



**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE BOLSAS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA
PIBIC-IMIP/CNPq – 2022/2023**

**AVALIAÇÃO DOS DESFECHOS DA SEDAÇÃO PALIATIVA EM PACIENTES EM
SERVIÇO ESPECIALIZADO NO NORDESTE DO BRASIL.**

**EVALUATION OF THE OUTCOMES OF PALLIATIVE SEDATION IN PATIENTS IN
A SPECIALIZED SERVICE IN NORTHEAST BRAZIL.**

Artigo científico submetido como parte dos requisitos da conclusão do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC/CNPq/FAPE-IMIP) no ano de 2022/2023.

Autor principal: Lucas Silvestre Araújo

Coautores:

Isabel Maria Moura de Andrade

Maria Fernanda de Lima Veloso

Orientadora: Mecneide Mendes Lins

Coorientadoras: Zilda do Rego Cavalcanti; Mirella Rebello Bezerra

RECIFE - PE

2023

AUTORES

Lucas Silvestre Araújo

Graduando do 7º período do curso de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

Endereço: Avenida Conselheiro Aguiar, 3645 - apto 502, Boa Viagem, Recife-PE.

Telefone: (81) 995702288 E-mail: lucassilvestrearaujo@gmail.com

ORCID: 0009-0006-3203-5269

Isabel Maria Moura de Andrade

Graduanda do 7º período do curso de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

Endereço: Rua Francisco Porfírio, 51, Afogados, Recife-PE.

Telefone: (81) 999250869. E-mail: isabelmma1099@gmail.com

ORCID: 0009-0002-0987-8111

Maria Fernanda de Lima Veloso

Graduanda do 11º período do curso de medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS).

Endereço: Rua Pedro Paes Mendonça, 200 - apto. 801, Boa Viagem, Recife-PE. Telefone:

(81) 994420039. E-mail: mariiafernandaveloso@gmail.com

ORCID: 0009-0007-3857-6258

Mecneide Mendes Lins

Mestre em saúde Materno-infantil pelo IMIP (2005) e doutora em Oncologia pelo Instituto

Nacional de Câncer (2017). Atualmente é médica coordenadora da oncologia pediátrica do

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira.

Telefone (81) 988350444 E-mail: mecneide.mendes@gmail.com

ORCID: 0000-0002-9155-5030

Zilda do Rego Cavalcanti

Especialista em medicina paliativa titulada pela AMB, Mestrado em Medicina Interna pela Universidade Federal de Pernambuco.

Telefone (81)999761531 E-mail: zrcavalcanti@gmail.com

ORCID: 0000-0002-6106-7191

Mirella Rebello Bezerra

Especialista em Medicina Interna e Geriatria, Mestre em Cuidados Paliativos pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira e Doutora em bioética.

Telefone: (81) 99691-0121 E-mail: mirebello@outlook.com

ORCID: 0000-0003-1130-1098

CONFLITO DE INTERESSE

Nenhum dos autores desse trabalho possui conflitos de interesse.

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar os desfechos da sedação paliativa em serviço especializado no nordeste do Brasil. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo transversal retrospectivo de caráter analítico. Foram incluídos pacientes hospitalizados na enfermaria de cuidados paliativos do Instituto de Medicina Prof. Fernando Figueira no período de janeiro a dezembro de 2021. A coleta de dados iniciou após aprovação do CEP-IMIP, respeitando os preceitos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas em seres humanos. **RESULTADOS:** Dos 140 pacientes analisados, a maioria correspondia ao sexo feminino, 72,9% procedentes da Região Metropolitana do Recife. Prevaleceu sedação a nível hospitalar (97,9%), com uso de haloperidol (66,4%), seguido do midazolam (25,7%). A via de administração predominante foi intravenosa (57,1%), subcutânea (35,7%) e oral (7,1%). Os sintomas refratários para sedação paliativa foram dor intensa (58,6%), dispneia (27,9%) e confusão mental (19,3%). Houve alívio dos sintomas em 121 pacientes, 103 foram a óbito, tendo progressão da doença como principal causa. **CONCLUSÃO:** O perfil dos pacientes e os elementos da sedação paliativa não divergem, na maioria dos critérios, do que está disposto na literatura. Apesar das limitações do estudo, este se fez importante para reconhecer os pacientes inseridos nos cuidados paliativos e suas necessidades, contribuindo para elaboração de ações preventivas e promoção da saúde, visando melhor assistência, sobrevida e prognóstico.

Palavras chaves: Cuidados paliativos; Hipnóticos e sedativos; Midazolam; Fim de vida; Análise transversal.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To assess the outcomes of palliative sedation in a specialized service in northeastern Brazil. **METHOD:** This was a cross-sectional retrospective analytical study. Patients hospitalized in the palliative care ward of Professor Fernando Figueira Institute of Medicine between January and December 2021 were included. Data collection began after approval from the Institutional Review Board (CEP-IMIP), following Resolution 466/12 principles of the National Health Council for research involving human subjects. **RESULTS:** Of the 140 patients analyzed, the majority were female (72.9 %) from the Metropolitan Region of Recife. Hospital-level sedation prevailed (97.9%) with haloperidol (66.4%), followed by midazolam (25.7%). The predominant routes of administration were intravenous (57.1%), subcutaneous (35.7%), and oral (7.1%). Refractory symptoms for palliative sedation included severe pain (58.6%), dyspnea (27.9%), and confusion (19.3%). Symptom relief was achieved in 121 patients, 103 of whom died, with disease progression being the leading cause. **CONCLUSION:** The profiles of patients and elements of palliative sedation do not differ, in most criteria, from those available in the literature. Despite the study's limitations, it is important to identify patients in palliative care and their needs, contributing to the development of preventive actions and health promotion, aiming for better assistance, survival, and prognosis.

Keywords: Palliative care; Hypnotics and Sedatives; Midazolam; End of life; cross-sectional analysis.

