

A prática clínica da sedação paliativa em pacientes terminais: uma revisão

The clinical practice of palliative sedation in terminally ill patients: a review

La práctica clínica de la sedación paliativa en pacientes terminales: una revisión

Alice de Castro Algayer¹, Carolina Roberta Ohara Barros e Jorge da Cunha²

1. Médica graduada pela Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT). Cáceres-MT, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1916-0771>

2. Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP), docente da Faculdade de Ciências da Saúde na Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT). Cáceres-MT, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9987-8571>

Resumo

Objetivo. Esclarecer os principais aspectos conflitantes da prática clínica da sedação paliativa (SP) que inviabilizam seu uso satisfatório no alívio do sofrimento intolerável de pacientes terminais. **Método.** Revisão de escopo guiada pelo roteiro PRISMA-ScR, que incluiu 12 artigos ao final da seleção com base nos critérios de elegibilidade. As bases de dados utilizadas foram PubMed, Scopus, VHL, EMBASE e Google Scholar. **Resultados.** Não há um consenso na definição de refratariedade dos sintomas; ocorre falha na distinção de temporalidade e intensidade pelos profissionais; não está definido o manejo dos efeitos adversos e a manutenção da morfina como opioide de escolha para o controle da dispneia e desconforto respiratório; inexistem critérios para periodicidade e aplicação da escala RASS; e falta concordância sobre a manutenção da hidratação e suporte nutricional. **Conclusão.** Foi possível discutir os aspectos conflitantes da prática clínica da SP, esclarecendo aos profissionais médicos o seu papel dentro dos cuidados paliativos.

Unitermos. Cuidados paliativos; Sedação consciente; Sedação profunda; Doente terminal

Abstract

Objective. To clarify the main conflicting aspects of the clinical practice of palliative sedation (PS) that make it impossible to use it satisfactorily to relieve the intolerable suffering of terminally ill patients. **Method.** A scoping review guided by the PRISMA-ScR script, which included 12 articles at the end of the selection based on the eligibility criteria. The databases used were PubMed, Scopus, VHL, EMBASE and Google Scholar. **Results.** There is no consensus on the definition of symptom refractoriness; professionals fail to distinguish temporality and intensity; the management of adverse effects and the maintenance of morphine as the opioid of choice for the control of dyspnea and respiratory distress are not defined; there are no criteria for the periodicity and application of the RASS scale; and there is a lack of agreement on the maintenance of hydration and nutritional support. **Conclusion.** It was possible to discuss the conflicting aspects of PS clinical practice, clarifying medical professionals their role within palliative care.

Keywords. Palliative care; Conscious sedation; Deep sedation; Terminally ill

Resumen

Objetivo. Clarificar los principales aspectos conflictivos de la práctica clínica de la sedación paliativa (SP) que impiden utilizarla de forma satisfactoria para aliviar el sufrimiento intolerable de los pacientes terminales. **Método.** Revisión scoping guiada por el guión PRISMA-ScR, que incluyó 12 artículos al final de la selección basada en los criterios de elegibilidad. Las bases de datos utilizadas fueron PubMed, Scopus, BVS, EMBASE y Google Scholar. **Resultados.** No hay

consenso en la definición de refractariedad sintomática; los profesionales no distinguen temporalidad e intensidad; no se define el manejo de los efectos adversos ni el mantenimiento de la morfina como opioide de elección para el control de la disnea y la dificultad respiratoria; no hay criterios para la periodicidad y aplicación de la escala RASS; y hay falta de acuerdo en el mantenimiento de la hidratación y el soporte nutricional. **Conclusión.** Fue posible discutir los aspectos conflictivos de la práctica clínica de los PS, aclarando a los profesionales médicos su papel dentro de los cuidados paliativos.

Palabras clave. Cuidados paliativos; Sedación consciente; Sedación profunda; Enfermo terminal

Trabalho realizado na Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT). Cáceres-MT, Brasil.

Conflito de interesse: não Recebido em: 30/08/2024 Aceito em: 12/03/2025

Endereço de correspondência: Alice C Algayer. Rua Elvira Crepaldi Mendes 4917. Bairro Jardim Eldorado. Vilhena-RO, Brasil. CEP 76987-122. Telefone: (69) 981303514. E-mail: alicealgayer99@gmail.com

INTRODUÇÃO

A sedação paliativa (SP) atua como último recurso dos cuidados paliativos¹, mediante a administração deliberada de medicamentos que reduzem o nível de consciência com a finalidade de alívio de um ou mais sintomas refratários², isto é, os que não são controlados após o esgotamento das medidas disponíveis, farmacológicas ou não³. Esses sintomas são definidos a partir da evolução do paciente e de maneira conjunta à equipe multidisciplinar, cuidadores e familiares⁴.

