

# **FLUXOGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS NO IDOSO COM SUSPEITA DE COVID-19 NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Vídeo-aula 3

Prof. Edgar Nunes de Moraes  
Consultor do CONASS  
02 de abril de 2020

# FLUXOGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS NO IDOSO COM SUSPEITA DE COVID-19 NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

## IDOSO FRÁGIL COM COVID-19 ASSOCIADA A CRITÉRIOS DE GRAVIDADE

Idosos robustos (estratos 1 a 3) ou pré-frágeis (estratos 4 e 5) da Classificação de Moraes e Lanna (2016) têm indicação de tratamento invasivo, independentemente da idade.

Presença de **BAIXO POTENCIAL DE REVERSIBILIDADE CLÍNICA**, em que os procedimentos realizados em CTI/UTI, como intubação orotraqueal, ventilação mecânica, suporte hemodinâmico vasopressor, hemodiálise e manobras de ressuscitação cardiorrespiratória, geram mais dano do que benefício nesse contexto clínico de doença avançada. O foco de toda abordagem está no conforto do paciente através do manejo de sintomas presentes.

### Estratos 6 e 7

QR com os indicadores de gravidade do CP

O paciente preenche os critérios de **DOENÇA AVANÇADA INCURÁVEL**, após aplicação de escores ou indicadores do estágio da doença de base (SPICT-BR, GSF, CriSTAL, NECPAL, etc).

### Estrato 8

Ausência de melhora clínica após 72h da instituição de medidas de estabilização clínica.

### Estratos 9 e 10

## ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE E/OU FAMILIARES

DEIXAR BEM CLARO QUE SERÁ UTILIZADO TODO RECURSO DISPONÍVEL PARA SE ATINGIR O MÁXIMO POSSÍVEL DE CONTROLE DE SINTOMAS E CONFORTO DO PACIENTE E FAMÍLIA.

Os profissionais de saúde devem estar preparados os questionamentos e reações de agressividade, devendo acolher as emoções e reagir de forma profissional.

## MANEJO DOS PRINCIPAIS SINTOMAS

### SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

DISPNEIA

TOSSE E SECREÇÃO

### FEBRE

### DOR

### DELIRIUM

"Confusão Mental Aguda"

### PROCESSO ATIVO DE MORTE ou SINTOMAS DE "MORTE IMINENTE"



VÍDEO HIPODERMÓCLISE

Disponibilização de "Kits Básicos de Medicamentos Paliativos para Controle de Sintomas", com material para hipodermoclyse e alguns fármacos por via subcutânea, como morfina, dipirona, n-butilescopolamina e haloperidol e, em todos os níveis de atenção à saúde (APS, AAE, atenção domiciliar e atenção hospitalar), incluindo as ILPIs.

"Última contato" com o idoso (Despedida).

## ASSISTÊNCIA AO LUTO

Comunicação do óbito

Cuidados com o corpo e com o funeral

Declaração de óbito  
CID: B34.2 (COVID-19)  
U04.9 (COVID-19 + SARS)

Visita ou reunião virtual pós-óbito

Apoio emocional à família e monitoramento dos contatos domiciliares

NOTA TÉCNICA ANVISA





# FLUXOGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS NO IDOSO COM SUSPEITA DE COVID-19 NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

## IDOSO FRÁGIL COM COVID-19 ASSOCIADA A CRITÉRIOS DE GRAVIDADE

Idosos robustos (estratos 1 a 3) ou pré-frágeis (estratos 4 e 5) da Classificação de Moraes e Lanna (2016) têm indicação de tratamento invasivo, independentemente da idade.

Presença de **BAIXO POTENCIAL DE REVERSIBILIDADE CLÍNICA**, em que os procedimentos realizados em CTI/UTI, como intubação orotraqueal, ventilação mecânica, suporte hemodinâmico vasopressor, hemodiálise e manobras de ressuscitação cardiorrespiratória, geram mais dano do que benefício nesse contexto clínico de doença avançada. O foco de toda abordagem está no conforto do paciente através do manejo de sintomas presentes.

### Estratos 6 e 7

QR com os  
indicadores de  
gravidade do CP

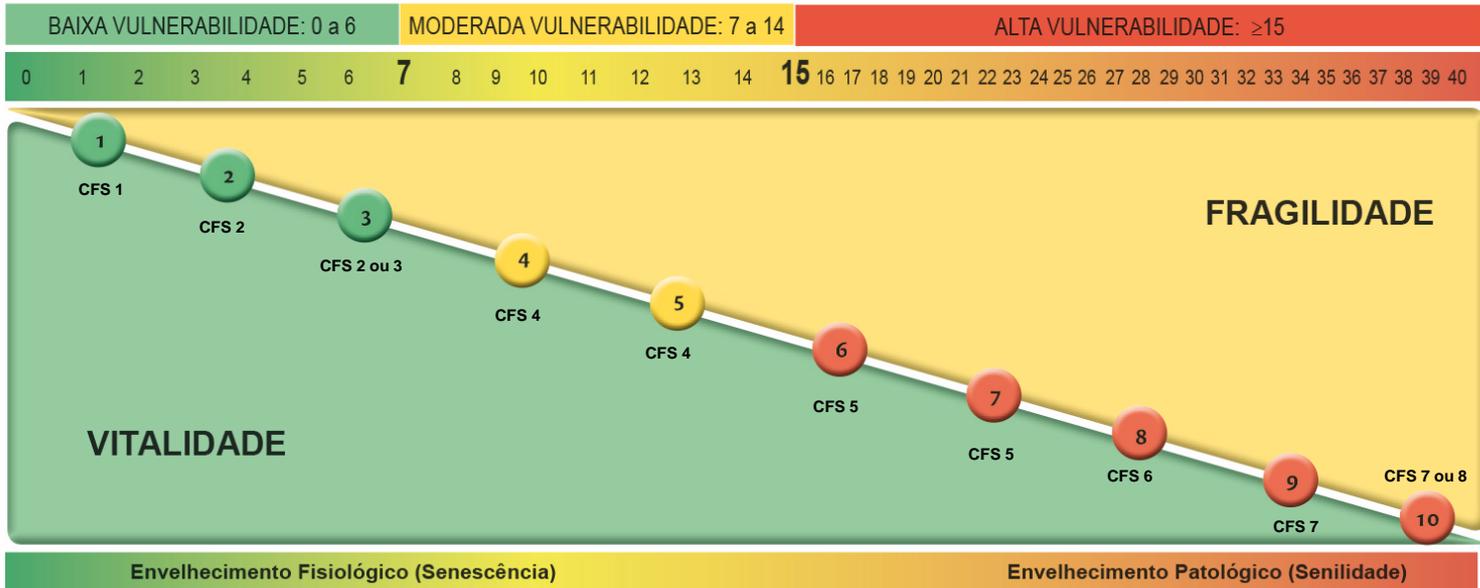
O paciente preenche os critérios de **DOENÇA AVANÇADA INCURÁVEL**, após aplicação de escores ou indicadores do estágio da doença de base (SPICT-BR, GSF, CriSTAL, NECPAL, etc).

### Estrato 8

Ausência de melhora clínica após 72h da instituição de medidas de estabilização clínica.

