



SEDAÇÃO PALIATIVA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS TERMINAIS EM CUIDADOS PALIATIVOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Bruna Paniguel Gehring Cardoso¹, Caliel Ribeiro Simas², Maria Alice Gonçalves Cardoso Carnevalli³.

REVISÃO DE LITERATURA

RESUMO

Este artigo tem por objetivo avaliar os aspectos clínicos da sedação paliativa realizada nos últimos 4 anos em pacientes oncológicos, levando em consideração a prevalência, indicação, tipo de sedação e o fármaco utilizado. Revisão integrativa no banco de dados da BVS, LILACS, SciELO, PubMed de trabalhos publicados entre 2019 e 2023, combinando os descritores "palliative care", "sedation" e "cancer" ao descritor booleano "AND". Os critérios de inclusão foram os artigos publicados em inglês ou português, pacientes adultos, portadores de neoplasia em cuidados paliativos e que estiveram submetidos à sedação paliativa. De 41 artigos, foram incluídos 5. As indicações mais frequentes para sedação paliativa foram delirium, dispneia e dor. Outros sintomas presentes nos estudos foram náusea, vômito e sofrimento existencial. Os benzodiazepínicos, principalmente o midazolam, foram os fármacos mais usados tanto na sedação contínua quanto na intermitente. Conclui-se que a sedação paliativa é uma importante terapia de conforto para os pacientes no fim da vida. Novas pesquisas devem ser realizadas para considerar outras opções terapêuticas na sedação paliativa.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos, Sedação, Câncer.

Palliative sedation in terminal cancer patients in palliative care: a literature review

ABSTRACT

This article aims to evaluate the clinical aspects of palliative sedation performed in the last 4 years in oncological patients, taking into account the prevalence, indication, type of sedation, and the drug used. Integrative review in the databases of BVS, LILACS, SciELO, PubMed of works published between 2019 and 2023, combining the descriptors "palliative care," "sedation," and "cancer" with the Boolean descriptor "AND." The inclusion criteria were articles published in English or Portuguese, adult patients, carriers of neoplasia in palliative care, and who were subjected to palliative sedation. Out of 41 articles, 5 were included. The most frequent indications for palliative sedation were delirium, dyspnea, and pain. Other symptoms present in the studies were nausea, vomiting, and existential suffering. Benzodiazepines, mainly midazolam, were the most used drugs both in continuous and intermittent sedation. It is concluded that palliative sedation is an important comfort therapy for end-of-life patients. Further research should be conducted to consider other therapeutic options in palliative sedation.

Keywords: Palliative care, Sedation, Cancer.

Instituição afiliada – ¹Universidade de Taubaté.

Dados da publicação: Artigo recebido em 29 de Abril e publicado em 19 de Junho de 2024.

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n6p1275-1291>

Autor correspondente: *Bruna Paniguel Gehring Cardoso* - bruna_gehring123@hotmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).





INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas tem ocorrido um envelhecimento progressivo da população, assim como o aumento da prevalência do câncer e de outras doenças crônicas. Em contrapartida, o avanço tecnológico, associado ao desenvolvimento da terapêutica, fez com que muitas doenças mortais se transformassem em doenças crônicas, o que leva à longevidade dos portadores dessas doenças. Apesar dos esforços dos pesquisadores e do conhecimento acumulado, a morte continua sendo uma certeza, ameaçando o ideal de cura e a preservação da vida para qual os profissionais da saúde são treinados (BELAR *et al.*, 2022).

Os pacientes sem possibilidade de tratamento modificador da doença acumulam-se nos hospitais e recebem, muitas vezes, assistência inadequada caracterizada por distanásia, focada na tentativa de cura, utilizando métodos invasivos e de alta tecnologia. Essas abordagens, ora insuficientes, ora exageradas e desnecessárias, na maioria das vezes ignoram o sofrimento. Além disso, são ineficazes, muitas vezes por falta de conhecimento adequado, para o tratamento dos sintomas mais prevalentes, como a dor. Não se trata de cultivar uma postura contrária à medicina tecnológica, mas de tentar o equilíbrio necessário entre o conhecimento científico e o humanismo para resgatar a dignidade da vida e a possibilidade de se morrer em paz (BHYAN *et al.*, 2021).

