

# Sedação paliativa

Autor: Olímpia Martins

## Introdução

Os cuidados paliativos permitem, de um modo geral, um controlo adequado do sofrimento dos doentes sem afectar significativamente o seu estado de consciência. Contudo, principalmente nos últimos dias de vida, há sintomas que não são susceptíveis de controlo apesar da terapêutica adequada, podendo interferir no processo de uma morte tranquila. Estes são os sintomas refractários [1,2]. Torna-se assim um imperativo médico e moral aliviar o sofrimento, usando fármacos sedativos titulados apenas para controlo desses sintomas [3]. Para a sedação paliativa, portanto, é muito importante que a consciência seja reduzida apenas até ao nível suficiente para o alívio dos sintomas, o que é individual podendo variar amplamente de doente para doente. É o grau do controlo sintomático e não o nível de diminuição de consciência que determina a dose, as combinações de sedativos usados e a duração do tratamento [4-6].

Apesar da vasta discussão sobre o assunto na literatura médica, para além das contradições encontradas, muitas questões continuam sem ter resposta devido à falta de definições e orientações claras [2].

Muitos termos são utilizados nos estudos sobre sedação em doentes em cuidados paliativos, sendo, no entanto, muitas vezes confusos. Esses termos são usados como sinónimos, dificultando a pesquisa bibliográfica [2,7]. O termo “sedação terminal” é frequentemente usado como sinónimo de “sedação paliativa”, no entanto, o primeiro pode ser interpretado como se a intenção da sedação fosse “terminar” a vida, e não o alívio dos sintomas, como sugere o segundo [7].

Segundo a Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC), a “sedação paliativa” do doente terminal deve ser distinguida da eutanásia. Na eutanásia, a intenção é tirar a vida do doente, administrando-se um fármaco letal [9]. Na sedação paliativa, a intervenção é proporcional à intensidade dos sintomas e aos objectivos terapêuticos. Assim quando correctamente indicada, não constitui um “atalho” para se atingir o mesmo objectivo da eutanásia. Não existe evidência de que a sedação paliativa administrada apropriadamente encurte a vida, não sendo a morte um critério para o sucesso do tratamento [6].

A sedação paliativa pode ser classificada conforme o grau, em leve ou consciente, quando a consciência é mantida permitindo a comunicação com o doente, e profunda, quando o doente permanece semiconsciente ou inconsciente. De acordo com a duração é classificada em intermitente, quando o doente tem alguns períodos de alerta, e contínua, quando inconsciente até ao óbito. Para ser indicada a sedação contínua e profunda, a doença deve ser irreversível e avançada, com morte esperada para horas ou dias [10].

*A respite sedation* é uma sedação transitória na qual o doente é sedado por um tempo limitado, de 24 a 48 horas, no sentido de quebrar um ciclo de dor, ansiedade ou sofrimento [1].

## **Definição**

Embora não haja definição universal, a maioria dos documentos de consenso define sedação paliativa como um procedimento conducente à redução intencional do nível de consciência, contínua ou intermitente, com o objectivo de controlar sofrimento intolerável causado por sintomas refractários ao tratamento convencional, presentes na evolução de doenças incuráveis e progressivas em fase terminal [1,9].

Segundo Morrison, o sofrimento intolerável é subjectivo e definido pelo doente ou família como um estado que o doente não tem capacidade de suportar. Sintomas refractários são definidos

como sintomas que não podem ser controlados adequadamente apesar da intervenção terapêutica exaustiva e agressiva com morbidade tolerável e dentro do tempo aceitável. É frequente o aumento dos sintomas refractários à medida que o doente está mais próximo da morte [1], podendo interferir, como atrás referido, com uma morte tranquila.

## **Objectivos**

A. Controlar sintomas causadores de grave desconforto, refractários ao tratamento paliativo convencional, aliviando o sofrimento de doentes em fase final de doença grave, progressiva e incurável.

