



## **Sedação Paliativa: uma conduta terapêutica para sintomas refratários no fim de vida na Unidade de Terapia Intensiva**

Palliative Sedation: a therapeutic approach for refractory symptoms in the end of life at the Intensive Care Unit

Sedación paliativa: un enfoque terapéutico para los síntomas refractarios al final de la vida en la Unidad de Cuidados Intensivos

Júlia Corrêa Arêas Saldanha<sup>1</sup>, Carlos Márcio Alves da Costa<sup>2</sup>, Glaziela Arruda Coelho<sup>1</sup>, Danielle Furtado de Oliveira<sup>1</sup>, Nathalia Lopez Duarte<sup>1,3,4</sup>.

### **RESUMO**

**Objetivo:** Identificar e desenvolver recomendações sobre sedação paliativa para profissionais de saúde, a fim de aumentar a conscientização e fomentar melhores práticas clínicas diante do sofrimento refratário de pacientes em fim de vida em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Revisão bibliográfica:** A sedação paliativa é uma terapia de último recurso, porém de grande importância. Nela, o uso controlado de medicamentos induz um estado de consciência diminuído ou ausente para controle de sintomas como delirium, dor, dispneia, sofrimento psicológico e existencial, dentre outros. Essa revisão abordou informações sobre escalas de sedação e avaliação de sintomas, monitorização, medicamentos e seus efeitos adversos, comentários sobre nutrição e hidratação, assim como princípios bioéticos e a sua aplicação no cotidiano da prática em questão. Por fim, abarcou a profundidade da relação entre pacientes, familiares e equipes de saúde frente à sedação paliativa. **Considerações finais:** A sedação paliativa é uma terapia baseada em evidências, eficaz e de alta complexidade que envolve questões éticas, somáticas, psicológicas, sociais, espirituais e culturais. Deste modo, são essenciais a capacitação profissional e a educação da sociedade sobre cuidados paliativos para que o planejamento em equipe interdisciplinar com participação ativa de paciente, cuidador e família seja promotora de cuidado digno e humanizado.

**Palavras-chave:** Sedação paliativa, Cuidado paliativo, Sedação profunda, Fim de vida, Unidade de Terapia Intensiva.

### **ABSTRACT**

**Objective:** To identify and develop recommendations on palliative sedation for healthcare professionals to raise awareness and foster better clinical practices in the face of refractory suffering of end-of-life patients in the Intensive Care Unit (ICU). **Literature review:** Palliative sedation is a last-resort therapy yet of great importance. It involves the controlled use of medications to induce a diminished or absent state of consciousness to manage symptoms such as delirium, pain, dyspnea, and psychological and existential suffering, among others. This review addressed information on sedation scales and symptom assessment, monitoring, medications, and their adverse effects, comments on nutrition and hydration, and bioethical principles and their application in daily practice. Finally, it encompassed the depth of the relationship between the patient, family, and healthcare team regarding palliative sedation. **Final considerations:** Palliative sedation is an evidence-based, effective, and highly complex therapy that involves ethical, somatic,

<sup>1</sup>Hospital Municipal Ronaldo Gazolla (HMRG), Rio de Janeiro – RJ.

<sup>2</sup>Hospital Federal dos Servidores do Estado (HFSE), Rio de Janeiro – RJ.

<sup>3</sup>Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro - RJ.

<sup>4</sup>Hospital Central da Aeronáutica (HCA), Rio de Janeiro – RJ

<sup>5</sup>Secretaria Municipal do Rio de Janeiro (SMS-RJ), Rio de Janeiro – RJ.

psychological, social, spiritual, and cultural issues. Therefore, professional training and public education on palliative care are essential to ensure that interdisciplinary team planning, with active participation of the patient, caregiver, and family, promotes dignified and humane care.

