

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PRESIDENTE TANCREDO DE ALMEIDA NEVES –
UNIPTAN**

CURSO DE MEDICINA

LETÍCIA OLIVEIRA SANTOS

**AS PRINCIPAIS QUESTÕES BIOÉTICAS ENVOLVIDAS NO PROCESSO
DECISÓRIO DA SEDAÇÃO PALIATIVA A PARTIR DA PERSPECTIVA DE
PROFISSIONAIS DA SAÚDE: UMA REVISÃO DA LITERATURA**

SÃO JOÃO DEL REI, NOVEMBRO DE 2020

LETÍCIA OLIVEIRA SANTOS

**AS PRINCIPAIS QUESTÕES BIOÉTICAS ENVOLVIDAS NO
PROCESSO DECISÓRIO DA SEDAÇÃO PALIATIVA A PARTIR DA
PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE: UMA REVISÃO DA
LITERATURA**

Trabalho de Conclusão do Curso,
apresentado para obtenção do grau de
médico no Curso de Medicina do Centro
Universitário Presidente Tancredo de
Almeida Neves, UNIPTAN.

ORIENTADOR: PROF. DSC. LUIZ EDUARDO CANTON SANTOS

SÃO JOÃO DEL REI, NOVEMBRO DE 2020

LETÍCIA OLIVEIRA SANTOS

**AS PRINCIPAIS QUESTÕES BIOÉTICAS ENVOLVIDAS NO PROCESSO
DECISÓRIO DA SEDAÇÃO PALIATIVA A PARTIR DA PERSPECTIVA DE
PROFISSIONAIS DA SAÚDE: UMA REVISÃO DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso
aprovado pela Banca Examinadora para
obtenção do Grau de médico, no Curso
de Medicina do Centro Universitário
Presidente Tancredo de Almeida Neves,
UNIPTAN.

São João Del Rei, 30 de novembro de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Luiz Eduardo Canton Santos - Doutor - Centro Universitário Presidente
Tancredo de Almeida Neves (UNIPTAN) – Orientador

Profa. Karen Helaine Mendes Bertolin - Especialista - Centro Universitário Presidente
Tancredo de Almeida Neves (UNIPTAN)

Este trabalho é dedicado aos meus pais que, mesmo com pouco estudo e apesar de todas as adversidades, sempre acreditaram, vibraram e me permitiram viver todas as minhas escolhas acadêmicas. Privilégio é sonhar de mãos dadas com vocês.

AGRADECIMENTOS

Em especial, ao meu orientador, por tanto cuidado e gentileza. Aos meus amigos de curso, obrigada por terem sido ponto de apoio, meu baú de angústias e fraquezas – crescer com vocês tem sido mais uma das experiências bonitas da vida.

**“Louvado sejas por que eu quero morrer, mas tenho medo
E insisto em esperar o prometido
Uma vez quando eu era menino
Abri a porta de noite
A horta estava branca de luar
E acreditei, sem nenhum sofrimento:
Louvado sejas!”**

Adélia Prado

RESUMO

INTRODUÇÃO: A sedação paliativa é referida como a redução intencional da consciência com a finalidade de aliviar sintomas intoleráveis e refratários, sobretudo em estágios avançados de doenças. Ela desafia a equipe de cuidados em saúde dos pontos de vista clínico, emocional e ético.

OBJETIVO: Este estudo se propôs a levantar e discutir as principais questões bioéticas envolvidas no processo de avaliação e decisão de instituir a sedação paliativa, a partir da perspectiva de profissionais de saúde.

METODOLOGIA: Realizou-se uma revisão da literatura nas bases de dados PUBMED, BVS, MEDLINE e Lilacs.

RESULTADOS: Sete artigos foram incluídos na revisão e 534 profissionais foram considerados. A maioria dos estudos abordou questões como autonomia do paciente e a inclusão da família e outros membros da equipe de cuidados no processo decisório. Além disso, pontuou-se sobre a incerteza no rigor diagnóstico e terapêutico e a relação entre sedação paliativa, eutanásia e encurtamento da vida.

DISCUSSÃO: Discorreu-se sobre a potência de uma equipe interdisciplinar; autonomia do paciente e decisão médica; sedação paliativa, suicídio assistido e eutanásia em diferentes contextos culturais; sofrimento das famílias; momento ideal para sedar e manejo de drogas.

CONCLUSÃO: Mais estudos são necessários, com a finalidade de subsidiar e minimizar as incertezas e inseguranças dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Sedação paliativa; Bioética; Equipe Interdisciplinar de Saúde; Cuidados paliativos.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Palliative sedation is referred on the intentional reduction of

consciousness in order to relieve intolerable and refractory symptoms, especially in advanced stages of diseases. It challenges the health care team from a clinical, emotional and ethical point of view.

OBJECTIVE: This study aimed to raise and discuss the main bioethical issues involved in the process of evaluation and decision to institute palliative sedation, from the perspective of health professionals.

METHODOLOGY: A literature review was carried out in the PUBMED, BVS, MEDLINE and Lilacs databases.

RESULTS: Seven articles were included in the review and 534 professionals were considered. Most studies address issues such as patient autonomy and inclusion of the family and other members of the care team in the decision-making process. In addition, uncertainty in diagnosis and therapeutic rigor and the relationship between palliative sedation, euthanasia and shortening of life were pointed out.

DISCUSSION: It was addressed the power of an interdisciplinary team; patient autonomy and medical decision; palliative sedation, assisted suicide and euthanasia in different cultural contexts; the suffering of families; the ideal time for sedation and drug management.