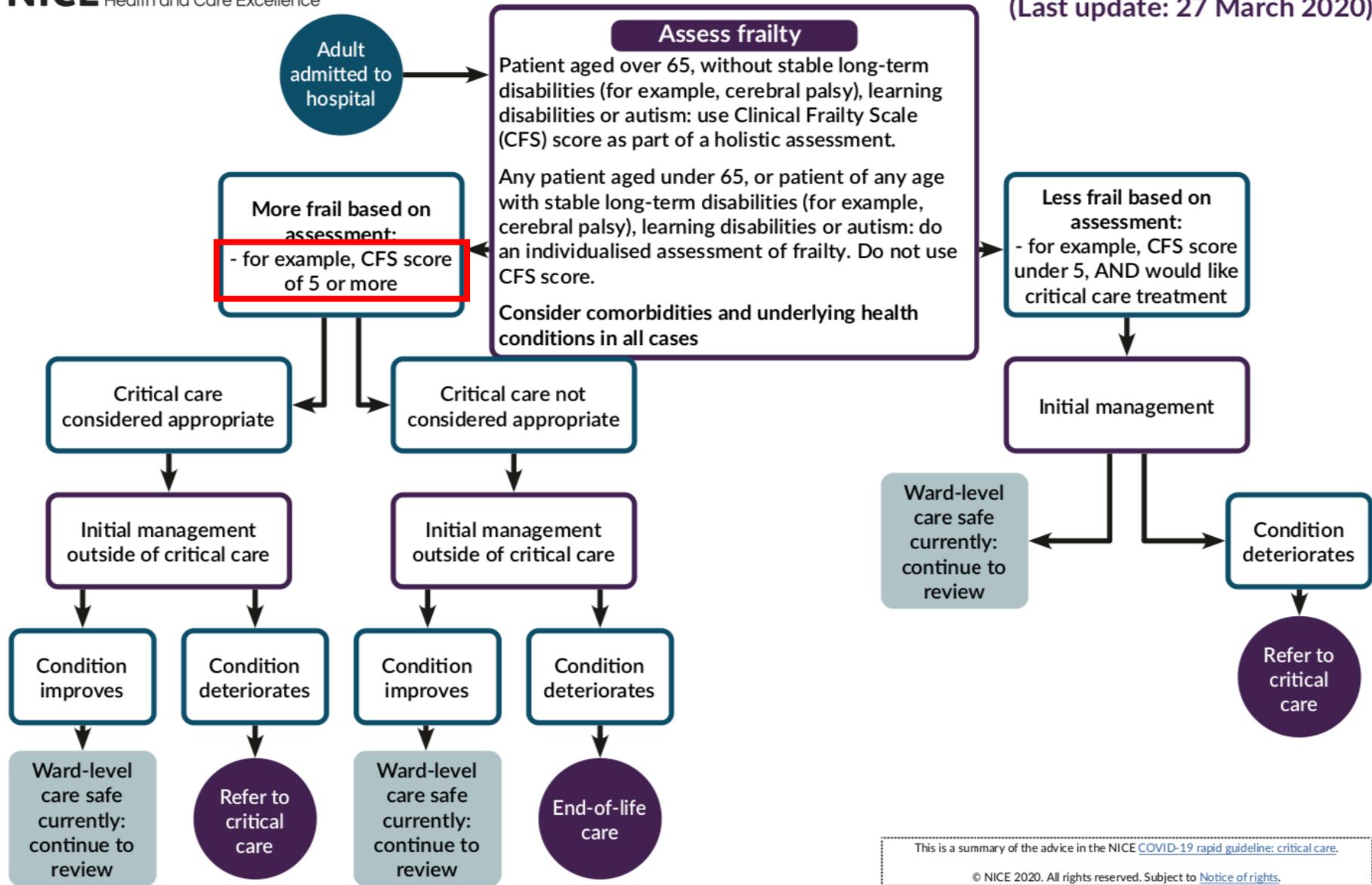
### Estratos 9 e 10

## ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL (IVCF-20)



### CLASSIFICAÇÃO CLÍNICO-FUNCIONAL DOS IDOSOS

<b>Estrato 1</b>	São idosos que se encontram no grau máximo de vitalidade. Apresentam independência para todas as AVD avançadas, instrumentais e básicas e ausência de doenças ou fatores de risco, exceto a própria idade. São indivíduos que envelheceram livres de doenças e não apresentam nenhuma outra condição de saúde preditora de desfechos adversos.
<b>Estrato 2</b>	São idosos independentes para todas as AVD, mas que apresentam condições de saúde de baixa complexidade clínica, como a hipertensão arterial controlada e sem lesão de órgão alvo, diabetes mellitus controlado em sem lesão de órgão alvo, e fatores de risco, como tabagismo, dislipidemia, osteopenia, depressão leve, dentre outros.
<b>Estrato 3</b>	São idosos independentes para todas as AVD, mas que apresentam doenças crônico-degenerativas com base em critérios diagnósticos bem estabelecidas e de maior complexidade clínica, como hipertensão arterial descontrolada ou com lesão de órgão alvo, diabetes mellitus descontrolado ou com lesão de órgão-alvo, depressão moderada/grave, ataque isquêmico transitório, acidente vascular cerebral, doença renal crônica, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica/asma, osteoartrite, doença arterial coronariana, história de IAM, doença arterial periférica, câncer não cutâneo, osteoporose densitométrica, dor crônica, fibrilação atrial, doença de Parkinson e anemia. Neste grupo, não são incluídos fatores de risco.
<b>Estrato 4</b>	<p>São idosos independentes para todas as AAVD, AIVD e ABVD, mas que apresentam algumas das situações abaixo relacionadas:</p> <p>Presença de evidências de redução da capacidade aeróbia/muscular: perda de peso significativa, fadigabilidade, baixo nível de atividade física associado à redução objetiva da força muscular ou CP 31cm.</p> <p>Presença de Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) ou Transtorno Neurocognitivo Leve.</p> <p>Presença de comorbidades múltiplas, definida como:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Presença de duas ou mais doenças crônico-degenerativas bem estabelecidas e de maior complexidade clínica (ver estrato 3) <u>ou</u> presença de 5 ou mais condições crônicas de saúde, incluindo as doenças crônico-degenerativas clássicas, enfermidades ("illness"), fatores de risco ou sintomas que necessitam de intervenção médica <u>ou</u> polifarmácia (uso diário de 5 ou medicamentos de classes diferentes) <u>ou</u> internação recente, nos últimos 6 meses.</li> </ul>
<b>Estrato 5</b>	<p>São idosos independentes para AIVD e ABVD, mas que apresentam:</p> <p>Limitações nas AAVD (Atividades Avançadas de Vida Diária), definida como aquelas atividades relacionadas à integração social, atividades produtivas, recreativas e/ou sociais.</p> <p>Evidências clínicas de redução significativa da capacidade aeróbia/muscular: VM-4m ≤ 0,8 m/s ou TUG ≥ 20s.</p>
<b>Estrato 6</b>	São os idosos que apresentam declínio funcional parcial nas atividades instrumentais de vida diária e são independentes para as AVD básicas.
<b>Estrato 7</b>	São os idosos que apresentam declínio funcional em todas as atividades instrumentais de vida diária, mas ainda são independentes para as atividades básicas de vida diária.
<b>Estrato 8</b>	São os idosos que apresentam dependência completa nas AVD instrumentais associada à semidependência nas AVD básicas: comprometimento de uma das funções influenciadas pela cultura e aprendizado (banhar-se e/ou vestir-se e/ou uso do banheiro).
<b>Estrato 9</b>	São os idosos que apresentam dependência completa nas AVD instrumentais e para banhar-se, vestir-se, uso do banheiro, continência e transferência. A única AVD básica preservada é a capacidade de alimentar-se sozinho (dependência incompleta para AVD básica).
<b>Estrato 10</b>	São os idosos que se encontram no grau máximo de fragilidade e, conseqüentemente, apresentam o máximo de dependência funcional, necessitando de ajuda, inclusive, para alimentar-se sozinho (dependência completa). Dependência completa para AVD básicas e instrumentais.