**Keywords:** Palliative sedation, Palliative care, Deep sedation, End of life, Intensive Care Unit.

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar y desarrollar recomendaciones sobre sedación paliativa para profesionales de la salud, con el fin de aumentar la conciencia y fomentar mejores prácticas clínicas ante el sufrimiento refractario de pacientes en etapa final de vida en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI). **Revisión bibliográfica:** La sedación paliativa es una terapia de último recurso, pero de gran importancia. En ella, el uso controlado de medicamentos induce un estado de conciencia disminuido o ausente para el control de síntomas como delirium, dolor, disnea, sufrimiento psicológico y existencial, entre otros. Esta revisión abordó información sobre escalas de sedación y evaluación de síntomas, monitoreo, medicamentos y sus efectos adversos, así como comentarios sobre nutrición e hidratación, principios bioéticos y su aplicación en la práctica cotidiana. Por último, abarcó la profundidad de la relación entre pacientes, familiares y equipos de salud frente a la sedación paliativa. **Consideraciones finales:** La sedación paliativa es una terapia basada en evidencia, eficaz y de alta complejidad que involucra cuestiones éticas, somáticas, psicológicas, sociales, espirituales y culturales. De este modo, son esenciales la capacitación profesional y la educación de la sociedad sobre cuidados paliativos para que la planificación en equipo interdisciplinario, con la participación activa del paciente, cuidador y familia, promueva un cuidado digno y humanizado.

**Palabras clave:** Sedación paliativa, Cuidados paliativos, Sedación profunda, Fin de la vida, Unidad de Cuidados Intensivos.

## INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um setor hospitalar que recebe pacientes críticos com propósito de dar-lhes melhor assistência, manter a homeostase corporal e reduzir a morbimortalidade. Ainda com o exponencial avanço tecnológico e o aperfeiçoamento da práxis com o paciente crítico, a taxa de mortalidade geral continua alta, em torno de 18,1%. Além disso, em alguns casos, oferecer tratamento intensivo pode não impedir a deterioração orgânica, mas sim gerar intenso sofrimento para o paciente, para sua família, seu cuidador e toda a equipe de saúde, não cumprindo com as metas de cuidado (GUPTA N, et al., 2022). Um estudo realizado em 2021 corrobora com essa realidade ao avaliar, através de indicadores, o desempenho do cuidado no processo de morte em 81 países. O Brasil ocupou a 79ª colocação no ranking geral, o que demonstra baixa qualidade na atenção do paciente em final de vida (FINKELSTEIN EA, et al., 2022). Nesse contexto, vale destacar a responsabilidade do médico e da equipe interdisciplinar em proporcionar um fim de vida digno, bem como o suporte emocional adequado ao paciente e familiares nesse momento (GUPTA N, et al., 2022).

Face ao exposto, é imperativo ofertar cuidados paliativos conforme a última definição da International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC), de 2018. A diretriz traz como a definição de cuidados paliativos como cuidados holísticos ativos a pessoas em todas as idades com sofrimento intenso relacionado a doenças graves e, principalmente, em fim da vida. Assim, é possível valorizar e prezar pela qualidade de vida dos pacientes e de seus cuidadores (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR HOSPICE AND PALLIATIVE CARE, 2019). Uma grande conquista para o Brasil foi instituir a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em 2024. Ela tem o propósito de fomentar o remodelamento das práticas nos cuidados paliativos e desenvolver maior compreensão do tema, visando a mudança de cultura na sociedade. Seus objetivos são: integrar esse cuidado à Rede de Atenção à Saúde - com foco na atenção primária -, promover a melhoria da qualidade de vida através da atenção à saúde segura e humanizada, aumentar a distribuição de medicamentos pertinentes e incentivar a educação formativa e permanente com treinamentos para profissionais atuantes em cuidados paliativos (BRASIL, 2024).

Embora os cuidados intensivos e os cuidados paliativos pareçam ocupar extremos opostos, é necessário somar competências e garantir cuidados integrais para uma melhor assistência aos pacientes (GUPTA N, 2022). Para isso, faz-se necessária a avaliação das indicações e prioridades de internação em leito de UTI, visto que pacientes em fase de terminalidade e sem possibilidade de recuperação devem prioritariamente ser

admitidos em unidades de cuidados paliativos, em enfermarias ou mesmo na atenção domiciliar. O ingresso na UTI pode ser justificado em caráter excepcional, considerando as singularidades do caso e avaliação do médico intensivista, que deve estar atento a não praticar medidas que promovam, sobretudo, a distanásia (BRASIL, 2016).

