



Sedação paliativa (SP) é a administração deliberada de fármacos sedativos para induzir diferentes graus de redução do nível de consciência em pacientes portadores de doenças progressivas e irreversíveis e que estejam em cuidados de fim de vida, com o intuito de aliviar sintomas intoleráveis e refratários. Para sua administração é necessária a obtenção do consentimento verbal do paciente ou de seu representante legal, no caso de incapacidade.

Considera-se presente sintoma refratário quando:

- Todas as medidas farmacológicas e não farmacológicas para controlá-lo foram ineficazes; ou
- Todas as medidas farmacológicas e não farmacológicas para controlá-lo geraram morbidade excessiva ou intolerável; ou
- Após consenso de equipe não existem métodos para alívio do sintoma em um tempo tolerável
- Exemplos de situações em que a sedação paliativa pode ser indicada são: delirium hiperativo terminal, dor intratável,
- Náusea ou dispneia implacáveis no paciente em fase terminal de doença com pouca resposta ao tratamento usual.
- Na ausência do sintoma refratário, **não há indicação formal** para início da sedação paliativa.

OBJETIVOS

A finalidade deste documento é auxiliar a equipe de saúde quanto à melhor manipulação da sedação paliativa, baseando-se em critérios éticos e melhores evidências científicas atuais.

INDICAÇÃO E CONTRAINDICAÇÃO

- A Sedação Paliativa é um procedimento médico, eticamente aceito, e que difere em sua definição, intenção, meios e desfecho em relação à eutanásia;
- Eutanásia é a conduta de abreviar a vida, em virtude de compaixão, ante um paciente incurável, vítima de intensa dor física ou psíquica e com a iminente certeza de morte. Esta prática é considerada ilegal em nosso país;
- Além disso, o novo Código de Ética Médica, publicado em 2009, dispõe no capítulo V, referente à relação com pacientes e familiares:
“É vedado ao médico:
Art. 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.
Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.”
- Já a sedação paliativa, quando bem indicada e aplicada de maneira criteriosa, utilizando-se dos meios e processos adequados, não tem como objetivo a abreviação da vida do paciente, e sim o alívio de um ou mais sintomas refratários.

RESPONSÁVEIS

- Médico, enfermeiro e técnico de enfermagem.

REQUISITOS MÍNIMOS PARA O PROCEDIMENTO

• COMUNICAÇÃO

A discussão e a concordância sobre sedação paliativa deve idealmente, envolver o paciente, seus familiares e cuidadores. Recomendamos que a conversa sobre SP inclua: informações sobre a condição geral do paciente e a causa dos seus sintomas; esclarecimento sobre o prognóstico e reafirmação da ineficácia dos tratamentos prévios; explanação sobre o conceito, objetivos, características, métodos, riscos, benefícios e possíveis desfechos da SP. Nesse momento, as **diretivas antecipadas de vontade** devem ser abordadas e reafirmadas.

• REGISTRO EM PRONTUÁRIO

Registro deve ser feito em prontuário contendo, no mínimo, as seguintes informações:

- Descrição da indicação da sedação paliativa.
- Nomes das pessoas (paciente, familiares e profissionais de saúde) que participaram da discussão da sedação paliativa e diretivas.
- Antecipadas de vontade.
- Descrição do conteúdo das diretivas antecipadas de vontade em evolução médica.
- Evolução clínica subsequente à sedação.
- Comunicação com Equipe Multiprofissional sobre a decisão pelo procedimento e execução do mesmo.

USO DE MEDICAÇÕES SEDATIVAS

Diferentes classes de sedativos são reconhecidas como apropriadas para uso em SP, no entanto, os benzodiazepínicos, em particular midazolam, em função do seu rápido início de ação, meia-vida curta e titulação rápida, é a droga mais utilizada e recomendada nas diferentes publicações de consenso. Outras vantagens desta classe são: efeito ansiolítico, anticonvulsivante e relaxante muscular. Todavia, em alguns indivíduos, pode ocorrer um efeito paradoxal excitatório.

Neurolépticos como clorpromazina (endovenosa) e levomepromazina (via enteral) também são opções. Ocasionalmente, o fenobarbital e propofol podem ser usados para a sedação contínua.

ATENÇÃO

- Não usar coquetéis de drogas, devido à dificuldade de ajuste/ titulação da droga sedativa. Se necessário, usar soluções separadas.
- Não usar drogas analgésicas, como opioides, isoladamente com o intuito de sedar o paciente devido ao risco de toxicidade da medicação em altas doses, como agitação, mioclonia e depressão respiratória. Porém, enquanto sedado, o paciente deve continuar a receber as medicações para alívio da dor ou outros sintomas, como é o caso de opioides.
- Recomenda-se que a prescrição de SP seja analisada cuidadosamente pelo médico, enfermeiro e farmacêutico. Qualquer dúvida deve ser discutida e esclarecida antes da manipulação e instalação da SP.
- Lembrar que o objetivo da sedação paliativa é o controle adequado do sintoma com o menor grau de sedação possível. Outras medidas para o controle de tal sintoma devem ser mantidas.
- O uso da sedação paliativa independe do local onde o paciente esteja internado, visto não haver necessidade de monitoramento contínuo de sinais vitais no paciente que está em fase terminal de doença, com expectativa de sobrevivência de dias a poucas semanas. A única exceção é o uso de propofol restrito ao departamento de pacientes graves.