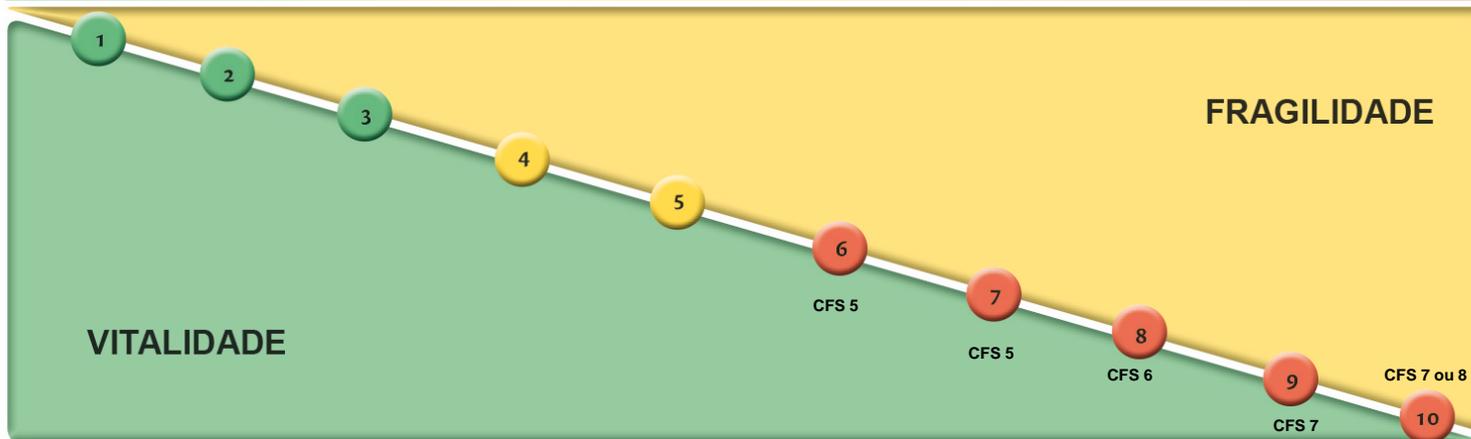
## ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL (IVCF-20)

BAIXA VULNERABILIDADE: 0 a 6

MODERADA VULNERABILIDADE: 7 a 14

ALTA VULNERABILIDADE:  $\geq 15$

0 1 2 3 4 5 6 **7** 8 9 10 11 12 13 14 **15** 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40



Envelhecimento Fisiológico (Senescência)

Envelhecimento Patológico (Senilidade)

### CLASSIFICAÇÃO CLÍNICO-FUNCIONAL DOS IDOSOS

<b>Estrato 6</b>	São os idosos que apresentam declínio funcional parcial nas atividades instrumentais de vida diária e são independentes para as AVD básicas.
<b>Estrato 7</b>	São os idosos que apresentam declínio funcional em todas as atividades instrumentais de vida diária, mas ainda são independentes para as atividades básicas de vida diária.
<b>Estrato 8</b>	São os idosos que apresentam dependência completa nas AVD instrumentais associada à semidependência nas AVD básicas: comprometimento de uma das funções influenciadas pela cultura e aprendizado (banhar-se e/ou vestir-se e/ou uso do banheiro).
<b>Estrato 9</b>	São os idosos que apresentam dependência completa nas AVD instrumentais e para banhar-se, vestir-se, uso do banheiro, continência e transferência. A única AVD básica preservada é a capacidade de alimentar-se sozinho (dependência incompleta para AVD básica).
<b>Estrato 10</b>	São os idosos que se encontram no grau máximo de fragilidade e, conseqüentemente, apresentam o máximo de dependência funcional, necessitando de ajuda, inclusive, para alimentar-se sozinho (dependência completa). Dependência completa para AVD básicas e instrumentais.

CFS grade	Length of stay	Readmission rate	In-patient mortality	Care intentions	Service referrals	Post-discharge support
1	4	4%	2%	Detect and manage geriatric syndromes e.g. delirium	General internal medicine	Self-care
2	5	7%	2%			
3	7	11%	2%			
4	8	13%	3%			
5	10	15%	4%			
6	12	15%	6%			
7	13	14%	11%	Think about palliative vs. restorative care	Geriatric medicine	Transitional care
8	12	10%	24%			
9	10	13%	31%			

# FLUXOGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS NO IDOSO COM SUSPEITA DE COVID-19 NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

## IDOSO FRÁGIL COM COVID-19 ASSOCIADA A CRITÉRIOS DE GRAVIDADE

Idosos robustos (estratos 1 a 3) ou pré-frágeis (estratos 4 e 5) da Classificação de Moraes e Lanna (2016) têm indicação de tratamento invasivo, independentemente da idade.

Presença de **BAIXO POTENCIAL DE REVERSIBILIDADE CLÍNICA**, em que os procedimentos realizados em CTI/UTI, como intubação orotraqueal, ventilação mecânica, suporte hemodinâmico vasopressor, hemodiálise e manobras de ressuscitação cardiorrespiratória, geram mais dano do que benefício nesse contexto clínico de doença avançada. O foco de toda abordagem está no conforto do paciente através do manejo de sintomas presentes.

### Estratos 6 e 7

QR com os  
indicadores de  
gravidade do CP

O paciente preenche os critérios de **DOENÇA AVANÇADA INCURÁVEL**, após aplicação de escores ou indicadores do estágio da doença de base (SPICT-BR, GSF, CriSTAL, NECPAL, etc).

### Estrato 8

Ausência de melhora clínica após 72h da instituição de medidas de estabilização clínica.

### Estratos 9 e 10

# FLUXOGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS NO IDOSO COM SUSPEITA DE COVID-19 NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

## IDOSO FRÁGIL COM COVID-19 ASSOCIADA A CRITÉRIOS DE GRAVIDADE

Idosos robustos (estratos 1 a 3) ou pré-frágeis (estratos 4 e 5) da Classificação de Moraes e Lanna (2016) têm indicação de tratamento invasivo, independentemente da idade.

Presença de **BAIXO POTENCIAL DE REVERSIBILIDADE CLÍNICA**, em que os procedimentos realizados em CTI/UTI, como intubação orotraqueal, ventilação mecânica, suporte hemodinâmico vasopressor, hemodiálise e manobras de ressuscitação cardiorrespiratória, geram mais dano do que benefício nesse contexto clínico de doença avançada. O foco de toda abordagem está no conforto do paciente através do manejo de sintomas presentes.

### Estratos 6 e 7

QR com os  
indicadores de  
gravidade do CP

O paciente preenche os critérios de **DOENÇA AVANÇADA INCURÁVEL**, após aplicação de escores ou indicadores do estágio da doença de base (SPICT-BR, GSF, CriSTAL, NECPAL, etc).

### Estrato 8

Ausência de melhora clínica após 72h da instituição de medidas de estabilização clínica.

### Estratos 9 e 10

**ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE E/OU FAMILIARES**

## UTILIZAR A FERRAMENTA SPIKES NA COMUNICAÇÃO DE NOTÍCIAS RUINS

**Setting:** procure um lugar calmo, sem distratores; sempre que possível não atender a celular e não permitir interrupções.

**Perception:** perceber o que o paciente/ familiar realmente sabe sobre o que está acontecendo. O que vocês sabem sobre o quadro? Mostrar o quadro de classificação clínico-funcional do idoso para facilitar a compreensão da decisão.

**Invitation:** até onde o paciente/ familiar deseja saber sobre as informações. Nesse momento do encontro, pode-se fazer a seguinte colocação-questionamento, que muito irá respeitar a autonomia do paciente, quando presente, além de ajudar a identificar o seu substituto nas decisões: *“Muitos pacientes gostam de saber de tudo que está acontecendo com sua saúde. E você? Você deseja compreender tudo o que está te acontecendo ou prefere que essas informações sejam repassadas para alguém específico?”*

**Knowledge:** explicar a situação evitando utilizar termos muito técnicos e diminutivos

**Empathy/ Emotions:** demonstre empatia; mesmo que você esteja muito atarefado, demonstre que você se importa com o que o paciente/ familiar está sentindo

**Summary:** peça ao familiar ou paciente fazer um resumo do que compreendeu das informações que foram dadas. Explicar quais serão os próximos passos no cuidado.

## SER HONESTO E CLARO

Não utilizar termos técnicos; utilizar palavras que o paciente/ familiar irão compreender

Sentar-se; ter tempo para a conversa; utilizar o silêncio para permitir que a pessoa processe a informação

Reforçar que está sendo feito tudo que é possível para que o paciente tenha o melhor cuidado. Nunca utilizar a frase: *“Não há nada mais para ser feito”*, mas sim *“Não há nada mais a ser feito para curar, mas há muito o que ser feito para cuidar”*.

Discutir com a família a necessidade da restrição de visitas ao paciente internado (recomendação sanitária) e garantir que a equipe de saúde estará presente ao lado do idoso durante todo o processo de morte.