CONCLUSION: Further studies are needed in order to support and minimize the uncertainties and insecurities of health professionals.

Keywords: Palliative sedation; Bioethics; Interdisciplinary Health Team; Palliative Care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	Erro! Indicador não definido.
1.1 Ética em sedação paliativa: luzes e incógnitas	Erro! Indicador não definido.
1.2 Sintomas refratários como desafio à equipe de cuidados em saúde	14
2 METODOLOGIA	15
2.1 Critérios de inclusão e exclusão de estudos	15
2.2 Estratégia de busca.....	15
2.3 Síntese e comparação dos estudos	16
3 RESULTADOS	17
3.1 Os participantes	17
3.2 Principais questões bioéticas levantadas pelos estudos	19
4 DISCUSSÃO	22
5 CONCLUSÃO	26
REFERÊNCIAS.....	27

1 INTRODUÇÃO

A sedação paliativa pode ser entendida como a redução intencional da consciência do paciente, por meio da administração de medicamentos sedativos, com a finalidade de aliviar um sintoma intolerável e refratário, sobretudo em estágios avançados de doenças¹⁻³. Nessa perspectiva, a intencionalidade reside no fato de que muitos pacientes experimentam a sedação como efeito colateral de fármacos utilizados para tratar sintomas específicos, como os opioides, o que desconsidera este tipo de intervenção como sedativa propriamente dita². Paralelamente, sintomas refratários são todos aqueles que, apesar de repetidas e intensas formas de manejo e tratamento, não foram controlados adequadamente⁴. É válido ressaltar, de acordo com a Agência Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), no Brasil, uma vez que a refratariedade é a maior indicação de sedação paliativa, que um sintoma difícil não é necessariamente um sintoma refratário⁵. Sendo assim, sintomas graves e persistentes no final da vida podem desafiar a equipe de cuidados em saúde dos pontos de vista clínico, emocional e ético⁴.

A Associação Europeia de Cuidados Paliativos (EAPC) reforça a importância da sedação paliativa no atendimento de pacientes em cuidados paliativos e com sintoma refratário. Mas, ela também atenta para os potenciais prejuízos, nos quais se incluem a reputação de profissionais e credibilidade das instituições, bem como implicações negativas à medicina paliativa em geral, quando se utiliza de práticas clínicas problemáticas e antiéticas⁶. Isto porque a sedação paliativa perpassa pela compreensão de crenças e valores do paciente e da família, os quais são tecidos ao longo de suas experiências; pela excelência no estabelecimento de um sintoma refratário ou sofrimento incontrolável; e também pela influência sobre o processo de luto e legado após a morte, já que uma família enlutada pode se sentir roubada do tempo com seu ente querido – diante da finitude, a qualidade do tempo juntos pode ser profundamente significativa⁷.

Não obstante, embora a sedação seja uma alternativa terapêutica e referida até como uma opção humanizada e de compaixão ao sofrimento consciente e contínuo, sedar um paciente no contexto paliativo nem sempre é uma prática rotineira;

e, por isso, tende a envolver os profissionais de saúde de uma forma holística e complexa^{4,7,8}. Neste viés, salta-se a importância de definir as nuances labirínticas e multifacetadas envolvidas no processo decisório de indução da sedação paliativa.

1.1 Ética em sedação paliativa: luzes e incógnitas

A concepção de “boa morte”, no cenário dos cuidados paliativos, abrange aspectos como morte sem dor e sofrimento, tanto para o paciente quanto para a família e cuidadores; sem pendências ou infortúnios; morte em que se respeita os desejos antecipados do paciente e um final de vida cercado por familiares e amigos^{9, 10}. No Brasil, em especial, a “boa morte” se esbarra na ortotanásia, cuja prática não tem a finalidade de postergar ou abreviar uma existência em deterioração, mas sim garantir que a morte seja assistida, natural, justa e sem sofrimento^{5,11,12}.

Na sedação paliativa, algumas das preocupações éticas surgem no sentido de que os pacientes inconscientes são incapazes de atividades vitais básicas, como comer ou beber, e, portanto, há quem compare a conduta ao ato de matar². Porém, parece estar bem documentado que sedação paliativa não é sinônimo de eutanásia ou suicídio assistido por médico^{13,14}. Isto porque, enquanto os meios e o objetivo final da sedação paliativa são, respectivamente, a diminuição do nível de consciência e o alívio do sofrimento; na eutanásia e no suicídio assistido, em contraste, tem-se as drogas letais de efeito rápido e a provocação de uma morte apressada como forma de cessar o sofrimento⁵. No entanto, esta discussão é aflorada por alguns autores, como Curlin¹⁵, o qual levanta a provocação de que a aparente paz e o conforto alcançados pelo paciente sedado é, na verdade, uma ilusão, já que este é privado da experiência humana, o que o torna incapaz tanto do desconforto quanto de vivenciar o conforto almejado.

Somado a isso, existe a crença de que a sedação paliativa é capaz de abreviar a vida do paciente⁵. Entretanto, estudos multicêntricos têm demonstrado que, em pacientes selecionados adequadamente, a sedação não encurta o tempo de vida; ao contrário, verificou-se aumento na média de sobrevida¹⁶⁻²⁰. Apesar disso, uma pesquisa realizada no Japão, a qual se propôs a esclarecer as diferenças na prática relatadas por médicos representativos de todas as unidades certificadas de cuidados

paliativos no país, mostrou que 34% deles sentiam que a redução do nível de consciência frequentemente diminuía a vida dos pacientes²¹.

