



A sedação paliativa (SP) visa aliviar o sofrimento refratário por meio do uso proporcional e monitorado de medicamentos destinados a reduzir a consciência em pacientes com doenças limitantes à vida. Pode também ser indicada no desmame do suporte à vida quando a ocorrência de sofrimento refratário é previsível ou como alívio temporário quando o tratamento não consegue obter alívio suficiente em um prazo aceitável. A noção de refratariedade pode ser aplicada a um único sintoma ou a um conjunto de sintomas cuja combinação leva a uma condição que o paciente considere intolerável.

Considera-se 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 efeitos adversos excessivos ou intoleráveis; ou
- Após consenso de equipe não existem métodos para alívio do sintoma em um tempo tolerável

Na ausência do sintoma refratário, **não há indicação formal** para início da sedação paliativa.

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.

I. ASSISTENCIAL

1. 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 Código de Ética Médica, 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.

2. RESPONSÁVEIS

Médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e farmacêutico.

3. REQUISITOS MÍNIMOS PARA O PROCEDIMENTO

AVALIAÇÃO POR UM PROFISSIONAL HABILITADO:

Quando um paciente apresentar sintomas refratários, uma avaliação deve ser realizada com a devida urgência por um médico com experiência suficiente em cuidados paliativos. Sempre que possível, essa avaliação deve ser interdisciplinar e multidisciplinar.

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. É importante optar por uma abordagem culturalmente sensível e levar em conta a influência da cultura, da espiritualidade e da visão de mundo do indivíduo. Neste momento o planejamento avançado de cuidados deve ser abordado, reafirmando os valores e preferências do paciente. As diretivas antecipadas de vontade (quando houver) devem ser reafirmadas e registradas pelo médico.

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 em evolução médica e de enfermagem
- Escolha da medicação, via e modalidade, bem como profundidade planejada e em caso de sedação intermitente, definição dos horários de início e término.
- Evolução clínica subsequente à sedação.
- Comunicação com Equipe Multiprofissional sobre a decisão pelo procedimento e execução do mesmo

4. 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 pode ser usado 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 opióides, 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 opióides.
- 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 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: Dose de ataque: bolus 1,25mg EV ou 2,5mg SC.
- Dose inicial: infusão contínua 0,5 a 1 mg/h
- Bolus com metade da dose inicial pode ser repetido após 20 min SC ou 5 min IV, se necessário. A administração de dois a três bolus adicionais durante as primeiras horas de sedação paliativa pode ser necessária.
- Titular a cada 30 minutos 0,5 a 1mg/h até o controle adequado do sintoma
- Em idosos, baixo peso ou disfunção hepática/renal: iniciar com metade da dose e intervalar aumento da infusão (6-8h)
- Dose máxima recomendada: 20mg/h. Em caso de doses acima de 10mg/h considerar adicionar ou mudar de medicação.

No CERNER MILLENIUM existe o powerplan de sedação paliativa que contempla a prescrição de midazolam e cuidados de saúde gerais adaptados para fase final de vida.

Clorpromazina (endovenosa ou subcutânea)

Indicada para uso em combinação com midazolam quando delirium for o sintoma predominante

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

Fenobarbital (endovenosa)

O uso de fenobarbital pode ser considerado em casos de agitação sem resposta com Midazolam e ou Clorpromazina. Nesses casos a equipe de cuidados paliativos poderá auxiliar na reflexão de indicação e titulação de dose.

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 habituais de SP.

- Início: 1mg/kg/h EV
- Titulação: aumentar 0,5mg/kg/h tendo como parâmetro o sintoma que motivou a sedação. Aumentar 0,5mg/kg/h a cada 30min
- 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 droga de escolha. Seu uso está reservado para casos de exceção. O seu uso não está autorizado fora do ambiente do departamento de pacientes graves até o momento, em nossa instituição.

Sedação Intermitente:

Benzodiazepínicos são apropriados para sedação intermitente. O midazolam deve ser interrompido 30 minutos (se IV) ou 2 horas (se SC) antes do despertar esperado do paciente. Para reiniciar a sedação paliativa, o bolus inicial e a dose de manutenção são aqueles que foram ideais na última vez.

