



UNIVERSIDADE FRANCISCANA

ÁREA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MEDICINA

SABRINA SCHMITT

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE SEDAÇÃO PARA PACIENTES
ADULTOS INTERNADOS EM UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS DE UM
HOSPITAL SECUNDÁRIO DE SANTA MARIA/RS**

SANTA MARIA, RS

2019

SABRINA SCHMITT

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE SEDAÇÃO PARA PACIENTES
ADULTOS INTERNADOS EM UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS DE UM
HOSPITAL SECUNDÁRIO DE SANTA MARIA/RS**

Trabalho final de graduação (TFG)
apresentado ao curso de Medicina, Área de
ciências da saúde da Universidade Franciscana
– UFN, como requisito parcial para obtenção
do título bacharel em medicina.

Orientador: Eduardo Francisco Mafassoli Corrêa

SANTA MARIA, RS

2019

RESUMO

PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE SEDAÇÃO PARA PACIENTES ADULTOS INTERNADOS EM UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS DE UM HOSPITAL SECUNDÁRIO DE SANTA MARIA/RS

INTRODUÇÃO: As últimas décadas evidenciam um cenário de envelhecimento progressivo da população, acompanhado do aumento da prevalência de doenças crônicas degenerativas e sem possibilidade de cura. O uso indiscriminado de recursos a fim de manter o paciente vivo não altera o desfecho da doença e corrobora para uma perda considerável da qualidade de vida, prolongando o sofrimento físico e psicológico do paciente e de seus familiares. Os cuidados paliativos representam uma mudança na perspectiva exclusivamente curativa, cujo centro é a doença, para uma medicina mais humanista e centrada no paciente. A sedação paliativa é utilizada há mais de 20 anos e consiste no uso de medicamentos sedativos com o intuito de reduzir a consciência parcial ou totalmente a fim de proporcionar conforto e aliviar os sintomas refratários decorrentes do processo de doença sem perspectiva de cura.

JUSTIFICATIVA: A sedação em pacientes paliativos é um procedimento médico que oferece alívio ao sofrimento causado pelos sintomas refratários como dor, dispnéia, inquietação, náuseas e delírio, proporcionando conforto e melhora dos sintomas que não apresentaram controle com outros tratamentos realizados e contribui para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares.

OBJETIVO: elaborar um protocolo assistencial de sedação para pacientes adultos internados em unidade de cuidados paliativos e um fluxograma que oriente a equipe de saúde sobre a conduta e o manejo da sedação paliativa, instituir tratamento individualizado que visa a menor dose efetiva para o controle dos sintomas refratários e proporcionar conforto e qualidade de vida aos pacientes sem perspectiva de cura.

METODOLOGIA: Trata-se de uma busca exploratória da literatura que abrange o tema sedação de pacientes em cuidados paliativos, realizada na base de dados Pubmed, MedLine, Scielo e LILACS, tendo sido selecionados trabalhos de 1990 até 2019 que contemplam a revisão integrada de conhecimentos médicos sobre cuidados paliativos, controle dos sintomas refratários e protocolos de sedação para pacientes adultos internados em unidades de cuidados paliativos.

DESCRITORES: “sedação paliativa”, “pacientes sem perspectiva de cura”, “sintomas refratários”.

ABSTRACT

SEDATION PROTOCOL SYSTEM FOR ADULT PATIENTS IN PALLIATIVE CARE UNIT AT A SECONDARY HOSPITAL IN SANTA MARIA, RIO GRANDE DO SUL, BRAZIL.

INTRODUCTION: The past decades show a scenario of progressive aging of the population, accompanied by the increased prevalence of chronic degenerative diseases with no possibility of cure. The indiscriminate use of resources in order to keep the patient alive does not change the outcome of the disease and corroborates a considerable loss of quality of life, prolonging the physical and psychological suffering of the patient and their families. Palliative care represents a shift from the exclusively curative perspective, centered on the disease, to a more humanistic, patient-centered medicine. Palliative sedation has been used for more than 20 years and consists of the use of sedative drugs in order to reduce consciousness partially or totally in order to provide comfort and relieve refractory symptoms resulting from the disease process with no prospect of cure. **JUSTIFICATION:** Sedation in palliative patients is a medical procedure that offers relief from the suffering caused by refractory symptoms such as pain, dyspnea, restlessness, nausea and delirium, providing comfort and improvement of symptoms that have not been controlled by other treatments and contributes to improve the quality of life of the patients and their families. **OBJECTIVE:** To elaborate a sedation protocol system for adult patients admitted to a palliative care unit and a flowchart to guide the health team on the conduct and management of palliative sedation, to institute individualized treatment with the lowest effective dose for the control refractory symptoms to provide comfort and quality of life to patients with no prospect of cure. **METHODOLOGY:** This is an exploratory literature search that comprehends the theme sedation of patients in palliative care, performed in the database Pubmed, MedLine, Scielo and LILACS. We selected papers from 1990 to 2019 that include the integrated review of medical knowledge about palliative care, control of refractory symptoms and sedation protocols for adult patients admitted to palliative care units.

DESCRIPTORS: “Palliative sedation”, “refractory symptoms” “patients with no prospect of cure”.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 JUSTIFICATIVA.....	2
1.2 OBJETIVO GERAL.....	2
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	3
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	4
2.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE OS CUIDADOS PALIATIVOS.....	4
2.2 CONCEITOS E INDICAÇÕES EM SEDAÇÃO PALIATIVA.....	6
2.3 DIFERENÇAS ENTRE SEDAÇÃO PALIATIVA, EUTANÁSIA, SUICÍDIO ASSISTIDO E DISTANÁSIA.....	8
2.4 IMPLICAÇÕES BIOÉTICAS EM SEDAÇÃO PALIATIVA.....	9
2.5 A TOMADA DE DECISÃO.....	10
2.6 SINTOMAS REFRATÁRIOS.....	XX
3.METODOLOGIA.....	12
4 DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS A SAÚDE (CID-10).....	13
5.CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	13
6.TRATAMENTO.....	15
7.FLUXOGRAMA DE TRATAMENTO.....	23
8. MONITORIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO PÓS TRATAMENTO.....	24
REFERÊNCIAS.....	27

1 INTRODUÇÃO

As últimas décadas evidenciam um cenário de envelhecimento progressivo da população. Vive-se mais, entretanto a longevidade é muitas vezes acompanhada do recrudescimento de doenças crônicas, as quais, apesar dos esforços e avanços médicos e tecnológicos, ainda não possuem possibilidade de cura (ANCP, 2012; MATSUMOTO, 2012).

Ainda hoje, inúmeros pacientes sem possibilidade de tratamento curativo sofrem assistência inadequada através de técnicas fúteis e desnecessárias a fim de tentar manter a vida a todo custo, mesmo que isso implique em restrições e limitações importantes aos pacientes, na tentativa desenfreada de protelar ao máximo o evento morte. O uso indiscriminado de recursos a fim de manter o paciente vivo não altera o desfecho da doença e corrobora para uma perda considerável da qualidade de vida, prolongando o sofrimento físico e psicológico no qual se caracteriza a distanásia (ACNP, 2012; MATSUMOTO, 2012; CAPONERO, 2006).