A prevalência da SP varia de 16 a 52% no mundo⁵, porém, no Brasil, essa taxa é de 1% a 88%^{6,7}, sendo maior no Estado de São Paulo, cuja prevalência foi de 36,7% em 2017⁸ e de 68% em pesquisa mais recente do ano de 2020⁹. Essa divergência dentro do País pode ser explicada, além dos diferentes tipos de avaliação da prevalência e do público entrevistado, pela falta de consenso e formalização da prática clínica da SP⁹.

Em São Paulo, por exemplo, apenas 83% dos médicos se sentiam confortáveis em realizar a técnica e 26% desses

possuíam formação teórica na área, o que demonstra baixa preparação dos profissionais e o impacto dos questionamentos éticos na prática da sedação paliativa⁹. Em outro estudo, a prevalência de 14 a 52% foi justificada pela falta de padronização do procedimento nas instituições, diferentes definições de sintomas refratários, indicações para início, medicações preconizadas e doses utilizadas³.

Além dos questionamentos éticos, aspectos clínicos divergentes e conflitantes da sedação paliativa, como indicação, definição de sintomas refratários, escolha do tipo de sedação, administração das drogas, monitoramento, controle dos efeitos adversos e medidas de suporte como hidratação venosa e nutrição, inviabilizam um consenso de sua prática satisfatória, aumentando o risco de erro médico e de sofrimento dos pacientes com doenças terminais⁷.

Dessa forma, a presente revisão tem por objetivo esclarecer os principais aspectos conflitantes da prática clínica da sedação paliativa (SP) que inviabilizam seu uso satisfatório no alívio do sofrimento intolerável de pacientes terminais.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão de escopo, conforme as recomendações do Instituto Joanna Briggs (JBI)^{10,11}, cuja redação foi guiada pelo roteiro do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR)¹². Inicialmente, foi formulada uma questão de pesquisa, com base na estratégia

PCC (População, Conceito e Contexto)¹⁰, redigida: Quais são os principais aspectos clínicos da sedação paliativa que inviabilizam um consenso de seu uso satisfatório em pacientes terminais? Em que “pacientes terminais” corresponde à população, “principais aspectos clínicos” ao conceito, e “uso satisfatório da sedação paliativa” consiste no contexto da pesquisa.

Os unitermos selecionados foram consultados previamente no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e MeSH (Medical Subject Headings), a saber: “Cuidados Paliativos/Palliative Care”, “Sedação Consciente/Conscious Sedation”, “Sedação Profunda/Deep Sedation” e “Doente Terminal/Terminally Ill”. As bases de dados utilizadas foram PubMed, Scopus, BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), EMBASE e, para pesquisa da literatura cinzenta, Google Scholar.

Apesar das variações de escrita dos unitermos nas bases de dados, para todos o modelo de busca seguiu a seguinte estrutura lógica: (“Cuidado Paliativo” OR “Palliative Care”) AND (“Sedação Consciente” OR “Conscious Sedation” OR “Sedação Profunda” OR “Deep Sedation”) AND (“Doente Terminal” OR “Terminally Ill”), uma vez que não há obrigatoriedade de inclusão dos dois tipos de sedação em um único estudo, e sim, apenas que haja o uso da mesma. Um exemplo de busca utilizada foi ((cuidados palliative) OR (Palliative Care)) AND ((sedção conscience) OR (Conscious Sedation) OR (sedção profundus) OR (Deep Sedation)) AND

