



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO

CUIDADOS PALIATIVOS EM CONTEXTO DE CRISE
HUMANITÁRIA E PANDEMIA COVID-19:
UMA REVISÃO SCOPING

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Cuidados Paliativos

Por Inês Cristina Perdigão Silva Romero

Lisboa, 2022



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO

CUIDADOS PALIATIVOS EM CONTEXTO DE CRISE HUMANITÁRIA E
PANDEMIA COVID-19: UMA REVISÃO SCOPING

PALLIATIVE CARE IN HUMANITARIAN CRISES AND COVID-19
PANDEMIC: A SCOPING REVIEW

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção
do grau de mestre em Cuidados Paliativos

Por Inês Cristina Perdigão Silva Romero

Sob a orientação do Prof Doutor Manuel Vila Capelas

Lisboa, 2022

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer em primeiro lugar – sempre – à minha família, sem eles nada tinha sido possível ou teria feito sentido. Em particular ao meu marido, pilar que sustenta o meu mundo; ao meu irmão, que do outro lado do oceano consegue fazer-se presente como se ao meu lado estivesse; aos meus pais, por tudo e em tudo; aos meus sogros, fontes de ajuda e encorajamento constantes; à minha avó que sente como sua cada preocupação e cada alegria. Aos que já não estão cá, mas que estarão comigo sempre. Um agradecimento muito especial aos meus filhos, pela tolerância infinita para as brincadeiras adiadas, passeios encurtados, jogos interrompidos. É para vós cada minuto transformado em palavras, para que aprendam pelo exemplo que nada se consegue sem esforço ou dedicação e que vale a pena querer fazer - e ser - sempre mais e melhor.

Agradeço ao meu orientador de tese, Prof. Manuel Vila Capelas, a confiança que sempre depositou no meu trabalho e que de forma positiva e encorajadora nunca me deixou esmorecer ou desanimar.

Aos meus amigos, àqueles que mesmo à distância me acompanham nesta caminhada que é a vida, tornando-a mais feliz por ser partilhada.

Aos meus colegas de mestrado, por me terem enriquecido tanto com o vosso valor.

Por fim, a todos aqueles com quem tenho o privilégio de trabalhar, grata por tudo o que me ensinam a cada momento, pelo suporte e verdadeiro espírito de equipa. É vosso, o corpo e a voz dos Cuidados Paliativos, no meu dia a dia e sobretudo no de todos os doentes de quem temos a honra de cuidar.

RESUMO

Introdução: As crises humanitárias (CH) são eventos de larga escala que podem resultar na disrupção dos sistemas de saúde e sociedade, bem como em elevadas taxas de mortalidade e sofrimento – físico, psicológico e espiritual. Os Cuidados Paliativos (CP) visam aliviar o sofrimento em todas estas dimensões, pelo que é crucial integrá-los na resposta humanitária. A recente pandemia COVID-19 enquadra-se na categoria de CH, sobretudo nas fases iniciais, em que os recursos eram deficitários. Considera-se assim que os modelos de integração de CP em CH podem adaptar-se à pandemia COVID-19; no entanto, a evidência é limitada. Com este estudo pretendeu-se mapear o conhecimento existente quanto aos modelos organizacionais de integração dos CP em CH e na pandemia COVID-19.

Material e métodos: Procedeu-se a uma revisão *scoping*, segundo as normas definidas pelo *Joanna Briggs Institute*. A pesquisa foi efetuada recorrendo às bases de dados PUBMED, CINHALL e SCOPUS e incluiu artigos publicados entre 2011 e 2021. A pesquisa foi realizada por dois revisores independentes, com recurso a um terceiro em caso de discordância.

Resultados: De um total de 8494 artigos, 28 foram incluídos na revisão. A maioria dos artigos refere-se à temática de CP e COVID-19 (61%). Alguns dos elementos da resposta frequentemente encontrados foram: integração das abordagens curativa e paliativa; disponibilidade de medicação essencial em CP; formação básica transversal em CP; hierarquização de recursos; telemedicina; disponibilização de materiais de consulta.

Discussão e conclusões: A informação respeitante à integração dos CP em CH é escassa e a disponibilidade de protocolos e *guidelines* é limitada. Inversamente, a evidência respeitante aos CP na pandemia COVID-19 é abundante, detalhada e concreta. Este estudo sugere que os modelos de integração dos CP na pandemia COVID-19 podem informar a resposta de CP em CH. Esta dissertação providencia uma súmula interpretativa das medidas recomendadas para a integração dos CP em CH.

Palavras-chave: Palliative care, palliative medicine, relief work, disaster planning, COVID-19, pandemics.

ABSTRACT

Introduction: Humanitarian crises (HC) are large scale events that may result in massive disruption of health care systems and society, as well as high rates of mortality and suffering – physical, psychological, and spiritual. Palliative care (PC) aims to relief suffering in all these dimensions, which is why it is crucial to integrate them in humanitarian response. The recent COVID-19 pandemic falls into the category of HC, especially in the early stages when resources were deficient. Considering this, models of PC integration in HC may be successfully adapted to the COVID-19 response; however, research on this topic is limited. Therefore, this study aimed to map the existing knowledge regarding organizational models of PC integration in HC and COVID-19.

Materials and methods: a scoping review was carried out, following guidelines outlined by the Joanna Briggs Institute. The literature search was performed using PUBMED, CINHAL and SCOPUS databases and included articles published between 2011 and 2021. The search was conducted by two independent reviewers, disagreements were resolved by a third reviewer.

Results: A total of 8494 articles were screened and 28 were included in this review. Most articles (61%) referred to COVID-19 and PC. Response elements frequently found were: palliative and curative approach integration; essential PC medication availability; transversal basic PC training; resource hierarchization; telehealth; and consult material.

Discussion and conclusion: Information regarding PC integration in HC is scarce and availability of protocols and guidelines is limited. Conversely, evidence concerning PC in the COVID-19 pandemic is abundant, detailed, and concrete. This study suggests that models of PC integration in HC may be informed by PC response to the COVID-19 pandemic. This dissertation provides an interpretative summary of compiled recommendations for PC integration in humanitarian crises.

Keywords: Palliative care, palliative medicine, relief work, disaster planning, COVID-19, pandemics.

Índice

INTRODUÇÃO	1
I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1. Crises Humanitárias e Humanitarismo	5
Crises Humanitárias.....	5
Humanitarismo.....	7
2. Cuidados Paliativos em situações de crise humanitária	11
3. Cuidados Paliativos em contexto da Pandemia COVID-19	19
II. MATERIAL E MÉTODOS	25
4. Problemas em estudo	27
Tipo de Estudo.....	27
Critérios de inclusão.....	28
5. Estratégia de Pesquisa e Bases de Dados.....	29
III. RESULTADOS	31
6. Fluxograma PRISMA.....	33
7. Organização dos dados recolhidos	34
8. Descrição geral dos artigos incluídos.....	34
9. Resposta às questões de investigação.....	36
IV. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	45
V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
VI. APÊNDICES	57

Índice de Tabelas

Tabela 1. Triagem standard em situações de crise e emergência humanitária.....	17
Tabela 2. Categorias de triagem recomendadas pela OMS em situações de crise ou emergência humanitária.....	17
Tabela 3. Descritores Mesh utilizados na plataforma PUBMED.....	29
Tabela 4. Cuidados Paliativos e Crises Humanitárias - informações gerais sobre os artigos incluídos.	34
Tabela 5. Cuidados Paliativos e Pandemia COVID-19 - informações gerais sobre os artigos incluídos.	35
Tabela 6. Pergunta 1 - Quais as recomendações para a integração dos CP em situações de crise humanitária?.....	37
Tabela 7- Pergunta 2 - De que forma têm os CP integrado a resposta a situações de crise humanitária?	38
Tabela 8. Pergunta 3 –Quais a as recomendações existentes para a integração dos CP em contexto da pandemia COVID-19?	40
<i>Tabela 9. Pergunta 4 - Como têm os CP incorporado a resposta à pandemia COVID-19?</i>	<i>43</i>
Tabela 10. Cuidados Paliativos em contextos de crise humanitária	51
Tabela 11. Descritores e sintaxe PUBMED.....	61
Tabela 12. Descritores e sintaxe CINHALL	62
Tabela 13. Descritores e sintaxe SCOPUS	63
Tabela 14. Pergunta 1 - Quais as recomendações para a integração dos CP em situações de crise humanitária?.....	67
Tabela 15. Pergunta 2 - De que forma têm os CP integrado a resposta a situações de crise humanitária?	68
Tabela 16. Pergunta 3 –Quais a as recomendações existentes para a integração dos CP em contexto da pandemia COVID-19?	70
Tabela 17. Pergunta 4 - Como têm os CP incorporado a resposta à pandemia COVID-19?.....	74

Índice de Ilustrações

Figura 1. Princípios Fundamentais do Movimento da Cruz Vermelha e Crescente Vermelho.....	8
---	---

INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos são cuidados que previnem e aliviam o sofrimento - físico, psicossocial ou espiritual - através da sua identificação precoce, avaliação correta e tratamento adequado.¹ As crises humanitárias, por sua vez, definem-se como eventos de larga escala, que condicionam disrupção social e dos sistemas de saúde, morte e sofrimento – físico, psicológico e espiritual - massivos.^{2,3} O reconhecimento da necessidade de Cuidados Paliativos (CP) nestes contextos tem sido crescente, resultando em 2018 na elaboração pela Organização Mundial de Saúde (OMS) do primeiro documento abrangente que sublinha essa necessidade e norteia a sua implementação.² No início de 2020, no entanto, o mundo confrontou-se com a emergência de uma pandemia com elevada morbimortalidade e total impreparação para formular uma resposta estruturada, fruto da escassez de recursos face à elevada demanda. Assim, a pandemia COVID-19, sobretudo nesta fase em que os recursos eram deficitários, enquadra-se na categoria de CH.

A existência de modelos pré-definidos de abordagem beneficia todos os elementos envolvidos, determinando uma resposta eficaz e organizada, nomeadamente no que diz respeito ao imperativo ético de garantir alívio do sofrimento a quem dele necessita.

Surge neste contexto a hipótese deste estudo, que procura evidenciar de que forma os modelos existentes de integração de CP nas situações de CH se podem adaptar à pandemia COVID-19. Para este fim optou-se por recorrer a uma revisão *scoping* da literatura, de forma a mapear o conhecimento existente nestes dois contextos e aferir a forma como a evidência se intersecta.

É, à data de hoje e mais do que nunca, necessário reforçar a cultura em Cuidados Paliativos. Torna-se imperativo que todos os profissionais de saúde saibam identificar necessidades paliativas e que estas despoletem invariavelmente uma ação da sua parte, não sendo complacentes com a pandemia de sofrimento a que ainda hoje assistimos.

Esta dissertação foi escrita de acordo com o novo acordo ortográfico e apresenta as referências bibliográficas sob as normas de Vancouver.

I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. CRISES HUMANITÁRIAS E HUMANITARISMO

Crises Humanitárias

As crises e emergências humanitárias definem-se como eventos de larga escala, que condicionam disrupção social e dos sistemas de saúde, morte e sofrimento – físico, psicológico e espiritual – massivos, agudos e a longo prazo, muitas vezes multigeracionais.^{2,3} Uma situação é geralmente designada como uma emergência ou crise humanitária se for necessária a ajuda internacional, prestada quer por outros governos, organizações e entidades internacionais incluindo, organizações não-governamentais e intergovernamentais.²

De uma forma simplista, as crises humanitárias podem categorizar-se⁴ em:

- Desastres provocados pelo homem – conflitos armados, migrações forçadas, refugiados, etc.;
- Desastres naturais – cheias, furacões, secas, terremotos, etc.;
- Surtos de doenças infecciosas – Ébola, cólera, COVID-19, etc.

Na realidade, as crises humanitárias raramente decorrem de um só fenómeno, resultando geralmente de vários fatores em concomitância – naturais, humanos, ambientais, políticos e económicos. Todos estes tipos de crises representam um impacto severo para a saúde dos indivíduos por eles afetados. Este impacto é desproporcionado nas populações já previamente em desvantagem,² sobretudo em países de baixo e médio rendimento que são afetados mais frequentemente por crises humanitárias, mas que, reversamente, têm menor preparação para as mesmas. Estes eventos podem ser agudos - como um terremoto - ou insidiosos e prolongados, como uma seca.

O conceito “crise humanitária complexa” surge na década de 1990 – no pós-guerra fria - e define as crises com múltiplas causas que levam à destruição da integridade da sociedade e dos sistemas. As crises ou emergências complexas representam assim a disrupção de um estado e respetiva infraestrutura. A complexidade diz respeito à

necessidade de respostas multifacetadas por parte da comunidade internacional, complicadas adicionalmente pela ausência de proteção geralmente assegurada pelos tratados internacionais e pela Carta das Nações Unidas, no contexto das guerras convencionais. São características das crises humanitárias complexas a sua duração prolongada; o colapso administrativo, económico e político-social; elevados níveis de violência; risco de extinção de grupos culturais, religiosos ou étnicos; emergências catastróficas em termos de saúde pública; populações vulneráveis em elevado risco; conflitos internos com violações major das Convenções de Genebra e da declaração Universal dos Direitos Humanos; competição por recursos e deslocação e migração de populações, como refugiados.⁵ À data atual temos vários exemplos de crises humanitárias complexas, como na Etiópia, em que milhões de pessoas precisam de ajuda para sobreviver. No Afeganistão, as necessidades crescem exponencialmente, bem como em Myanmar, onde a situação humanitária está a deteriorar-se rapidamente. De acordo com as projeções do departamento das Nações Unidas para os assuntos Humanitários, em 2022, cerca de 274 milhões de pessoas precisarão de ajuda e proteção humanitária. Este número repercute um aumento significativo face ao ano anterior (235 milhões) que representava já o número mais alto das últimas décadas. As Nações Unidas e seus parceiros esperam assistir a 183 milhões das pessoas mais necessitadas, em 63 países, o que requer um orçamento de cerca de 41 biliões de dólares americanos.⁶

Temos atualmente desafios adicionais face aos que já enfrentávamos:

A crise climática representa uma ameaça existencial imediata à vida de muitos. Em 2020, eventos climáticos e meteorológicos extremos arrastaram cerca de 16 milhões de pessoas para a fome, em 15 países. A resposta humanitária terá que se adaptar – os desastres ligados a eventos climáticos serão progressivamente mais frequentes e variados. Até 2050 estima-se que cerca de 217 milhões de pessoas terão que se deslocar, dentro do seu próprio país, em sequência de eventos climáticos.

Por outro lado, a pandemia COVID-19 já provocou a morte a mais de 5.5 milhões de pessoas em todo o mundo. Economias e meios de subsistência têm sido devastados, incrementando as necessidades humanitárias e potenciando conflito. Será importante sublinhar que as assimetrias quanto aos países de baixo rendimento tomam aqui também maior expressão – a título de exemplo, apenas 4% dos 7 biliões de vacinas

administradas foram facultadas aos países com um plano humanitário em curso. Em dois terços destes países, cerca de 20 milhões de pessoas foram empurradas para a pobreza.⁶

Humanitarismo

O humanitarismo pode ser definido, de uma forma simples, como a resposta benevolente ao sofrimento e necessidades dos outros. A sua ação visa a prevenção e alívio do sofrimento, nas suas diversas formas, proteger a vida e a saúde bem como assegurar o respeito pelo ser humano.⁷ De forma genérica, a sua intervenção correlaciona-se com a resposta a eventos como desastres, conflitos armados, emergências médicas ou pobreza e vulnerabilidade prolongadas, massivas, promovendo uma resposta que engloba cuidados de saúde, proteção, alimentação, abrigo e educação.

Este tipo de resposta e noção de ajuda voluntária organizada era inexistente até meados do século XIX, não existindo até então, nomeadamente, cuidados de saúde e abrigo protegido para os que eram feridos no campo de batalha.

Em junho de 1859, um homem de negócios suíço, chamado Jean-Henri Dunant, viaja até Itália para se encontrar com Napoleão III e discutir a dificuldade na realização de comércio na Argélia, na altura ocupada por França. Chega à cidade de Solferino no dia 24 Junho, após aquela que ficou conhecida como a Batalha de Solferino, parte da guerra Franco-Austríaca. Num único dia morreram ou ficaram gravemente feridos no campo de batalha cerca de quarenta mil soldados, de ambas as partes. Dunant abandonou o propósito da sua viagem e, por diversos dias, dedicou todos os esforços aos cuidados a estes soldados, organizando uma resposta concertada em conjunto com a população local, com o intuito de ajudar a aliviar o sofrimento de quaisquer indivíduos, sem discriminação. De regresso a Genebra escreve um livro chamado “Memória de Solferino”, financiando a sua publicação, no qual defende a criação de um tratado que garanta a proteção dos profissionais de saúde e hospitais de campanha em cenário de guerra.⁸ Já em 1863, tem lugar uma conferência internacional com representantes de vários países, que precede assim aquela que ficou conhecida como a Convenção de Genebra, da qual fazem parte 12 reinos e estados, entre eles o Reino de Portugal. Nos anos seguintes assiste-se assim à criação daquele que ainda hoje é conhecido pelo

“Comité Internacional da Cruz Vermelha” que vem a determinar, pela primeira vez, os princípios da ação humanitária.^{8,9}

Os *Princípios Fundamentais do Movimento da Cruz Vermelha e Crescente Vermelho* facultam uma base ética sólida e uma moldura operacional, consistindo assim numa “bússola” que guia a sua intervenção. Atualmente, são 7 os princípios fundamentais, organizados de forma lógica e hierárquica, conforme teorizado pelo seu principal arquiteto, Jean Pictet, em 1979 (Figura 1).