A medicina tecnicista do século XX promoveu a expansão de recursos em prol da vida humana, no entanto corrompeu a relação médico-paciente, relegando ao doente o papel de mero portador da patologia, o qual tornou a doença o centro das atenções do profissional de saúde. Dessa forma, a doença - e não o doente – foi hipervalorizada, e com ela a necessidade de curar as doenças, fragmentadas através de seus sistemas e sua fisiopatologia (MELO, FIGUEIREDO, 2006)

Por outro lado, os cuidados paliativos surgem como uma abordagem que humaniza a Medicina e aborda o ato de morrer como um processo natural, destituído de seu paradigma de fracasso da vida, o qual foca o cuidado na pessoa doente e não apenas na doença que afeta o organismo, buscando proporcionar ao enfermo conforto em seus momentos finais de vida, sejam eles horas, dias ou meses, através da prevenção e alívio dos sintomas refratários, proporcionando melhora do sofrimento físico e emocional do paciente e dos seus familiares (WHO, 2017).

Nesse contexto, a sedação paliativa surge como opção terapêutica de exceção quando as demais opções de tratamentos disponíveis não forem eficazes para a remissão dos sintomas. Além disso, objetiva o controle de sintomas considerados refratários, ou seja, sintomas que não podem ser controlados adequadamente sem comprometer o nível de

consciência desses pacientes. Entre tais sintomas podemos destacar o delírio, a dor, a dispnéia e a agitação (KIARA, 2012; CHERNY, 2015).

É imprescindível destacar que a sedação paliativa não objetiva alterar o desfecho natural do evento morte, mas sim proporciona alívio ao sofrimento físico e espiritual através da redução parcial ou total do nível de consciência do paciente, desde que essa seja a sua vontade ou a de seus familiares e responsáveis (KIARA, 2012).

Assim, dada a relevância do assunto e as importantes discussões acerca do tema sedação paliativa, o objetivo deste trabalho é oferecer, através de uma perspectiva clínica atualizada, a formulação de um protocolo assistencial de sedação para pacientes adultos internados que estejam em unidade de cuidados paliativos de um hospital secundário, a fim de garantir a autonomia e a dignidade do ser humano através de medidas que gerem conforto e alívio dos sintomas que causam dor e sofrimento físico e espiritual.

1.1 JUSTIFICATIVA

O envelhecimento populacional e as doenças crônicas sem possibilidade de tratamento curativo constituem um desafio para a medicina. Dessa forma, a sedação paliativa surge como ferramenta de auxílio aos pacientes em fase avançada de doença sem perspectiva de cura e causadora de grande sofrimento ao paciente e seus familiares, tratando-se, portanto, de procedimento médico que visa proporcionar conforto e maior qualidade de vida ao paciente dentro das suas limitações, cujas terapias anteriores de controle e cura da doença falharam em relação ao alívio dos sintomas refratários oriundos da enfermidade.

1.2 OBJETIVO GERAL

Proporcionar aos pacientes adultos internados em unidade de cuidados paliativos tratamento individualizado de sedação conforme a necessidade e os sintomas refratários apresentados e que implicam em dor e sofrimento físico e psicossocial, através da redução parcial ou total do nível de consciência, visando o conforto e a melhoria na qualidade de vida dos enfermos sem perspectiva de cura.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Orientar a equipe multidisciplinar sobre a tomada de decisão que envolve a sedação paliativa;
- Elaborar um fluxograma que auxilie a conduta e o manejo adequado da sedação paliativa;
- Otimizar a sedação de acordo com as necessidades individuais de cada paciente e utilizando a menor dose efetiva dos fármacos;
- Proporcionar alívio e conforto através da sedação paliativa dos pacientes sem perspectiva de tratamento que ofereça a remissão total da doença e dos seus sintomas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 BREVE HISTÓRICO SOBRE OS CUIDADOS PALIATIVOS

O termo cuidados paliativos remonta aos hospícios, instituições dos primórdios da era cristã, abrigos responsáveis por cuidar da saúde de viajantes e peregrinos que fizeram parte da disseminação do cristianismo pela Europa, cujo relato mais antigo é do século V. Na Idade Média, durante as Cruzadas, era comum a existência desses locais, geralmente situados em mosteiros e que abrigavam leprosos, moribundos, órfãos e pessoas à margem da sociedade. Essa hospitalidade visava, sobretudo, o acolhimento, a proteção e o alívio do sofrimento de todos aqueles que tinham esgotadas as chances de cura (CAPONERO, 2006).

Já o movimento hospice moderno foi introduzido por Dame Cicely Saunders em 1947, uma médica inglesa que dedicou sua vida ao alívio do sofrimento humano. A enfermeira, assistente social e médica ofereciam assistência a pacientes em grande sofrimento físico e existencial, com doenças incuráveis, mantendo com eles uma relação de apoio até o final de suas vidas (SAUNDERS, 2004).

Assim, em 1967, Cicely Saunders funda o “St Christopher’s Hospice”, o primeiro serviço a oferecer cuidado integral aos pacientes, e cuja estrutura permitiu amparo aos doentes através do controle dos seus sintomas, alívio da dor e do sofrimento psicológico. Isso favoreceu o desenvolvimento de estudos sistemáticos acerca do tema cuidados paliativos (AZEVEDO et al., 2015). Um dos primeiros estudos descreve qualitativamente relatos de 1100 pacientes com câncer avançado que apresentaram efetivo benefício do alívio da dor quando em uso de analgesia regular em comparação ao uso “se necessário”. Assim, o “St. Christopher’s Hospice” tornou-se referência mundial em cuidados paliativos e é reconhecido até hoje como um dos principais serviços que oferecem a medicina paliativa aos seus pacientes (SAUNDERS, 2004; PESSINI, 2005).

A medicina curativa, centrada na doença, condenava pacientes à morte, os devolvendo aos seus lares para passarem seus últimos dias de vida com pouco ou nenhum controle sobre seus sintomas ou os abandonando em enfermarias para aguardarem seu instante final, sem se importar com a dor e o sofrimento dessas pessoas e a angústia dos familiares e cuidadores, pois não era incomum ouvir dos profissionais de saúde a frase “não há mais nada a fazer”. Dame Cicely Saunders não se conformou com essa situação ao afirmar que ainda havia sim

muito que ser feito por essas pessoas. Igualmente, sua coragem e bravura contribuíram favoravelmente para a mudança de paradigma em relação ao atendimento oferecido a pacientes terminais em enfermarias e hospitais (SAUNDERS, 2004).

Já em 1982, o Comitê de câncer da Organização mundial de saúde criou um grupo para definir políticas com a finalidade de alívio e controle da dor e cuidados do tipo Hospice para amparar pacientes com câncer e que pudessem ser amplamente disseminados para outros países (MACIEL, 2008). Em 1990, a OMS publicou a primeira definição para cuidados paliativos:

“Cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura. O controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais é primordial. O objetivo do cuidado paliativo é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para doentes e familiares”.

Tal definição foi revisada e atualizada em 2002:

“Cuidado paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual. ”

Ainda segundo a OMS (2002), alguns princípios norteiam o tema cuidados paliativos:

“promover alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis; afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida; não acelerar nem adiar a morte; integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado do paciente; oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da sua morte; oferecer um sistema de suporte para auxiliar

familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto; garantir abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto; melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença; iniciar o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas terapêuticas.”.

Assim, o conhecimento dos Cuidados Paliativos deve ser incorporado por médicos e demais profissionais da área da saúde que visam o cuidado integral do paciente. Segundo CHERNY (2015), dentre as competências a serem desenvolvidas por esses profissionais, destacam-se:

- Cuidado do paciente mantendo conforto e dignidade com avaliação regular e bom controle da dor e outros sintomas;
- Comunicação clara, oportuna e compassiva da equipe multiprofissional com pacientes e suas famílias;
- Tomada de decisão considerando preferências e vontades dos pacientes;
- Identificação e respeito pelas Diretivas Antecipadas de Vontade dos pacientes;
- Limitação ou suspensão de procedimentos terapêuticos fúteis.

