



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

RICARDO MARQUES NADER

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE SEDAÇÃO PALIATIVA PARA PACIENTES
HOSPITALIZADOS NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO DO HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**

Porto Alegre

2024

RICARDO MARQUES NADER

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE SEDAÇÃO PALIATIVA PARA PACIENTES
HOSPITALIZADOS NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO DO HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Médica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Clínica Médica.

Orientadora: Dra. Fernanda Mariani Cocolichio

Porto Alegre

2024

CIP - Catalogação na Publicação

Nader, Ricardo
PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE SEDAÇÃO PALIATIVA PARA
PACIENTES HOSPITALIZADOS NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO DO
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE / Ricardo Nader.
-- 2024.
35 f.
Orientadora: Fernanda Mariani Cocolichio.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de
Clínicas de Porto Alegre, Residência Médica em Clínica
Médica, Porto Alegre, BR-RS, 2024.

1. Sedação Paliativa. 2. Cuidados Paliativos. 3.
Protocolo. 4. HCPA. I. Mariani Cocolichio, Fernanda,
orient. II. Título.

*Ao meu filho Lucas, o maior presente da
minha vida, e a minha esposa Simara, a
melhor companheira que eu poderia ter.*

*“Minha família é o porto onde o meu barco
sabe que pode sempre ancorar em segurança”*

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Dra Fernanda Cocolichio por ter plantado em mim a semente dos Cuidados Paliativos e por ter sido compreensiva com as minhas limitações de horário. Agradeço a oportunidade de ter aprendido a teoria, mas principalmente a prática de como abordar situações difíceis com pacientes e familiares, desmistificando os Cuidados Paliativos.

Ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre por ter sido a minha casa por 8 anos durante a minha formação e oportunizar o convívio com preceptores fora de série.

Aos meus pais, que me apoiam nas minhas decisões e sempre me dão suporte quando eu mais preciso.

Ao meu filho Lucas, que me transformou em pai, e faz a exaustão valer a pena com um simples sorriso.

À minha esposa Simara, meu porto seguro, que sempre me faz ir em frente, mesmo quando eu parecia não ter mais forças para continuar. O teu amor, companheirismo e dedicação como esposa e mãe são irretocáveis.

RESUMO

O Cuidado Paliativo (CP) é uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de problemas associados a doenças ameaçadoras à vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento pela identificação precoce, avaliação impecável e tratamento da dor e outros sintomas de natureza tanto física, quanto psicossocial ou espiritual. Mais de 58 milhões de pessoas necessitam de CP, incluindo 25,7 milhões em seu último ano de vida. A sedação paliativa (SP) no contexto de CP é o uso monitorado de medicamentos com a intenção de induzir um estado de diminuição ou ausência de consciência com o objetivo de aliviar sintomas e sofrimentos refratários à otimização terapêutica. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) não tem, atualmente, um protocolo para sedação paliativa para pacientes em leito de enfermaria. O presente trabalho visa a propor um protocolo baseado em *guidelines* de instituições relevantes e protocolos de SP de instituições com expertise no assunto, adaptando-se à realidade do HCPA.

Palavras-chave: cuidados paliativos; sedação paliativa; protocolo; Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

ABSTRACT

Palliative Care (PC) is an approach that improves the quality of life of patients and their families when faced with problems associated with life-threatening illnesses, through prevention and relief of suffering through early identification, impeccable assessment and treatment of pain and other symptoms of both a physical, psychosocial or spiritual nature. Over 58 million people need PC, including 25.7 million in last year of life. Palliative sedation (PS) in the context of PC is the monitored use of medications with the intention of inducing a state of loss or absence of consciousness with the aim of alleviating symptoms and suffering that are refractory to optimized treatment. The Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) does not currently have a protocol for palliative sedation for patients in an infirmary bed. The present work aims to propose a protocol based on guidelines from relevant institutions and PS protocols from institutions with expertise in the subject, adapting to the reality of HCPA.

Keywords: palliative care, palliative sedation, protocol, Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: O Papel dos Cuidados Paliativos durante a Doença e o Luto	12
Figura 2: Fluxograma para avaliação de indicação de Sedação Paliativa	23
Figura 3: Fluxograma de Sedação Paliativa	24

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Definição de cuidado paliativo	11
Tabela 2: Classificação da Sedação Paliativa.....	13
Tabela 3: Diluições Sugeridas	19
Tabela 4: Cuidados em pacientes sob Sedação Paliativa	20

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
CCPOT	Critical-Care Pain Observation Tool
CP	Cuidado Paliativo
ESAS-r	Edmonton Symptom Assessment System
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACTo	Plano Antecipado de Cuidados e Tratamento
RASS	Richmond Agitation-Sedation Scale
SP	Sedação Paliativa

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
CUIDADO PALIATIVO	11
SEDAÇÃO PALIATIVA.....	13
1.1 JUSTIFICATIVA.....	13
1.2 OBJETIVOS	14
2 MÉTODOS	15
3 REVISÃO DA LITERATURA	16
INDICAÇÕES SEDAÇÃO PALIATIVA:	16
MEDICAÇÕES APROPRIADAS PARA SEDAÇÃO.....	17
PREPARAÇÕES/INFUSÕES	18
MONITORIZAÇÃO SEDAÇÃO/SINTOMAS.....	19
OUTROS CUIDADOS ASSOCIADOS À SEDAÇÃO PALIATIVA	20
ACESSOS VENOSOS/VIA DE ADMINISTRAÇÃO.....	20
COMUNICAÇÃO E TOMADA DE DECISÃO	21
VALIDADE ÉTICA	22
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
PROTOCOLO PROPOSTO	23
Abrangência e definições	23
Pré-requisito para Sedação paliativa.....	25
Indicações de Sedação Paliativa.....	25
Comunicação e registro	26
Diluições Sugeridas	27
Início da Sedação paliativa.....	27
Monitorização.....	27
Outros Cuidados.....	27
Acessos.....	28
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	30
ANEXO 1 – EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SYSTEM. REVISED (ESAS-R)	32
ANEXO 2 – RICHMOND AGITATION SEDATION SCALE (RASS)	33
ANEXO 3 –BRAZILIAN CRITICAL-CARE PAIN OBSERVATION TOOL (B-CCPOT).....	34

1 INTRODUÇÃO

CUIDADO PALIATIVO

O Cuidado Paliativo (CP) é uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de problemas associados a doenças ameaçadoras à vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento pela identificação precoce, avaliação impecável e tratamento da dor e outros sintomas de natureza tanto física, quanto psicossocial ou espiritual. O CP oferece cuidado amplo realizado por equipe multidisciplinar com objetivo de melhorar a qualidade de vida de pessoas com doenças ameaçadoras da vida. O CP deve ser instituído precocemente no curso da doença em conjunto com outras terapias modificadoras de doença (Tabela 1) ^{1,2}.