B. Melhorar o conforto e manter a dignidade da vida humana até o seu final [11].

## **Crítérios**

Existem alguns critérios para a sedação no doente terminal, que devem ser rigorosamente seguidos, a fim de aliviar o sofrimento do doente (não da família), e não antecipar o óbito.

A maioria dos documentos define como critérios para sedação paliativa:

- Doença terminal (esperança de vida inferior a 6 meses)
- Morte iminente (horas ou dias, máximo 2 semanas)
- Sofrimento intolerável
- Sintomas refractários.
- Envolvimento de especialista em cuidados paliativos ou equipa interdisciplinar.
- Obtenção de consentimento informado pelo doente ou seu representante legal
- Esta decisão deve estar de acordo com a vontade do doente, família ou representante legal e em consenso com a equipa médica [1].

Outras considerações:

- As metas e expectativas em relação à sedação devem ser discutidas com a família, equipa assistencial e com o doente, quando possível.
- Deve ser esclarecida a possibilidade de suspensão ou intermitência da sedação.
- Debate sobre a continuidade do suporte nutricional e hidratação.
- Membros da família devem ser encorajados a permanecer ao lado do doente.
- Todas as pessoas envolvidas nos cuidados do doente devem ser informadas.
- Os cuidados básicos devem ser mantidos assim como as medidas de conforto.
- Apenas as medicações que promovam alívio de sofrimento devem ser mantidas.
- Cuidados especiais com o doente e familiares devem ser tomados tais como um ambiente confortável, redução de ruídos desnecessários, sendo a privacidade da família e do doente respeitada.
- Deve ser oferecido suporte psicológico de apoio ao processo de luto a todos os doentes e familiares com indicação de sedação paliativa. O suporte deve ser mantido após o óbito.
- A equipa assistencial mantém a avaliação de riscos e necessidades considerando os aspectos espiritual, emocional, cultural e social respeitando as condições e solicitações da família. O suporte espiritual deve ser sempre oferecido.
- Todas as etapas do processo de cuidado devem estar claramente descritas no processo do doente.
- Após o óbito, a equipa de cuidados envolvida deve ter a oportunidade de discutir sentimentos, dúvidas e experiências em relação ao doente falecido [9,11].

A sedação paliativa é legítima quando efectuada por pessoas competentes no tratamento destes doentes. O seu uso adequado leva ao alívio sintomático até à morte no decurso natural da doença de base.

## **Indicações**

A sedação é potencialmente indicada para doentes com sofrimento intolerável resultante de sintomas físicos refractários como delirium hiperactivo, dispneia, dor, convulsões e emergências (hemorragia maciça, asfixia, crise de dor insuportável). A sedação profunda contínua deve ser apenas considerada na fase terminal da doença com um prognóstico esperado de horas, no máximo, dias. Não existe consenso relativamente à sedação em fim de vida para sintomas severos não físicos (existenciais ou psicológicos) como depressão refractária, ansiedade, desmoralização ou sofrimento existencial [5,18].

A avaliação do doente deve ser efectuada sempre que possível por uma equipa interdisciplinar. Deverá ser excluída deterioração aguda causada por uma complicação da doença passível de tratamento como sépsis, alterações metabólicas reversíveis, toxicidade medicamentosa e outras situações comuns nomeadamente derrame pleural, tamponamento cardíaco, obstrução das vias aéreas superiores, obstrução gastrointestinal, hemorragia activa, retenção urinária ou hipertensão intracraniana [5].

## **Sobrevivência**

Alguns autores compararam o tempo de sobrevivência entre os doentes sedados e os não sedados, não encontrando diferença estatística nos resultados [2,12,13].