Resumidamente, a filosofia dos cuidados paliativos busca afirmar a vida e entender a morte como um processo natural, sem abreviar ou adiar o encerramento desse ciclo, buscando ofertar um sistema de apoio para o paciente e seus familiares, ajudando-os a viver da melhor forma possível até o último instante de vida (CAPONERO, 2006) Ainda, as palavras da pioneira do movimento do hospice, Cecily Saunders (1993), traduzem a essência dos cuidados paliativos, no qual o cuidar continua quando não se pode mais curar: “Eu me importo pelo fato de você ser você, me importo até o último momento da sua vida e faremos de tudo o que está ao nosso alcance, não somente para ajudar você a morrer em paz, mas também para você viver até o último dia da sua morte”

2.2 CONCEITOS E INDICAÇÕES EM SEDAÇÃO PALIATIVA

Os primeiros relatos da aplicação de sedação paliativa surgiram em meados da década de 1980 e tal procedimento médico vem sendo cada vez mais utilizado pela equipe de saúde como alternativa segura de alívio dos sintomas refratários ou de difícil controle apresentados por pacientes sem possibilidade de terapia curativa (VENTAFRIDA, 1990). Podem ser considerados sintomas que tendem a tornarem-se refratários todos aqueles os quais não responderam significativamente a tratamentos anteriores (MALTONI, 2015). Segundo Cowan (2001), os principais sintomas de difícil controle são dor, confusão mental e agitação. Tais sintomas, quando refratários, constituem as principais indicações para iniciar a sedação paliativa, além vômitos não controlados mesmo com agressiva terapia antiemética, insuficiência respiratória refratária a uso de oxigênio, broncodilatadores e opióides e possibilidade de morte iminente com sofrimento intenso (COWAN, 2001; ANCP, 2012).

Dessa forma, a sedação em cuidados paliativos consiste no controle de sintomas intratáveis ou refratários (FERREIRA, 2008) os quais, apesar dos esforços da equipe médica, não conseguem ser controlados sem comprometer a consciência do paciente tratado (MENEZES; FIGUEIREDO, 2019). Assim, a utilização dos medicamentos para a sedação paliativa visa a redução da consciência como forma de aliviar o sofrimento causado pelos sintomas refratários em pacientes cujo estágio da doença seja considerado terminal e sem possibilidade de cura (COOK; ROCKER, 2014).

A sedação paliativa deve ser indicada a todos os pacientes portadores de doenças crônicas sem perspectiva de cura e que estejam em sofrimento intolerável diante da sua enfermidade e dos sintomas refratários apresentados (KIRA, 2012; CHERNY, 2015). O sofrimento desses pacientes pode ser decorrente dos sintomas físicos da sua doença física e que poderão se manifestar através da dor, da fadiga, da dispnéia, náuseas e vômitos, convulsões, delírio, ansiedade, depressão, demência, entre outros (CHERNY, 2015), mas também oriundo da rejeição dos familiares e amigos diante da sua condição e pela falta de apoio e isolamento social, os quais contribuem muitas vezes para a perda da dignidade e do sentido da própria existência, por sentir-se um fardo para outras pessoas, perpetuando nesses pacientes o sofrimento psicossocial e espiritual diante da proximidade com a morte, o que gera em muitos desesperança e medo de morrer (KIRA, 2012; CHERNY, 2015).

Ademais, a sedação paliativa pode ser classificada quanto ao objetivo, temporalidade e intensidade (KIRA, 2012):

Em relação aos objetivos, poderá ser primária ou secundária:

- Sedação primária quando a intervenção terapêutica se destina a reduzir o nível de consciência do paciente;
- Sedação secundária quando o rebaixamento do nível de consciência do paciente for consequência de efeito de medicação utilizada para controlar algum sintoma específico.

Em relação à temporalidade, podemos diferenciar a sedação em intermitente e contínua:

- Sedação intermitente permite ao paciente períodos de alerta onde permanecerá acordado;
- Sedação contínua é a redução permanente do nível de consciência do paciente.

Em relação à intensidade, a sedação poderá ser superficial ou profunda:

- Sedação superficial no qual o paciente mantém um certo nível de consciência permitindo a sua comunicação, seja ela verbal ou não verbal;
- Sedação profunda que mantém o paciente em estado de ausência de consciência (ou inconsciência).

A duração da sedação é variável e não significa que o paciente será mantido em regime de sedação contínua até a morte. Deve-se iniciar pela sedação intermitente e superficial, e ir ajustando o nível de sedação conforme as necessidades do paciente. Outrossim, a sedação intermitente permite ao paciente períodos de alerta que possibilitarão a sua comunicação, o que contribui para a dignidade e manutenção da qualidade de vida do enfermo (NOGUEIRA; SAKATA, 2012).

2.3 DIFERENÇAS ENTRE SEDAÇÃO PALIATIVA, EUTANÁSIA E SUICÍDIO ASSISTIDO

Para que a sedação paliativa possa ser melhor compreendida, é importante diferenciá-la da eutanásia e do suicídio assistido, terminologias os quais, não raro, tendem a gerar dilemas éticos e morais por confusão e equívoco de seus significados (LOSSIGNOL, 2015). Enquanto a sedação paliativa tem a intenção de aliviar o sofrimento causado pelos sintomas refratários, através de medicações sedativas que devem ser ajustadas conforme a resposta do paciente, sem adiar ou antecipar o evento morte, a eutanásia e o suicídio assistido utilizam-se de medicações em doses letais que assegurem uma morte rápida a fim de interromper e abreviar o sofrimento do enfermo (PESSINI, 2006; ANCP, 2012). Assim, é importante destacar que a sedação paliativa não implica em eutanásia, haja vista que não objetiva abreviar a vida do paciente sem perspectiva de cura (MARCIEL, 2012). Também não pode ser considerada analgesia, apesar de a sedação representar alívio dos sintomas refratários e significar um período de descanso para o paciente (KIRA, 2012; KRAKAUER, 2015).

2.4 IMPLICAÇÕES BIOÉTICAS EM SEDAÇÃO PALIATIVA

Em relação às discussões sobre as questões bioéticas relacionadas ao tema, pode-se destacar três princípios bioéticos do principalismo que orientam e justificam a sedação paliativa: duplo efeito, proporcionalidade e autonomia. O duplo efeito aplica-se quando for impossível evitar e gerir totalmente as ações consideradas prejudiciais de um ato, enfatizadas pela natureza do ato, intenção de quem o pratica, o limite entre os meios e efeitos e a sua proporcionalidade. A natureza do ato precisa ser necessariamente boa ou neutra do ponto de vista moral, além de não consistir em ação errada ou de caráter ilícito. Por sua vez, a intenção de quem pratica o ato deve ser boa a ponto de prevenir, tolerar e permitir o mal. Já o limite entre os meios e efeitos afirma que a morte não deve servir de meio para obtenção do efeito desejado, que em sedação paliativa é o alívio do sofrimento. Ademais, a proporcionalidade trata do fato de que bons efeitos necessitam exceder ou contrabalançar os maus efeitos (MENEZES; FIGUEIREDO, 2019).

Entretanto, a rigidez da bioética principalista, baseada nos princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça encontra-se em processo de substituição pela bioética

personalista, fundamentada na promoção do bem integral ao ser humano, reconhecendo como absolutos o ser e a sua dignidade, cujo princípio básico é o respeito a inviolabilidade e a tutela da livre expressão a partir dos direitos humanos. Dessa forma, a sedação paliativa, o qual visa o tratamento dos sintomas e causadores de sofrimento intolerável e que não tem por objetivo causar a morte, é considerada uma opção humana, de compaixão e de respeito aos desejos do paciente e de seus familiares ou responsáveis, sendo, portanto, eticamente permissível (MENEZES; FIGUEIREDO, 2019).

