

## Gestão do Doente COVID-19 na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: A Perspetiva do Médico Paliativista

### Management of COVID-19 Patients in Continuous Care Units: A Palliative Care Perspective

**Palavras-chave:** COVID-19; Cuidados Paliativos; Empoderamento; Pandemia; Qualidade de vida

**Keywords:** COVID-19; Empowerment; Pandemics; Palliative Care; Quality of Life

Do total de óbitos por COVID-19 registados entre maio de 2020 e maio de 2021,<sup>1</sup> 65,8% ocorreram na faixa etária acima dos 80 anos e 21,3% entre os 70 e 79 anos. Sendo a idade um fator de risco para contrair COVID-19, e sabendo-se que a mortalidade é maior em idosos e pacientes com doenças crónicas ou malignas,<sup>2</sup> poder-se-á depreender o impacto da pandemia na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Um estudo de fevereiro de 2020 identificou que, apesar da maioria dos casos não ter apresentado sintomas, 5% da população foi hospitalizada e 1% a 2% requereu internamento em unidades de Cuidados Intensivos.<sup>3</sup>

Neste contexto, é possível que o principal objetivo tenha sido a contenção da pandemia, subvalorizando-se o sofrimento provocado pelo descontrolo sintomático enquanto a cura não é atingida. Adicionalmente, os profissionais de saúde depararam-se frequentemente com questões éticas exigentes, sendo a integração de profissionais de Cuidados Paliativos (CP) crucial para apoiar nestas situações.

Dado o elevado número de doentes infetados com sintomas graves, é importante partilhar orientações práticas sobre o controlo sintomático, com grande enfoque nos sintomas respiratórios e comportamentais, bem como na

prática da sedação paliativa. As Guias da Clínica de Navarra,<sup>4</sup> aconselhadas pelo Colégio da Competência em Medicina Paliativa, destinam-se a apoiar profissionais de saúde menos familiarizados com a realidade de fim-de-vida. Estas guias encontram-se resumidas na Tabela 1, lado a lado com medidas potencialmente aplicáveis numa unidade de Cuidados Continuados de qualquer tipologia que não Cuidados Paliativos, esperando poder ajudar profissionais que se venham a deparar com estas situações.

Assim, consideramos que a integração de equipas de CP na frente de combate, associada a um maior investimento na formação em CP e no envolvimento destes profissionais na RNCCI contribuiriam não só para um melhor controlo sintomático e, conseqüentemente, substancial melhoria da qualidade de vida destes utentes, como também para a diminuição da ocupação dos serviços de urgência e do número de internamentos em hospitais de agudos.

#### CONTRIBUTO DOS AUTORES

JR: Conceção, redação e aprovação da versão final do trabalho. Aquisição e análise de dados.

FPR, RN: Organização, redação, revisão crítica e aprovação da versão final do trabalho. Análise de dados.

#### CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não ter conflitos de interesse relacionados com o presente trabalho.

#### FONTES DE FINANCIAMENTO

Este trabalho não recebeu qualquer tipo de suporte financeiro de nenhuma entidade no domínio público ou privado.

#### REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Relatório de situação. 2022. [consultado 2021 jul 06]. Disponível em: <https://covid19.min-saude.pt/relatorio-de-situacao>.
2. Rashedi J, Poor BM, Asgharzadeh V, Pourostadi M, Kafil HS, Vegari A, et al. Risk factors for COVID-19. *Infez Med*. 2020;4:469-74.
3. Mizumoto K, Kagaya K, Zarebski A, Chowell G. Estimating the asymptomatic proportion of coronavirus disease 2019 (COVID-19) cases on board the Diamond Princess cruise ship, Yokohama, Japan, 2020. *Euro Surveill*. 2020;25:2000180.
4. Clínica Universidad de Navarra. Guías rápidas de apoyo y control sintomático en pacientes avanzados con COVID-19. [consultado 2021 jul 06]. Disponível em: [https://cuidadospaliativos.org/blog/wp-content/uploads/2020/03/Guia-COVID-19.V.2.0\\_22.3.20.pdf](https://cuidadospaliativos.org/blog/wp-content/uploads/2020/03/Guia-COVID-19.V.2.0_22.3.20.pdf).