## OFERECER APOIO ESPIRITUAL

Perguntar ao paciente/familiar como ele está em relação a suas emoções, desejos e medos

Permitir espaço para que o paciente se exponha quanto a necessidade de ajuda para que se mantenha o mais confortável possível do ponto de vista psíquico, social e espiritual. *“Existe alguma coisa que podemos fazer para te ajudar?”*

Verificar se segue alguma religião e permitir realização de ritos se não houver contra indicação sanitária (no contexto COVID-19)/se possível oferecer contato virtual com capelão ou representante de sua religião.

# FLUXOGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS NO IDOSO COM SUSPEITA DE COVID-19 NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

## IDOSO FRÁGIL COM COVID-19 ASSOCIADA A CRITÉRIOS DE GRAVIDADE

Idosos robustos (estratos 1 a 3) ou pré-frágeis (estratos 4 e 5) da Classificação de Moraes e Lanna (2016) têm indicação de tratamento invasivo, independentemente da idade.

Presença de **BAIXO POTENCIAL DE REVERSIBILIDADE CLÍNICA**, em que os procedimentos realizados em CTI/UTI, como intubação orotraqueal, ventilação mecânica, suporte hemodinâmico vasopressor, hemodiálise e manobras de ressuscitação cardiopulmonar, geram mais dano do que benefício nesse contexto clínico de doença avançada. O foco de toda abordagem está no conforto do paciente através do manejo de sintomas presentes.

### Estratos 6 e 7

QR com os  
indicadores de  
gravidade do CP

O paciente preenche os critérios de **DOENÇA AVANÇADA INCURÁVEL**, após aplicação de escores ou indicadores do estágio da doença de base (SPICT-BR, GSF, CriSTAL, NECPAL, etc).

### Estrato 8

Ausência de melhora clínica após 72h da instituição de medidas de estabilização clínica.

### Estratos 9 e 10

## ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE E/OU FAMILIARES

DEIXAR BEM CLARO QUE SERÁ UTILIZADO TODO RECURSO DISPONÍVEL PARA SE ATINGIR O MÁXIMO POSSÍVEL DE CONTROLE DE SINTOMAS E CONFORTO DO PACIENTE E FAMÍLIA.

Os profissionais de saúde devem estar preparados os questionamentos e reações de agressividade, devendo acolher as emoções e reagir de forma profissional.

# FLUXOGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS NO IDOSO COM SUSPEITA DE COVID-19 NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

## IDOSO FRÁGIL COM COVID-19 ASSOCIADA A CRITÉRIOS DE GRAVIDADE

Idosos robustos (estratos 1 a 3) ou pré-frágeis (estratos 4 e 5) da Classificação de Moraes e Lanna (2016) têm indicação de tratamento invasivo, independentemente da idade.

Presença de **BAIXO POTENCIAL DE REVERSIBILIDADE CLÍNICA**, em que os procedimentos realizados em CTI/UTI, como intubação orotraqueal, ventilação mecânica, suporte hemodinâmico vasopressor, hemodiálise e manobras de ressuscitação cardiopulmonar, geram mais dano do que benefício nesse contexto clínico de doença avançada. O foco de toda abordagem está no conforto do paciente através do manejo de sintomas presentes.

### Estratos 6 e 7

QR com os indicadores de gravidade do CP

O paciente preenche os critérios de **DOENÇA AVANÇADA INCURÁVEL**, após aplicação de escores ou indicadores do estágio da doença de base (SPICT-BR, GSF, CriSTAL, NECPAL, etc).

### Estrato 8

Ausência de melhora clínica após 72h da instituição de medidas de estabilização clínica.

### Estratos 9 e 10

## ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE E/OU FAMILIARES

DEIXAR BEM CLARO QUE SERÁ UTILIZADO TODO RECURSO DISPONÍVEL PARA SE ATINGIR O MÁXIMO POSSÍVEL DE CONTROLE DE SINTOMAS E CONFORTO DO PACIENTE E FAMÍLIA.

Os profissionais de saúde devem estar preparados os questionamentos e reações de agressividade, devendo acolher as emoções e reagir de forma profissional.

## MANEJO DOS PRINCIPAIS SINTOMAS

### SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

DISPNEIA

TOSSE E SECREÇÃO

### FEBRE

### DOR

### DELIRIUM

*"Confusão Mental Aguda"*

### PROCESSO ATIVO DE MORTE ou SINTOMAS DE "MORTE IMINENTE"



VÍDEO HIPODERMÓCLISE

# TRATAMENTO DOS SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

## DISPNEIA

### Medidas Não-Farmacológicas

#### Posicionamento no Leito

Respeitar o desejo do paciente. A cabeceira elevada ou posição assentada pode ser mais confortável. Deixar ombros livres. Evitar hiperextensão ou hiperflexão do pescoço com travesseiros ou almofadas. Oferecer técnicas de relaxamento. Panos frios na face pode atenuar a dispnéia (bom substitutivo do ventilador). Evitar contenção física no leito.

### Medidas Farmacológicas

1. **O<sub>2</sub>**: se Satp O<sub>2</sub> < 90%. Preferir cateter nasal.

#### 2. MORFINA:

- **Via oral (comprimido de liberação rápida de 10 e 30mg; solução oral 10mg/mL/32 gotas)**: iniciar com 5mg, de 4/4 horas e ajustar a dose conforme resposta terapêutica. A dose terapêutica é individual, mas varia de 10 a 15 mg por dose. Os benefícios de doses maiores são controversos. Dose de resgate tem pouco impacto no controle da dispnéia.
- **Via subcutânea ou intravenosa (ampola 10mg/mL, 1mL; 2mg/mL)**: dose inicial 2mg, IV ou SC. Progredir a dose, conforme resposta terapêutica, com aumento de 1mg até 5mg, de 4/4 horas. Não há evidência de benefício em doses maiores. A morfina não deve ser usada para sedação. Nas doses recomendadas, raramente ocorre depressão respiratória.

**Opção de morfina em BIC**: 10 ampolas de 10mg/mL em 490mL de SF 0,9%, gerando uma solução com concentração de 1mg em 5mL. Iniciar com 5mL/hora. Prescrever doses de resgate de 2mg, em bolus, se necessário (evitar orientar à critério médico).

Pacientes com função renal abaixo de 15 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>: aumentar o intervalo das doses (8/8h) de resgate ou substituir por fentanil ou metadona, em doses equivalentes (consultar tabelas).

O uso de lorazepam ou midazolam e corticoides pode ser necessários em algumas situações específicas:  
**MIDAZOLAM** em BIC 0,5 mg/h, EV ou SC. Diluir 1 amp de 50 mg/10 mL em 490 mL de SF 0,9%, resultando em uma solução 0,1 mg/mL.

**Lorazepam**: 1 mg à noite, VO, podendo progredir até atingir a melhora da ansiedade. Uso limitado pela disponibilidade apenas em apresentação oral e sublingual.

O uso de antibiótico pode ser necessário para controle da hipersecreção respiratória, por infecção respiratória. Preferir a azitromicina, via oral.

Na presença de dispnéia refratária pode ser necessário o uso de **SEDAÇÃO PALIATIVA**. O midazolam e a clorpromazina são os fármacos mais utilizados. A sedação paliativa deve ser realizada ou supervisionada por médico paliativista, com seguimento por escalas específicas.

## TOSSE E SECREÇÃO

Pacientes com rebaixamento do nível de consciência e secretivos devem ser posicionados de forma a facilitar a drenagem da secreção – cabeceira elevada, decúbito lateral, cabeça levemente fletida. Observar os cuidados com as secreções, para se evitar o contágio.

### MEDICAMENTOS ANTICOLINÉRGICOS PARA REDUÇÃO DE SECREÇÃO:

- **N-BUTILESCOPOLAMINA (Buscopan®)**: 20 mg via oral ou SC/IV (ampola com 20mg/mL) de 6/6 horas.
- **Atropina 0,5%** tem indicação apenas para pacientes que necessitam reduzir a produção de saliva. Não tem benefício na broncorreia. Pingar 2 gotas sublingual até de 8/8 horas.

### MUCOLÍTICOS (fluidificação da secreção), que não devem ser associados a anticolinérgicos para redução da secreção:

- **Carbocisteína** 250 a 500 mg, 8/8 horas, VO.
- **N-acetilcisteína** 400 mg 8/8 horas, VO.
- **Eritromicina** (Estabilizadores de membrana de macrófago): 500 mg, 12/12 horas, VO.

