

ARTIGO 33 - RELATO DE EXPERIÊNCIA

PRIMEIRO CASO DE COVID-19 EM UMA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS

Fernanda Barcellos Santiago¹
Ana Lúcia Abrahão da Silva²

<http://orcid.org/0000-0001-7067-7234>
<http://orcid.org/0000-0002-4977-3835>

Objetivo: Relatar a experiência da assistência de Enfermagem à primeira paciente em Cuidados Paliativos oncológicos com COVID-19, no Rio de Janeiro. **Método:** Trata-se de estudo descritivo do tipo relato de experiência acerca da assistência de Enfermagem à paciente com COVID-19 em instituição de referência. **Resultados:** Durante o levantamento de dados, constatou-se que a assistência de Enfermagem é fragmentada e sem sistematização em registros e prontuário, consistindo em: vigilância do estado geral da paciente, assistência ventilatória e risco de queda. Incluíram-se medidas para aliviar o medo frente aos sintomas físicos mais expressivos. O uso da tecnologia por videochamada foi o recurso utilizado para amenizar a ansiedade. **Conclusão:** A abordagem da equipe de enfermagem à paciente com doença avançada e com COVID-19 se torna peculiar pela rápida evolução desta doença, tornando a assistência de enfermagem múltipla, complexa, com cuidados biopsicossocioculturais. O rápido agravamento da doença, isolamento, ausência de cuidador/familiar e risco de contaminação da equipe frente à adequação do serviço de internação hospitalar no contexto da pandemia fizeram com que a assistência de enfermagem fosse mais específica e cuidadosa. Em meio ao caos, à mistura de sentimentos e ao medo, vivenciou-se a verdadeira essência do Cuidado Paliativo.

Descritores: COVID-19; Cuidado Paliativo; Enfermagem.

FIRST CASE OF COVID-19 IN AN ONCOLOGICAL PALLIATIVE CARE UNIT

Objective: To report the experience of nursing care to the first patient in palliative care oncology with COVID-19, in Rio de Janeiro. **Method:** This is a descriptive study of an experience report about nursing care for patients with COVID-19 in a reference institution. **Results:** During data collection, it was found that nursing care is fragmented and without systematization in records and medical records, consisting of: surveillance of the general condition of the patient, ventilatory assistance and risk of falling. Measures to alleviate fear in the face of the most expressive physical symptoms were included. The use of technology by video call was the resource used to alleviate anxiety. **Conclusion:** The nursing team's approach to patients with advanced disease and with COVID-19 becomes peculiar due to the rapid evolution of this disease, making nursing care multiple, complex, with biopsychosociocultural care. The rapid worsening of the disease, isolation, absence of caregiver / family and risk of contamination of the team in view of the adequacy of the hospitalization service in the context of the pandemic made nursing care more specific and careful. In the midst of chaos, mixed feelings and fear, the true essence of Palliative Care was experienced.

Descriptors: COVID-19; Palliative Care; Nursing.

PRIMER CASO DE COVID-19 EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS

Objetivo: informar la experiencia de la atención de enfermería al primer paciente en oncología de cuidados paliativos con COVID-19, en Río de Janeiro. **Método:** Este es un estudio descriptivo de un informe de experiencia sobre cuidados de enfermería para pacientes con COVID-19 en una institución de referencia. **Resultados:** Durante la recolección de datos, se encontró que la atención de enfermería está fragmentada y sin sistematización en los registros y registros médicos, que consiste en: vigilancia del estado general del paciente, asistencia respiratoria y riesgo de caídas. Se incluyeron medidas para aliviar el miedo frente a los síntomas físicos más expresivos. El uso de la tecnología por videollamada fue el recurso utilizado para aliviar la ansiedad. **Conclusión:** El enfoque del equipo de enfermería para pacientes con enfermedad avanzada y con COVID-19 se vuelve peculiar debido a la rápida evolución de esta enfermedad, lo que hace que la atención de enfermería sea múltiple, compleja y con atención biopsicossociocultural. El rápido empeoramiento de la enfermedad, el aislamiento, la ausencia del cuidador / familia y el riesgo de contaminación del equipo en vista de la idoneidad del servicio de hospitalización en el contexto de la pandemia hicieron que la atención de enfermería fuera más específica y cuidadosa. En medio del caos, sentimientos encontrados y miedo, se experimentó la verdadera esencia de los cuidados paliativos.