Diante desse cenário, os Cuidados Paliativos se inserem como uma medida extremamente necessária (TWYXCROSS, 2019). Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), publicada em 1990 e revista em 2002, “Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças ameaçadoras à continuidade da vida, através de prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e de outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual” (SCHILDMANN; CONSTANZE RÉMI; BAUSEWEIN, 2021).

Os Cuidados Paliativos não se baseiam em protocolos, mas sim em princípios: promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis; afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida; não acelerar nem adiar a morte; integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado do paciente; oferecer um sistema de



suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da morte; oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto; garantir abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto; melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença; iniciar o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas terapêuticas (HEDMAN *et al.*, 2022).

As conquistas da tecnologia médica moderna em manter e salvar vidas são reconhecidas e valorizadas, porém, alguns autores argumentam que, faz-se necessário entender a abordagem em cuidados paliativos como prática concomitante aos tratamentos modificadores de doença e não apenas mediante a tratamentos refratários ou doenças sem possibilidade de cura, por meio do controle de sintomas e alívio do sofrimento considerando as várias dimensões humanas, inclusive sua finitude (RUIZ-GIL; RÓDENAS-RIGLA, 2023).

Dessa forma, um dos principais objetivos dos cuidados paliativos é oferecer um melhor controle dos sintomas, tanto para que o paciente tenha melhor qualidade de vida quanto para que obtenha morte digna e serena (KLEIN *et al.*, 2023). Contudo, uma vez que a morte se torna iminente em paciente em fase terminal de uma doença avançada, há certos sintomas que podem se tornar intensos e de difícil controle, chamados "sintomas refratários". Tem-se, portanto, a terapia de sedação paliativa (TSP), a qual não deve ser indicada de forma rotineira e cujo objetivo é o alívio de tais sintomas (SURGES *et al.*, 2022).

A sedação paliativa 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 (CARACENI *et al.*, 2018). Considera-se presente sintoma refratário quando: todas as medidas farmacológicas e não farmacológicas para controlá-lo foram ineficazes; ou todas as medidas farmacológicas e não farmacológicas para controlá-lo geraram efeitos adversos excessivos ou intoleráveis; ou após consenso de equipe não existem métodos para alívio do sintoma em um tempo tolerável (RIJPSTRA *et al.*, 2023). Nesse aspecto, no fim da vida é muito



comum os pacientes apresentam alguns sintomas sendo um deles, a dor; por isso, a analgesia se faz tão necessária associado à sedação paliativa (WON *et al.*, 2019).

O objetivo geral deste trabalho é, por meio da análise da produção científica nacional e internacional indexadas às bases de dados BVS, LILACS, SciELO e PubMed, aprofundar o conhecimento acerca da sedação em cuidados paliativos sendo de fundamental importância na avaliação criteriosa dos pacientes oncológicos terminais que externam sinais e sintomas da mesma e na condução e tratamento adequados destes, reduzindo os impactos de morbimortalidade já conhecidos.

Como objetivos específicos, tem-se: avaliar os aspectos clínicos da sedação paliativa realizada nos últimos anos em pacientes oncológicos, levando em conta a prevalência, indicação, tipo de sedação, medicação utilizada e identificar o impacto desse tratamento na vida dos pacientes.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, que possui caráter amplo e se propõe a descrever o desenvolvimento de determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou contextual, mediante análise e interpretação da produção científica existente. Essa síntese de conhecimentos a partir da descrição de temas abrangentes favorece a identificação de lacunas de conhecimento para subsidiar a realização de novas pesquisas. Ademais, sua operacionalização pode se dar de forma sistematizadas com rigor metodológico (BRUM *et al.*, 2015).

Para responder à questão norteadora “*O que a literatura especializada em saúde, dos últimos cinco anos, traz a respeito sedação paliativa em pacientes oncológicos terminais em cuidados paliativos?*” foi acessada a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), na biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO), na Cochrane e na USA National Library of Medicine (PubMed).