Figura 1. Princípios Fundamentais do Movimento da Cruz Vermelha e Crescente Vermelho

Humanidade e Imparcialidade são princípios substantivos, os “alvos” da ação humanitária. *Neutralidade e Independência* são princípios operacionais, ferramentas para os promotores da ação humanitária. Finalmente, *Serviço Voluntário, Unidade e Universalidade* são princípios organizacionais, facultam as fundações institucionais que viabilizam a ação humanitária.⁸

Da necessidade de uniformizar princípios e formas de atuação, em 1997 surge o projeto *Sphere*, criado por um grupo de organizações não governamentais em conjunto com o Movimento da Cruz vermelha e Crescente Vermelho. Esta organização publica assim, pela primeira vez, a Carta Humanitária, expressando o consenso destas organizações quanto aos diferentes princípios que devem reger a resposta a um desastre ou conflito. Os princípios expressos incluem o direito a viver com dignidade, o direito à assistência humanitária, o direito à proteção e segurança bem como os direitos e obrigações previstos pela lei internacional.¹⁰

Assim, os 4 vetores da ação humanitária assentam em:

- Abastecimento de água, saneamento e promoção da higiene;
- Segurança alimentar e nutrição;
- Abrigo;
- Cuidados de saúde.¹¹

Tem-se verificado uma necessidade crescente em termos de ajuda humanitária e esta tem sido prestada de forma progressivamente mais organizada e eficaz, tentando dar resposta às populações mais necessitadas, nas dimensões acima referidas. De facto, em 2021, de acordo com os dados da UNICEF, foi fornecida água potável a 34 milhões de pessoas, muitas das quais deslocadas; cerca de 105 milhões de pessoas receberam comida nos primeiros 9 meses do ano, de acordo com a *World Food Programme*; foi dado abrigo a mais de 6.6 milhões de pessoas em campos de refugiados, em 13 países, (*Camp Coordination and Camp Management*) e foram prestados cuidados de saúde a mais de 4.2 milhões de pessoas, segundo o Alto Comissariado para os Refugiados, das Nações Unidas. As ações humanitárias implementadas têm-se tornado progressivamente mais abrangentes e holísticas, procurando dar resposta às várias dimensões das populações afetadas.

De acordo com o que foi já referido, os objetivos da ação humanitária são primariamente três: salvar vidas, aliviar o sofrimento e manter a dignidade humana.¹² Apesar destes objetivos se repetirem, o papel que cada um deles assume nas práticas da saúde humanitária raramente é idêntico. Recentemente, a comunidade científica e os profissionais envolvidos na ação humanitária têm sublinhado este desequilíbrio, fazendo notar que os esforços implementados para minorar o sofrimento e garantir a dignidade dos indivíduos— especialmente aqueles cujas vidas não poderão ser salvas durante uma crise humanitária - recebem atenção limitada neste sector.^{13,14} A necessidade de que as organizações humanitárias implementem medidas para aliviar a dor e o sofrimento é cada vez mais reconhecida¹⁵ e tem sido consubstanciada por *guidelines* internacionais robustas, publicadas nos últimos anos.^{2,10,16}

2. CUIDADOS PALIATIVOS EM SITUAÇÕES DE CRISE HUMANITÁRIA

Os Cuidados Paliativos (CP) são considerados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2020 como um componente crucial dos cuidados de saúde integrados e centrados na pessoa. Definem-se como uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos doentes - adultos e crianças - e suas famílias, que se defrontam com os problemas relacionados com uma doença ameaçadora de vida. São cuidados que previnem e aliviam o sofrimento - físico, psicossocial ou espiritual - através da sua identificação precoce, avaliação correta e tratamento adequado. A OMS declara ainda que o alívio do sofrimento, nas vertentes já referidas, é uma responsabilidade ética global.¹

Os CP são explicitamente reconhecidos como um direito humano para a saúde, devendo ser implementados com especial atenção às necessidades e preferências específicas dos indivíduos, reconhecendo o enquadramento cultural como sendo da maior importância.¹

O argumento para encarar os Cuidados Paliativos como um direito humano surge pela primeira vez em 2007, num artigo de Brennan,¹⁷ como uma inferência do direito internacional à saúde, e tendo como intuito a implementação de todas as medidas necessárias para o alívio do sofrimento. De acordo com a lei internacional existem duas vias para este direito: o direito à saúde e o direito de não ser tratado de forma cruel, desumana ou degradante.¹⁷ No contexto dos CP, os doentes com doenças limitadoras de sobrevida devem então ter acesso aos devidos cuidados de saúde, medicação básica para garantir controlo sintomático bem como a integração destes cuidados nas políticas e sistemas de saúde nacionais.¹⁸ De facto, o Comité das Nações Unidas (UN) para os Direitos Económicos, Sociais e Culturais afirma que é da maior importância o cuidado aos doentes crónicos e terminais, prevenindo o sofrimento e permitindo que morram com dignidade.¹⁹

A *Worldwide Hospice Palliative Care Alliance* (WHPCA) – na segunda edição do *Global Atlas of Palliative Care*, de 2020,¹⁸ refere-se aos CP como o “segredo mais bem guardado nos cuidados de saúde”. De facto, existem demasiadas pessoas que ainda hoje não conseguem ter acesso a este serviço essencial, especialmente em países de baixo e médio rendimento.

Em 2014, a *World Health Assembly* emanou a resolução 67.19 designada “*Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course.*”²⁰ Esta resolução chama pela primeira vez à ação todas as nações de forma a tornar sólida a sua resposta em CP e assegurar a sua disponibilidade ubíqua. Apesar do aumento de resposta em CP face a essa data, ainda mais de 56.8 milhões de pessoas carecem anualmente de cuidados paliativos, incluindo 25.7 milhões de doentes no último ano de vida e 31.1 milhões antes deste. A maioria (67.1%) são adultos acima dos 50 anos e pelo menos 7% são crianças.¹⁸

Apesar da sobrecarga relacionada com doença severa e causadora de sofrimento, os Cuidados Paliativos são maioritariamente inacessíveis para a maioria das pessoas. Mundialmente, apenas 14% das pessoas que precisam de Cuidados Paliativos atualmente deles beneficiam.¹ Esta discrepância acentua-se no que diz respeito aos países de baixo rendimento, estimando-se que a maioria dos adultos a carecer de CP vive em países de médio e baixo rendimento (76%) e uma proporção ainda mais expressiva no que diz respeito às crianças (>97%). A necessidade de Cuidados Paliativos nunca foi tão grande e está a aumentar rapidamente face ao envelhecimento da população, aumento de doença oncológica e outras doenças não transmissíveis, bem como devido à emergência da pandemia COVID-19. Estima-se que em 2060 a proporção de pessoas que irão carecer de CP em fim de vida aumente cerca de 87% face a 2016.²¹ Apesar de, nos países de elevado rendimento, tradicionalmente se correlacionar os CP às doenças oncológicas, a verdade é que mundialmente estas representam apenas 28.2% das doenças que originam necessidades paliativas. Mais de 70% diz respeito a outras doenças como a infeção VIH (22.2%), doença cerebrovascular (14.1%) e demência (12,2%).¹⁸

Da leitura anterior extrai-se que os princípios fundamentais dos CP e do Humanitarismo são globalmente partilhados, alicerçando-se no alívio do sofrimento, manutenção da dignidade e reconhecimento da nossa humanidade e fragilidade partilhadas. Parece assim paradoxal que as crises e emergências humanitárias – eventos marcados por elevada mortalidade – não tenham incluído, até data recente, os CP nos seus protocolos de intervenção. Ora os CP são precisamente uma especialidade focada no suporte a pessoas com doenças graves ou terminais e àqueles que se aproximam da morte. Por que razão, então, se encontra a narrativa da resposta humanitária maioritariamente

desprovida de Cuidados Paliativos? Uma explicação possível é a de que existe um conhecimento insuficiente do propósito dos CP por parte da comunidade humanitária. Muitos consideram que a palição consiste numa intervenção reservada para o fim da vida, quando qualquer tentativa de tratamento curativo é redundante ou “não há mais nada a oferecer”. Desconhecem, pois, que se trata de uma abordagem que visa minimizar o sofrimento e maximizar a qualidade de vida.²² Na verdade, a evidência tem vindo a mostrar-nos inclusivamente que cuidados de fim de vida adequados - em contexto de catástrofes naturais - aumentam a taxa de sobrevivência dos indivíduos^{23,24} e a sua sobrevida.²⁴

Historicamente, as organizações humanitárias estão mais vocacionadas para a gestão de situações agudas e menos preparadas para a gestão de doenças crónicas com cursos prolongados.²⁵ De facto, durante as fases iniciais de uma emergência, verifica-se uma elevada taxa de mortalidade entre refugiados e pessoas deslocadas, a maioria das causas relacionando-se com ferimentos de guerra, diarreia, infeções respiratórias agudas e outras doenças infecciosas, nomeadamente entre os indivíduos mais idosos.²⁶ As organizações humanitárias internacionais encontram-se bem preparadas para salvar vidas através do controlo de doenças infecciosas, garantia da saúde materno-infantil e prestação de cuidados cirúrgicos em contexto de ferimentos agudos, muitas vezes decorrentes de conflitos bélicos. O alívio do sofrimento neste âmbito, no entanto, diz respeito maioritariamente ao controlo da dor e é frequentemente levado a cabo por anestesiológicas, sobretudo em contexto pós-cirúrgico.²⁷ Apesar de cada vez mais prevalentes em contexto humanitário, a prestação de CP a doenças crónicas só agora começa a entrar na cultura destas organizações. Como exemplo, nas populações refugiadas, a experiência de crise parece funcionar como um *stressor*, tornando os indivíduos mais vulneráveis a doença e morte, nomeadamente com incremento de mortalidade por doença cardiovascular.²⁸ Em concreto, *Coutts et al* descreve, em 2013, uma prevalência de doença cardiovascular de 54% na população de refugiados Sírios no Líbano, encontrando-se estes muitas vezes em risco de vida face à impossibilidade de acesso a cuidados de saúde.²⁹

Em contexto de crise humanitária, os Cuidados Paliativos afirmam-se pela primeira vez como uma necessidade premente durante a epidemia de Ébola na África Ocidental com

início em 2014, quando a ajuda humanitária se confronta com um elevado número de doentes sem possibilidade de cura, mas a carecer de cuidados.^{30,31}

À medida que o movimento de integração dos CP nos sistemas de saúde em todo o mundo continua a crescer, crescem também os apelos a que estes façam parte da resposta humanitária em situações de crise.^{15,22,32} O manual SPHERE de 2018¹⁰ – uma referência que dita os standards e boas práticas nas ações humanitárias - é provavelmente o testemunho mais claro da mudança de paradigma quanto à inclusão de CP em situações de crise humanitária.

Os países estão a integrar os CP nas suas respostas de saúde a diferentes ritmos. Este processo tende a ser particularmente lento em países de baixo e médio rendimento mas alguns países de baixo rendimento identificaram esta necessidade há vários anos e implementaram medidas para lhe dar resposta – exemplo concreto é o caso do Uganda, que tem um programa de CP implementado, há mais de 20 anos, para os doentes com SIDA.³³

*Powel et al*²² sugere quatro tipos de cenários humanitários para os quais a provisão de CP é especialmente relevante:

- Conflitos prolongados, nos quais os indivíduos lidam com doenças limitadoras da sobrevivência, que já previamente requeriam CP ou cujas necessidades se exacerbaram em função da crise;
- Eventos com mortalidade massiva, nos quais os indivíduos são triados com base na probabilidade de sobrevivência;
- Surtos de doenças infecciosas com opções terapêuticas limitadas e elevada mortalidade (ex.: Ébola);
- Campos de refugiados e de pessoas deslocadas, com necessidade de prestação de CP durante a permanência nestes campos, que pode ser prolongada.

Nestas circunstâncias, os CP surgem como uma resposta eficaz, com elevado impacto e baixo custo, garantindo o alívio do sofrimento não apenas físico, mas também psicológico e espiritual.^{14,34,35} No fim da vida, o desejo partilhado pela maioria das pessoas é o de ter consigo a presença de familiares ou amigos, não experienciar dor ou outras formas de sofrimento físico e manter a sua dignidade, sendo alvo de cuidados revestidos de respeito pelas suas crenças e valores pessoais ou culturais.³⁶

No entanto, durante uma crise ou emergência humanitária, existe uma limitação no acesso a cuidados de saúde, medicamentos e possibilidade de evacuação do seu local de cuidados, levando a que muitos acabem por morrer longe das suas famílias e desprovidos de tudo o que é mais relevante nesta fase.^{37,38}

Apesar da noção que temos das diferentes subpopulações que carecem de cuidados paliativos, sabemos ainda pouco^{15,39} acerca da melhor forma de:

- Triar os indivíduos de forma ética, respondendo às suas necessidades;
- Equilibrar a natural prioridade de reservar intervenções *life-saving* para os indivíduos com maior probabilidade de sobreviver, em contexto de escassez de recursos;
- Controlar a dor, muitas vezes sem recurso possível a fármacos opioides;
- Capacitar em CP os prestadores de ajuda humanitária;
- Elaborar standards, *guidelines* e protocolos de CP específicos para situações de crise humanitária, com base na evidência e simultaneamente culturalmente competentes;
- Atenuar os receios dos prestadores de ajuda humanitária de que reforçar o compromisso em CP se possa traduzir em desinvestimento no acesso a tratamentos curativos.

No que diz respeito ao primeiro ponto, sabe-se que os sistemas de triagem em contexto de crise humanitária, particularmente em eventos agudos, têm uma baixa sensibilidade para identificar as necessidades paliativas dos indivíduos. O contexto humanitário rege-se pelo eixo ético de “*fazer o máximo bem pelo maior número de pessoas*”^{37,40} Esta noção pode implicar que, onde as necessidades ultrapassam os recursos, muitos indivíduos não receberão cuidados médicos, dado que estes estão concentrados nos aqueles que terão maior probabilidade de sobreviver. Esta *triagem de catástrofe*⁴¹ vai contra os princípios éticos que visam que todos os doentes recebam os melhores cuidados possíveis.⁴² Estes algoritmos de triagem induzem assim uma falsa dicotomia entre abordagens curativas e paliativas, quando estas deveriam ser complementares e integradas.

De acordo com a OMS,² existem vários princípios que se aplicam aos Cuidados Paliativos nos diferentes tipos de crise ou emergência humanitária:

1. O objetivo fundamental – não só dos CP mas da medicina em si, incluindo a que é praticada em crises humanitárias – é o de aliviar o sofrimento. Salvar vidas é uma forma crucial para atingir este objetivo, mas não a única;
2. As respostas às crises humanitárias devem incluir CP e alívio sintomático. Respostas que não incluam CP são medicamente deficientes e eticamente indefensáveis;
3. Em contexto de emergência ou crise humanitária, o conceito de que os CP “encaram a morte como um processo normal” e não têm como propósito “atrasar a morte” – de acordo com a definição da OMS de 2002 – requer clarificação adicional. Neste contexto, qualquer clínico, incluindo aqueles treinados em CP, devem fazer todos os esforços para salvar todas as vidas passíveis de serem salvas. A única exceção deverá ser a de o doente ter uma condição prévia que seja limitadora da sobrevivência e ter sido discutido com ele a não implementação de medidas invasivas.
4. Os CP nunca obviam a morte, mas providenciam o tratamento necessário para que se atinja um adequado nível de alívio sintomático.
5. Os CP e os tratamentos curativos não devem ser encarados como distintos, devendo encontrar-se integrados tanto quanto possível, sobretudo nos doentes com situações agudas, ameaçadoras de vida ou triados de vermelho. (Tabela 1 e 2)
6. Os CP devem ter início logo que possível nas situações não ameaçadoras de vida (triados de amarelo, Tabela 1 e 2) nos quais os tratamentos dirigidos podem ser atrasados.
7. OS CP devem ser prestados a todos os doentes triados de azul, expectantes, (Tabela 1 e 2) e devem ter instituição imediata.