Descritores: COVID-19; Cuidados paliativos; Enfermería.

¹Universidade Federal Fluminense – UFF e Instituto Nacional de Câncer– INCa, Rio de Janeiro, RJ.

²Universidade Federal Fluminense – UFF, Rio de Janeiro, RJ.

Autor Correspondente: Fernanda Barcellos Santiago Email: nanda_barcellos@yahoo.com.br

Recebido: 18/5/2020 Aceito: 06/6/2020

INTRODUÇÃO

Os primeiros casos de COVID-19 foram notificados na cidade de Wuhan, na China, em dezembro de 2019, em princípio, como uma pneumonia grave de etiologia desconhecida. Após coleta de material e análise, foi possível detectar o novo coronavírus (SARS-CoV-2), que se disseminou rapidamente por vários países, o que levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarar situação de pandemia mundial em 11 de março de 2020¹.

A transmissão da COVID-19 é por contato direto e inalação de gotículas, e seu período de incubação varia entre um e 14 dias. Os pacientes infectados podem ser assintomáticos e, quando sintomáticos, apresentam sintomas inespecíficos, tais como: febre, tosse, dispneia, mialgia e fadiga².

Em 80% dos casos, os pacientes que desenvolverem a doença apresentaram sintomas leves ou foram assintomáticos, 15% apresentaram doença grave, e 5% doença crítica. A mortalidade é maior em pacientes com doença grave e idosos com comorbidades, em que a taxa de letalidade apresentou variação de dois a 3%³. O diagnóstico pode ser através da ampliação de ácidos nucleicos pelo método RT-PCR e exames de imagem, como radiografia torácica e tomografia computadorizada³.

O isolamento social é apontado pela OMS como importante e necessário, tomando-se como exemplo a República Comunista da China, onde foram detectados os primeiros casos. Em seu território, desde o início da epidemia, as ações foram ambiciosas e ágeis, a exemplo do cancelamento da festa mais importante e popular: o Ano Novo Chinês. A China compreendeu a gravidade da doença mais rápido do que outros países, impondo medidas drásticas que foram: quarentena, isolamento de diversas cidades, construção de hospitais devidamente equipados em poucos dias, mobilização da população e organização do seu sistema para enfrentar o vírus. Em contrapartida, analisando a conduta de nações da Europa, como Itália e Espanha, ambas com comandos políticos que colocaram os interesses do mercado “à frente do bem-estar da coletividade, com equívocos e morosidade em tomada de decisão, levou a números elevados de mortes e caos e colapso no sistema de saúde”⁴.

No Brasil, o primeiro caso foi notificado no final de fevereiro, em São Paulo, sendo a vítima um homem de 61 anos que retornara de uma viagem à Itália. No início de março de 2020, os casos começaram a se difundir pelos demais estados. Houve recomendação do Ministério da Saúde para a realização de isolamento social, como tentativa de contenção da rápida proliferação do vírus. Apesar da taxa de mortalidade ser baixa – entre 2% e 15% –, a disseminação é rápida, gerando um aumento maciço nas internações hospitalares, e fazendo com

que a propagação da doença se amplie mais do que a capacidade do serviço de saúde no atendimento da demanda⁵.

A Associação Médica Brasileira⁶ estima que, após quatro meses do início do COVID-19 no país, o surto atingirá o pico de hospitalizações envolvendo cerca de 12 milhões que acessarão os serviços de saúde. Desse total, cerca de 600 mil indivíduos necessitarão de leitos de terapia intensiva. No momento atual, os serviços de saúde não possuem tal capacidade em sua rede, necessitando de articulação política e gerencial para aumentar ao máximo a capacidade, a fim de evitar mortes desnecessárias.

No início do mês de abril de 2020, o Ministério da Saúde contabilizou 18.176 infectados em todos os estados brasileiros, totalizando 957 mortos, sendo São Paulo o estado com maior número de casos, seguido pelo Rio de Janeiro e, em terceiro lugar, o Ceará⁵.