Por meio da busca avançada, realizada em 15 de maio de 2024, utilizaram-se dos seguintes termos delimitadores de pesquisa como descritores para o levantamento de dados dos últimos 5 anos: “*sedação*”, “*cuidados paliativos*” e “*câncer*”. Este processo envolveu atividades de busca, identificação, fichamento de estudos, mapeamento e



análise. O recorte temporal justifica-se pelo fato de que estudos sobre sedação em pacientes oncológicos em cuidados paliativos, no Brasil, são pouco realizados.

Os dados coletados para a seleção dos artigos analisados neste estudo atenderam aos seguintes critérios de inclusão: tratar-se de um artigo original cujo objeto de estudo seja de interesse desta revisão integrativa, publicada nos últimos cinco anos. Já os critérios de exclusão foram: artigos de revisão, tese ou dissertação, relato de experiência e artigo que, embora trate de sedação em cuidados paliativos, não tratasse de situações específicas relacionadas aos pacientes oncológicos.

Inicialmente, foram encontradas 41 produções científicas com os descritores “sedação”, “cuidados paliativos” e “câncer”. Dos citados, foram selecionadas 40 produções científicas que apresentavam o texto na íntegra ou não, sendo que, apenas 38 atenderam ao critério de inclusão relativo ao idioma que era língua portuguesa e inglês.

Das 38 produções selecionadas, 36 atenderam ao critério de inclusão ao serem classificadas como artigos. Quando se aplicou o filtro relativo ao recorte temporal dos últimos cinco anos, foram selecionados 36 artigos. Desses, nove estavam duplicados por integrarem mais de uma base de dados, motivo pelo qual foram excluídos, restando 11 artigos. Após a leitura dos títulos e dos resumos dessas produções, 6 foram excluídos por não responderem à questão norteadora desse estudo, uma vez que se tratavam de patologias específicas, encontrando-se ilustrado na figura 1.

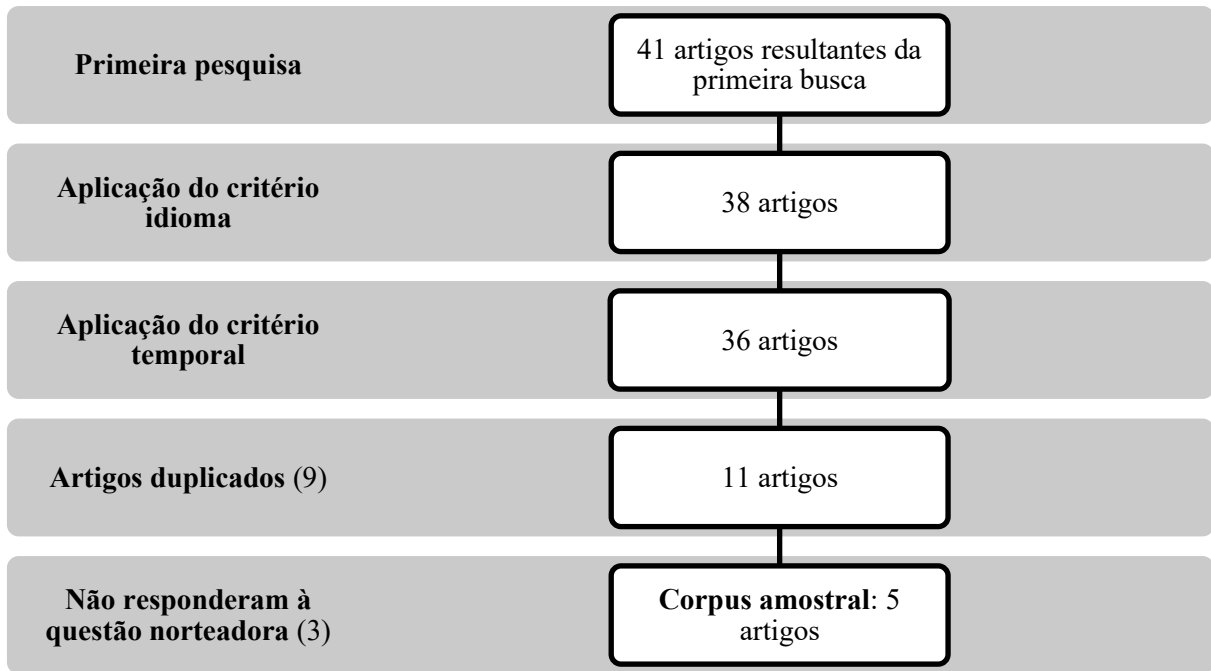


Figura 1. Fluxograma da Escolha dos Artigos

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A sedação paliativa é um procedimento médico que compreende a utilização de medicamentos que determinam a redução do nível de consciência com o objetivo de aliviar adequadamente um ou mais sintomas refratários em pacientes portadores de doenças avançadas em fase terminal (PRADO *et al.*, 2018).