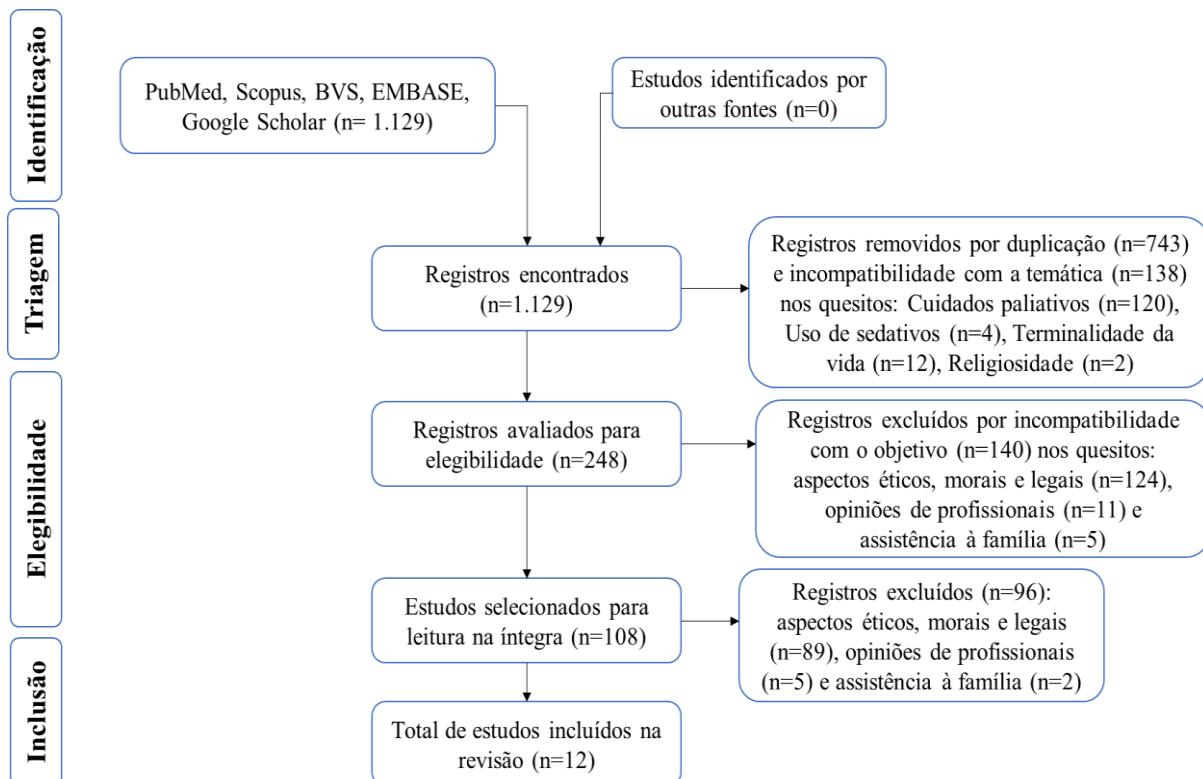
((doentes terminal) OR (terminally ill)) na base de dados PubMed.

Quanto aos critérios de elegibilidade, foram incluídos estudos primários quantitativos ou qualitativos, revisões de literatura, editorial, teses, dissertações, livros e manuais em língua portuguesa, inglês e espanhol. E foram excluídos os artigos que abordavam temas abrangentes como cuidados paliativos, uso de sedativos, terminalidade e religiosidade, ou que discutiam outros aspectos da SP senão os clínicos, como a questão ético-legal, diferenciação da eutanásia e do suicídio assistido, deliberação moral da equipe e assistência à família.

RESULTADOS

Foram obtidos 1.129 resultados (PubMed: 115; Scopus: 527; BVS: 319; EMBASE: 82; Google Scholar: 86), dos quais 248 foram selecionados por título (PubMed: 59; Scopus: 122; BVS: 45; EMBASE: 13; Google Scholar: 9) e desses, 108 por resumo (PubMed: 36; Scopus: 43; BVS: 19; EMBASE: 4; Google Scholar: 6). Por fim, foi realizada a leitura do texto na íntegra e selecionados, dos 108 obtidos, 12 trabalhos finais (PubMed: 4; Scopus: 4; BVS: 1; EMBASE: 1; Google Scholar: 2), publicados no período 2005-2022, para compor esta revisão (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma de pesquisa.



Em relação às características dos estudos selecionados nas bases de dados (Tabela 1), o período de publicação varia de 2005 a 2022, 83,3% são de origem exterior e desses, 60% são de países europeus, que por sua vez, fazem parte da *European Association for Palliative Care* (EAPC). Quanto ao tipo de produção científica, consistem em um artigo original (8,4%), três estudos observacionais (25%), um estudo coorte retrospectivo (8,4%), um estudo prospectivo multicêntrico (8,4%), uma revisão sistemática (8,4%), quatro revisões integrativas (33,4%), e um dissertação de mestrado (8,4%).

Tabela 1. Artigos selecionados.