Os pacientes em tratamento paliativo oncológico, caso adquiram a COVID-19, compõem um dos grupos de risco, pela sua exposição a um maior número de agravos e por apresentarem maiores déficits no sistema imunológico. Assim, propõe-se relatar a experiência da primeira paciente com exame positivo para COVID-19, internada em uma instituição de referência em Cuidados Paliativos oncológicos, localizada no Rio de Janeiro. Nesse caso, busca-se relatar a assistência de Enfermagem à paciente em Cuidados Paliativos oncológicos com COVID-19.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência. O relato de experiência é uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre uma ação ou conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada no âmbito profissional de interesse para a comunidade científica⁸.

Cenário do estudo e período de realização da experiência

Este relato de experiência aborda a assistência de Enfermagem prestada à primeira paciente oncológica com COVID-19, realizada no final do mês de março e início do mês de abril de 2020. Essa paciente estava em Cuidados Paliativos e foi internada em um Instituto Federal referência em oncologia do Rio de Janeiro.

A coleta de dados foi realizada após o óbito da paciente, com busca em prontuário e relato dos colegas que lhe prestaram a assistência de Enfermagem nos poucos dias em que esteve sob cuidados da equipe, na unidade.

Após a coleta de dados, foi realizada a busca bibliográfica e a análise interativa dos dados, que consiste em um processo reflexivo, cujo objetivo é gerar conhecimento e favorecer o

desenvolvimento?

A busca bibliográfica ocorreu nas bases de dados LILACS, MEDLINE, EMBASE E SciELO com os descritores: "COVID-19", "palliative care" e "nursing".

Sujeitos envolvidos na experiência

Primeira paciente com resultado positivo para COVID 19 na unidade de cuidados paliativos oncológicos e equipe de Enfermagem de um Instituto Federal de referência para cuidados paliativos, na cidade do Rio de Janeiro.

Aspectos éticos

O presente estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição, que emitiu parecer favorável, atendendo os preceitos da Resolução CNS 466/2012.

OBJETIVOS DA EXPERIÊNCIA

Discutir a assistência de Enfermagem prestada à primeira paciente com COVID 19 na unidade de cuidados paliativos oncológicos e identificar possíveis melhorias nesta assistência, com base na literatura disponível.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Este relato trata da paciente F., do sexo feminino, 50 anos de idade, casada, evangélica, profissão "do lar", e com um filho de 26 anos, portador de paralisia cerebral.

A paciente foi matriculada no hospital de referência para câncer de mama no início de junho de 2016. Realizou mastectomia simples, com esvaziamento axilar em abril de 2017, tendo sido acompanhada no consultório de Enfermagem onde foram realizados os cuidados com a ferida operatória, retirada de seroma no pós-operatório e quimioterapia ac e neoadjuvante, em meados de 2016 a início de 2017. Nesse local, ocorreram diversas consultas de Enfermagem pré-quimioterapia, nas quais foram coletados dados e fornecidas orientações de cuidados em domicílio. Em meados de 2017, a paciente realizou radioterapia adjuvante e consultas de Enfermagem, em que foram explicitadas medidas de cuidado com a pele para prevenção de radiodermite. A paciente iniciou Tamoxifeno em janeiro de 2017 e, no decorrer de 2018 e 2019, manteve atendimentos no ambulatório da oncologia clínica e no consultório de Enfermagem, mantendo-se assintomática e em controle. No início de 2020, ela apresentou dor com progressão de doença óssea, sendo encaminhada à radioterapia, para iniciar Zometa. Pouco depois, realizou tomografia que evidenciava a evolução de doença para pulmão e fígado, permanecendo com Anastrozol adjuvante. No mês seguinte, evidenciou progressão de doença para SNC, com lesão expansiva complexa cerebelar e edema associado. Em fevereiro de 2020, teve a última internação no setor de origem, com vômitos incoercíveis e síndrome de compressão medular. Permaneceu internada

por 17 dias, com alta no mês de março.

Durante toda a sua trajetória dentro da referida instituição, a paciente foi acompanhada em consultas de Enfermagem nos mais diversos serviços da unidade, nos consultórios de quimioterapia, radioterapia, ambulatório clínico e na internação hospitalar – neste último, obteve assistência direta da equipe de Enfermagem.