Quando indicado o uso da sedação paliativa, familiares, pacientes e equipe de saúde podem confundi-la com eutanásia. No entanto, existem diferenças conceituais entre ambas, onde entende-se que a intenção da sedação é gerar o alívio do sofrimento e controle de sintomas refratários, enquanto, na eutanásia, trata-se de provocar a morte do paciente de forma intencional a pedido da própria pessoa ou de alguém que tenha autoridade legal para representá-la. Além disso, percebe-se que a sedação usa drogas sedativas em doses necessárias, apenas para controlar o curso da doença; enquanto, na eutanásia, há o uso de drogas letais em doses altas (TAN *et al.*, 2023).

Segundo alguns estudos, a sedação paliativa está indicada nos casos em que a presença de sintomas refratários determina sofrimento intenso e insuportável na fase final de vida. Os sintomas são considerados refratários quando, após o esgotamento de todos os recursos disponíveis, farmacológicos e não farmacológicos, eles ainda não



estão adequadamente controlados (COCKER; SINGY; JOX, 2022). Outros estudos apontam também que pode ser indicada em situações agudas emergenciais, como nos casos de 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 (WON et al., 2019).

A sedação pode ser classificada de acordo com a temporalidade (intermitente ou contínua) e intensidade (superficial ou profunda). A sedação intermitente é aquela que permite períodos de alerta do paciente; enquanto, a sedação contínua, diminui o nível de consciência permanentemente. Já a sedação superficial, mantém um nível de consciência no qual o paciente ainda pode se comunicar; enquanto, na sedação profunda, o paciente mantém-se em estado de inconsciência (RIJPSTRA et al., 2023).

Alguns autores pontuam que a morfina ou fentanil em bomba de infusão não é sedação paliativa, é analgesia. Dessa forma, recomendam a utilização de medicações sedativas ou não analgésicas como benzodiazepínicos, neurolépticos, barbitúricos e anestésicos. É digno de nota que o midazolam é o agente mais comumente usado pelo menor risco de efeitos colaterais e maior habilidade dos profissionais no manuseio. Na presença de delirium como sintoma predominante ou agitação paradoxal ou taquifilaxia com uso de benzodiazepínico, recomenda-se o uso de neuroléptico para sedação paliativa, se possível (LEE et al., 2022).

Alguns autores consideram que, após a revisão de diversos outros estudos, no contexto hospitalar, se o paciente não se encontra em uso de sedativos, pode-se associar o midazolam ao esquema terapêutico. De modo geral, inicia-se com doses de 5 a 15 mg, em 24 horas, sob bomba de infusão contínua e dose de resgate de 1 mg até de 1 em 1 hora e, na presença de delirium hiperativo terminal, associa-se clorpromazina ao esquema visando controle efetivo dos sintomas (Tabela 1) (KLEIN et al., 2023).

Tabela 1 – Esquema terapêutico na sedação paliativa

	Midazolam	Clorpromazina
Dose inicial	0,5 mg a 1 mg/hora	12,5 a 37,5 mg/dia



Diluição	100 ml de SF 0,9%, ou 250 ml de SG 5%, juntamente ao Midazolam: 7,5 a 15 mg em 24 hs em Bomba de Infusão Contínua (BIC)	100 ml de SF 0,9%, ou 250 ml de SG 5%, juntamente a Clorpromazina: 25 a 100 mg em 24 hs (BIC).
Dose efetiva	Sem dose teto (individualizar)	37,5 a 150 mg / dia
Via de administração	Via EV ou SC / Hipodermóclise.	Via SC / Hipodermóclise. Não aplicar via IM.

Fonte: adaptado de Klein *et al* (2023).