1.2 Sintomas refratários como desafio à equipe de cuidados em saúde

Os sintomas intoleráveis mais comuns que culminam na sedação paliativa são dor, dispneia e delírio. Outros sintomas incluem fadiga, agitação e sofrimento existencial²². Para ser considerado refratário, outras terapias para controle do sintoma deverão ser consideradas incapazes de fornecer alívio adequado, apesar de repetidas e intensas tentativas; estarem associadas a morbidade excessiva; e/ou não fornecerem conforto dentro de um prazo realista e aceitável^{5,6,23}.

Esses pontos, ainda que sejam norteadores, desafiam a rede de profissionais envolvidos, já que a determinação do sintoma refratário dependerá, em parte, da experiência das equipes de saúde, as quais podem vir a oferecer sedação simplesmente porque não têm conhecimento de outras intervenções capazes de promover alívio⁷. Diante disso, a justificativa para a sedação paliativa deve basear-se, sempre que possível, em consenso formado a partir de uma equipe interdisciplinar⁶, a fim de prestar atendimento e cuidados responsáveis, coordenados e multidimensionais²⁴.

Portanto, este estudo, ao levantar os dilemas, dificuldades e inquietações que circundam a decisão de reduzir o nível de consciência de um paciente, diante de sintoma refratário ou sofrimento incontrolável, do ponto de vista da equipe profissional envolvida, tem relevância no sentido de servir de esboço para a discussão, criação, reformulação, padronização e adoção de guias, diretrizes ou protocolos concisos, sendo esses capazes de melhorar a qualidade do atendimento²⁵. Além disso, espera-se contribuir para o encurtamento das lacunas entre pesquisa e prática²⁶ e, assim, empoderar os profissionais, em conjunto com os pacientes e familiares, na tomada de decisões prudentes e acertadas a respeito dos cuidados no final da vida.

2 METODOLOGIA

Este estudo possui caráter exploratório e foi realizado em fontes secundárias, em que se buscou pesquisar, compilar, confrontar e discutir artigos que levantavam as principais questões bioéticas envolvidas e a serem consideradas no processo decisório, pela perspectiva de profissionais da área da saúde, para indução da sedação paliativa.

2.1 Critérios de inclusão e exclusão de estudos

Foram incluídos estudos originais, de caráter qualitativo, quantitativo ou misto, dos tipos exploratório-descritivo ou narrativo, os quais abordavam as questões bioéticas que permeiam os profissionais de saúde diante da decisão acerca da sedação paliativa. Ademais, para fins de inclusão, foram considerados artigos com data de publicação entre janeiro de 2015 e maio de 2020; pesquisas que versavam sobre sedação paliativa intermitente ou contínua, que incluíam grupos focais de profissionais de saúde ou uma equipe multidisciplinar de cuidados, sendo estes dedicados a pacientes em ambiente intra-hospitalar, domiciliar ou instituições de longa permanência; e terem sido publicados nos idiomas inglês ou português. Foram excluídos as publicações de revisão, relatos de casos, os artigos em que os profissionais de saúde não foram considerados como objeto principal do estudo, aqueles em que a decisão sobre a sedação paliativa foi discutida primordialmente sob uma perspectiva religiosa e os estudos que abordavam a sedação paliativa com viés restrito ao manejo técnico e farmacológico da indução.

2.2 Estratégia de busca

O levantamento dos artigos foi realizado nas seguintes bases de dados: PUBMED, BVS, MEDLINE e Lilacs. Para a busca, utilizou-se os descritores: sedação paliativa (*palliative sedation*), bioética e sedação paliativa (*bioethics and palliative*

sedation), sedação paliativa e equipe multiprofissional (*palliative sedation and multi team*). Feito isso, realizou-se uma primeira avaliação, tendo por base os títulos e o resumo dos artigos e rejeitou-se aqueles que não se enquadravam nos critérios de inclusão ou apresentaram algum dos critérios de exclusão.

2.3 Síntese e comparação dos estudos

Os artigos foram analisados de maneira integrativa, em busca de consensos, contradições e conclusões excepcionais, mas relevantes, entre os autores sobre as percepções dos profissionais que se veem diante da possibilidade de induzir uma sedação paliativa.

3 RESULTADOS

A partir dos descritores, foram encontradas 309 publicações. Pela leitura dos títulos e resumos, foi possível excluir estudos que se repetiam nas diferentes bases de dados, aqueles que não atendessem aos critérios de inclusão e aqueles que continham algum dos critérios de exclusão. Ao seguir essa estratégia, certificou-se que apenas 36 dos artigos tinham os profissionais de saúde como fundo do estudo; desses, apenas 8 abordavam com clareza as barreiras bioéticas associadas à indução da sedação paliativa, sendo que uma dessas publicações analisava a temática sob um viés religioso. Sendo assim, ao final, 7 artigos de estudos originais foram incorporados nesta revisão. Os trabalhos referidos foram produzidos na Bélgica, Espanha, Portugal, Holanda, Inglaterra (Reino Unido), França e Brasil.

3.1 Os participantes

Os estudos foram, inicialmente, analisados quanto aos participantes e o tipo de metodologia utilizada para a coleta de dados (Tabela 1). Observou-se que quatro artigos utilizaram mais de um profissional da saúde como base de sua pesquisa a respeito da tomada de decisão sobre sedação paliativa; dois deles se limitaram aos profissionais da área de Enfermagem; apenas um se propôs a analisar exclusivamente as perspectivas médicas.

Tabela 1. Artigos incluídos na revisão de acordo com autor, ano de publicação, características das populações submetidas aos respectivos estudos e método de coleta dos dados.

