavirus pneumonia”*). **Results:** After research, 180 articles were evaluated for their title and abstract. Of these, 09 were fully read and 06 were included in this review. Palliative care was inserted and more used in a high risk population (> 65 years with more than one comorbidity), with a severe development of COVID-19 and worse prognosis. The most adopted approaches to manage the main reported symptoms (dyspnea, delirium, agitation, drowsiness and pain) and patient comfort were opioids and/or benzodiazepines administration, palliative consultations to assist decision-making and video calls with patients relatives. **Conclusion:** Palliative measures have a positive impact and must be offered early and simultaneously to the treatment of COVID-19 patient, aiming maintain patient's dignity and autonomy, promote confort and reduce psychological stress of involved.

Key words: Palliative care; COVID-19; systematic review

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	3
OBJETIVOS	6
Geral	6
Específicos	6
REVISÃO DE LITERATURA	7
Cuidados Paliativos	7
COVID-19.....	10
MÉTODOS	12
Critérios de inclusão	12
Critérios de exclusão	12
RESULTADOS	13
DISCUSSÃO	17
REFERÊNCIAS.....	21

INTRODUÇÃO

O diagnóstico de COVID-19 gera angústia ao paciente e familiares pelo fato de ser uma doença grave, potencialmente fatal e sem um tratamento específico e bem estabelecido. Os profissionais de saúde ficam, então, de mãos atadas e realizam apenas tratamentos de suporte como oxigenioterapia e antibioticoterapia para tratar infecções bacterianas secundárias (1,2). Nesse contexto, os Cuidados Paliativos devem ser considerados para compor integralmente o tratamento oferecido desde o princípio com o intuito de aliviar o sofrimento das partes envolvidas e não apenas como uma alternativa após falha da terapêutica curativa (3,4), diferentemente do que ocorria no passado.

No século XIX, a Medicina se baseava em uma prática basicamente curativa. O modelo biomédico proposto conferia grande poder ao médico e ignorava a autonomia do paciente. Nesse contexto, o diagnóstico das doenças e o seu tratamento era mais importante do que os doentes, independente da condição em que eles se encontravam (5). Esta prática começou a ser questionada no século passado e, após muitos estudos, o modelo biopsicossocial centrado na pessoa foi proposto, como demonstrado por Engel (6). Este último, praticado atualmente, leva em consideração a autonomia e experiência do paciente para definir a melhor conduta.

Somente em 1990, os Cuidados Paliativos tiveram a sua primeira definição proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a qual abordava basicamente pacientes oncológicos em fase final da vida (7). Com o intuito de estender o seu entendimento para inclusão de outros pacientes, o conceito foi ampliado em 2002 e traz que “Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual” (8,9). Também por recomendação da OMS, o cuidado paliativo, se necessário ao paciente, deve ser iniciado de modo simultâneo ao tratamento curativo, pois promove um impacto positivo na vida do paciente (7).

Tradicionalmente pensados para pacientes terminais e portadores de doenças crônico-degenerativas, os cuidados paliativos também são indicados para a sua

utilização em pacientes com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) – uma condição infectocontagiosa – ou com complicações pulmonares (10), pois são condições que ameaçam a vida do indivíduo.

Os cuidados paliativos surgem como uma alternativa complementar à terapêutica da *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19) a partir do momento em que apresentam uma indicação mais abrangente baseada na necessidade e não no diagnóstico e prognóstico do paciente.

A COVID-19 é uma doença respiratória infectocontagiosa emergente provocada pelo *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2). A apresentação de sintomas mais comuns dessa nova doença inclui: febre, tosse seca, fadiga e mialgia, podendo ainda o paciente desenvolver dispneia e dor torácica. Inicialmente, a COVID-19 pode se assemelhar a uma síndrome gripal comum, mas o desenvolvimento rápido da doença para uma forma mais grave e complicada (por volta de 7 dias após os primeiros sintomas) nos leva a perceber a importância de um diagnóstico e tratamento precoce. Segundo Chen *et al.* (11), cerca de 75% apresentam pneumonia bilateral, 11% desenvolvem falência múltipla de órgãos e 17% cursam com Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA) em um prazo de 8 dias. Os piores desfechos da doença estão mais relacionados a pacientes idosos portadores de comorbidades (2).

Por ser uma doença que se apresenta de modo desafiador, a implementação de planos de ações por serviços ou órgãos públicos (12–14) pode vir a auxiliar os profissionais de saúde na gestão dos pacientes com COVID-19.

Tais documentos não estabelecem uma regra definitiva de tratamento, mas evidenciam que os Cuidados Paliativos podem ter um papel central no manejo desses pacientes, trazendo uma abordagem terapêutica multidimensional e gerando impactos emocionais positivos ao proporcionar maior conforto e dignidade aos enfermos e familiares envolvidos. Entretanto, muitos profissionais de saúde ainda desconhecem técnicas de palição, seja por falta de atualização ou por uma deficiência durante a sua formação (4,10). Além disso, dado o recente surgimento da doença, há ainda uma escassez de evidências sobre as melhores práticas para o manejo dela, sendo necessário o seu estudo a fundo para que seja possível o desenvolvimento e estabelecimento de estratégias preventivas (vacinas) e terapêuticas integradas e condizentes com o perfil

brasileiro. Dessa forma, faz-se necessário compilar e relatar os avanços observados para o tratamento e suporte aos indivíduos com COVID-19.

De tal modo, a fim de compreender a importância do estabelecimento dos Cuidados Paliativos como apoio aos pacientes com adoecimento grave, o objetivo deste estudo é sumarizar as evidências disponíveis sobre a utilização e o impacto dos cuidados paliativos no tratamento do paciente com COVID-19.