INTRODUÇÃO

O século XXI, para a saúde, traz diversos desafios quando falamos sobre o processo da terminalidade da vida, seja pelo envelhecimento da população ou por acometimentos de doenças terminais. A partir disso, surgem ferramentas que auxiliam profissionais e pacientes a terem um modelo de cuidado mais coordenado que trazem mudanças no viver e no morrer¹. A palavra “paliativo” advém do latim *palliun*, que significa manto, proteção, e nesse contexto, o termo “cuidados paliativos” foi definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma abordagem na medicina direcionada ao alívio da dor e de outros sintomas, sejam estes físicos (como dor, dispneia, constipação), psicoemocionais (delirium) ou espirituais (desesperança), e à promoção da qualidade de vida para pacientes em qualquer faixa etária que enfrentam doenças ameaçadoras à continuidade da vida, com ou sem possibilidade de reversão ou tratamentos curativos, mas que exigem um cuidado mais amplo e complexo, preconizando a humanização e relação médico-paciente-família².

A prática do cuidado paliativista foi iniciada no Brasil na década de 1980, mais precisamente no Rio Grande do Sul, sendo incorporada ao Sistema Único de Saúde (SUS) em 2002 e ao Conselho Federal de Medicina (CFM), como princípio fundamental no novo Código de Ética Médica, em 2009, dispondo de um regimento ético e técnico em novembro de 2018, o qual determina que os princípios dos cuidados paliativos, além da avaliação, reavaliação e alívio impecável da dor e de outros sintomas geradores de desconforto, incluem perceber o indivíduo em sua totalidade, incorporando aspectos psicossociais e espirituais, sendo imprescindível a abordagem de uma equipe multidisciplinar^{3,4}.

Além disso, reafirma a importância da vida e compreensão da morte como um processo natural, visando estabelecer um cuidado que não a antecipe ou postergue-a; deve oferecer o melhor suporte ao paciente focando na melhora da qualidade de vida; e compreender os familiares e entes queridos como parte importante do processo⁵. O acompanhamento em

cuidados paliativos deve ser iniciado o mais precocemente possível, junto aos tratamentos modificadores da doença, os chamados tratamentos curativos, levando em consideração que um não deve substituir o outro e que o melhor é a integração entre ambos². Dentre as principais condições que requerem cuidados paliativos no que diz respeito à população adulta e idosa, temos, principalmente, as doenças cardiovasculares e neoplasias, além de casos de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e HIV/Aids^{1,2}. Essas condições podem evoluir para casos graves com elevada taxa de óbitos.

Dito isso, uma parte importante dos cuidados paliativos foi denominada “cuidados no fim da vida” ou “hospice”, que se refere à assistência ao processo de morrer, prestada ao paciente no final de sua vida, a partir do momento em que fica claro, por meio de critérios de elegibilidade, que o indivíduo se encontra em estado de declínio progressivo, irreversível e inexorável, sendo ampliado para o acolhimento de familiares em luto⁵. Esses critérios variam conforme a doença base que o paciente apresenta, bem como sua evolução clínica⁶.

Ademais, o Manual de Cuidados Paliativos da ANCP estabelece, também, critérios mais amplos baseados nas condições do paciente: doença progressiva, incurável e avançada; poucas possibilidades de resposta às terapêuticas curativas ou quando as complicações decorrentes destas forem inaceitáveis; sintomas não controlados; grande impacto emocional ou social para o doente e sua família; prognóstico de vida reservado documentado pela equipe médica (estimado em menos de seis meses); internação prolongada sem evidência de melhora; ser portador de uma doença grave e preferir não ser submetido a tratamento de prolongamento da vida^{1,5,7}.

Mesmo a literatura evidenciando critérios baseados nas condições do paciente, é inexistente um limiar estabelecido entre controlar os sintomas apenas com os cuidados paliativos e/ou implementação da sedação paliativa. Entretanto, o controle de sintomas quando o tempo necessário para a terapêutica produzir efeitos é incompatível com o prognóstico, podem

apresentar efeitos intoleráveis ao paciente, apesar dos esforços terapêuticos sem a necessidade sedativa⁸.

No que tange à sedação paliativa (SP), existem, na literatura, mais de 50 definições divergentes para o termo no contexto dos cuidados paliativos, fato que permite múltiplas interpretações⁹. Por exemplo, muito frequentemente observa-se a associação errônea de SP com eutanásia, palavra originada do grego (*eu*, bem, *ethánatos*, morte), que pode ser definida como morte acelerada, executada por profissionais da saúde, com o propósito de aliviar o sofrimento de um paciente terminal, podendo ser voluntária, quando se tem o consentimento do paciente, ou involuntária, quando é feita na situação oposta¹⁰. Embora a eutanásia não esteja expressamente prevista em nosso ordenamento jurídico, de acordo com a Constituição de 1988, é tida como ato cabível à penalidade por ser considerada como homicídio ou auxílio ao suicídio¹¹.

A fim de indicar efetivamente a sedação paliativa, é necessário diferenciar o sintoma refratário de um sintoma difícil, sendo o último, dentro de um prazo tolerável, capaz de responder às intervenções com alívio adequado, consciência preservada e sem efeitos adversos excessivos. Ao passo que, o sintoma refratário é aquele que não pode ser controlado de forma adequada dentro de um período tolerável, não responde bem ao uso de terapias habituais, apesar de todos os esforços continua gerando desconforto ao paciente, sendo associado com grande e intolerável morbidade aguda ou crônica^{1,2,6,8}.

Dessa forma, entende-se a sedação paliativa como o uso de medicações em doses necessárias a fim de reduzir o nível de consciência para aliviar um ou mais sintomas refratários em pacientes com doenças em estágio avançado e progressivo, sem possibilidade de cura, que já estão em cuidados de fim de vida^{2,6}. Seu uso não objetiva a morte do paciente, nem mesmo reduz seu tempo de vida, mas permite que a doença siga seu curso natural, minimizando o sofrimento e respeitando o conceito de ortotanásia.¹². Dentre os sintomas, os mais difíceis de

controle na fase terminal da vida são dor, dispneia, delirium hiperativo, convulsões e vômitos¹³. Ainda, é difícil mensurar os dados epidemiológicos, mas sua prevalência varia entre 14 a 52%, sendo justificada pela falta de padronização desse procedimento nas instituições e a baixa quantidade de pesquisas científicas relacionadas aos cuidados paliativos e, principalmente, à sedação paliativa^{14,15}.