Autor, ano (referência)	Robijn et al., 2019 (27)	Benítez-Rosario e Ascanio-León, 2019 (28)	Hernández-Marrero et al., 2018 (29)	Lokker et al., 2018 (30)	Vries e Plaskota, 2017 (31)	Leboul et al., 2017 (32)	Spineli et al., 2015 (33)
País de origem	Bélgica	Espanha	Portugal	Holanda	Inglaterra (Reino Unido)	França	Brasil

Profissionais e especialidades abrangidas no estudo	Médicos em cuidados paliativos, médicos generalistas e funcionários de lares de idosos	Médicos de cuidados paliativos	Enfermeiros de cuidados paliativos	Enfermeiros de cuidados paliativos	Enfermeiros de cuidados paliativos	Médicos e paramédicos (enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas e outros)	Médicos e enfermeiros
Amostra	71 (16 médicos paliativistas; 42 médicos generalistas e 13 enfermeiras/auxiliares)	292	32	36	7	35 (7 médicos, 21 enfermeiras, 7 profissionais com outras formações)	61 (32 médicos e 29 enfermeiros)
Método de coleta dos dados	Discussão, guiada por tópicos semiestruturados, realizada em grupos focais	Aplicação de questionário eletrônico	Análise secundária qualitativa de entrevistas preexistentes	Entrevista	Entrevista	Discussões em grupos focais e/ou coleta de narrativas pessoais escritas	Aplicação de questionário

Ao todo, foram considerados 534 profissionais da área da saúde, dentre os quais 388 eram médicos(as), 138 eram enfermeiros(as) ou auxiliares de Enfermagem e 7 possuíam outras formações – psicólogos(as), psicoterapeutas, fisioterapeutas e voluntários(as). Vale ressaltar que, embora todos os participantes já tiveram experiência prática ou vivencial com a sedação paliativa, nem todos se consideravam experientes ou possuíam especialização em Cuidados Paliativos (Tabela 2). Além disso, dentre os estudos que discriminaram o sexo dos participantes, houve predomínio do sexo feminino (60,12%), sobretudo entre os profissionais de Enfermagem.

Tabela 2. Perfil dos participantes envolvidos nos estudos.

Autor, ano (referência)	Robijn et al., 2019 (27)	Benítez-Rosario e Ascanio-León, 2019 (28)	Hernández-Marrero et al., 2018 (29)	Lokker et al., 2018 (30)	Vries e Plaskota, 2017 (31)	Leboul et al., 2017 (32)	Spineli et al., 2015 (33)	
Sexo dos participantes	Feminino	39	146	27	34	7	-	47
	Masculino	32	146	5	2	0	-	14
Idade média dos participantes (anos)	63,3% com idade entre 30 e 60 anos	66,7% com mais de 45 anos	Idades entre 26 e 56 anos	61,1% com mais de 40 anos	43	Idades entre 20 e 59 anos	34,3	
Profissionais com experiência em Cuidados Paliativos (%)	70,42%	100%, sendo 53% com mais de 10 anos de experiência	100%, sendo 65,62% com menos de 5 anos de experiência	100%	100%	100%, sendo o tempo médio próximo de 5 anos (\cong 4,96 anos)	3,3% eram especialistas. 32,8% faziam parte de uma equipe de Cuidados Paliativos.	

Com relação ao método de coleta dos dados, dois deles foram a partir de aplicação de questionário elaborado pelos autores dos estudos; um deles apoderou-se dos dados fornecidos por entrevistas pré-existentes; os outros três aplicaram entrevistas – individual ou em grupos focais – com tópicos semiestruturados; e um deles utilizou-se tanto de discussões em grupos focais, quanto de narrativas pessoais, sendo que alguns profissionais participaram das duas coletas de dados.

3.2 Principais questões bioéticas levantadas pelos estudos

Os artigos analisados, embora não tenham utilizado de questionários padronizados e tenham sido conduzidos em cinco países diferentes, os resultados obtidos convergem em pontos semelhantes, assim como mostra a Tabela 3.

Tabela 3. Resultados obtidos dos artigos utilizados como base deste estudo, os quais mostram as questões a serem consideradas e barreiras que são impostas aos profissionais de saúde que se encontram diante da possibilidade de decidir sobre a indução da sedação paliativa.