Título e Autor	País	Ano	Design de Estudo	Base de Dados
Clinical Aspects of Palliative Sedation in Prospective Studies (Arantamendi <i>et al.</i> ¹³)	Espanha	2020	Revisão Sistemática	PubMed
How to measure the effects and potential adverse events of palliative sedation? An integrative review (Belar <i>et al.</i> ¹⁴)	Espanha	2021	Revisão Integrativa	PubMed
Palliative Sedation for the Terminally Ill Patient (Garett <i>et al.</i> ¹⁵)	Suíça	2018	Revisão Integrativa	PubMed
Clinical Patterns of Continuous and Intermittent Palliative Sedation in Patients With Terminal Cancer: A Descriptive, Observational Study (Won <i>et al.</i> ¹⁶)	Coreia do Sul	2019	Estudo Observacional	PubMed
Palliative sedation for children at end of life: a retrospective cohort study (Chen <i>et al.</i> ¹⁷)	China	2022	Estudo Coorte Retrospectivo	Scopus
European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care (Cherny <i>et al.</i> ¹⁸)	Israel	2009	Artigo Original	Scopus
Palliative sedation therapy does not hasten death: Results from a prospective multicenter study (Maltoni <i>et al.</i> ¹⁹)	Itália	2009	Estudo Prospectivo Multicêntrico	Scopus
Palliative Sedation: A Review of the Research Literature (Claessens <i>et al.</i> ²⁰)	Bélgica	2008	Revisão Integrativa	Scopus
Estudo Observacional Retrospectivo sobre o Perfil de pacientes que Receberam Terapia de Sedação Paliativa em Unidade de Cuidados Paliativos de Hospital de Câncer no Brasil (Santos <i>et al.</i> ²¹)	Brasil	2019	Estudo Observacional	BVS
O papel da sedação paliativa no fim da vida: aspectos médicos e éticos - Revisão (Menezes <i>et al.</i> ²²)	Brasil	2019	Revisão Integrativa	Google Scholar
Sedação paliativa contínua e intermitente: a propósito de um caso clínico (Abreu ²³)	Portugal	2016	Dissertação de Mestrado	Google Scholar
Ethical validity of palliative sedation therapy: A multicenter, prospective, observational study conducted on specialized palliative care units in Japan (Morita <i>et al.</i> ²⁴)	Japão	2005	Estudo Observacional	EMBASE

Os sintomas refratários mais frequentes encontrados, para os quais houve indicação de sedação paliativa, foram delirium, dor e dispneia, sendo que a ordem dos três variou entre os trabalhos^{13,15,17,19-21,24}. Nos pacientes pediátricos, observa-se que a dor foi o principal sintoma, e dentre os

outros sintomas relatados, como febre, coma, vômitos e convulsões, a agitação não foi bem especificada dentro dessa faixa etária¹⁴.

Além de convulsões, vômitos, obstrução maligna, taquicardia, mioclonias faciais, asfixia e sangramento maciço, que foram também descritos nos trabalhos^{13,16,17,19-21,24}, os sintomas insônia, torpor, confusão, sonolência, irritabilidade e agitação não foram bem dissociados do delirium, hipo ou hiperativo, o que facultou subestimar a ocorrência do mesmo²¹.

O uso exclusivo da SP para controle de sintomas psíquicos é polêmico dentro da literatura devido a sua subjetividade. E os estudos demonstraram que essa prática é menos frequente, uma vez que os valores foram superestimados por incluírem sintomas físicos^{19,24}. Além disso, apenas em um dos trabalhos foi encontrada a especificação dos sintomas psicoexistenciais em: ansiedade, angústia mental, dependência, isolamento e carga econômica, porém não houve a descrição em prontuário de como eles foram avaliados e nem se foram acompanhados por profissionais da psiquiatria e/ou psicologia²⁰.

Quanto à refratariedade do sintoma, apenas três trabalhos mencionaram como ela foi avaliada e quais medidas, farmacológicas ou não, foram realizadas antes da sedação. Morita *et al.*²⁴ relataram algumas dessas intervenções, como a administração de esteroides para tratamento de fadiga, opioides para dispneia e dor, antissecrétivos para secreção brônquica e antipsicóticos para

delirium, porém elas não foram realizadas em todos os pacientes que receberam a SP e, além disso, nesse estudo, para apenas metade dos casos de sofrimento psicoexistencial foi oferecido atendimento psicológico. Também, foi relatado o uso de lorazepam para agitação e ansiedade, oxazepam para indução do sono, diazepam e clonazepam para convulsões, e haloperidol para delirium^{13,15}, porém não houve detalhamento do processo de tratamento dos sintomas até que seja avaliada sua refratariedade.