A ação de iniciar a sedação paliativa depende da gravidade dos sintomas refratários e deve ser uma decisão conjunta entre a equipe de saúde, paciente ou parentes após repassar a indicação, objetivos e efeitos de tal ação¹⁶. Nesse processo, também é levada em consideração a classificação da sedação dentro de 3 eixos: objetivo (sendo primária ou secundária); temporalidade (contínua ou intermitente) e intensidade (superficial e profunda), bem como a droga escolhida, dose, via e taxa de administração que variam conforme a necessidade de cada paciente^{1,17}.

Segundo o Guia de Sedação Paliativa estabelecido pelo “Capital Health/Caritas Health Group Regional Palliative Care Program 2005”, devemos considerar algumas questões antes do início da sedação paliativa:

- Todos os esforços foram feitos para identificar e tratar as causas reversíveis geradoras do sofrimento?
- Interconsultas foram feitas com equipe em Cuidados Paliativos e/ou com outros especialistas?
- Todas as abordagens não farmacológicas já foram aplicadas?
- Todos os outros tratamentos farmacológicos foram aplicados?
- Sedação intermitente foi considerada nos casos de delirium potencialmente reversível ou nos casos de sofrimento psicoexistencial extremo?
- Os objetivos da sedação foram explicados e discutidos com o paciente e seus familiares?

- A sedação foi consensual (paciente, família e equipe)?

Se a resposta for “sim” para todas as perguntas, considera-se iniciar a sedação paliativa^{1,7}.

Em relação às medicações, o midazolam, que pertence à categoria dos benzodiazepínicos, é o mais mencionado na literatura médica para a indução da sedação paliativa, no entanto, também é possível considerar o uso de neurolépticos, como a clorpromazina e o haloperidol, barbitúricos, como o fenobarbital, e anestésicos, como o propofol e a cetamina^{1,6}.

Assim, torna-se evidente que a variada prevalência da sedação paliativa no país, bem como a importância do tema diante dos desafios relacionados à terminalidade de vida no século XXI, são fatores decisivos para analisar os desfechos do uso desses medicamentos, que são utilizados no alívio de sofrimento intolerável, causado por sintomas de difícil controle. O presente estudo, visa documentar a realidade encontrada e identificar o perfil clínico-epidemiológico dos pacientes submetidos a sedação paliativa no IMIP, com o propósito de garantir uma assistência de qualidade e humanizada na prática em saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal de caráter analítico, entre agosto de 2022 e agosto de 2023, com 140 pacientes que foram submetidos à sedação paliativa na enfermaria de cuidados paliativos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) no ano de 2021. Foram excluídos todos os pacientes menores de 18 anos e aqueles que não possuíam descrição em prontuário das indicações e desfechos da sedação paliativa.

A coleta de dados foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IMIP sob o número de CAAE 65626722.6.0000.5201 e parecer 5.920.771.

Foram seguidos os preceitos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Os dados foram obtidos por meio de formulários estruturados pelos autores do estudo, baseados nas variáveis a serem estudadas, preenchidos pela equipe autoral através da revisão dos 140 prontuários dos pacientes selecionados a partir dos critérios de inclusão e exclusão. Os formulários continham dados epidemiológicos/sociodemográficos e clínicos, contendo informações sobre a doença base que demandou os cuidados paliativos, seus sintomas mais comuns e cuidados impostos, incluindo o objetivo da sedação, temporalidade, intensidade, duração, medicação e vias de administração, possíveis complicações e desfecho clínico do paciente. Foi tentada aplicação do TCLE com o paciente/familiar responsável sucessivas vezes, porém sem sucesso, dessa forma, seguimos com a solicitação de dispensa do TCLE, garantindo sigilo e confidencialidade com os dados utilizados.

Após a coleta de dados, eles foram digitados em uma planilha construída no Excel para Windows na versão 2016 e posteriormente analisados no Epi-Info versão 7.2.2.6. Foram utilizadas frequências relativas e absolutas para descrição de variáveis qualitativas, e medidas de posição (média) e dispersão (desvio-padrão) para descrever variáveis quantitativas. Para avaliar a relação entre duas variáveis qualitativas foram construídas tabelas de contingência com frequências absolutas (contagens) e relativas (porcentagens).

RESULTADOS

A amostra incluiu 140 prontuários de paciente submetidos a sedação paliativa de janeiro a dezembro de 2021.

A descrição da amostra está demonstrada na tabela 1. Quanto ao sexo biológico, 60 pacientes eram do sexo masculino (42,9%) e 80 eram do sexo feminino (57,1%), o maior

intervalo de idade compreende entre 70-74 anos, com 23 participantes nesta faixa etária, a média de idade analisada foi de 63,52 anos, com mediana de 64,5 e desvio padrão de 15,08. A idade mínima verificada foi 25 anos, enquanto a idade máxima foi 99 anos. Quanto à etnia, 20 (14,3%) pacientes se consideravam pardos, 14 (10%) se consideravam brancos, 8 (5,7%) pretos e 98 (70%) pacientes não possuíam etnia declarada no prontuário.

Em relação ao perfil sociodemográfico, a respeito da situação conjugal no momento da sedação paliativa, 61 (43,6%) pacientes eram casados, 25 (17,9%) estavam solteiros, 16 (11,4%) eram viúvos, 11 (7,9%) divorciados e em 27 (19,3%) prontuários não havia dados sobre o estado civil. A escolaridade foi classificada em 8 graus, sendo estes: nenhum, infantil, alfabetização, ensino fundamental, médio ou superior completo ou incompleto e alfabetização de adultos. Do total, 36 (25,9%) tinham ensino fundamental, 22 (15,8%) tinham ensino médio, 7 (5%) não tinha nenhum grau de escolaridade completo, 5 (3,6%) tinham ensino superior completo, 2 (1,4%) infantil, 2 (1,4%) alfabetização e 65 (46,8%) prontuários não apresentavam informações a respeito do grau de escolaridade do paciente. Sobre o local de residência antes do internamento, 102 pacientes viviam na Região Metropolitana do Recife, correspondendo ao nosso maior percentual (72,9%), seguido de 17 (12,1%) residentes na Zona da Mata, 11 (7,9%) no Agreste, 7 (5%) no Sertão, 1 (0,7%) no Vale do São Francisco e 2 (1,4%) residiam no estado da Paraíba.