Tabela 1 – Sugestões de medidas de controlo sintomático possíveis em UCC não-UCP

Sintoma	Medidas em Cuidados Paliativos Especializados*	Exemplo de Medidas possíveis numa UCC não-UCP
Dispneia	Morfina 2,5 mg Sc 4/4 h.	Benzodiazepinas (lorazepam até 0,5 mg prn, ou alprazolam (pouco sedativo) até 1 mg 6/6 h). Ambas podem ser usadas via SL
	Se tolerar as 2 primeiras doses e sentir alívio do sintoma, avançar para ISCC. - Simples: 15 mg de Morfina a cada 24 h - Moderado: 24 mg/24 horas	Se à vontade com opioides mas sem hipótese de via Sc: Morfina de libertação rápida 5 mg via oral 4/4 h e pautar para Morfina LP 12/12 h
Tosse	Mesmo tratamento de dispneia	Codeína 30 mg 4/4 h até 360 mg/dia
	Dexametasona Sc em cateter único, iniciar 4 mg e pautar	Prednisolona (começar com 20 mg, dar no máximo até as 17 h)
	Morfina inalatória (não alimentar de seguida pelo efeito anestésico na cavidade oral)	
Broncorreia/estertor	Butilscopolamina 20 mg Sc 6/6 h até 180 mg/dia	Amitriptilina (iniciar 10 mg à noite, aumentar conforme tolerância ou efeitos laterais) e furosemida (iniciar com 40 mg/dia e pautar)
	Atropina, gotas oftalmológicas, 3 gotas SL cada 6 - 8 h	
Delirium	Se causa tratável, tratar causa	Tratar causa tratável
	Se sintomas positivos (alucinações e/ou alteração do comportamento (delírios): - Haloperidol 1 – 2 mg Sc até cada 2/2 h (dose máxima 20 mg) - Olanzapina 2,5 mg PO ao deitar, ou até cada 2/2 h (dose máxima 20 mg)	Haloperidol 1 - 2 mg PO até 1/1 h até controlo da situação; depois iniciar no dia seguinte em horas fixas (8/8 h) com 50% da dose total necessária para atingir controlo na fase inicial
	Se insónia por inquietação ou agitação noturna - Quetiapina 25 mg PO ao deitar, podendo repetir mais 2 doses de 25 mg durante a noite (dose máxima 600 mg) - Levomepromazina 6,25 mg (PO, SC ou EV) ao deitar, repetir até 2 vezes durante a noite (dose máxima 300 mg)	Restantes mesmo esquema, podendo usar via PO
Febre	Paracetamol 1 g (PO ou retal) 6/6 h	Paracetamol 1 g (PO ou retal) 6/6 h
	Diclofenac 75 mg Sc 12/12 h Objetivo: prevenir/tratar desconforto da febre, mais do que o valor em si.	Ibuprofeno 600 mg até 2400 mg/dia
Sedação Paliativa	Iniciar ISCC em 50 cc de SF a 2.1 cc/h com: - Midazolam 50 mg OU levomepromazina 100 mg - Morfina 30 mg - Butilscopolamina 60 mg  Caso já fizesse morfina, iniciar com a dose que fazia anteriormente	Ideal seria semelhante às UCP. Caso não tenha experiência ou não seja possível realizar ISCC (previsível na maioria das UCC), poderá usar fármacos sedativos até atingir estado de consciência desejável para conforto (ex Diazepam 10 mg retal)

UCC: unidade de Cuidados Continuados; UCP: unidade de Cuidados Paliativos; Sc: administração subcutânea; ISCC: infusão subcutânea contínua; Prn: *pro re nata*; SL: administração sublingual; LP: libertação prolongada; PO: *per os*; SF: soro fisiológico; EV: administração endovenosa

\*: adaptado de Guias Clínicas de Navarra.

João RIBEIRO<sup>1,2</sup>, Filipa PINTO-RIBEIRO<sup>3</sup>, Rui NUNES<sup>2</sup>

1. Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos WeCare Saúde. Póvoa de Varzim, Portugal.

2. Faculdade de Medicina. Universidade do Porto. Porto, Portugal.

3. Escola de Medicina. Universidade do Minho. Braga, Portugal.

✉ Autor correspondente: João Ribeiro. [jribeiro\\_14@hotmail.com](mailto:jribeiro_14@hotmail.com)

Recebido/Received: 22/07/2021 - Aceite/Accepted: 22/04/2022 - Publicado/Published: 01/06/2022

Copyright © Ordem dos Médicos 2022

<https://doi.org/10.20344/amp.16897>