Tabela 1: Definição de cuidado paliativo ¹

O CP:

- Inclui prevenção, identificação precoce, avaliação extensa e manejo de problemas físicos, incluindo dor e outros sintomas, questões psicológicas, espirituais e necessidades sociais. Sempre que possível, essas intervenções devem ser baseadas em evidência
- Fornece apoio para ajudar os pacientes a viver tão plenamente quanto possível até a morte, facilitando a comunicação eficaz, ajudando os pacientes e suas famílias a estabelecer os objetivos do cuidado
- É aplicável por todo o curso da doença, de acordo com as necessidades do paciente
- É realizado em conjunto com terapias modificadoras de doença sempre que necessário
- Pode afetar positivamente o curso da doença
- Não pretende nem acelerar, nem adiar a morte, reafirma a vida e reconhece a morte como um processo natural
- Fornece apoio à família e aos cuidadores durante a doença dos pacientes e no seu próprio luto
- Reconhece e respeita os valores culturais e crenças do paciente e da família
- É aplicável em todos os ambientes de cuidados de saúde (domiciliar e instituições de saúde) e em todos os níveis (primário ao terciário)
- Pode ser realizado por profissionais com treinamento básico em CP
- Necessita de CP especializado com equipe multiprofissional para referenciamento de casos complexos

A Organização Mundial da Saúde (OMS), estima que mais de 58 milhões de pessoas necessitem de CP, incluindo 25,7 milhões em seu último ano de vida. Mais paciente estão recebendo CP nos últimos anos, mas cerca de 12% ainda não tem suas necessidades de CP atendidas.³

Originalmente, a atenção dos Cuidados Paliativos centrava-se em pacientes na fase final da vida. Hoje, se considera que eles vão além dessa prática: devem estar disponíveis para pacientes e seus familiares durante todo o processo de doença ameaçadora à continuidade da vida e também no transcurso do luto. Ao longo do tempo, o foco e os objetivos do cuidado vão progressivamente se deslocando desde uma ênfase em tratamentos modificadores da doença até tratamentos com intenção exclusivamente paliativa.⁴

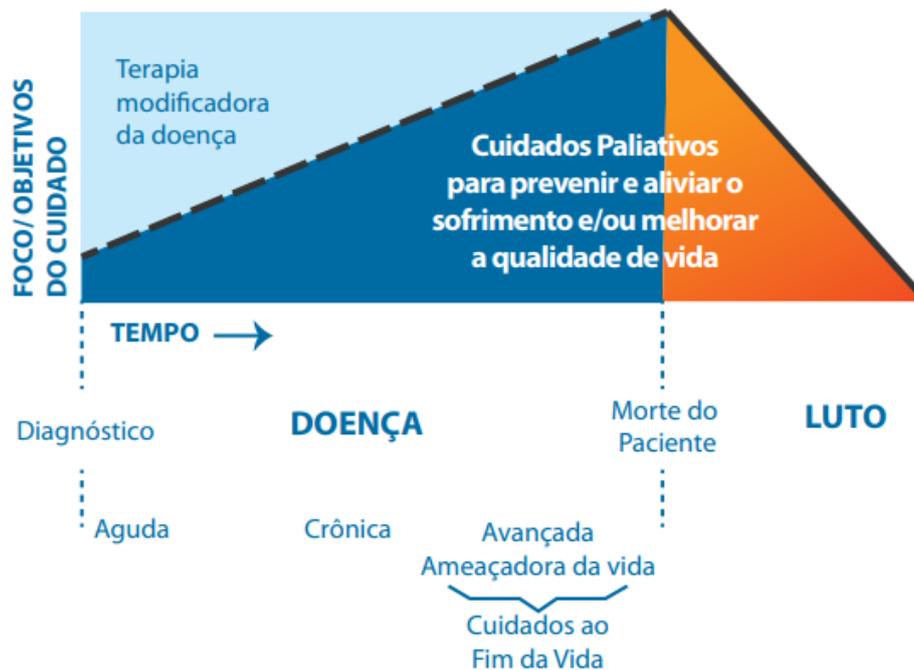


Figura 1: O Papel dos Cuidados Paliativos durante a Doença e o Luto⁴

A Figura 1 mostra a proporção entre os tipos de cuidado. No início da doença, o maior foco dos cuidados é direcionado para terapias modificadoras da doença, com o CP sendo iniciado precocemente, mas ainda sem ser o principal elemento terapêutico. Ao longo do tempo, o foco e os objetivos do cuidado vão progressivamente se deslocando desde uma ênfase em tratamentos modificadores da doença até tratamentos com intenção exclusivamente paliativa, onde o alívio de sintomas físicos, emocionais, sociais e espirituais tornam-se o grande objetivo desta abordagem, além da compreensão e elaboração pelo próprio paciente e sua família sobre sua finitude. A abordagem com olhar além da doença visa a trazer mais qualidade de vida ao longo do processo de adoecimento.⁴

Dessa forma, um paciente em CP passa por três fases distintas durante a evolução da sua doença: fase do diagnóstico e tratamento, fase de cuidados paliativos e fase final de vida. Em cada fase existem objetivos bem definidos com relação ao conforto, à função de seus vários

órgãos e sistemas e à sedação. Na fase inicial, tanto o conforto quanto à função são prioridades iguais e a sedação é um efeito colateral não-intencional e inaceitável. Na segunda fase, com a progressão da doença, o paciente perde função, o conforto passa a ser o objetivo principal da palição e a sedação não-intencional torna-se aceitável como consequência da intensificação da sua terapêutica paliativa visando ao conforto. Na fase final de vida, os pacientes podem necessitar de sedação paliativa (SP) visando ao alívio de sofrimento refratário físico e ou psicoexistencial.⁵

SEDAÇÃO PALIATIVA

A sedação terapêutica (ou paliativa) no contexto de CP é o uso monitorado de medicamentos com a intenção de induzir um estado de diminuição ou ausência de consciência com o objetivo de aliviar o fardo de sintomas intratáveis de outras formas de uma maneira eticamente aceitável para o paciente, família e equipe de saúde.⁶

A SP pode ser classificada de acordo com a temporalidade e intensidade (Tabela 2).⁷

Tabela 2: Classificação da Sedação Paliativa

Temporalidade	Intermitente: Medicções realizadas em horários predeterminados, permitindo períodos de despertar
	Contínua: Medicções realizadas em infusão contínua levando a redução do nível de consciência permanente
Intensidade	Superficial: Pode ocorrer o rebaixamento do nível de consciência, porém permite que o paciente mantenha contato com o meio externo (breves despertares permitindo ao doente uma dieta de conforto, p.ex.)
	Profunda: Determina rebaixamento de nível de consciência sem possibilidade de despertares;

1.1 JUSTIFICATIVA

A Sedação Paliativa é uma terapia de extrema importância nos pacientes em cuidados paliativos predominantes ou exclusivos, onde o objetivo do cuidado é exclusivamente trazer conforto através do alívio de sintomas físicos, emocionais, sociais e espirituais em pessoas com doenças avançadas e incuráveis. O uso adequado dessa ferramenta é fundamental para reduzir o sofrimento e proporcionar maior conforto para o paciente e seus familiares. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre atende pacientes de alta complexidade, muitos em fase final de vida e não tem, atualmente, um protocolo específico de SP para pacientes em leito de enfermaria.