OU

### ANTITUSSÍGENOS DE AÇÃO CENTRAL:

- **Dextrometorfano**: 5 a 10 mg 12/12 horas, VO.
- **Codeína**: 15 mg, VO, 6/6 horas.
- **Morfina** 2,5 a 5 mg de 4/4 h, que deve ser considerada de 1ª escolha na presença concomitante de dispnéia ou dor (VO, IV ou SC).

### ANTITUSSÍGENOS DE AÇÃO PERIFÉRICA:

- **Dropropizina**, 30mg, VO, 4 vezes ao dia (apresentação 3 mg/mL).
- **Levodropropizina**, 60mg, VO, 3 vezes ao dia (apresentação 6 mg/mL).

O uso de corticoides e antibiótico pode ser indicado em situações específicas.

Evitar os seguintes procedimentos capazes de gerar aerossóis e aumentar o risco de contaminação dos profissionais de saúde e/ou familiares:

- Ventilador para alívio da dispnéia.
- Fluxo de oxigênio elevado ( ≥ 6L/min).
- Pressão positiva em vias respiratórias (CPAP ou BiPAP).
- Todos os tipos de nebulização.

## FEBRE

### • **DIPIRONA:**

- VO: 2 comprimidos de 500mg ou 01 comprimido de 1g ou 40 gotas da solução oral de 500 mg/mL, de 6/6 horas.
- IV (ampola de 2mL com 500mg/mL, totalizando 1g): aplicar 01 ampola, diluída em 8mL de ABD, de 6/6h, infusão lenta.
- SC: vide tabela específica.
- Há também a dipirona supositório de 300 mg, que pode ser administrada de 3/3 horas ou 2 supositórios de 6/6 horas.

- **Paracetamol:** alternativa para pacientes intolerantes a dipirona. Iniciar com 1 comp de 500 mg ou 750 mg de 6/6 horas. Disponível ainda em solução oral de 200 mg/mL, cada mL equivale a 15 gotas, portanto, 500 mg = 37 gotas, 750 mg = 48 gotas.

Contra-indicado o uso do ibuprofeno ou qualquer outro anti-inflamatório não esteroidal (AINE), exceto se estiver com febre persistente e muito próximo do fim de vida.

## DOR

### **DIPIRONA:**

- VO: 2 comprimidos de 500mg ou 01 comprimido de 1g ou 40 gotas da solução oral de 500 mg/mL, de 6/6 horas.
- IV (ampola de 2mL com 500mg/mL, totalizando 1g): aplicar 01 ampola, diluída em 8mL de ABD, de 6/6h, infusão lenta.
- SC: vide tabela específica.
- Há também a dipirona supositório de 300 mg, que pode ser administrada de 3/3 horas ou 2 supositórios de 6/6 horas.

**PARACETAMOL:** alternativa para pacientes intolerantes à dipirona. Iniciar com 1 comp de 500 mg ou 750 mg de 6/6 horas. Disponível ainda em solução oral de 200 mg/mL, cada mL equivale a 15 gotas, portanto, 500 mg = 37 gotas, 750 mg = 48 gotas.

### **MORFINA**

- **Via oral** (comprimido de liberação rápida de 10 e 30mg; solução oral 10mg/mL/32 gotas; cápsulas de liberação prolongada de 30 e 60mg): iniciar com 10mg, de 4/4 horas, com aumento de 2,5mg por dose, conforme resposta terapêutica. Não há dose máxima para controle da dor.
- **Via subcutânea ou intravenosa** (ampola 10mg/mL, 1mL; 1mg/mL com 2mL): dose inicial 3mg, IV ou SC, 4/4h, com progressão de 1mg por dose, até controle da dor.
- **Opção de morfina em BIC:** 10 ampolas de 10mg/mL em 490mL de SF 0,9%, gerando uma solução com concentração de 1mg em 5mL. Iniciar com 5mL/hora. Prescrever doses de resgate de 2mg, em bolus, se necessário (evitar orientar à critério médico).  
Pacientes com função renal abaixo de 15 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>: aumentar o intervalo das doses (8/8h) de resgate ou substituir por fentanil ou metadona, em doses equivalentes (consultar tabelas).

Na presença de dor refratária ou intolerável, solicitar avaliação de especialista, por via presencial ou à distância.

## DELIRIUM

“Confusão Mental Aguda”

O *delirium* ou confusão mental aguda tem causa orgânica, associado à presença de causas reversíveis, como distúrbio hidroeletrólítico (desidratação, hiponatremia, etc), hiper ou hipoglicemia, retenção urinária (bexigoma), constipação intestinal e/ou fecaloma, dor subtratada, privação do sono e do uso de prótese auditiva ou óculos. Todavia, a própria instabilidade clínica do paciente pode ser a causa do *delirium*, que pode ser hiperativo ou hipoativo. O *delirium* hiperativo é causa de grande desconforto para o paciente e familiares e deve ser tratado com medidas não farmacológicas (causas reversíveis) e farmacológicas. Os antipsicóticos são os fármacos mais utilizados:

- **HALOPERIDOL:**

- **Via oral (VO):** comprimidos de 1 e 5mg; solução oral 2mg/mL (1gota=0,1mg; 1mL=20 gotas). Iniciar com 5 a 10 gotas (0,5 a 1mg) e titular a dose, conforme resposta terapêutica.
- **Via subcutânea (SC):** ampola injetável 5mg/mL. A formulação intramuscular é comumente utilizada por via subcutânea, apesar de ser considerada *off label*. Administrar 0,5 a 1mg, de 30 em 30 minutos, até que o paciente fique calmo ou sedado. Pode ser administrado sem diluição, mas, se necessário, o diluente indicado é ABD, pois o fármaco pode precipitar com SF0,9%. A dose média é de 3,5mg/dia, preferencialmente até 4,5 mg/dia. Dose de manutenção 1 a 2 mg até de 8/8 h.
- **Via intravenosa (IV):** o uso intravenoso da ampola 5mg/mL não é preconizada, pelo alto risco de prolongamento do intervalo QT e *torsades de points*. O uso IV é considerado *off label*. Pode ser utilizado em situações específicas. A administração é semelhante àquela indicada por via SC.

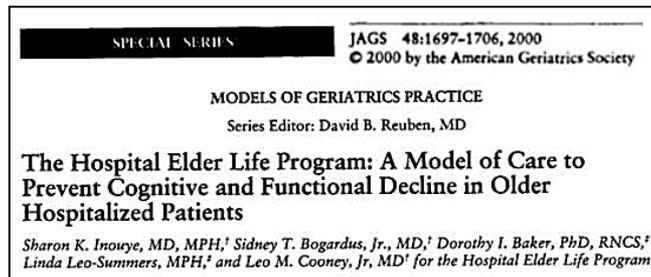
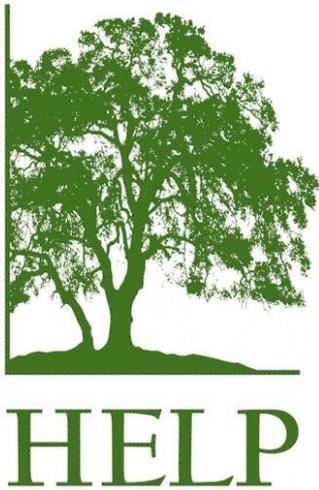
- **CLORPROMAZINA** (comprimidos de 25mg e 100mg; solução oral 40mg/mL com 1gota=0,2mg; solução injetável (5mg/mL): iniciar com 25 mg de 6/6 horas oral ou parenteral, podendo ter progressão de 50% desta dose até controle sintomático. A solução injetável deve ser diluída em 500 mL de SF 0,9% e administrar lentamente. Sua utilização por via subcutânea não é aconselhada, pelo risco de necrose tecidual. É um antipsicótico com ação mais sedativa e com característica de auxílio no controle de dor, mas com alta ação anticolinérgica e hipotensora em idosos.