Com base nestes pressupostos, a OMS propôs em 2018² uma adaptação ao modelo de triagem convencional, conforme se descreve nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1. *Triagem standard em situações de crise e emergência humanitária.*

Categoria	Código de cor	Descrição
1. Imediato	Vermelho	Sobrevivência possível com tratamento imediato.
2. Diferido	Amarelo	Sem necessidade de tratamento imediato, mas com necessidade breve. Seria tratado de imediato em circunstâncias normais.
3. Mínimo	Verde	Necessitará de tratamento médico após tratamento de doentes mais urgentes.
4. Expectante	Azul	Sobrevivência impossível com os cuidados disponíveis.

Tabela 2. *Categorias de triagem recomendadas pela OMS em situações de crise ou emergência humanitária*

Categoria	Código de cor	Descrição
1a. Imediato	Vermelho	Sobrevivência possível com tratamento imediato. Os Cuidados Paliativos devem ser integrados tanto quanto possível com os tratamentos curativos.
2a. Expectante	Azul	Sobrevivência impossível com os cuidados disponíveis. Carece de Cuidados Paliativos.
	Amarelo	Sem perigo imediato de vida. Tratamento necessário em breve. Pode ser necessária, de imediato, a implementação de Cuidados Paliativos ou de controlo sintomático.
3. Mínimo	Verde	Necessitará de tratamento médico após tratamento de doentes mais urgentes. Alívio sintomático possivelmente necessário.

Conforme se pode verificar, a Tabela 1 não faz qualquer menção a CP ou alívio sintomático e sugere que a categoria 4 – doentes expectantes – devem receber ainda menos atenção e cuidados do que os doentes com situações clínicas ligeiras. A OMS propõe assim uma adaptação a esta categorização - que se encontra expressa na Tabela 2 – mais enquadrada aos princípios médicos e éticos.

As crises humanitárias continuam a tornar-se cada vez mais intensas e mais prolongadas, evidenciando-se como necessária uma mudança de paradigma, por forma a não negligenciar as necessidades de muitos em prol da sobrevivência de alguns. Torna-se mandatário, pois, que todos os profissionais de saúde dedicados à ajuda humanitária tenham formação em cuidados paliativos, munindo-se assim de um conjunto de ferramentas básicas para assegurar o alívio do sofrimento a todos os doentes, não só aqueles que têm possibilidade de cura.

3. CUIDADOS PALIATIVOS EM CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19

A doença a coronavírus, originada em Wuhan, China, em Dezembro de 2019 (COVID-19) disseminou-se rapidamente, com casos confirmados em praticamente todos os países do mundo traduzindo-se numa nova crise global de saúde pública.⁴³ O agente etiológico foi designado por *Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* (SARS-CoV-2). O vírus parece ter origem nos morcegos e a transmissão humana ocorre através do contacto com pessoas infetadas. A OMS designou a doença como COVID-19 e declarou-a como pandemia no dia 11 de Março de 2020.⁴⁴ À data atual, continuamos a lidar diariamente com esta realidade e respetivos constrangimentos, contando já com mais de 350 milhões de casos de infeção, tendo conduzido já à morte mais de 5.5 milhões de pessoas em todo o mundo.⁴⁵

Os sistemas de saúde têm sido desafiados pelo desmedido aumento da demanda por cuidados a pessoas com COVID-19. No entanto, a lacuna de cuidados de saúde prestados a pessoas com todas as outras doenças e condições clínicas - fruto do medo, estigma, desinformação e limitações à mobilidade e prestação de cuidados condicionados pela pandemia - está ainda agora a emergir. Assim se justifica um achado que é transversal a todos os casos de surtos de doenças infecciosas – verifica-se um aumento na mortalidade direta, causada pela doença em si e na morbimortalidade indireta associada a causas tratáveis ou passíveis de prevenção, que são negligenciadas em função da primeira.⁴⁶ Os países têm, assim, enfrentado decisões difíceis no sentido de atingir um equilíbrio balanceado entre responder à pandemia e assegurar a prestação de cuidados nos restantes serviços de saúde.

Ao tratar-se de uma condição com elevada taxa de mortalidade, sobretudo nas primeiras vagas - e em virtude da escassez de recursos para dar resposta às necessidades - a pandemia COVID-19 veio amplificar a necessidade de discutir, à luz da ética, os problemas relacionados com alocação de recursos, fim de vida e alívio do sofrimento. Em suma, numa era em que a medicina se crê invencível, o mundo inteiro viu-se confrontado com a sua própria vulnerabilidade e mortalidade. Lendo a sequência de eventos da perspetiva de quem presta Cuidados Paliativos parece, deste modo, evidente

a necessidade de estes tomarem um papel preponderante na resposta à pandemia COVID-19 desde o primeiro momento.

De facto, globalmente, a necessidade de CP nunca foi tão grande. Quer porque a pandemia colocou novos desafios à prestação de cuidados às pessoas que já careciam de CP quer porque a infeção SARS-CoV2 despoletou necessidades paliativas de novo a milhões de pessoas, numa tempestade de sofrimento físico, emocional e psicológico sem precedentes.

Esta realidade é amplificada nos países de baixo rendimento e em situações prévias de crise humanitária, tornando as condições de vida destas populações ainda mais vulneráveis. De acordo com os dados mais recentes das Nações Unidas⁶ apenas 4% dos 7 biliões de vacinas contra a COVID-19 administradas mundialmente chegaram aos países com um plano de resposta humanitária. Em dois terços destes países, mais de 20 milhões de pessoas foram empurradas para a pobreza extrema. Adicionalmente, fruto do redireccionamento de recursos - já de si escassos - verificou-se um decréscimo no diagnóstico e tratamento de infeções como HIV, tuberculose e malária. As consultas pré-natais caíram em 43% e cerca de 23 milhões de crianças, mundialmente, não cumpriu com a regular vacinação infantil.⁶

Como em qualquer situação de desastre ou crise, de acordo com o número de pessoas afetadas e a duração da mesma, os cuidados de saúde podem progredir de cuidados convencionais para cuidados de contingência – onde o cuidado é substancialmente prestado de forma regular, embora com abordagens não standard em algumas situações – até cuidados de crise. Esta categoria é caracterizada pela elevada demanda em termos de prestação de cuidados de saúde, que pode manifestar-se por escassez de recursos humanos, medicação ou outros recursos materiais.⁴⁷ Foi a esta mudança de padrão que se assistiu na maioria dos países afetados, sobretudo no início da pandemia, em 2020. Em alguns países, a mudança aconteceu de forma lenta e noutros de forma abrupta, levando à disrupção absoluta dos sistemas de saúde e respetiva capacidade de resposta face ao número esmagador de doentes a carecer de cuidados num curto intervalo de tempo.

Ora, a preparação para eventos como este diz respeito à medicina de catástrofe, conforme aprofundado no capítulo anterior. Assim sendo, os planos de resposta

implementados deveriam ter em conta as normas orientadoras existentes para este tipo de eventos, nomeadamente no que diz respeito ao âmbito deste trabalho – os Cuidados Paliativos. Quando a pandemia teve início no mundo ocidental, as normas emitidas pela OMS para a *“Integração dos Cuidados Paliativos e alívio sintomático na resposta a crises e emergências humanitárias”*² contavam já com cerca de 2 anos pós publicação, no entanto, pela forma como maioritariamente os países vieram a responder infere-se que as referidas normas não foram tidas em conta. Mesmo os documentos das autoridades internacionais tiveram que ser atualizados progressivamente de forma a contemplar a inclusão dos CP na resposta à pandemia COVID-19, não previstos ou apenas mencionados nas primeiras edições das mesmas, deixando a descoberto a forma como os serviços se deveriam concretamente organizar para providenciar uma resposta eficaz a este nível.^{48,49}

Conforme descrito anteriormente, o princípio ético que guia a abordagem em situações de pandemia ou outras emergências humanitárias é o de que *“todos são igualmente importantes”* o que é distinto de – *todos devem ser tratados da mesma forma*.⁵⁰ Assim, os doentes que enfrentam um prognóstico ominoso têm o mesmo direito a receber os devidos cuidados – nomeadamente no que diz respeito ao controlo de sintomas, como a dispneia – de forma atempada e eficaz quando em comparação com os doentes que têm indicação para medidas invasivas. É, por isso, da maior importância que os recursos - humanos e materiais - para a prestação destes cuidados sejam planeados de uma forma tão prioritária como a alocação de recursos para Cuidados Intensivos.

Como exemplo da imensa necessidade de CP no contexto da COVID-19, num complexo médico em Nova Iorque, durante o pico de uma das vagas, a demanda por CP aumentou até 7 vezes.⁵¹ Os especialistas em CP são um recurso limitado e finito que deve ser gerido em concordância com a priorização de necessidade. Tal como um intensivista deverá tomar a seu cargo os doentes graves, em situações de falência de órgão ou risco de vida, mas com possibilidade de recuperação, também o paliativista deve ser envolvido nas situações complexas de refratariedade no controlo sintomático, em questões éticas ou outras, por exemplo relacionadas com planeamento avançado de cuidados. A literatura mostra-nos que há, de facto, necessidade de expandir o acesso a CP em contexto da pandemia COVID-19. Este objetivo foi conseguido por inúmeras equipas, um pouco por todo o mundo, geralmente de forma inventiva e inovadora, fazendo uso das novas

tecnologias para chegar a mais pessoas e de uma forma mais eficiente.⁵¹⁻⁵⁴ No entanto - à semelhança de outras situações de crise em que a oferta de recursos é largamente ultrapassada pela demanda - é fundamental investir na formação de todos os profissionais de saúde em CP, de tal modo que todos estejam capacitados, de forma básica, para garantir uma abordagem paliativa de primeira linha diligente.

É ainda da maior importância referir que esta ausência de preparação para abordar o fim de vida - e simultâneo confronto com os dilemas éticos e morais que pautaram milhares de decisões tomadas por inúmeros clínicos em todo o mundo face à escassez de recursos - vieram cunhar de um enorme sofrimento psicológico as chamadas equipas de “primeira linha”, dedicadas aos doentes com COVID-19.

Para além dos motivos já referidos, estes profissionais viram-se ainda obrigados a turnos extensos e virtualmente contínuos, com uma enorme sobrecarga do trabalho individual e condições físicas desgastantes para o desempenhar - nomeadamente fruto do necessário uso de equipamento de proteção individual. Acrescem ainda fatores pessoais, como o receio de contrair a doença ou de a transmitir aos outros, nomeadamente às suas famílias, vendo-se muitas vezes na necessidade de se afastarem destas. Um estudo da *British Medical Association*⁵⁵ de Maio de 2020 mostrou que 45% dos médicos no Reino Unido sofria de depressão, ansiedade, *stress*, *burnout* ou outra alteração de saúde mental relacionada ou agravada pela pandemia COVID-19. As sequelas, no que diz respeito à saúde mental dos profissionais de saúde, serão incalculáveis nos anos vindouros. Estes profissionais reportam frequentemente pensamentos recorrentes, sentimentos de raiva e culpa, tendência para abuso de substâncias, hipervigilância, pesadelos e, no limite, ideação suicida. Em suma, sinais de Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT). De facto, *Sahebi et al*,⁵⁶ numa meta-análise de Novembro de 2021, evidenciou uma prevalência de PSPT de 13.52% em profissionais de saúde durante a pandemia COVID-19. A título comparativo, de notar que numa outra meta-análise, de *Williamson et al*⁵⁷ de 2017, a prevalência encontrada de PSPT em veteranos de guerra norte-americanos foi de 8.4%. Estes dados obrigam a uma séria reflexão. É obrigação moral coletiva proteger e aliviar o sofrimento dos indivíduos doentes, mas também cuidar de quem cuida. A OMS publicou, em Março de 2020, um guia relativo à saúde mental no âmbito da pandemia COVID-19 em que se faz referência aos profissionais de saúde;⁵⁸ no entanto, não será demais realçar que parte

do problema se prende com falta de formação, aptidões e recursos psicoemocionais para lidar com o sofrimento alheio e com o fim de vida. É este o âmbito em que os CP podem trazer um valor acrescentado, dado que é a sua área de intervenção. Capacitar os profissionais de saúde para o controlo sintomático, tomada de decisões e interação com os doentes e famílias, sobretudo em período de agonia, teria certamente uma repercussão objetiva em mitigar o sentimento de incapacidade e até de impotência vivenciado por muitos. É, por isso, um dever ético e moral a intervenção dos CP, tanto na interação direta com os doentes e famílias como no sentido de capacitação e apoio interpares por forma a, assim, minorar o sofrimento de todos.

II. MATERIAL E MÉTODOS

4. PROBLEMAS EM ESTUDO

Da pandemia COVID-19 e da necessidade empírica da integração precoce e eficaz dos CP na sua resposta, surge a problemática desta tese. Com este trabalho procura-se concretizar, de forma sustentada pela literatura, a moldura organizacional com que os Cuidados Paliativos devem integrar qualquer situação de crise humanitária e, de uma forma mais particular, a pandemia COVID-19.

Em concreto, pretendeu-se assim responder às seguintes questões principais:

Do ponto de vista organizacional:

- 1. Quais as recomendações para a integração dos CP em situações de crise humanitária?**
- 2. De que forma têm os CP integrado a resposta a situações de crise humanitária?**

De forma complementar, procurou-se ainda acrescentar valor a esta pesquisa procurando aferir de que forma estas indicações existentes têm tomado corpo na prática:

De uma perspetiva de gestão de recursos:

- 3. Quais as recomendações existentes para a integração dos CP em contexto da pandemia COVID-19?**
- 4. Como têm os CP incorporado a resposta à pandemia COVID-19?**

Tipo de Estudo

Revisão *scoping*, cujo propósito é o de mapear o conhecimento existente sobre os modelos organizacionais de implementação de Cuidados Paliativos em situações de crise humanitária e de que forma estes se adaptam à Pandemia COVID-19. Esta pesquisa foi realizada de acordo com as orientações do *Joanna Briggs Institute* para revisões *scoping*.⁵⁹

Critérios de inclusão

Para esta pesquisa foi considerada a população adulta em contexto de crise humanitária ou pandemia COVID-19. Foi decidido incluir artigos completos, indexados às bases de dados PUBMED, CINHALL e SCOPUS. Após uma primeira pesquisa de aferição decidiu-se, para o efeito desta revisão *scoping*, não incluir literatura cinzenta por se tratar de um estudo de âmbito alargado, com resultados vastos e muito heterogéneos neste tipo de literatura.

Restringiu-se a pesquisa a artigos publicados entre 01 Janeiro de 2011 e 15 Novembro de 2021, publicados em língua portuguesa, inglesa, francesa e espanhola.

Admitiu-se incluir apenas artigos que contivessem modelos organizacionais quanto à forma de inclusão dos CP nos planos de resposta a situações de crise humanitária ou pandemia COVID-19. Não se consideraram assim, para o propósito desta revisão, artigos relativos a estes temas de uma perspetiva apenas conceptual ou que focassem aspetos particulares da resposta, nomeadamente, manejo sintomático ou a forma como os CP se organizaram internamente em período COVID-19. O âmbito deste trabalho é o vetor CP – resposta global em cuidados de saúde, seja no que diz respeito à intervenção humanitária ou organização e planeamento hospitalar.

5. ESTRATÉGIA DE PESQUISA E BASES DE DADOS

Foi realizada uma pesquisa limitada às bases de dados PUBMED, CINHALL e SCOPUS, com análise das palavras de texto contidas no título e no resumo e nos termos do índice utilizados para descrever os artigos.

A pesquisa nas bases de dados referidas teve lugar nas seguintes datas: PUBMED a 03 de Agosto de 2021, CINHALL a 05 Agosto de 2021 e SCOPUS a 06 de Agosto de 2021.

Os filtros de intervalo temporal e língua foram aplicados a cada base de dados para que os resultados da sintaxe já os refletissem.

De forma a simplificar a leitura apresenta-se, a título de exemplo, os descritores utilizados na plataforma de pesquisa PUBMED, com referência aos termos *Mesh* (Tabela 3). A pesquisa nas plataformas CINHALL e SCOPUS foi adaptada deste modelo. No Apêndice 1 descreve-se em tabela - Tabela 11 a Tabela 13 - a informação detalhada quanto aos termos de entrada e respetiva sintaxe, para todas as plataformas pesquisadas.