A elaboração de um protocolo pretende melhor definir as indicações para esse tratamento, bem como fornece diretrizes sobre a melhor forma de executá-lo.

1.2 OBJETIVOS

Propor protocolo assistencial de sedação paliativa para pacientes em leito de enfermaria no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

2 MÉTODOS

Foi realizada pesquisa em plataforma de busca (PUBMED, Google e Google acadêmico) por protocolos de sedação paliativa e em base de dados científicos por artigos de revisão e guias de entidades representativas sobre SP, bem como documentos da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) e Organização Mundial da Saúde sobre esse tema. Os termos pesquisados foram “sedação paliativa”, “palliative sedation”, “protocolo sedação paliativa”, “palliative sedation protocol”.

As informações encontradas nesses documentos foram revisadas para elaborar uma sugestão de protocolo de SP para paciente em enfermaria no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, adequando-se à realidade local, considerando-se práticas já desenvolvidas na instituição, disponibilidade de medicamentos e particularidades locais.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A Associação Europeia de Cuidados Paliativos recomenda uma estrutura para elaboração de diretrizes de Sedação Paliativa⁶:

- Discutir previamente o potencial papel da SP nos cuidados de fim de vida e plano de contingência;
- Descrever as indicações nas quais a SP deve ser considerada;
- Descrever as avaliações necessárias e pré-requisitos para iniciar SP;
- Indicar a necessidade de discutir o processo de tomada de decisão com a família do paciente;
- Dar orientações para a seleção do método de sedação;
- Dar orientações para titulação de dose e monitorização do paciente;
- Orientar sobre hidratação, nutrição e medicações concomitantes;
- Cuidados com os familiares;
- Cuidados com a equipe assistencial.

Neste trabalho, usaremos essa estrutura como guia para elaborar uma proposta de protocolo de SP para paciente em leito de enfermaria no HCPA.

INDICAÇÕES SEDAÇÃO PALIATIVA:

A SP é utilizada em diversos cenários⁶:

- de forma transitória para procedimentos nocivos;
- como parte de cuidados de queimados
- no desmame de suporte ventilatório no fim de vida
- em situações de emergência
- no manejo de sintomas refratários no fim de vida
- de forma temporária para alívio de sintomas
- para aliviar sofrimento psicológico ou existencial

Algumas situações agudas emergenciais, nas quais a SP por ser utilizada, são sangramento tumoral maciço, asfixia por compressão tumoral levando à insuficiência respiratória, quando não há tempo hábil para o controle adequado de sintomas ou em situações de morte iminente com sofrimento intenso, na tentativa de proporcionar ao paciente uma morte mais digna.⁷

Os sintomas refratários talvez sejam o uso mais conhecido da SP. Contudo, a definição de sintoma refratário nem sempre é clara.

Um sintoma é considerado refratário quando^{5, 7, 8}:

- 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

Os principais sintomas refratários com indicação de SP, frente ao sofrimento observado e/ou referido pelo paciente/família são⁹:

- Delirium hiperativo com agitação psicomotora não controlada;
- Dispneia intratável e progressiva;
- Convulsão refratária;
- Dor intolerável e intratável;
- Secreção brônquica copiosa e refratária;
- Sangramentos não controlados;
- Náuseas e vômitos intratáveis;
- Aflição/angústia existencial ou psicossocial que compromete gravemente o conforto
- Outras condições refratárias.

É importante não confundir sintoma “refratário” com sintoma “difícil”. Este último é conceituado como o sintoma que, para ser adequadamente controlado, precisa de uma intervenção terapêutica intensiva, além das medidas habituais, tanto farmacológicas quanto instrumentais e psicológicas.⁵

Por isso, a identificação dos sintomas e o seu nível de controle são essenciais no CP, para que não se lance mão da SP de maneira inadequadamente precoce. Escalas de avaliação de sintomas são ferramentas importantes nesse contexto. A Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS), desenvolvida para avaliar sintomas em pacientes oncológicos, avalia sintomas por meio de escala visual numérica e permite focar a terapêutica no principal fator de incômodo do paciente (Anexo 1). 10

MEDICAÇÕES APROPRIADAS PARA SEDAÇÃO

Os benzodiazepínicos são a classe mais utilizada para SP. Eles reduzem a ansiedade e causam amnésia, tem efeito sedativo sinérgico com opioides e antipsicóticos, são anticonvulsivantes e podem ajudar a prevenir convulsões antes da morte. Em casos de sinais de intoxicação ou efeitos paradoxais, o flumazenil é um antagonista de meia-vida curta que pode ser utilizado.⁶

O midazolam é o sedativo mais frequentemente referido na literatura para indução de SP. É uma droga facilmente titulável, pois possui rápido início de ação (2 minutos após

administração endovenosa) e curta duração de ação (1,5 a 2,5 horas). Pode ser usado por via subcutânea (hipodermóclise) ou endovenosa, em bolus ou em infusão contínua.^{6,7,11}

Neurolépticos/antipsicóticos podem ser sedativos efetivos, particularmente em pacientes que manifestem sinais e sintomas de delirium. Além disso, eles podem ser associados aos benzodiazepínicos em casos refratários.^{6,7,11}

A clorpromazina é um antipsicótico amplamente disponível e pode ser usado no contexto de SP, principalmente nos casos com delirium associado.^{6,7,11,12}