- Outros antipsicóticos podem ser usados, como:

- **Risperidona** (comprimidos de 0,25mg, 0,5mg, 1mg, 2mg e 3mg; solução oral de 1mg/mL com 1gota=0,05mg): iniciar com 0,5 a 1mg (10 a 20gotas) e titular a dose até resposta terapêutica ou surgimento de reação adversa intolerável (dose máxima 4 a 8mg, em uma a duas tomadas diárias).
- **Quetiapina** (comprimidos 25mg, 50mg, 100mg, 200mg e 300mg): iniciar com 25mg, uma a duas vezes ao dia, e titular a dose, conforme resposta terapêutica (100 a 200mg).
- **Olanzapina** (comprimidos de 2,5mg, 5mg e 10mg): iniciar com 2,5mg, uma a duas vezes ao dia, e titular a dose, conforme resposta terapêutica (5 a 20mg/dia).

A dor pode ser a causa do *delirium*. Neste caso, recomenda-se a otimizar o uso de fármacos com ação analgésica (ver fluxograma da analgesia)

O uso de midazolam pode ser indicado para sedação do paciente com *delirium* hiperativo, em processo de morte.



O Hospital Elder Life Program (HELP) é uma intervenção multimodal eficaz para melhorar a qualidade do atendimento de idosos hospitalizados, reduzindo a incidência de *delirium*, declínio funcional, institucionalização e tempo de internação, bem como melhorando a relação de custo-eficácia dos cuidados. Esse programa foi replicado com sucesso em vários países. Todavia, relatos de tal experiência em países em desenvolvimento são escassos.

Fatores de risco	Intervenção Preventivas
<b>COMPROMETIMENTO COGNITIVO</b>	- Protocolo de orientação - Protocolo de atividades terapêuticas
<b>PRIVAÇÃO DE SONO</b>	- Protocolo de aprimoramento do sono
<b>IMOBILIDADE</b>	- Protocolo de mobilização precoce
<b>DEFICIÊNCIA VISUAL</b>	- Protocolo de visão
<b>DEFICIÊNCIA AUDITIVA</b>	- Protocolo de audição
<b>DESIDRATAÇÃO</b>	- Protocolo de reposição de líquidos - Protocolo de assistência para alimentação

## PROCESSO ATIVO DE MORTE OU “SINTOMAS DE MORTE IMINENTE”

Não há período de tempo que essa fase pode durar, podendo variar de poucas horas a poucos dias.

### Sinais de morte iminente

- Redução do nível de consciência não induzida por medicamento.
- Redução da interação com o meio.
- Ingesta oral mínima ou ausente.
- Redução do débito urinário.
- Comprometimento hemodinâmico, com taquicardia, hipotensão arterial, pulso fino, extremidades frias e/ou cianose.
- Alterações significativas do padrão respiratório, com taquipneia ou bradipneia, respiração do tipo Cheyne-Stokes ou ruidosa ou respiração agônica.

### Medidas Não-Farmacológicas

#### Posicionamento no Leito

- Cabeceira a 45-60°.
- Cabeça parcialmente fletida: essa posição permite que a língua fique adequadamente posicionada na cavidade oral e reduz o ronco terminal. Na fase final, a cabeça lateralizada é a posição mais indicada.
- Manter travesseiros na cabeça e não do ombro do paciente.
- Manter uma compressa ou outro objeto para conter a saliva e secreção que possivelmente cairá da boca.
- Proteger a pele em torno da boca com creme de barreira, como o óxido de zinco, que pode ser removido com óleo mineral.

#### Outras medidas de conforto:

- Óleo mineral se lábios ressecados.
- Higiene oral com gaze embebida em clorexidina 0,12%.
- Higiene íntima.
- Banho de leito se a condição clínica permitir.
- Usar coletor urinário para homens pode reduzir a necessidade de troca de fraldas.
- Proteger contra o frio.
- Reduzir a mudança de decúbito, preferencialmente evitando esse procedimento.
- Proteger a córnea contra ressecamento – considerar manter pálpebras fechadas com micropore ou utilizar colírios ou soro fisiológico.
- Respeitar a hiporexia: forçar alimentação e até mesmo passar cateter nasoentérico será potencialmente danoso, devido à gastroparesia presente neste momento.
- Não solicitar exames laboratoriais de rotina, exceto quando os resultados estiverem associados a alguma mudança no tratamento paliativo.
- Não realizar as medidas de dados vitais, quando o objetivo for de controle de sintomas em final de vida.

### Medidas Farmacológicas

- Hidratação parcimoniosa. O excesso de hidratação está associada a congestão, que piora a qualidade de vida e de morte.
- Limitar a hidratação a 500mL a 1.000 mL no dia, conforme o peso do paciente.
- Oferecer glicose na hidratação para evitar hipoglicemia decorrente da baixa ingestão oral.
- Usar midazolam em caso de mioclônias, que podem preceder crises convulsivas, por via intravenosa ou subcutânea, da seguinte forma:
  - Sugestão de infusão em BIC 0,5 mg/h. Diluir 1 amp de 50 mg/10 mL em 490 mL de SF 0,9%, resultando em uma solução 0,1 mg/mL.
  - O clonazepam pode ser uma alternativa.
- Manter analgesia contínua.
- Tratamento do *delirium*.
- Controle de secreção.
- Considerar sedação paliativa, em caso de sofrimento existencial extremo, para pacientes que não terão possibilidade de contato com familiar. A sedação paliativa deve ser realizada ou supervisionada por médico paliativista, com seguimento por escalas específicas.

# HIPODERMÓCLISE

Sintomas	Fármacos que podem ser misturados no mesmo frasco (Solução para 24h, por via subcutânea - Hipodermóclise)		
	Fármaco	Diluyente	
Febre + Dispneia	Dipirona (4 a 7g) + Morfina (10 a 40mg)	SF0,9% 500-1000mL 7-15gts/min ou 20-40microgotas/min (equipo microgotas)	
Febre + Dispneia + Sedação paliativa ou delirium terminal	Dipirona (4 a 7g) + Morfina (10 a 40mg) + Midazolam (10 a 50mg)		
Febre + Dispneia + Broncorreia	Dipirona (4 a 7g) + Morfina (10 a 40mg) + N-butilescopolamina (60 a 120mg)		
Febre + Dispneia + Broncorreia + Sedação paliativa ou delirium terminal	Neste caso, sugerimos 2 acessos independentes:		O soro glicosado pode ser utilizado, mas cautela com as misturas de fármacos.
	<b>Frasco 1</b>	<b>Frasco 2</b>	
	Dipirona (4 a 7g) + Morfina (10 a 40mg)	Midazolam (10 a 50mg) + N-butilescopolamina (60 a 120mg)	SF0,9% 500mL para cada solução, 7gts/min ou 20microgotas/min (considerando o volume total máximo de 1000mL). ou 250mL para cada solução, 10microgotas/min (equipo microgotas)

Dipirona: ampola de 2mL com 500mg/mL, totalizando 1g

Morfina: ampola 10mg/mL com 1mL ou 1mg/mL com 2mL

N-butilescopolamina (Buscopan®): ampola com 20mg/mL

Midazolam: ampola 5mg/mL com 10mL (50mg)

# FLUXOGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS NO IDOSO COM SUSPEITA DE COVID-19 NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

## IDOSO FRÁGIL COM COVID-19 ASSOCIADA A CRITÉRIOS DE GRAVIDADE

Idosos robustos (estratos 1 a 3) ou pré-frágeis (estratos 4 e 5) da Classificação de Moraes e Lanna (2016) têm indicação de tratamento invasivo, independentemente da idade.

Presença de **BAIXO POTENCIAL DE REVERSIBILIDADE CLÍNICA**, em que os procedimentos realizados em CTI/UTI, como intubação orotraqueal, ventilação mecânica, suporte hemodinâmico vasopressor, hemodiálise e manobras de ressuscitação cardiopulmonar, geram mais dano do que benefício nesse contexto clínico de doença avançada. O foco de toda abordagem está no conforto do paciente através do manejo de sintomas presentes.

### Estratos 6 e 7

QR com os indicadores de gravidade do CP

O paciente preenche os critérios de **DOENÇA AVANÇADA INCURÁVEL**, após aplicação de escores ou indicadores do estágio da doença de base (SPICT-BR, GSF, CriSTAL, NECPAL, etc).