OBJETIVOS

Geral

- Sumarizar as evidências disponíveis na literatura sobre a utilização e o impacto dos cuidados paliativos no tratamento do paciente com COVID-19.

Específicos

- Identificar de que maneira os Cuidados Paliativos estão sendo inseridos no processo de tratamento dos pacientes com COVID-19;
- Comparar as diferentes práticas de Cuidados Paliativos em pacientes com COVID-19

REVISÃO DE LITERATURA

Cuidados Paliativos

O desenvolvimento tecnológico exponencial da Medicina é um dos fatores responsáveis por aumentar a expectativa de vida da população ao possibilitar diagnósticos mais precoces e tratamentos mais precisos. Tal envelhecimento populacional não é acompanhado necessariamente de uma melhoria na qualidade de vida na velhice, visto que também há um aumento proporcional de indivíduos portadores de doenças crônicas. Tais enfermidades, como hipertensão e diabetes, são fatores de risco conhecidos para o surgimento e/ou agravamento de diversas outras condições clínicas potencialmente ameaçadoras da vida, como o acidente vascular encefálico (AVE), que podem gerar sequelas permanentes. Considerando o modelo de assistência biopsicossocial centrado na pessoa vigente nos dias atuais (6), devemos enxergar o paciente de maneira holística e considerar a experiência de vida (culturas, valores, crenças e preferências) do indivíduo para definir a melhor conduta, sendo indicada uma abordagem multidisciplinar além dos aspectos físicos e orgânicos.

Os cuidados paliativos se valem bastante das relações médico-pacientes (tecnologias leves), que possibilitam a produção de acolhimento e geração de vínculo entre o profissional e o paciente (15). Tal fato enaltece a abordagem holística e condiz com a atual definição de saúde da OMS: “*Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades*” (16). Por isso, os cuidados paliativos devem ser vistos como uma boa alternativa terapêutica (complementar ou não) para qualquer paciente com doença grave ou ameaçadora da vida (7,17), possuindo também a capacidade de potencializar o cuidado oferecido.

A sua origem deriva dos *hospices*, espécie de abrigos europeus que cuidavam de viajantes oriundos da Ásia, África e dos países do leste (10), contudo nascem oficialmente apenas no final da década de 1960, no Reino Unido, devido ao empenho da renomada médica e enfermeira Cicely Saunders (7) ao fundar o *St. Christopher Hospice* e dar origem ao Movimento *Hospice* Moderno (8,18). Tal movimento busca um cuidado centrado na pessoa e tem como conceito principal

a busca pela boa morte, ou seja, visa dar sentido à morte ao encará-la como um processo natural do ciclo da vida (18).

A OMS classifica os países de acordo com o seu grau de desenvolvimento em Cuidados Paliativos, com o Brasil sendo um dos representantes do nível 3a (19):

*“Nível 1: Nenhuma atividade detectada;
Nível 2: Em capacitação;
Nível 3a: Provisão isolada;
Nível 3b: Provisão generalizada;
Nível 4a: Integração preliminar;
Nível 4b: Integração avançada.”*

O atual conceito de Cuidado Paliativo proposto pela OMS (9) foi estudado por Gomes *et al.* (7) e Tavares *et al.* (10) e, com o objetivo de promover um melhor entendimento deste, nove princípios foram descritos:

1. *“Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida”*: colocar ênfase na vida que ainda é vivida;
2. *“Não acelerar nem adiar a morte”*: esclarecer que os Cuidados Paliativos não significam eutanásia ou distanásia;
3. *“Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis”*: considerar aspectos físicos e psicossociais para realizar abordagens terapêuticas ou não terapêuticas;
4. *“Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente”*: buscar uma abordagem espiritual independente de religião;
5. *“Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto”*: cuidar da família com tanto empenho quanto do doente;
6. *“Oferecer sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente possível, até o momento de sua morte”*: as decisões sobre os tratamentos devem ser tomadas de maneira ética e compartilhada;
7. *“Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto”*: a assistência prevê apoio ao luto da família pelo período que for necessário;
8. *“Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença”*: uma abordagem holística permitirá uma melhora na qualidade de vida do paciente;

9. *“Deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes”*: um tratamento precoce pode prevenir sintomas e complicações da doença de base.

Diante desse entendimento, percebe-se que os Cuidados Paliativos se estendem muito além do tratamento físico do paciente, possuindo oito pilares que devem ser considerados (8):

1. *“Estrutura do cuidado;*
2. *Aspectos físicos;*
3. *Aspectos psicológicos;*
4. *Aspectos sociais, espirituais, religiosos e existenciais;*
5. *Aspectos culturais;*
6. *Cuidados de fins de vida;*
7. *Aspectos éticos e legais;*
8. *Comunicação.”*

Existem diversas práticas que se enquadram na palição, desde o manejo da dor até medidas de higiene e conforto como banho no leito, higiene no couro cabeludo, higiene oral e íntima, adequação e arrumação da cama, cuidado com feridas e escaras dentre outras (10). Cada caso deve ser analisado individualmente junto ao paciente e seus cuidadores e familiares para que a melhor decisão possa ser tomada e uma equipe multiprofissional envolvendo médico, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, dentista, nutricionista, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente espiritual e assistente social deve estar em sintonia, se disponível. É ainda importante enfatizar que os médicos devem evitar os chamados “ruídos” na comunicação, sendo sempre claros com os acompanhantes sobre o prognóstico do paciente e que o luto também faz parte do cuidado, devendo os familiares serem acolhidos pelo tempo necessário (8).

