

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA

ANA CAROLINA FERNANDES PEREIRA

**PROTOCOLO HOSPITALAR PARA SEDAÇÃO PALIATIVA EM PACIENTES ADULTOS
EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Uberlândia/MG

2026

ANA CAROLINA FERNANDES PEREIRA

**PROTOCOLO HOSPITALAR PARA SEDAÇÃO PALIATIVA EM PACIENTES ADULTOS
EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Comissão de Residência
Médica da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Uberlândia, como
requisito parcial para obtenção do título de
Especialista.

Área de concentração: Clínica Médica
Orientador (a): Dr. Marcelo de Freitas Mendonça

Uberlândia/MG

2026

RESUMO

INTRODUÇÃO: A sedação paliativa, embora seja uma prática de fim de vida, é um reflexo do compromisso dos Cuidados Paliativos com o alívio do sofrimento, mesmo quando a cura não é mais possível. A correta compreensão de seus aspectos técnicos, éticos e legais é fundamental para a humanização da assistência e para o respeito à dignidade do paciente em seus momentos finais. **OBJETIVO:** Este trabalho teve como objetivo elaborar um protocolo institucional para avaliação e manejo da sedação paliativa em pacientes adultos sob cuidados paliativos internados no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia/Ebserh (HC UFU/Ebserh). **MÉTODO:** Foi realizada revisão narrativa da literatura, com foco em revisões sistemáticas e diretrizes clínicas relevantes, abordando aspectos clínicos, farmacológicos, diagnóstico e estratégias terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas. **RESULTADOS:** Foi elaborado um protocolo, estabelecendo abordagem clínica, o uso racional medicamentoso, a reavaliação clínica sistemática e a atuação multiprofissional. De acordo com as evidências mais atuais, sistematizar a abordagem dos cuidados paliativos por meio de protocolo multiprofissional, além de padronizar as condutas, promove a segurança do paciente, otimiza o controle dos sintomas e contribui para a melhoria da qualidade assistencial em cuidados paliativos no âmbito hospitalar. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** O protocolo para avaliação, indicação e manejo da sedação paliativa em pacientes adultos sob cuidados paliativos foi desenvolvido e fundamentado nas melhores evidências científicas disponíveis e adaptado à prática institucional, favorecendo a qualidade e segurança na assistência.

Palavras-chave: Sedação Paliativa; Cuidados paliativos; Protocolos clínicos.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Palliative sedation, although an end-of-life practice, reflects the commitment of Palliative Care to alleviating suffering, even when a cure is no longer possible. A correct understanding of its technical, ethical, and legal aspects is fundamental to the humanization of care and to respecting the dignity of the patient in their final moments. **OBJECTIVE:** This study aimed to develop an institutional protocol for the evaluation and management of palliative sedation in adult patients under palliative care hospitalized at the University Hospital of the Federal University of Uberlândia/Ebserh (HC UFU/Ebserh). **METHOD:** A narrative literature review was conducted, focusing on relevant systematic reviews and clinical guidelines, addressing clinical, pharmacological, diagnostic, and pharmacological and non-pharmacological therapeutic strategies. **RESULTS:** A protocol was developed, establishing a clinical approach, rational medication use, systematic clinical reassessment, and multidisciplinary action. According to the most current evidence, systematizing the approach to palliative care through a multidisciplinary protocol, in addition to standardizing procedures, promotes patient safety, optimizes symptom control, and contributes to improving the quality of care in palliative care within the hospital setting. **Final considerations:** The protocol for the evaluation, indication, and management of palliative sedation in adult patients under palliative care was developed and based on the best available scientific evidence and adapted to institutional practice, favoring quality and safety.

Keywords: Palliative Sedation; Palliative Care; Clinical Protocols.

LISTA DE INFOGRÁFICOS E QUADROS

Quadro 01- Sedação paliativa x eutanásia

Quadro 02- Infográfico geral sobre o Midazolam

Quadro 03- Fluxograma sedação paliativa

Quadro 04- Tabela medicações em sedação paliativa

Quadro 05- Escala de avaliação dos níveis de sedação

SUMÁRIO

1 Introdução, definição e aspectos ético-legais da sedação paliativa.....	7
2 Objetivo do protocolo de sedação paliativa.....	10
2.1 Objetivos Gerais.....	10
2.2 Objetivos específicos.....	10
3 Profissionais-alvo do protocolo de sedação paliativa.....	11
4 Métodos para elaboração do protocolo de sedação paliativa.....	12
4.1 Revisão narrativa da literatura sobre sedação paliativa.....	12
4.2 Critérios de inclusão dos estudos.....	13
4.3 Critérios de exclusão dos estudos.....	14
5 Discussão.....	15
6 Sugestão de prescrição em sedação paliativa.....	17
7 Cuidados após o início da sedação paliativa.....	25
8 Monitoramento do paciente em sedação paliativa.....	26
9. Notas importantes e considerações finais.....	27
9 Data prevista para revisão do protocolo.....	28
10 Referências bibliográficas.....	29