### Estrato 8

Ausência de melhora clínica após 72h da instituição de medidas de estabilização clínica.

### Estratos 9 e 10

## ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE E/OU FAMILIARES

DEIXAR BEM CLARO QUE SERÁ UTILIZADO TODO RECURSO DISPONÍVEL PARA SE ATINGIR O MÁXIMO POSSÍVEL DE CONTROLE DE SINTOMAS E CONFORTO DO PACIENTE E FAMÍLIA.

Os profissionais de saúde devem estar preparados os questionamentos e reações de agressividade, devendo acolher as emoções e reagir de forma profissional.

## MANEJO DOS PRINCIPAIS SINTOMAS

### SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

DISPNEIA

TOSSE E SECREÇÃO

### FEBRE

### DOR

### DELIRIUM

*"Confusão Mental Aguda"*

### PROCESSO ATIVO DE MORTE ou SINTOMAS DE "MORTE IMINENTE"



VÍDEO HIPODERMÓCLISE

Disponibilização de "Kits Básicos de Medicamentos Paliativos para Controle de Sintomas", com material para hipodermoclyse e alguns fármacos por via subcutânea, como morfina, dipirona, n-butilescopolamina e haloperidol e, em todos os níveis de atenção à saúde (APS, AAE, atenção domiciliar e atenção hospitalar), incluindo as ILPIs.

"Última contato" com o idoso (Despedida).

# FLUXOGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS NO IDOSO COM SUSPEITA DE COVID-19 NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

## IDOSO FRÁGIL COM COVID-19 ASSOCIADA A CRITÉRIOS DE GRAVIDADE

Idosos robustos (estratos 1 a 3) ou pré-frágeis (estratos 4 e 5) da Classificação de Moraes e Lanna (2016) têm indicação de tratamento invasivo, independentemente da idade.

Presença de **BAIXO POTENCIAL DE REVERSIBILIDADE CLÍNICA**, em que os procedimentos realizados em CTI/UTI, como intubação orotraqueal, ventilação mecânica, suporte hemodinâmico vasopressor, hemodiálise e manobras de ressuscitação cardiopulmonar, geram mais dano do que benefício nesse contexto clínico de doença avançada. O foco de toda abordagem está no conforto do paciente através do manejo de sintomas presentes.

### Estratos 6 e 7

QR com os indicadores de gravidade do CP

O paciente preenche os critérios de **DOENÇA AVANÇADA INCURÁVEL**, após aplicação de escores ou indicadores do estágio da doença de base (SPICT-BR, GSF, CriSTAL, NECPAL, etc).

### Estrato 8

Ausência de melhora clínica após 72h da instituição de medidas de estabilização clínica.

### Estratos 9 e 10

## ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE E/OU FAMILIARES

DEIXAR BEM CLARO QUE SERÁ UTILIZADO TODO RECURSO DISPONÍVEL PARA SE ATINGIR O MÁXIMO POSSÍVEL DE CONTROLE DE SINTOMAS E CONFORTO DO PACIENTE E FAMÍLIA.

Os profissionais de saúde devem estar preparados os questionamentos e reações de agressividade, devendo acolher as emoções e reagir de forma profissional.

## MANEJO DOS PRINCIPAIS SINTOMAS

### SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

DISPNEIA

TOSSE E SECREÇÃO

### FEBRE

### DOR

### DELIRIUM

*"Confusão Mental Aguda"*

### PROCESSO ATIVO DE MORTE ou SINTOMAS DE "MORTE IMINENTE"



VÍDEO HIPODERMÓCLISE

Disponibilização de "Kits Básicos de Medicamentos Paliativos para Controle de Sintomas", com material para hipodermoclyse e alguns fármacos por via subcutânea, como morfina, dipirona, n-butilescopolamina e haloperidol e, em todos os níveis de atenção à saúde (APS, AAE, atenção domiciliar e atenção hospitalar), incluindo as ILPIs.

"Última contato" com o idoso (Despedida).

## ASSISTÊNCIA AO LUTO

Comunicação do óbito

NOTA TÉCNICA ANVISA



## COMUNICAÇÃO DO ÓBITO POR COVID-19

**O desfecho de óbito nesta pandemia pode ser muito frequente. Possivelmente, sua comunicação poderá ocorrer à distância, por telefone (pois familiares podem estar em isolamento). Sendo assim, seguem as seguintes recomendações:**

- Conferir dados corretos do paciente e do cuidador principal. Haverá pouco tempo de fala, portanto não errar nomes
- Checar prontuário do paciente, observar se existe algum detalhe a mais que seja importante a ser dito e checar rotinas dos boletins e visitas
- Realizar chamada ao cuidador principal
- Checar se ele se encontra em local e em condições para esta conversa, de preferência pergunte se ele tem mais alguém ao lado, pois é desejável
- Realizar escuta mínima com familiar: ex.: “ o senhor está acompanhando o caso dele? Vem recebendo os boletins? Permita que ele fale o que sabe ou o que sente
- Fornecer a notícia de forma clara e objetiva, em tom acolhedor e suave: ex.: “ infelizmente precisamos dizer que seu pai faleceu agora pela doença”
- Dar tempo para emoções: tente empatizar à distância, doe silêncio e respeito, aguarde uma manifestação dele para seguir
- Solicitar acionar redes de apoio. Solicite apoio de alguém para documentação e trâmites funerários, nem sempre a pessoa terá condições para isso: ex.: “ da família de vocês, ou pessoas próximas, quem poderíamos falar para nos ajudar com os documentos daqui pra frente?”
- Encerrar a ligação e dar direcionamento aos trâmites funerários, conforme o protocolo do Ministério da Saúde
- Registrar a chamada telefônica em prontuário do paciente

PARA MAIS INFORMAÇÕES  
PÓS ÓBITO, ACESSE NOTA  
TÉCNICA DA ANVISA  
NESTE QR CODE.



# FLUXOGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS NO IDOSO COM SUSPEITA DE COVID-19 NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

## IDOSO FRÁGIL COM COVID-19 ASSOCIADA A CRITÉRIOS DE GRAVIDADE

Idosos robustos (estratos 1 a 3) ou pré-frágeis (estratos 4 e 5) da Classificação de Moraes e Lanna (2016) têm indicação de tratamento invasivo, independentemente da idade.

Presença de **BAIXO POTENCIAL DE REVERSIBILIDADE CLÍNICA**, em que os procedimentos realizados em CTI/UTI, como intubação orotraqueal, ventilação mecânica, suporte hemodinâmico vasopressor, hemodiálise e manobras de ressuscitação cardiopulmonar, geram mais dano do que benefício nesse contexto clínico de doença avançada. O foco de toda abordagem está no conforto do paciente através do manejo de sintomas presentes.

### Estratos 6 e 7

QR com os indicadores de gravidade do CP

O paciente preenche os critérios de **DOENÇA AVANÇADA INCURÁVEL**, após aplicação de escores ou indicadores do estágio da doença de base (SPICT-BR, GSF, CriSTAL, NECPAL, etc).

### Estrato 8

Ausência de melhora clínica após 72h da instituição de medidas de estabilização clínica.

### Estratos 9 e 10

## ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE E/OU FAMILIARES

DEIXAR BEM CLARO QUE SERÁ UTILIZADO TODO RECURSO DISPONÍVEL PARA SE ATINGIR O MÁXIMO POSSÍVEL DE CONTROLE DE SINTOMAS E CONFORTO DO PACIENTE E FAMÍLIA.

Os profissionais de saúde devem estar preparados os questionamentos e reações de agressividade, devendo acolher as emoções e reagir de forma profissional.

## MANEJO DOS PRINCIPAIS SINTOMAS

### SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

DISPNEIA

TOSSE E SECREÇÃO

### FEBRE

### DOR

### DELIRIUM

*"Confusão Mental Aguda"*

### PROCESSO ATIVO DE MORTE ou SINTOMAS DE "MORTE IMINENTE"



VÍDEO HIPODERMÓCLISE

Disponibilização de "Kits Básicos de Medicamentos Paliativos para Controle de Sintomas", com material para hipodermoclyse e alguns fármacos por via subcutânea, como morfina, dipirona, n-butilescopolamina e haloperidol e, em todos os níveis de atenção à saúde (APS, AAE, atenção domiciliar e atenção hospitalar), incluindo as ILPIs.