A palição também pode ser indicada para patologias pulmonares crônicas (fibrose cística, doença pulmonar obstrutiva crônica e outras) que impactam negativamente na qualidade de vida do paciente, seja deixando-o mais dependente de medicações e dos familiares ou provocando prejuízo social e psicológico. Apesar disso, muitas vezes o cuidado paliativo não é realizado devido às dificuldades e demora no diagnóstico ou não aceitação pelo paciente

(8). De modo semelhante, é importante que o cuidado paliativo seja ofertado em afecções pulmonares agudas (pneumonias, tromboembolismo pulmonar, COVID-19), pois estas também alteram a rotina e independência do paciente, podendo ameaçar a vida deste. Uma possível insuficiência respiratória causada por tais doenças pode provocar alterações metabólicas graves no organismo, como cianose ou acidose respiratória.

Como a COVID-19 ainda não possui um tratamento específico bem definido, a oferta do cuidado paliativo deve ser considerada para promover conforto e ajudar a diminuir a ansiedade do paciente e familiares.

COVID-19

Em dezembro de 2019, vários casos de pneumonia de etiologia desconhecida começaram a surgir na cidade de Wuhan, na China (1,2). Após alerta à OMS, o patógeno foi identificado como sendo um novo betacoronavírus e foi batizado com o nome de *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2)* pelo Grupo de Estudos de Coronavírus (1). Esse novo vírus possui uma alta transmissibilidade e, em pouco tempo, foi detectado em muitos outros países, levando a OMS a declarar um estado de emergência pública internacional: uma nova pandemia estava surgindo.

A transmissão conhecida do vírus ocorre por contato próximo (menos de 1 metro) pessoa-pessoa via respiratória através do espalhamento de gotículas quando um infectado tosse ou espirra (1), mas também pode ocorrer por pessoas assintomáticas ou mesmo antes do aparecimento dos sintomas (2). As gotículas produzidas pela fala também podem transmitir o vírus e alcançam uma distância de até 2 metros do interlocutor. O vírus aparenta ter um período de incubação médio de 5 dias, podendo variar até 14 dias (1,2). A quantidade de pessoas que um único indivíduo pode infectar está entre 2,2 e 3,28, variação que se assemelha ao número de 2,4 verificado na pandemia de H1N1 Influenza, em 2009 (1).

O diagnóstico específico da COVID-19 ocorre através da realização de testes moleculares com amostras obtidas do trato respiratório superior (swab nasal ou orofaríngeo) e, se possível, do trato inferior (espúto, aspiração traqueal ou lavado broncoalveolar) (1,2). Diversas alterações laboratoriais podem estar presentes, mas são achados muito inespecíficos e pouco contribuem para o diagnóstico concreto. A radiografia de tórax pode ser realizada e apresentar infiltrado

bilateral, mas nos estágios iniciais da doença pode não haver alterações (2) e, por isso, a tomografia computadorizada (TC) de tórax se torna mais sensível e mais específica, sendo preferencial. Harapan *et al.* (1) verificaram que os achados da TC de tórax podem variar de acordo com a idade, progressão da doença, imunidade, comorbidade e intervenção médica. Os achados comumente descritos são opacidade em vidro fosco e consolidações pulmonares (1,2). Diagnósticos diferenciais para a COVID-19 devem incluir todas as infecções virais respiratórias.

Ainda não existe um tratamento antiviral específico contra a COVID-19. As abordagens terapêuticas sugeridas são sintomáticas e de suporte, sendo o isolamento adequado do paciente a medida inicial a ser realizada (2). Manter a hidratação e nutrição do paciente, bem como controlar a febre, são fatores fundamentais e a oxigenioterapia deve ser ofertada aos pacientes com hipóxia. Uso rotineiro de antibióticos, antivirais, glicocorticoides ou corticosteroides não são recomendados, a menos que exista outra indicação (1,2).

A COVID-19 é, então, uma doença emergente que está causando uma grande crise humanitária em diversos aspectos: os serviços de emergência estão sendo sempre solicitados; os profissionais de saúde começam a dar sinais de exaustão física e emocional por se exporem frequentemente ao patógeno e terem que ficar longe da própria família; o diagnóstico gera angústia no paciente (o qual pode deteriorar em um curto intervalo de tempo) e seus familiares (20,21). Pelo lado do enfermo, observa-se: maior fragilidade; sensação de impotência e medo, pois se trata de uma doença grave com prognóstico incerto e que não permite acompanhantes no local. Assim, um possível processo de morte será enfrentado longe de entes queridos.

Visto isso, é importante que o paciente seja e sinta-se acolhido por uma equipe multidisciplinar e os cuidados paliativos sejam acoplados ao tratamento desde o princípio. Para tal, é necessária a capacitação dos profissionais de saúde desde a atenção primária (22,23).

A elaboração de protocolos de resposta contra a COVID-19 por diferentes serviços também se mostra uma alternativa útil para disseminação do conhecimento e otimização do período de oferta do tratamento. A verificação de como os cuidados paliativos estão sendo inseridos na terapêutica dessa nova doença pode trazer à tona a orientação por uma assistência mais humanizada.

MÉTODOS

Este estudo é uma revisão sistemática da literatura sobre a utilização de cuidados paliativos em pacientes com COVID-19 com o intuito de analisar as condutas que são adotadas e os seus possíveis impactos na saúde do paciente. Para busca, extração e análise dos artigos científicos foi utilizado o protocolo PRISMA (24) com o objetivo de seguir o fluxo já reconhecido de execução de uma revisão sistemática.