1- INTRODUÇÃO, DEFINIÇÃO E ASPECTOS ÉTICOS-LEGAIS

A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou sua primeira definição de Cuidados Paliativos em 1990, a qual foi revisada em 2002 e em 2017 . A definição atual consiste em: “Cuidado paliativo é uma abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e suas famílias, que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Previne e alivia o sofrimento, através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais” (OMS, 2017). Os cuidados paliativos não devem substituir os cuidados curativos, e sim serem introduzidos no cuidado do paciente de forma mais precoce juntamente com o tratamento modificador de doença. Estima-se que a necessidade por cuidados paliativos no mundo deve aumentar progressivamente nos próximos anos, com expectativa de que dobre até o ano de 2060. As principais doenças com demanda para cuidados paliativos conforme o Worldwide Palliative Care Alliance de 2020 são: câncer, HIV, cerebrovascular e demência (CONNOR, 2020). A implementação de protocolos assistenciais, como o proposto neste trabalho, é crucial para garantir a qualidade e a padronização do cuidado em situações complexas como a sedação paliativa. A ausência de diretrizes claras pode levar a variações na prática clínica, resultando em subtratamento ou tratamento inadequado do sofrimento do paciente. Este protocolo, detalhado no Quadro 03- Fluxograma sedação paliativa, visa, portanto, ser um guia prático e baseado em evidências para a equipe multidisciplinar do Hospital das Clínicas de Uberlândia, assegurando que a decisão e a execução da sedação paliativa sejam realizadas de forma ética, legal e tecnicamente correta. A sedação paliativa, embora seja uma prática de fim de vida, é um reflexo do compromisso dos Cuidados Paliativos com o alívio do sofrimento, mesmo quando a cura não é mais possível. A correta compreensão de seus aspectos técnicos, éticos e legais é fundamental para a humanização da assistência e para o respeito à dignidade do paciente em seus momentos finais. Segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP) ,define-se Sedação Paliativa (SP) como 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

.

Considera-se presente sintoma refratário quando:

- Todas as medidas farmacológicas e não farmacológicas para controlá-lo foram ineficazes;
- Todas as medidas farmacológicas e não farmacológicas para controlá-lo geraram efeitos adversos excessivos ou intoleráveis;
- Após consenso de equipe não existem métodos para alívio do sintoma em um tempo tolerável.

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

Diferentemente do sintoma refratário, um sintoma de difícil controle é aquele que, embora não responda imediatamente às abordagens terapêuticas iniciais, ainda pode ser controlado com uma investigação mais aprofundada e a aplicação de intervenções mais específicas e especializadas, sejam elas farmacológicas ou não. Nesses casos, ainda existem opções de tratamento que podem proporcionar alívio ao paciente, embora exijam uma abordagem mais intensiva ou a consulta com especialistas.

A sedação paliativa pode ser classificada conforme o grau, em leve ou consciente, quando a consciência é mantida permitindo a comunicação com o doente, e profunda, quando o doente permanece semiconsciente ou inconsciente (ANCP,2012). De acordo com a duração é classificada em intermitente, quando o doente tem alguns períodos de alerta, e contínua, quando inconsciente até o óbito. Para ser indicada a sedação contínua e profunda, a doença deve ser irreversível e avançada, com morte esperada para horas ou dias (ANCP,2012). A sedação de alívio temporário é uma sedação transitória na qual o doente é sedado por um tempo limitado, de 24 a 48 horas, no sentido de quebrar um ciclo de dor, ansiedade ou sofrimento. Para sua administração é necessária a obtenção do consentimento verbal do paciente ou de seu representante legal, no caso de incapacidade. A Sedação Paliativa é um procedimento médico, eticamente aceito, e que difere em sua

definição, intenção, meios e desfecho em relação à eutanásia. Eutanásia é a conduta de abreviar a vida, em virtude de compaixão, frente um paciente incurável, o qual enfrenta intensa dor física ou psíquica e com a iminente certeza de morte. Esta prática é considerada ilegal em nosso país (HOSPITAL ISRAELITE ALBERT EINSTEIN, Guia do Episódio de Cuidado: Sedação Paliativa, v.4. São Paulo: HIAE, 2023) . No Quadro 01, Sedação paliativa x eutanásia, temos exemplificado um comparativo sobre as diferenças gerais entre a sedação paliativa e a eutanásia.

Resolução CFM Nº 1.805/2006(Publicada no D.O.U., 28 nov. 2006, Seção I, pg. 169) (CFM, 2006): “Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal”

Código de Ética Médica: Resolução CFM nº2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções nº 2.222/2018 e 2.226/2019 (CFM,2018):

- Capítulo I, item XXII - Princípios fundamentais: “Nas situações clínicas irreversíveis e terminais, o médico evitará a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos desnecessários e propiciará aos pacientes sob sua atenção todos os cuidados paliativos apropriados”.
- Capítulo V, Art. 41 - É vedado ao médico: “Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal”. Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

2- OBJETIVO

2.1 OBJETIVOS GERAIS

1. Sintetizar as evidências científicas disponíveis nas principais diretrizes relacionadas à temática da sedação paliativa.
2. Adaptar as recomendações das principais diretrizes relacionadas à sedação paliativa à realidade do Hospital de Clínicas de Uberlândia.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Uniformizar e padronizar a assistência nos pacientes em cuidados de fase final de vida que se beneficiam da sedação paliativa no Hospital de Clínicas de Uberlândia;
- Valorizar as práticas baseadas em evidências científicas entre os profissionais de saúde do Hospital de Clínicas de Uberlândia.

3. PROFISSIONAIS-ALVO DESTE PROTOCOLO

- Todos os profissionais de saúde do Hospital de Clínicas de Uberlândia envolvidos com a assistência à pacientes em fase de terminalidade de vida com foco em cuidados paliativos;
- Todos os profissionais em processo de formação no Hospital de Clínicas de Uberlândia bem como especializandas(os) e residentes de programas de pós-graduação relacionados à área da Saúde que estejam associados à assistência de pacientes portadores de doenças avançadas em fase terminal

4. METODOLOGIA PARA ELABORAÇÃO DESTE PROTOCOLO

O presente estudo foi desenvolvido por meio de uma abordagem metodológica baseada em evidências científicas, com o objetivo de elaborar um protocolo institucional para sedação paliativa em pacientes adultos sob cuidados paliativos.

4.1 Revisão Narrativa da Literatura

Foi realizada uma revisão narrativa da literatura, com foco em revisões sistemáticas e diretrizes clínicas relevantes. Essa etapa permitiu a compreensão abrangente dos aspectos clínicos, farmacológicos, diagnósticos e das estratégias terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas relacionadas à sedação paliativa.