Para a sedação paliativa em casa, pode ser seguido o protocolo de indução e manutenção, onde essa pode ser manejada com midazolam 0,07 mg/kg, em bolo por via venosa. A manutenção é iniciada com 1 mg/h de midazolam administrados por via subcutânea; em caso de falha, é aumentado para 2 mg/h (VOUMARD *et al.*, 2018).

É digno de nota que, em pacientes idosos ou pacientes com disfunção renal ou aqueles em estado avançado de caquexia, recomenda-se o uso de doses iniciais menores (SANTIVASI; PARTAIN; WHITFORD, 2019). No mais, em pacientes pediátricos, não há um consenso na literatura quanto as drogas a serem usadas. No entanto, alguns autores, recomendam a utilização da droga de melhor manejo pelo profissional (RUIZ-GIL; RÓDENAS-RIGLA, 2023).

Os estudos mostram que a reavaliação deve ser realizada entre meia a uma hora após o início da sedação paliativa. Existem alguns instrumentos que podem auxiliar na avaliação do paciente sedado, sendo a escala de *Richmond Agitation Sedation Scale* (RASS) a mais utilizada (Tabela 2) (DE ARAÚJO; DE ARAÚJO; NASSAR JUNIOR, 2021).

Tabela 2 – Escala de Richmond de Agitação-Sedação (RASS)

Pontos	Classificação	Descrição
+4	Agressivo	Violento, perigoso
+3	Muito agitado	Conduta agressiva, remoção de tubos e catéteres
+2	Agitado	Movimentos sem coordenação frequente



+1	Inquieto	Ansioso, mas sem movimentos agressivos ou vigorosos
0	Alerta, calmo	
1	Sonolento	Não se encontra totalmente alerta, mas tem o despertar sustentado ao som da voz (> 10 segundos)
2	Sedação leve	Acorda rapidamente e faz contato visual com o som da voz (< 10 segundos)
3	Sedação moderada	Movimento ou abertura dos olhos ao som da voz, mas sem contato visual
4	Sedação profunda	Não responde ao som da voz, mas o movimenta ou abre com estimulação física
5	Incapaz de ser despertado	Não responde ao som da voz ou ao estímulo físico

Fonte: adaptado de Nassar Junior *et al* (2008).

Paralelamente a esse contexto da sedação paliativa, a abordagem da dor no paciente oncológico paliativo é uma estratégia eficaz na promoção de saúde e educação do paciente, cuidadores e familiares. A partir dos cuidados paliativos, desenvolve-se a dor para além do físico, através do conceito de “dor total”. Essa ideia foi concebida por Cicely Saunders que compreendeu a dor com características multidimensionais, apresentando componenetes físico, psicológico, social/familiar e espiritual (LARA-SOLARES *et al.*, 2017).

No analgesia paliativa, deve-se avaliar a melhor via de administração caso a caso, ponderando a capacidade de deglutição do paciente e, em caso de impossibilidade de via oral, priorizar as vias endovenosa e subcutânea. Segundo alguns autores, o esquema analgésico deve ser organizado de modo a manter a analgesia de horário, com resgates disponíveis se necessário; sempre que possível, a associação com analgésico simples é valiosa para controle de dor e menor necessidade de opioides (BOESCH, 2019).

Tabela 3 – Manejo farmacológico da dor

Medicação	Via de administração	Doses
------------------	-----------------------------	--------------



Dipirona sódica 500 mg comprimido	Oral ou enteral	500 mg a 1g a cada 6 ou 4 horas
Dipirona sódica 500 mg/mL gotas		
Dipirona sódica 1g/2mL	Endovenosa ou subcutânea	1g a cada 6 ou 4 horas
Paracetamol 500 mg comprimido	Oral ou enteral	500 mg a 1g a cada 6 horas – dose máxima de 4g por dia
Paracetamol 200 mg/mL gotas		
Morfina	Oral ou enteral	Dose inicial: 5 mg a cada 4 horas
	Endovenosa ou subcutânea	Dose inicial: 1mg a cada 4 horas em bolus ou 10 mg em bomba de infusão em 24 horas

Fonte: adaptado de Boesch (2019).