2.5 A TOMADA DE DECISÃO EM SEDAÇÃO PALIATIVA

A decisão de iniciar a terapia de sedação paliativa deverá ser consensual e compartilhada e deve envolver a equipe médica, o paciente e seus familiares ou responsáveis legais, por tratar-se de um complexo processo que engloba aspectos éticos e também clínicos. Caso o paciente esteja com sua capacidade cognitiva preservada, deve ser considerada primordialmente a sua autonomia, fazendo valer a sua vontade de iniciar a sedação, as quais poderão constar em diretivas antecipadas de vida, além do apoio familiar e da equipe médica. Em situações em que o paciente seja considerado cognitivamente incapaz de exercer sua autonomia, mas tenha expressado em algum momento anterior a deterioração mental o desejo de sedação, será de grande relevância a decisão tomada pela equipe médica amparada pelo desejo dos familiares ou responsáveis legais (MATSUMOTO, 2012; TAVARES 2012; PARSONS, 2012; CHERNY, 2015).

Igualmente, tal ação não deve ser vista sob o paradigma de desistência da vida, mas sim de que ainda há muito o que ser feito pelo bem estar do paciente no curso da sua enfermidade, mesmo que tais intervenções não modifiquem o curso da doença e a remissão permanente dos sintomas associados. Assim, a sedação paliativa dos pacientes adultos internados em unidade de cuidados paliativos visa o conforto e proporcionar maior qualidade de vida no tempo de vida que lhe resta, seja esse tempo horas ou dias (PESSINI, 2006).

O algoritmo a seguir ilustra o processo de tomada de decisão que envolve o paciente, a família e a equipe médica:

Figura 1 – a tomada de decisão em sedação paliativa

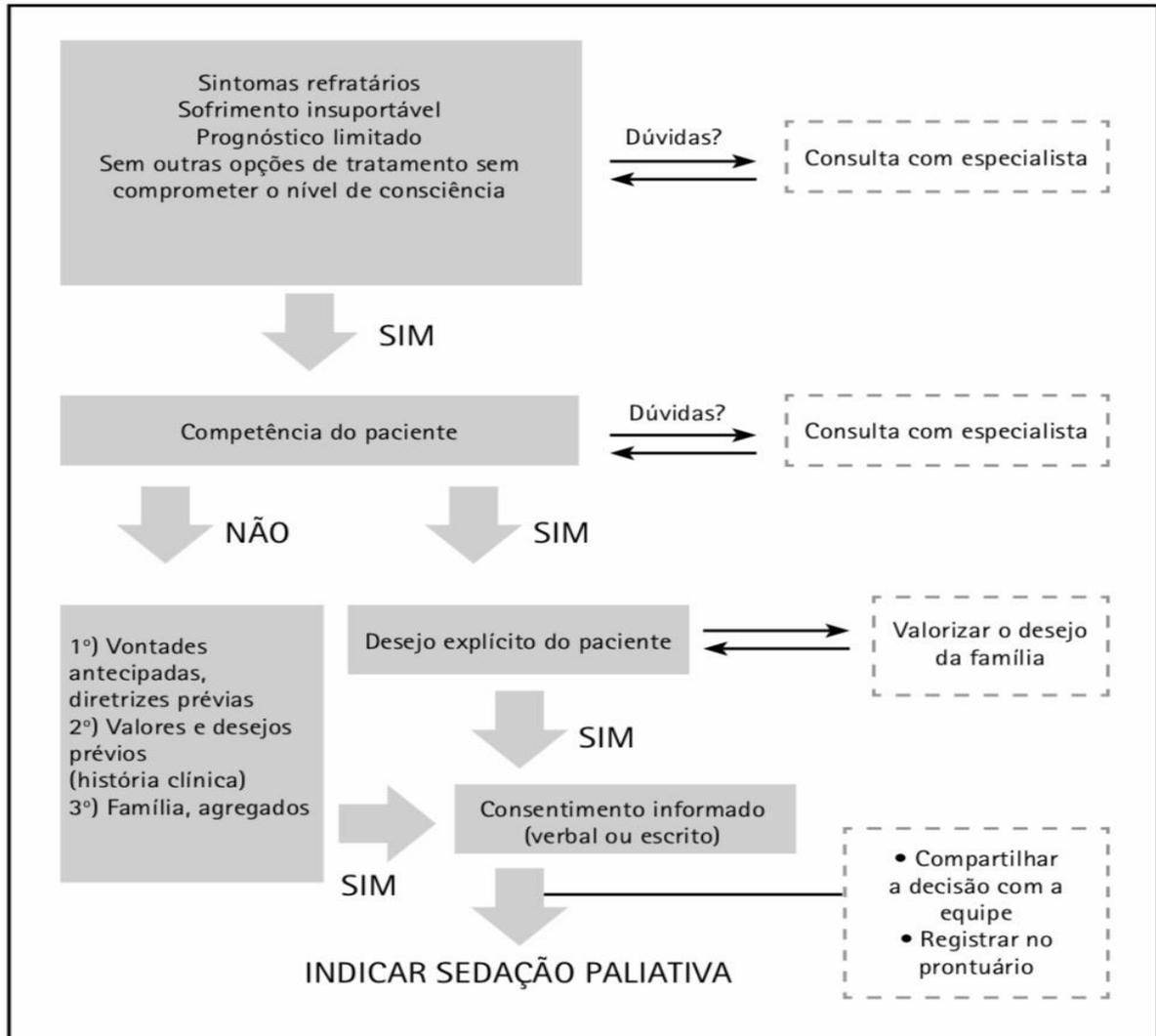


Figura 1 – Algoritmo para indicação de sedação paliativa. Traduzido e adaptado de Sedación Paliativa⁽²⁵⁾

Fonte: Manual de cuidados paliativos, ANCP 2012 pg 523

2.6 SINTOMAS REFRATÁRIOS

3 METODOLOGIA

Este estudo foi realizado a partir de busca exploratória de literatura em fontes secundárias, de 1990 até 2019.

O banco de dados utilizado para a pesquisa foi o PubMed, o qual inclui as plataformas MedLine (Sistema Online de Análises e Recuperação de Literatura Médica), SciELO (Livraria Eletrônica Online Científica) e LILACS (Sistema Latino-Americano e Caribenho de Informação de Ciências da Saúde). Foram utilizados os códigos CID-10 referentes a “cuidados paliativos”, “sedação” e suas especificidades.

4 DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS A SAÚDE – CID-10

Segundo a OMS (2012), é considerado paciente candidato a terapia paliativa todos aqueles que recebem diagnóstico de doença ameaçadora da vida.

Z51.5 - cuidado paliativo

5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

Serão incluídos estudos que apresentem pacientes com doenças que representem ameaça à vida e de mau prognóstico, além de, apesar dos tratamentos disponíveis ofertados, não possuir possibilidade de cura. Por outro lado, serão excluídos os artigos e demais revisões com foco em tratamentos curativos, de bom prognóstico e evolução auto-limitada, além de estudos com pacientes que estejam em protocolo de morte encefálica.

Na figura 1 constam algumas patologias consideradas de mau prognóstico, e, portanto, sem perspectiva de tratamento curativo, contempladas por este protocolo.

Figura 2 – situações e doenças consideradas de mau prognóstico.