Em 31 de março de 2020, a paciente compareceu ao serviço de emergência (que é compartilhado pelos dois serviços: de cuidado paliativo e de tratamento ao câncer de mama) com sintomas de: tosse, dispneia e mialgia. Ela foi, então, encaminhada ao setor específico para triagem de COVID-19, realizada por enfermeiro da unidade, que a avaliou, coletou *swab orofaríngeo* e exames laboratoriais, além de encaminhá-la à tomografia de tórax. A paciente encontrava-se lúcida, orientada, dispneica, afebril, deambulando com auxílio. Foram realizadas medidas de conforto, com acomodação necessária ao estado clínico e à dispneia. Às 18 horas, apresentava cianose de extremidades, dispneia e cursava em uso de cateter nasal. Também se identificava dessaturação aos mínimos esforços.

A equipe médica do serviço de mastologia e de Cuidados Paliativos avaliou a paciente e deliberou sua transferência para a unidade de Cuidados Paliativos.

No dia 1º de abril de 2020, o enfermeiro da unidade entrou em contato telefônico com familiar da paciente, esclarecendo sobre a conduta de transferência para cuidado paliativo, por doença avançada e a necessidade de isolamento da paciente, com suspensão de visitas e acompanhamento. A família também foi orientada a respeito da quarentena para os familiares com suspeita de COVID-19. A paciente encontrava-se ansiosa, lúcida, orientada, dispneica, em uso de cateter nasal com saturação de O₂ em 71%. Foi instalado cateter vesical de demora (CVD) e mantida dieta zero. Às 18h15, foi encaminhada para o setor de internação da unidade de Cuidados Paliativos, em um andar específico para suspeitos de COVID-19. A paciente fazia uso de Clavulin, Claritromicina e Tamiflu.

Em 2 de abril de 2020, a paciente encontrava-se lúcida e orientada, com momentos de sonolência, mantendo dispneia e cianose de extremidades, fazendo uso de *dripping* de morfina a 2mL/h. Às 12 horas, apresentava quadro de sonolência, alerta ao chamado, porém com momentos de confusão mental. Foi realizada uma videochamada em *tablet* da instituição, conduzida por enfermeiros da unidade, em que a paciente pôde conversar com a mãe, irmã e outros familiares presentes. Pôde ter notícias do marido, que também apresentava sintomas do COVID-19, e de seu filho. Não foi possível realizar videochamada com o marido e o filho porque eles estavam em outra localidade, sem acesso fácil à internet.

Durante a internação hospitalar, a conduta da equipe de

Enfermagem foi monitorar os sinais vitais, nível de consciência, estado de ansiedade e risco de queda. Realizou-se um rezeamento de avaliações frequentes de toda a equipe ao leito da paciente.

Às 14 horas, a paciente apresentou piora do quadro respiratório, sendo ajustado *dripping* de morfina para 4 ml/h. A paciente apresentava-se sonolenta, evoluindo para torpor, cianose central e em extremidades, dispneia e uso contínuo de cateter nasal. Às 22h40 foi declarado óbito após parada cardiorrespiratória (PCR).

PRINCIPAIS RESULTADOS ALCANÇADOS

Após a OMS decretar pandemia do novo coronavírus, houve um grande impacto nos serviços de saúde, gerando a necessidade de um novo cenário da realidade hospitalar. Lidar com uma pandemia requer um grande esforço de uma instituição hospitalar, em prol da minimização dos riscos ocupacionais dos profissionais, na logística de insumos, na revisão e criação de protocolos, ou seja, exige um grande poder de gerência para o enfrentamento da crise e controle no caos¹⁰.

Necessidade de triagem, restrição de porta de entrada, limitar tipo de atendimento, fornecimento de máscaras, rápido isolamento dos casos suspeitos, instrução de higiene e etiqueta respiratória visíveis a todos, busca ativa de casos, cancelamentos de atendimentos eletivos, garantir a aplicação de precaução padrão para todos os pacientes, entre outras, são formas de conter a transmissão comunitária do vírus nos serviços de saúde, e foram algumas das medidas que mudaram a realidade nos hospitais¹⁰.

A infecção por COVID-19 possui um quadro clínico semelhante ao de outras viroses respiratórias, porém pode evoluir para quadros mais graves nos pacientes imunocomprometidos e com câncer, assim como em idosos, indivíduos com doenças pulmonares crônicas, doenças cardiovasculares e diabetes¹¹.

Em relação à paciente deste relato de experiência, sua internação foi realizada logo após a adequação da unidade hospitalar à nova realidade. O fluxo de admissão do paciente com suspeita de COVID-19 da emergência para a internação havia sido estabelecido recentemente.