Na Tabela 2, foram realizadas quantificações das condições médicas subjacentes que levaram os pacientes a serem encaminhados para o setor de cuidados paliativos. Estas condições foram categorizadas em cinco patologias distintas: Acidente Vascular Cerebral (AVC), Demência, Doença de Parkinson, Infecção de Pele e Insuficiência Cardíaca. Adicionalmente, nove tipos diferentes de neoplasias foram identificados e agrupados de acordo com os sistemas corporais afetados: Neoplasia de Pele, Sistema Digestivo, Sistema Hematológico, Sistema

Imunológico, Sistema Nervoso Central, Sistema Osteomuscular, Sistema Reprodutor Feminino, Sistema Reprodutor Masculino, Sistema Respiratório e Sistema Urinário.

Dos pacientes avaliados, 42 (30%) apresentaram neoplasias afetando o sistema digestivo, enquanto 32 (22,9%) apresentaram neoplasias relacionadas ao sistema reprodutor feminino. Outros 15 (10,7%) pacientes apresentaram neoplasias relacionadas ao sistema reprodutor masculino, 12 (8,6%) ao sistema respiratório, 9 (6,4%) ao sistema nervoso central, 6 (4,3%) ao sistema urinário, 6 (4,3%) ao sistema hematológico, 4 (2,9%) ao sistema de pele, 2 (1,4%) ao sistema imunológico e 1 (0,7%) ao sistema osteomuscular. Em relação às cinco patologias, exceto neoplasias, 5 (3,6%) pacientes foram diagnosticados com demência, 3 (2,1%) com AVC, 1 (0,7%) com doença de Parkinson, 1 (0,7%) com infecção de pele e 1 (0,7%) com insuficiência cardíaca.

A respeito dos sintomas refratários mais comuns que demandaram a sedação paliativa, o formulário foi respondido de acordo com a presença do sintoma, sendo possível a ocorrência de múltiplos sintomas por paciente, e os resultados demonstram a prevalência destes, organizados na Tabela 3. Os principais descritos foram, dor intensa em 82 pacientes, seguido de dispneia em 39, delirium em 33 e convulsões em 5.

A fim de aliviar os sintomas e ofertar um cuidado mais humano, o local de sedação paliativa escolhido foi o hospitalar em 97,9% dos casos, contra 2,1% que obtiveram cuidados domiciliares. O uso de opioides foi observado em 100% dos pacientes, destes, 92,1% fizeram uso da sedação em monoterapia, enquanto em 7,9% houve associação de medicamentos; relativo a droga sedativa ofertada, o questionário avaliava a possibilidade de uso isolado ou associação de medicamentos, podendo ser feito uso de mais de uma droga no paciente, dessa forma, o Haloperidol foi a medicação mais ofertada, sendo evidenciada seu uso para 93 pacientes, seguido do Midazolam para 36, Clorpromazina para 14, Alprazolam para 2, Clonazepam para 2. (Tabela 4)

Com relação a via de administração do medicamento usado na sedação paliativa, 57,1% das drogas foram administradas por via intravenosa, 35,7% por via subcutânea e 7,1% por via oral. (Tabela 5)

Ainda, dos 140 pacientes, 135 (96,4%) se beneficiaram da sedação paliativa com objetivo primário, sendo aquele em que a droga foi imposta para este fim, enquanto para 5 (3,6%) pacientes, a sedação foi considerada secundária. A respeito da temporalidade, 22 (15,7%) pacientes ficaram com sedação de forma intermitente, enquanto 113 (80,7%) obtiveram a sedação de caráter contínuo e 5 (3,6%) prontuários não havia informações sobre a temporalidade da sedação. No que tange à intensidade, 58,6% dos pacientes, a maioria, foram submetidos à uma sedação superficial, enquanto 22,1% ficaram em sedação profunda e em 19,3% dos prontuários não havia informações sobre a intensidade da sedação.

Além disso, ao correlacionar variáveis, obtivemos bons resultados que nos guiam para um melhor entendimento do uso adequado da sedação em pacientes paliativos, relacionando droga ofertada e via de administração, observamos que, dos 36 pacientes que fizeram uso de midazolam (benzodiazepínico), 35 (97,2%) foi sob via IV, enquanto que 1 (2,8%) foi na via SC; quanto ao haloperidol (neuroléptico), houve uma maior variabilidade quanto a via escolhida, pois de 93 pacientes que se beneficiaram com seu uso, 49 (52,7%), o maior percentual, foi pela via subcutânea, seguido de 37 (39,8%) na via IV e 7 (7,5%) via oral; dos 14 pacientes que fizeram uso da clorpromazina (neuroléptico), 13 (92,9%) beneficiou-se pela via IV, enquanto 1 (7,1%) pela via oral.

Também, a fim de enriquecer o estudo, foi relacionada a droga utilizada com a intensidade da sedação paliativa, obtendo resultados satisfatórios, o midazolam em 23 (63,9%) casos foi utilizado para uma sedação profunda, enquanto em 5 (13,9%), a sedação foi do tipo superficial. É pertinente ressaltar que, em 8 (22,2%) prontuários analisados, as informações pertinentes à intensidade da sedação associada ao uso de midazolam não estavam disponíveis.

Quanto ao haloperidol, em 68 (73,1%) pacientes, seu uso foi de maneira superficial, em contraste aos 10 (10,8%) pacientes que foram sedados de forma profunda. Nota-se ademais, que em 15 (16,1%) prontuários não havia dados disponíveis sobre a intensidade da sedação associada ao uso do haloperidol.

No tocante a frequência de duração da sedação paliativa, foi estabelecida em temporalidade envolvendo intervalos variando desde menor que 1 dia, até maior que 15 dias. A duração média da sedação teve uma predominância de intervalo entre 2-5 dias, correspondendo a 50 pacientes (35,7% do total). No intervalo entre 6-10 dias, observou-se 29 pacientes (12,9%); referente ao intervalo entre 10-15 dias, foram constatados 18 pacientes. Quanto ao período de 1 dia, notou-se a correspondência de 16 pacientes (11,4%), e apenas 1 paciente fez uso de sedação paliativa por menos de 1 dia. Apesar de incomum, 26 pacientes estiveram em sedação paliativa pelo tempo superior a 15 dias, correspondendo a 18,6 % do total analisado.