Em casos de delirium hiperativo, os neurolépticos podem ser considerados primeira escolha. O Hospital de Clínicas apresenta protocolo para prevenção e tratamento de delirium (disponível em <https://sa2.hcpa.edu.br/sa/parts/dms/DocumentCatalog.jsp?name=protocolos>). Porém, no cenário de cuidados de fim de vida e delirium terminal o manejo é realizado preferencialmente com Midazolam e Clorpromazina. De modo geral, iniciamos com dose de 5 a 15 mg, em 24 horas, sob bomba de infusão contínua e dose de resgate de 1-2 mg até de 1/1 hora e, na presença de delirium hiperativo terminal, associamos Clorpromazina ao esquema visando ao controle efetivo dos sintomas.^{5,7,9}

É importante ressaltar que **opioides não devem ser usados como sedativos**, visto que o rebaixamento de nível de consciência pelos opioides é um efeito colateral, sendo a dose para esse fim, próxima à dose tóxica. Por outro lado, caso o paciente faça uso de opioide para manejo de dor ou dispneia, o mesmo deve ser mantido com o intuito analgésico. Nestes casos, soma-se a dose diária de opioide usada pelo paciente e associa-se à bomba de infusão contínua.^{4,5,6,7,8,9,11,12,13,14,15,16}

PREPARAÇÕES/INFUSÕES

Existem algumas propostas para diluição das soluções a serem utilizadas. A forma a seguir é a utilizada com frequência no HCPA e se assemelha com a de outras instituições.^{8,9,12}

Preparação de Midazolam (Tabela 3):

1. Obtenha a preparação para a infusão contínua: Midazolam 15mg/3ml - 4 ampolas + 48ml de SF (obtendo-se uma solução 1mg/ml)
2. Obtenha a bomba para infusão e material necessário para infusão contínua.
3. Caso utilize a via subcutânea (hipodermóclise), recomenda-se a punção de novo sítio.
4. Prepare ampola com midazolam 15mg/3ml + SF0,9% 12ml (concentração=1mg/ml)
5. para dose de indução e resgate, se necessário.

Infusão Midazolam

1. O médico prescritor deve estar à beira-leito no início da SP.
2. Caso haja necessidade de início rápido da sedação, utilizar dose de indução de 2mg de midazolam, intravenoso, lento.
3. Iniciar infusão contínua a 1ml/h (1mg/h). Titular dose, com aumento de 1mg a cada 15 minutos, até atingir o conforto do paciente. Manter esta dose em bomba de infusão contínua. Caso necessário, pode ser administrado 2mg para resgate com intervalo de 30-60 minutos.
4. Alcançado conforto do paciente, o mesmo deverá ser reavaliado pelo médico a cada 6 horas, ou antes se necessário.
5. A avaliação da equipe de enfermagem deverá priorizar a identificação de sinais de desconforto, comunicando a equipe médica na presença destes.

Preparação de Clorpromazina (Tabela 3)

1. Obtenha a preparação para a infusão contínua: Clorpromazina 25mg/5ml - 4 ampolas + 230ml de SF (obtendo-se uma solução 0,4mg/ml)
2. Obtenha a bomba para infusão e material necessário para infusão contínua.
3. Caso utilize a via subcutânea, recomenda-se a punção de novo sítio.

Infusão Clorpromazina

1. O médico prescritor deve estar a beira-leito no início da SP.
2. Iniciar infusão contínua a 1ml/h (0,4mg/h). Titular dose, com aumento de 1ml/h (0,4mg/h) a cada 15 minutos, até atingir o conforto do paciente. Manter esta dose em bomba de infusão contínua.
3. Alcançado conforto do paciente, o mesmo deverá ser reavaliado pelo médico a cada 6 horas, ou antes se necessário.
4. A avaliação da equipe de enfermagem deverá priorizar a identificação de sinais de desconforto, comunicando a equipe médica na presença destes.

Tabela 3: Diluições Sugeridas

Fármaco	Apresentação	Diluição	Concentração Final
Midazolam	15 mg/3ml	Midazolam 4 ampolas – 12ml	1 mg/ml
		SF 0,9% - 48ml	
Clorpromazina	25mg/5ml	Clorpromazina 4 ampolas – 20ml	0,4 mg/ml
		SF 0,9% - 230ml	

MONITORIZAÇÃO SEDAÇÃO/SINTOMAS

Tão importante quanto iniciar a SP é monitorar os efeitos, para poder ajustar a sua dose. Existem diferentes escalas para o acompanhamento da SP, sendo que a maioria dos guias sugere o uso da Critical-care pain observation tool (CCPOT) e a Richmond Agitation and sedation Scale (RASS). A primeira se presta a avaliar a presença de dor tanto de forma direta (informado

pelo paciente), quanto por sinais indiretos. A Segunda observa o nível de sedação. Ambas as escalas são frequentemente utilizadas em ambiente de CTI e já são utilizadas no HCPA no Protocolo Assistencial de Analgesia, Sedação e Delirium no CTI adulto.^{6, 8, 9, 17, 18}

Grau de sedação^{6, 8, 9, 17, 18}:

- O conforto do paciente pode ser obtido com graus mais leves de sedação, sempre considerando que a melhor forma de avaliação do sofrimento é o autorrelato do paciente, quando possível. Para avaliar o grau de sedação, sugere-se a utilização da escala de RASS com escore variando de +4 a -5 (Anexo 2);
- Quando necessária SP profunda e contínua, deseja-se RASS entre -3 (sedação moderada) a -4 (sedação profunda), a depender de cada caso, podendo ser tolerado RASS entre -2 e 0 se suficiente para controle dos sintomas (sedação leve);
- Para avaliação de dor, sugere-se a escala CCPOT (Anexo 3).

OUTROS CUIDADOS ASSOCIADOS À SEDAÇÃO PALIATIVA

Além do manejo adequado dos sintomas durante a realização da SP, alguns cuidados de final de vida, devem ser priorizados⁷ (Tabela 4):

Tabela 4: Cuidados em pacientes sob Sedação Paliativa

- | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Posicionamento no leito de forma confortável, mantendo as mudanças de decúbito • Redefinir rotina de aferição de sinais vitais. Priorizar a avaliação de dor, padrão respiratório, sinais de desconforto e nível de sedação • Manter em jejum em casos de sedação profunda: dieta de conforto em casos de sedação superficial (ou em casos de resistência familiar ao jejum); • Suspender hidratação artificial para evitar congestão pulmonar, edema periférico e aumento de secreções e desconforto ventilatório; • Manter medicamentos essenciais para o controle de sintomas, como analgésicos, antieméticos; • Suspender tratamentos e medicamentos considerados fúteis e ou desproporcionais na fase final de vida; • Cuidados com olhos, pele e higiene oral; • Manter suporte multidisciplinar à família; • Prover suporte psicológico à equipe assistencial. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

ACESSOS VENOSOS/VIA DE ADMINISTRAÇÃO

As vias de administração de medicamentos necessitam ser reavaliadas e adaptadas a cada caso. Os acessos venosos periféricos tornam-se difíceis e as repetidas tentativas de punção podem ser bastante dolorosas. Acessos venosos centrais não devem ser instalados nesta fase pelo alto risco que representam e por não encontrar justificativa diante do quadro clínico instalado. É de grande valor nesta fase o manejo adequado da hipodermóclise. A escolha dos

medicamentos para SP deve, portanto, possibilitar o uso de hipodermóclise como único acesso parenteral⁵.