Antes da admissão da paciente na unidade, houve um caso que, após o decorrer dos dias, obteve resultado negativo para COVID-19. Desse modo, esta paciente foi a segunda internada, sendo a primeira a ter o teste positivo para o novo coronavírus.

Ao ser internada, a paciente possuía um forte indício de infecção por COVID-19, pois apresentava nódulos sólidos pulmonares difusos, em parênquima pulmonar nos lobos

superior e médio, elevação da hemicúpula diafragmática à direita com opacidade intersticial em “vidro fosco” bilateral.

Alinhando a clínica da paciente ao exame de imagem, e fazendo a comparação ao último exame de imagem, as suspeitas aumentaram e a paciente foi conduzida ao isolamento, em ala própria do hospital.

Contribuições para a prática

No contexto da assistência a um paciente isolado, com uma doença pouco conhecida, o enfermeiro necessita planejar os cuidados de Enfermagem necessários para promover o conforto e o equilíbrio físico e emocional.

Os enfermeiros que estavam acompanhando e monitorando a paciente perceberam que, ao longo de poucas horas, seu estado geral progrediu com aumento da cianose e dispneia e, conseqüentemente, comprometimento do nível de consciência e lucidez. Decidiram realizar a videochamada, a fim de minimizar a ansiedade da paciente por notícias dos familiares, do esposo e do filho. Esta ação foi realizada quando ela ainda estava acordada e lúcida, apesar de já apresentar momentos de confusão mental e letargia. Assim, a interação por chamada de vídeo foi bem-sucedida e o objetivo alcançado.

Durante o levantamento de dados para a realização deste relato de experiência, constatou-se que a assistência de Enfermagem é fragmentada e não há uma Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em registros e prontuário.

O cuidado paliativo surge frente à doença oncológica avançada em que a cura não é o foco, mas o manejo de sintomas. A proposta terapêutica multiprofissional é de controlar os sintomas que podem ocasionar sofrimento físico, psíquico e espiritual, comprometendo a qualidade de vida do paciente¹².

A abordagem da equipe de Enfermagem ao paciente que apresenta doença avançada e é acometido pela COVID-19 se torna peculiar, por conta da rápida evolução no curso dessa doença, tornando a assistência de Enfermagem múltipla e complexa, demandando um cuidado biopsicossociocultural. O agravamento da doença em curto período, o isolamento do paciente, a ausência do cuidador ou familiar, o risco de contaminação da equipe frente à adequação do serviço de internação hospitalar e a nova configuração que uma pandemia leva ao serviço de saúde fazem com que a assistência de Enfermagem seja mais específica e cuidadosa.

O perfil desta paciente, diante de suas múltiplas e complexas necessidades de cuidado, exige do enfermeiro um plano de cuidados que ultrapassa a vigilância do estado geral de saúde e envolve assistência ventilatória com o mínimo de exposição ocupacional, diminuição do risco de queda e medidas para aliviar a ansiedade e o medo da paciente, frente

aos sintomas físicos mais expressivos que foram a dispneia e a ansiedade pelo medo da morte.

O cuidado de Enfermagem é pautado na relação de ajuda que tem grande importância na resposta à necessidade individual do paciente. Entretanto, pode estar bastante afetado quando o indivíduo está experimentando solidão, angústia, dor, dispneia e medo. Nessa realidade, o enfermeiro terá que planejar uma terapêutica para um cuidado integral¹³.

No contexto de rápida evolução dos sintomas, como no paciente com COVID-19 e em cuidado paliativo, a assistência de Enfermagem indica a necessidade de o enfermeiro desenvolver um cuidado integral, humanizado, que compreenda a necessidade deste paciente, criando laços de empatia e estabelecendo as reais necessidades. Em caso de morte, permanecer ao lado do paciente, sendo a companhia que conforta, de modo a estabelecer o cuidado até o fim.

Frente ao novo coronavírus, a assistência de Enfermagem e a questão do isolamento total do paciente, em piora progressiva, têm tornado a jornada de trabalho estressante tanto pelo medo do contágio, ansiedade e depressão, quanto pelo estado emocional do paciente isolado.