Quadro 1 - Situações/doenças consideradas de mau prognóstico
LEMP
Sarcoma de Kaposi disseminado ou visceral grave
Linfoma primário do SNC
Demência avançada pelo HIV
Doenças oportunistas refratárias ao tratamento disponível
Outras doenças crônicas, avançadas e progressivas não-relacionadas com a AIDS, como câncer, doença de Alzheimer e ELA
Falência de órgãos vitais

LEMP: leucoencefalopatia multifocal progressiva; SNC: sistema nervoso central; HIV: vírus da imunodeficiência humana; ELA: esclerose lateral amiotrófica.

Fonte: Manual de Cuidados paliativos / Academia Nacional de Cuidados Paliativos- Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. 320p

6. TRATAMENTO

Alguns instrumentos podem ser utilizados pela equipe multiprofissional como meio de avaliar o prognóstico, baseados na progressão da doença e no declínio do estado funcional do paciente. Dentre as ferramentas utilizadas, a escala de performance paliativa (PPS) avalia a funcionalidade e a curva evolutiva da doença, além de contribuir para a elaboração de um plano de cuidados individualizado para cada paciente (MATSUMOTO, 2012 e CHERNY, EINAV, DAHAN, 2015).

Também é possível avaliar os pacientes paliativos através do Escore Prognóstico Paliativo (PaP Score) que estima a sobrevida no período de 30 dias a partir da avaliação clínica e laboratorial. Esse escore, aliado à escala de Performance de Karnofsky (KPS), que permite conhecer a capacidade do paciente em realizar atividades cotidianas ,leva em consideração sintomas como dispneia e anorexia e dados laboratoriais (total de leucócitos, percentual de linfócitos) e através de seus resultados mostra a probabilidade de sobrevivência em 30 dias como alta, intermediária e baixa . (BARBOSA et al., 2016; CHERNY; EINAV; DAHAN, 2015).

Figura 3 – Escala de performance paliativa (PPS)

Tabela 4 – Escala de <i>performance</i> paliativa					
%	Deambulação	Atividade e evidência de doença	Autocuidado	Ingestão	Nível de consciência
100	Completa	Normal, sem evidência de doença	Completo	Normal	Completo
90	Completa	Normal, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
80	Completa	Com esforço, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
70	Reduzida	Incapaz para o trabalho, alguma evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completo
60	Reduzida	Incapaz de realizar <i>hobbies</i> , doença significativa	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
50	Sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho, doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
40	Acamado	<i>Idem</i>	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completo ou com períodos de confusão
30	Acamado	<i>Idem</i>	Dependência completa	Reduzida	Completo ou com períodos de confusão
20	Acamado	<i>Idem</i>	<i>Idem</i>	Ingestão limitada a colheradas	Completo ou com períodos de confusão
10	Acamado	<i>Idem</i>	<i>Idem</i>	Cuidados com a boca	Confuso ou em coma
0	Morte	-	-	-	-

Fonte: Manual de Cuidados paliativos / Academia Nacional de Cuidados Paliativos- Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. 320p

Figura 4 – Escore prognóstico paliativo (PaP)

Tabela – PaP Score	
Variável	Pontos
• Dispneia	
Presente	1
Ausente	0
• Anorexia	
Presente	1,5
Ausente	0
• Estimativa clínica	
> 12	0
11-12	2
9-10	2,5
7-8	2,5
5-6	4,5
3-4	6
1-2	8,5
• Índice de Karnofsky	
≥ 30	0
10-20	2,5
• Leucócitos totais por mm³	
< 8.500	0
8.501-1.000	0,5
> 11.000	1,5
• Porcentagem de linfócitos	
< 12	2,5
12-19,9	1
≥ 20	0
Grupos de risco	Total de pontos
A: probabilidade de sobreviver 30 dias > 70%	0-5,5
B: probabilidade de sobreviver 30 dias 30-70%	5,6-11
C: probabilidade de sobreviver 30 dias < 30%	11,1-17,5

Fonte: Manual de Cuidados paliativos / Academia Nacional de Cuidados Paliativos- Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. 320p

Figura 5 – Escala de avaliação funcional de Karnofsky

Quadro 1 – Escala de Avaliação Funcional de Karnofsky	
Graduação (%)	Significado
100	Normal, ausência de queixas, sem evidências de doença
90	Capaz de realizar atividades normais, com sinais e sintomas mínimos da doença
80	Atividade normal com esforço e alguns sinais ou sintomas da doença. Incapacidade para grande esforço físico, mas consegue deambular
70	Não requer assistência para cuidados pessoais, mas é incapaz de realizar atividades normais, como tarefas caseiras e trabalhos ativos
60	Requer assistência ocasional, mas consegue realizar a maioria dos seus cuidados pessoais
50	Requer considerável assistência e frequentes cuidados médicos
40	Incapacitado, requer cuidados pessoais e assistência. Autocuidado limitado. Permanece mais de 50% do horário vígil, sentado ou deitado
30	Severamente incapacitado, com necessidade de tratamento de suporte permanente, embora a morte não seja iminente
20	Paciente muito doente, completamente incapaz, com necessidade de tratamento de suporte permanente, confinado ao leito
10	Moribundo, processo de morte progredindo rapidamente

Fonte: Manual de Cuidados paliativos / Academia Nacional de Cuidados Paliativos- Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. 320p

Antes de iniciar o plano de sedação, o paciente paliativo internado deverá ser muito bem avaliado pela equipe de saúde envolvida no cuidado, através dos registros em prontuário que contemplam diagnósticos e prognósticos, cronologia e evolução da doença, tratamentos já realizados, as medicações em uso, bem como avaliação do estado funcional e nutricional do paciente, a fim de corroborar a real necessidade da sedação. Ademais, é imprescindível que o paciente candidato à sedação esteja previamente manejado do ponto de vista de controle de sintomas como dor, anorexia, desidratação, constipação, retenção urinária, hipersecreção das vias aéreas, náuseas e vômitos, dispnéia, e outras condições que possam dificultar o início de uma sedação efetiva (CAPONERO, VIEIRA, 2006; MACIEL, 2012).

Dentre as medicações utilizadas para a sedação paliativa estão elencadas de acordo com a literatura médica quatro classes de fármacos: os benzodiazepínicos, os neurolépticos, os barbitúricos e os anestésicos. Os benzodiazepínicos são as medicações de 1ª escolha para iniciar a sedação e os mais utilizados são o midazolam, o diazepam e o lorazepam, sendo o

midazolam a medicação de escolha. Os neurolépticos configuram como 2ª escolha e são representados pela clorpromazina, haloperidol e levopromazina e devem ser utilizados em situações de delírium e agitação. Os barbitúricos são medicações de 3ª escolha e possuem como representante o fenobarbital, sendo utilizados em situações refratárias aos sedativos mencionados anteriormente. Já os anestésicos propofol e ketamina são medicações de quarta escolha para a sedação paliativa, e, portanto, devem ser utilizados quando todas as outras medicações já foram utilizadas e mesmo assim o paciente mantém-se refratário ao controle dos sintomas. A associação de fármacos pode ser muito útil, mas pode vir a requerer a redução de doses já utilizadas devido ao efeito sinérgico que a maioria dos sedativos apresenta (ANCP, 2012; NOGUEIRA; SAKATA, 2012).

A escolha da medicação, a dose e a via de administração devem ser individualizadas de acordo com as necessidades clínicas e do nível de desconforto apresentado por cada paciente. Além disso, deve-se optar pelo tratamento proporcional e pela menor dose efetiva do sedativo de escolha, a fim de minimizar os efeitos adversos oriundo dos fármacos e não gerar mais desconforto para o paciente (ANCP 2012; MENEZES, 2016).