Tabela 3. *Descritores Mesh utilizados na plataforma PUBMED*

CONCEITO	CONTEXTO
ADAPTAÇÃO DOS MODELOS DE INTERVENÇÃO DOS CP	EM SITUAÇÃO DE CRISE HUMANITÁRIA (INCLUI PANDEMIA COVID-19)
Mesh Palliative medicine; Palliative care; Hospice care; Hospice and palliative care nursing; Terminally ill; Terminal care	Mesh Disasters; Disaster Planning; Mass Casualty Incidents; Natural Disasters; Avalanches; Cyclonic Storms; Droughts; Earthquakes; Floods; Landslides; Tidal Waves; Tornadoes; Wildfires; Relief Work; Rescue Work; Disaster Victims; Disaster Medicine; Armed Conflicts; Pandemics; COVID-19

Os resultados da sintaxe foram migrados para a plataforma Rayyan⁶⁰ possibilitando a revisão “cega” por vários revisores. Para o processo de decisão quanto aos artigos a incluir foi implementado o método PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses*) utilizando o algoritmo revisto, de 2020.⁶¹ Numa primeira fase excluíram-se os artigos duplicados. Tendo por base os critérios de inclusão, procedeu-se à análise dos artigos: primeiramente sob análise dos títulos e resumos e,

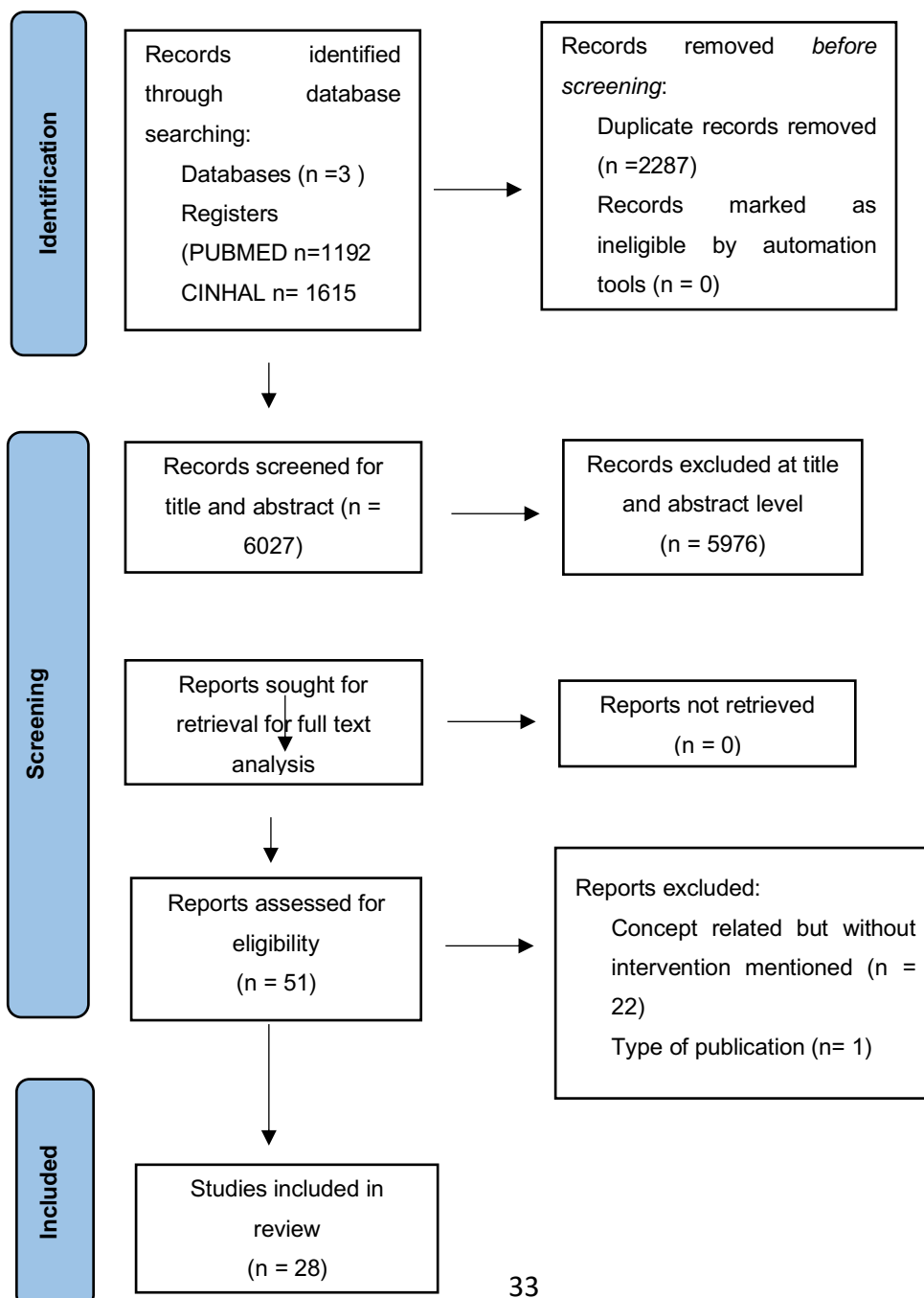
em seguida, avaliando os artigos recolhidos através do crivo anterior, através de leitura completa dos mesmos.

Para prossecução no algoritmo PRISMA e inclusão/exclusão dos artigos no estudo, estes foram analisados por dois revisores independentes e, em caso de discordância apesar de discussão entre ambos, com recurso a um terceiro revisor.

III.RESULTADOS

Da pesquisa efetuada nas três bases de dados já referidas, obteve-se um total de 8494 artigos, dos quais foram eliminados 2287 que correspondiam a duplicados. Os 6027 artigos únicos foram então avaliados quanto ao conteúdo do resumo, permitindo excluir 5976 artigos que não cumpriam critérios de inclusão quanto à população, conceito ou contexto ou que não respondiam às questões do estudo. Submeteu-se a leitura completa os 51 artigos que se adequavam a nível de conteúdo de resumo e destes foram escolhidos 28 que cumpriam critérios de inclusão.

6. FLUXOGRAMA PRISMA



7. ORGANIZAÇÃO DOS DADOS RECOLHIDOS

Para melhor organizar os resultados obtidos, opta-se por sistematizar os dados separadamente – artigos que dizem respeito a intervenções dos CP em situações de crise humanitária e, de forma mais específica, CP em situações de pandemia COVID-19.

8. DESCRIÇÃO GERAL DOS ARTIGOS INCLUÍDOS

De seguida, encontram-se descritos os dados gerais relativos aos artigos incluídos na revisão (Tabela 4 e Tabela 5).

A análise destes dados permite constatar que a maioria (63%) das publicações referentes a CP em contexto de crise humanitária dizem respeito a 2018 ou data posterior, e maioritariamente provenientes da América do Norte (Estados Unidos da América e Canadá), quer em exclusivo (45%) quer em colaboração com outros países (18%).

Tabela 4. Cuidados Paliativos e Crises Humanitárias - informações gerais sobre os artigos incluídos.

Referência	Ano	País	Tipo Publicação	Língua
62	2011	Estados Unidos da América	Artigo de opinião	Inglês
40	2014	Estados Unidos da América	Revisão Sistemática da Literatura	Inglês
13	2015	Estados Unidos da América, África do Sul, Quênia	Correspondência	Inglês
30	2015	Estados Unidos da América	<i>Guideline</i>	Inglês
2	2018	Suíça	<i>Guideline</i>	Inglês
63	2018	Suíça	Estudo qualitativo com análise temática	Inglês
64	2019	Líbano	Revisão Sistemática da Literatura	Inglês
65	2020	Canadá, Austrália, Reino Unido, Quênia, Bangladesh	Estudo transversal	Inglês
32	2020	Canadá	Estudo qualitativo com análise temática	Inglês
66	2021	Canadá	Revisão Sistemática da Literatura	Inglês
67	2021	Austrália	Revisão Sistemática da Literatura	Inglês

Os artigos referentes a CP em contexto de pandemia COVID-19 têm todos, naturalmente, data posterior a 2020 e são maioritariamente (64%) provenientes dos Estados Unidos da América.

Tabela 5. Cuidados Paliativos e Pandemia COVID-19 - informações gerais sobre os artigos incluídos.

Referência	Ano	País	Tipo Publicação	Língua
68	2020	Suíça	<i>Guideline</i>	Inglês
53	2020	Estados Unidos da América	<i>Guideline</i>	Inglês
69	2020	Alemanha	Editorial	Inglês
70	2020	Argentina	Revisão narrativa	Espanhol
71	2020	Estados Unidos da América	Revisão narrativa	Inglês
72	2020	Reino Unido	<i>Guideline</i>	Inglês
73	2020	Estados Unidos da América	<i>Guideline</i>	Inglês
74	2020	Reino Unido	Revisão Sistemática da Literatura	Inglês
75	2020	Estados Unidos da América	Artigo de opinião	Inglês
76	2020	Estados Unidos da América	Carta ao Editor	Inglês
77	2020	Estados Unidos da América	<i>Guideline</i>	Inglês
47	2021	Estados Unidos da América	Revisão narrativa	Inglês
51	2021	Estados Unidos da América	Revisão clínica retrospectiva	Inglês
52	2021	Estados Unidos da América	Artigo de opinião	Inglês
54	2021	Estados Unidos da América	<i>Guideline</i>	Inglês
78	2021	Canadá	<i>Guideline</i>	Inglês
79	2021	Estados Unidos da América	Artigo de opinião	Inglês

9. RESPOSTA ÀS QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

De forma a simplificar a leitura e interpretação dos dados, opta-se por organizar em tabelas - Tabela 6 a Tabela 9 – os pontos chave dos dados obtidos através da análise dos artigos, organizados por pergunta. No apêndice 2 - Tabela 14 a Tabela 17 - encontra-se descrita esta mesma informação de uma forma mais extensa, com o resumo dos dados recolhidos.

Neste estudo identificámos 5 artigos, publicados entre 2014 e 2021, que fazem referência a formas de integração dos CP em situações de crise humanitária (Tabela 6) e 6 estudos, publicados entre 2011 e 2021, que mencionam a forma como esta integração tem ocorrido na prática (Tabela 7).

Tabela 6. Pergunta 1 - Quais as recomendações para a integração dos CP em situações de crise humanitária?

Autores	Ano	Título	Pág.	Pontos chave
Biddison et al ⁴⁰	2014	Ethical Considerations: Care of the Critically Ill and Injured During Pandemics and Disasters: CHEST Consensus Statement.	e151S	<ul style="list-style-type: none"> - Transição adequada para CP; - Discussão de questões éticas com o doente e família.
Marston J et al ¹³	2014	Palliative care in complex humanitarian crisis responses	1940	<ul style="list-style-type: none"> - Os CP devem ser parte integrante da resposta humanitária de emergência; - Garantir acesso a medicação essencial em CP.
Rosoff P et al ³⁰	2015	Caring for the Suffering: Meeting the Ebola crisis responsibly	28	<ul style="list-style-type: none"> - Conter a disseminação da doença e assegurar controlo sintomático rigoroso.
Krakauer E et al ²	2018	Integrating palliative care and symptom relief into responses to humanitarian crises	22-26	<ul style="list-style-type: none"> - Medidas específicas para a integração de CP para alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual no que concerne: <ul style="list-style-type: none"> Elaboração de protocolos de abordagem a doentes com necessidades paliativas; Formação em CP; Disponibilizar pacotes de medicamentos essenciais em CP; Articulação com elementos e recursos locais; Assegurar condições higienossanitárias e de alojamento.
Schuster-Wallace CJ et al ⁶⁶	2021	Culturally sensitive palliative care in humanitarian action: Lessons from a critical interpretive synthesis of culture in palliative care literature	8-10	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar competência cultural e formação dos profissionais de saúde; - Inclusão das famílias; - Inclusão de líderes espirituais; - Incluir CP na continuidade de cuidados; - Elaboração de normas e políticas de integração dos CP por parte das organizações e entidades competentes.

Tabela 7- Pergunta 2 - De que forma têm os CP integrado a resposta a situações de crise humanitária?

Autores	Ano	Título	Pág.	Pontos chave
Dajer A et al ⁶²	2011	Disaster preparedness 10 years after 9/11: The experts weigh in	10	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvimento de competências técnicas e clínicas em CP por parte da medicina de emergência; - Compreensão de que uma resposta coordenada a um desastre deve salvar vidas, mas também aliviar o sofrimento; - Alteração da política de prescrição restrita de opioides quando necessário – exemplo da resposta ao furacão Katrina.
Sneider M et al ⁶³	2018	How do expatriate health workers cope with needs to provide palliative care in humanitarian emergency assistance? A qualitative study with in-depth interviews	5-6	<ul style="list-style-type: none"> - Disparidade entre profissionais de saúde provenientes de países de elevado e baixo rendimento; - Os últimos menos capacitados para gerir a dor, encarando com menor estranheza a falta de medicamentos analgésicos.
Farah M et al ⁶⁴	2019	Death, Dying, and End-of-Life Experiences Among Refugees: A Scoping Review	142	<ul style="list-style-type: none"> - Prestação e perceção de cuidados de fim de vida influenciados por: <ul style="list-style-type: none"> Acesso aos mesmos; Cultura.
Doherty M et al ⁶⁵	2020	Illness-related suffering and need for palliative care in Rohingya refugees and caregivers in Bangladesh: A cross-sectional study	6-8, 12-13	<ul style="list-style-type: none"> - Maioria dos doentes experiência dor e outros sintomas e não têm acesso a tratamentos médicos para aliviar o seu sofrimento; - Restrição muito importante ao acesso a fármacos opioides -sobretudo morfina - nos países de baixo rendimento.
Hunt M ³²	2020	Addressing obstacles to the inclusion of palliative care in humanitarian health projects: a qualitative study of humanitarian health professionals' and policy makers' perceptions	4-9	<ul style="list-style-type: none"> - Incorporar intervenções de CP que tenham em consideração aspetos éticos, culturais, religiosos e de segurança dos profissionais de saúde; - Elaborar <i>guidelines</i> e procurar garantir acesso a medicação essencial a CP.
Kelly M et al ⁶⁷	2021	End-of-life care in natural disasters including epidemics and pandemics: a systematic review	7 - 9	<ul style="list-style-type: none"> - Impacto na prestação de serviços: <ul style="list-style-type: none"> Alteração na forma de prestação de cuidados, nas trajetórias de doença e adaptação de recursos humanos e materiais; - Impacto nos prestadores de serviços: <ul style="list-style-type: none"> Pressão acrescida nos prestadores de cuidados de saúde; - Impacto nos utilizadores dos serviços: <ul style="list-style-type: none"> Disparidade no acesso a cuidados de fim de vida, sensação de isolamento por parte dos doentes.

Estreitando o foco para a integração dos CP em contexto de pandemia COVID-19, encontraram-se 18 artigos que correspondiam aos critérios de inclusão, 12 destes contendo normas e indicações teóricas relativos aos modelos de integração (Tabela 8) e 5 artigos que relatam na prática a forma como estes têm vindo a ser implementados, de um ponto de vista organizacional (Tabela 9).

Tabela 8. Pergunta 3 –Quais a as recomendações existentes para a integração dos CP em contexto da pandemia COVID-19?

Autores	Ano	Título	Pág.	Pontos chave
Domenico B et al ⁶⁸	2020	COVID-19: decision making and palliative care	1-2	<ul style="list-style-type: none"> - Todos os doentes com COVID-19 e risco de vida devem ter acesso a CP; - Clarificar antecipadamente objetivos de cuidados; - Decisões complexas de triagem devem ser multidisciplinares e envolver os CP; - Apoio psicossocial e espiritual aos doentes e familiares.
Fausto J et al ⁵³	2020	Creating a Palliative Care Inpatient Response Plan for COVID-19-The UW Medicine Experience	E22-25	<ul style="list-style-type: none"> - Estratégias para prestação de CP em situações de contingência e crise nos Serviços de Urgência, nos Cuidados Intensivos e nos serviços de doentes agudos – médicos e cirúrgicos. Consultoria e elementos integrados nas respetivas equipas.
Anneser J et al ⁶⁹	2020	Dying patients with COVID-19: What should Hospital Palliative Care Teams (HPCTs) be prepared for?	2	<ul style="list-style-type: none"> - Os CP devem tomar parte nos processos de: <ul style="list-style-type: none"> Discussão antecipada de vontades e objetivos de cuidados; Triagem dos doentes e alívio do sofrimento; Controlo sintomático; sobretudo de doentes agónicos; Prestação de apoio psicossocial e espiritual; - Para tal devem definir estratégias para alocação de recursos.
Maglio I et al ⁷⁰	2020	Ethical guides, criteria for admission in intensive care, palliative care. Multi-society recommendations for allocation of resources during the COVID-19 pandemic	52	<ul style="list-style-type: none"> - Elementos principais para referência a CP: <ul style="list-style-type: none"> Necessidades complexas de controlo sintomático; Doentes previamente seguidos por CP; Refratariedade no controlo de sintomas.
Fadul N et al ⁷¹	2020	Integration of palliative care into COVID-19 pandemic planning	41-42	<ul style="list-style-type: none"> - Abordagem de CP a doentes com COVID-19: <ul style="list-style-type: none"> Controlo sintomático, nomeadamente dispneia e <i>delirium</i>; Discussão de objetivos de cuidados e decisão de não reanimação; Apoio à família; Prestação de cuidados de fim de vida; Apoio no luto.
Davies A et al ⁷²	2020	Palliative care in the context of a pandemic: similar but different	2-3	<ul style="list-style-type: none"> - Tarefas a desempenhar por paliativistas em contexto de pandemia ou outras crises em saúde: <ul style="list-style-type: none"> Casos de refratariedade no controlo sintomático; Casos complexos de gestão de doente em fim de vida; Educação e treino a outros profissionais no que concerne cuidados de fim de vida ou controlo sintomático; - Apoio a outros colegas: <ul style="list-style-type: none"> Tomada de decisões quanto a escalada ou não de medidas; Transmissão de “más notícias”.