Mesmo com amplos cuidados paliativos, alguns indivíduos apresentam grave sofrimento físico, psíquico e/ou existencial no final da vida. Quando as terapias disponíveis falham ou se esgotam, o sintoma é denominado como refratário. Nesses casos, a redução intencional da consciência, denominada sedação paliativa, pode ser indicada. Segundo a Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC), a sedação paliativa é definida como o uso monitorado de medicamentos destinados a induzir um estado de consciência diminuída ou ausente, com o objetivo de atenuar o sofrimento refratário sem encurtar a duração da vida, de forma ética e aceita por pacientes, familiares e profissionais de saúde (CHERNY NI, et al., 2009; PATEL C, et al., 2019; SURGES SM, et al., 2024). Os principais sintomas identificados nos indivíduos em fim de vida são: dor, delirium, náuseas, vômitos, dispneia, além de sofrimento psicológico e existencial. Essa gama de sintomatologias pode se tornar angustiante para os pacientes e seus familiares (ARANTZAMENDI M, et al., 2021; BELAR A, et al., 2021).

Novos estudos sobre o tema foram publicados, como o estudo retrospectivo da Coreia do Sul com 8.309 pacientes oncológicos que faleceram em instituições hospitalares. Destes, 1.334 (16,1%) estavam sob sedação paliativa com as seguintes indicações: delirium (39,3%), dor (23,1%) e dispneia (21,9%) (KIM YS, et al., 2019). Outra pesquisa realizada em 145 hospitais na Espanha e na Argentina incluiu 1.447 pacientes, 701 deles sob sedação paliativa (48,4%) (DÍEZ-MANGLANO J, et al., 2020). No cenário brasileiro, foi realizado um estudo com 552 pacientes oncológicos, no qual 374 preencheram os critérios de inclusão, sendo que 54,2% receberam sedação paliativa (PRADO BL, et al., 2018). É sabido que a sedação paliativa deve ser abordada quando há possibilidade de sofrimento grave no fim de vida, sendo o último recurso de tratamento devido a seus resultados adversos previstos e riscos potenciais, como redução da interação, bradipneia, hipoxemia, apneia e agitação (ARANTZAMENDI M, et al., 2021). Dessa forma, este tratamento é um grande desafio no âmbito dos cuidados paliativos, uma vez que envolve questões práticas e éticas. Apesar disso, é um recurso terapêutico seguro e valioso quando baseado em orientações sólidas (CAMARTIN C e BJÖRKHEM-BERGMAN L, 2022).

Para a instituição da sedação paliativa, é fortemente recomendada a avaliação por um médico com experiência em cuidados paliativos e, sempre que possível, acompanhado de uma equipe interdisciplinar. O processo de decisão deve contar com a participação e consentimento do paciente e/ou família, respeitando sua cultura, religião e cosmovisão (FRASCA M, et al., 2024; SURGES SM, et al., 2024). Nesse contexto, é necessário reforçar que morrer é um processo natural e que o objetivo da sedação paliativa não é acelerar a morte ou retardar o inevitável (GUPTA N, et al., 2022). Isto posto, o objetivo deste trabalho foi identificar e desenvolver as recomendações sobre sedação paliativa para profissionais de saúde a fim de aumentar a conscientização acerca dessa terapia, contribuindo para o fomento de melhores práticas clínicas perante o sofrimento de pacientes em fim de vida no ambiente de terapia intensiva. Para a confecção da referida revisão de literatura do tipo narrativa, foram analisadas publicações majoritariamente catalogadas entre os anos de 2018 e 2024.

## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A sedação paliativa é uma conduta terapêutica legítima e necessária no cuidado de pacientes com sintomas refratários no fim de vida (RODRIGUES P, et al., 2018). Há certa falta de informação sobre os diferentes conceitos que permeiam debates acerca dos cuidados paliativos. Terminologias como sedação paliativa, eutanásia e suicídio assistido são comumente confundidas, sendo geradoras de opiniões controversas (LOJO-CRUZ C, et al., 2023). A eutanásia é o ato deliberado de provocar a morte sem sofrimento, por fins misericordiosos, através de doses fixas e padronizadas de medicamentos letais. O suicídio assistido é o processo pelo qual um médico atua de forma passiva, como um facilitador para acelerar a morte do paciente. Ambos têm o desfecho desejado de morte. Por fim, a sedação paliativa se diferencia desses conceitos tanto na intenção

quanto no resultado, tendo como meta atingir um nível de sedação que controle sintomas e não antecipe a morte (BHYAN P, et al., 2024; CAMARTIN C e BJÖRKHEM-BERGMAN L, 2022; LOJO-CRUZ C, et al., 2023; PATEL C, et al., 2019; TWYGCROSS R, 2019).

Os princípios da bioética são norteadores também na prática da sedação paliativa, e devem ser seguidos em todas as fases do tratamento. O respeito à autonomia, a beneficência, a não maleficência e a justiça são garantias para uma prática humanizada e digna. O princípio de autonomia se refere à capacidade do próprio indivíduo sobre decidir de forma livre, independente e informada, por uma terapia mais adequada para o controle de seus sintomas, competindo ao médico definir a proposta mais adequada para melhor atender ao paciente em suas particularidades. A beneficência e não maleficência proporcionam equilíbrio entre benefícios, riscos e danos. No que se refere à justiça, é mandatória a equidade de cuidado nos diversos níveis de atenção (CAMARTIN C e BJÖRKHEM-BERGMAN L, 2022; RODRIGUES P, et al., 2018; SURGES SM et al., 2024). É pertinente, também, enfatizar o princípio de duplo efeito e de proporcionalidade na prática da sedação paliativa. O primeiro estabelece que há dois efeitos para uma mesma ação: um benéfico pretendido (alívio de sintomas) e um maléfico não intencional (sedação). Já o segundo, trata sobre empregar a menor dosagem do sedativo para alívio adequado do sofrimento em contraponto a desejar diretamente a inconsciência (CAMARTIN C e BJÖRKHEM-BERGMAN L, 2022; RODRIGUES P, et al., 2018; SURGES SM et al., 2024).

A sedação paliativa é indicada para pacientes em intenso sofrimento, com presença de dor, delirium hiperativo, dispneia, vômitos e convulsões, bem como sofrimento psicológico e existencial. Em situações de emergência a sedação também é recomendada, como por exemplo, em casos de hemorragia maciça, asfixia, dispneia terminal grave ou crise de dor avassaladora (BELAR A, et al., 2021; CHERNY NI, et al., 2009). Dentre os sintomas apresentados, destaca-se o delirium, que acomete 90% dos pacientes nas horas a dias que antecedem sua morte, sendo um desafio no manejo dos cuidados paliativos. Considerado um sinal de morte iminente e agravado pelo prejuízo na comunicação e controle comportamental, o delirium hiperativo, em especial, é gerador de angústia em pacientes, familiares e cuidadores (BRAMATI P e BRUERA E, 2021). Ocasionalmente, a sedação paliativa é utilizada em sintomas não físicos graves, como ansiedade, depressão refratária e sofrimento existencial. Este último pode ser revelado por perda de significado pessoal e propósito, desespero, perda de esperança e da dignidade, sensação de isolamento e medo da morte. Todavia, é pertinente considerar que, para algumas diretrizes, não há indicação da sedação no sofrimento existencial, e isto ocorre pela falta de consenso na literatura, ainda incipiente (BEAUVERD M, et al., 2024; BELAR A, et al., 2021; RODRIGUES P, et al., 2018).

Administrada de forma intermitente ou contínua, a sedação paliativa pode também ser classificada como leve, moderada ou profunda. É importante destacar que o nível de sedação deve ser o mais baixo necessário para garantir o conforto do paciente, podendo ser reduzido após o controle dos sintomas (BELAR A, et al., 2021). A sedação contínua profunda deve ser considerada no alívio do sofrimento intenso, quando a sedação intermitente ou leve for insatisfatória, ou em caso de um evento catastrófico - como hemorragia maciça ou asfixia (BEAUVERD M, et al., 2024; CHERNY NI, et al., 2009; SURGES SM, et al., 2024). Para adequada avaliação e controle de sintomas, faz-se necessária a utilização de ferramentas nos diversos níveis de sedação. Na sedação paliativa leve ou intermitente, a comunicação ainda pode estar preservada, sendo possível avaliação através do relato do paciente. No entanto, nos casos de sedação profunda contínua, a incapacidade de comunicação demanda uma abordagem por meio de instrumentos e de análise subjetiva.