Os benzodiazepínicos são considerados fármacos de primeira linha na sedação paliativa, haja vista seu início de ação rápido, fácil titulação, possuir antagonista além de geralmente controlar bem sintomas como a ansiedade e a agitação. No Brasil, a medicação mais utilizada para sedação paliativa é o midazolam, sendo considerada de escolha inicial. (ANCP, 2012; KIRA, 2012; MENEZES, 2016).

Além disso, é de suma importância destacar a medicação analgésica deverá ser mantida, pois a interrupção da analgesia quando em vigência da sedação constitui má prática médica. Ademais, em situações especiais, como no caso de dispnéia refratária ao uso de oxigênio, pode-se utilizar a combinação de midazolam com o opióide morfina (20-80 mg/dia) para o controle desse sintoma (ANCP, 2012; KIRA, 2012; KRAKAUER, 2015).

Em suas diretrizes, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2012) sugere medicações que podem ser utilizadas na sedação de pacientes paliativos adultos.

Figura 6 . Sugestões de medicações em sedação paliativa.

Quadro 6 – Sugestões de drogas em sedação paliativa			
Drogas	Sintomas	Dose	Observações
MIDAZOLAM Ampola de 3 ml, 5 mg/ml	Dor, dispneia, delírio agitado, sofrimento psíquico	Indução: bolo de 2,5-5 mg* Iniciar infusão contínua SC: 0,4-0,8 mg/h Máxima diária: 160-200 mg Resgate: <i>bolus</i> de 2,5-5 mg*	Dose máxima de 120-160 mg/dia Interação com outras drogas (ver texto)
LEVOMEPRMAZINA Ampola de 5 ml, 5 mg/ml (no Brasil, disponível em gotas ou comprimidos)	Delírio como sintoma predominante	Indução: bolo de 12,5-25 mg Iniciar infusão contínua SC: 100 mg/dia Resgate: <i>bolus</i> de 12,5 mg	Usos VO e SC Dose máxima diária: 300 mg
CLOPRMAZINA (uso mais comum no Brasil). Ampola de 5 ml, 5 mg/ml	Delírio como sintoma predominante	12,5-50 mg a cada 4-12 h, VO/IV	Dose máxima: 25-37,5 mg/dia
HALOPERIDOL Ampola de 1 ml, 5 mg/ml	Delírio	2,5-5 mg de 12/12 h, SC	Dose máxima de 5-10 mg/dia
FENOBARBITAL Ampola de 2 ml, 100 mg/ml	Dor, dispneia, delírio agitado, sofrimento psíquico	Indução: bolo de 2 mg/kg, lento Iniciar infusão contínua SC: 600 mg/24 h Infusão contínua IV: 1 mg/kg Indução: bolo de 100-200 mg seguido de 40 mg/h, SC/IV s/n	Antes de iniciar a infusão, suspender benzodiazepínicos e neurolépticos. Reduzir opioides pela metade
PROPOFOL Ampola de 20 ml, 10 mg/ml. Necessidade de supervisão de um médico anestesiologista ou treinado	Refratariedade a outros sedativos	Indução: bolo de 1-1,5 mg/kg Iniciar infusão contínua IV: 2 mg/kg/h Resgate: bolo com metade da dose da indução	Antes de iniciar a infusão, suspender benzodiazepínicos e neurolépticos e reduzir opioides pela metade. Somente uso IV e não misturar com outras drogas
KETAMINA Ampolas de 2 ml, 50 mg/ml	Dor e refratariedade a outros sedativos	5-15 mg, SC	Bloqueio de receptores NMDA

*Dobrar dose se houve uso prévio de benzodiazepínico.

SC: subcutânea; VO: via oral; IV: intravenoso; s/n: se necessário; NMDA: n-metil-D-aspartato.

Assim, utilizando como guia de recomendações o manual de cuidados paliativos da ANCP (2012) e adaptando ao contexto da unidade hospitalar secundária a qual esse protocolo se propõe, utilizaremos as seguintes medicações de acordo com o tipo de sintomas refratários predominantes: midazolam, clorpromazina, haloperidol, fenitoína, propofol.

Midazolam:

- Vantagens: alta eficácia, início de ação rápido, meia-vida curta, possuir antagonista (flumazenil), além de ótimo ansiolítico, efeito anticonvulsivante, promover amnésia.
- Desvantagens: risco de reação paradoxal.
- Quando usar: dor, dispnéia, delírio agitado sofrimento psíquico.

Em situações em que o delírio seja o sintoma refratário predominante, pode-se iniciar a sedação com um dos neurolépticos, clorpromazina ou haloperidol, associados ou não ao midazolam. Em caso de reação paradoxal ao efeito do midazolam, deve-se suspender o benzodiazepínico e iniciar isoladamente o neuroléptico de escolha (ANCP,2012).

Clorpromazina:

- Vantagens: muito utilizado quando o delírio for o sintoma predominante
- Desvantagens: risco de efeitos extrapiramidais, reações paradoxais.
- Quando usar: delírio

Haloperidol :

- Vantagens: Muito bom para controlar náuseas e vômitos
- Desvantagens: risco de efeitos piramidais, reações paradoxais.
- Quando usar: delírio.

Vantagens: Maior potencial sedativo em doses mais elevadas; Indicado quando há hipertensão intracraniana ou convulsões associadas. Muito utilizado em casos de delírio agitado refratário.

Desvantagens: Início de ação mais lento, meia-vida mais longa e titulação difícil. Pode causar mais efeitos adversos como náuseas e vômitos.

Quando usar: em pacientes que continuem refratários mesmo após doses plenas de neurolépticos.

Propofol

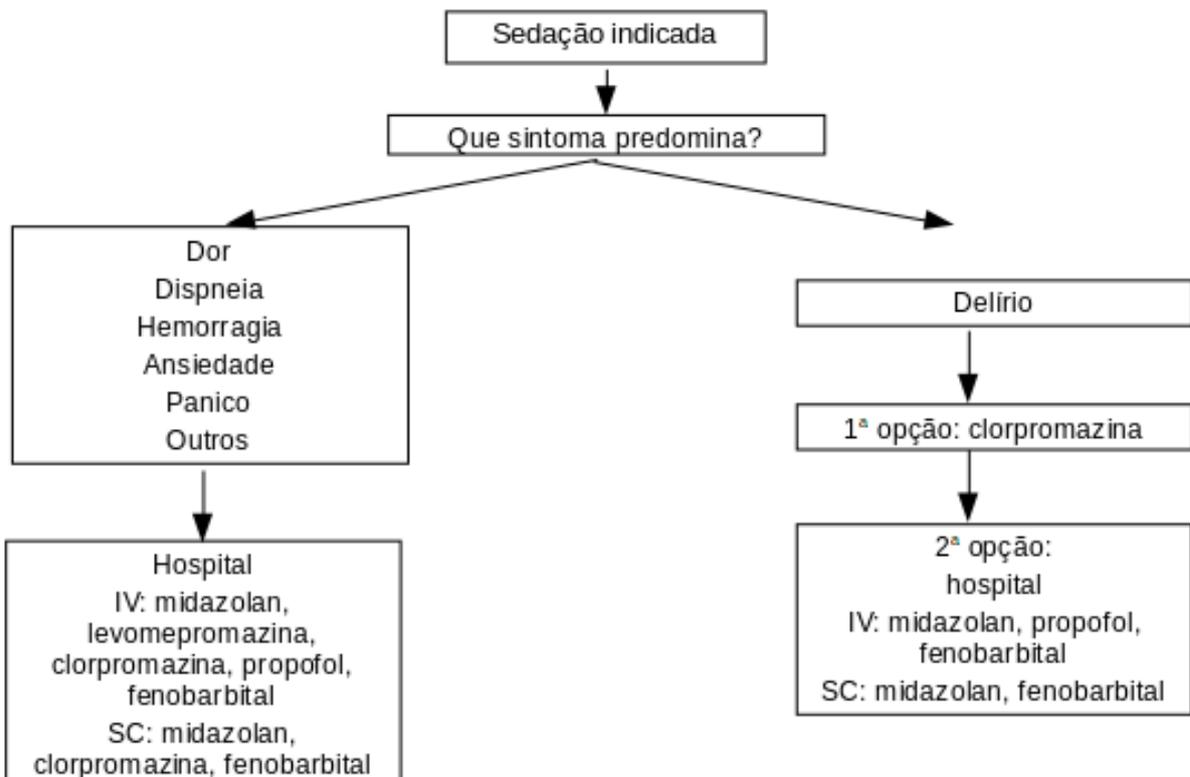
Vantagens: início de ação ultrarrápido, meia-vida curta e alto potencial sedativo. Muito utilizado em casos de delírio agitado refratário.