A avaliação da dor deve ser realizada através de entrevista e exame físico, com o objetivo de identificar o tipo de dor (nociceptiva, neuropática ou mista) e compreender como isso afeta o indivíduo não somente na esfera física, mas também nas dimensões emocional, social e espiritual. Para medir a intensidade de forma objetiva, permitindo comparações acerca da melhoria com as intervenções, existem escalas validadas que atendem diversas populações como a Escala de Avaliação de Dor em Demência Avançada (PAINAD, acrônimo em inglês) e a *Palliative Performance Scale* (PPS), por exemplo (VOLBERG; WULF; SCHUBERT, 2023).

A *Palliative Performance Scale* (PPS) foi desenvolvida em 1996 no Canadá e aperfeiçoada em 2002. O PPS pode ser utilizado como instrumento de comunicação, descrevendo rapidamente o estado funcional atual do paciente (Tabela 4). É útil como critério de avaliação da capacidade de trabalho e tem valor prognóstico, quando associado a outros sintomas como edema, delirium, dispnéia e caquexia (SHOLJAKOVA et al., 2018).

Tabela 4 – Escala de Performace Paliativa (PPS)

%	Deambulação	Atividade e evidência da doença	Auto- cuidado	Ingesta	Nível de consciência
100	Completa	Atividades e trabalho normais, sem evidência de doença	Completo	Normal	Completa
90	Completa	Atividades e trabalho normais, alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completa
80	Completa	Atividades normais com esforço, algumas evidência de doença	Completo	Normal ou reduzida	Completa
70	Reduzida	Incapaz para hobbies ou trabalho, doença significativa	Completo	Normal ou reduzida	Completa
60	Reduzida	Incapaz para hobbies ou trabalho	Assistência ocasional	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão



		doméstico, doença significativa			
50	Maior parte do tempo sentado ou acamado	Incapacidade para qualquer trabalho, doença extensa	Assistência considerável	Normal ou reduzida	Completa ou períodos de confusão
40	Maior parte do tempo acamado	Incapaz para a maioria das atividades, doença extensa	Assistência quase completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência ou +/- confusão
30	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Normal ou reduzida	Completa ou sonolência ou +/- confusão
20	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Mínima a pequenos goles	Completa ou sonolência ou +/- confusão
10	Totalmente acamado	Incapaz para qualquer atividade, doença extensa	Dependência completa	Cuidados com a boca	Sonolência ou coma +/- confusão
0	Morte				

Fonte: adaptado de Scholjakova *et al* (2018).



Além do manejo adequado dos sintomas durante a realização da sedação paliativa, alguns cuidados de final de vida, devem ser priorizados: manter em jejum em casos de sedação profunda: dieta de conforto em casos de sedação superficial; evitar excesso de hidratação que pode determinar congestão pulmonar, edema periférico e aumento de secreções; manter medicamentos essenciais para o controle de sintomas, como analgésicos e 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 (CARACENI *et al.*, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sedação paliativa é uma importante terapia de conforto para os pacientes no fim da vida, como ocorre nos casos de pacientes oncológicos terminais. É utilizada como recurso, forma de conduta e cuidado através do alívio dos sintomas, promovendo o maior bem-estar possível, mesmo quando a cura não é possível. A sedação paliativa é feita de modo com que o paciente possa viver seus momentos restantes com maior conforto. Novas pesquisas devem ser realizadas para considerar outras opções terapêuticas, aprofundando o manejo da sedação paliativa.

REFERÊNCIAS

BELAR, A. *et al.* The Decision-Making Process for Palliative Sedation for Patients with Advanced Cancer—Analysis from a Systematic Review of Prospective Studies. **Cancers**, v. 14, n. 2, p. 301, 8 jan. 2022.

BHYAN, P. *et al.* **Palliative Sedation**. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29262025/>>.

BRUM, C.N. *et al.* Revisão narrativa de literatura: aspectos conceituais e metodológicos na construção do conhecimento da enfermagem. In: LACERDA, M.R.; COSTENARO, R.G.S. (Orgs). Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática. Porto Alegre: Moriá, 2015.

BOESCH, J. M. Advances in Pain Management: Palliative Care Applications. **Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice**, v. 49, n. 3, p. 445–461, maio 2019.