COMUNICAÇÃO E TOMADA DE DECISÃO

Para os pacientes sob Cuidados Paliativos, a comunicação interpessoal e o relacionamento humano são ressignificados, representando a essência do cuidado que sustenta a fé e a esperança nos momentos mais difíceis de enfrentamento. Quando um paciente se encontra na fase de cuidados de fim de vida, a comunicação se torna ainda mais importante.

Para paciente lúcido, a discussão sobre a indicação de SP deve ser feita diretamente com ele. As decisões devem, sempre que possível, ser compartilhadas com a família. Deve-se explicar de forma clara, evitando-se termos técnicos, o motivo da sedação e deixar explícito que esta estratégia de cuidado não irá acelerar o processo de morte, apenas deixar o paciente mais confortável e sonolento. Reforçamos que a decisão de iniciar SP a alguém é uma decisão técnica de responsabilidade da equipe assistente e não da família. É papel do médico assistente conduzir uma conversa empática e compassiva para que tanto o paciente quanto a família compreendam o motivo da indicação da sedação^{4, 5, 6, 12}.

Se o paciente não é capaz de participar desta conversa, é necessário tentar compreender os seus valores, questionando se o mesmo já expressou suas vontades ou se tinha sua diretiva antecipada de vontade^{4, 5, 6, 12}.

Diante da finitude de um ente querido, a família enfrenta o seu momento de maior vulnerabilidade e a comunicação é uma ferramenta de cuidado neste cenário de fim de vida. Por isto, é importante que a equipe assistente trabalhe de forma interdisciplinar para acolher a família e suas necessidades. A equipe da psicologia deve ser acionada precocemente. Averiguar se é desejo do paciente receber visita para acolhimento espiritual antes do início da SP. A flexibilização nas visitas deve ser autorizada para que a família permaneça ao lado do paciente se este for o seu desejo. É papel de todos os membros da equipe identificar familiares que possam estar passando por maiores dificuldades em lidar com a situação e tentar auxiliar da melhor forma possível^{4, 5, 6, 12}.

Os cuidados paliativos são uma abordagem multidisciplinar e trabalhar em equipe é fundamental. As condutas e conversas com o paciente e familiares devem sempre ser registradas em prontuário, bem como Plano Antecipado de Cuidado e Tratamento (PACTo).

VALIDADE ÉTICA

É importante reforçar que cuidados paliativos estão embasados cientificamente e eticamente e que SP não tem nenhuma relação com distanásia.

O processo de SP não tem como objetivo acelerar o processo de morte, mas sim, aliviar um sofrimento intolerável e refratário à medidas otimizadas^{5, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 15, 16}.

O seu uso é respaldado tanto pelo Conselho Federal de Medicina quando o Código de Ética Médica⁹:

- Resolução CFM N° 1.805/2006 (Publicada no D.O.U., 28 nov. 2006, Seção I, pg. 169): "Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal".
- Código de Ética Médica: Resolução CFM n° 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções n° 2.222/2018 e 2.226/2019: Capítulo I, item XXII - Princípios fundamentais: "Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados". Capítulo V, Art. 41 - É vedado ao médico: "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.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

PROTOCOLO PROPOSTO

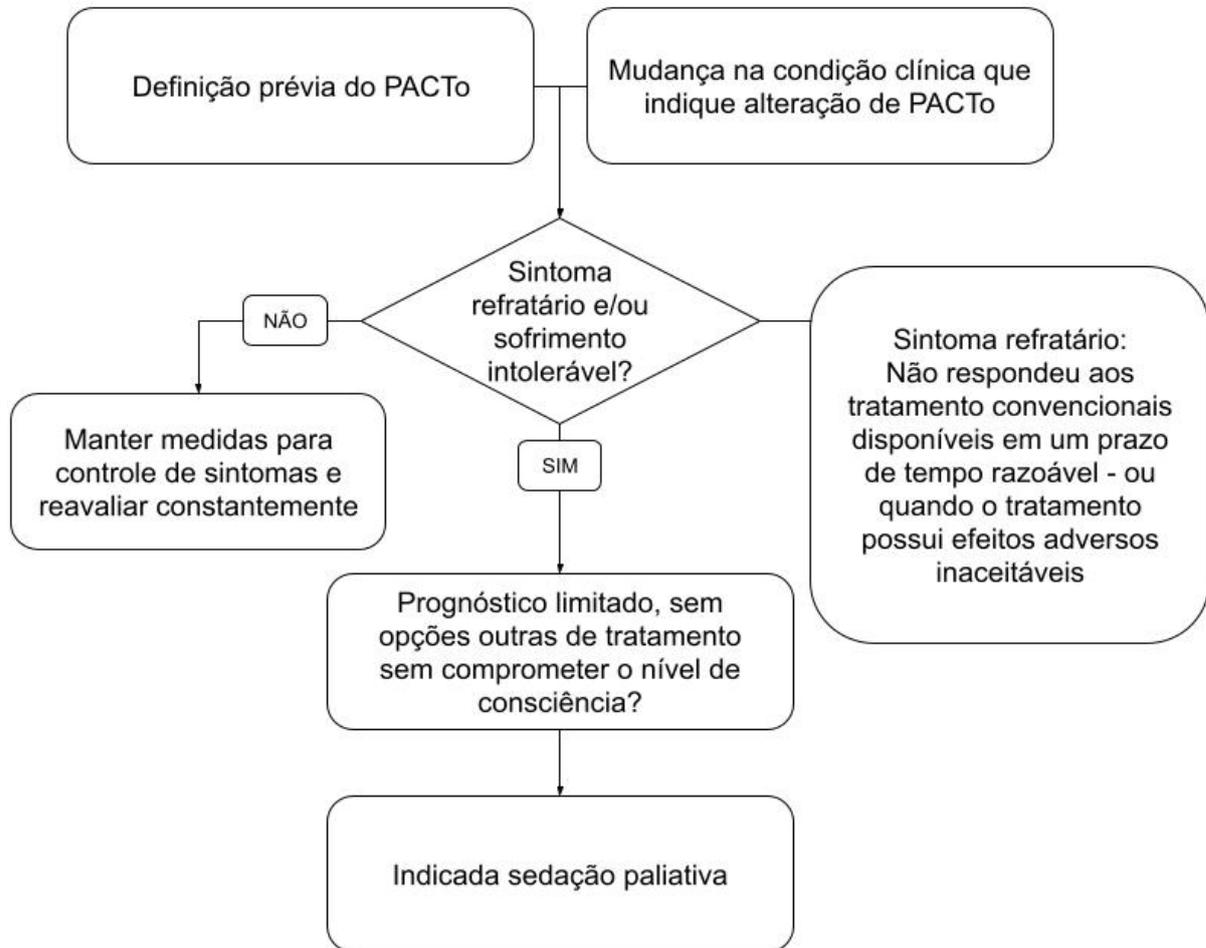


Figura 2: Fluxograma para avaliação de indicação de Sedação Paliativa

Abrangência e definições

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.