Sobre a avaliação pré-sedação, apenas dois trabalhos citaram instrumentos como a Escala de Coma de Glasgow (ECG) para nível de consciência, e a Escala de Status de Desempenho de Karnofsky, Escala de Desempenho Paliativo do *Eastern Cooperative Oncology Group*, Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) e sua versão modificada (M-ESAS) para refratariedade dos sintomas²¹. Também, utilizou-se para delirium a Escala de Avaliação de Delírio Memorial, o Sistema de Documentação Mínima e a Escala de avaliação de delírio revisada; para a dor, Escala de classificação de dor facial, Ferramenta Observacional da Dor em Cuidados Intensivos e Escala de Dor Comportamental para os pacientes não intubados; e para prognóstico, o Índice Prognóstico Paliativo (PPI)¹⁴.

Em relação ao tipo de sedação, a leve foi mais utilizada que a profunda, assim como a intermitente em relação à contínua^{13,15,16}, porém questiona-se esses dados uma vez que a maioria dos estudos não encontrou diferenciação clara

quanto à classificação da SP nos prontuários e documentos pesquisados.

Quanto ao processo de decisão da SP, em todos os trabalhos foi mencionado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), documento assinado por pessoa maior de 18 anos, que se declara ciente das indicações, dos riscos e dos cuidados que serão tomados, com o pedido para que não sejam aplicadas medidas de reanimação cardiopulmonar, diálise, conexão a um respirador e transfusão de sangue¹⁵. E observou-se que os principais empecilhos na tomada de decisão das famílias foram a presença de delirium, a ambivalência dos desejos do paciente e a ausência de objetividade na avaliação do sofrimento²⁰.

Em estudo coorte retrospectivo com pacientes menores de 18 anos, o processo decisório foi pautado na discussão por especialistas em medicina paliativa em reunião familiar, em que o TCLE foi assinado por pessoa responsável, e ressalta que nenhuma das crianças compareceu à reunião porque não tinham idade legal para serem seus próprios agentes¹⁷.

Em relação ao sedativo, o midazolam é o medicamento de primeira linha e foi o mais utilizado em todos os trabalhos selecionados. Segundo Arantzamendi *et al.*¹³, o midazolam pode ser administrado por via intravenosa (IV) ou subcutânea (SC), sendo essa mais usada para SP domiciliar, e as doses iniciais são inferiores a 50mg/dia, o que é corroborado pelo estudo brasileiro, cuja droga de escolha foi

o midazolam em 98% dos casos, na dose inicial média de 23,06mg/dia e na dose titulada média após de 32,41mg/dia²¹.

Também foi relatado o uso de fenobarbital (1,5%) e levomepromazina (0,5%)²¹. E em um dos artigos revisados por Arantzamendi *et al.*¹³, cerca de 30% dos pacientes receberam mais de um sedativo além do midazolam, e Won *et al.*¹⁶ apresentaram que esse valor chegou a 11,2%, sendo que o propofol aliviou os sintomas de 75% dos pacientes com falha do midazolam.

Quanto às dosagens pediátricas, no estudo coorte de Chen *et al.*¹⁷, o midazolam foi iniciado na dose entre 0,42 e 16,67 μ g/kg/h, com máximo de 65,1 μ g/kg/h, que foi semelhante à dose antes do óbito. E na SP domiciliar, a indução deve ser acompanhada por um médico e um enfermeiro e é realizada dose de 0,07mg/kg em bolus IV, seguido de 1mg/h SC, podendo ser aumentada para 2mg/h, e, se ainda houver falha, acrescenta-se clorpromazina ou prometazina a 3mg/h IV, podendo essa dose também ser dobrada para 6mg/h¹⁵.

Conforme revisão de Belar *et al.*¹⁴, a apneia ocorreu em 3,12% dos pacientes que receberam SP leve e em 22,23% da profunda, não houve evento fatal considerado provável ou relacionado à intervenção, e os outros eventos foram: bradipneia (11,24%), redução da saturação de oxigênio (3,37%) e agitação paradoxal (3,37%), porém a maioria dos estudos não explicava como eram medidos esses eventos adversos. Em contrapartida, outro estudo observou que

complicações graves, como depressão respiratória sem parada, aspiração e reação paradoxal, ocorreram em 22% dos pacientes que receberam SP profunda contínua²⁰.