CARACENI, A. *et al.* Palliative Sedation in Terminal Cancer Patients Admitted to Hospice or Home



Care Programs: Does the Setting Matter? Results From a National Multicenter Observational Study. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 56, n. 1, p. 33–43, 1 jul. 2018.

COCKER, A.; SINGY, P.; JOX, R. J. How should health care providers inform about palliative sedation? A qualitative study with palliative care professionals. **European Journal of Cancer Care**, 29 abr. 2022.

DE ARAUJO, C. Z. S.; DE ARAÚJO, L. Z. S.; NASSAR JUNIOR, A. P. Palliative sedation in patients with advanced cancer in a specialized unit in a middle-income country: A retrospective cohort study. **Palliative and Supportive Care**, p. 1–5, 24 ago. 2021.

HEDMAN, C. *et al.* Sedation in specialized palliative care: A cross-sectional study. v. 17, n. 7, p. e0270483–e0270483, 8 jul. 2022.

KLEIN, T. *et al.* Sedation in palliative care—a clinically oriented overview of guidelines and treatment recommendations. **Deutsches Ärzteblatt International**, 7 abr. 2023.

LARA-SOLARES, A. *et al.* Latin-American guidelines for cancer pain management. **Pain Management**, v. 7, n. 4, p. 287–298, jul. 2017.

LEE, S. H. *et al.* Palliative Sedation in End-of-Life Patients in Eastern Asia: A Narrative Review. **Cancer Research and Treatment**, 19 abr. 2022.

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**, v. 126, n. 4, p. 215–219, jul. 2008.

PRADO, B. L. *et al.* Continuous palliative sedation for patients with advanced cancer at a tertiary care cancer center. **BMC Palliative Care**, v. 17, n. 1, 4 jan. 2018.

RIJPSTRA, M. *et al.* Monitoring the clinical practice of palliative sedation (PALSED) in patients with advanced cancer: an international, multicentre, non-experimental prospective observational study protocol. **BMC Palliative Care**, v. 22, n. 1, 28 jan. 2023.

RUIZ-GIL, T.; RÓDENAS-RIGLA, F. Quality of Care in Pediatric Palliative Care: A Scoping Review. **Children**, v. 10, n. 12, p. 1922, 13 dez. 2023.

SANTIVASI, W. L.; PARTAIN, D. K.; WHITFORD, K. J. The role of geriatric palliative care in hospitalized older adults. **Hospital Practice**, v. 48, n. sup1, p. 37–47, 22 dez. 2019.

SCHILDMANN, E.; CONSTANZE RÉMI; BAUSEWEIN, C. Sedierung in der Palliativversorgung – Schritt für Schritt. **Deutsche Medizinische Wochenschrift**, v. 146, n. 11, p. 763–768, 1 jun. 2021.

SHOLJAKOVA, M. *et al.* Pain Relief as an Integral Part of the Palliative Care. **Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences**, v. 6, n. 4, p. 739–741, 6 abr. 2018.

SURGES, S. M. *et al.* Review of European Guidelines on Palliative Sedation: A Foundation for the



Updating of the European Association for Palliative Care Framework. **Journal of Palliative Medicine**, v. 25, n. 11, p. 1721–1731, 1 nov. 2022.

TAN, F. et al. Continuous palliative sedation in terminally ill patients with cancer: a retrospective observational cohort study from a Chinese palliative care unit. **BMJ Open**, v. 13, n. 5, p. e071859–e071859, 1 maio 2023.

TWYXCROSS, R. Reflections on palliative sedation. **Palliative Care: Research and Treatment**, v. 12, p. 117822421882351, jan. 2019.

VOLBERG, C.; WULF, H.; SCHUBERT, A.-K. Schmerztherapie in der Palliativmedizin. **AINS - Anästhesiologie · Intensivmedizin · Notfallmedizin · Schmerztherapie**, v. 58, n. 02, p. 95–110, fev. 2023.

VOUMARD, R. et al. Geriatric palliative care: a view of its concept, challenges and strategies. **BMC Geriatrics**, v. 18, n. 1, p. 1–6, 20 set. 2018.

WON, Y.-W. et al. Clinical Patterns of Continuous and Intermittent Palliative Sedation in Patients With Terminal Cancer: A Descriptive, Observational Study. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 58, n. 1, p. 65–71, jul. 2019.