SUGESTÕES DE PRESCRIÇÃO

Midazolam: Infusão contínua (endovenosa ou subcutânea)

- Dose de ataque: bolus 0,5- 1,0 mg em 2 minutos
- Dose inicial: infusão contínua 0,5 a 1 mg/h
- Ajuste: incrementos de 20 a 30% tendo como parâmetro o sintoma que motivou a sedação.
- Dose máxima recomendada: 20mg/h.

Clorpromazina (endovenosa)

1ª opção quando a sedação for por motivo de Delirium não controlado.

- Infusão contínua: 3-5mg/h
- Modo intermitente: 12,5mg a cada 4-12h.

Fenobarbital (endovenosa ou subcutânea)

2ª opção de tratamento quando o paciente apresenta agitação com uso de Midazolam e/ou Clorpromazina.

- Dose de ataque: 100mg (1-3mg/kg), com infusão lenta de no máximo 50mg/min.
- Manutenção 0,5mg/kg/h.

Propofol (endovenosa)

O uso desta droga deve ser realizada apenas em ambientes controlados como as unidades de terapia intensiva. Utilizar quando não se obteve sucesso com outros esquemas de SP.

- Início: 0,5mg/kg/h
- Titulação: aumentar 0,5mg/kg/h tendo como parâmetro o sintoma que motivou a sedação. Usualmente entre 50-70mg/h.
- Evitar doses maiores que 3mg/kg/h.

OBS.: existem relatos de casos do uso de dexmedetomidina para sedação paliativa, mas ainda sem evidências suficientes para torná-la a droga de escolha. Seu uso está reservado para casos de exceção.

• MONITORAÇÃO

O alívio do sintoma e do sofrimento, nível de sedação e os efeitos colaterais da sedação devem ser monitorados. Durante a fase inicial de titulação recomendamos a avaliação dos parâmetros clínicos a cada 30 minutos;

Uma vez que o paciente esteja confortável com nível de sedação adequado, as avaliações podem ser espaçadas para até três vezes ao dia;

Para avaliação do nível de sedação sugerimos o uso da escala de RASS (*Richmond Agitation-Sedation Scale*).

Pontos	Termo	Descrição
+4	Combativo	Claramente combativo, violento, representando risco para a equipe
+3	Muito agitado	Puxa ou remove tubos ou cateteres, agressivo
+2	Agitado	Movimentos despropositados frequentes, “briga” com o ventilador
+1	Inquieto	Apresenta movimentos, mas que não são agressivos ou vigorosos
0	Alerta e calmo	
-1	Sonolento	Adormecido, mas acorda ao ser chamado (estímulo verbal) e mantém os olhos abertos por mais de 10 segundos
-2	Sedação leve	Despertar precoce ao estímulo verbal, mantém contato visual por menos de 10 segundos
-3	Sedação moderada	Movimentação ou abertura ocular ao estímulo verbal (mas sem contato visual)
-4	Sedação intensa	Sem resposta ao ser chamado pelo nome, mas apresenta movimentação ou abertura ocular ao toque (estímulo físico)
-5	Não desperta	Sem resposta ao estímulo verbal ou físico

Procedimento	Segurança	Proteção
--------------	-----------	----------

Referências

Correlação com Legislação

Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) de 19 de outubro de 2005.

Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988 (Art. 1º, caput, inc. III).

Lei Orgânica da Saúde - Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Art. 7º, inc. III)

V Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde – Portaria 1820 do Ministério da Saúde de 13 de agosto de 2009 (Art. 4º e 5º).

Resolução CFM 1931 de 17 de setembro de 2009. (Código de Ética Médica)

Resolução CFM 1805 de 09 de novembro de 2006.

Resolução CFM 1931 de 17 de setembro de 2009.

Resolução CFM 1995 de 31 de agosto de 2012.

Lei Estadual 10241 de 17 de março de 1999.

SBIBAE - Manual institucional: Diretrizes de conduta ética

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] Framework for continuous palliative sedation therapy in Canada. Dean MM, Cellarius V, Henry B, Oneschuk D, Librach L. J Palliat Med, 15(8); 870-9, 2012.

[2] European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. Cherny NI, Radbruch L. Palliative Med 23(7): 581-593, 2009.

[3] Cherny NI. ESMO clinical practice guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation. Annals of Oncol 25(S3): 143-152, 2014.

DESCRIÇÃO RESUMIDA DA REVISÃO

Carolina Morais Tsuchida (11/04/2018)

Documentos Relacionados

Assistência ao Paciente ao Final da Vida
Assistência ao Paciente em Cuidados Paliativos

Código Documento: CPTW62.1	Elaborador: Erika Satomi	Revisor: Mauro Dirlando C de Oliveira	Aprovador: Haggeas Da Silveira Fernandes	Data de Elaboração: 02/08/2020	Data de Aprovação: 02/08/2020
--------------------------------------	------------------------------------	--	---	--	---