Desvantagens: maior risco de depressão respiratória e cardiovascular.

Quando usar: Os anestésicos devem ser utilizados isoladamente e apenas em situações em que os pacientes não responderam ao efeito desejado das demais medicações, tornando-se refratários.

A seguir, é apresentado o algoritmo das medicações que deverão ser utilizadas de acordo com os sintomas apresentados, bem como as vias disponíveis para a administração de tais fármacos.

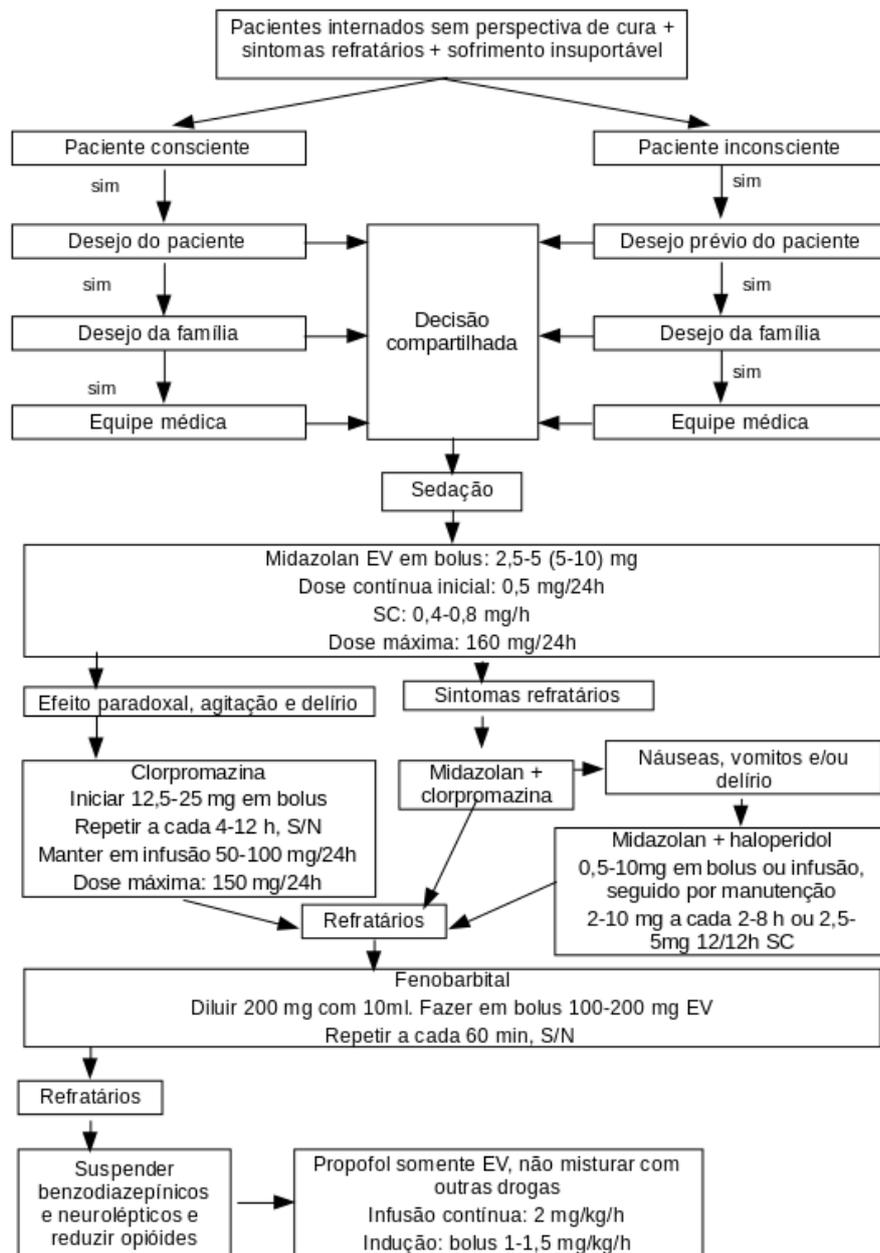
Figura 7- Escolha do tratamento farmacológico em sedação paliativa



Fonte: Manual CP DA ANCP, 2012, 340p.

7. FLUXOGRAMA DE TRATAMENTO

Figura 8- Fluxograma de tratamento proposto.



8. MONITORIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO PÓS TRATAMENTO

Após instituída a sedação, a avaliação do paciente deve atentar para a observação do nível de conforto e manejo de possíveis efeitos adversos que possam surgir em decorrência dos fármacos administrados, como retenção urinária e obstipação, os quais tendem a gerar grande desconforto para o paciente mesmo em sedação. Mesmo que constitua procedimento invasivo, em situações em que o paciente apresente distensão vesical acentuada, com presença de bexigoma, deve-se proceder a sondagem vesical de alívio. Demais procedimentos invasivos, como a aspiração das vias aéreas, só devem ser realizados se o resultado for beneficemente superior e trazer alívio maior em detrimento do desconforto pela sua realização. Ademais, deve ser mantida a analgesia caso o paciente sinta dor, e suspensas as medicações consideradas pela equipe médica como tratamento fútil ou ineficazes para o bem-estar do paciente (CARVALHO; MERIGHI, 2006; OSLO, 2010; KIRA, 2012; CHERNY, 2015; MENEZES, 2016).

A aferição de sinais vitais (frequência cardíaca, pressão arterial e temperatura) deve ser descontinuada. Convém, entretanto, checar a frequência respiratória do paciente, como forma de avaliar a presença de desconforto respiratório (CHERNY, 2009; OSLO, 2010).

Além disso, devem ser reduzidos os estímulos que possam resultar em incômodo para o enfermo, como luz, ruídos, extremos de temperatura, assim como alguns estímulos táteis que possam cursar com desconforto (CARVALHO; MERIGHI, 2006).

Já a hidratação e a alimentação enteral ou parenteral devem ser ponderadas e consideradas apenas em alguns casos, tendo em vista não haver um consenso na literatura médica (MENEZES; FIGUEIREDO, 2019). Contudo, não raro, podem contribuir para a perpetuação de outros sintomas que produzam desconforto, como náuseas e vômitos, estase gástrica, distensão abdominal, diarreia e até mesmo flebites devido a manutenção de sondas e cateteres (CARVALHO; MERIGHI, 2006). Para CARVALHO (2008), mesmo que o suporte nutricional e hídrico não altere o prognóstico dos pacientes em fase avançada da doença sem perspectiva de cura, em algumas situações a manutenção do apoio artificial será necessária a fim de respeitar crenças pessoais e arrefecer a angústia dos familiares ou responsáveis.