Autor, ano (referência)	Principais questões bioéticas levantadas, a partir da experiência dos profissionais incluídos nos estudos
Robijn et al., 2019 (27)	Conhecimentos e habilidades pessoais, a incluir a discussão sobre a finalidade da sedação paliativa e quando deve ser induzida; Comunicação e colaboração entre os profissionais de saúde e destes com a família; Barreiras organizacionais – déficit de profissionais aptos para indução e monitorização da sedação paliativa em asilos e indisponibilidade de fármacos recomendados nestas instituições.
Benítez-Rosario e Ascanio-León, 2019 (28)	Necessidade de um consentimento verbal informado para sedação paliativa; Insegurança e confusão conceitual sobre o que viria a ser sedação paliativa, encurtamento da vida e eutanásia; Sintomas passíveis de sedação paliativa e a controversa da indução em pacientes com sofrimento existencial.
Hernández-Marrero et al., 2018 (29)	Autonomia do paciente; Princípio da justiça – entendido, pelos profissionais, como um atendimento que inclua apoio aos familiares e cuidadores; O processo de decisão caracterizado por uma abordagem coletiva, o qual deve envolver o paciente, os familiares e os profissionais de saúde.
Lokker et al., 2018 (30)	Situações em que a administração de sedação paliativa é considerada do interesse do paciente, mas os profissionais são impedidos de agir; Início da sedação paliativa quando não se esgotaram as alternativas terapêuticas para alívio do sofrimento; Profissionais pressionados para induzir uma sedação paliativa; Famílias que solicitam aumento no nível de sedação, possivelmente envolvendo uma pressa injustificada da morte; Decisão do médico de iniciar a sedação paliativa quando o paciente tem desejo explícito e expresso de eutanásia.
Vries e Plaskota, 2017 (31)	Decisões sobre medicamentos e sua manipulação – quais drogas usar, quando usar e em quais doses usar; Incerteza sobre a possibilidade de "causar a morte" quando se induz uma sedação paliativa; Dificuldade de sedar "pacientes mais jovens"; Pedidos de sedação que partem da família, a qual também vivencia um sofrimento; A importância de poder compartilhar a decisão com os membros da equipe.
Leboul et al., 2017 (32)	Incerteza quanto ao rigor diagnóstico e terapêutico – dúvidas quanto à identificação de sintomas e administração dos medicamentos; Temor de que a interpretação de um sintoma seja prejudicada pelo julgamento pessoal, o qual tem em si cargas afetivas e emocionais; Sentimento de ambivalência a respeito da eficácia do Midazolam; Pedidos de sedação, por parte dos pacientes e familiares, não baseados em sintomas de claro desconforto ou refratários, que podem levar ao uso indiscriminado e injustificado do Midazolam; Medo de acelerar ou mesmo causar a morte do paciente.

**Spineli et al,
2015
(33)**

Sintomas priorizados para uma indicação de sedação paliativa;
Participação conjunta entre o paciente, a família e a equipe de saúde no processo de tomada de decisão;
Resistência da família à sedação devido a informações insuficientes, medos e crenças;
A decisão de realizar a sedação paliativa quando o paciente não é capaz de decidir.

É possível notar que questões como o respeito à autonomia do paciente e a necessidade da tomada de decisão em conjunto – entre paciente, familiares, cuidadores e profissionais de saúde – foram as mais abordadas. Não obstante, também foi levantado como barreira, que se traduz como sofrimento emocional nos profissionais, a insegurança com relação a um eventual abreviamento da vida ao se induzir uma sedação paliativa. Por outro lado, o artigo original holandês³¹, traz uma abordagem que caminha na contramão: médicos que querem sedar pacientes que, outrora, deixaram explícito seu desejo pela eutanásia.

Paralelamente a essas questões éticas, foram recorrentes pontuações sobre quais sintomas são passíveis de sedação paliativa; a dificuldade de, na prática, estabelecer a refratariedade de um sintoma para, só então, iniciar a sedação; e os malabarismos com as drogas, ou seja, quais fármacos devem ser iniciados, em quais doses e quando deve-se optar por associações ou substituições. Além disso, discorreu-se sobre competência e aptidão para induzir e monitorizar a sedação paliativa, principalmente em ambiente extra-hospitalar, como as instituições de longa permanência para idosos.

4 DISCUSSÃO

Os cuidados paliativos tornam-se prioridade quando a finalidade do cuidado muda do enfoque em postergar o tempo de vida para preocupar-se em maximizar a qualidade de vida restante, de forma que esse processo seja vivido dignamente com o mínimo de sofrimento possível⁵. Baseado nesse pilar, esse tipo de cuidado utiliza-se de avaliação multidimensional para identificar, prevenir ou aliviar os sofrimentos físico, psicológico, social e espiritual. Sob essa óptica, oferecer bons cuidados paliativos pressupõe ter disponível no serviço de saúde uma equipe interdisciplinar, na qual esteja incluída uma gama de profissionais – médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, capelães, farmacêuticos, etc³⁴.

Ainda nessa perspectiva, quando se trata de sedação paliativa, a qual é considerada uma medida de último recurso e, portanto, demanda um esgotamento de alternativas terapêuticas para, só então, ser considerada³⁵, o ideal é que haja o envolvimento de uma equipe multiprofissional. Por meio dessa visão, é interessante observar que, dentre os sete artigos selecionados, quatro deles²⁸⁻³¹ utilizaram, como amostra do estudo, profissionais de uma única área de atuação – obviamente, alinhados com os objetivos dos respectivos trabalhos. Porém, ainda assim, as questões bioéticas extraídas convergem em pontos similares, o que permite inferir que a indução da sedação paliativa é uma prática em que as responsabilidades, bem como as angústias e as inseguranças são, de certa forma, compartilhadas entre todos os profissionais requeridos.

Todavia, há de se destacar a limitação desta revisão, sobretudo no que se refere à metodologia dos artigos elegidos, uma vez que não houve homogeneidade e padronização na coleta de dados e, portanto, pode ter suas interpretações afetadas. Entretanto, a abordagem narrativa, predominante nos artigos levantados, ao colocar os profissionais de saúde no centro dos estudos e dar enfoque aos significados que estes atribuem às suas vivências, fornece a oportunidade de priorizar a perspectiva deles, o que tende a representar de forma ampliada e vulnerável o contexto que se pretende estudar³⁶.