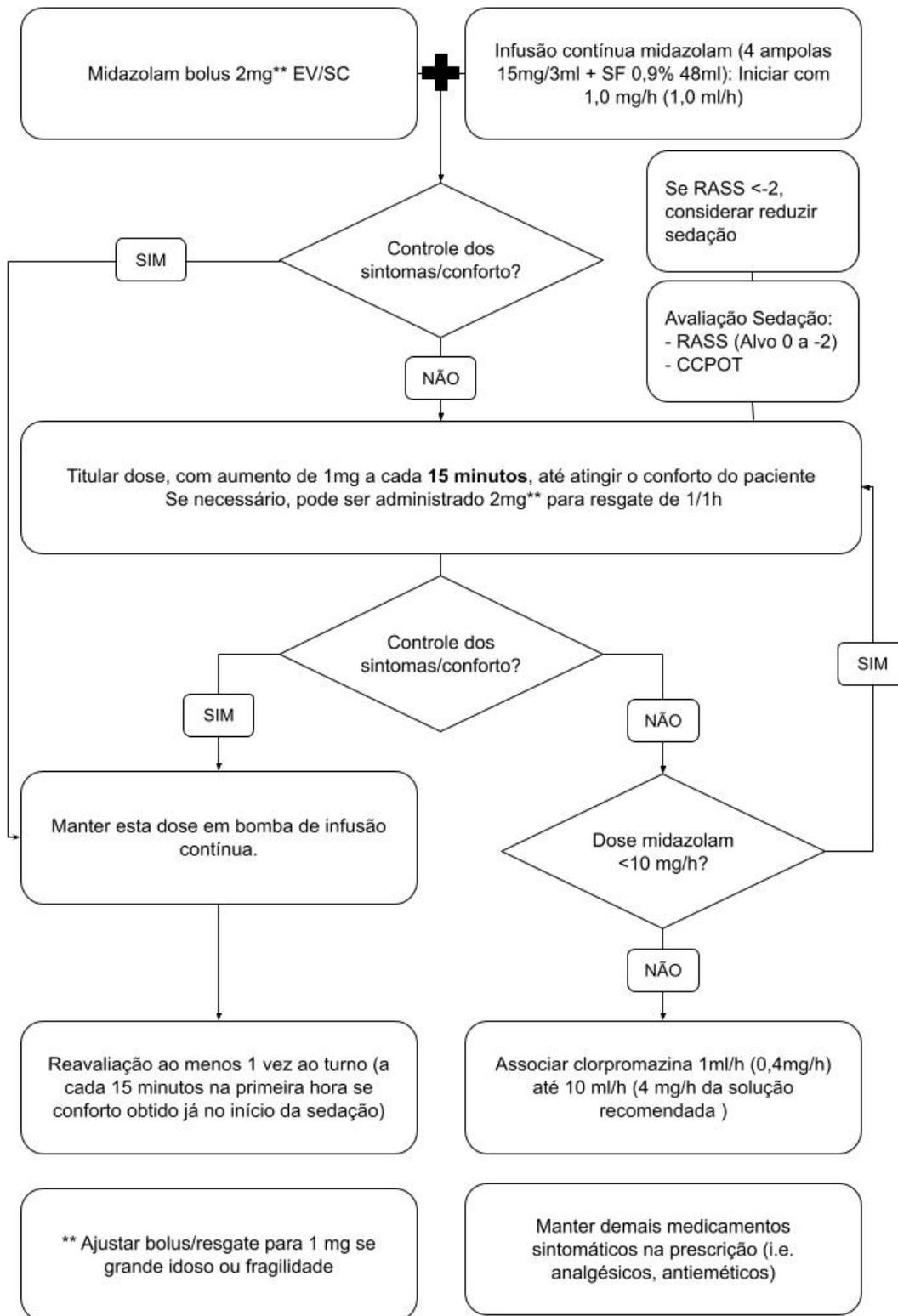


Figura 3: Fluxograma de Sedação Paliativa

O objetivo desse protocolo é orientar sobre as indicações para iniciar, a maneira de prescrever e como monitorar a SP em pacientes internados em leito de enfermaria no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Paciente internados em leito de enfermaria e que tem alta carga de doença, limitação funcional importante, que tenham PACTo definindo E apresentam sintomas refratários necessitam de terapias adicionais para minimizar o sofrimento. Quando não se consegue obter conforto por meio de terapias direcionadas para controlar sintomas específicos (ESAS-r - Anexo 1), o uso da SP pode ser indicado.

Pré-requisito para Sedação paliativa

Para ser candidato à SP, o paciente deve ter uma doença sem perspectiva de cura, com alta carga de doença ou perda de funcionalidade e sobrevida estimada curta. O PACTo deve ter sido discutido previamente com a equipe assistente ou, em casos de urgência, deve ser alterado mediante situação em ocorra deterioração clínica importante com alterações prognóstica.

Indicações de Sedação Paliativa

Pacientes candidatos a SP são aqueles que preenchem os pré-requisitos citados acima e que tenham sintomas refratários, definidos por:

- 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

Outras situações em que a SP pode ser indicada, nos pacientes com os pré-requisitos acima, são:

- situações emergenciais, como sangramento tumoral maciço, asfixia por compressão tumoral levando à insuficiência respiratória, quando não há tempo hábil para o controle adequado de sintomas ou;
- em situações de morte iminente com sofrimento intenso, na tentativa de proporcionar ao paciente uma morte mais digna.