A equipe de saúde envolvida no cuidado deve proporcionar suporte psicológico e espiritual sempre que possível, atualizar familiares ou responsáveis sobre as condições do

paciente, estimular o contato através de gestos de carinho, músicas favoritas, aromas agradáveis, orações, visitas de entes queridos e pessoas amigas (KIRA, 2012).

Por conseguinte, a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP,2009) resume as principais ações que devem ser tomadas após o início da sedação em pacientes paliativos internados:

Figura 9: Ações após o início da sedação paliativa

Quadro 9 – Ações após o início da sedação paliativa
• Reavaliação sintomática quanto ao tipo e à dose da medicação escolhida (individualizada), com monitorização contínua e regular do processo para ajuste da sedação
• Titulação da dose sedativa utilizando a escala de avaliação de Ramsay
• Manter as medidas de higiene e conforto
• Manter as medicações para controle de dor (opioides)
• Suspender medicações não-essenciais (vitaminas, hormônios tireoidianos etc.) ou tratamentos médicos ineficazes para o bem-estar do paciente
• Atentar para retenção urinária e impactação fecal (fecaloma), que geram grande desconforto nos pacientes sedados
• Orientar os familiares que a sedação paliativa não é o mesmo que eutanásia e não apressa a morte
• Orientar os familiares quanto aos sinais do processo da morte: ronco da morte ("sororoca"), cianose de extremidades, mudança da cor da pele, hipotensão e diminuição da diurese
• Fornecer suportes psicológico e espiritual à família
• Proporcionar presença da equipe que cuida, compreensão, privacidade e disponibilidade

Fonte: Manual de Cuidados paliativos / Academia Nacional de Cuidados Paliativos- Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009. 320p

O nível de consciência dos pacientes pode ser avaliado pela equipe envolvida no cuidado através da escala de Ramsay, o qual classifica através de níveis de I a VI estado do paciente, orientação e a reação a estímulos verbais e dolorosos.

Quadro 10 – Escala de Ramsay
• Nível I: agitado, angustiado
• Nível II: tranquilo, orientado e colaborativo
• Nível III: resposta a estímulos verbais
• Nível IV: resposta rápida a estímulos dolorosos
• Nível V: resposta lenta a estímulos dolorosos
• Nível VI: sem resposta

Fonte: Manual de Cuidados paliativos / Academia Nacional de Cuidados Paliativos- Rio de Janeiro : Diagraphic, 2009. 320p

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO, D. et al. Vamos falar de Cuidados Paliativos. **Revista Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, p.24, 2015.

BARBOSA, A. et al. **Manual de cuidados paliativos**. 3ªed.Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2016.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of biomedical ethics**. New York: Oxford University Press, 1994.

CAPONERO, R. A evolução do movimento hospice. In: PIMENTA, C. A. M.; MOTA, D. D. C. F.; CRUZ, D. A. L. M. (Org.). **Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia**. Barueri: Manole, 2006. cap. 1, p. 1-15.

CARVALHO, R. T.; TAQUEMORI, L. Y. Nutrição e hidratação. In: **Cuidado Paliativo**. CREMESP. São Paulo: Coordenação Institucional de Reinaldo Ayer de Oliveira; 2008. p. 221-57. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0034-7094201900010007200038&lng=en. Acesso em 08/11/2019.

CHERNY, N. I; EINAV, S.; DAHAN, D. Palliative medicine in the intensive care unit. **Oxford Textbook of Palliative Medicine**, v.5 p.1013-1021, 2015.

CHERNY, N. I. Palliative sedation. **Textbook of Palliative Medicine**, v.5, p.1009-20, 2015.
COOK, D.; ROCKER, G. Dying with Dignity in the Intensive Care Unit. **N Engl J Med**. v.14, n.370, 2014

FAINSINGER, R. L. et al. A multicentre international study of sedation for uncontrolled symptoms in terminally ill patients. **Jornaul Palliat Med**, n. 14, p. 257-265, 2000.
FERREIRA, S. P. Sedação paliativa em: **Cuidado Paliativo**. CREMESP.São Paulo: 2008. p. 355-61.

KIRA, C. M. Sedação Paliativa. Manual de Cuidados Paliativos ANCP - Ampliado e Atualizado. 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 517-30.

KRAKAUER, E. L. Sedation at the end of life. **Oxford Textbook of Palliative Medicine**, v.5, p. 1134-41, 2015.

LOSSIGNOL, D. End-of-life sedation: is there an alternative? **CurrOpinOncol**,n. 27, p. 358-364, 2015.

MACIEL, M. G. S. Definições e princípios. **Cuidado paliativo**, CREMESP, São Paulo:2008; (1-I),p. 18-21.

MALTONI, M. Palliative sedation in patients with cancer. **Cancer Control**, n.4, p.433-441, 2015.

MATSUMOTO, D. Y. Cuidados Paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, R. T.; PARSONS, H. A. (Org.). **Manual de Cuidados Paliativos ANCP - Ampliado e Atualizado**. 2. ed. Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2012. p. 23-30.

MELO, A. G. C. De; FIGUEIREDO, M. T. de A. Cuidados paliativos: conceitos básicos, histórico e realizações da Associação Brasileira de Cuidados Paliativos e da Associação Internacional de Hospice e Cuidados Paliativos. In: PIMENTA, C. A. M.; MOTA, D. D. C. F.; CRUZ, D. A. L. M. (Org.). **Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia**. Barueri: Manole, 2006. cap. 2, p. 16-28.

MENEZES, M. S.; FIGUEIREDO, M. das G. M. da C. de A. O papel da sedação paliativa no fim da vida: aspectos médicos e éticos – Revisão. **Revista Brasileira de Anestesiol**, v. 69, n. 1, p. 72-77, jan. 2019.

NOGUEIRA, F. L.; SAKATA, R. K. Sedação paliativa do paciente terminal. **Revista Brasileira de Anestesiol**, v. 62, n. 4, p. 586-592, 2012.

PESSINI, L. Bioética e cuidados paliativos: alguns desafios do cotidiano aos grandes dilemas. In: PIMENTA, C. A. M.; MOTA, D. D. C. F.; CRUZ, D. A. L. M. (Org.). **Dor e cuidados paliativos: enfermagem, medicina e psicologia**. Barueri: Manole, 2006. cap. 3, p. 45-66.

PESSINI, L. Cuidados paliativos: alguns aspectos conceituais, biográficos e éticos. **Revista de Prática Hospitalar**, v.41, p.107-112, 2005.

SAUNDERS, C. **Some challenges that face us**. *Palliat Med* 1993; 7(1): 77-83.

SAUNDERS, D. C. Introduction Sykes N., Edmonds P., Wiles J. “**Management of Advanced Disease**” 2004, p. 3-8.

TAVARES R. C.; PARSONS, H. A. **Manual de cuidados paliativos ANCP Ampliado e atualizado**. 2ª Ed. São Paulo: Acad Nac Cuid Paliativos, 2012.

VENTAFRIDA, V. et. al. Symptom prevalence and control during cancer patients' last days of life. **Jornaul Palliat Care**, n. 6, p. 7-11, 1990.

WHO Definition of Palliative Care [homepage na Internet]. **WHO 2017**. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>> [acesso em 02 de julho de 2019]