Pesquisa em Bases de Dados

A busca bibliográfica foi conduzida em bases de dados científicas reconhecidas, incluindo:

PubMed

SciELO

LILACS

Essas plataformas foram utilizadas para identificar estudos atualizados e de alta relevância sobre cuidados paliativos e sedação paliativa.

Seleção de Evidências

Os estudos identificados foram analisados e selecionados com base em critérios de relevância clínica, atualidade das publicações e qualidade metodológica. Foram priorizadas diretrizes clínicas, revisões sistemáticas e literatura consolidada na área de cuidados paliativos.

Avaliação das Diretrizes

As diretrizes selecionadas passaram por análise crítica quanto à sua aplicabilidade clínica, consistência das recomendações e adequação à realidade institucional, visando subsidiar

Síntese Metodológica

O objetivo da metodologia adotada foi garantir uma abordagem abrangente, sistematizada e fundamentada nas melhores evidências científicas disponíveis, assegurando rigor científico e aplicabilidade prática no desenvolvimento do protocolo institucional de sedação paliativa.

Critérios de Inclusão e Exclusão dos Estudos

Para a elaboração deste protocolo, foram selecionados estudos, diretrizes e publicações que atendessem aos seguintes critérios, baseados nas referências bibliográficas analisadas:

4.2 Critérios de Inclusão

Foram incluídos na revisão os seguintes tipos de publicações:

Diretrizes e Definições de Cuidados Paliativos: Documentos de organizações de referência, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) (OMS,2002) e a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), que estabelecem as definições e os princípios fundamentais dos cuidados paliativos e da sedação paliativa.

Revisões Sistemáticas e Guias de Prática Clínica: Estudos como as diretrizes de prática clínica sobre sedação paliativa , revisões de diretrizes europeias e guias de prática clínica sobre cuidados paliativos (CASSEFO; ISSAKA; NAKAEMA, 2018), que compilam e analisam a evidência científica disponível sobre o tema.

Protocolos e Manuais Institucionais: Publicações de instituições de saúde de referência, como o guia do Hospital Israelita Albert Einstein (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Guia do Episódio de Cuidado: Sedação Paliativa. v.4. São Paulo: HIAE, 2023.) e o protocolo de Sedação Paliativa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que descrevem a aplicação prática da sedação paliativa em ambiente hospitalar.

Artigos Científicos e Capítulos de Livros: Artigos originais e capítulos de livros que abordam aspectos específicos da sedação paliativa, como a sua indicação e

manejo, a adaptação de escalas de avaliação e a sua definição e práticas .

14

Resoluções e Normativas Éticas: Resoluções do Conselho Federal de Medicina que orientam a prática médica em fim de vida e estabelecem os limites éticos e legais da sedação paliativa no Brasil.

4.3 Critérios de Exclusão

Foram excluídos da revisão os seguintes tipos de publicações:

Estudos com Foco em População Pediátrica: Artigos e diretrizes que abordam exclusivamente a sedação paliativa em crianças e adolescentes, por demandarem protocolos específicos.

Relatos de Caso e Séries de Casos com Baixo Nível de Evidência: Estudos com desenho metodológico que não permite a generalização dos resultados.

Publicações com Mais de 15 Anos: Foram priorizadas as publicações dos últimos 15 anos para garantir a atualidade das informações, com exceção de documentos históricos e definições seminais, como a da OMS de 2002 (OMS, 2002).

Estudos em Idiomas Diferentes de Português, Inglês ou Espanhol: Para garantir a viabilidade da análise, foram selecionados estudos publicados nesses três idiomas.

5.DISCUSSÃO

A indicação da sedação paliativa surge como uma intervenção de última linha para o manejo de sintomas refratários, aqueles que persistem apesar da otimização das terapias convencionais. A complexidade desses sintomas reside em sua natureza multifatorial e, muitas vezes, na sua etiologia fisiopatológica avançada, que escapa ao controle farmacológico padrão (CASSEFO; ISSAKA; NAKAEMA, 2018). Sintomas como a dispneia refratária em pacientes com doença pulmonar avançada ou a dor total (que engloba dimensões físicas, psicológicas, sociais e espirituais) em pacientes oncológicos, exigem uma abordagem que transcende a simples administração de analgésicos. O delirium hiperativo, por exemplo, pode ser refratário devido a alterações neuroquímicas irreversíveis no contexto da falência orgânica, tornando a sedação o meio eficaz de alívio do sofrimento. O mecanismo de ação dos fármacos sedativos visa a depressão do sistema nervoso central, principalmente através da modulação de neurotransmissores. O Midazolam, o benzodiazepínico de escolha, atua potencializando o efeito inibitório do ácido gamaaminobutírico (GABA), resultando em ansiólise, sedação e amnésia. Já os neurolépticos, como a Levomepromazina, atuam bloqueando receptores dopaminérgicos e histamínicos, sendo particularmente eficazes no manejo do delirium (PROMMER,2020).

Distinção Ética e o Princípio do Duplo Efeito

A sedação paliativa é frequentemente alvo de questionamentos éticos, sendo indevidamente confundida com a eutanásia. É fundamental a distinção baseada na intenção do ato médico. Na sedação paliativa, a intenção primária é o alívio do sofrimento refratário, e não a abreviação da vida. O potencial efeito de encurtamento da vida, se ocorrer, é um efeito secundário não intencional, o que se enquadra no Princípio do Duplo Efeito (CFM,2018). A literatura científica tem demonstrado consistentemente que a sedação paliativa, quando corretamente indicada e titulada, não interfere negativamente na sobrevida dos pacientes em fase final de vida. Isso reforça o caráter ético e legal do procedimento, que é amparado pelas resoluções

do Conselho Federal de Medicina (CFM) no Brasil (CFM,2006), (CFM 2018).A chave

16

para a prática ética e segura é a Sedação Proporcional. O nível de sedação deve ser o mínimo necessário para controlar o sintoma refratário, mantendo o paciente no nível de consciência mais elevado possível. A titulação da dose e a reavaliação contínua são imperativas, garantindo que o objetivo terapêutico seja sempre o alívio do sofrimento e não o rebaixamento desnecessário da consciência. A decisão deve ser sempre compartilhada com o paciente (se possível) ou seu representante legal, e registrada de forma clara no prontuário. (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Guia do Episódio de Cuidado: Sedação Paliativa. v.4. São Paulo: HIAE, 2023.)