Esta deve ser realizada por profissionais de saúde treinados, capazes de explorar aplicações terapêuticas e identificar precocemente os possíveis eventos adversos (BELAR A, et al., 2021). Várias escalas clínicas para identificar e mensurar sintomas estão disponíveis e são validadas nos cuidados paliativos, tais como: Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), o Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS) e o Critical Care Pain Observational Tool (CPOT). E, para avaliação de conforto, está disponível a Patient Comfort Score (PCS). Em UTI, é frequente utilizar o Confusion Assessment Method (CAM- ICU) para avaliação de delirium, e o Behavioral Pain Scale (BPS) para dor. Porém, ambas escalas não são reconhecidas nos cuidados paliativos. O nível de sedação é avaliado principalmente por Richmond Agitation Sedation Scale-Palliative (RASS-

PAL), sendo validada tanto em cuidado paliativo quanto em terapia intensiva. É possível ainda lançar mão do Bispectral Index Score (BIS), que é um instrumento não invasivo para mensurar o efeito sedativo e hipnótico das medicações (BELAR A, et al., 2021; TWYCCROSS R, 2019).

No que se refere à avaliação e abordagem do sofrimento existencial, é indispensável uma ação multidimensional completa e bem gerenciada por equipe interdisciplinar capaz de desenvolver escuta, apoio espiritual e religioso, psicoterapia e farmacoterapia. Essa complexidade de demandas dificulta o desenvolvimento de escalas, o que torna difícil o manejo desse perfil de pacientes (REICH M, et al., 2020). Os sedativos são amplamente utilizados para o controle de sintomas em cuidados paliativos, com os benzodiazepínicos sendo a classe de primeira linha, e o midazolam o mais usado. Versátil e de meia-vida curta, facilita a reversibilidade do efeito, mas sua rápida metabolização pode ser uma desvantagem no uso contínuo. O midazolam é eficaz no manejo da agitação terminal e convulsões, e, combinado com opioides, melhora a dispneia (OSTGATHE C, et al., 2023; PROMMER E, 2020). A Sociedade Espanhola de Cuidados Paliativos recomenda antipsicóticos (haloperidol ou levomepromazina) para sedação em delirium, pois benzodiazepínicos podem exacerbar o quadro (BEAUVERD M, et al., 2024; TWYCCROSS R, 2019).

Na UTI, a dexmedetomidina, um agonista alfa-2 adrenérgico, é ocasionalmente usada em cuidados paliativos, apesar de evidências limitadas. Com ação sedativa, ansiolítica e analgésica, reduz delirium, controla agitação, e regula o sono, além de diminuir a necessidade de opioides e ajudar no desmame. Sua principal vantagem é permitir despertar fácil com sensório claro, favorecendo a interação com familiares, sem causar depressão respiratória. Seus efeitos adversos mais comuns envolvem hipotensão e bradicardia (GAERTNER J e FUSI-SCHMIDHAUSER T, 2022; LEMUS R, et al., 2022). Os principais efeitos adversos identificados durante o procedimento de sedação paliativa foram o comprometimento ou perda da capacidade de interação, diminuição da frequência respiratória, redução de saturação de oxigênio, apneia e agitação paradoxal. Um dos eventos adversos mais controversos que levanta preocupações éticas é a suposição de que a sedação paliativa pode acelerar a morte. Porém, vários artigos robustos da literatura médica demonstraram que a sedação paliativa não reduz a sobrevida quando comparado aos pacientes não submetidos à sedação (BELAR A, et al., 2021; COCKER A, et al., 2022).