A manutenção do suporte nutricional e hidratação durante a SP é controversa na literatura. Alguns autores contraindicam uma vez que afirmam que a restrição hídrica pode diminuir a secreção pulmonar, salivar ou gastrintestinal, reduzindo a frequência de tosse, vômito, aspiração e cateterização vesical. Descreve-se, também, uma diminuição teórica de ascite e edema em volta do tumor, porém isso ainda não foi demonstrado^{15,22}. Entretanto, outros autores argumentam que há menor risco de ocorrer úlceras de pressão, obstipação intestinal, boca seca, convulsão e toxicidade por opioides, especialmente se ocorrer falência renal¹⁵. Relata-se também diminuição do delirium, porém isso não foi demonstrado por estudos randomizados¹⁵.

No estudo de Chen *et al.*¹⁷, todas as crianças foram hidratadas durante a sedação, sem danos graves associados. Na SP domiciliar, os autores concordam em manter a hidratação do paciente de forma restritiva, em geral até 1.000mL de solução fisiológica por dia, e inserir uma sonda vesical, para controle da diurese e prevenção de retenção urinária¹⁵.

Em relação à avaliação do nível de sedação, de conforto e controle dos sintomas, segundo estudo de Belar *et al.*¹⁴, a maioria utilizou a Escala de Agitação-Sedação de Richmond (RASS) e a Escala de Sedação de Ramsay, que, embora não

tenham sido validadas para sedação paliativa, devem ser aplicadas, conforme Garetto *et al.*¹⁵, durante a indução e, após a estabilização, no mínimo duas vezes ao dia por médicos ou enfermeiras, sendo considerada falha na SP profunda se o escore de Ramsay for menor do que cinco após 12 horas de tratamento.

Sobre o tempo de sobrevida, sete trabalhos abordaram o impacto da sedação paliativa na terminalidade e todos eles corroboram entre si e concluem que não foram encontradas diferenças significantes na sobrevida dos pacientes sedados em relação aos não sedados^{13,14,16,17,19,20,22}.

DISCUSSÃO

Em relação aos aspectos conflitantes da indicação da sedação paliativa, observa-se que os sintomas refratários e os tratamentos utilizados para o controle de cada um deles são bem descritos, porém, existem poucos estudos sobre a definição da sua refratariedade. Isso pode ser explicado pela falta de conhecimento e prática clínica dos instrumentos de avaliação pré-sedação, que, por sua vez, nem são mencionados nas literaturas nacionais, bem como da importância de caracterização do quadro clínico pelo médico e sua descrição em prontuário.

Além disso, ressalta-se que a indicação da SP para sintomas psíquicos, emocionais e existenciais é inconclusiva, visto que não foi demonstrada relação entre eles e a terminalidade da doença, sendo preferíveis outras medidas

de tratamento farmacológico e acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico.

No que tange aos aspectos clínicos conflitantes sobre a escolha do tipo de sedação, existem poucos estudos sobre como é realizada e avaliada a sedação domiciliar e, por conseguinte, intermitente. Apesar do fato de que a classificação teórica da SP é bem definida, observa-se, na prática clínica, que há dificuldade na compreensão e uso da sedação leve e intermitente, vice-versa, e da profunda e contínua, vice-versa, o que denota falta desse conhecimento pelos profissionais e/ou ausência da especificação em prontuário do tipo de sedação a ser realizada.

Além disso, não há correlação entre a intensidade da sedação (leve ou profunda) e as escalas de monitoramento pós-sedação, fato demonstrado nos manuais e protocolos nacionais, nos quais o manejo da dose é realizado conforme o controle dos sintomas. Logo, evidencia-se que a escolha do tipo de sedação quanto à temporalidade faz parte do processo decisório de se iniciar a sedação paliativa, mas que isso não se aplica ao caráter de intensidade, que é definido conforme a resposta do paciente ao sedativo.

Sobre o processo de tomada de decisão da SP, o TCLE está de acordo com as recomendações da Academia Nacional de Cuidados Paliativos, Sociedade Brasileira de Anestesiologia, Hospital Sírio-Libanês e HCFMUSP^{2,3,24,25}. Nas situações em que o paciente se encontra com capacidade de decisão diminuída, concorda-se que caberá à equipe médica em conjunto à família decidir^{2,3}. Diferentemente de alguns

países, no Brasil, o médico não tem o poder de tomada de decisão nos casos de desacordo entre família e paciente, salvo nas situações de risco de vida, quando a equipe médica pode decidir iniciar a SP sem consultar a família^{15,20}.