Contudo, Sykes e Thorns num estudo retrospectivo verificaram que os doentes que receberam sedação durante a última semana de vida tiveram sobrevida significativamente maior do que os que não receberam sedação e dos que foram sedados apenas nas últimas 48 horas [13]. Claessens numa revisão da literatura desde 1966 a 2007 verificou muitas inconsistências quanto ao efeito da sedação, entre outros, não sendo encontrada relação entre o tempo de sobrevivência dos doentes sedados e os fármacos utilizados [2]. Mercadante num estudo

prospectivo efectuado numa unidade de cuidados paliativos concluiu que, a sobrevivência dos doentes sedados foi maior do que a dos que não foram sedados [14].

Uma revisão sistemática na Cochrane publicada em Janeiro de 2015 revelou que, dos 14 estudos envolvendo 4167 adultos, dos quais 1137 receberam sedação paliativa, treze avaliaram o tempo de sobrevivência, e não demonstraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos sedados e não sedados. Houve evidência de que a sedação paliativa não antecipava a morte, o que era uma preocupação dos médicos na prescrição do tratamento, assim como dos familiares. Contudo, esta evidência, dada a falta de randomização, deve ser interpretada com cautela. São necessários mais estudos que avaliem especificamente a eficácia e qualidade de vida nos doentes sedados, comparados com os não sedados e que quantifiquem os efeitos adversos [15].

Um estudo retrospectivo num *hospice* israelita concluiu que a sobrevivência foi maior com doses sedativas mais altas, o que poderá ajudar a diminuir os receios relativos à antecipação da morte relacionada com o uso de sedação paliativa [11].

Num estudo realizado em Portugal por Gonçalves *et al.* o intervalo entre o início da sedação e a morte foi em média de 20,5 horas (mediana de 9 horas), variando entre 5 minutos e 72,5 horas [20]. Sales *et al.* verificaram que a média foi de 3,2 dias (mediana de 2 dias), variando entre 0,1 e 4,8 dias [21]. Num estudo de Fainsinger *et al.*, os doentes estiveram sedados em média 2,5 dias antes da morte [19].

## **Prevalência**

Na literatura, a prevalência de sintomas refractários em doentes terminais a necessitar de sedação é de 10% a 50%, com uma mediana estimada entre 20% e 30%. A maior prevalência

vem de estudos na Holanda. A prevalência actual da sedação paliativa é incerta, dado não haver uma definição uniforme de sedação paliativa e estudos randomizados [1].

## **Tomada de decisão**

A sedação deve ser considerada e discutida entre os profissionais de saúde, doente e sua família/entes queridos perante uma situação de grande sofrimento causado por sintomas refractários, no sentido do seu alívio. Os objectivos dos cuidados devem ser claros e avaliadas minuciosamente as condições do doente [4,6,9]. No processo de decisão tem de estar explícito que tudo foi feito para controlar os sintomas sem comprometer a consciência [17].

A decisão de sedar envolve o nível da sedação, que pode ser superficial ou profunda, a escolha do fármaco e da dose [6,9].

Respeitando a liberdade e o direito à autonomia, é recomendado um consentimento informado, assinado pelo doente ou, caso esteja incompetente, por uma pessoa adulta, em conformidade com os requisitos legais, no qual se declara haver conhecimento das indicações, riscos e cuidados que serão tomados, autorizando o tratamento paliativo com sedativos. No termo de consentimento deve também estar expresso o pedido de não serem aplicadas medidas como reanimação cardiopulmonar, diálise, conexão a um ventilador e transfusões sanguíneas [16].

Nalguns países a legislação permite que, em casos de desacordo entre a equipa médica e a família, o médico tenha a palavra final na tomada de tal decisão [6].

## **Questões éticas e legais**

A maioria das comunidades bioéticas e médicas concentra-se nos princípios de intenção, proporcionalidade e duplo efeito para distinguir sedação paliativa terapêutica, morte/suicídio medicamente assistido e eutanásia [1].