"Última contato" com o idoso (Despedida).

## ASSISTÊNCIA AO LUTO

Comunicação do óbito

Cuidados com o corpo e com o funeral

Declaração de óbito  
CID: B34.2 (COVID-19)  
U04.9 (COVID-19 + SARS)

NOTA TÉCNICA ANVISA



Exemplos do preenchimento do Bloco V da declaração de óbito:

<b>V</b> Condições e causas do óbito	<b>ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL</b>			<b>ASSISTÊNCIA MÉDICA</b>			<b>DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:</b>		
	37) A morte ocorreu			38) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?			39) Necropsia?		
	1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação			Ignorado <input type="checkbox"/> 9			1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		
	2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos								
40) CAUSAS DA MORTE			<b>ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA</b>						
<b>PARTE I</b> Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.			a <b>COVID-19</b>			Tempo aproximado entre o início da doença e a morte		CID	
			b Devido ou como consequência de:			10 dias		B34.2	
<b>CAUSAS ANTECEDENTES</b> Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.			c Devido ou como consequência de:						
			d Devido ou como consequência de:						
<b>PARTE II</b> Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			Hipertensão Arterial Sistêmica			10 dias		I10	
			Diabetes Mellitus			7 dias		E14.9	

<b>V</b> Condições e causas do óbito	<b>ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL</b>			<b>ASSISTÊNCIA MÉDICA</b>			<b>DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:</b>		
	37) A morte ocorreu			38) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?			39) Necropsia?		
	1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação			Ignorado <input type="checkbox"/> 9			1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		
	2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 8 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos								
40) CAUSAS DA MORTE			<b>ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA</b>						
<b>PARTE I</b> Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.			a <b>Doença respiratória aguda</b>			Tempo aproximado entre o início da doença e a morte		CID	
			b <b>COVID-19</b>			4 dias		U04.9	
<b>CAUSAS ANTECEDENTES</b> Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.			c Devido ou como consequência de:			10 dias		B34.2	
			d Devido ou como consequência de:						
<b>PARTE II</b> Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.			Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica			10 anos		J44.9	
			Doença Cardíaca Hipertensiva			15 anos		I11.9	

# FLUXOGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS NO IDOSO COM SUSPEITA DE COVID-19 NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

## IDOSO FRÁGIL COM COVID-19 ASSOCIADA A CRITÉRIOS DE GRAVIDADE

Idosos robustos (estratos 1 a 3) ou pré-frágeis (estratos 4 e 5) da Classificação de Moraes e Lanna (2016) têm indicação de tratamento invasivo, independentemente da idade.

Presença de **BAIXO POTENCIAL DE REVERSIBILIDADE CLÍNICA**, em que os procedimentos realizados em CTI/UTI, como intubação orotraqueal, ventilação mecânica, suporte hemodinâmico vasopressor, hemodiálise e manobras de ressuscitação cardiorrespiratória, geram mais dano do que benefício nesse contexto clínico de doença avançada. O foco de toda abordagem está no conforto do paciente através do manejo de sintomas presentes.

### Estratos 6 e 7

QR com os indicadores de gravidade do CP

O paciente preenche os critérios de **DOENÇA AVANÇADA INCURÁVEL**, após aplicação de escores ou indicadores do estágio da doença de base (SPICT-BR, GSF, CriSTAL, NECPAL, etc).

### Estrato 8

Ausência de melhora clínica após 72h da instituição de medidas de estabilização clínica.

### Estratos 9 e 10

## ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE E/OU FAMILIARES

DEIXAR BEM CLARO QUE SERÁ UTILIZADO TODO RECURSO DISPONÍVEL PARA SE ATINGIR O MÁXIMO POSSÍVEL DE CONTROLE DE SINTOMAS E CONFORTO DO PACIENTE E FAMÍLIA.

Os profissionais de saúde devem estar preparados os questionamentos e reações de agressividade, devendo acolher as emoções e reagir de forma profissional.

## MANEJO DOS PRINCIPAIS SINTOMAS

### SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

DISPNEIA

TOSSE E SECREÇÃO

### FEBRE

### DOR

### DELIRIUM

*"Confusão Mental Aguda"*

### PROCESSO ATIVO DE MORTE ou SINTOMAS DE "MORTE IMINENTE"



VÍDEO HIPODERMÓCLISE

Disponibilização de "Kits Básicos de Medicamentos Paliativos para Controle de Sintomas", com material para hipodermoclyse e alguns fármacos por via subcutânea, como morfina, dipirona, n-butilescopolamina e haloperidol e, em todos os níveis de atenção à saúde (APS, AAE, atenção domiciliar e atenção hospitalar), incluindo as ILPIs.

"Última contato" com o idoso (Despedida).

## ASSISTÊNCIA AO LUTO

Comunicação do óbito

Cuidados com o corpo e com o funeral

Declaração de óbito  
CID: B34.2 (COVID-19)  
U04.9 (COVID-19 + SARS)

Visita ou reunião virtual pós-óbito

Apoio emocional à família e monitoramento dos contatos domiciliares

NOTA TÉCNICA ANVISA



## EQUIPE RESPONSÁVEL

- Edgar Nunes de Moraes (CONASS/Geriatria/Clínica Médica)
- Fabiano Moraes Pereira (Cuidados Paliativos/Geriatria)
- Tatiana de Carvalho Espíndola Pinheiro (Cuidados Paliativos/Geriatria)
- Toshio Chiba (Cuidados Paliativos/Geriatria)
- Sarah Ananda Gomes (Cuidados Paliativos)
- Flávia Lanna de Moraes (Geriatria / Medicina de Família e Comunidade)
- Camila Alcântara (Cuidados Paliativos/Geriatria)
- Ana Paula Abranches (Cuidados Paliativos/Geriatria)
- André Augusto Jardim (Cardiologia/Saúde do Idoso)
- Maria Aparecida Camargos Bicalho (Geriatria/Clínica Médica)
- Rodrigo Ribeiro dos Santos (Geriatria/Clínica Médica)
- Fábio Junior Modesto e Silva (Atenção Domiciliar)
- Marco Antônio Matos (CONASS)
- Rúbia Barra (CONASS)
- Priscila Rabelo Lopes (CONASS)
- Leane Carvalho (CONASS)
- Ademilde Machado (CONASS)
- Alzira Nery (CONASS)
- Marco Túlio Gualberto Cintra (Geriatria/Clínica Médica)
- Adriane Miró Vianna Benke Pereira (Clínica Médica/Saúde do Idoso)

## Bibliografia

- Hendlin A, Rivière CGL, Willisroft DM, O'Connor E, Hughes J, Fischer LM. End-of-life care in the Emergency Department for the patient imminently dying of a highly transmissible acute respiratory infection (such as COVID-19). *Canadian Journal of Emergency Medicine*, march 2020. DOI: 10.1017/cem.2020.352.
- Arya A, Buchman S, Gagnon B, Downar J. Pandemic palliative care: beyond ventilators and saving lives. *CMAJ*, early-released March 31, 2020 (doi: 10.1503/cmaj.20046).
- Brighton, L. J. et al. Communication in palliative care: talking about the end of life, before the end of life. *Postgrad Med J* 2016;92:466–470.
- Crispim, D. H. et al. Notícias de óbito durante a andemia do COVID – 19: Recomendações práticas para comunicação e acolhimento em diferentes cenários da pandemia. 2020.
- C. J. Randall et al. The Importance of Addressing Advance Care Planning and Decisions About Do-Not-Resuscitate Orders During Novel Coronavirus 2019 (COVID-19). *JAMA*. March 27, 2020
- Northern Care Alliance NHS Group and the Association for Palliative Medicine. COVID-19 and Palliative, End of Life and Bereavement Care in Secondary Care Role of the specialty and guidance to aid care. 22 March 2020.
- Moraes EN, Reis AMM, Lanna FL. Manual de Terapêutica Segura no Idoso. Ed. Folium, 2019.