Radbruch L et al ⁷³	2020	The key role of palliative care in response to the COVID-19 tsunami of suffering	1467-1468	<ul style="list-style-type: none"> - Resposta imediata: Otimizar cooperação e coordenação; Preservar continuidade de cuidados; Reforçar apoio social; Aferir necessidades emergentes. - Estratégias a longo prazo: Expandir a formação em CP; Estabelecer guias de atuação.
Simon N et al ⁷⁴	2020	The Role and Response of Palliative Care and Hospice Services in Epidemics and Pandemics: A Rapid Review to Inform Practice During the COVID-19 Pandemic	e38	<ul style="list-style-type: none"> - Adequar critérios de admissão, visita, voluntariado e apoio às famílias; - Estabelecer protocolos de controlo sintomático e treino a outros profissionais nas áreas chave de CP; - Ampliar acesso com expansão aos cuidados em ambulatório; - Garantir acesso a fármacos essenciais em CP.
Sese D et al ⁷⁵	2020	The role of palliative care in COVID-19	2-4	<ul style="list-style-type: none"> - Recursos humanos: Recursos educacionais e ferramentas para capacitar em CP elementos de todas as equipas; Consultadoria permanente por via telefónica. - Recursos materiais: Medicação e equipamentos necessários para garantir controlo sintomático e gestão do fim de vida; - Logística. <i>Cohort</i> de doentes em final de vida com cuidados focados no alívio sintomático. - Apoio: Otimizar triagem e maximizar prestação de cuidados através de articulação com elementos de outras equipas com possibilidade de recurso a telemedicina.
Powell V et al ⁷⁶	2020	What Should Palliative Care's Response Be to the COVID-19 Pandemic?	e1-e3	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer as equipas de CP como um recurso limitado; - Criar <i>guidelines</i> para apoio no controlo sintomático e prestar consultadoria às equipas de primeira linha; - Treino às equipas de primeira linha em competências essenciais de CP; - Privilegiar meios de comunicação à distância; - Decisões de não implementação de medidas invasivas sempre partilhadas por vários especialistas; - Tornar mais estritos os critérios para consulta direta por CP.
Abbott J et al ⁴⁷	2021	Colorado Palliative Care and Hospice Crisis Standards: Moving Beyond Critical Care Planning	1289-1294	<ul style="list-style-type: none"> - Recursos humanos: Consultadoria primariamente remota e permanente; - Recursos materiais: Acesso a meios indispensáveis e medicamentos essenciais em CP; - Logística:

				<p>Garantir igual acesso a cuidados de fim de vida para doentes com e sem COVID-19;</p> <p>- Apoio: Consultadora e formação a profissionais de saúde na “primeira linha” em ambiente hospitalar e na comunidade e assegurar apoio psicológico e espiritual.</p>
Kaya E et al ⁷⁸	2021	Scalable Model for Delivery of Inpatient Palliative Care During a Pandemic	878-881	<p>- 2 premissas essenciais: garantir que CP especializados continuam disponíveis para doentes e famílias com necessidades complexas e capacitar os todos os profissionais de saúde para gerir os sintomas comuns relacionados à COVID-19.</p> <p>-Alargamento da resposta consoante necessidade: Passo 1 – Modelo de Consultadoria Direta ou virtual, a doentes com necessidades paliativas; Passo 2 – Modelo partilhado Elemento da equipa de CP incorporado nas equipas e unidades de prestação de cuidados; Passo 3 – Modelo <i>cohort</i> - Unidade para cuidados de fim de vida Doentes em fim de vida, a cargo da equipa de CP.</p>

Tabela 9. Pergunta 4 - Como têm os CP incorporado a resposta à pandemia COVID-19?

Autores	Ano	Título	Pág.	Pontos chave
Lopez S et al ⁷⁷	2020	"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	981-983	-Algoritmo de triagem e referência a: Equipa A (remota) – orientação quanto a controlo sintomático e discussões de objetivos de cuidados. Equipa B (presencial) - gestão sintomática refrataria ou discussões complexas de objetivos de cuidados
Blinderman C ⁵¹	2021	A Comprehensive Approach to Palliative Care during the Coronavirus Pandemic	1018-1021	- Acompanhamento virtual dos doentes em ambulatório. Discussões de objetivos de cuidados; Atualização de diretivas antecipadas de cuidados. Consultadoria a cuidados primários; - Formação em CP aos profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados a doentes com COVID-19; - Cuidados partilhados com elementos de CP integrados nas unidades de prestação de cuidados; - Unidades <i>Hospice</i> a cargo das equipas de CP; - Expansão das equipas de CP com treino de elementos menos diferenciados ou outros profissionais de saúde para comunicação com as famílias; - Consulta virtual de CP com discussões de objetivos de cuidados.
Sullivan D ⁵²	2021	A View from the Frontline: Palliative and Ethical Considerations of the COVID-19 Pandemic	293-294	- Maximizada prestação de cuidados com recrutamento de todos os especialistas de CP disponíveis; - Alargadas discussões de objetivos de cuidados - estabelecer diretivas antecipadas de vontades em contexto pré e intra-hospitalar; - Transição de comunicação com as famílias para o modelo virtual de videochamada.
Gelfman L et al ⁵⁴	2021	Palliative Care as Essential to a Hospital System's Pandemic Preparedness Planning: How to Get Ready for the Next Wave	656-658	-Adaptação estrutural da Unidade de Cuidados Paliativos para prestação de cuidados a doentes com COVID-19; - Integração de elementos de CP no serviço de urgência e Cuidados Intensivos; - Criação de uma linha de apoio permanente em CP; - Disponibilizada formação e material de apoio na área de comunicação; - Perfil eletrónico específico para doentes com COVID-19 – facilitar discussão de objetivos de cuidados.
Schockett E et al ⁷⁹	2021	The Impact of Integrating Palliative Medicine Into COVID-19 Critical Care	154-155	-Integração de um elemento de CP na equipa de Cuidados Intensivos, participando na visita médica diária e discussão dos doentes. Critérios de referência incluíram redefinição de objetivos de cuidados, proximidade da morte, necessidade de otimização no controlo sintomático, crise familiar.

IV. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Este estudo consiste numa revisão sistemática que visa mapear o conhecimento existente sobre a integração dos Cuidados Paliativos em situações de crise humanitária e de que forma esta se adapta à pandemia COVID-19. Reedificando a base teórica, pretende-se sustentar e otimizar os modelos de prestação de cuidados nestas situações, com benefício em termos de gestão de recursos e de resposta às necessidades dos doentes. Foi realizada uma revisão *scoping*⁵⁹ da literatura existente nesta matéria, com pesquisa nas bases de dados PUBMED, CINHAL e SCOPUS, compreendida entre 2011 e 2021. À luz do nosso conhecimento, este estudo providencia a primeira revisão de literatura focada na integração dos CP em situações de crise humanitária e, de uma forma específica, a sua translação para a pandemia COVID-19.

Conforme se pode observar na Tabela 6, a literatura respeitante aos modelos em que os CP devem integrar a resposta a crises humanitárias é escassa. A maioria dos artigos encontrados – e pelo mesmo motivo não incluídos – focam apenas aspetos conceptuais que em nada informam quanto aos modelos concretos de atuação. Assim, no que concerne a primeira pergunta em estudo, dos artigos incluídos, três abordam aspetos práticos, mas generalistas^{13,30,40} e apenas dois contêm informação detalhada, relevante e organizada, sendo um deles o documento emanado pela OMS, que precisamente identifica e normatiza a incorporação dos CP nas situações de crise humanitária² e outro, já posterior a este, em que se analisa esta temática integrando os aspetos culturais a considerar na forma de atuação⁶⁶. Do ponto de vista da forma como estes cuidados têm vindo a ser integrados na prática – Tabela 7 – encontramos novamente publicação escassa e sobretudo gerada em meio académico, com muito pouca evidência proveniente da experiência direta. De facto, dos 6 artigos incluídos apenas 3^{32,63,65} dizem respeito a estudos levados a cabo *in loco* ou com os profissionais envolvidos na resposta humanitária e estes focam sobretudo as limitações e obstáculos encontrados à prestação de CP nestes contextos. Os artigos referentes à Tabela 6 e à Tabela 7 focam aspetos comuns na intervenção dos CP em contexto de crise humanitária, sendo o primeiro aspeto a referir o da necessidade de integrar a perspetiva curativa e paliativa como síncronas e sinérgicas na resposta humanitária,^{2,32,62} lembrando ainda que a prestação de CP não é onerosa, pelo que não pode nem deve ser omitida da resposta humanitária, fazendo justiça aos princípios que a norteiam. Esta temática interliga-se

com a necessária disponibilização de meios para os implementar, nomeadamente o acesso a medicamentos essenciais em CP com especial enfoque para os analgésicos opioides,^{2,13,32,62,63,65,67} frequentemente de acesso restrito. Remete-se para a necessidade de criação de protocolos de atuação que guiem a intervenção dos CP nestes contextos^{2,32,66,67} e formação aos profissionais envolvidos na resposta,^{2,32,62,63} focando-se ainda a necessidade de atenção a aspetos clínicos mas também éticos, psico-emocionais e particularidades culturais ou religiosas a ter em conta nos diversos cenários.^{2,32,40,64,66,67}

Se analisarmos especificamente a temática da pandemia COVID-19, por outro lado, objetivamos uma base de literatura muito mais sustentada que norteia a forma de intervenção dos CP (Tabela 8). Esta necessidade foi sentida desde o início da pandemia, traduzindo-se em publicações que datam desde os primeiros meses de 2020.^{68,69,72} Nas publicações incluídas reconhecem-se recomendações transversais no que diz respeito aos cenários em que os CP são fundamentais – discussões de objetivos de cuidados, controlo sintomático refratário a medidas de primeira linha, gestão do período de agonia, comunicação com os doentes e famílias, apoio ao luto. Por outro lado, também quanto à forma como os CP têm vindo a ser integrados na resposta à pandemia COVID-19, encontramos informação organizada e detalhada (Tabela 9) tanto no que diz respeito à forma como as equipas se articularam para a prestação de cuidados^{51,54,77,79} como quanto aos métodos encontrados para ampliar a resposta em CP. Muitos destes métodos representam inovação na prestação de cuidados de saúde, como o recurso à telemedicina^{51,52,54,77} ou recrutamento de elementos não diferenciados em CP (voluntários, estudantes ou especialistas e internos de áreas sem prestação direta a doentes COVID-19), a quem foi facultada formação específica em determinada tarefa como comunicação com a família.⁵¹ Será ainda de notar a rapidez com que se encontraram e desenvolveram respostas adequadas às necessidades tão abrangentes em CP generalistas, nomeadamente com criação de material de apoio^{54,77} e formação direta aos profissionais de saúde^{51,54} focados sobretudo nas competências de controlo de sintomas e comunicação com os doentes e familiares, com particular atenção à comunicação de más notícias e forma como esta deve ser adaptada a conversas não presenciais. Fez-se notar ainda um maior enfoque nas discussões de objetivos de

cuidados, tanto do ponto de vista de diretrizes^{47,68,69,71,72,76} como do ponto de vista prático, sendo este tópico abordado em todos os artigos incluídos^{51,52,54,77,79} em resposta a esta questão, com referência ainda para a necessidade de divulgação de ferramentas previamente existentes e úteis para este fim.^{47,51} Também do ponto de vista de organização logística rapidamente se encontraram soluções para fazer face ao número crescente de doentes em últimos dias de vida, nomeadamente com criação ou adaptação de unidades dedicadas a estes doentes e sob a responsabilidade de especialistas em CP,^{51,54} indo ao encontro do preconizado em publicações prévias^{71,75,78} referidas na Tabela 8.

Ao analisar comparativamente os modelos e as formas de integração dos CP em contexto de crise humanitária e na pandemia COVID-19, conclui-se que estes últimos são mais robustos em termos de informação e detalhe. Trazem, inclusivamente, soluções inovadoras para amplificar a resposta em CP – quer generalista quer específica – e assim garantir a correta hierarquização e alocação de recursos.

A natureza desta pandemia e em especial a forma como esta se fez sentir a nível global nos primeiros meses, com elevados níveis de morbimortalidade, gerou uma necessidade premente de modelos organizacionais. Inicialmente, o volume esmagador de doentes abalou os sistemas que se encontravam impreparados e em muitas situações vivenciou-se o caos. A escassez de recursos humanos e materiais - ou incorreta alocação destes – refletiu-se com enorme impacto na má qualidade dos cuidados prestados e na saúde física e mental dos profissionais de saúde envolvidos. A obrigação sentida por todos em mitigar este tsunami de sofrimento levou a que, de uma forma extraordinária do ponto de vista histórico, se enveredasse por um esforço conjunto para otimizar a integração dos CP na resposta à pandemia COVID-19. Este esforço vê-se refletido na abundância de literatura gerada nos últimos dois anos a este respeito e que tanto veio acrescentar ao conhecimento prévio.

Assim, apesar deste trabalho se ter principiado com a hipótese de adaptação dos modelos de integração dos CP em situações de crise humanitária à pandemia COVID-19, aquilo que podemos concretizar é que a evidência flui em sentido inverso, sendo a literatura produzida em contexto da pandemia COVID-19 aquela que pode informar quando aos modelos de atuação em crises humanitárias. Partindo deste princípio, procura-se na tabela seguinte (Tabela 10) extrapolar a súmula interpretativa da informação recolhida neste estudo – procurando torná-la útil a qualquer cenário de crise humanitária – tomando por base o modelo de organização em saúde postulado por *Downar e Scareccia*⁴² em 2010.

Tabela 10. Cuidados Paliativos em contextos de crise humanitária

"Stuff"	Staff	Space	Systems
<ul style="list-style-type: none"> • Garantir disponibilidade imediata e cadeias de abastecimento de: 1. Medicação essencial em CP para controlo de: <ul style="list-style-type: none"> - Dor (nomeadamente opioides) - Dispneia - Febre - <i>Delirium</i> - Ansiedade 2. Equipamento de proteção individual; 3. Restante material essencial à prestação de cuidados; • Preparar kits com material essencial para rapidamente poder transferir local de prestação de cuidados. • Antecipar necessidades materiais e garantir armazenamento local dos mesmos, precavendo limitações nos transportes e quebras nas cadeias de abastecimento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hierarquização de recursos de acordo com necessidades; • Providenciar formação generalista em CP a todos os elementos envolvidos na resposta, nomeadamente nas áreas do controlo sintomático e comunicação; • Criar documentos de apoio que facilitem a consulta e implementação de medidas nestas mesmas áreas; • Divulgar ferramentas de apoio pré-existent; • Alargar equipas integrando recursos menos diferenciados ou locais disponíveis (ex.: voluntários) capacitando-os para tarefas específicas que não requeiram um profissional especializado (ex.: comunicação com as famílias); • Garantir apoio psicológico e religioso aos doentes e profissionais de que dele necessitem; • Assegurar a segurança de todo o pessoal envolvido; • Desenvolver estratégias de cuidado às equipas e prevenção de <i>burnout</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> • Assegurar condições higienossanitárias e de alojamento; • Criar unidades ou locais dedicados ao cuidado dos doentes em últimos dias de vida ou sem indicação para medidas invasivas dadas as suas necessidades específicas; • Adaptar os recursos existentes às restrições implementadas, nomeadamente em termos de controlo de infeção; • Ajustar protocolos de visita dos familiares às condições existentes; • Inventariar recursos logísticos na comunidade local e possível adaptação dos mesmos às necessidades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Criar protocolos de atuação e referênciação a CP que os incorporem na continuidade de CP; • Garantir sincronia e sinergismo da abordagem curativa e paliativa; • Articular recursos e cuidados com as equipas locais; • Criar sistemas de triagem que identifiquem necessidades paliativas; • Incorporar elementos com formação específica em CP nas várias equipas de prestação de cuidados, nomeadamente em cuidados agudos; • Implementar métodos de consulta e consultadoria remota com recurso a telemedicina, nomeadamente videoconsulta; • Defender práticas sensíveis aos aspetos religiosos e culturais de cada contexto; • Defender implementação alargada de diretivas antecipadas de vontade; • Antecipar discussões de objetivos de cuidados, sobretudo nas populações mais vulneráveis; • Envolver especialistas de CP nas discussões e decisões complexas de objetivos de cuidados; • Desenvolver métodos que permitam o contínuo feedback e aferição de qualidade nos cuidados prestados.

