

SEDAÇÃO PALIATIVA, PERSPETIVA DE UM CLÍNICO

*Madalena Feio*¹

(Médica, Instituto Português de Oncologia, Lisboa)

1. Introdução

A prevalência de sintomas em fim de vida é grande, não apenas nos doentes com cancro avançado, mas também naqueles com insuficiência de órgão, doenças neurológicas degenerativas e síndrome de imunodeficiência adquirida.² Na maioria dos casos os sintomas conseguem ser controlados, mas, nalguns tal não é possível.³

A sedação, entendida como redução da perceção da dor ou angústia ao diminuir a consciência, é usada em Medicina em múltiplos contextos. Exemplo disso é a sedação efetuada durante uma colonoscopia, no suporte ventilatório ou em doentes psicóticos com agitação severa. Permite proteger o doente de dano físico ou psíquico, real ou potencial.⁴

1 mfeio@ipolisboa.min-saude.pt.

2 Katrien Moens, Irene J. Higginson, and Richard Harding, 'Are There Differences in the Prevalence of Palliative Care-Related Problems in People Living with Advanced Cancer and Eight Non-Cancer Conditions? A Systematic Review', *Journal of Pain and Symptom Management*, 48.4 (2014), 660-677.

3 Xavier Gómez-Batiste *et al*, 'Effectiveness of Palliative Care Services in Symptom Control of Patients with Advanced Terminal Cancer: A Spanish, Multicenter, Prospective, Quasi-Experimental, Pre-Post Study', *Journal of Pain and Symptom Management*, 40.5 (2010), 652-60.

4 Josep Porta-Sales, 'Palliative Sedation: Clinical, Pharmacological and Practical Aspects', in *Continuous Sedation at the End of Life: Ethical, Clinical and Legal Perspectives*, ed. Sigrid Stercx, Kasper Raus, Freddy Mortier, 1.^a ed., Cambridge: Cambridge University Press, 2013, pp. 65-85.

Em cuidados paliativos usam-se sedativos para controlar a insónia, a ansiedade, e a epilepsia. Outra indicação é em sintomas refratários, na chamada sedação paliativa (SP).

2. Taxonomia e definição

Num artigo publicado em 1990 por Ventafridda é descrito o uso de sedação como forma última de controlo sintomático.⁵ Tal prática foi posteriormente chamada de “sedação terminal”.⁶

Muitos termos têm sido utilizados desde então, “sedação terminal”, “sedação profunda contínua”, “sedação profunda contínua até à morte”⁷, “sedação controlada”⁸, “sedação de fim de vida”, “sedação total”⁹... O mais aceite é “sedação paliativa” por se enquadrar no contexto em que é usado, uma prática de cuidados paliativos para alívio de sintomas e não dar azo a ser mal interpretada como tendo o intento de terminar a vida do doente.¹⁰

Não há uma definição única de SP. Podemos entendê-la como “o emprego de medicamentos sedativos específicos para, por meio de uma redução da consciência, aliviar um sofrimento intolerável causado por sintomas refratários, nos últimos dias de vida” (De Graeff *et al.*). Segundo Porta-Sales:

a intenção é aliviar um sofrimento intolerável e refratário num doente com uma doença irreversível e avançada que tem uma sobrevida curta (de horas a dias) através da administração de sedativos ou anestésicos, reduzindo a consciência do doente apenas o necessário para aliviar o sofrimento e usando escalas apropriadas para a sua monitorização.