6. SUGESTÃO DE PRESCRIÇÃO

A literatura propõe quatro classes de fármacos para a sedação: benzodiazepínicos, neurolépticos, barbitúricos e anestésicos. No Brasil, opta-se principalmente pelo midazolam, que, associado à morfina, tem sido o padrão para dispneia refratária. Em caso de delírio agitado, é mais indicado iniciar com um neuroléptico como a clorpromazina. O uso de anestésicos como o propofol tem sido descrito em casos de resposta inadequada ao midazolam. O midazolam é o mais frequentemente referido como droga de primeira escolha, e suas características principais estão descritas no Quadro 02- Infográfico geral sobre o Midazolam. É facilmente titulável, tem rápido início de ação (2 minutos após administração intravenosa) e de curta ação (1,5 a 2,5 horas). Pode ser administrado por via intravenosa e subcutânea, tanto em bolus quanto em bomba de infusão contínua. A dose máxima recomendada é de 120 a 160 mg por dia. O fluxograma sobre as orientações gerais do uso do Midazolam na Sedação paliativa, prescrição e seguimento estão descritos abaixo e resumidos na forma de um infográfico exemplificado no Quadro 03- Fluxograma sedação paliativa. É importante destacar que drogas antifúngicas e alguns antibióticos podem potencializar o efeito do midazolam, atingindo-se sedação profunda mesmo em dose baixa. O uso crônico de anticonvulsivantes (carbamazepina, fenitoína) e rifampicina promove diminuição da atividade sedativa. A dexmedetomidina é mencionada pontualmente em algumas diretrizes como opção alternativa para sedação paliativa, especialmente em ambientes com monitorização intensiva. Seu uso, no entanto, ainda é restrito devido ao risco de bradicardia e hipotensão, e não é considerado de primeira linha. As demais drogas estudadas, fundamentadas e usualmente utilizadas nos protocolos de sedação paliativa e controle de sintomas refratários estão melhores descritas no Quadro 04- Tabela medicações em sedação paliativa .

APRESENTAÇÃO DO FLUXOGRAMA DE PRESCRIÇÃO

INÍCIO:

Paciente com sintoma refratário em cuidados paliativos

ETAPA 1: Avaliação por Profissional Habilitado Médico com experiência em cuidados paliativos Avaliação interdisciplinar e multidisciplinar (quando possível)

Questão de Decisão 1: Sintoma é refratário? Todas as medidas farmacológicas foram ineficazes? OU •Todas as medidas geraram efeitos adversos excessivos? OU •Não existem métodos para alívio em tempo tolerável?

Se SIM, Prosseguir para Etapa 2.

Se NÃO: Retornar para otimização de tratamento convencional

ETAPA 2: Comunicação e Consentimento

Discussão com: •Paciente (quando possível) • Familiares • Cuidadores

Informações a serem abordadas:

•Condição geral do paciente • Causa dos sintomas •Esclarecimento sobre prognóstico
•Ineficácia dos tratamentos prévios • Conceito, objetivos e características da sedação paliativa • Métodos, riscos, benefícios e possíveis desfechos • Abordagem culturalmente sensível • Valores e preferências do paciente

Questão de Decisão 2:

Consentimento obtido?→ SIM: Prosseguir para Etapa 3

→ NÃO: Documentar recusa e manter cuidados paliativos convencionais

ETAPA 3: Registro em Prontuário

Documentar:

19

- Descrição da indicação da sedação paliativa
- Nomes das pessoas que participaram da discussão
- Diretivas antecipadas de vontade
- Escolha da medicação e via de administração
- Profundidade planejada
- Horários de início e término (se intermitente)
- Comunicação com equipe multiprofissional

ETAPA 4: Escolha do Tipo de Sedação

Questão de Decisão 3:

Qual tipo de sedação?

SEDAÇÃO CONTÍNUA: Ir para Etapa 5A

SEDAÇÃO INTERMITENTE: Ir para Etapa 5B

ETAPA 5A: Protocolo de Sedação Contínua

Escolha da Via de administração:

Questão de Decisão 4:

Qual via utilizar? → Via Endovenosa (EV) - Ação mais rápida

→ Via Subcutânea (SC) - Menos invasiva

5A.1

- DOSE DE ATAQUE

• EV: Bolus de 1,25 mg

• SC: Bolus de 2,5 mg

5A.2

- DOSE INICIAL

- Infusão contínua: 0,5 a 1 mg/h

20

Considerações Especiais:

Questão de Decisão 5: Paciente é idoso, baixo peso ou tem disfunção hepática/renal?

→ SIM: Iniciar com METADE da dose e intervalos maiores (6- 8h)

→ NÃO: Seguir dose padrão

5A.3 TITULAÇÃO Passo 1: Avaliar resposta após dose inicial

Questão de Decisão 6: Sintoma controlado adequadamente?

→ SIM: Manter dose atual e ir para Etapa 6 (Monitoramento)

→ NÃO: Prosseguir com titulação

Passo 2: Administrar bolus adicional

- Dose: Metade da dose inicial
- Repetir após 20 min (SC) ou 5 min (IV) se necessário
- Pode administrar 2 a 3 bolus adicionais nas primeiras horas

Passo 3: Titular a cada 30 minutos

- Aumentar 0,5 a 1 mg/h
- Até controle adequado do sintoma

Passo 4: Verificar dose atual

Questão de Decisão 7: Dose atual está acima de 10 mg/h?