Na sedação paliativa a intenção é sedar o doente para controlo de sintomas durante o processo de morte. Embora a morte seja iminente e esperada, ela é causada pela doença de base no seu curso natural. No suicídio medicamente assistido e na eutanásia a morte não é iminente e é o resultado de uma dose letal de medicação intencional auto administrada na morte medicamente assistida e administrada pelo médico na eutanásia). O alívio do sofrimento na sedação paliativa resulta do estado de inconsciência, enquanto nas outras duas situações o alívio do sofrimento resulta da morte. Na sedação paliativa não há evidência da antecipação da morte, enquanto no suicídio medicamente assistido e a eutanásia encurtam deliberadamente a vida [1,2,3] (tabela 1).

**Tabela 1. Diferenças entre sedação paliativa, suicídio medicamente assistido e eutanásia**

	Sedação Paliativa	Suicídio assistido	Eutanásia
Prognóstico	Morte iminente	Morte não iminente	Morte não iminente
Causa de morte	Curso natural da doença	Dose letal de fármaco	Dose letal de fármaco
Esperança de vida	Não diminuída	Diminuída	Diminuída

Adaptado da referência 1

Segundo o princípio da proporcionalidade o risco de causar dano está directamente relacionado com a gravidade da situação clínica do doente e o benefício esperado da intervenção. Na sedação paliativa a gravidade de sedar um doente até à inconsciência prevalece sobre o sofrimento severo quando as outras intervenções falharam. A maioria dos artigos de consenso concorda que o princípio da proporcionalidade não é suportado pelo suicídio medicamente assistido nem pela eutanásia [1].

O princípio do duplo efeito refere que desde que a intenção da intervenção seja atingir um resultado benéfico, as consequências nefastas ou mesmo fatais são justificadas. O desfecho fatal não é necessário para atingir o objectivo benéfico desejado. Contudo o alívio adequado de sintomas insuportáveis é uma razão apropriada para colocar o doente em risco do desfecho fatal. Comparativamente no suicídio medicamente assistido e na eutanásia as consequências nefastas (morte) são intencionais [1].

Quanto ao uso de sedação paliativa no sofrimento existencial, as opiniões dividem-se, contudo, a maioria dos artigos argumenta que a sedação paliativa não deve ser usada para o sofrimento existencial isolado. Em Espanha parece ser uma razão razoavelmente frequente para sedar, ao contrário de Portugal. Um pedido de sedação por um doente com sofrimento psicológico ou existencial exige uma avaliação psiquiátrica, pois por trás deste pedido pode estar uma intenção de morrer [17].

Os clínicos que usam sedação paliativa necessitam ter consciência do perigo do potencial de abuso ou uso não judicioso. Assim, a sedação como meio de acelerar a morte do doente é a situação mais comum do abuso da sedação e é essencialmente a prática de "eutanasia lenta". Isto pode ocorrer com o uso deliberado de sedação profunda em doentes que não tenham sintomas refractários, ou no uso deliberado de doses que excedam o necessário para fornecer o conforto adequado. O uso inapropriado da sedação paliativa ocorre quando a sedação é aplicada com a intenção de aliviar os sintomas em circunstâncias que não justificam tal intervenção.

### **Protecção dos profissionais**

A situação de sedação dos doentes pode trazer desconforto à equipa de profissionais de saúde. Por isso, a equipa deve reconhecer o potencial para esse sofrimento. Todos os elementos da equipa devem compreender a razão da sedação e seus objectivos. Sempre que possível as questões profissionais e emocionais relacionadas com essas decisões devem ser discutidas no sentido de melhorar os procedimentos sempre que necessário [5].

### **Métodos de sedação contínua**

O tratamento é habitualmente efectuado em internamento. Pode, contudo, ser uma alternativa para alguns doentes em ambulatório.

- A selecção do fármaco depende na maioria das vezes da experiência do profissional e da instituição.
- A titulação da dose dos sedativos deve ser feita até obtenção do alívio adequado do sofrimento independentemente do nível de sedação atingido.
- A administração de doses adicionais em bolus ou a associação de outros agentes para manutenção do nível de alívio atingido, pode ser necessária.