-
- 5 Vittorio Ventafridda *et al.*, ‘Symptom Prevalence and Control during Cancer Patients’ Last Days of Life’, *Journal of Palliative Care*, 6.3 (1990), pp. 7-11.
 - 6 R E Enck, ‘Drug-Induced Terminal Sedation for Symptom Control.’, *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 8.5 (1991), pp. 3-5.
 - 7 Kenneth Chambaere *et al.*, ‘Continuous Deep Sedation until Death in Belgium: A Nationwide Survey’, *Archives of Internal Medicine*, 170.5 (2010), pp. 490-493.
 - 8 Sebastiano Mercadante *et al.*, ‘Controlled Sedation for Refractory Symptoms in Dying Patients’, *Journal of Pain and Symptom Management*, 37.5 (2009), pp. 771-79.
 - 9 Alexander De Graeff *et al.*, ‘Palliative Sedation Therapy in the Last Weeks of Life: A Literature Review and Recommendations for Standards’, *Journal of Palliative Medicine*, 10.101 (2007), pp. 67-85.
 - 10 De Graeff *et al.*; Bert Broeckaert and Juan Manuel Núñez Olarte, ‘Sedation in Palliative Care: Facts and Concepts’, in *The Ethics of Palliative Care: European Perspectives*, ed. Henk ten Have and David Clark, 1ª ed., Buckingham: Open University Press, 2002, pp. 166-80.

Existem fatores comuns às várias definições: a existência de sofrimento severo e refratário a tratamento paliativo padrão, o uso de medicação sedativa com a intenção de aliviar esse sofrimento através de uma redução da consciência e a aplicabilidade a doentes com doença avançada e irreversível, com prognóstico curto, de horas a dias ou segundo outros de até duas semanas.¹¹

Define-se sintoma refratário como aquele em que todos os tratamentos possíveis falharam ou é presumível que não haja terapêutica existente que atue dentro de um tempo razoável ou com risco-benefício que o doente possa tolerar.¹² O sofrimento insuportável é definido pelo próprio, como um sintoma ou estado que lhe é intolerável.¹³

A sedação pode ser classificada como primária, se resulta da administração de sedativos, ou secundária se resulta do efeito secundário de outros fármacos, como por exemplo, por analgésicos opiáceos. Pode ainda ser classificada como ligeira ou profunda de acordo com o grau de sedação atingido, e, segundo a temporalidade, como contínua ou intermitente.¹⁴ Classificamos ainda como emergente se a necessidade de sedação surge, por exemplo, no contexto de uma hemorragia maciça.¹⁵

A SP é entendida como um tratamento de último recurso para controlo de sintomas refratários e intoleráveis dados os seus efeitos e potenciais riscos (Cherny, Radbruch).

11 Mervyn M. Dean *et al.*, 'Framework for Continuous Palliative Sedation Therapy in Canada', *Journal of Palliative Medicine*, 15.8 (2012), 870-79. ; KNMG Royal Dutch Medical Association, 'Guideline for Palliative Sedation', 2009; Tatsuya Morita, Satoru Tsumeto e Yasuo Shima, 'Definition of Sedation for Symptom Relief: A Systematic Literature Review and a Proposal of Operational Criteria', *Journal of Pain and Symptom Management*, 24.4 (2002), pp. 447-53.

12 De Graeff *et al.*

13 De Graeff *et al.*

14 Tatsuya Morita, Satoru Tsumeto e Yasuo Shima, 'Proposed Definitions for Terminal Sedation', *The Lancet*, 358 (2001), pp. 335-336.

15 Nathan I Cherny, Lukas Radbruch, and The Board of the European Association for Palliative Care, 'European Association for Palliative Care (EAPC) Recommended Framework for the Use of Sedation in Palliative Care', *Palliative Medicine*, 23.7 (2009), pp. 581-593.

3. Considerações éticas

Habitualmente faz-se uso do princípio do duplo efeito para sustentar o uso da SP de um ponto de vista ético. O “bom efeito” seria o alívio do sofrimento e o “mau efeito” a hipótese de antecipar a morte, não intencionalmente, pelo tipo de medicamentos usados. Invoca-se, ainda, a proporcionalidade, em que este risco é pensado como admissível em doentes em que a morte é previsível a curto prazo. Dos últimos dados de que dispomos o uso da SP não diminuiu a sobrevivência dos doentes a ela submetidos.¹⁶ No entanto, num estudo multicêntrico, prospetivo e observacional é referido que em 4% dos casos ocorreu paragem cardíaca e/ou respiratória.¹⁷ Justifica-se, assim, a invocação do princípio do duplo efeito.