→ SIM: Considerar adicionar ou mudar medicação

- Avaliar adição de Clorpromazina (se delirium predominante)
- Avaliar Fenobarbital (se agitação refratária)
- Dose máxima recomendada: 20 mg/h

NÃO: Continuar titulação conforme necessário

ETAPA 5B: Protocolo de Sedação Intermitente

5B.1 - INÍCIO DA SEDAÇÃO

- Administrar bolus inicial e dose de manutenção
- Usar doses que foram ideais na última vez (se já realizado anteriormente)

5B.2 – MANUTENÇÃO

- Manter sedação pelo período planejado

5B.3 - INTERRUPTÃO PROGRAMADA

Questão de Decisão 8: Qual via está sendo utilizada?

- Via IV: Interromper 30 minutos antes do despertar esperado
- Via SC: Interromper 2 horas antes do despertar esperado

5B.4 - DESPERTAR DO PACIENTE

- Aguardar despertar esperado
- Avaliar condição do paciente

5B.5 - REINÍCIO DA SEDAÇÃO

Questão de Decisão 9: Necessário reiniciar sedação?

- SIM: Administrar bolus inicial e dose de manutenção anterior
- NÃO: Manter paciente acordado com cuidados

ETAPA 6: Monitoramento com Escala RASS

6.1 - FASE INICIAL (até sedação adequada)

- Avaliar a cada 20 minutos

- Usar Escala RASS

22

Escala RASS:

- +4: Combativo (reduzir sedação ou avaliar causa)
- +3: Muito agitado (reduzir sedação ou avaliar causa)
- +2: Agitado (reduzir sedação ou avaliar causa)
- +1: Inquieto (reduzir sedação ou avaliar causa)
- 0: Alerta e calmo (aumentar sedação se sintoma não controlado)
- -1: Sonolento (avaliar controle de sintoma)
- -2: Sedação leve (OBJETIVO IDEAL - sintoma controlado)
- -3: Sedação moderada (aceitável se sintoma controlado)
- -4: Sedação intensa (avaliar se necessário)
- -5: Não desperta (avaliar se necessário)

Questão de Decisão 10: Sedação adequada alcançada?

→ SIM: Prosseguir para 6.2

→ NÃO: Retornar para titulação (Etapa 5A.3)

6.2 - FASE DE MANUTENÇÃO (sedação contínua)

- Avaliar pelo menos 3 vezes ao dia
- Usar Escala RASS
- Monitorar sinais vitais

Questão de Decisão 11: Sedação permanece adequada?

→ SIM: Continuar monitoramento

→ NÃO: Ajustar dose conforme necessário↓

ETAPA 7: Medicções Complementares

Questão de Decisão 12:

Sintoma controlado adequadamente apenas com Midazolam?

23

→ SIM: Manter apenas Midazolam

→ NÃO: Avaliar adição de medicação complementar

Opções de Medicções Complementares:

7A – CLORPROMAZINA

- Indicação: Delirium é sintoma predominante
- Via: Endovenosa ou Subcutânea
- Dose contínua: 3-5 mg/h
- Dose intermitente: 12,5 mg a cada 4-12h

7B – FENOBARBITAL

- Indicação: Agitação sem resposta com Midazolam ou Clorpromazina
- Via: Endovenosa
- Dose: Conforme avaliação da equipe de cuidados paliativos

7C – PROPOFOL

- Indicação: Casos refratários em ambiente controlado (UTI)
- Via: Endovenosa
- Dose inicial: 1 mg/kg/h
- Titulação: Aumentar 0,5 mg/kg/h a cada 30 min
- Dose máxima: 3 mg/kg/h
- ATENÇÃO: Uso restrito a ambientes controlados

ETAPA 8: Cuidados Contínuos e Recomendações Recomendções Importantes:

- ✓ Usar soluções separadas (não preparar coquetéis de drogas)
- ✓ Análise cuidadosa pela equipe: Médico, Enfermeiro, Farmacêutico
- ✓ Objetivo principal: Controle adequado do sintoma com o MENOR grau de sedação

possível

24

- ✓ Continuar medicações para alívio de dor e manter outros sintomas controlados
- ✓ Cuidados gerais de enfermagem
- ✗ NÃO usar drogas analgésicas (opioides) isoladamente com intuito de sedar
- ✓ Monitoramento contínuo: Não há necessidade de monitoramento contínuo de sinais vitais gerais

Manejo de Efeitos Adversos

O fluxograma prevê desvios para manejo de efeitos adversos:

Depressão respiratória: Considerar flumazenil (antagonista específico)

Agitação paradoxal: Associar neurolépticos (levomepromazina ou clorpromazina)

Objetivo Final

O protocolo converge para o objetivo final: proporcionar conforto e dignidade ao paciente no fim de vida.

ORIENTAÇÕES COMPLEMENTARES

Dose de Resgate: A dose de resgate é fundamental no manejo da sedação paliativa. Ela é utilizada para controlar sintomas agudos que surgem apesar da infusão contínua de manutenção. A dose de resgate deve ser: Igual à dose inicial ou de manutenção para garantir eficácia consistente . Deve ser administrada conforme necessário, sem limite de frequência pré-determinado. Reavaliada após administração para verificar eficácia. Se as doses de resgate se tornarem frequentes (por exemplo, mais de 3-4 vezes por turno), a dose da infusão contínua deve ser aumentada. O aumento recomendado é somar o total de doses de resgate administradas nas últimas 24 horas à dose de manutenção anterior.