O manual de atenção psicológica para hospitais em tempos de COVID-19¹⁴ desencoraja a equipe de assistentes sociais, psicólogos e psiquiatras prestarem atendimento em leitos de isolamento de pacientes com suspeita ou confirmados de COVID-19. O manual coloca que essa assistência deverá ser priorizada para os profissionais da linha de frente, o que sobrecarrega, de forma preponderante, toda a equipe de Enfermagem que, mais uma vez, é a que presta serviço de forma ininterrupta aos pacientes em isolamento.

No contexto de estresse da equipe de Enfermagem, que sofre a partir dos cuidados aos pacientes com COVID-19, pode haver a exacerbação de sintomas preexistentes, tais como a ocorrência de quadros reativos ao estresse vivido, envolvendo medo, irritabilidade, inquietação, preconceito, exclusão social, sensação de impotência, fadiga por compaixão e estresse de sobrecarga¹⁴.

Os estudos direcionados a profissionais de saúde na linha de frente, realizados na China, demonstram altas taxas de sintomas de depressão, ansiedade, insônia e angústia em médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

No caso descrito, várias medidas foram tomadas pela instituição, a fim de preparar as equipes e o ambiente, para a nova realidade de assistência aos pacientes acometidos pela COVID-19. Foram implementados treinamentos para parâmetros e, principalmente, desparâmetros; convívio com novos Equipamentos de Proteção Individual (EPI); mudanças no quarto de descanso da equipe de Enfermagem, para um ambiente mais arejado; orientação sobre evitar aglomeração

da equipe; substituição das refeições realizadas em conjunto por refeições escalonadas; utilização de máscaras durante todo o tempo de permanência de trabalho; aumento da necessidade de assistência aos pacientes, para tarefas antes realizadas pelo familiar ou voluntários da instituição (como um simples auxílio nas refeições); aumento da atenção ao risco de queda, pelo aumento de pacientes desacompanhados durante a internação. O serviço de psicologia da instituição passou a ofertar seus serviços aos profissionais da linha de frente.

A visão de Florence Nightingale sobre priorizar um ambiente de desenvolvimento da saúde para o paciente nunca foi tão presente neste momento de pandemia. A teoria ambientalista passou a adotar conceitos que definem questões do ambiente que envolvem componentes físicos, sociais e psicológicos inter-relacionados¹⁵.

O que hoje se discute como meios para diminuir a contaminação, tais como lavagem de mãos e manter ambientes arejados, em 1863 Florence já enfatizava como ambiente hospitalar seguro para o paciente. Iluminação, limpeza, sanitário, ventilação, temperatura, cuidado com odores e ruídos, priorização do isolamento e redução de leitos por enfermagem foram responsáveis por modificar as condições de saúde naquela época, e deixaram um legado para a história¹⁵.

Limitações do estudo

O relato tratou apenas de experiência com um paciente internado, não permitindo generalizações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O grande impacto que a COVID-19 causou em todo o sistema hospitalar será algo lembrado por muitos e muitos anos. Todos os serviços foram impactados.

Neste momento delicado, o cuidado paliativo mostra-se bastante importante nas realidades brasileira e mundial, no contexto da falta de respiradores. Na sociedade médica, surgem manuais com possibilidades de suporte ético para possíveis escolhas difíceis, como "quem merecerá um respirador?", caso haja uma situação de possível escolha entre um e outro paciente. Quem merecerá um suporte avançado de vida (o tão almejado leito de CTI)?

O momento é importante para valorização dos Cuidados Paliativos como práticas que deveriam ser corriqueiras em hospitais gerais e não restritas a poucas unidades especializadas. A sua falta nos currículos das universidades, na formação acadêmica dos profissionais de saúde e na prática diária dos diversos centros de saúde nunca fez tanta falta.

Mesmo em um centro de excelência, como na instituição em que ocorreu o relato deste caso, a deliberação de Cuidados Paliativos foi realizada no setor de emergência, frente à

clínica e exames sugestivos de COVID-19.

O uso da tecnologia foi o recurso escolhido para amenizar a dor, o sofrimento e a angústia, utilizando-se a videochamada. Ao saber do estado de saúde do marido, ter notícias do filho e dos integrantes mais importantes do seu círculo familiar, além da emoção positiva, foi acalentador. Logo após, evoluiu para o torpor e, poucas horas depois, ocorreu o óbito.

Em meio ao caos e à mistura de sentimentos – em especial

do medo que a pandemia suscita –, a verdadeira essência do Cuidado Paliativo foi vivenciada.