Dito isso, tal como acontece nas decisões de fim de vida, o início de sedação pode dar origem a emoções e dilemas éticos. Nos artigos incluídos, a respeito das principais questões bioéticas envolvidas no processo decisório da sedação paliativa, destaca-se a preocupação dos profissionais com relação à preservação da autonomia do paciente. Isto remonta ao que foi levantado por Rego³⁷, o qual propõe a visão de que instituir o cuidado no fim de vida implica na emergência do sujeito, que é dono de sua própria história, ainda que esta seja construída de maneira compartilhada – com elos afetivos ou profissionais. No entanto, é preciso se ater para o fato de que respeitar a autonomia não é exigir que os pacientes tomem decisões médicas; ao invés disso, a equipe de saúde deve ponderar se uma determinada terapêutica a ser instituída compactua com os valores, desejos e objetivos – os quais são mutáveis e requerem intensa revisão por parte da equipe – do paciente e familiares³⁸.

No que tange a sedação paliativa e a autonomia do paciente, não é incomum se deparar com indagações a respeito da eutanásia ou suicídio assistido. De acordo com os dados levantados, uma das barreiras impostas na prática é o equívoco conceitual. A esclarecer, a sedação paliativa tem como cerne o alívio de sintomas refratários que causam sofrimento grave por meio de medicações certas em dosagens adequadas e eficientes. Contudo, quando a intenção é provocar, apressar ou ajudar na morte do paciente, dá-se o nome de eutanásia ou suicídio assistido, mas nunca sedação paliativa³⁹⁻⁴¹.

Em consonância, é curioso perceber como as questões bioéticas que permeiam os cuidados em saúde se moldam conforme as leis e regras morais locais. A exemplo disso, Lokker et al.³⁰, em seu estudo, traz o relato de enfermeiros que descreveram uma situação – para eles, angustiante – em que um paciente, em seu exercício de autonomia, deixara explícito o desejo de um fim de vida ativo, mas, em contradição, o médico decidiu prover sedação paliativa, por objeção de consciência ou mesmo por considerar a eutanásia demorada. Aqui, é válido mencionar que o país referido é a Holanda, onde a prática é legalizada⁴² e associada ao poder de decisão sobre o fim de vida e momento da morte – característica que torna a eutanásia aceitável pela população local⁴³.

Para além da preocupação com o sujeito que está na iminência de receber a sedação paliativa, os resultados obtidos mencionam a participação ativa das famílias

nesse processo, seja relacionada com pedidos de antecipação injustificados do ponto de vista clínico^{30,31}, ou mesmo como resistência³³. Essa flutuação pode ser justificada tanto pela exaustão física e emocional experimentada pelos familiares, quanto pela falta de conhecimento e esclarecimentos sobre o que vem a ser a sedação paliativa^{44,45}. O fardo de lidar com o sofrimento de um familiar é tamanho que, um estudo com médicos holandeses⁴⁶ descreveu que, durante o período de consciência reduzida, o foco do atendimento muda substancialmente para aqueles que estão ao lado do paciente. Por isso, enfatiza-se o quão básico e fundamental é a comunicação bidirecional nos serviços de saúde, de forma que os sentimentos das famílias sejam acolhidos e estas sejam preparadas e incluídas nas decisões que se seguirão.

Simultaneamente, relata-se ainda a dificuldade de estabelecer o momento ideal e as circunstâncias adequadas para se indicar um estado de consciência diminuída ou ausente. Nesse sentido, assim como abordado por Raus⁴⁷, as definições de sedação paliativa, ao esclarecerem que esta deve ser reservada para pacientes que sofrem de sintomas refratários, por si só, parecem assinalar que sua aplicação deve ser de último recurso. Porém, há relato na literatura de que a sedação é frequentemente usada para sintoma e sofrimento não refratários⁴⁸. Nesse enquadramento, Leboul et al.³², levanta a influência das emoções e julgamentos pessoais diante do sintoma que o paciente apresenta, o qual, por vezes, é interpretado como “assustador” e “perturbador”, o que prejudica uma análise e tomada de decisão isentas de subjetividade. Assim sendo, é razoável pontuar que, diante de sintomas de difícil manejo, a equipe interdisciplinar deve maximizar os esforços no processo de avaliação e recomendação da sedação paliativa, de maneira que, previamente, sejam exploradas opções terapêuticas que respeitem a vontade e os benefícios ao paciente⁶.

Em última análise, o processo de indução da sedação paliativa transita pela discussão a respeito dos fármacos de escolha e suas manipulações. Leboul et al.³⁰ e Vries e Plaskota³¹ descrevem a preferência, entre os profissionais de saúde, pelo benzodiazepínico Midazolam, o qual foi referido como medicamento de primeira linha na sedação paliativa. De fato, estudos mostram que o Midazolam frequentemente é a droga mais utilizada, em 77% a 97% dos pacientes⁴⁹⁻⁵¹, possivelmente pela facilidade de titulação, rápido início de ação e curta duração⁵. Entretanto, no que tange as dosagens efetivas e tempo de manutenção, bem como aponta a literatura, não existe um consenso, o que faz com que estes parâmetros sejam baseados na resposta

clínica do paciente sedado^{52,53}. Não obstante, embora isso se mostre como uma fragilidade real entre os profissionais de saúde, é muito pretencioso esperar que estudos futuros encontrem uma padronização nesse sentido, dada a complexidade do cenário clínico em cuidados paliativos, já que este engloba comorbidades e um processo de adoecimento individual, que influenciam de forma imperativa a farmacodinâmica e farmacocinética dos medicamentos⁵⁴.