7. CUIDADOS APÓS INÍCIO DA SEDAÇÃO PALIATIVA

- 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 medicações para o controle de sintomas, como analgésicos, antieméticos;
- Suspende tratamentos e medicamentos considerados fúteis e ou desproporcionais na fase final de vida;
- Cuidados com olhos, pele e higiene oral;
- Manter suporte multidisciplinar à família;
- Deve-se atentar para fatores passíveis de causar desconforto, como dor, retenção urinária ou constipação .

8.MONITORAMENTO

O monitoramento deve incluir :Avaliação do nível de sedação utilizando escalas apropriadas (ex: RASS - Richmond Agitation-Sedation Scale) , registro detalhado de todas as doses administradas (manutenção e resgate), avaliação contínua do conforto do paciente. Monitoramento de sinais vitais, particularmente frequência respiratória. Comunicação com a família sobre o estado do paciente.A implementação das recomendações deste protocolo deve ser monitorada por meio de auditorias e avaliação dos seguintes indicadores:

a) Taxa de adesão ao registro adequado de todos os itens no prontuário (itens: Descrição da indicação da sedação paliativa; Nomes das pessoas - paciente, familiares e profissionais de saúde que participaram da discussão da sedação paliativa e diretivas antecipadas de vontade em evolução médica e de enfermagem; Evolução clínica subsequente à sedação; Comunicação com Equipe Multiprofissional sobre a decisão pelo procedimento e execução do mesmo).

b) Taxa de adesão à realização de monitoramento de sinais vitais.

c) Taxa de adesão à realização de monitoramento com a escala RASS ; A monitorização do nível de sedação é essencial para garantir a segurança e a aplicação proporcional da sedação paliativa.

Conforme detalhado no Quadro 05- Escala de avaliação dos níveis de sedação , existem escalas bem definidas e documentadas para monitoramento. Entre as disponíveis, a Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) destaca-se por sua simplicidade, validação no Brasil e capacidade de orientar ajustes clínicos precisos, sendo considerada a ferramenta padrão para avaliação contínua em cuidados paliativos. O paciente deve ser avaliado inicialmente pelo menos uma vez a cada 20 minutos até que a sedação adequada seja alcançada e, posteriormente, pelo menos três vezes ao dia em caso de sedação contínua

9.NOTAS IMPORTANTES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração e implementação deste protocolo de sedação paliativa representam um avanço fundamental na qualificação da assistência a pacientes em fim de vida no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Ao sistematizar a indicação, o manejo e o monitoramento da sedação paliativa, o protocolo oferece uma ferramenta robusta para a equipe multiprofissional, garantindo que as decisões sejam pautadas nas melhores evidências científicas, nos preceitos éticos e na legislação vigente. A padronização das condutas promove a segurança do paciente, minimiza a variabilidade inadequada da prática clínica e assegura que o alívio do sofrimento refratário seja alcançado de forma eficaz e proporcional. A ênfase na avaliação criteriosa, no consentimento informado e na comunicação transparente com pacientes e familiares reforça o compromisso com a dignidade e a autonomia do indivíduo. Este documento não apenas orienta a prática assistencial, mas também serve como um recurso educacional para profissionais em formação, consolidando uma cultura de cuidados paliativos de excelência. A revisão contínua deste protocolo, conforme previsto, garantirá sua atualização e relevância, contribuindo para a humanização do cuidado e o respeito à vida em sua fase final. A sedação paliativa não tem como objetivo acelerar a morte e sim aliviar o sofrimento. A decisão de iniciar deve ser amplamente discutida com o paciente (se possível), familiares e equipe multiprofissional. As doses são apenas sugestões iniciais e devem ser individualizadas e tituladas conforme a resposta do paciente, buscando-se sempre a menor dose eficaz para o controle do sintoma com o menor nível de sedação possível (sedação proporcional). Opioides como morfina não são drogas de primeira linha para sedação, mas devem ser mantidos ou otimizados se a dor for um dos sintomas refratários. (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Guia do Episódio de Cuidado: Sedação Paliativa. v.4. São Paulo: HIAE, 2023.).

10.DATA PREVISTA PARA REVISÃO DESTE PROTOCOLO

Este protocolo será considerado para revisão três anos após sua publicação (2028).

11. Referências bibliográficas

1. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **WHO Definition of Palliative Care**. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. Acesso em: 12 jan. 2026.
2. CONNOR, S. R. (ed.). **Global Atlas of Palliative Care**. 2. ed. London: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, 2020. Disponível em: <https://www.palliativecare.in/wp-content/uploads/2020/10/Global-Atlas-2nd-Edition-2020.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2026.
3. ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de cuidados paliativos**. 2. ed. São Paulo: ANCP, 2012.
4. PROMMER, E. Midazolam: an essential palliative care drug. *Palliative Care and Social Practise*, v.14, p. 1-11, 2020. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7065504/>. Acesso em: 11 fev. 2026.
5. HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Guia do Episódio de Cuidado: Sedação Paliativa**. v.4. São Paulo: HIAE, 2023. Disponível em: <https://medicalsuite.einstein.br/pratica medica/Pathways/Seda%C3%A7%C3%A3o-Paliativa.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2026.
6. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM nº 1.805, de 28 de novembro de 2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 169, 28 nov. 2006.
7. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 179, 1 nov. 2018.
8. CASSEFO, G.; ISSAKA, M. F. C. A.; NAKAEMA, K. E. **Manual da residência de cuidados paliativos**. Barueri: Manole, 2018.
9. MASSAUD-RIBEIRO, L. et al. Cross-cultural adaptation of the Richmond Agitation Sedation Scale to Brazilian Portuguese for the evaluation of sedation in palliative care. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 33, n. 1, p. 95-104, 2021.

10.Souza, A. A., Borges, G. S., & Oliveira, E. R. N. C. (2023). Sedação paliativa para controle de sofrimento existencial refratário: um fluxograma. *Revista Bioética*, 31, e311.