## **Benzodiazepinas**

As benzodiazepinas são consideradas os fármacos de primeira escolha na ausência de delirium. Podem ser administrados por via subcutânea, endovenosa, em bolus intermitentes ou em infusões contínuas. O midazolam é considerado o fármaco de primeira escolha.

### Midazolam

- É o fármaco mais usado na sedação em cuidados paliativos.
- O início de acção é rápido e tem uma duração de acção relativamente curta. Pode ser administrado IV ou SC. Pode ser co-administrado com morfina, haloperidol e outros fármacos.
- É hidrossolúvel. Metabolizado em componente lipofílico que penetra rapidamente no SNC.
- Dose inicial - 5 mg SC, repetindo a cada hora até ao controlo da situação
- Se acesso venoso disponível diluir o midazolam em soro fisiológico ou glicosado a 5%, para uma concentração de 1mg/ml, e administrar numa dose inicial de 2 mg, seguido de 1 mg/min até ao encerramento das pálpebras.
- Posteriormente pode-se iniciar infusão contínua SC ou IV, mantendo uma dose de resgate igual à dose inicial.

- Efeitos adversos: agitação paradoxal, depressão respiratória, abstinência se redução rápida da dose após infusão contínua, tolerância.
- Antagonista: Flumazenil

## **Neurolépticos**

Os neurolépticos podem ser sedativos particularmente eficazes se o doente estiver agitado.

Além da levomepromazina também são usados o haloperidol e a clorpromazina.

### Levomepromazina

- Usada com frequência sobretudo quando o motivo da sedação é a agitação. Tem efeito antipsicótico em caso de delirium e algum efeito analgésico.
- Início de acção rápido. Pode ser administrado oral ou parentericamente (SC,IV,IM), contínua ou intermitentemente.
- Dose inicial - 12,5 a 25 mg SC, seguida de ISCC de 50 a 75 mg.
- Titula-se a dose até ao máximo de 300 mg/dia em infusão contínua.
- Manter uma dose de resgate de 12,5 mg com intervalos de 1 hora.
- Pode administrar-se juntamente com o midazolam, quando a dose de um destes fármacos é elevada e a situação não está ainda controlada:
  - midazolam 120 mg/d ou levomepromazina 300mg/d.
- Efeitos adversos: hipotensão ortostática, agitação paradoxal, sintomas extrapiramidais, efeitos anticolinérgicos.

## **Barbitúricos**

O seu mecanismo de acção difere dos opióides e benzodiazepinas, sendo úteis nos doentes que desenvolvem tolerância a estes fármacos. Não têm efeito analgésico.

### Fenobarbital

- O fenobarbital é uma alternativa quando os fármacos anteriores falham.
- Tem um início de acção rápido e longa duração. É um anticonvulsivante.
- Dose inicial: 2-3 mg/kg SC ou IV dado em bolus lentamente (não administrar mais de 50 mg/min) seguido de infusão inicial de 0.5mg/Kg/h. Pode iniciar-se uma ISCC com 800 mg/24h.
- Dose de manutenção: 50-100mg /h.
  - Titula-se a dose, de acordo com a resposta, até 2400 mg/d.
- O fenobarbital não se deve juntar a outros fármacos. Por via SC deve diluir-se adicionando um volume dez vezes maior do soluto.
- Efeitos adversos: excitação paradoxal nos idosos, hipotensão, náusea, vômito, S. de Stevens-Johnson, angioedema, rash, agranulocitose, trombocitopenia.

## **Outros fármacos**

Quando o objectivo não é alcançado com os outros fármacos, o propofol é uma alternativa. Requer um acesso intravenoso, devendo ser administrado, preferencialmente, por um médico com experiência no uso desse fármaco. Por esse motivo, muito raras vezes tem aplicação neste contexto.

## **Conclusão**

A sedação paliativa é uma importante ferramenta terapêutica de último recurso. Dá a possibilidade aos médicos de aliviar sofrimento intolerável, já não passível de ser tratado eficazmente com outros recursos terapêuticos. A sedação paliativa difere da eutanásia porque o objectivo da sedação paliativa não é terminar a vida. Não há evidência de que, quando administrada correctamente, encurte a vida. Isto significa que a sedação paliativa se distingue claramente da eutanásia.