Outro princípio é o da proporcionalidade: o grau de sedação instituído deve ser o menor do qual resulta o alívio dos sintomas (De Graeff *et al.*; Dean *et al.*; Cherny, Radbruch).

4. Indicações

As indicações encontradas nos estudos para o uso de SP são os sintomas de mais difícil controlo e comuns em fases avançadas de doença.¹⁸ São eles a dispneia, o delirium com agitação e a dor. Outros sintomas, também referidos, são as náuseas e os vômitos, a hemorragia e as convulsões, mas muitos outros são elencados.¹⁹ A existência de sofrimento psico-existencial pode contribuir para a refratoriedade dos sintomas físicos.²⁰

-
- 16 Marco Maltoni *et al.*, ‘Palliative Sedation in End-of-Life Care and Survival: A Systematic Review’, *Journal of Clinical Oncology*, 30.12 (2012), pp. 1378-1383; *Id. et al.*, ‘Palliative Sedation Therapy Does Not Hasten Death: Results from a Prospective’ Multicenter Study’, *Annals of Oncology*, 20.7 (2009), pp. 1163-1169; *Annals of Oncology*, 20.7 (2009), pp. 1163-69; James L Hallenbeck, ‘Terminal Sedation: Ethical Implications in Different Situations’, *Journal of Palliative Medicine*, 3.3 (2000), pp. 313-320.
- 17 Tatsuya Morita, Yoshikazu Chinone, Masayuki Ikenaga, Makoto Miyoshi, Toshimichi Nakaho, Kenji Nishitateno, and others, ‘Efficacy and Safety of Palliative Sedation Therapy: A Multicenter, Prospective, Observational Study Conducted on Specialized Palliative Care Units in Japan’, *Journal of Pain and Symptom Management*, 30 (2005), pp. 320-28.
- 18 S.C.C.M. Teunissen *et al.*, ‘Symptom Prevalence in Patients with Incurable Cancer: A Systematic Review’, *Journal of Pain and Symptom Management*, 34.1 (2007), 94-104.
- 19 Patricia Claessens *et al.*, ‘Palliative Sedation: A Review of the Research Literature’, *Journal of Pain and Symptom Management*, 36.3 (2008), 310-3. ; Porta-Sales.
- 20 Siebe J. Swart *et al.*, ‘Continuous Palliative Sedation: Not Only a Response to Physical Suffering’, *Journal of Palliative Medicine*, 17.1 (2014), pp. 27-36.

A indicação de SP por sofrimento existencial exclusivo é controversa. Nalgumas diretrizes é excluída como indicação, noutras é admitida, mas a título excecional.²¹

É assumida a dificuldade em definir o sofrimento existencial, o possível aparecimento precoce e trajetória imprevisível, a maior dificuldade em lhe dar resposta.²² É advogada uma avaliação multidisciplinar reiterada que inclua, para além da equipa assistencial, especialista em cuidados paliativos, psiquiatra, psicólogo, capelão/assistente espiritual (Cherny, Radbruch; Dean *et al.*).

5. Prevalência

A prevalência do uso da SP nos múltiplos estudos feitos varia consideravelmente. Em UCP's a prevalência variou entre 3,1% e 51%. Em contexto domiciliário variou entre 12% e 52,5% e em equipas de suporte intra-hospitalar entre 1,3% e 26%.²³ Esta variação é atribuída a diferenças na definição usada, no tipo de estudo, no local de cuidados onde é efetuado, à diferenciação dos médicos, a diferenças culturais. Num estudo prospetivo e multicêntrico feito em Portugal a prevalência encontrada foi de 15%.²⁴