Quadro 01: Diferenças entre Sedação Paliativa e Eutanásia

Característica	Sedação Paliativa	Eutanásia
Intenção	Aliviar o sofrimento refratário, como dor ou falta de ar, que não responde a outros tratamentos. A intenção primária é o conforto do paciente. [1]	Provocar a morte de forma intencional, com o objetivo de findar o sofrimento por meio do óbito. [2]
Procedimento	Administração controlada e proporcional de medicamentos sedativos para reduzir o nível de consciência ao mínimo necessário para aliviar o sofrimento. [1]	Administração de uma dose letal de medicamentos para causar a morte de maneira rápida e indolor. [2]
Resultado	O objetivo é o alívio dos sintomas, não a morte. O óbito, quando ocorre, é uma consequência da evolução natural da doença de base. [1]	A morte é o resultado direto e esperado da ação. O sucesso do procedimento é medido pela ocorrência do óbito. [2]
Legalidade no Brasil	Prática médica reconhecida e amparada por resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM), sendo considerada um cuidado paliativo essencial.	É crime, tipificado no Código Penal como homicídio (art. 121), ainda que com a atenuante de relevante valor moral (homicídio privilegiado). [2]
Consentimento	Requer consentimento do paciente ou, na sua incapacidade, de seu representante legal, após ampla discussão e esclarecimento sobre os objetivos e o procedimento.	Pode ser voluntária (a pedido do paciente) ou não voluntária, mas em ambos os casos a prática é ilegal no Brasil. [2]

Fontes:

[1] NOGUEIRA, Fabíola Leite; SAKATA, Rioko Kimiko. Sedação paliativa do paciente terminal. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, v. 62, n. 4, p. 595-603, 2012.

[2] CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *Eutanásia – Aspectos Jurídicos*. 2005.

Quadro 02 - Infografico Geral sobre o Midazolam

Benzodiazepina Hidrosolúvel para Sedação e Anestesia

INFORMAÇÕES GERAIS

-  **Nome:** Midazolam
-  **Classe:** Benzodiazepina Hipnótica
-  **Potência:** 4x mais potente que Diazepam
-  **Meia-vida:** 1-4 horas (ação curta)
-  **Farmaco de 1 escolha em Sedação Paliativa**

VIAS DE ADMINISTRAÇÃO

VIA INTRAVENOSA (EV)

-  **Velocidade:** aproximadamente 1mg/30seg
-  **Concentração:** 1-5 mg/mL
-  **Início:** 1-3 minutos
-  **Diluentes:** SF 0,9%, SG 5%, SG 10%

VIA INTRAMUSCULAR (IM)

-  **Injeção profunda**
-  **Concentração:** Max 1 mg/mL (crianças)
-  **Absorção:** Rápida
-  **Início:** 15-30 minutos

VIA RETAL

-  **Uso:** Crianças > 6 meses
-  **Aplicador:** Plástico
-  **Volume:** Até 10mL

VIA ORAL

-  **Dose:** 0,3-0,75 mg/kg
-  **Maximo:** 20mg
-  **Início:** 30-60 minutos

DOSES MAXIMAS

SEDACAO CONSCIENTE

- Adultos < 60 anos:** 3,5-7,5 mg
- Adultos > 60 anos:** < 3,5 mg
- Crianças 6m-5a:** < 6 mg
- Crianças 6-12a:** < 10 mg

PRE-MEDICACAO

- Adultos < 60 anos (EV):** 1-2 mg
- Adultos > 60 anos (EV):** 0,5 mg
- Adultos < 60 anos (IM):** 0,07-0,1 mg/kg
- Adultos > 60 anos (IM):** 0,025-0,05 mg/kg

UTI (MANUTENCAO)

- Adultos:** 0,03-0,2 mg/kg/h
- Crianças > 6m:** 0,06-0,12 mg/kg/h
- Neonatos < 32s:** 0,03 mg/kg/h
- Neonatos > 32s:** 0,06 mg/kg/h

FARMACOCINETICA



AJUSTE DE DOSE

 **Idosos (>60 anos):**
Reduzir 50%

 **Insuficiência Hepática:**
Reduzir dose

 **Insuficiência Renal:**
Risco de acúmulo

 **Baixo Peso:**
Reduzir 50%

CURIOSIDADES E DESTAQUES

 **Ação Rápida**
Início em 1-3 min (EV)

 **Reversível**
Antagonista: Flumazenil

 **Potência**
4x mais potente que Diazepam

 **Flexibilidade**
Múltiplas vias de administração

 **Segurança**
Margem terapêutica adequada

 **Uso Pediátrico**
Aprovado desde neonatos

INDICAÇÕES PRINCIPAIS

-  Sedação consciente em procedimentos
-  Pre-medicação anestésica
-  Indução anestésica

-  Sedação em UTI
-  Sedação paliativa (sintomas refratários)

ESTABILIDADE

 **Solução diluída:**
24h em temperatura ambiente

 **Conservação:**
Temperatura ambiente

 **Compatibilidade:**
SF 0,9%, SG 5%, SG 10%,
Solução de Ringer

FONTES:

- [1] Hospital Sirio-Libanes - Guia Farmacêutico
- [2] Hospital Israelita Albert Einstein - Manual Farmacêutico
- [3] Fresenius Kabi - Bula Profissional de Saúde

Quadro 03: Fluxograma Sedação Paliativa

Protocolo para Manejo de Sintomas Refratários com Midazolam

1. INDICAÇÃO

- Pacientes em cuidados paliativos com sintomas refratários
- Avaliação por equipe multidisciplinar
- Confirmar falha de tratamentos convencionais



2. CONSENTIMENTO INFORMADO

- Diálogo com paciente/família sobre prognóstico
- Esclarecer objetivos da sedação
- Documentar aceite ou recusa em prontuário



3. REGISTRO OBRIGATÓRIO

- Justificativa clínica da indicação
- Profissionais envolvidos na decisão
- Medicações e posologia prescritas