Na medicina paliativa, é rotineiro o questionamento sobre hidratação e nutrição, principalmente na fase de fim de vida. Vale evidenciar que a maioria dos pacientes elegíveis à sedação paliativa já parou de se hidratar e de se alimentar em virtude do agravamento de sua doença. Logo, essa deliberação deve ser moralmente aceita e particularizada, em acordo com a biografia, aspectos culturais, religiosos e psicológicos do indivíduo em questão. Assegurar os desejos do paciente e estimar benefícios e malefícios do tratamento é sempre crucial. Casos em que a hidratação artificial e/ou terapia nutricional forem fonte de sofrimento e/ou irrelevantes para finalidade da terapêutica, a redução ou a retirada das mesmas devem ser consideradas (PATEL C, et al., 2019; SURGES SM, et al., 2024; TWYCCROSS R, 2019).

Durante a sedação, o paciente deverá ser monitorado com o objetivo de garantir seu conforto. Logo que iniciado, este processo demanda supervisão de médico e enfermeiro a cada 20 minutos até o alcance sedativo ideal. Em caso de sedação contínua, a periodicidade de avaliação sugerida é de, pelo menos, 3 vezes ao dia. Vale ressaltar que a observação de frequência respiratória é importante, principalmente para garantir a ausência de desconforto respiratório e taquipneia. A monitorização de frequência cardíaca, pressão arterial e temperatura são desnecessárias e devem ser descontinuadas. Cabe destacar que a manutenção de cuidados higiênicos, bucais, oftalmológicos e de lesão por pressão devem ser considerados de acordo com os riscos e danos estimados, bem como com base nos desejos e plano de cuidado do paciente (CHERNY NI, et al., 2009; SURGES SM, et al., 2024).

A atenção interdisciplinar é mandatória para o cuidado de qualidade no fim de vida, e a comunicação com escuta qualificada estabelece o vínculo entre equipe, paciente e a família. No diálogo, deve-se abordar o nível de conhecimento sobre o prognóstico da doença e os desejos, interesses e necessidades em relação aos últimos dias de vida, assim como explicar claramente o processo e os riscos da sedação paliativa. O planejamento antecipado da assistência garante que a vontade do paciente seja respeitada, bem como assegura seus valores, objetivos e prioridades. Por consequência, possibilita a redução de tratamentos indesejados,

desnecessários e fúteis, assim como do tempo e do número de hospitalizações. A habilidade de comunicação entre equipes de cuidados paliativos e de assistência em UTI, paciente e família é de extrema relevância, assim como alternativas potenciais devem ser exaustivamente expostas e discutidas com o paciente. Isso, por sua vez, resulta em maior satisfação, melhores resultados, menor nível de ansiedade e melhor adesão aos tratamentos propostos (BEAUVERD M, et al., 2024; GOSWAMI P, 2021).

O processo de sedação paliativa é, muitas vezes, gerador de angústia para família por fatores como o prejuízo na interação com o paciente, a pouca compreensão sobre o procedimento, o medo de que essa conduta possa acelerar a morte e o luto antecipatório. Um estudo constatou que mais de 90% dos familiares tinham dúvidas e preocupações sobre outras opções para alívio de sintomas dos seus entes, e careciam de informações sobre a sedação paliativa, por exemplo. Em compensação, a explicação detalhada do processo aumentou a satisfação familiar e reduziu a angústia associada. É papel da equipe de cuidado prestar assistência adequada aos familiares. Isso pode ser realizado através de escuta ativa, do encorajamento à participação nos cuidados do paciente, do fornecimento de oportunidades para a despedida, e do reforço à importância da privacidade para a intimidade emocional e física. Ainda, o seguimento deve continuar na atenção ao luto. Um trabalho realizado no Japão em 2004 identificou alguns sentimentos nocivos, como culpa, desamparo e exaustão emocional em famílias enlutadas de 185 pacientes terminais com câncer que receberam sedação paliativa (BEAUVERD M, et al., 2024; LEE SH, et al., 2022; MORITA T, et al., 2004; SURGES SM, et al., 2024). Por isso, uma comunicação clara e empática, antes e durante o processo de sedação, é fundamental para aliviar o sofrimento dos familiares e facilitar a vivência saudável do luto.