6. Processo de decisão

A decisão de iniciar a SP envolve vários passos. Antes de mais, a consideração do sofrimento intolerável por parte do doente e definida por este, ou se incapaz, pela família, procurador ou por profissionais de saúde. A refratoriedade do(s) sintoma(s) deve ser considerado após consulta com especialista em cuidados paliativos e/ou outros profissionais, mais indicados conforme o quadro clínico. É necessário o acordo dos vários elementos

21 L. Gurschick, D. K. Mayer, and L. C. Hanson, 'Palliative Sedation: An Analysis of International Guidelines and Position Statements', *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 32.6 (2015), pp. 660-71.

22 Marco Maltoni and Elisabetta Setola, 'Palliative Sedation in Patients With Cancer', *Cancer Control*, 22.4 (2015), pp. 433-41. ; Anne Bruce and Patricia Boston, 'Relieving Existential Suffering through Palliative Sedation: Discussion of an Uneasy Practice', *Journal of Advanced Nursing*, 67.12 (2011), 2732-2740.

23 Claessens *et al*; Alberto Alonso-Babarro *et al.*, 'At-Home Palliative Sedation for End-of-Life Cancer Patients', *Palliative Medicine*, 24.5 (2010), pp. 486-492.

24 Ferraz Gonçalves *et al.*, 'A Survey of the Sedation Practice of Portuguese Palliative Care Teams', *Supportive Care in Cancer*, 20.12 (2012), pp. 3123-3127.

da equipa quanto à indicação da SP. Tem que se obter o consentimento do doente, se cognitivamente capaz e tal for indicado. A família deverá ser envolvida neste processo, mas a decisão caberá ao doente. No caso de não ser possível obter-se o seu consentimento, a família ou procurador de saúde, para decidirem, deverão basear-se no que este quererá. Na ausência de tais dados deverão basear-se no melhor interesse do doente. Será necessário clarificar junto da família que o objetivo é aliviar o sofrimento e não antecipar a morte. Como, frequentemente, há necessidade de uma decisão rápida, perante um quadro grave, todo este processo pode e deve ser antecipado, face a estados clínicos que nos façam suspeitar da necessidade de, mais tarde ou mais cedo, se proceder a SP. Todos estes passos devem ser documentados no processo clínico.²⁵

Numa revisão sistemática, sobre o processo de decisão, é afirmado que o consentimento foi obtido de “quase todos os doentes que não estavam cognitivamente incapacitados”. A razão invocada para tal não ter sido discutido com doentes competentes foi para os proteger (Claessens *et al.*)

Num estudo em que foram ouvidos médicos holandeses e americanos sobre SP a prática descrita pelos primeiros foi de iniciar a discussão de forma precoce e mais aberta do que os segundos.²⁶ Ainda, na prática real, os constrangimentos da comunicação com o doente parecem existir. Num estudo italiano efetuado em duas UCP's o envolvimento dos doentes foi de 24% num e 59% noutra, enquanto o da família foi de 100% em ambos.²⁷ No estudo português, em 78% dos casos a decisão foi unilateralmente tomada pelos profissionais de saúde. Dezasseis dos 21 casos corresponderam a situações de sedação emergente (Gonçalves *et al.*).

7. Alimentação e hidratação

O iniciar-se SP não implica a suspensão ou abstenção da administração da alimentação e hidratação por meios invasivos. São decisões diferentes (De Graeff *et al.*; Dean *et al.*; Cherny, Radbruch).

-
- 25 Maltoni and Setola; Eva Schildmann and Jan Schildmann, ‘Palliative Sedation Therapy: A Systematic Literature Review and Critical Appraisal of Available Guidance on Indication and Decision Making’, *Journal of Palliative Medicine*, 17.5 (2014), 601-11
- 26 Judith A.C. Rietjens *et al.*, ‘Approaches to Suffering at the End of Life: The Use of Sedation in the USA and Netherlands’, *Journal of Medical Ethics*, 40.4 (2014), pp. 235-40.
- 27 Marco Maltoni, Guido Miccinesi, and others, ‘Prospective Observational Italian Study on Palliative Sedation in Two Hospice Settings: Differences in Casemixes and Clinical Care’, *Supportive Care in Cancer*, 20.11 (2012), pp. 2829-2836.