5 CONCLUSÃO

As complexas questões que surgem no contexto da sedação paliativa colocam os profissionais de saúde envolvidos diante de dilemas bioéticos que requerem debate e aprofundamento. O cenário torna-se ainda mais fervoroso por compreender o valor intrínseco da vida, o juízo do sofrimento e a experiência única de pacientes e famílias. Por isso, é plausível concluir que novos estudos são necessários, com o objetivo de subsidiar um modelo de assistência em saúde adequado, em que as demandas e fragilidades dos profissionais sejam abraçadas, e que estes possam ser amparados por evidências científicas robustas em suas escolhas. Desta forma, espera-se que as equipes de cuidados consigam, de forma menos árdua, alinhar as decisões médicas com as preferências dos pacientes e de seus familiares e, com isso, garantir dignidade no processo de finitude da vida.

REFERÊNCIAS

1. Morita T, Tsuneto S, Shima Y. Definition of sedation for symptom relief: A systematic literature review and a proposal of operational criteria. *J Pain Symptom Manage*. 2003;24(4):447–53.
2. Chessa F, Moreno F. Ethical and Legal Considerations in End-of-Life Care. *Prim Care - Clin Off Pract*. 2019;46(3):387–98.
3. Braun TC, Hagen NA, Clark T. Development of a clinical practice guideline for palliative sedation. *J Palliat Med*. 2003;6(3):345–50.
4. Cherny NI, Portenoy RK. Sedation in the management of refractory symptoms: guidelines for evaluation and treatment. *J Palliat Care*. 1994;10(2):31–8.
5. Tavares de Carvalho R, Afonseca Parsons H, (organizadores). *Manual de Cuidados Paliativos ANCP Ampliado e atualizado*. In: Academia Nacional de Cuidados Paliativos. 2012. p. 1–592.
6. Cherny NI, Radbruch L, Chasen M, Coyle N, Charles D, Dean M, et al. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med*. 2009;23(7):581–93.
7. Higgins PC, Altilio T. Palliative sedation: An essential place for clinical excellence. *J Soc Work End-of-Life Palliat Care*. 2008;3(4):3–30.
8. Cherny NI. The Problem of Inadequately Relieved Suffering. 1996;52(2):13–30.
9. Emanuel EJ, Emanuel LL. The promise of a good death. *Lancet* 1998; 351(Suppl II):21-29.
10. Clark D. Between hope and acceptance: the medicalisation of dying. *BMJ* 2002; 324: 905-907.
11. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução nº. 1.805, de 28 novembro de 2006. *Diário Oficial da União* 28 nov 2006;Seção1.

12. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 1.931/2009 [Internet]. Conselho Federal de Medicina. 2009. 72 p. Available from: [https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo de etica medica.pdf](https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/codigo%20de%20etica%20medica.pdf)
13. Krakauer EL, Penson RT, Trug RD, et al: Sedation for intractable distress of a dying patient: Acute palliative care and the principles of double effect. *Oncologist* 2000; 5:53-62.
14. Mount B. Morphine drips, terminal sedation, and slow euthanasia: Definitions and facts, not anecdotes. *J Palliat Care* 1996; 12:31-37.
15. Curlin FA. Palliative sedation: clinical context and ethical questions. *Theor Med Bioeth* [Internet]. 2018;39(3):197–209. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11017-018-9446-z>.
16. Fainsinger RL, Landman W, Hoskings M, Bruera E. Sedation for uncontrolled symptoms in a South African hospice. *J Pain Symptom Manage*. 1998;16(3):145–52.
17. Chiu TY, Hu WY, Lue BH, Cheng SY, Chen CY. Sedation for refractory symptoms of terminal cancer patients in Taiwan. *J Pain Symptom Manage*. 2001;21(6):467–72.
18. Sykes N, Thorns A. Sedative use in the last week of life and the implications for end-of-life decision making. *Arch Intern Med*. 2003;163(3):341–4.
19. Maltoni M, Pittureri C, Scarpi E, Piccinini L, Martini F, Turci P, et al. Palliative sedation therapy does not hasten death: Results from a prospective multicenter study. *Ann Oncol*. 2009;20(7):1163–9.
20. Mercadante S, Intravaia G, Villari P, Ferrera P, David F, Casuccio A. Controlled Sedation for Refractory Symptoms in Dying Patients. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2009;37(5):771–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2008.04.020>.
21. Morita T. Differences in physician-reported practice in palliative sedation therapy. *Support Care Cancer*. 2004;12(8):584–92.
22. Twycross R. Reflections on palliative sedation. *Palliat Care Soc Pract*. 2019;12:1–16.

23. Levy MH, Cohen SD. Sedation for the relief of refractory symptoms in the imminently dying: A fine intentional line. *Semin Oncol*. 2005;32(2):237–46.
24. Hui D, Hannon BL, Zimmermann C, Bruera E. Improving patient and caregiver outcomes in oncology: Team-based, timely, and targeted palliative care. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(5):356–76.
25. Manchikanti L, Derby R, Wolfer L, et al. Evidence-based medicine, systematic reviews, and guidelines in interventional pain management: part 5. Diagnostic accuracy studies. *Pain Physician* 2008;12:517–40.
26. Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, et al. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group. *BMJ* 1998;317:465–8
27. Robijn L, Deliens L, Rietjens J, Pype P, Chambaere K. Barriers in the Decision Making About and Performance of Continuous Sedation Until Death in Nursing Homes. *Gerontologist*. 2019;XX(Xx):1–10.
28. Benítez-Rosario MA, Ascanio-León B. Palliative sedation: beliefs and decision-making among Spanish palliative care physicians. *Support Care Cancer* [Internet]. 2020;28(6):2651–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00520-019-05086-4>
29. Hernández-Marrero P, Fradique E, Pereira SM. Palliative care nursing involvement in end-of-life decision-making: Qualitative secondary analysis. *Nurs Ethics*. 2019;26(6):1680–95.
30. Lokker ME, Swart SJ, Rietjens JAC, van Zuylen L, Perez RSGM, van der Heide A. Palliative sedation and moral distress: A qualitative study of nurses. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2018;40(2017):157–61. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.02.002>
31. De Vries K, Plaskota M. Ethical dilemmas faced by hospice nurses when administering palliative sedation to patients with terminal cancer. *Palliat Support Care*. 2017;15(2):148–57.