A ansiedade, o sofrimento moral e as sobrecargas emocional, espiritual e ética permeiam a equipe que assiste o paciente, especialmente quando há falta de concordância com a intervenção ou em casos em que o processo é prolongado. A atuação coordenada e colaborativa entre os profissionais de saúde é fundamental para garantir um cuidado integrado e humanizado, enquanto a educação continuada e os treinamentos específicos em sedação paliativa são essenciais para preparar a equipe a lidar com esses desafios (PATEL C, et al., 2019). O consentimento esclarecido e a tomada de decisão compartilhada entre paciente, família e equipe devem estar arquivados e/ou registrados em qualquer documento de fácil recuperação, como o prontuário do indivíduo. Recomenda-se o registro de justificativa médica, dos objetivos, da titulação da medicação, do nível e da duração programada para sedação. Um registro preciso e acessível facilita a continuidade dos cuidados, promove a comunicação eficaz entre os membros da equipe e assegura que as decisões tomadas sejam respaldadas por uma documentação sólida e bem fundamentada (BEAUVERD M, et al., 2024; PATEL C, et al., 2019; SURGES SM, et al., 2024).

Finalmente, questões éticas perpassam a prática da sedação paliativa e o seu exercício consciente é fundamental para evitar ações indiscriminadas. Diversas são as circunstâncias clínicas não apropriadas para início da sedação: negligência de causas reversíveis de sofrimento, ausência da avaliação do especialista, sobrecarga médica ou solicitação do procedimento pela família e não pelo próprio paciente. Outra prática imprópria é a interrupção da sedação para realizar condutas que não proporcionam alívio adequado do sofrimento, como aumento de dose de opioide para dor refratária, com ausência de resposta clínica e com surgimento de efeitos colaterais graves. Diante disso, é de extrema valia a participação ativa do especialista em cuidado paliativo. Assim, deve ser assegurado que todas as opções terapêuticas disponíveis no controle de sintomas foram consideradas, e que a indicação de sedação paliativa está adequada para o contexto (BEAUVERD M, et al., 2024; CHERNY NI, et al., 2009).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sedação paliativa é uma terapia lícita e moral baseada em evidências, sendo eficaz e de alta complexidade. Traz consigo questões éticas, somáticas, psicológicas, sociais, espirituais e culturais, com demandas de planejamento interdisciplinar e coparticipação de paciente, cuidadores e família. Diante das informações disponíveis atualmente na literatura médica, observa-se a importância de se incentivar novas pesquisas com esse tema, bem como do estabelecimento de educação permanente em cuidados paliativos para capacitação profissional. Também, a sociedade precisa ser continuamente educada e tabus devem ser exaustivamente

combatidos. Assim, a construção de um conhecimento sólido sobre sedação paliativa certamente trará benefícios na redução de sintomas refratários no fim de vida de uma gama de pacientes que poderiam se favorecer dessa prática médica.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço aos auxílios afetuosos e acadêmicos da Prof<sup>a</sup>. Ma. Patrícia Corrêa de Oliveira Saldanha.