As bases de dados utilizadas para pesquisa dos artigos científicos foram a National Center for Biotechnology Information (NCBI – PubMed), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO) com as palavras-chave definidas previamente: cuidados paliativos, tratamento paliativo, COVID-19 e doença por novo coronavírus. Em inglês, tais termos foram pesquisados como *palliative care*, *palliative treatment*, *palliative therapy*, *COVID-19* e *novel coronavirus pneumonia*. A busca foi realizada com a utilização de operadores booleanos para melhor refinamento de resultados, sendo assim descrita (“*palliative care*” OR “*palliative treatment*” OR “*palliative therapy*”) AND (“*COVID-19*” OR “*novel coronavirus pneumonia*”).

Os artigos encontrados foram avaliados pelo título e *abstract* e os que abordavam o uso de cuidados paliativos em pacientes com COVID-19, simultaneamente, foram selecionados. A releitura do resumo de artigos pré-selecionados foi realizada para inclusão definitiva no estudo. As informações analisadas dos artigos foram: desenho do estudo, país de origem, tratamento ofertado, sexo, idade, estado civil, ocupação e prognóstico dos pacientes.

Critérios de inclusão

Foram incluídos no presente estudo artigos originais publicados em inglês ou português no período entre março de 2020 e setembro de 2020.

Critérios de exclusão

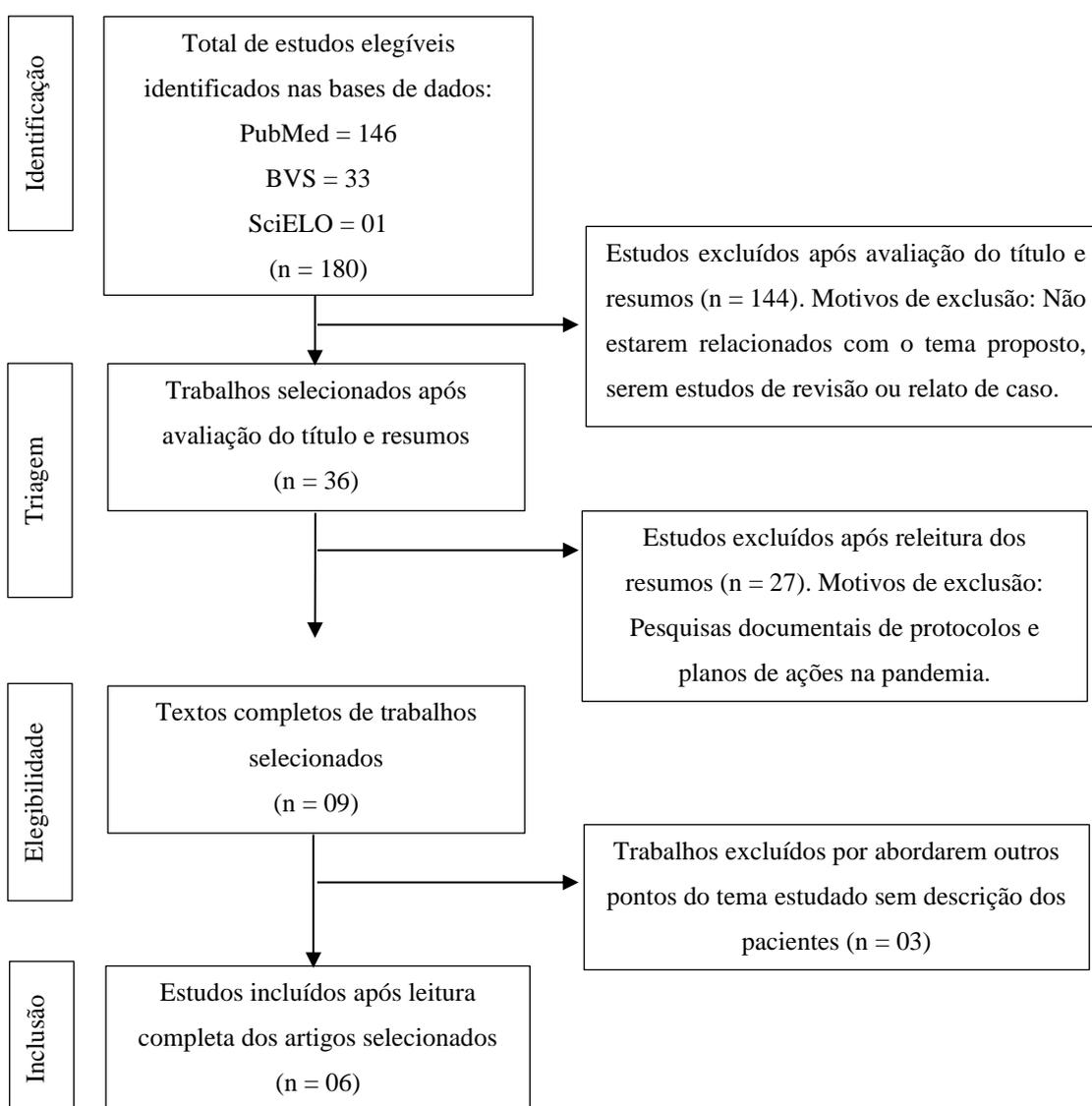
Artigos de revisão de literatura e relatos de caso foram excluídos do presente estudo, bem como artigos sem acesso gratuito à sua íntegra.