A nutrição invasiva, entérica ou parentérica, nos últimos tempos de vida não reverte a caquexia, sendo esta refratária a estas medidas. Numa revisão efetuada não foi encontrada evidência que suportasse o uso da alimentação parentérica nos doentes em fim-de-vida.²⁸ Não há fundamento para se fazer alimentação invasiva em doentes em fim de vida, submetidos a SP.

Num estudo randomizado em doentes oncológicos em fim-de-vida a hidratação invasiva não melhorou quer os sintomas associados à desidratação quer a qualidade de vida ou sobrevida.²⁹

A decisão quanto à hidratação artificial deve ser tomada caso a caso segundo uma avaliação abrangente do prognóstico, desejos do doente, possíveis benefícios ou malefícios e tendo em conta os objetivos do tratamento (Cherny, Radbruch).

A alimentação e hidratação em fim de vida são percebidas de maneira diferente por doentes, familiares e profissionais de saúde. Assim deve-se ter em conta o contexto cultural devendo ser abordada com os familiares a decisão a ser tomada quanto à hidratação invasiva (De Graeff *et al.*)

Em estudos reportados sobre SP manteve-se hidratação invasiva em 20 a 69% dos casos (Classens *et al.*). No estudo português foi mantida hidratação invasiva em 86% dos casos de sedação contínua (Gonçalves *et al.*).

8. Fármacos

Os fármacos recomendados para SP são, em primeira linha, excluindo as situações de delirium, as benzodiazepinas e destas o midazolam, pela sua semi-vida curta e possibilidade de administração intravenosa ou subcutânea (De Graeff *et al.*; Porta-Sales *et al.*; Dean *et al.*; Cherny, Radbruch).³⁰

No caso de delirium, a recomendação vai para as fenotiazinas por serem mais sedativas do que o haloperidol, havendo a vantagem da levomepromazina, face à clorpromazina, poder ser administrada por via

28 Rony Dev, Shalini Dalal, and Eduardo Bruera, 'Is There a Role for Parenteral Nutrition or Hydration at the End of Life?', *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 6.3 (2012), 365-370.

29 Eduardo Bruera *et al.*, 'Parenteral Hydration in Patients with Advanced Cancer: A Multicenter, Double-Blind, Placebo-Controlled Randomized Trial', *Journal of Clinical Oncology*, 31.1 (2013), 111-118.

30 De Graeff *et al.*; Porta-Sales; Dean *et al.*; Cherny, Radbruch; M.A.S. Correa and M.A. Cuervo Pinna, *Sedación Paliativa Del Prcpex, Uso Y Recomendaciones*, 2014 <<http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBIlog%5Cguia-de-sedacion.pdf>>.

subcutânea. (De Graeff et al; Dean *et al.*; Cherny, Radbruch; Correa and Cuervo Pina).

Em casos de não haver a resposta desejada com os fármacos anteriores é sugerido o fenobarbital ou o propofol. (De Graeff *et al.*; Cherny, Radbruch; Correa and Cuervo Punna).

O midazolam foi o fármaco mais frequentemente usado em primeira linha, com doses médias entre 22-70mg/dia, mas com uma variação entre 3 a 1200mg/dia. A levomepromazina foi o antipsicótico usado com mais frequência, com uma variação na dose entre os 25 a 250mg/dia (De Graeff et al). No estudo português o midazolam foi o fármaco mais usado com doses entre os 10 e os 105mg/dia, só ou associado à levomepromazina (Gonçalves *et al.*).