Comunicação e registro

A comunicação é uma habilidade treinável e de extrema importância quando cuidamos de pacientes em final de vida. No cenário de SP, a conversa sobre a indicação da sedação deve ser feita com o próprio paciente sempre que possível, além de compartilharmos as decisões com familiares e membros da equipe assistencial para melhorar a qualidade do cuidado, evitar ruídos de comunicação e potenciais conflitos

Se o paciente for lúcido, a discussão sobre a indicação de SP deve ser feita diretamente com ele. Os familiares (especialmente o familiar responsável) devem estar cientes da decisão tomada e devem ser envolvidos sempre que possível (e autorizado pelo paciente), para que o processo seja o mais harmonioso possível.

Se o paciente não é capaz de participar desta conversa, é necessário tentar compreender os seus valores, questionando se o mesmo já expressou suas vontades ou se tinha sua diretiva antecipada de vontade

As decisões devem, sempre que possível, ser compartilhadas com a família. Deve-se explicar de forma clara, evitando-se termos técnicos, o motivo da sedação e deixar explícito que esta estratégia de cuidado não irá acelerar o processo de morte, apenas deixar o paciente mais confortável e sonolento. Reforçamos que a decisão de iniciar SP a alguém é uma decisão técnica de responsabilidade da equipe assistente e não da família. É papel do médico assistente conduzir uma conversa empática e compassiva para que tanto o paciente quanto a família compreendam o motivo da indicação da sedação.

Todas as conversas, definições e planos devem ser registrados em prontuário o mais brevemente possível, assim como a atualização do PACTo. Dessa maneira, evita-se ruídos de comunicação, principalmente em avaliações durante o plantão.

O Registro deve conter, no mínimo, as seguintes informações:

- Descrição da indicação da SP;
- Nomes das pessoas (paciente, familiares e profissionais de saúde) que participaram da discussão da SP e PACTo;
- Evolução clínica subsequente à sedação;
- Comunicação com Equipe Multiprofissional sobre a decisão pelo procedimento e execução do mesmo.

Diluições Sugeridas

Fármaco	Apresentação	Diluição	Concentração Final
Midazolam	15 mg/3ml	Midazolam 4 ampolas – 12ml	1 mg/ml
		SF 0,9% - 48ml	
Clorpromazina	25mg/5ml	Clorpromazina 4 ampolas – 20ml	0,4 mg/ml
		SF 0,9% - 230ml	

Início da Sedação paliativa

1. O médico prescritor deve estar à beira-leito no início da SP;
2. Caso haja necessidade de início rápido da sedação, utilizar dose de indução de 2mg de midazolam, intravenoso, lento;
3. Iniciar infusão contínua a 1ml/h (1mg/h). Titular dose, com aumento de 1mg a cada 15 minutos, até atingir o conforto do paciente. Manter esta dose em bomba de infusão contínua. Caso necessário, pode ser administrado 2mg para resgate com intervalo de 30-60 minutos;
4. Alcançado conforto do paciente, o mesmo deverá ser reavaliado pelo médico a cada 6 horas, ou antes se necessário;
5. A avaliação da equipe de enfermagem deverá priorizar a identificação de sinais de desconforto, comunicando a equipe médica na presença destes.

Monitorização

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 15-30 minutos.

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

Para avaliação do nível de sedação sugerimos o uso da escala de RASS (Anexo 2).

Para avaliação do controle de dor, sugerimos o CCPOT (Anexo 3)

Outros Cuidados

- Posicionamento no leito de forma confortável, mantendo as mudanças de decúbito;
- Redefinir rotina de aferição de sinais vitais. Priorizar a avaliação de dor, padrão respiratório, sinais de desconforto e nível de sedação;

- Manter em jejum em casos de sedação profunda: dieta de conforto em casos de sedação superficial (ou em casos de resistência familiar ao jejum);
- Suspende hidratação artificial para evitar congestão pulmonar, edema periférico e aumento de secreções e desconforto ventilatório;
- Manter medicamentos essenciais para o controle de sintomas, como analgésicos, antieméticos;
- Suspende tratamentos e medicamentos considerados fúteis e ou desproporcionais na fase final de vida;
- Cuidados com olhos, pele e higiene oral;
- Manter suporte multidisciplinar à família;
- Prover suporte psicológico à equipe assistencial.

Acessos

Se o paciente já possui cateter venoso central ou acesso venoso periférico com bom funcionamento, esses podem ser utilizados. Se o paciente tiver rede venosa desfavorável e não tiver nenhum outro acesso disponível, a hipodermoclise deve ser a via de administração de escolha.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A criação de um protocolo de sedação paliativa auxilia no manejo de paciente em situação de cuidados de fim de vida com refratariedade ao controle de sintomas, fornecendo orientações práticas de como proceder, bem como estimula reflexão sobre o tema.

Contudo, a discussão de cuidados paliativos e SP não deve se resumir à criação de protocolos e deve ser incluída na política assistencial da instituição. Cuidado paliativo é uma abordagem multidisciplinar que tem como objetivo cuidar de forma ampla de pacientes com doenças ameaçadoras da vida desde o momento do diagnóstico até a fase final de vida, incluindo o apoio à família no luto. Infelizmente, o CP ainda é visto erroneamente como uma abordagem exclusiva para pacientes em final de vida, retardando ou atrasando este cuidado que tem como intuito melhorar a qualidade de vida apesar da evolução da doença de base, respeitando os valores e desejos do paciente ao longo do seu processo de adoecimento.

Sabemos que mudar este paradigma é desafiador. Para que isso ocorra, é necessária uma mudança cultural que se inicia através da capacitação de profissionais da área da saúde. O HCPA por ser um hospital escola, com alta rotatividade de profissionais e alunos necessita de um modelo de capacitação continuado em cuidados paliativos que inclua alunos, residentes, contratados e professores. Aulas teóricas, discussões de casos clínicos e a disponibilização de protocolos podem auxiliar nessa mudança cultural

Vale ressaltar que o HCPA já conta com equipe de cuidados paliativos, mas a sua atuação depende da solicitação ativa de avaliação por outras equipes, limitando a sua atuação. Além disso, para muitas situações, o internista deve ser capaz de aplicar cuidados paliativos de forma independente, acionando equipe especializada em situações mais complexas ou em caso de necessidades pontuais.