Por utilizar dados já publicados na literatura, o presente estudo não necessita ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

RESULTADOS

Após pesquisa, a base de dados que apresentou maior número de estudos disponíveis foi a PubMed, com 259 textos, em comparação com 107 textos presentes na BVS e apenas 01 texto encontrado na SciELO. Tais estudos foram reduzidos, contudo, a 180 depois da aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão descritos e remoção dos artigos duplicados. Todos os 180 artigos foram avaliados quanto ao seu título e *abstract* e 36 foram pré-selecionados. Destes, 09 foram lidos na íntegra e 06 foram incluídos no presente estudo. A figura 01 resume o processo de seleção dos artigos.

Figura 01 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos elegíveis



As características dos estudos incluídos podem ser vistas na tabela 01. Todos são estudos retrospectivos que avaliaram os prontuários de pacientes diagnosticados com COVID-19 pelo método *polimerase chain reaction* (PCR) e admitidos em diversos centros de cuidado e hospitais.

Tabela 01 – Características dos artigos selecionados (n=6)

AUTOR(ES)	ANO	PAÍS	LÍNGUA	MÉTODO	AMOSTRA (N)
TURNER ET AL.	2020	Inglaterra	Inglês	Observacional retrospectivo	30
SUN ET AL.	2020	Estados Unidos	Inglês	Observacional retrospectivo	30
LOVELL ET AL.	2020	Inglaterra	Inglês	Observacional retrospectivo	101
LEE ET AL.	2020	Estados Unidos	Inglês	Observacional retrospectivo	110
HAYDAR ET AL.	2020	Estados Unidos	Inglês	Observacional retrospectivo	242
HETHERINGTON ET AL.	2020	Escócia	Inglês	Coorte retrospectivo	186

A maioria dos pacientes que teve o seu prontuário revisado para ser incluído nos estudos veio a óbito no período de internamento, tinha mais de uma comorbidade e passou um período médio de pouco mais de 2 dias sob cuidados paliativos devido ao processo de morrer acelerado visto na COVID-19. As características dos pacientes avaliados e principais cuidados ofertados em cada estudo estão presentes na tabela 02. Observa-se em todos os estudos que os pacientes que receberam cuidados paliativos apresentavam uma média de idade mais avançada (>65 anos).

Dados como estado civil e ocupação dos pacientes não foram descritos. Os prognósticos não foram avaliados, pois já eram conhecidos no momento do desenvolvimento dos estudos.

Tabela 02 – Características dos pacientes e cuidados ofertados de acordo com o estudo (n = 6)

AUTOR(ES)	MÉDIA DE IDADE	SEXO, % (H:M)	COMORBIDADES FREQUENTES	PRINCIPAIS CUIDADOS OFERTADOS
TURNER <i>et al.</i>	81	-	Cardiopatia isquêmica, diabetes e hipertensão	Driver de seringa ofertando opioide, benzodiazepínico e butilbrometo de hioscina
SUN <i>et al.</i>	84,5	47:53	Hipertensão, diabetes e demência	Utilização intravenosa de morfina, lorazepam e hidromorfina, além de suporte espiritual e psicossocial
LOVELL <i>et al.</i>	82	63:37	Hipertensão, diabetes e demência	Infusão subcutânea de morfina e midazolam
LEE <i>et al.</i>	81,5	45:55	Hipertensão, doença cardiovascular e diabetes	Consultas paliativas visando metas de cuidado para evitar distanásia
HAYDAR <i>et al.</i>	66	51:49	Hipertensão e diabetes	Consultas paliativas
HETHERINGTON <i>et al.</i>	76	53:47	Hipertensão, diabetes e DPOC	Infusão subcutânea de opioide e midazolam

H: Homem; M: Mulher; DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

Enquanto alguns estudos (25–27) descrevem principalmente a utilização de opioides e benzodiazepínicos para controle dos sintomas dos pacientes, outros (28,29) avaliam o impacto das consultas paliativas e auxílio na tomada de decisões para garantir metas de cuidado aos pacientes. Apenas Sun *et al.* (30) deixa bem clara a sugestão de intervenção combinando os dois fatores citados (administração de medicamentos e suporte psicossocial). Todos os estudos avaliaram pacientes admitidos entre março e abril de 2020 em seus respectivos centros, contudo somente Haydar *et al.* (29) analisou prontuários por um período maior do que 1 mês, o que pode justificar o maior número de pacientes.

O estudo de Turner *et al.* (25) percebeu que o processo de morrer é mais rápido que o normal em pacientes com COVID-19 (cerca de 38 horas) quando comparado com outras causas de morte em 2018. Este fato também foi

apresentado por outros estudos (26,27,30), enfatizando que deve ser realizado um manejo adequado dos sintomas para que os pacientes enfrentem essa etapa da vida com dignidade. Os sintomas mais comumente presentes nos pacientes que necessitaram de cuidados paliativos foram dispneia, *delirium* (30), agitação, sonolência e dor (26).

Percebe-se que, para manejo e alívio dos principais sintomas, a oferta de opioides associada a benzodiazepínicos pode ser eficaz tanto por via intravenosa quanto por via subcutânea em doses de equivalente de morfina entre 10-15mg/dia e de 10mg/dia de benzodiazepínico (25–27,30) e as consultas paliativas sugerem melhor aceitação do prognóstico pelo paciente e familiares, bem como diminuem o risco de realização de distanásia (28) a partir do momento em que o paciente expressa a própria autonomia. Houve ainda ponderações sobre a utilização da telecomunicação para propiciar um contato entre os familiares e o paciente neste período de isolamento social visando diminuir o estresse psicológico (26,30).