Quanto aos desfechos clínicos observados no curso da doença, 86,4% dos prontuários relatavam um resultado positivo no alívio dos sintomas refratários após início da sedação paliativa, enquanto em 6,4% não descreviam melhora e 7,1% não constavam resultados relatados no prontuário. Do total de 140 pacientes; quanto ao desenvolvimento de efeitos adversos, somente 3 (2,1%) do total manifestaram; 103 foram à óbito durante a sedação paliativa, enquanto 37 obtiveram desfechos diferentes; 12 ainda se encontram vivos, 14 vieram à óbito após suspensão da sedação paliativa e 11 não constavam dados a respeito do desfecho após suspensão da sedação paliativa.

DISCUSSÃO

Na análise, sobre o perfil epidemiológico dos 140 prontuários revisados de pacientes em cuidados paliativos submetidos à sedação paliativa em 2021, acompanhados no Instituto de

Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, a maioria correspondia ao sexo feminino, se identificava como raça parda, tinha uma faixa etária entre 70 e 74 anos, era casada, proveniente da Região Metropolitana de Recife e tinha concluído o ensino fundamental. Apesar da idade e do sexo biológico não serem fatores determinantes para elegibilidade ou ilegitimidade da SP, a partir da revisão da literatura, pode-se perceber que nosso estudo está consoante com os dados disponíveis; em um estudo observacional retrospectivo sobre o perfil de pacientes que receberam terapia de SP em uma unidade de Cuidados Paliativos de um Hospital de Câncer no Brasil, cujo N foi de 919 pacientes, ficou evidente que a técnica foi aplicada, principalmente, a pacientes do sexo feminino e com uma média de idade de 55 anos¹⁸, assim como um segundo estudo que avaliou o perfil dos pacientes com câncer submetidos à SP em uma Unidade Específica de Cuidados Paliativos no Brasil, que também apresentou predominância do sexo feminino, enquanto que a média de faixa etária foi de 61 anos¹⁹. Não foram encontrados estudos que trouxessem associação do grau de escolaridade com a indicação de SP.

Ainda que se tenha diversificado o público-alvo para sedação paliativa, de modo geral, nosso estudo, assim como praticamente todos os documentos revisados, apontavam condições neoplásicas como a doença de base dos pacientes submetidos à técnica em questão. Nossos resultados apontaram prevalência de tumores do sistema digestório¹⁸, informação congruente com os dados disponíveis na literatura, seguida por neoplasias do sistema reprodutor feminino e, pôde-se observar que dos menos de 10% dos pacientes estudados com patologias não neoplásicas, destes, a maioria detinha de comprometimento do sistema nervoso central, como sequelas de acidente vascular cerebral e Doença de Alzheimer (DA). Algumas fontes, como uma revisão bibliográfica de 2022 sobre cuidados paliativos nos pacientes com Alzheimer mostram que a prática de sedação paliativa é uma das possibilidades contempladas para o paciente portador da doença, principalmente em estágio avançado, onde a capacidade intelectual e as habilidades motoras estão comprometidas²⁰. (Tabela 2)

Através das informações já abordadas, fica compreensível que a principal indicação de sedação paliativa é a presença de sintomas refratários. Em todos os trabalhos revisados, os principais sintomas registrados que foram utilizados para indicar a sedação foram, em ordem decrescente de prevalência, delirium, dispneia e dor ^{9,18,21}. A respeito do nosso estudo, levando em consideração que um paciente pode ter apresentado mais de um sintoma, a dor refratária foi a principal indicação, seguida por dispneia e delirium, ou seja, nossos dados corroboram com as informações disponíveis.

A respeito do local no qual foi administrada a SP, praticamente toda a amostra de pacientes estudada (97,9%) foi submetida à sedação em ambiente hospitalar. Poucas informações foram encontradas na literatura que divergissem desse resultado. A falta de consenso e padronização sobre as definições que concernem ao tema sedação paliativa dificultam as pesquisas sobre essa temática específica. A maioria dos estudos são realizados em diferentes contextos, mas geralmente são contextos hospitalares, por exemplo, enfermarias, unidades de terapia intensiva ou qualquer outro cômodo hospitalar. No que se refere à sedação em domicílio, o que se tem disponível, atualmente, é que os pacientes considerados candidatos são aqueles com curta expectativa de vida, que residam a menos de 20 minutos do hospital e que já estejam em acompanhamento com a equipe médica há longo período²². De modo geral, os fatores considerados necessários são ambiente seguro, materiais disponíveis e equipe qualificada para manutenção e acompanhamento, porém, não foi possível, a partir dos nossos dados, identificar quais os fatores que foram levados em consideração para indicação da sedação em domicílio, assim como quais dessas condições necessárias estiveram presentes no seguimento desses pacientes.

Com relação à classificação da sedação paliativa, sabe-se que podemos classificá-la quanto ao objetivo, no caso, em primária, quando a finalidade da intervenção terapêutica é a diminuição do nível de consciência, ou secundária, quando o rebaixamento do nível de

consciência é consequência do efeito farmacológico de uma determinada medicação utilizada para controlar um sintoma específico; quanto à temporalidade, em contínua ou intermitente; e quanto à intensidade, sendo superficial quando o paciente consegue manter comunicação, verbal ou não verbal, ou profunda, que mantém o paciente em estado de inconsciência²³. Através dos nossos resultados pôde-se perceber que, no IMIP, em 2021, a maioria dos pacientes foi submetida, respectivamente, à sedação primária, contínua e superficial.

Em estudos mais antigos é possível encontrar a sedação secundária, principalmente com opioides, sendo utilizada como primeira escolha, mas à medida que o tema foi se tornando mais relevante e novos estudos foram realizados, ficou registrado que, embora possam causar sonolência nos pacientes, os opioides geralmente não levam à perda de consciência e não são eficientes para induzir sedação paliativa, por isso, a maioria das fontes revisadas apresentaram predominância da sedação primária ou mesmo a detinham como um fator de elegibilidade⁹.