Assim, a equipe multiprofissional deve promover essa conversa e buscar o comum acordo. Observou-se, no entanto, que, no estudo brasileiro, a conversa entre médico e família ocorreu em 71,1% e, com toda a equipe, somente em 6,6% casos²¹, o que pode denotar tanto a falta de diálogo e/ou de registro do mesmo em prontuário, quanto falha no envolvimento entre médico e os demais profissionais da saúde participantes do processo.

Quanto à dosagem e administração dos sedativos, não foram observados aspectos clínicos conflitantes dessa prática nesta revisão, sendo o midazolam a droga de primeira escolha. Não foi, entretanto, esclarecido o manejo dos efeitos adversos da SP, a exemplo de como é realizada a manutenção da morfina como opioide de escolha para controle da dispneia e desconforto respiratório.

A monitorização da sedação ocorreu, nos estudos selecionados, de hora em hora nas primeiras quatro a seis horas, com no mínimo três avaliações por dia^{14,18,23}. Protocolos brasileiros sugerem o espaçamento da aferição de sinais vitais²⁶, porém não especificamente por aumentar o estresse ou reduzir o conforto do paciente como no trabalho de Menezes *et al.*²², o que não foi comprovado, mas sim, porque variações dos sinais vitais podem ocorrer nos momentos finais de vida e, não necessariamente sinalizam

para algum problema e intervenção^{2,3}. Além disso, afirma-se que suspender totalmente esse procedimento pode ser angustiante para a família, podendo ser entendido como omissão de cuidados, recomendando-se, assim, que a equipe de enfermagem faça a medida dos sinais e conscientize a família^{2,3}.

Durante a sedação, a manutenção da hidratação e suporte nutricional variou muito entre os estudos e, também, entre os países. Nos protocolos brasileiros, assim como na revisão de Garett et al.¹⁵, opta-se pelo jejum e restrição hídrica, evitando volumes maiores do que 500 a 1000ml/24h de soro nos últimos dias de vida, exceto se for vontade do paciente receber a hidratação e a dieta de conforto^{2,3,15,25}.

A maioria dos trabalhos relatou o uso da Escala de Agitação-Sedação de Richmond (RASS), assim como é preconizado pelos manuais e protocolos brasileiros^{2,3,25}, mas faltam critérios no Brasil mais bem definidos sobre sua aplicação e periodicidade na SP.

Quanto à esta revisão, faz-se necessário considerar que foi selecionado apenas um trabalho que aborda a temática em voga no âmbito da pediatria. Isso pode ter ocorrido devido a não inclusão de unitermos correspondentes à pediatria dentro da busca nas bases de dados.

CONCLUSÃO

Uma limitação deste estudo é que foram incluídos artigos apenas nos idiomas português, inglês e espanhol, e o processo de seleção dos artigos ocorreu de modo uníparo,

sujeito a falhas na interpretação e decisão de inclusão ou não dos artigos, não passando, portanto, por outros métodos de seleção ou pelo julgamento de terceiros.

Entretanto, foi possível elencar, discutir e esclarecer os principais aspectos clínicos divergentes e conflitantes da prática da sedação paliativa, para que os profissionais possam atuar de forma satisfatória no alívio do sofrimento intolerável de pacientes terminais.

Sugere-se, assim, que seja realizado outro estudo científico, como uma revisão sistemática e metanálise de estudos clínicos randomizados, sobre a temática da prática clínica da sedação paliativa nos pacientes terminais, para que sejam afirmadas as proposições encontradas nesta revisão de escopo.

REFERÊNCIAS

1. Cherny NI, Radbruch L. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med* 2009;23:581-93. <https://doi.org/10.1177/0269216309107024>
2. Messias AA, Maiello APMV, Coelho FP, D'Alessandro MPS, Castro ACP, Borges APS, et al. Manual de Cuidados Paliativos. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde; 2020.
3. Hospital das Clínicas Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP). Manual da residência de cuidados paliativos. Barueri: Manole; 2018.
4. Nogueira FL, Sakata RK. Sedação Paliativa do Paciente Terminal. *Rev Bras Anestesiol* 2012;62:580-92. <https://doi.org/10.1590/S0034-70942012000400012>
5. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. Rio Grande do Sul: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012.
6. Claessens P, Menten J, Schotmans P, Broeckaert B. Palliative sedation: A review of the research literature. *J Pain Symptom Manage* 2008;36:310-33. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.10.004>
7. Lux MR, Protus BM, Kimbrel J, Grauer P. A Survey of Hospice and Palliative Care Physicians Regarding Palliative Sedation Practices. *Am J*