9. Monitorização e eficácia

As diretrizes aconselham que se monitorize de forma regular o efeito da SP: o nível de sedação, o conforto, o controlo dos sintomas e os possíveis efeitos adversos.³¹

Na indução o controlo deve ser feito amiúde, “pelo menos cada 20 minutos até se atingir um nível adequado de sedação” e subsequentemente de forma regular, uma a três vezes ao dia, de acordo com quadro clínico (De Graeff *et al.*; Cherny, Radbruch; Verkerk *et al.*).

Não há consenso quanto a instrumentos a usar. Escalas que meçam o estado de consciência e validadas neste contexto são: a “Escala do Nível de Consciência para Cuidados Paliativos”, a “*Communication Capacity Scale*”, a “*Richmond Agitation Sedation Scale*” (RASS) e uma escala proposta pela Associação Médica Holandesa na sua diretriz sobre SP.³² Concluiu-se pela utilidade da RASS e da escala da Associação Médica Holandesa por serem mais simples, menos consumidoras de tempo e igualmente fidedignas (Arevaldo *et al.*).

31 De Graeff *et al.*; Dean *et al.*; Cherny, Radbruch; M A Verkerk et al, *Guideline for Palliative Sedation Royal Dutch Medical Association (KNMG)* (Utrecht, 2009)

https://palliativedrugs.com/download/091110_KNMG_Guideline_for_Palliative_sedation_2009_2_%5B1%5D.pdf [acedido 8 November 2017].

32 F Goncalves *et al.*, ‘Validation of a Consciousness Level Scale for Palliative Care’, *Palliative Medicine*, 22.6 (2008), 724-729. ; Tijn Brinkkemper *et al.*, ‘The Use of Observational Scales to Monitor Symptom Control and Depth of Sedation in Patients Requiring Palliative Sedation: A Systematic Review’, *Palliative Medicine*, 27.1 (2013), pp. 54-67; Jimmy J. Arevalo *et al.*, ‘Palliative Sedation: Reliability and Validity of Sedation Scales’, *Journal of Pain and Symptom Management*, 44.5 (2012), 704-714.

Nos estudos que têm reportado a eficácia da SP no controlo dos sintomas, os valores variam entre os 83 e os 92%.³³ No estudo português a eficácia no controlo de sintomas para a sedação intermitente foi de 80% e para a SP contínua foi de 100% (Gonçalves *et al.*).

10. Duração e sobrevivência

A duração do processo de sedação contínua apresentou médias variando entre as 19 horas e os 4 dias, mas com um estudo revelando um intervalo alargado de 0 a 43 dias.³⁴ No estudo feito em Portugal a média foi de 3 dias com um intervalo largo de 1 a 48 dias (Gonçalves *et al.*).

O impacto da prática de SP na sobrevivência foi objeto de uma revisão sistemática recente. Dos dados coligidos concluiu-se que os doentes submetidos a SP tiveram sobrevida semelhante aos que não necessitaram dela (Marco Maltoni *et al.*).

11. Experiência dos Familiares

Os familiares são envolvidos no processo de decisão em 81% a 100% dos casos. A maioria, 78%, descreve-se como confortável com o tratamento e seus resultados.³⁵ Referem que a sedação tornou os doentes mais confortáveis, oferecendo, a eles, familiares, uma sensação de paz e encerramento.³⁶ Noutro estudo 85% dos familiares acharam que o estado de sedação do seu familiar era digno e encontravam sentido no acompanhamento do doente (Morita, Ikenaga, Adachi, Narabayachi, *et al.*).

No entanto, um quarto dos familiares apresentava níveis altos de angústia emocional e 5% referiram-se como insatisfeitos com o tratamento. Fatores relacionados com a insatisfação foram: o mau controlo sinto-

33 Morita, Chinone *et al.*; Susan Chater; Johan Menten, 'Cancer Pain: Interdisciplinary and Comprehensive Management' (Catholic University of Leuven, 2003).