No que diz respeito à temporalidade, os trabalhos revisados apresentaram resultados divergentes, levando em consideração que alguns continham pacientes apenas com um dos dois tipos de sedação, seja intermitente ou contínua, mas naqueles em que houve a comparação entre elas, pode-se observar predomínio da prática contínua, como em um estudo acerca da sobrevivência dos pacientes com câncer submetidos à sedação paliativa em um centro especializado de cuidados paliativos de São Paulo, de 2021, cujos resultados evidenciam que de 919 pacientes, 94,6% receberam sedação contínua; o mesmo ocorre em uma revisão integrativa sobre sedação paliativa, realizada em 2020, em Maceió, onde a sedação contínua prevalece, principalmente em pacientes terminais²⁴. Por fim, sobre a intensidade da sedação, nosso estudo divergiu dos dados examinados, visto que grande parte dos artigos dispunham da prevalência da sedação profunda a respeito da superficial^{9,5}.

A decisão da sedação paliativa também leva em consideração quais drogas serão utilizadas. De acordo com um guia de cuidados paliativos do CREMESP, as medicações que

podem ser utilizadas são os benzodiazepínicos (midazolam, diazepam, lorazepam); os neurolépticos (clorpromazina, haloperidol); os barbitúricos (fenobarbital); e os anestésicos (propofol)²⁵. A medicação mais usada em todos os trabalhos revisados foi o midazolam, em virtude de suas propriedades farmacológicas, por exemplo, é uma droga com início de ação rápido, em média 2 minutos após administração endovenosa, e com meia vida curta, o que a torna facilmente titulável, além de que pode ser usada por via subcutânea em bolus ou em infusão contínua, e não é contraindicado o uso concomitante com morfina, opioide bastante utilizado nos pacientes em questão^{9,18,25}. Nossos resultados divergem parcialmente da literatura, tendo sido registrado predomínio do uso do haloperidol (66,4%), e em segundo lugar, dos benzodiazepínicos; levando em consideração que um paciente pode ter realizado uso de mais de uma medicação (tabela 5). Ademais, obteve-se que a maioria dos pacientes foi submetida à monoterapia, e que mais da metade da amostra recebeu a(s) medicação(ões) por via endovenosa, não sendo necessário interromper nenhum outro tratamento durante o período de sedação, enquanto não foram coletadas informações a respeito das doses utilizadas pela nossa amostra, mas o que se sabe é que a dose é ajustada de forma individual e que é considerada adequada até o momento em que os efeitos colaterais do medicamento são maiores que os benefícios para o paciente⁹, mas só foram registrados efeitos adversos em menos de 3% do nosso N.

Acerca da notável prevalência do uso de Haloperidol, é importante destacar que a maioria dos pacientes que integrou o presente estudo apresentava neoplasias do trato gastrointestinal e geniturinário. Essas condições tendem a evoluir com obstrução intestinal maligna, o que, por conseguinte, acarreta náuseas e vômitos. Nesse contexto, faz-se necessário realizar a troca de medicação antiemética, metoclopramida, comumente administrada, a qual também possui efeitos procinéticos, por uma alternativa de ação similar, porém isenta de efeitos procinéticos, evitando, assim, qualquer desconforto abdominal ao paciente obstruído. Portanto,

o uso do haloperidol para controle de náuseas e vômitos emergiu como uma prática recorrente na unidade de cuidados paliativos. No entanto, é relevante ressaltar que o Haloperidol possui outras aplicações clínicas, como o uso para sedação ou controle de pacientes em delirium²⁵. Porém, na coleta deste estudo, somente 33 pacientes apresentaram sintomas compatíveis com delirium.

De todos os pacientes estudados nesse projeto, foi evidenciado que em mais de 85% o objetivo da sedação paliativa foi atingido, justificando a manutenção da técnica até o óbito. Quando a sedação perdura até o óbito, alguns autores utilizam o termo “sedação na terminalidade”, e reforçam que a decisão de aderir a essa modalidade deve ser tomada em conjunto, contando com a participação do paciente, quando possível, com a de seus familiares e com a equipe de saúde²⁴; alguns trabalhos estudaram a questão ética sobre a manutenção da sedação até o fim da vida, levantando questões como o “deixar de existir” do paciente, mas de modo geral, os resultados dispostos mostram que houveram benefícios no uso da sedação paliativa na terminalidade e que não observou-se repercussões negativas na vida dos familiares, após o óbito⁹. Outro tema preponderante na literatura sobre sedação paliativa é o impacto desse procedimento na sobrevivência do paciente submetido à técnica; embora os dados de alguns estudos não sejam uniformes, boa parte dos resultados apontam que não há diferença na sobrevivência entre o grupo sedado e não sedado¹⁶. A respeito dessa análise, nessa pesquisa, como não havia grupo controle, não se fez cálculo da sobrevivência dos pacientes.

Por fim, um último dado levantado nesse estudo diz respeito a quantos pacientes vieram a óbito durante a sedação paliativa, totalizando 103. Ao seguimento dos pacientes que sobreviveram e, em especial, após a suspensão da sedação paliativa, foi encontrado que, dessa amostra, 14 foram a óbito posteriormente, 12 pacientes estavam vivos até o momento da coleta de prontuários e não foi obtido acesso a 11 pacientes, o que pode ser considerado um dado incompleto, visto que não foram estudados os fatores do seguimento.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO:

A coleta de dados foi afetada negativamente por problemas técnicos para a aprovação do Comitê de Ética, que atrasou o tempo destinado aos estudos dos prontuários, assim como por dificuldades de acesso aos prontuários dos pacientes em cuidados paliativos submetidos à sedação paliativa no tempo determinado, resultando em um N abaixo do esperado e impossibilidade de construção de um grupo controle para comparação. Ademais, algumas informações estavam incompletas nos prontuários, de modo que alguns pacientes acabaram por serem excluídos da pesquisa.

CONCLUSÃO:

Através das variáveis estudadas e discutidas, foi levantado de forma mais detalhada um perfil epidemiológico dos pacientes sob cuidados paliativos no IMIP, em 2021, que foram submetidos à sedação paliativa (SP), e apesar de não se ter, oficialmente, uma padronização para com os pacientes nos quais a SP estaria indicada, pode-se perceber que nossa amostra não foge, na maioria dos critérios, do que está disposto na literatura.