32. Leboul D, Aubry R, Peter JM, Royer V, Richard JF, Guirimand F. Palliative sedation challenging the professional competency of health care providers and staff: A qualitative focus group and personal written narrative study. *BMC Palliat Care*. 2017;16(1):1–12.
33. Spineli VMCD, Kurashima AY, De Gutiérrez MGR. The process of palliative sedation as viewed by physicians and nurses working in palliative care in Brazil. *Palliat Support Care*. 2015;13(5):1293–9.
34. American Academy of Hospice and Palliative Medicine; Center to Advance Palliative Care; Hospice and Palliative Nurses Association; Last Acts Partnership; National Hospice and Palliative Care Organization. National Consensus Project for Quality Palliative Care: Clinical Practice Guidelines for quality palliative care, executive summary. *J Palliat Med*. 2004;7(5):611-27.
35. Friedrichsdorf SJ. Pain management in children with advanced cancer and during end-of-life care. *Pediatr Hematol Oncol*. 2010;27(4):257–61.
36. Anderson C, Kirkpatrick S. Narrative interviewing. *Int J Clin Pharm*. 2016;38(3):631–4.
37. Rego S, Palácios M. A finitude humana e a saúde pública. *Cad Saude Publica*. 2006;22(8):1755–60.
38. Beeman PC, VanWoerkom RC. Patient autonomy and physician responsibility. *Virtual Mentor*. 2009;11(8):598–601.
39. Broeckaert B. Palliative sedation, physician-assisted suicide, and euthanasia: “Same, same but different”? *Am J Bioeth*. 2011;11(6):62–4.
40. Cantor MD, Biro L, Bowers S, Chirico-Post J, Douglas SP, Gillespie G, et al. The ethics of palliative sedation as a therapy of last resort. *Am J Hosp Palliat Med*. 2006;23(6):483–91.
41. Radbruch L, Leget C, Bahr P, Müller-Busch C, Ellershaw J, de Conno F, et al. Euthanasia and physician-assisted suicide: a white paper from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med*. 2016;30(2):104–16.

42. Gevers S. Terminal sedation: A legal approach. *Eur J Health Law*. 2003;10(4):359–67.
43. Rietjens JAC, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Maas PJ, van der Wal G. Preferences of the Dutch general public for a good death and associations with attitudes towards end-of-life decision-making. *Palliat Med*. 2006;20(7):685–92.
44. Morita T, Ikenaga M, Adachi I, Narabayashi I, Kizawa Y, Honke Y, et al. Concerns of family members of patients receiving palliative sedation therapy. *Support Care Cancer*. 2004;12(12):885–9.
45. Eun Y, Hong IW, Bruera E, Kang JH. Qualitative Study on the Perceptions of Terminally Ill Cancer Patients and Their Family Members Regarding End-of-Life Experiences Focusing on Palliative Sedation. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2017;53(6):1010–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.12.353>
46. Van Tol DG, Kouwenhoven P, Van Der Vegt B, Weyers H. Dutch physicians on the role of the family in continuous sedation. *J Med Ethics*. 2015;41(3):240–4.
47. Raus K, Sterckx S. How defining clinical practices may influence their evaluation: The case of continuous sedation at the end of life. *J Eval Clin Pract*. 2016;22(3):425–32.
48. Chambaere K, Bilsen J, Cohen J, Rietjens J, Onwuteaka-Philipsen BD, Mortier F, et al. Continuous deep sedation until death in Belgium: a nationwide survey. *Arch Intern Med*. 2012;170(5):2010–3.
49. Schildmann E, Pörnbacher S, Kalies H, Bausewein C. ‘Palliative sedation’? A retrospective cohort study on the use and labelling of continuously administered sedatives on a palliative care unit. *Palliat Med*. 2018;32(7):1189–97.
50. Díez-Manglano J, Isasi de Isasmendi Pérez S, García Fenoll R, Sánchez LÁ, Formiga F, Giner Galvañ V, et al. Palliative Sedation in Patients Hospitalized in Internal Medicine Departments. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2020;59(2):302–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.10.013>

51. Schur S, Weixler D, Gabl C, Kreye G, Likar R, Masel EK, et al. Sedation at the end of life - A nation-wide study in palliative care units in Austria. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2016;15(1):1–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-016-0121-8>
52. Morita T, Chinone Y, Ikenaga M, Miyoshi M, Nakaho T, Nishitateno K, et al. Efficacy and safety of palliative sedation therapy: A multicenter, prospective, observational study conducted on specialized palliative care units in Japan. *J Pain Symptom Manage*. 2005;30(4):320–8.
53. Lux MR, Protus BMC, Kimbrel J, Grauer P. A Survey of Hospice and Palliative Care Physicians Regarding Palliative Sedation Practices. *Am J Hosp Palliat Med*. 2017;34(3):217–22.
54. Franken LG, de Winter BCM, Masman AD, van Dijk M, Baar FPM, Tibboel D, et al. Population pharmacodynamic modelling of midazolam induced sedation in terminally ill adult patients. *Br J Clin Pharmacol*. 2018;84(2):320–30.