5. MONITORAÇÃO

A sedação paliativa deve ser, sempre que possível, iniciada e supervisionada por um médico e um enfermeiro juntos até que o nível desejado de conforto seja alcançado.

O paciente deve ser avaliado inicialmente pelo menos uma vez a cada 20 minutos até que a sedação adequada seja alcançada e, posteriormente, pelo menos três vezes ao dia em caso de sedação contínua.

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.

SUPERVISÃO DO SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS E SUPORTE

Em qualquer momento, tanto equipe médica quanto multiprofissional poderão solicitar apoio assistencial ou técnico em casos de indicação de sedação paliativa. As enfermeiras do Serviço de Cuidados Paliativos e Suporte ao Paciente monitoram o prontuário e supervisionam a maioria dos pacientes em uso de sedação paliativa a fim de garantir segurança no processo.

Recomendamos o acionamento da equipe de cuidados paliativos para apoio na decisão de iniciar SP nos casos de sofrimento existencial, uma vez que sua gravidade pode ser dinâmica e idiossincrática e sua presença não indica necessariamente um estado avançado de deteriorização fisiológica. Nesses casos o comitê de Bioética também deverá ser acionado.

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.

Documentos Relacionados

Assistência ao Paciente ao Final da Vida

Assistência ao Paciente em Cuidados Paliativos

II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Taxa de adesão ao registro adequado de todos os itens no prontuário (itens: 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 em evolução médica e de enfermagem; Evolução clínica subsequente à sedação; Comunicação com Equipe Multiprofissional sobre a decisão pelo procedimento e execução do mesmo).
- Taxa de adesão à realização de monitoramento de sinais vitais
- Taxa de adesão à realização de monitoramento com a escala RASS.

III. GLOSSÁRIO

RASS: Richmond Agitation-Sedation Scale (escala)

SP: Sedação Paliativa

UNESCO: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

IV. HISTÓRICO DE REVISÃO

- Inclusão da Indicação
- Inclusão do indicadores de Qualidade
- Atualização das Referências
- 17/04/2026 – Unificação HUGO

V. Referências Bibliográficas

- [1] Dean MM, Cellarius V, Henry B, Oneschuk D, Librach L. Framework for continuous palliative sedation therapy in Canada. *J Palliat Med.* 2012; 15(8); 870-9.
- [2] Cherny NI, Radbruch L. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliative Med.* 2009; 23(7): 581-593.
- [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.* 2014; 25(S3): 143-152.
- [4] Sociedade Beneficente Israelita brasileira Albert Einstein. Manual institucional: Diretrizes de conduta ética. Acessado em 08/12/2022. Disponível em: https://www.einstein.br/Documentos%20Compartilhados/manual_conduta_etica.pdf
- [5] Surges SM, Brunsch H, Jaspers B, Apostolidis K, Cardone A, Centeno C, Cherny N, Csikós À, Fainsinger R, Garralda E, Ling J, Menten J, Mercadante S, Mosoiu D, Payne S, Preston N, Van den Block L, Hasselaar J, Radbruch L. Revised European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework on palliative sedation: An international Delphi study. *Palliat Med.* 2024 Feb;38(2):213-228. doi: 10.1177/02692163231220225. Epub 2024 Jan 31. PMID: 38297460; PMCID: PMC10865771.
- [6] Boston P, Bruce A, Schreiber R. Existential suffering in the palliative care setting: an integrated literature review. *Journal of Palliative Medicine.* 2011

Código Documento: CPTW62.5	Elaborador: Erika Satomi	Revisor: Ana Beatriz Galhardi Di Tommaso, Daniela Gomes Gaby Lima, Farah Christina De La Cruz Scarin, Fernando Ramos de Mattos	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 26/04/2021 Data da atualização: 17/04/2026	Data de Aprovação: 17/04/2026
--------------------------------------	------------------------------------	--	--	---	---