Contribuição dos Autores: Santiago FB contribuiu para a concepção e/ou desenho do estudo; coleta, análise e interpretação dos dados; redação e/ou revisão crítica do manuscrito; Silva ALA contribui para a redação e/ou revisão crítica do manuscrito; aprovação da versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Singhal T. A review of coronavirus disease-2019 (COVID-19). *Indian J Pediatr.* 2020 [cited 2020 Jun 01]; 87:281-6. Available from: <https://doi.org/10.1007/s12098-020-03263-6>.
2. Beeching N, Fletcher TE, Fowler. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). *BMJ Best Pract.* 2020 [cited 2020 Jun 01]. Available from: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/3000168>.
3. Ng MY, Lee EYP, Yang J, Yang F, Li X, Wang H et al. Imaging profile of the COVID 19 infection: radiologic findings and literature review. *Radiology: Cardiothoracic Imaging.* 2020 [cited 2020 Jun 01]; 2(1): in press. Available from: <https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/ryct.2020200034>.
4. Campos LP, Lins T. Pandemia à portuguesa: um relato sobre COVID-19 em Portugal. *Revista Brasileira de Geografia Econômica.* 2020 [cited 2020 Jun 01]; IX (17):1-12. Available from: <https://doi.org/10.4000/espacoeconomia.10369>.
5. Vargas M, Frazão F. Brasil confirma 1º caso de novo coronavírus em paciente de 61 anos em São Paulo. *O Estado de S. Paulo* [Internet]. 25 fev 2020 [cited 2020 May 01]. Available from: <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,brasil-tem-1-resultado-positivo-para-coronavirus-mas-ainda-falta-teste-para-confirmar-diagnostico,70003210088>.
6. Ferreira LL, Sampaio DL, Chagas ACP, Bernardo WM. Diretrizes AMB: COVID-19. *Associação Médica Brasileira* [Internet]. 2020 [cited 2020 May 11]. Available from: <https://amb.org.br/wp-content/uploads/2020/04/DIRETRIZES-AMB-COVID-19-22.04.2020.pdf>.
7. Guan WJ, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J et al. Clinical characteristics of 2019 novel coronavirus infection in China. *Med Rxiv* [Internet]. 2020 [cited 2020 May 11]. Available from: <https://doi.org/10.1101/2020.02.06.20020974>.
8. Cavalcante BLL, Lima UTS. Relato de experiência de estudante de Enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas. *J Nurs Health.* 2012 [cited 2020 May 11];1(2):94-103. Available from: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3447/2832>.
9. Marck PB, Lang A, Macdonald M, Griffin M, Easty A, Corsini-Munt S. Safety in home care: a research protocol for studying medication management. *Implement Sci.* 2010 [cited 2020 Jun 01]; 5(43):1-9. Available from: <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-43>.
10. Gallasch CH, Cunha ML, Pereira LAS, Silva-Junior JS. Prevenção relacionada à exposição ocupacional do profissional de saúde no cenário de COVID-19. *Rev. Enferm. UERJ.* 2020 [cited 2020 May 11]; 28:e49596. Available from: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.49596>.
11. Pietrantonio F, Garassino MC. Caring for patients with cancer during the COVID-19 outbreak in Italy. *JAMA Oncol* [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 10]. Available from: <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2020.1426>.
12. Etkind S, 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.* [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 10]; in press. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.029>.
13. Simões RMP, Rodrigues MA. Relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem a doentes em fim de vida. *Esc. Anna Nery. Rev. Enferm.* [Internet]. 2010 [cited 2020 Apr 10]; 14(3): 485-489. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000300008>.
14. Sá-Serafim RCN, Do Bú EA, Nunes AVL. Manual de Diretrizes para a atenção psicológica em tempos de combate ao COVID-19. *Rev. Saúde & Ciência Online.* 2019 [cited 2020 Apr 10]; 8(2):Supl.2, 24p. Available from: <https://www.ccih.med.br/wp-content/uploads/2020/04/876-2447-2-PB.pdf>.
15. Gill CJ, Gill GC. Nightingale in Scutari: her legacy reexamined. *Clin Infect Dis.* 2005 [cited 2020 Apr 10]; 40(12):1799-805. Available from: <https://doi.org/10.1086/430380>.