34 E. M Beller *et al.*, 'Palliative Pharmacological Sedation for Terminally Ill Adults (Review) Palliative Pharmacological Sedation for Terminally Ill Adults', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015, 1-42.

35 Tatsuya Morita, Masayuki Ikenaga, Isamu Adachi, Itaru Narabayachi, et al, 'Family Experience with Palliative Sedation Therapy for Terminally Ill Cancer Patients', *Journal of Pain and Symptom Management*, 28.6 (2004), 557-765.

36 Sophie M. Bruinsma *et al.*, 'The Experiences of Relatives with the Practice of Palliative Sedation: A Systematic Review', *Journal of Pain and Symptom Management*, 44.3 (2012), 431-445.

mático apesar da sedação, a informação oferecida de forma insuficiente, a preocupação de que a sedação pudesse encurtar o tempo de vida ou de que houvesse outros meios para cuidar do doente (Morita, Ikenaga, Adachi, Narabayachi, *et al.*).

Expressaram preocupações relacionadas com a intenção da sedação, com o bem-estar do doente e com o seu próprio bem-estar e sentimentos como raiva, frustração, desapontamento, culpa, desamparo e exaustão física e emocional (Sophie Bruinsma *et al.*).

Num estudo em que foi comparada a experiência de familiares de doentes sem necessidade de sedação com outros com tal necessidade, não se registaram diferenças entre o juízo que ambos os grupos fizeram da fase terminal da doença, da qualidade dos cuidados recebidos e da sua saúde ou bem-estar mental após o falecimento do doente.³⁷

12. Conclusão

A SP é um tratamento de último recurso para dar resposta ao sofrimento não controlado nos últimos dias de vida de doentes com doenças avançadas progressivas e incuráveis. Para ser implementada de forma ética vários passos devem ser dados antes do seu início: deve garantir-se que a equipa assistencial está de acordo, que foram obtidas outras opiniões e que não há outros tratamentos possíveis, que, em todos os doentes competentes, se obteve a sua autorização e que o prognóstico do doente não excederá as duas semanas. O grau de sedação deve ser proporcional ao descontrolo sintomático e monitorizada de forma regular quanto ao conforto, grau de sedação e efeitos adversos. Devem ser feitos acertos de acordo com o registado e observado. O medicamento aconselhado em primeira linha é o midazolam, exceto nos quadros de delirium com agitação. A família deve ser especialmente apoiada nesta fase, respondendo às suas dúvidas e angústia. A eficácia da SP é alta e está provado que não diminui a sobrevivência dos doentes.

Por ser um tratamento exigente do ponto de vista ético e da sua implementação, tem havido a necessidade, por parte de sociedades científicas e por parte de associações médicas, de se definirem diretrizes.

37 S.M.Bruinsma *et al.*, 'No Negative Impact of Palliative Sedation on Relatives' Experience of the Dying Phase and Their Wellbeing after the Patient's Death: An Observational Study', *PLoS ONE*, 11.2 (2016).

RESUMO

A sedação paliativa não tem uma definição universalmente aceite. É usada como medida de último recurso para controlo de sintomas refratários nos últimos dias de vida. Os princípios éticos invocados no seu uso são o do duplo efeito e o da proporcionalidade. A sua prevalência é variável conforme o local de cuidados, tipo de estudo e país. As indicações mais frequentes para o seu uso são o controlo da dispneia, do delirium e da dor. O fármaco aconselhado em primeira linha é o midazolam. Pelos estudos efetuados não diminui a sobrevivência do doente. É importante que se mantenha apoio à família ao longo de todo o processo. Várias sociedades científicas e associações médicas têm definido diretrizes que regulamentam a sua implementação.

Palavras-Chave: Cuidados paliativos – sedação paliativa – decisões de fim-de-vida – sedativos – cuidados terminais.