Nos estudos analisados, os cuidados paliativos foram inseridos e mais utilizados em uma população de risco elevado (> 65 anos com mais de uma comorbidade), com um desenvolvimento mais grave da COVID-19 e pior prognóstico. Ainda assim, alguns pacientes não receberam tais cuidados (29). De todo modo, observou-se um impacto positivo das medidas paliativas, pois promoveram controle de sintomas, manutenção da dignidade e conforto aos pacientes e familiares.

A heterogeneidade dos artigos e das medidas paliativas apresentadas impossibilitou a realização de análises estatísticas. Estudos randomizados não foram encontrados.

DISCUSSÃO

A presente revisão tem como objetivo sumarizar as evidências disponíveis na literatura sobre a utilização e o impacto dos cuidados paliativos no tratamento do paciente com COVID-19. Percebe-se que as medidas mais realizadas para manejo dos principais sintomas relatados (dispneia, *delirium*, agitação, sonolência e dor) e conforto do paciente foram: Administração de opioides e/ou benzodiazepínicos, consultas paliativas para auxílio em tomadas de decisões e utilização de meios tecnológicos de comunicação a favor da Medicina, a qual proporciona contato entre familiares e pacientes através de videochamadas mesmo em momentos de isolamento. Observou-se também que a utilização dessas medidas paliativas trouxe mais dignidade e conforto, além de menos estresse psicológico para pacientes e familiares.

Visto que a COVID-19 é uma doença de progressão rápida, as consultas paliativas, acesso às metas de cuidado do doente de forma precoce (na admissão ao serviço) e auxílio na tomada de decisões devem ser medidas indicadas para todos os pacientes diagnosticados. Tal abordagem torna-se extremamente relevante, pois é difícil estabelecer um prognóstico preciso para qualquer paciente. Não foi descrito de forma minuciosa o modo como as consultas paliativas ocorreram e a ausência dessa descrição nos artigos médicos sugere um viés pela preferência de uma palição mais farmacológica. Esta atitude é contraposta por outros autores (21–23), que reafirmam que as primeiras medidas citadas são necessárias para manter a autonomia do paciente.

Um espaço de encontro entre o médico e o paciente é valioso, pois permite que este participe tão ativamente quanto possível do seu processo saúde-doença e tenha a garantia de que seus valores não serão violados (28). Torna-se extremamente relevante que todos da equipe de saúde sejam capacitados a acessar as metas de cuidado do paciente de maneira precoce, bem como saibam o manejo adequado dos sintomas para promover o maior conforto possível ao enfermo.

A empatia é um ponto chave e também deve se fazer presente nesse momento de crise humanitária, como demonstrado por Sese e colaboradores (23) ao viabilizarem visitas de despedidas para os pacientes mais graves. Mesmo

em casos de óbito, é de bom tom que a empatia permaneça e os familiares não fiquem desamparados, pois o luto também faz parte do cuidado paliativo (7,10). Assim, todo o suporte emocional, psicológico, social e espiritual deve ser oferecido pelo período necessário para que os parentes possam lidar com a situação do adoecimento, bem como com as possíveis fases do luto (negação, raiva, barganha, depressão e aceitação) da melhor maneira possível.

A angústia gerada ao paciente e familiares no momento do diagnóstico pode contribuir com a dispneia, pois esta também tem fatores emocionais associados (10). Portanto, é importante que a equipe de saúde tenha uma comunicação clara e sincera de que o melhor será oferecido.

A utilização de opioides (morfina) para controle da dispneia já era indicada mesmo antes da pandemia da COVID-19, sendo a utilização de benzodiazepínicos (como o midazolam) mais clara quando detectado maior componente emocional provocador do quadro (10,31). Objetivando orientar melhor a prática dos profissionais da área de saúde, centros de atenção de diversos países ratificaram a possibilidade de utilização dessas medicações (13,21,22,31,32) para manejo desses sintomas nos pacientes, conforme necessidade. Sendo assim, observou-se que a possível dose inicial para a utilização da morfina variou, nessas publicações, de 2-10mg via oral ou intravenoso, dependendo do quadro do paciente. Já a dose inicial do benzodiazepínico variou de 2,5-5mg intravenoso. Cabe salientar que as dosagens dos medicamentos devem ser ajustadas de acordo com a resposta do paciente.

Enquanto a utilização da morfina é unânime para manejo da dispneia, Fusi-Schmidhauser e colaboradores (21) sugerem utilização de benzodiazepínicos para manejo do *delirium*, contrapondo outros autores (10,13,22,31) que indicam o uso do haloperidol em uma dosagem inicial de 0,5-2mg intravenoso para tal quadro.

Ainda que possa causar certo grau de dependência, a morfina segue sendo bem utilizada de maneira titulada para o controle da dispneia. Tem-se múltiplos benefícios na utilização deste medicamento, pois promove efeito analgésico e consequente redução do *drive* respiratório induzido pela dor, bem como diminuição da ansiedade nos pacientes (33).

Também é importante sabermos abordar e confortar um paciente que apresenta estado confusional agudo (*delirium*), pois esse sintoma pode estar presente em muitos enfermos com COVID-19 grave (30). O haloperidol é a droga mais estudada e utilizada para manejo desses quadros após a exclusão de causas orgânicas reversíveis (como hipóxia, hipoglicemia ou desidratação) e o tratamento deve sempre ser iniciado com doses baixas. Contudo, uma abordagem não farmacológica também deve ser realizada e não foi relatada nos artigos avaliados. Medidas gerais de reorientação no espaço-tempo como uso de calendários e relógios possuem prioridade (13,34), mas talvez não tenham sido possíveis devido às graves condições dos pacientes incluídos nos estudos. Já os benzodiazepínicos podem ter boa ação em pacientes com *delirium* hiperativo, pois um de seus efeitos é a diminuição da atividade motora, justificando a indicação de Fusi-Schmidhauser e colaboradores (21). Contudo, tal droga é amplamente utilizada como ansiolítica e hipnótica (35), podendo apresentar um bom efeito na redução do estresse do paciente e melhorar o fator emocional da dispneia.