Este estudo tem, como limitação, a restrição da pesquisa às bases de dados e línguas referidas. Remete-se ainda para a exclusão da literatura cinzenta dos métodos de pesquisa de dados, dada a heterogeneidade encontrada numa primeira pesquisa de aferição.

O presente trabalho acrescenta evidência no que diz respeito à informação disponível sobre os modelos de integração dos CP em situações de crise humanitária, entendendo-se que estes podem beber do conhecimento gerado durante a pandemia COVID-19.

Aperfeiçoar modelos de intervenção em situações de saúde pública torna a resposta a determinado evento mais organizada, eficiente e holística. A adequada e planeada gestão de recursos humanos e materiais, de acordo com as necessidades antecipadas, resulta num benefício – clínico e económico – em cadeia, de forma sucessivamente mais abrangente: partindo do doente e família (alvos dos nossos cuidados), para os profissionais de saúde envolvidos, entidades gestoras da resposta local, entidades promotoras/reguladoras da resposta e entidades governamentais.

Como investigação futura seria, pois, interessante aferir de que forma a informação gerada durante esta pandemia veio a impactar efetivamente a adaptação de modelos pré-existentes de integração de CP em contexto de crise humanitária- nomeadamente os emanados por entidades internacionais – e a sua respetiva implementação. Admite-se ainda a necessidade de elaborar estudos que facultem dados provenientes dos cenários concretos de crise humanitária, nomeadamente com desenvolvimento de modelos que incluam métodos de feedback integrados de forma a melhorá-los continuamente. Poderá ainda ser útil o desenvolvimento de uma revisão mais alargada da literatura que inclua a literatura cinzenta.

Este estudo vem sublinhar a necessidade de incorporar os CP em situações de crise humanitária e vem acrescentar informação à moldura teórica que os deverá sustentar, sob pena de, na sua ausência e em situações de sofrimento em massa, falharmos em garantir aquele que é hoje considerado um direito humano para a saúde¹⁷ – o acesso a Cuidados Paliativos.

V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Palliative care [Internet]. [cited 2022 Jan 26]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>.
2. World Health Organization. Integrating Palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises [Internet]. 2018 [cited 2022 Jan 26]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514460>.
3. Devakumar D, Birch M, Osrin D, Sondorp E, Wells JC. The intergenerational effects of war on the health of children. *BMC Med*. 2014;12(57):1-15.
4. Garfield R. Measuring humanitarian emergencies. *Disaster Med Public Health Prep*. 2007;1(2):110–6.
5. Burkle FM. Lessons learnt and future expectations of complex emergencies. *BMJ*. 1999;319(7207):422-6.
6. United Nations Office, for the Coordination of Humanitarian Affairs. Global Humanitarian Overview [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 17]. Available from: <https://www.unocha.org/sites/unocha/files/Global%20Humanitarian%20Overview%202022.pdf>.
7. Inter-Agency Standing Committee. IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings [Internet]. 2012 [cited 2022 Jan 24]. Available from: <https://interagencystandingcommittee.org/resources/iasc-products>.
8. The fundamental principles of the international red cross and red crescent movement ethics and tools for humanitarian action [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 16]; Available from: www.icrc.org.
9. Marriott IA. The Geneva Convention: humanitarian law and medicine. *Can Med Assoc J*. 1978;118(5):565-6, 571-2, 593.
10. Sphere. The Sphere Handbook Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response [Internet]. 2018 [cited 2022 Jan 17]; Available from: www.practicalactionpublishing.org/sphere.
11. UN OCHA. OCHA on Message : Humanitarian Principles. OCHA Annu Rep [Internet]. 2012 [cited 2022 Jan 17]; Available from: https://www.unocha.org/sites/dms/Documents/OOM-humanitarianprinciples_eng_June12.pdf.
12. Good humanitarian donorship. 24 Principles and Good Practice of Humanitarian Donorship. [Internet]. 2018 [cited 2022 Jan 16]; Available from: <https://www.ghdinitiative.org/>.
13. Marston J, De Lima L, Powell RA; Palliative Care in Complex Humanitarian Emergencies Network. Palliative care in complex humanitarian crisis responses. *Lancet*. 2015;386(10007):1940.
14. Smith J, Aloudat T. Palliative care in humanitarian medicine. *Palliat Med*. 2017 Feb;31(2):99-101.
15. Nouvet E, Sivaram M, Bezanson K, Krishnaraj G, Hunt M, De Laat S, et al. Palliative care in humanitarian crises: a review of the literature. *Int J Humanitarian Action*. 2018 Apr;3(5):1-14.
16. Smith J. A Field Manual for Palliative Care in Humanitarian Crises. *J Palliat Med*. 2021;24(8):1263–64.
17. Brennan F. Palliative care as an international human right. *J Pain Symptom Manage*. 2007;33(5):494-9.
18. WHPCA. Global Atlas of Palliative Care 2nd Edition. *European Journal of Palliative Care*[Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 12]; Available from: <http://www.thewhPCA.org/resources/global-atlas-on-end-of-life-care>.
19. Office of the high commissioner for human rights. The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12) [Internet]. 2000 [cited 2022 Jan 17]; Available from: <https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf>.
20. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course [Internet]. 2014 [cited 2022 Jan 26]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/162863>.
21. Sleeman KE, de Brito M, Etkind S, Nkhoma K, Guo P, Higginson IJ, et al. The escalating global burden of serious health-related suffering: projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions. *Lancet Glob Heal*. 2019;7(7):e883–92.
22. Powell RA, Schwartz L, Nouvet E, Sutton B, Petrova M, Marston J, et al. Palliative care in humanitarian crises: always something to offer. *Lancet*. 2017;389(10078):1498–9.
23. Okware SI, Omaswa F, Talisuna A, Amandua J, Amone J, Onok P, et al. Managing Ebola from rural to urban slum settings: experiences from Uganda. *Afr Health Sci*. 2015;15(1):312–21.
24. Lindblade KA, Kateh F, Nagbe TK, Neatherlin JC, Pillai SK, Attfield KR, et al. Decreased Ebola

- Transmission after Rapid Response to Outbreaks in Remote Areas, Liberia, 2014. *Emerg Infect Dis.* 2015;21(10):1800.
25. Hunter A, Ammann ES. End-of-life Care and Rituals in Contexts of Post-migration Diversity in Europe: An Introduction. *Journal of Intercultural Studies.* 2016;37(2):95–102.
 26. National Research Council (US) Roundtable on the Demography of Forced Migration. *Forced Migration & Mortality.* National Academies Press (US) [Internet]. 2001 [cited 2022 Jan 11]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK223342/>
 27. Giannou C and Baldan M. *War surgery.* Geneva: International Committee of the Red Cross [Internet]. 2009 [cited 2022 Jan 20]; Available from: <https://www.icrc.org/en/doc/assets/files/publications/icrc-002-4105.pdf>
 28. Hollander AC, Bruce D, Ekberg J, Burström B, Borrell C, Ekblad S. Longitudinal study of mortality among refugees in Sweden. *Int J Epidemiol.* 2012;41(4):1153–61.
 29. Coutts A, Fouad FM, Batniji R. Assessing the Syrian health crisis: the case of Lebanon. *Lancet.* 2013;381(9875):e9.
 30. Rosoff PM. Caring for the Suffering: Meeting the Ebola Crisis Responsibly. *Am J Bioeth.* 2015;15(4):26–32.
 31. MSF International President United Nations Special Briefing on Ebola | MSF [Internet]. 2014 [cited 2022 Jan 26]. Available from: <https://www.msf.org/msf-international-president-united-nations-special-briefing-ebola>.
 32. Hunt M, Nouvet E, Chénier A, Krishnaraj G, Bernard C, Bezanson K, et al. Addressing obstacles to the inclusion of palliative care in humanitarian health projects: a qualitative study of humanitarian health professionals' and policy makers' perceptions. *Confl Health.* 2020;14(1):1–12.
 33. Schneider M. Palliative care in universal health coverage: What about humanitarian emergency assistance? *Int J Public Health.* 2019;64(4):475–476.
 34. Knaul FM, Bhadelia A, Rodriguez NM, Arreola-Ornelas H, Zimmermann C. The Lancet Commission on Palliative Care and Pain Relief—findings, recommendations, and future directions. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2018 [cited 2022 Jan 25];6:S5–6. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S2214109X18300822/fulltext>.
 35. Doherty Megan. Neglected suffering: The unmet need for palliative care in Cox's Bazar [Internet]. *World Child Cancer.* 2017 [cited 2022 Jan 26]. Available from: https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Neglected_Suffering.pdf.
 36. British social attitudes: the 30th report. *Dying: Discussing and planning for end of life* [Internet]. 2013 [cited 2022 Jan 26]. Available from: https://www.bsa.natcen.ac.uk/media/38850/bsa_30_dying.pdf.
 37. Pou AM. Ethical and legal challenges in disaster medicine: are you ready? *South Med J.* 2013;106(1):27–30.
 38. Wallace CL, Wladkowski SP, Gibson A, White P. Grief During the COVID-19 Pandemic: Considerations for Palliative Care Providers. *J Pain Symptom Manage.* 2020;60(1):e70–e76.
 39. Pallchase.org – Palliative Care in Humanitarian Aid Situations and Emergencies [Internet]. [cited 2022 Jan 26]. Available from: <https://www.pallchase.org/>
 40. Biddison LD, Berkowitz KA, Courtney B, De Jong CM, Devereaux AV, Kissoon N, Roxland BE, Sprung CL, Dichter JR, Christian MD, Powell T; Task Force for Mass Critical Care; Task Force for Mass Critical Care. Ethical considerations: care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement. *Chest.* 2014;146(4):e145S–55S.
 41. Kuschner WG, Pollard JB, Ezeji-Okoye SC. Ethical triage and scarce resource allocation during public health emergencies: tenets and procedures. *Hosp Top.* 2007;85(3):16–25.
 42. Downar J, Seccareccia D; Associated Medical Services Inc. Educational Fellows in Care at the End of Life. Palliating a pandemic: "all patients must be cared for". *J Pain Symptom Manage.* 2010;39(2):291–5.
 43. Mohan B, Vinod N. COVID-19: An Insight into SARS-CoV-2 Pandemic Originated at Wuhan City in Hubei Province of China. *J Infect Dis Epidemiol.* 2020;18;6(4).
 44. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) [Internet]. [cited 2022 Jan 27]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
 45. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard With Vaccination Data [Internet]. [cited 2022 Jan 26]. Available from: <https://covid19.who.int/>
 46. Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context, interim guidance [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 27]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2
 47. Abbott J, Ferraro K, Johnson D, Statland B, Massone J, Fowler C, et al. Colorado Palliative Care and

- Hospice Crisis Standards: Moving Beyond Critical Care Planning. *J Pain Symptom Manage.* 2021;61(6):1287–96.
48. World Health Organization. Guideline Clinical management of COVID-19 patients: living guideline [Internet]. 2021 [cited 2022 Jan 27]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-clinical-2021-2>
49. United Nations. GLOBAL HUMANITARIAN RESPONSE PLAN COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 27]. Available from: https://www.unocha.org/sites/unocha/files/GHRP-COVID19_July_update.pdf
50. Health Service Journal. Responding to pandemic influenza - The ethical framework for policy and planning [Internet]. 2009 [cited 2022 Jan 27]. Available from: <https://www.hsj.co.uk/swine-flu/responding-to-pandemic-influenza-the-ethical-framework-for-policy-and-planning/5005219.article>
51. Blinderman CD, Adelman R, Kumaraiah D, Pan CX, Palathra BC, Kaley K, et al. A Comprehensive Approach to Palliative Care during the Coronavirus Pandemic. *J Palliat Med.* 2021;24(7):1017–22.
52. Sullivan DR, Curtis JR. A View from the Frontline: Palliative and Ethical Considerations of the COVID-19 Pandemic. *J Palliat Med.* 2021;24(2):293–5.
53. Fausto J, Hirano L, Lam D, Mehta A, Mills B, Owens D, et al. Creating a Palliative Care Inpatient Response Plan for COVID-19-The UW Medicine Experience. *J Pain Symptom Manage.* 2020;60(1):e21–6.
54. Gelfman LP, Morrison RS, Moreno J, Chai E. Palliative Care as Essential to a Hospital System's Pandemic Preparedness Planning: How to Get Ready for the Next Wave. *J Palliat Med.* 2021;24(5):656–8.
55. British Medical Association. The mental health and wellbeing of the medical workforce-now and beyond COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 28]. Available from: <https://www.bma.org.uk/media/2475/bma-covid-19-and-nhs-staff-mental-health-wellbeing-report-may-2020.pdf>
56. Sahebi A, Yousefi A, Abdi K, Jamshidbeigi Y, Moayed S, Torres M, et al. The Prevalence of Post-traumatic Stress Disorder Among Health Care Workers During the COVID-19 Pandemic: An Umbrella Review and Meta-Analysis. *Front Psychiatry.* 2021;12:764738.
57. Williamson V, Stevelink SAM, Greenberg K, Greenberg N. Prevalence of Mental Health Disorders in Elderly U.S. Military Veterans: A Meta-Analysis and Systematic Review. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2018;26(5):534-545.
58. World Health Organization. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 29]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-MentalHealth-2020.1>.
59. Peters MDJ, Marnie C, Tricco AC, Pollock D, Munn Z, Alexander L, McInerney P, Godfrey CM, Khalil H. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIM Evid Synth.* 2020;18(10):2119-2126.
60. Rayyan – Intelligent Systematic Review [Internet]. [cited 2022 Feb 1]. Available from: <https://www.rayyan.ai/>.
61. PRISMA [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 30]. Available from: <http://prisma-statement.org/prismastatement/flowdiagram.aspx>.
62. Dajer AJ. Disaster preparedness 10 years after 9/11: The experts weigh in. *Emerg Med* [Internet]. 2011 [cited 2022 Feb 2]; Available from: www.emedmag.com
63. Schneider M, Chappuis F, Pautex S. How do expatriate health workers cope with needs to provide palliative care in humanitarian emergency assistance? A qualitative study with in-depth interviews. *Palliat Med.* 2018;32(10):1567–74.
64. Madi F, Ismail H, Fouad FM, Kerbage H, Zaman S, Jayawickrama J, et al. Death, Dying, and End-of-Life Experiences Among Refugees: A Scoping Review. *J Palliat Care.* 2019;34(2):139–44.
65. Doherty M, Power L, Petrova M, Gunn S, Powell R, Coghlan R, Grant L, Sutton B, Khan F. Illness-related suffering and need for palliative care in Rohingya refugees and caregivers in Bangladesh: A cross-sectional study. *PLoS Med.* 2020 Mar 3;17(3):e1003011.
66. Schuster-Wallace CJ, Nouvet E, Rigby I, Krishnaraj G, de Laat S, Schwartz L, Hunt M. Culturally sensitive palliative care in humanitarian action: Lessons from a critical interpretive synthesis of culture in palliative care literature. *Palliat Support Care.* 2021;1-11.
67. Kelly M, Mitchell I, Walker I, Mears J, Scholz B. End-of-life care in natural disasters including epidemics and pandemics: a systematic review. *BMJ Support Palliat Care.* 2021;bmjspcare-2021-002973.
68. Domenico BG, Claudia G, Monika O, Ralf J. Covid-19: Decision making and palliative care. *Swiss Med Wkly.* 2020;150(13–14):2–3.
69. Anneser J. Dying patients with COVID-19: What should Hospital Palliative Care Teams (HPCTs) be prepared for? *Palliat Support Care.* 2020;18(4):382-384.

70. Maglio et al. Ethical guides, criteria for admission in intensive care, palliative care. Multi-society recommendations for allocation of resources during the COVID-19 pandemic. *Medicina*. 2020;80:45–64.
71. Fadul N, Elsayem AF, Bruera E. Integration of palliative care into COVID-19 pandemic planning. *BMJ Support Palliat Care*. 2021;11(1):40-44.
72. Davies A, Hayes J. Palliative care in the context of a pandemic: similar but different. *Clin Med (Lond)*. 2020;20(3):274–7.
73. Radbruch L, Knaul FM, de Lima L, de Joncheere C, Bhadelia A. The key role of palliative care in response to the COVID-19 tsunami of suffering. *Lancet*. 2020;395(10235):1467–9.
74. Etkind SN, Bone AE, Lovell N, Cripps RL, Harding R, Higginson IJ, et al. The Role and Response of Palliative Care and Hospice Services in Epidemics and Pandemics: A Rapid Review to Inform Practice During the COVID-19 Pandemic. *J Pain Symptom Manage*. 2020;60(1):e31.
75. Sese D, Makhoul A, Hoeksema L, Shoemaker L. The role of palliative care in COVID-19. *Cleve Clin J Med*. 2020;1–4.
76. Powell VD, Silveira MJ. What Should Palliative Care’s Response Be to the COVID-19 Pandemic? *J Pain Symptom Manage*. 2020;60(1):e1.
77. 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.
78. Kaya E, Lewin W, Frost D, Hannon B, Zimmermann C. Scalable Model for Delivery of Inpatient Palliative Care During a Pandemic. *Am J Hosp Palliat Med*. 2021;38(7):877–82.
79. Schockett E, Ishola M, Wahrenbrock T, Croskey A, Cain S, Benjenk I, et al. The Impact of Integrating Palliative Medicine Into COVID-19 Critical Care. *J Pain Symptom Manage*. 2021;62(1):153-158.e1.