REFERÊNCIAS

- 1 RADBRUCH, L. *et al.* Redefining Palliative Care—A New Consensus-Based Definition. **Journal of Pain and Symptom Management**, [s. l.], v. 60, n. 4, p. 754–764, 2020.
- 2 **Assessing the development of palliative care worldwide: a set of actionable indicators.** [s.l.] World Health Organization, 2021.
3. CONNOR, S. R. **Global Atlas of Palliative Care.** 2nd Edition. [S. l.]: Worldwide Palliative Care Alliance, 2020.
4. **VAMOS FALAR DE CUIDADOS PALIATIVOS.** [S. l.]: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), 2015.
5. AYER, R. **Cuidado paliativo.** [s.l.] São Paulo Conselho Regional De Medicina Do Estado De São Paulo, 2008.
6. CHERNY, N. I.; RADBRUCH, L.; 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**, [s. l.], v. 23, n. 7, p. 581–593, 2009.
7. ANTUNES DA SILVA, Thays; ALVES BOLFARIN, Luciana. **Protocolo de Sedação Paliativa.** [S. l.]: Serviço de Cuidados Paliativos do HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU, 2020.
8. SATOMI, Erika. **Guia do Episódio de Cuidado - Sedação Paliativa.** [S. l.]: Sociedade Beneficente Israelita brasileira Albert Einstein, 2020.
9. **Cuidados Paliativos - Sedação Paliativa.** [s.l.] Grupo de Cuidados Paliativos - HCFMRP-USP, 2022.
10. Monteiro DR, Almeida MA, Kruse MHL. Tradução e adaptação transcultural do instrumento Edmonton Symptom Assessment System para uso em cuidados paliativos. **Rev Gaúcha Enferm.** 2013;34(2):163-171
11. NOGUEIRA, F. L.; SAKATA, R. K. Sedação paliativa do paciente terminal. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, [s. l.], v. 62, n. 4, p. 586–592, 2012.
12. PUGLIESE DE CASTRO, A. C.; MORAES PEREIRA, F. **Fluxograma Sedação Paliativa.** [s.l.] Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2020.
13. CHERNY, N. I. ESMO Clinical Practice Guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation. **Annals of Oncology**, [s. l.], v. 25, p. iii143–iii152, 2014.

14. ROCHA, J. A. **Manual da residência de cuidados paliativos: ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR 2ª EDIÇÃO** -. Santana de Parnaíba, SP: Editora Manole, 2022.
15. TAVARES DE CARVALHO, R.; AFONSECA PARSONS, H. **Manual de Cuidados Paliativos ANCP**. 2ª Edição. [S. l.]: Academia Nacional de Cuidados Paliativos, 2012.
16. D’ALESSANDRO, M. P. S. **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. São Paulo, SP: Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio-Libanês, 2023.
17. NASSAR JUNIOR, A. P. *et al.* Validity, reliability and applicability of Portuguese versions of sedation-agitation scales among critically ill patients. **Sao Paulo Medical Journal**, [s. l.], v. 126, n. 4, p. 215–219, 2008.
18. KLEIN, C.; ALEGRE, P. **ESTÍMULO PADRÃO PARA AVALIAÇÃO E VALIDAÇÃO DAS ESCALAS BEHAVIORAL PAIN SCALE E CRITICAL-CARE PAIN OBSERVATION TOOL PARA USO NO BRASIL**. 2016. - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, [s. l.], 2016.

ANEXO 1 – EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SYSTEM. REVISED (ESAS-R)

Escala de Avaliação de Sintomas Edmonton (ESAS-r)		
Por favor, circule o número que melhor descreve como você está se sentindo agora		
sem dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	pior dor possível
sem cansaço cansaço = falta de energia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	pior cansaço possível
sem sonolência sonolência = sentir-se com sono	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	pior sonolência possível
sem náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	pior náusea possível
com apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	pior falta de apetite possível
sem falta de ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	pior falta de ar possível
sem depressão depressão = sentir-se triste	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	pior depressão possível
sem ansiedade ansiedade = sentir-se nervoso	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	pior ansiedade possível
com bem-estar bem-estar/mal estar = como você se sente em geral	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	pior mal-estar possível
sem _____ outro problema (por exemplo, constipação)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	pior _____ possível

ANEXO 2 – RICHMOND AGITATION SEDATION SCALE (RASS)

ESCALA DE AGITAÇÃO E SEDAÇÃO DE RICHMOND (RASS)		
PONTUAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO
4	Combativo	Combativo, violento, risco para equipe
3	Muito agitado	Conduta agressiva, puxa ou remove tubos ou cateteres, agressivo verbalmente
2	Agitado	Movimentos despropositados frequentes, briga com ventilador
1	Inquieto	Intranquilo, ansioso, sem movimentos vigorosos ou agressivos
0	Alerta e Calmo	Alerta e calmo.
-1	Sonolento	Adormecido, facilmente despertável, mantém contato visual por mais de 10s
-2	Sedação Leve	Despertar precoce ao estímulo verbal, mantém contato visual por menos de 10s
-3	Sedação moderada	Movimentos e abertura ocular ao estímulo verbal, mas sem contato visual
-4	Sedação intensa	Sem resposta ao estímulo verbal, mas apresenta movimentos ou abertura ocular ao toque
-5	Não desperta	Sem resposta a estímulo verbal ou físico

ANEXO 3 – BRAZILIAN CRITICAL-CARE PAIN OBSERVATION TOOL (B-CCPOT)

Instruções: No paciente em entubado avalie o comportamento: interação com o ventilador.

No paciente extubado avalie a vocalização.

1. Segure o braço do paciente com as duas mãos, disponha uma delas sob o cotovelo e a outra segura a mão do paciente. Flexionar e estender o membro superior do paciente para a avaliação do item tensão muscular.

2. Atribua o maior escore observado no período, nos 4 comportamentos de dor.

Score	Comportamento	Descrição
EXPRESSÃO FACIAL		
0	Relaxada	sem tensão muscular ou presença de mímica facial
1	Tensa	testa franzida, abaixamento das sobrancelhas, órbitas apertadas ou lacrimejar
2	Mímica Facial	Contração da face, olhos firmemente fechados, contração das bochechas, abre a boca ou morde o tubo
MOVIMENTOS CORPORAIS		
0	Posição normal	não realiza movimentos com propósito de proteção
1	Proteção	tocando o local da dor com movimentos lentos e cautelosos
2	Inquietude/agitação	movimentação intensa dos membros, tenta tirar o tubo, agride a equipe, tenta sentar ou sair do leito
INTERAÇÃO COM O RESPIRADOR - paciente em entubado		
0	Ventilação fácil	Ventilação fácil
1	Interfere pouco	Interfere na ventilação mecânica por períodos breves
2	Assincronia	Assincronia com a ventilação mecânica
OU VOCALIZAÇÃO - Paciente extubado		
0	Tom normal	Fala em tom normal ou não emite qualquer som
1	Suspira ou geme	Suspira geme
2	Chora, grita	Grita, chora aos soluços, clama por ajuda
TENSÃO MUSCULAR		
0	Relaxado	sem resistência aos movimentos
1	Tenso rígido	resistência aos movimentos
2	Muito tenso	forte resistência aos movimentos ou incapacidade de completá-los