## REFERÊNCIAS

1. ARANTZAMENDI M, et al. Clinical Aspects of Palliative Sedation in Prospective Studies. A Systematic Review. *J Pain Symptom Manage*, 2021; 61(10): 831–44.
2. BEAUVERD M, et al. Palliative sedation – revised recommendations. *Swiss Med Wkly*, 2024; 154(2).
3. BELAR A, et al. How to measure the effects and potential adverse events of palliative sedation? An integrative review. *Palliat Med*, 2021; 35: 295–314.
4. BHYAN P, et al. Palliative Sedation in Patients With Terminal Illness. Treasure Island: StatPearls Publishing, 2024.
5. BRAMATI P e BRUERA E. Delirium in Palliative Care. *Cancers*, 2021; 13(23): 5893.
6. BRASIL. Portaria GM/MS Nº 3.681, 7 de maio de 2024: Política Nacional de Cuidados Paliativos. 2024. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.681-de-7-de-maio-de-2024-561223717>. Acesso em: 20 ago. 2024.
7. BRASIL. Resolução CFM nº 2.156, 17 de novembro de 2016. 2016. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2016/2156>. Acesso em: 20 ago. 2024.
8. CAMARTIN C e BJÖRKHEM-BERGMAN L. Palliative Sedation-The Last Resort in Case of Difficult Symptom Control: A Narrative Review and Experiences from Palliative Care in Switzerland. *Life Basel Switz*, 2022; 12(2): 298.
9. CHERNY NI, et al. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med*, 2009; 23(7): 581–93.
10. COCKER A, et al. How should health care providers inform about palliative sedation? A qualitative study with palliative care professionals. *Eur J Cancer Care (Engl)*, 2022; 31(5): 13602.
11. DÍEZ-MANGLANO J, et al. Palliative Sedation in Patients Hospitalized in Internal Medicine Departments. *J Pain Symptom Manage*, 2020; 59(2): 302–9.
12. FINKELSTEIN EA, et al. Cross-Country Comparison of Expert Assessments of the Quality of Death and Dying 2021. *J Pain Symptom Manage*, 2022; 63(4): 419–29.
13. FRASCA M, et al. Sedation practices in palliative care services across France: a nationwide point-prevalence analysis. *BMJ Support Palliat Care*, 2024; 13(3): 1326–34.
14. GAERTNER J e FUSI-SCHMIDHAUSER T. Dexmedetomidine: a magic bullet on its way into palliative care—a narrative review and practice recommendations. *Ann Palliat Med*, 2022; 11(4): 1491–504.
15. GOSWAMI P. Advance Care Planning and End-Of-Life Communications: Practical Tips for Oncology Advanced Practitioners. *J Adv Pract Oncol*, 2021; 12(1): 89–95.
16. GUPTA N, et al. Rationale for integration of palliative care in medical intensive care: A narrative literature review. *World J Crit Care Med*, 2022; 11.
17. INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR HOSPICE AND PALLIATIVE CARE. 2019. Consensus-Based Definition of Palliative Care. Disponível em: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/>. Acesso em: 20 ago. 2024.
18. KIM YS, et al. Sedation for terminally ill cancer patients: A multicenter retrospective cohort study in South Korea. *Medicine (Baltimore)*, 2019; 98(5): 14278.
19. LEE SH, et al. Palliative Sedation in End-of-Life Patients in Eastern Asia: A Narrative Review. *Cancer Res Treat*, 2022; 54(3): 644–50.
20. LEMUS R, et al. Applications of Dexmedetomidine in Palliative and Hospice Care. *J Pediatr Pharmacol Ther JPPT Off J PPAG*, 2022; 27(7): 587–94.

21. LOJO-CRUZ C, et al. Survival Outcomes in Palliative Sedation Based on Referring Versus On-Call Physician Prescription. *J Clin Med*, 2023; 12(16): 5187.
22. MORITA T, et al. Concerns of family members of patients receiving palliative sedation therapy. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer*, 2004; 12(12): 885–9.
23. OSTGATHE C, et al. Expert-approved best practice recommendations on the use of sedative drugs and intentional sedation in specialist palliative care (SedPall). *BMC Palliat Care*, 2023; 22(1): 126.
24. PATEL C, et al. Palliative sedation: A safety net for the relief of refractory and intolerable symptoms at the end of life. *Aust J Gen Pract*, 2019; 48(12): 838–45.
25. PRADO BL, et al. Continuous palliative sedation for patients with advanced cancer at a tertiary care cancer center. *BMC Palliat Care*, 2018; 17(1): 13.
26. PROMMER E. Midazolam: an essential palliative care drug. *Palliat Care Soc Pract*, 2020; 14: 2632352419895527.
27. REICH M, et al. Refractory psycho-existential distress and continuous deep sedation until death in palliative care: The French perspective. *Palliat Support Care*, 2020; 18(4): 486–94.
28. RODRIGUES P, et al. Palliative Sedation for Existential Suffering: A Systematic Review of Argument-Based Ethics Literature. *J Pain Symptom Manage*, 2018; 55(6): 1577–90.
29. SURGES SM, et al. Revised European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework on palliative sedation: An international Delphi study. *Palliat Med*, 2024; 38(2): 213–28.
30. TWYCROSS R. Reflections on palliative sedation. *Palliat Care*, 2019; 12: 1178224218823511.