A pandemia da COVID-19 traz diversos desafios para os serviços de saúde, entre os quais: elevado e constante número de mortes por falta de tratamento específico conhecido, alteração da dinâmica de atendimento, exaustão física e mental dos profissionais de saúde (23,36), além de sofrimento populacional em larga escala.

Considerando todo o aspecto envolvido na doença, as medidas paliativas devem ser ofertadas de maneira precoce e simultânea ao tratamento curativo do paciente com COVID-19. Tal decisão visa a manutenção da dignidade e autonomia do enfermo, promoção de conforto e redução do estresse psicológico das partes envolvidas. Dessa forma, o cuidado paliativo torna-se necessário para uma boa prestação de serviço, tornando-a mais humanizada. Mesmo assim, barreiras ainda são encontradas quanto à capacitação e entendimento dos profissionais em relação a esta área da Medicina, seja por uma falha na abordagem curricular ou por falta de interesse no assunto.

Tendo em conta que os artigos incluídos foram publicados nos Estados Unidos e Reino Unido, fica o questionamento se podemos extrapolar os resultados vistos para os países em desenvolvimento. Nem o Brasil nem os outros países latino-americanos apresentaram artigos publicados que respondessem à pergunta

deste estudo. Possivelmente, podemos atribuir isso ao nível de desenvolvimento desses locais em cuidados paliativos, estando o Brasil ainda em um estágio inicial de provimentos (19) enquanto o Reino Unido foi o berço dos cuidados paliativos.

Como limitações do presente estudo pode-se elencar a pesquisa dos artigos em apenas dois idiomas (português e inglês) e em número limitado de bases, o tempo disponível para realizá-lo, o período de publicação dos artigos pesquisados, bem como o tema deste (a escrita e desenvolvimento durante a própria pandemia pesquisada pode limitar o acesso a resultados ainda não publicados). Além disso, a não verificação de artigos pagos também pode ter sido um fator limitante para o acesso a outras possíveis informações. A seleção de artigos realizada até setembro de 2020 pode justificar a falta de ensaios clínicos randomizados sobre o tema, visto que demoram mais para serem realizados e validados.

No entanto, apesar dessas limitações, este é um dos primeiros estudos a tentar sumarizar as evidências disponíveis na literatura sobre o uso dos cuidados paliativos em pacientes com COVID-19 e pode facilitar o acesso a esta referida informação para profissionais no futuro, guiando-os de forma mais clara. O estudo dos Cuidados Paliativos por profissionais de saúde ajuda a promover um melhor entendimento sobre aspectos mais subjetivos do atendimento ao paciente. A sua oferta precoce visa manter a dignidade e autonomia do enfermo, além de promover conforto e reduzir o estresse psicológico das partes envolvidas. Sugere-se que novos estudos sejam feitos com o intuito de acrescentar as informações aqui descritas, bem como promover uma maior difusão deste tema entre os profissionais, em especial os médicos.

REFERÊNCIAS

1. Harapan H, Itoh N, Yufika A, Winardi W, Keam S, Te H, et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): A literature review. *J Infect Public Health* [Internet]. 2020;13(5):667–73. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.03.019>
2. Singhal T. A Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). *Indian J Pediatr.* 2020;87(4):281–6.
3. The Lancet. Palliative care and the COVID-19 pandemic. *Lancet* [Internet]. 2020;395(10231):1168. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30822-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30822-9)
4. Boemer M. Sobre cuidados paliativos. *Rev da Esc Enferm da USP.* 2009;43(3):500–1.
5. Ribeiro MMF, Amaral CFS. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Rev Bras Educ Med.* 2008;32(1):90–7.
6. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry.* 1980;137(5):535–44.
7. Gomes ALZ, Othero MB. Cuidados paliativos. *Estud Avancados.* 2016;30(88):155–66.
8. Oliveira EP de, Medeiros Junior P. Palliative care in pulmonary medicine. *J Bras Pneumol.* 2020;46(3):e20190280.
9. Organização Mundial de Saúde. National cancer control programme: policies and managerial guidelines, 2 ed. Geneva; 2002.
10. Tavares de Carvalho R, Afonseca Parsons H, (organizadores). Manual de

- Cuidados Paliativos ANCP Ampliado e atualizado. Acad Nac Cuid Paliativos. 2012;1–592.
11. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet* [Internet]. 2020;395(10223):507–13. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30211-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30211-7)
 12. Santos F, Apolônia K. Orientações para triagem e assistência pelos profissionais da saúde da SESAB, atuantes na pandemia da COVID-19, aos pacientes com indicação de cuidados paliativos [Internet]. Salvador; 2020 Mar [cited 2020 Jun 1]. Available from: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/ORIENTAÇÕES-PARA-TRIAGEM-1.pdf>
 13. Santos F, Apolônia K. Orientações para os profissionais de saúde da SESAB, atuantes na pandemia pela COVID-19, para o alívio de sintomas e outras recomendações nos pacientes com indicações de cuidados paliativos [Internet]. Salvador; 2020 Apr [cited 2020 Jun 1]. Available from: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/CONTROLE-DE-SINTOMAS-1.pdf>
 14. Santos F, Apolônia K. Plano de ação de cuidados paliativos da SESAB para a pandemia da COVID-19 [Internet]. Salvador; 2020 Mar [cited 2020 Jun 1]. Available from: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/PLANO-DE-CUIDADOS-PALIATIVOS-DA-SESAB-PARA-A-PANDEMIA-DE-COVID-19-2.pdf>
 15. Mara S, Ferri N, Mishima SM. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. *Interface - Comunic, Saúde, Educ.* 2007;11(23):515–30.
 16. World Health Organization. Constitution [Internet]. WHO remains firmly