De modo geral, obteve-se que a sedação paliativa foi usada, principalmente, em pacientes do sexo feminino, que se identificavam como raça parda, na faixa etária entre 70 e 74 anos, eram casados, provenientes da Região Metropolitana de Recife e tinham concluído o ensino fundamental. A respeito dos aspectos clínicos, foi observado, na amostra, predomínio de doença de base oncológica, sendo a maioria portadora de neoplasias do sistema digestório, seguida de neoplasias do sistema reprodutor feminino, quanto aos sintomas refratários em ordem decrescente de prevalência, foi registrado dor refratária, dispneia e delirium. A medicação mais utilizada foi o haloperidol, da classe dos neurolépticos, seguida pelos

benzodiazepínicos, utilizados em monoterapia com objetivo de sedação primária, de forma contínua e por via endovenosa, logo, em ambiente hospitalar, sem interromper ou prejudicar nenhum outro tratamento concomitante.

No fim, foram apresentados resultados positivos, visto que foram registrados menos de 3% de casos com efeitos adversos às medicações, tendo sido atingido o objetivo final de manejo dos sintomas refratários em quase a totalidade da amostra. A respeito do seguimento dos pacientes nos quais a sedação não foi mantida até o óbito e que sobreviveram ou foram à óbito posteriormente à sedação, faltaram maiores estudos e informações que pudessem agregar no resultado final dos desfechos da técnica.

Diante de todas as informações explanadas, fica claro que sedação paliativa é uma técnica eficiente e embasada cientificamente que envolve diferentes aspectos, desde fatores relacionados ao paciente propriamente dito à questões de ética médica; um tema no qual ainda se tem muitas interrogações, e fica claro que são necessários maiores estudos, de maior complexidade.

Ainda, propõe-se a complementação do estudo atual através da revisão adicional de mais prontuários, visando alcançar a amostra inicialmente planejada e, dessa forma, ter informações ainda mais abrangentes e precisas. Por fim, sugere-se o desenvolvimento de um estudo acerca do seguimento dos pacientes que não tiveram a sedação paliativa mantida até o óbito, objetivando complementar as informações sobre os desfechos da técnica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carvalho R, Parsons H. Manual de Cuidados Paliativos ANCP [Internet]. de Cuidados Paliativos AN, Premier Hospital GM, Paliar I, editors. www.paliativo.org.br. 2012 [acesso em 20 de set 2023]. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-cuidados-paliativos-ANCP.pdf>
2. HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Departamento de Ciências Sociais, v. 8, n. 9, p. 2577-2588, jun./2013. [acesso em: 24 set. 2023]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6RByxM8wLfBBVXhYmPY7RRB/#>.
3. Santos AF, Ferreira E, Guirro Ú. Atlas dos Cuidados Paliativos no Brasil 2019 [Internet]. de Cuidados Paliativos AN, editor. paliativo.org.br. 2020 [acesso em 20 de set 2023]. Disponível em: https://api-wordpress.paliativo.org.br/wp-content/uploads/2020/05/ATLAS_2019_final_compressed.pdf
4. Menezes M, Figueiredo M. O papel da sedação paliativa no fim da vida: aspectos médicos e éticos --- Revisão [Internet]. Editora Ltda. E, de Anestesiologia SB, editors. 2018 [acesso em 20 de set 2023]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rba/a/Q8NRspx3RYb7jCZmv56ND6z/?format=pdf&lang=pt>
5. D. Ferris F. Vamos Falar de Cuidados Paliativos [Internet]. de Geriatria e Gerontologia SB, de Cuidados Paliativos AN, editors. 2015 [acesso em 1 de maio 2022]. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/11/vamos-falar-de-cuidados-paliativos-vers--o-online.pdf>
6. Maiello AP, Coelho F, Messias A, D'Alessandro MP. Manual de cuidados paliativos [Internet]. da Saúde M, SírioLibanês H, editors. 2020 [acesso em 23 de abril 2022].

- Disponível em: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2020/12/Manual-Cuidados-Paliativos.pdf>
7. Mauriz P, Wirtzbiki P, Campos Ú. PROTOCOLOS ISGH | CUIDADOS PALIATIVOS [Internet]. Gestão Hospitalar I de S e, editor. 2014 [acesso em 1 de maio 2022]. Disponível em: https://isgh.org.br/intranet/images/Servicos/Protocolos/isgh_protoco_cuidado_paliativo.pdf
 8. ARAUJO C Z S. Sobrevida dos pacientes com câncer, submetidos à sedação paliativa, atendidos numa unidade de cuidados paliativos [DISSERTAÇÃO]. São Paulo (SP): Fundação Antônio Prudente; 2021
 9. FARIAS ICB de. Manejo da Terapia de Sedação Paliativa em pacientes oncológicos em cuidados paliativos: Revisão de Literatura [Internet]. Coleciona SUS, editor. 2020 [cited 2023 Sep 27]. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1152057>
 10. GIROND, J. B. R; WATERKEMPER, Roberta. Sedação, Eutanásia e o Processo de morrer do paciente com câncer em cuidados paliativos: compreendendo conceitos e inter-relações. Cogitare Enfermagem, Redalyc, v. 11, n. 3, p. 258-263, set./2006. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483648988011>. Acesso em: 23 set. 2023.
 11. MORATO, Otavio Andrade. Status legal da eutanásia e ortotanásia no Brasil. Revista Jus Navigandi, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 26, n. 6691, 26 out. 2021. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/81213>. Acesso em: 27 set. 2023
 12. RIBEIRO, Sabrina Corrêa da C. Cuidados paliativos no paciente crítico. [Barueri-SP]: Editora Manole, 2023. E-book. ISBN 9786555768824. Disponível em:

- <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555768824/>. Acesso em: 27 de set 2023.
13. CHERNY, N. I. Diretrizes de prática clínica da ESMO para o manejo de sintomas refratários no final da vida e o uso de sedação paliativa, v. 25, n. suppl 3, p. iii143–iii152, 1 set. 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25210083/>. Acesso em: 27 de set 2023.
 14. MENEZES, Miriam S.; FIGUEIREDO, M. D. G. M. D. C. D. A. O papel da sedação paliativa no fim da vida: aspectos médicos e éticos - Revisão. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, Minas Gerais, v. 69, n. 1, p. 72-77, jan./2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2018.03.002>. Acesso em: 25 set. 2023.
 15. CARVALHO, Ricardo Tavares de; ROCHA, Juraci A.; FRANCK, Ednalda M.; e outros. *Manual da residência de cuidados paliativos: abordagem multidisciplinar*. [Barueri-SP]: Editora Manole, 2022. E-book. ISBN 9786555767735. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555767735/>. Acesso em: 27 de set 2023.
 16. TAN, F. et al. Sedação paliativa contínua em pacientes terminais com câncer: um estudo de coorte observacional retrospectivo de uma unidade de cuidados paliativos chinesa, v. 13, n. 5, p. e071859–e071859, 1 maio 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10230991/>. Acesso em: 27 de set 2023
 17. EICH, M. *et al.* Princípios e valores implicados na prática da sedação paliativa e a eutanásia. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu-SP, v. 22, n. 66, p. 733-744, jul./2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0853>. Acesso em: 25 set. 2023.
 18. SANTOS, R. B. D. *et al.* Estudo Observacional Retrospectivo sobre o Perfil de pacientes que Receberam Terapia de Sedação Paliativa em Unidade de Cuidados Paliativos de

- Hospital de Câncer no Brasil. Revista Brasileira de Cancerologia, Barretos - SP, v. 65, n. 1, p. 324, abr./2019. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/324/217>. Acesso em: 26 set. 2023.
19. PARRA PALACIO, S. et al. Sedação paliativa em pacientes com câncer avançado internados em unidade especializada de cuidados paliativos: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer, v. 26, n. 9, p. 3173–3180, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29600413/>. Acesso em: 26 set. 2023
20. RODRIGUES, C R; PEREIRA, E. D. F. Alzheimer: cuidados paliativos para pacientes em fase terminal. Research, Society and Development, Paraná, v. 11, n. 14, p. 506, nov./2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/36767>. Acesso em: 26 set. 2023.
21. ABREU L M. Terapia de sedação paliativa e a atuação da enfermagem para o alívio do sofrimento em pacientes oncológicos no final de vida [TCC]. NITERÓI (RJ): Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense (UFF); 2021. Disponível em: <http://app.uff.br/riuff/handle/1/25600>. Acesso em: 27 set 2023
22. NOGUEIRA, F. L; SAKATA, R. K. Sedação paliativa do paciente terminal. Revista Brasileira de Anestesiologia, São Paulo, v. 2, n. 4, p. 580-592, ago./2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-70942012000400012>. Acesso em: 25 set. 2023.
23. Governo do Distrito Federal (DF). Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da SES-DF – CPPAS. Diretriz para Cuidados Paliativos em pacientes críticos adultos admitidos em UTI. Diário oficial do Distrito Federal Nº 94. 17 maio 2018. [acesso em 27 set 2023]. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/87400/Diretrizes+para+Cuidados+Paliativos+em+Pacientes+Cr%C3%ADticos+Adultos+Admitidos+em+UTI.pdf/b0db4a00-199e-66f7-4242-29c4b962fd0b?t=1648645556436>

24. ALVES M S. Sedação paliativa na terminalidade: revisão integrativa de literatura [TCC]. MACEIÓ (AL): Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas (UFAL); 2020. [cited 2023 Sep 27] Available from:
<http://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/6877>
25. AYER, R. Cuidado paliativo. [s.l.] São Paulo Conselho Regional De Medicina Do Estado De São Paulo, 2008.

Tabela 1 - Características sociodemográficas

Dados dos pacientes	N	%
Sexo		
Feminino	80	57,1%
Masculino	60	42,9 %
Idade em que foi submetido à sedação		
25-29	2	1,4%
30-34	4	2,9%
35-39	3	2,1%
40-44	8	5,7%
45-49	9	6,4%
50-54	13	9,3%
55-59	15	10,7%
60-64	16	11,4%
65-69	14	10%
70-74	23	16,4%
75-79	13	9,3%
80-84	12	8,6%
85-89	3	2,1%
90-94	4	2,9%
95-99	1	0,7%
Etnia		
Não declarada	98	70%
Parda	20	14,3%
Branca	14	10%
Preta	8	5,7%
Situação conjugal		
Solteiro(a)	25	17,9%
Casado(a)	61	43,6%
Viúvo(a)	16	11,4%
Divorciado(a)	11	7,9%
Não consta	27	19,3%
Escolaridade		
Nenhum	7	5%
Infantil	2	1,4%
Alfabetização	2	1,4%
Ensino fundamental	36	25,9%
Ensino médio	22	15,8%
Ensino superior completo	5	3,6%
Não consta	65	46,8%
Local de residência		
Região Metropolitana do Recife	102	72,9%
Zona da Mata	17	12,1%
Agreste	11	7,9%
Sertão	7	5%
Vale do São Francisco	1	0,7%
Paraíba	2	1,4%

Tabela 2- Frequência de doença por sistema

Categorização das doenças	N	%
Patologias distintas		
AVC	3	2,1%
Demência	5	3,6%
Doença de Parkinson	1	0,7%
Infecção de pele	1	0,7%
Insuficiência cardíaca	1	0,7%
Neoplasias agrupadas por sistemas		
Sistema digestivo	42	30%
Sistema reprodutor feminino	32	22,9%
Sistema reprodutor masculino	15	10,7%
Sistema respiratório	12	8,6%
Sistema nervoso central	9	6,4%
Sistema urinário	6	4,3%
Sistema hematológico	6	4,3%
Sistema de pele	4	2,9%
Sistema imunológico	2	1,4%
Sistema osteomuscular	1	0,7%

Tabela 3- Sintomas refratários

Descrição do sintoma	N	%
Dor	82	58,6%
Dispneia	39	27,9%
Delirium	33	23,6%
Convulsões	5	3,6%

Tabela 4 - Medicações utilizadas

Medicações	N	%
Midazolam	36	25,7%
Haloperidol	93	66,4%
Clorpromazina	14	10%
Clonazepam	2	1,4%
Alprazolam	2	1,4%
Opioides	140	100%

Tabela 5- Via de administração da sedação

Via de administração	N	%
Intravenoso	80	57,1%
Subcutâneo	50	35,7%
Oral	10	7,1%