- Hosp Palliat Care 2017;34:217-22.
<https://doi.org/10.1177/1049909115615128>
8. Ferreira SP. Experiência do programa de cuidados paliativos do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. Rev Prática Hosp 2006;8:55-8. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO5395
9. Piedade MAO, Cardoso Filho CA, Priolli DG. Prevalência de sedação paliativa no Estado de São Paulo: uma demanda médica emergente. Einstein 2020;18:1-9.
https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO5395
10. Santos WM, Secoli SR, Püschel VAA. The Joanna Briggs Institute approach for systematic reviews. Rev Lat Am Enfermagem 2018;26:e3074. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2885.3074>
11. Tricco AC, Antony J, Soobiah C, Kastner M, Cogo E, MacDonald H, et al. Knowledge synthesis methods for generating or refining theory: a scoping review reveals that little guidance is available. J Clin Epidemiol 2016;73:36-42. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2015.11.021>
12. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ 2021;372:n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
13. Arantzamendi M, Belar A, Payne S, Rijpstra M, Preston N, Menten J, et al. Clinical Aspects of Palliative Sedation in Prospective Studies. A Systematic Review. J Pain Symptom Manage 2021;61:831-44. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsyman.2020.09.022>
14. Belar A, Arantzamendi M, Payne S, Preston N, Rijpstra M, Hasselaar J, et al. How to measure the effects and potential adverse events of palliative sedation? An integrative review. Palliat Med 2021;35:295-314. <https://doi.org/10.1177/0269216320974264>
15. Garett F, Cancelli F, Rossi R, Maltoni M. Palliative Sedation for the Terminally Ill Patient. CNS Drugs 2018;32:951-61. <https://doi.org/10.1007/s40263-018-0576-7>
16. Won YW, Chun HS, Seo M, Kim RB, Kim JH, Kang JH. Clinical Patterns of Continuous and Intermittent Palliative Sedation in Patients With Terminal Cancer: A Descriptive, Observational Study. J Pain Symptom Manage 2019;58:65-71. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsyman.2019.04.019>
17. Chen Y, Jiang J, Peng W, Zhang C. Palliative sedation for children at end of life: a retrospective cohort study. BMC Palliative Care 2022;21:57. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00947-y>
18. Cherny NI, Radbruch L. Board of the European Association for Palliative Care. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. Palliat Med 2009;23:581-93. <https://doi.org/10.1177/0269216309107024>
19. Maltoni M, Pittureri C, Scarpi E, Piccinini L, Martini F, Turci P, et al. Palliative sedation therapy does not hasten death: results from a prospective multicenter study. Ann Oncol 2009;20:1163-9. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdp048>

- 20.Claessens P, Menten J, Schotsmans P, Broeckaert B. Palliative sedation: a review of the research. *J Pain Symptom Manage* 2008;36:310-33.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsympman.2007.10.004>
- 21.Santos RB, Gomes CM, Bonadio CB, Ferreira PD, Bertequini RB, Rodrigues LF. Estudo Observacional Retrospectivo sobre o Perfil de pacientes que Receberam Terapia de Sedação Paliativa em Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital de Câncer no Brasil. *Rev Bras Cancerol* 2019;65:e-09324.
<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2019v65n1.324>
- 22.Menezes MS, Figueiredo MD. O papel da sedação paliativa no fim da vida: aspectos médicos e éticos – Revisão. *Rev Bras Anestesiol* 2019;69:72-7. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2018.03.002>
- 23.Abreu JPBS. Sedação paliativa contínua e intermitente: a propósito de um caso clínico (Tese). Lisboa: Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa; 2016. 33p. <http://hdl.handle.net/10451/27528>
- 24.Morita T, Chinone Y, Ikenaga M, Miyoshi M, Nakaho T, Nishitateno K, et al. Japan Pain, Palliative Medicine, Rehabilitation, and Psycho-Oncology Study Group. Ethical validity of palliative sedation therapy: a multicenter, prospective, observational study conducted on specialized palliative care units in Japan. *J Pain Symptom Manage* 2005;30:308-19. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsympman.2005.03.016>
- 25.Matsumoto DY. Cuidados Paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de Cuidados Paliativos ANCP. Rio Grande do Sul: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 23-30.
- 26.Cherny NI. ESMO clinical practice guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation. *Ann Oncol* 2014;25:143-52.
<https://doi.org/10.1093/annonc/mdu238>