- committed to the principles set out in the preamble to the Constitution. 2021 [cited 2021 May 12]. Available from: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>
17. Coelho CBT, Yankaskas JR. New concepts in palliative care in the intensive care unit. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2017;29(2):222–30.
 18. Floriani CA. Moderno movimento hospice: kalotanásia e o revivalismo estético da boa morte. *Rev Bioética*. 2013;21(3):397–404.
 19. World Palliative Care Alliance. Global atlas of palliative care at the end of life [Internet]. 2014. 111 p. Available from: <http://www.who.int/cancer/publications/palliative-care-atlas/en/>
 20. Leong IYO, Lee AOK, Ng TW, Lee LB, Koh NY, Yap E, et al. The challenge of providing holistic care in a viral epidemic: Opportunities for palliative care. *Palliat Med*. 2004;18(1):12–8.
 21. Fusi-Schmidhauser T, Preston NJ, Keller N, Gamondi C. Conservative Management of COVID-19 Patients—Emergency Palliative Care in Action. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2020;60(1):e27–30. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.030>
 22. Eygnor JK, Rosenau AM, Burmeister DB, Richardson DM, DePuy AM, Kayne AN, et al. Palliative care in the emergency department during a COVID-19 pandemic. *Am J Emerg Med*. 2020;
 23. Sese D, Makhoul A, Hoeksema L, Shoemaker L. The role of palliative care in COVID-19. *Cleve Clin J Med*. 2020;1–4.
 24. Galvão T, Pansani T. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiol e Serviços Saúde* [Internet]. 2015 Jun;24(2):335–42. Available from: http://www.iec.pa.gov.br/template_doi_ess.php?doi=10.5123/S1679-

49742015000200017&scielo=S2237-96222015000200335

25. Turner J, Eliot Hodgson L, Leckie T, Eade L, Ford-Dunn S. A Dual-Center Observational Review of Hospital-Based Palliative Care in Patients Dying With COVID-19. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2020;60(2):e75–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.031>
26. Lovell N, Maddocks M, Etkind SN, Taylor K, Carey I, Vora V, et al. Characteristics, Symptom Management, and Outcomes of 101 Patients With COVID-19 Referred for Hospital Palliative Care. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2020;60(1):e77–81. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.015>
27. Hetherington L, Johnston B, Kotronoulas G, Finlay F, Keeley P, McKeown A. COVID-19 and Hospital Palliative Care – A service evaluation exploring the symptoms and outcomes of 186 patients and the impact of the pandemic on specialist Hospital Palliative Care. *Palliat Med*. 2020;34(9):1256–62.
28. Lee J, Abrukin L, Flores S, Gavin N, Romney M-L, Blinderman CD, et al. Early Intervention of Palliative Care in the Emergency Department During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Intern Med*. 2020;180(9):1252–4.
29. Haydar A, Lo KB, Goyal A, Gul F, Peterson E, Bhargav R, et al. Palliative Care Utilization Among Patients With COVID-19 in an Underserved Population: A Single-Center Retrospective Study. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2020;60(2):e18–21. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.05.022>
30. Sun H, Lee J, Meyer BJ, Myers EL, Nishikawa MS, Tischler JL, et al. Characteristics and Palliative Care Needs of COVID-19 Patients Receiving Comfort-Directed Care. *J Am Geriatr Soc*. 2020;68(6):1162–4.
31. Ferguson L, Barham D. Palliative Care Pandemic Pack: A Specialist

- Palliative Care Service Response to Planning the COVID-19 Pandemic. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2020;60(1):e18–20. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.026>
32. Lopez S, Decastro G, Van Ogtrop KM, Weiss-Domis S, Anandan SR, Magalee CJ, et al. “Palliative Pandemic Plan,” Triage and Symptoms Algorithm as a Strategy to Decrease Providers’ Exposure, While Trying to Increase Teams Availability and Guidance for Goals of Care (GOC) and Symptoms Control. *Am J Hosp Palliat Med*. 2020;37(11):980–4.
 33. Rema JM. Opióides No Tratamento Da Dispneia: Uma Revisão Sistemática Da Literatura. 2013; Available from: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/72991/2/29050.pdf>
 34. Lôbo RR, Da SRB, Filho S, Lima NKC, Ferriolli E, Moriguti JC. Simpósio: Condutas em enfermagem de clínica médica de hospital de média complexidade -Parte 2 Capítulo IV Delirium Delirium. *Med (Ribeirão Preto)* [Internet]. 2010;43(3):249–57. Available from: http://revista.fmrp.usp.br/2010/vol43n3/Simp4_Delirium.pdf
 35. Auchewski L, Andreatini R, Galduróz JCF, Lacerda RB de. Avaliação da orientação médica sobre os efeitos colaterais de benzodiazepínicos. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26(1):24–31.
 36. Mitchell S, Maynard V, Lyons V, Jones N, Gardiner C. The role and response of primary healthcare services in the delivery of palliative care in epidemics and pandemics: A rapid review to inform practice and service delivery during the COVID-19 pandemic. *Palliat Med*. 2020;34(9):1182–92.