ABSTRACT

Palliative sedation does not have a universally accepted definition. It is used as a measure of last resort for the control of refractory symptoms in the last days of life. The ethical principles invoked in its use are those of double effect and proportionality. Its prevalence varies according to the place of care, type of study and country. The most frequent indications for its use are the control of dyspnea, delirium and pain. The recommended first line drug is midazolam. The studies performed do not diminish the survival of the patient. It is important that family support is maintained throughout the process. Several scientific societies and medical associations have defined guidelines that regulate their implementation.

Keywords: Palliative care – palliative sedation – end-of-life decisions – sedatives – terminal care.

Bibliografia Complementar

- Gent, Miriam J., Sarah Fradsham, Graham M. Whyte e Catriona R. Mayland, 'What Influences Attitudes towards Clinically Assisted Hydration in the Care of Dying Patients? A Review of the Literature', *BMJ Supportive and Palliative Care*, 5 (2015), pp. 223-231.
- Maltoni, M., C. Pittureri, E. Scarpi, L. Piccinini, F. Martini, P. Turci *et al.*, 'Palliative Sedation Therapy Does Not Hasten Death: Results from a Prospective Multicenter Study', *Annals of Oncology*, 20 (2009), pp. 1163-1169.
- Maltoni, Marco, Emanuela Scarpi, Marta Rosati, Stefania Derni, Laura Fabbri, Francesca Martini, and others, 'Palliative Sedation in End-of-Life Care and Survival: A Systematic Review', *Journal of Clinical Oncology*, 30 (2012), pp. 1378-1383.
- Mercadante, Sebastiano, Giuseppe Intravaia, Patrizia Villari, Patrizia Ferrera, Fabrizio David e Alessandra Casuccio, 'Controlled Sedation for Refractory Symptoms in Dying Patients', *Journal of Pain and Symptom Management*, 37 (2009), pp. 771-779.
- Morita, Tatsuya, Masayuki Ikenaga, Isamu Adachi, Itaru Narabayashi, Yoshiyuki Kizawa, Yoshifumi Honke *et al.*, 'Family Experience with Palliative Sedation Therapy for Terminally Ill Cancer Patients', *Journal of Pain and Symptom Management*, 28 (2004), pp. 557-565.
- Morita, Tatsuya, Masayuki Ikenaga, Isamu Adachi, Itaru Narabayashi, Yoshiyuki Kizawa, Yoshifumi Honke, and others, 'Concerns of Family Members of Patients Receiving Palliative Sedation Therapy', *Supportive Care in Cancer*, 12 (2004), pp. 885-889.
- Nakajima, Nobuhisa, Yuji Takahashi, and Kunihiko Ishitani, 'The Volume of Hydration in Terminally Ill Cancer Patients with Hydration-Related Symptoms: A Prospective Study', *Journal of Palliative Medicine*, 17 (2014), pp. 1037-1041.
- Rietjens, Judith A, C., Lia van Zuylen, Hetty van Veluw, Lidermarie van der Wijk, Agnes Van Der Heide, and Carin C D Van Der Rijt, 'Palliative Sedation in a Specialized Unit for Acute Palliative Care in a Cancer Hospital: Comparing Patients Dying with and without Palliative Sedation', *Journal of Pain and Symptom Management*, 36 (2008), pp. 228-234.
- Ventafridda, Vittorio, Carla Ripamonti, Franco de Conno, Marcello Tamburini e Barrie R. Cassileth, 'Symptom Prevalence and Control during Cancer Patients' Last Days of Life', *Journal of Palliative Care*, 6 (1990), pp. 7-11.
- Verkerk, M.A. Alexander de Graeff, F.P.M. Baar, T.C. Besse, R.S. van Coevorden, Rogier H P D van Deijck, and others, *Guideline for Palliative Sedation Royal Dutch Medical Association (KNMG)* (Utrecht, 2009) <https://palliativedrugs.com/download/091110_KNMG_Guideline_for_Palliative_sedation_2009__2_%5B1%5D.pdf> [accessed 8 November 2017].