VI. APÊNDICES

APÊNDICE 1

PUBMED

Tabela 11. Descritores e sintaxe PUBMED

POPULAÇÃO	CONCEITO	CONTEXTO
DOENTES ADULTOS	ADAPTAÇÃO DOS MODELOS DE INTERVENÇÃO DOS CP	EM SITUAÇÃO DE CRISE HUMANITÁRIA (INCLUI PANDEMIA COVID-19)
	<p>Mesh Palliative medicine; Palliative care; Hospice care; Hospice and palliative care nursing; Terminally ill; Terminal care</p> <p>Titulo/Resumo Palliative medicine; Palliative care; Hospice care; Hospice and palliative care nursing; Terminally ill Terminal care; End-of-life care; End of life care; Palliative Treatment; Palliative Therapy; Palliative Supportive Care; Hospice patients</p>	<p>Mesh Disasters; Disaster Planning; Mass Casualty Incidents; Natural Disasters Avalanches; Cyclonic Storms; Droughts; Earthquakes; Floods; Landslides; Tidal Waves; Tornadoes; Wildfires; Relief Work; Rescue Work; Disaster Victims; Disaster Medicine; Armed Conflicts; Pandemics; COVID-19</p> <p>Titulo/Resumo Disasters; Disaster Planning*; Mass Casualt*; Natural Disaster*; Avalanches; Cyclonic Storms; Droughts; Earthquakes; Floods; Landslides; Tidal Waves; Tornadoes Wildfires; Relief Work*; Humanitarian Assistance*; Humanitarian Cris*; Rescue Work; Disaster Victim*; Disaster Medicine; Armed Conflict*; War*; Pandemic*; COVID-19; 2019-nCoV Infection*; Coronavirus Disease-19; 2019-nCoV Disease*; Coronavirus Disease 2019; SARS Coronavirus 2 Infection; SARS-CoV-2 Infection*; Fires; Humanitarian aid; SARS-CoV-2</p>
<p>Sintaxe: (((((((Palliative medicine[MeSH Terms] OR (Palliative care[MeSH Terms])) OR (Hospice care[MeSH Terms])) OR (Hospice and palliative care nursing[MeSH Terms])) OR (Terminally ill[MeSH Terms])) OR (Terminal care[MeSH Terms])) OR (((((((((((Palliative medicine[Title/Abstract] OR (Palliative care[Title/Abstract])) OR (Hospice care[Title/Abstract])) OR (Hospice[Title/Abstract] AND palliative care nursing[Title/Abstract])) OR (Terminally ill[Title/Abstract])) OR (Terminal care[Title/Abstract])) OR (End-of-life care[Title/Abstract])) OR (End of life care[Title/Abstract])) OR (Palliative Treatment[Title/Abstract])) OR (Palliative Therapy[Title/Abstract])) OR (Palliative Supportive Care[Title/Abstract])) OR (Hospice patients[Title/Abstract]))) AND (((((((((((((((Disasters[MeSH Terms] OR (Disaster Planning[MeSH Terms])) OR (Mass Casualty Incidents[MeSH Terms])) OR (Natural Disasters[MeSH Terms])) OR (Avalanches[MeSH Terms])) OR (Cyclonic Storms[MeSH Terms])) OR (Droughts[MeSH Terms])) OR (Earthquakes[MeSH Terms])) OR (Floods[MeSH Terms])) OR (Landslides[MeSH Terms])) OR (Tidal Waves[MeSH Terms])) OR (Tornadoes[MeSH Terms])) OR (Wildfires[MeSH Terms])) OR (Relief Work[MeSH Terms])) OR (Rescue Work[MeSH Terms])) OR (Disaster Victims[MeSH Terms])) OR (Disaster Medicine[MeSH Terms])) OR (Armed Conflicts[MeSH Terms])) OR (Pandemics[MeSH Terms])) OR (COVID-19[MeSH Terms])) OR (((((((((((((((Disasters[Title/Abstract] OR (Disaster Planning*[Title/Abstract])) OR (Mass Casualt*[Title/Abstract])) OR (Natural Disaster*[Title/Abstract])) OR (Avalanches[Title/Abstract])) OR (Cyclonic Storms[Title/Abstract])) OR (Droughts[Title/Abstract])) OR (Earthquakes[Title/Abstract])) OR (Floods[Title/Abstract])) OR (Landslides[Title/Abstract])) OR (Tidal Waves[Title/Abstract])) OR (Tornadoes[Title/Abstract])) OR (Wildfires[Title/Abstract])) OR (Relief Work*[Title/Abstract])) OR (Humanitarian Assistance*[Title/Abstract])) OR (Humanitarian Cris*[Title/Abstract])) OR (Rescue Work[Title/Abstract])) OR (Disaster Victim*[Title/Abstract])) OR (Disaster Medicine[Title/Abstract])) OR (Armed Conflict*[Title/Abstract])) OR (War*[Title/Abstract])) OR (Pandemic*[Title/Abstract])) OR (COVID-19[Title/Abstract])) OR (2019-nCoV Infection*[Title/Abstract])) OR (Coronavirus Disease-19[Title/Abstract])) OR (2019-nCoV Disease*[Title/Abstract])) OR (Coronavirus Disease 2019[Title/Abstract])) OR (SARS Coronavirus 2 Infection[Title/Abstract])) OR (SARS-CoV-2 Infection*[Title/Abstract])) OR (Fire*[Title/Abstract])) OR (Humanitarian aid[Title/Abstract])) OR (SARS-CoV-2[Title/Abstract]))))</p>		

CINHAL

Tabela 12. Descritores e sintaxe CINHAL

POPULAÇÃO	CONCEITO	CONTEXTO
DOENTES ADULTOS	ADAPTAÇÃO DOS MODELOS DE INTERVENÇÃO DOS CP	EM SITUAÇÃO DE CATÁSTROFE HUMANITÁRIA (incluir PANDEMIA)
	<p>Headings Palliative medicine; Hospice and Palliative Nursing ; Palliative care; Hospice care; Hospice and palliative care nursing; Terminally ill; Hospice patients; Terminal care</p> <p>Titulo/Resumo Palliative medicine; Palliative care; Hospice care; Hospice and palliative care nursing; Terminally ill; Terminal care; Terminal care; End of life care; Palliative Treatment; Palliative Therapy; Palliative Supportive Care; Hospice patients</p>	<p>Headings Disasters; Disaster Planning; Mass Casualty Incidents; Natural Disasters; Fires; Avalanches; Cyclonic Storms; Droughts; Earthquakes; Floods; Landslides; Tidal; Waves; Tornadoes; Wildfires; Relief Work; Rescue Work; Disaster Victims; Disaster Medicine; Armed Conflicts; Pandemics; COVID-19; Humanitarian aid; SARS-CoV-2</p> <p>Titulo/Resumo Disasters; Disaster Planning*; Mass Casualt*; Natural Disaster*; Avalanches; Cyclonic Storms; Droughts; Earthquakes; Floods; Landslides; Tidal Waves; Tornadoes; Wildfires; Relief Work*; Humanitarian Assistance*; Humanitarian Cris*; Rescue Work; Disaster Victim*; Disaster Medicine; Armed Conflict*; War*; Pandemic*; COVID-19; 2019-nCoV Infection*; Coronavirus Disease-19; 2019-nCoV Disease*; Coronavirus Disease 2019; SARS Coronavirus 2 Infection; SARS-CoV-2 Infection*; Fire*; Humanitarian aid; SARS-CoV-2.</p>
<p>Sintaxe: (MM Palliative medicine OR MM (Hospice and Palliative Nursing) OR MM Palliative care OR MM Hospice care OR MM (Hospice and palliative care nursing) OR MM Terminally ill OR MM Hospice patients OR MM Terminal care OR TI Palliative medicine OR TI Palliative care OR TI Hospice care OR TI (Hospice and palliative care nursing) OR TI Terminally ill OR TI Terminal care OR TI End-of-life care OR TI End of life care OR TI Palliative Treatment OR TI Palliative Therapy OR TI Palliative Supportive Care OR TI Hospice patients OR AB Palliative medicine OR AB Palliative care OR AB Hospice care OR AB (Hospice and palliative care nursing) OR AB Terminally ill OR AB Terminal care OR AB End-of-life care OR AB End of life care OR AB Palliative Treatment OR AB Palliative Therapy OR AB Palliative Supportive Care OR AB Hospice patients) AND (MM Disasters OR MM Disaster Planning OR MM Mass Casualty Incidents OR MM Natural Disasters OR MM Fires OR MM Wildfires OR MM Rescue Work OR MM COVID-19 OR MM Humanitarian aid OR MM SARS-CoV-2 OR TI Disasters OR TI Disaster Planning* OR TI Mass Casualt* OR TI Natural Disaster* OR TI Avalanches OR TI Cyclonic Storms OR TI Droughts OR TI Earthquakes OR TI Floods OR TI Landslides OR TI Tidal Waves OR TI Tornadoes OR TI Wildfires OR TI Relief Work* OR TI Humanitarian Assistance* OR TI Humanitarian Cris* OR TI Rescue Work OR TI Disaster Victim* OR TI Disaster Medicine OR TI Armed Conflict* OR TI War* OR TI Pandemic* OR TI COVID-19 OR TI 2019-nCoV Infection* OR TI Coronavirus Disease-19 OR TI 2019-nCoV Disease* OR TI Coronavirus Disease 2019 OR TI SARS Coronavirus 2 Infection OR TI SARS-CoV-2 Infection* OR TI Fire* OR TI Humanitarian aid OR TI SARS-CoV-2 OR TI Disasters OR TI Disaster Planning* OR TI Mass Casualt* OR TI Natural Disaster* OR TI Avalanches OR TI Cyclonic Storms OR TI Droughts OR TI Earthquakes OR TI Floods OR TI Landslides OR TI Tidal Waves OR TI Tornadoes OR TI Wildfires OR TI Relief Work* OR TI Humanitarian Assistance* OR TI Humanitarian Cris* OR TI Rescue Work OR TI Disaster Victim* OR TI Disaster Medicine OR TI Armed Conflict* OR TI War* OR TI Pandemic* OR TI COVID-19 OR TI 2019-nCoV Infection* OR TI Coronavirus Disease-19 OR TI 2019-nCoV Disease* OR TI Coronavirus Disease 2019 OR TI SARS Coronavirus 2 Infection OR TI SARS-CoV-2 Infection* OR TI Fire* OR TI Humanitarian aid OR TI SARS-CoV-2 OR AB Disasters OR AB Disaster Planning* OR AB Mass Casualt* OR AB Natural Disaster* OR AB Avalanches OR AB Cyclonic Storms OR AB Droughts OR AB Earthquakes OR AB Floods OR AB Landslides OR AB Tidal Waves OR AB Tornadoes OR AB Wildfires OR AB Relief Work* OR AB Humanitarian Assistance* OR AB Humanitarian Cris* OR AB Rescue Work OR AB Disaster Victim* OR AB Disaster Medicine OR AB Armed Conflict* OR AB War* OR AB Pandemic* OR AB COVID-19 OR AB 2019-nCoV Infection* OR AB Coronavirus Disease-19 OR AB 2019-nCoV Disease* OR AB Coronavirus Disease 2019 OR AB SARS Coronavirus 2 Infection OR AB SARS-CoV-2 Infection* OR AB Fire* OR AB Humanitarian aid OR AB SARS-CoV-2)</p>		

SCOPUS

Tabela 13. Descritores e sintaxe SCOPUS

POPULAÇÃO	CONCEITO	CONTEXTO
DOENTES ADULTOS	ADAPTAÇÃO DOS MODELOS DE INTERVENÇÃO DOS CP	EM SITUAÇÃO DE CATÁSTROFE HUMANITÁRIA (incluir PANDEMIA)
	Titulo/Resumo Palliative medicine; Palliative care; Hospice care Hospice and palliative care nursing; Terminally ill; Terminal care; Terminal care; End of life care; Palliative Treatment; Palliative Therapy; Palliative Supportive Care; Hospice patients	Titulo/Resumo Disasters; Disaster Planning*; Mass Casualt*; Natural Disaster*; Avalanches; Cyclonic Storms; Droughts; Earthquakes; Floods; Landslides; Tidal Waves; Tornadoes; Wildfires Relief Work*; Humanitarian Assistance*; Humanitarian Cris*; Rescue Work; Disaster Victim*; Disaster Medicine; Armed Conflict*; War*; Pandemic*; COVID-19; 2019-nCoV Infection*; Coronavirus Disease-19; 2019-nCoV Disease*; Coronavirus Disease 2019 SARS Coronavirus 2 Infection; SARS-CoV-2 Infection*; Fire*; Humanitarian aid SARS-CoV-2
Sintaxe: TITLE-ABS-KEY (("Palliative medicine" OR "Palliative care" OR "Hospice care" OR "Hospice and palliative care nursing" OR "Terminally ill" OR "Terminal care" OR "End of life care" OR "Palliative Treatment" OR "Palliative Therapy" OR "Palliative Supportive Care" OR "Hospice patients") AND ("Disasters" OR "Disaster Planning*" OR "Mass Casualt*" OR "Natural Disaster*" OR "Avalanches" OR "Cyclonic Storms" OR "Droughts" OR "Earthquakes" OR "Floods" OR "Landslides" OR "Tidal Waves" OR "Tornadoes" OR "Wildfires" OR "Relief Work*" OR "Humanitarian Assistance*" OR "Humanitarian Cris*" OR "Rescue Work" OR "Disaster Victim*" OR "Disaster Medicine" OR "Armed Conflict*" OR "War*" OR "Pandemic*" OR "COVID-19" OR "2019-nCoV Infection*" OR "Coronavirus Disease-19" OR "2019-nCoV Disease*" OR "Coronavirus Disease 2019" OR "SARS Coronavirus 2 Infection" OR "SARS-CoV-2 Infection*" OR "Fire*" OR "Humanitarian aid" OR "SARS-CoV-2"))		

APÊNDICE 2

Tabela 14. Pergunta 1 - Quais as recomendações para a integração dos CP em situações de crise humanitária?

Autores	Pág.	Resumo
Biddison et al ⁴⁰	e151S	<ul style="list-style-type: none"> - Os Hospitais devem assegurar uma transição adequada para cuidados paliativos. - Os doentes e famílias devem ter a possibilidade de discutir com os profissionais de saúde os seus receios e questões éticas.
Marston J et al ¹³	1940	<ul style="list-style-type: none"> - Os CP devem ser parte integrante da resposta humanitária de emergência. - Garantir acesso a medicação essencial em CP.
Rosoff P et al ³⁰	28	<ul style="list-style-type: none"> - Para os doentes que não terão possibilidade de recuperação a estratégia deverá ser dupla: Conter a disseminação da doença, Promover um rigoroso controlo sintomático.
Krakauer E et al ²	23-26	<ul style="list-style-type: none"> - Medidas específicas para a integração de CP para alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual no que concerne: Elaboração de protocolos de abordagem a doentes com necessidades paliativas; Formação em CP; Disponibilizar pacotes de medicamentos essenciais em CP; Articulação com elementos e recursos locais; Assegurar condições higienossanitárias e de alojamento.
Schuster-Wallace CJ et al ⁶⁶	8-10	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar competência cultural e formação dos profissionais de saúde; - Inclusão das famílias; - Inclusão de líderes espirituais; - Incluir CP na continuidade de cuidados; - Elaboração de normas e políticas de integração dos CP por parte das organizações e entidades competentes.

Tabela 15. Pergunta 2 - De que forma têm os CP integrado a resposta a situações de crise humanitária?