## Referências

1. Katherine Morrison MD and Jeanie Youngwerth MD - Palliative Sedation Therapy  
Hospital Medicine Clinics, 2016; 5:101-13.
2. Claessens P. *et al*- Palliative Sedation: A Review of the Research Literature. Journal of Pain and Symptom Management, 2008; 36:310-333.
3. N.I.Chernyl. ESMO Clinical Practice Guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation. Annals of Oncology 2014; 25:143-152.
4. Refractory Symptoms and Palliative Sedation Therapy Hospice Palliative Care Program  
.Symptom Guidelines, 2011.
5. Nathan I Cherny, Lukas - European Association for Palliative Care [EAPC] recommended framework for the use of sedation in palliative care. Palliative Medicine, 2009; 23:581-593
6. Verkerk M, van Wijlick E, Legemaate J et al. – A national guideline for palliative sedation in the Netherlands. J Pain Symptom Manage, 2007;34:666-670.
7. Morita T, Tsuneto S, Shima Y – Definition of sedation for symptom relief: a systematic literature review and a proposal of operational criteria. J Pain Symptom Manage, 2002; 24:447-453.
8. De Graeff A, Dean M – Palliative sedation therapy in the last weeks of life: a literature review and recommendations for standards. J Palliat Med, 2007;10:67-85.
9. Fabiola Leite Nogueira *et al*- Palliative sedation of terminally ill patients. Rev Bras Anesthesiol 2012; 62: 580-59
10. Voeuk, Oneschuk- Continuous palliative sedation therapy Canadian Family Physician, 2014; 60:436.
11. Azoulay, Daniel; Shahal-Gassner, et al. Palliative Sedation at the End of Life: Patterns of Use in an Israeli Hospice. Am J Hosp Palliat Care 2016;33:369-73.

12. Vitetta L, Kenner D, Sali A – Sedation and analgesia-prescribing patterns in terminally ill patients at the end of life. *Am J Hosp Pall Care*, 2005;22:465-473.
13. Sykes N, Thorns A – Sedative use in the last week of life and the implications for end-of-life decision making. *Arch Intern Med*, 2003;163:341-344.
14. Mercadante S, Intraivaia G, Villari P et al. – Controlled sedation for refractory symptoms in dying patients. *J Pain Symptom Manage*, 2009;37:771-779.
15. Beller EM, van Driel ML, McGregor L, Truong S, Mitchell G Palliative pharmacological sedation for terminally ill adults. - *Cochrane Database Syst Rev* - January 1, 2015; 1; CD010206- MEDLINE is the source for the citation and abstract for this record
16. Marín JLM, Reta IS, Campos RAI et al. - Treatment recommendations at the end of the life of the critical patient. *Med Intens*, 2008;32:121-133.
17. Ferraz Gonçalves J. *Controlo de Sintomas no Cancro Avançado. Coisas de Ler* 2 ed. 2011.
18. Sadler, Kim. Palliative sedation to alleviate existential suffering at end-of-life: Insight into controversial practice; *Canadian Oncology Nursing Journal*, 2012 ; 22:195-99.
19. Fainsinger RL, Landman W, Hoskings M, Bruera E. Sedation for uncontrolled symptoms in a South African hospice. *J Pain Symptom Manage*. 1998;16:145-52.
20. Ferraz Gonçalves J, Alvarenga M, Silva A. The last forty-eight hours of life in a Portuguese palliative care unit: does it differ from elsewhere? *J. Palliat Med* 2003;6: 895-900.
21. Sales JP, Boré EY, Gil AE, et al. Estudio multicéntrico catalano-balear sobre la sedación terminal en cuidados paliativos. *Medicina Paliativa* 1999;6:153-158.