Autores	Pág.	Resumo
Dajer A et al ⁶²	10	<ul style="list-style-type: none"> - Nos últimos 10 anos a medicina de emergência desenvolveu competências técnicas e clínicas em CP. - Muitos médicos de emergência têm desenvolvido estágios em CP e controlo da dor. - Os esforços da medicina de emergência são geralmente direcionados a salvar vidas, mas atualmente há perceção de que uma resposta eficaz a uma catástrofe envolve também o controlo da dor e alívio do sofrimento aqueles que não irão sobreviver. - Um exemplo é o dos indivíduos sob terapêutica opioide que se encontraram desprovidos de acesso a medicação durante o furacão Katrina e em que a resposta de emergência conseguiu dar resposta a esta necessidade, contrariando a política usual de limitação de prescrição opioide.
Sneider M et al ⁶³	5-6	<ul style="list-style-type: none"> - Profissionais de saúde de países de elevado rendimento tinham, em geral, maior preparação e experiência no controlo da dor. Estes tinham também uma melhor perceção do que são CP. - Os profissionais de saúde depararam-se com situações em que não dispunham de fármacos para controlo da dor. Profissionais de saúde de países de baixo rendimento tiveram uma reação mais natural a essa limitação, sendo a sua realidade de proveniência mais semelhante.
Farah M et al ⁶⁴	142	<ul style="list-style-type: none"> - Exposição de refugiados idosos a riscos de saúde e limitação no acesso a cuidados; - Diferenças culturais na população africana influencia acesso aos cuidados de fim de vida; - Cultura influencia a forma como os doentes, famílias e profissionais de saúde perspetivam os cuidados de fim de vida, incluindo receber CP, sofrimento e morte, luto e cerimónias fúnebres.
Doherty M et al ⁶⁵	6-8, 12-13	<ul style="list-style-type: none"> - Dor decorrente de doença grave, classificada como intensa a moderada nos 3 dias prévios, foi reportada em 70% dos indivíduos. Apenas 53.2% receberam tratamento da dor. Os medicamentos mais prescritos foram paracetamol (17.3%) e anti-inflamatórios não esteróides (8.2%). Apenas 1 doente recebeu um fármaco opioide – oxiconona. - Foram questionadas 17 farmácias quanto a fármacos essenciais a CP: nenhuma dispunha de morfina, apenas 1 tinha fármacos opioides – oximorfona
Hunt M ³²	4-9	<ul style="list-style-type: none"> - Integração das abordagens curativa e paliativa. - Priorizar recursos para os doentes mais necessitados. - Enfatizar que prestar CP não é oneroso. - Desenvolver <i>guidelines</i> e formação para as equipas de ajuda humanitária. - Partilhar recursos entre organizações. - Advogar o uso de opioides e garantir a sua disponibilidade em situações de crise humanitária. - Adequar a intervenção aos aspetos culturais e religiosos. - Garantia equidade no acesso aos CP. - Assegurar segurança aos prestadores de CP. - Clareza na terminologia utilizada.

Kelly M et al ⁶⁷	7 - 9	<ul style="list-style-type: none"> - Impacto na prestação de serviços: <ul style="list-style-type: none"> Adaptação de meios de prestação de CP aos contextos de catástrofe; Alterações nas trajetórias de fim de vida (ex.: maior utilização de opioides, menor número de doentes submetidos a quimioterapia de 2ª ou 3ª linha); Consequências inesperadas dos cuidados de fim de vida, com aumento da taxa de sobrevivência e sobrevida. Dificuldade no acesso a cuidados quer por limitação no transporte ou apoio social; Necessidade de reforçar o apoio e consulta à distância (ex.: teleconsultas); Falta de recursos humanos e materiais; Falta de indicações específicas para a prestação de cuidados de fim de vida em situações de desastres com implicação na sua organização e eficácia; - Impacto nos prestadores de serviços: <ul style="list-style-type: none"> Pressão acrescida aos profissionais de saúde, muitas vezes obrigados a desempenhar tarefas para as quais não estão preparados, com receio pela sua segurança e dos seus. Prevalece, no entanto, a resiliência e o sentido de compromisso entrega ao dever. - Impacto nos utilizadores dos serviços. <ul style="list-style-type: none"> Afastamento dos familiares e sensação de isolamento com elevado impacto emocional; Acentuar de disparidade de acesso a cuidados de fim de vida quanto a minorias; Sobrecarga e sensação de impotência por parte das famílias e cuidadores.
-----------------------------	-------	--

Tabela 16. Pergunta 3 –Quais a as recomendações existentes para a integração dos CP em contexto da pandemia COVID-19?

Autores	Pág.	Resumo
Domenico B et al ⁶⁸	1-2	<ul style="list-style-type: none"> - Todos os doentes com COVID-19 e risco de vida devem ter acesso a CP; - Clarificar antecipadamente objetivos de cuidados – sobretudo em lares de idosos - de forma a evitar discussões de triagem; - Decisões complexas de triagem devem envolver um internista, um intensivista e um paliativista; - O apoio psicossocial e espiritual aos doentes e familiares é da maior importância.
Fausto J et al ⁵³	E22-25	<ul style="list-style-type: none"> - Estratégias para prestação de CP em situações de contingência e crise nos: <ul style="list-style-type: none"> Serviços de Urgência – consultadoria com priorização dos doentes graves ou com risco de vida. Elemento integrado a quem os doentes são referenciados segundo alguns elementos de triagem – dificuldade respiratória ou necessidade de alto débito de oxigénio, multimorbilidade, doença grave, decisão de não reanimação. Cuidados Intensivos – consultadoria a doentes em transição de cuidados ou com descontrolo sintomático. Elemento integrado para assistir no controlo sintomático, discussão de objetivos de cuidados e decisões de não reanimação. Serviços de doentes agudos, médicos e cirúrgicos – consultadoria em controlo sintomático, apoio nas discussões de objetivos de cuidados, auxílio na transição para <i>hospice</i>.
Anneser J et al ⁶⁹	2	<ul style="list-style-type: none"> - Os CP devem tomar parte nos processos de: <ul style="list-style-type: none"> Discussão antecipada de vontades e objetivos de cuidados; Triagem dos doentes, assegurando que todos são alvo de medidas para alívio do sofrimento. Controlo sintomático, sobretudo nos doentes com dificuldade respiratória ou agónicos, com outra sintomatologia acompanhante; Prestação de apoio psicossocial e espiritual; E para tal definirem estratégias para alocação de recursos.
Maglio I et al ⁷⁰	52	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir a disponibilidade de prestação de CP aos doentes com COVID-19, sobretudo aos doentes internados em cuidados intensivos ou que não reúnam critérios para medidas invasivas. - Consideram-se elementos de referência a CP: <ul style="list-style-type: none"> Necessidades complexas de controlo sintomático; Doentes previamente seguidos por CP; Refratariedade no controlo de sintomas.
Fadul N et al ⁷¹	41-42	<ul style="list-style-type: none"> - Abordagem de CP a doentes com COVID-19: <ul style="list-style-type: none"> Controlo sintomático, nomeadamente dispneia – manejo de opioides - e <i>delirium</i>, com eventual necessidade de implementação de sedação paliativa em casos refratários; Discussão de objetivos de cuidados e decisão de não reanimação; Apoio à família e utilização de videoconferências; Prestação de cuidados de fim de vida com reforço de recursos em <i>hospice</i> preparados para receber estes doentes; Assegurar apoio no luto por profissionais treinados.
Davies A et al ⁷²	2-3	<ul style="list-style-type: none"> - Tarefas a desempenhar por paliativistas em contexto de pandemia ou outras crises em saúde: <ul style="list-style-type: none"> Casos de refratariedade no controlo sintomático; Casos complexos de gestão de doente em fim de vida;

		Educação e treino a outros profissionais no que concerne cuidados de fim de vida ou controlo sintomático; Auxílio na tomada de decisões quanto a escalada ou não de medidas; Apoio na transmissão de “más notícias”.
Radbruch L et al ⁷³	1467-1468	- Resposta imediata: Otimizar cooperação e coordenação entre CP e restantes equipas; Preservar continuidade de cuidados; Reforçar apoio social; Aferir necessidades emergentes. - Estratégias a longo prazo: Expandir a formação em CP a todos os profissionais potencialmente envolvidos na resposta à crise; Estabelecer guias de atuação em CP adequadas aos recursos disponíveis.
Simon N ⁷⁴	e38	Síntese da evidência e recomendações para a integração da resposta dos CP na pandemia COVID-19: - Políticas Adequação de critérios de admissão, protocolos de visita, voluntariado e suporte às famílias; - Treino e protocolos Protocolos controlo sintomático de primeira linha para não especialistas de CP. Promover a formação generalizada em CP incluindo as áreas de comunicação e apoio ao luto; - Comunicação e coordenação Promover partilha de informação entre instituições; - Dados Monitorização e garantia de qualidade na prestação de cuidados; - Recursos humanos Aferir competências e promover flexibilidade e resiliência; - Prestação de cuidados em ambulatório de forma a aumentar o acesso a CP; - Medicação e materiais Garantir medicação essencial, nomeadamente para controlo de dispneia, tosse, dor, febre, <i>delirium</i> e ansiedade bem como equipamento de proteção individual.
Sese D et al ⁷⁵	2-4	- Recursos humanos: Recursos educacionais e ferramentas que permitam prestar a todos os profissionais de saúde prestar CP de forma adequada, nomeadamente na área de controlo de sintomas, comunicação e discussão de objetivos de cuidados; - Consultadoria permanente por via telefónica; - Recursos materiais Medicação e equipamentos necessários para garantir controlo sintomático e gestão do fim de vida; - Logística Considerar estabelecer <i>cohort</i> de doentes em final de vida com cuidados focados no alívio sintomático; - Apoio

		<p>Definir estratégia de triagem para referência a CP; Maximizar prestação de cuidados através de apoio, consultadoria e formação a elementos de outras equipas; Recurso a telemedicina para minimizar interrupção de cuidados.</p>
Powell V et al ⁷⁶	e1-e3	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer as equipas de CP como um recurso limitado; - Criar <i>guidelines</i> para apoio no controlo sintomático e prestar consultadoria às equipas de primeira linha; - Promover treino às equipas de primeira linha em competências essenciais de CP nomeadamente controlo sintomático e comunicação, fazendo uso de ferramentas já existentes (ex. Vitaltalk); - Privilegiar meios de comunicação à distância como as videoconsultas; - Desencorajar os doentes previamente seguidos por CP de se deslocarem para o hospital, desenvolver meios de prestação de cuidados à distância. - Não participar em decisões ou conversas com doentes ou famílias quanto a não implementação de medidas invasivas a menos que partilhadas com outros especialistas de forma a não associar os CP a restrição de cuidados; - Tornar mais estritos os critérios para consulta direta por CP: Refratariedade no controlo sintomático Diferir para um período menos crítico os pedidos de introdução precoce de CP - na ausência de necessidades paliativas específicas e urgentes.
Abbott J et al ⁴⁷	1289-1294	<ul style="list-style-type: none"> - Recursos humanos Criar ferramentas para prestar apoio remoto permanente por via telefónica ou outros sistemas de telesaúde no que concerne controlo sintomático, comunicação de más notícias e em fim de vida; - Recursos materiais Garantir partilha de substâncias de uso controlado entre organizações e comunidades; Consulta de apoio de farmacêutico de forma a disponibilizar alternativas farmacológicas; Garantir inventário regional de fármacos e meios essenciais (oxigénio, monitores e consumíveis); Assegurar disponibilidade de equipamentos de proteção individual; Disponibilizar meios virtuais de apoio entre equipas em meio hospitalar e nos cuidados primários; - Logística Garantir igual acesso a cuidados de fim de vida para doentes com e sem COVID-19; - Apoio Promover discussões de objetivos de cuidados e diretivas antecipadas de vontades sobretudo a pessoas vulneráveis na comunidade; Acelerar o desenvolvimento de um registo eletrónico com acesso universal a diretivas antecipadas de vontades; Divulgar junto dos profissionais de primeira linha materiais de apoio já disponíveis. Nomeadamente para otimizar comunicação (ex.: Vitaltalk); Desenvolver protocolos de visita de familiares para situações de fim vida; Assegurar apoio psicológico e espiritual;
Kaya E et al ⁷⁸	878-881	<p>2 premissas essenciais: garantir que CP especializados continuam disponíveis para doentes e famílias com necessidades complexas e capacitar os todos os profissionais de saúde para gerir os sintomas comuns relacionados à COVID-19.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Passo 1 – Modelo de Consultadoria Prestação de consultadoria de forma direta ou virtual, através de teleconsulta, de acordo com modelo de triagem implementado. Prestação direta a doentes com sintomas refratários a manejo terapêutico prévio.

	<p>Decisões multidisciplinares complexas de objetivos de cuidados.</p> <ul style="list-style-type: none">- Passo 2 – Modelo partilhado Com aumento do número de pessoas doentes e a carecer de CP passa a existir um elemento de CP destacado nas unidades de prestação de cuidados – ronda diária para identificação de doentes com necessidades paliativas e apoio aos mesmos;- Passo 3 – Modelo <i>cohort</i> - Unidade para cuidados de fim de vida Despoletado em caso de número de mortes numa unidade COVID-19 ser >10. Criar um <i>cohort</i> de doentes em fim de vida que ficam a cargo da equipa de CP nas horas diurnas e com o apoio da equipa de urgência de medicina interna durante a noite.
--	--

Tabela 17. Pergunta 4 - Como têm os CP incorporado a resposta à pandemia COVID-19?

Autores	Pág.	Resumo
Lopez S et al ⁷⁷	981-983	<ul style="list-style-type: none"> - Duas equipas: Equipa A, remota, encarregue de discussões de objetivos de cuidados e articulação com as equipas de prestação de cuidados para orientação de controlo sintomático aos doentes internados; Equipa B, presencial, gestão sintomática refrataria a recomendações prestadas pela equipa A ou discussões complexas de objetivos de cuidados ou em que o doente podia tomar parte. - Criação de um algoritmo de triagem e orientação para as diversas situações e referenciação a uma ou outra equipa.
Blinderman C et al ⁵¹	1018-1021	<ul style="list-style-type: none"> - Gestão de doentes em ambulatório: <ul style="list-style-type: none"> Transição de prestação de cuidados aos doentes de ambulatório para o modelo virtual. Discussões de objetivos de cuidados - garantir diretivas antecipadas de cuidados inseridas nos sistemas eletrónicos para consulta; Consultadoria a cuidados primários - controlo sintomático de doentes com COVID-19 e desejo de permanecer em casa; - Apoio permanente às famílias de doentes internados: <ul style="list-style-type: none"> Coordenação com as equipas de prestação direta de cuidados, nomeadamente cuidados intensivos; - Formação (workshops virtuais) em CP aos profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados a doentes com COVID-19: <ul style="list-style-type: none"> Foco em controlo sintomático, comunicação e articulação dos recursos locais existentes. Recurso a ferramentas já disponíveis (ex.: VITALtalk). - Cuidados partilhados: <ul style="list-style-type: none"> Elementos de CP nas unidades de prestação de cuidados - presencialmente nas 12h diurnas e apoio telefónico durante a noite. Identificação de doentes com necessidades paliativas, participação em discussões de objetivos de cuidados e gestão sintomática. - Unidades <i>Hospice</i>: <ul style="list-style-type: none"> Abertura de unidades dedicadas a doentes no final de vida e com COVID-19, a cargo de equipas de CP; - Expansão das equipas de CP: <ul style="list-style-type: none"> Treino de elementos menos diferenciados e voluntários para otimizar comunicação com as famílias; - Reatribuição de tarefas a outras especialidades <ul style="list-style-type: none"> Treino de alguns profissionais de saúde (sobretudo psiquiatria) na comunicação com as famílias. Treino depois alargado a outros profissionais, como dermatologistas, geriatras, assistentes sociais e <i>chaplains</i>; - Consulta virtual de CP <ul style="list-style-type: none"> Discussões de objetivos de cuidados, com apoio de voluntários treinados para o efeito; Doentes com necessidades específicas de CP triados para a equipa presencial de CP.
Sullivan D ⁵²	293-294	<ul style="list-style-type: none"> - Recrutamento do maior número de especialistas em CP para maximizar prestação de cuidados; - Reconhecida importância de alargar discussões de objetivos de cuidados e estabelecer diretivas antecipadas de vontades, nomeadamente em contexto pré-hospitalar (ex.: lares de idosos), serviços de urgência e outros serviços de cuidados agudos; - Transição de comunicação com as famílias, sobretudo conferências familiares, para o modelo virtual de videochamada.

Gelfman L et al ⁵⁴	656-658	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptação estrutural da Unidade de Cuidados Paliativos para prestação de cuidados a doentes com COVID-19: Quartos convertidos para pressão negativa, individuais, painéis transparentes nas portas e monitorização por vídeo; - Reforçada a prestação de CP no serviço de urgência, dois elementos para prestar consultadoria e cuidados diretos. Formação aos internos das várias especialidades para a identificação de necessidades paliativas; - Elemento CP integrado nas equipas de cuidados intensivos - controlo sintomático e auxílio na tomada de decisões complexas quanto a objetivos de cuidados; - Criação de uma linha de apoio permanente para prestação de consultadoria a outros profissionais de saúde e apoio a famílias; - Desenvolvidas formações e material de apoio para desenvolvimento de competências de comunicação; - Elaboração de um perfil eletrónico específico para doentes com COVID-19 para facilitar a consulta e discussão de objetivos de cuidados.
Schockett E et al ⁷⁹	154-155	<ul style="list-style-type: none"> - Integração de um elemento de CP na equipa de Cuidados Intensivos, participando na visita médica diária e discussão dos doentes. <p>Critérios de referência incluíram redefinição de objetivos de cuidados, proximidade da morte, necessidade de otimização no controlo sintomático, crise familiar.</p>