SEÇÃO 4: MODALIDADES

MODALIDADES: INTERMITENTE

- Bolus inicial + doses de manutenção programadas
- Períodos de interrupção planejados
- IV: suspender 30 min antes | SC: 2h antes
- Reavaliar necessidade de continuação



B

MODALIDADES: CONTÍNUA

- Via EV: bolus 1,25 mg | Via SC: bolus 2,5 mg
- Infusão inicial: 0,5-1 mg/h
- Ajustar para idosos/baixo peso: reduzir 50%



5. TITULAÇÃO

- Avaliar resposta a cada 20-30 minutos
- Bolus adicional se necessário (50% da dose inicial)
- Incrementos: +0,5 a 1 mg/h a cada 30 min
- Doses >10 mg/h: considerar adjuvantes



6. MONITORAMENTO



Frequência: Fase inicial (30/30 min) | Manutenção (3x/dia)

7. MEDICAMENTOS ADJUVANTES

CLORPROMAZINA
Delírio
3-5 mg/h

FENOBARBITAL
Agitação grave EV

PROPOFOL
Ambiente UTI
1 mg/kg/h



8. RECOMENDAÇÕES ESSENCIAIS

- ✓ Preparar medicações em soluções separadas
- ✓ Discussão multidisciplinar contínua
- ✓ Buscar menor nível de sedação eficaz
- ✗ Evitar uso isolado de opióides para sedação



9. EVOLUÇÃO E DESFECHOS

Sintoma controlado
→ Manter protocolo

Sintoma persistente
→ Retitular doses

Efeitos adversos
→ Reduzir posologia

Fase terminal
→ Priorizar conforto



FONTES:

- [1] NOGUEIRA, Fabíola Leite; SAKATA, Rioko Kimiko. Sedação paliativa do paciente terminal. Revista Brasileira de Anestesiologia, v. 62, n. 4, p. 595-603, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rba/a/6HWXszMptj6ZrVz7nHXWYTz/?lang=pt>
- [2] HOSPITAL ISRAELIT ALBERT EINSTEIN. Guia de Sedação Paliativa. Versão 4. São Paulo: HIAE, 2020.

Quadro 04 - Tabela Medicacoes em Sedacao Paliativa

Fonte: Adaptado de Pereira, Ana Carolina Fernandes. **Protocolo Hospitalar para Sedacao Paliativa em Pacientes Adultos em Cuidados Paliativos**. Uberlandia: UFU, 2026.

Medicacao	Classe	Indicacao Principal	Vantagens	Efeitos Adversos Comuns	Observacoes
Midazolam ¹	Benzodiazepínico	Sedacao, Ansiedade, Dispneia Refrataria	Inicio rapido, curta duracao.	Sonolencia, depressao respiratoria.	Sedacao de primeira linha.
Morfina ²	Opioide	Dor Intensa, Dispneia	Alivio eficaz da dor.	Nauseas, constipacao.	Analgesia padrao.
Levomepromazina	Neuroleptico	Delirium, Nauseas	Util em agitacao terminal.	Hipotensao, sedacao.	Para delirio refratario.
Haloperidol ³	Antipsicotico	Delirium, Agitacao	Pouca sedacao.	Rigidez, efeitos extrapiramidais.	Delirium paliativo.
Propofol	Anestesico	Sedacao Profunda	Sedacao rapida.	Hipotensao, depressao respiratoria.	Falha do midazolam.
Dexmedetomidina	Agonista Alfa-2	Sedacao Moderada.	Menor depressao respiratoria.	Bradycardia, hipotensao.	Uso restrito, monitorizacao.
Escopolamina / Atropina	Anticolinergico	Secrecoes Respiratorias	Reduz secrecoes.	Boca seca, retencao urinaria.	Conforto terminal.
Ondansetrona / Metoclopramida	Antiemetico	Nauseas e Vomitos	Boa tolerancia.	Cefaleia, diarreia.	Antiemetico mantido.

1. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. 2. PORTA, N. F. Farmacologia em Cuidados Paliativos. Sao Paulo: Manole, 2018. 3. SANTOS, F. S.; BRUERa. E. Cuidados Paliativos. Porto Alegre: Artmed, 2021.

Quadro 05 - Escala de Avaliacao dos Niveis de Sedacao

Fonte: Adaptado de Pereira, Ana Carolina Fernandes. *Protocolo Hospitalar para Sedacao Paliativa em Pacientes Adultos em Cuidados Paliativos*. Uberlandia: UFU, 2026.



Escala	Objetivo	Pontuacao	Interpretacao	Aplicacao clinica
 RASS - Richmond Agitation-Sedation Scale		+4 a -5	+4 = combativo; 0 = alerta e calmo; -5 = inconsciente profundo.	Monitoramento padrão em sedacao paliativa e UTI
 SAS - Sedation-Agitation Scale		1 a 7	1 = não responsivo; 4 = calmo; 7 = perigoso/agitado	UTI e pacientes críticos
 Ramsay Sedation Scale		1 a 6	1 = agitado; 2 = calmo; 6 = sem resposta	Sedacao continua
 BIS - Indice Bispectral (monitor)		0 a 100	100 = acordado; 40-60 = sedacao	Monitorizacao avancada
 PAED (adaptada em paliativos)		0 a 20	Maior pontuacao = maior agitacao	Casos especificos

RASS - Richmond Agitation-Sedation Scale

- Simples
- Validada no Brasil
- Permite ajuste proporcional da sedacao

Fonte: MASSAUD RIBEIRO, I, et al. Cross cultural adaptation of the Richmond Agitation-Sedation Scale to Brazilian Portuguese. validation of a sedation scale in palliative care. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 55, n. 1, p. 95-104, 2021.

Pontuacao	Estado
+4	Combativo
+3	Muito agitado
+2	Agitado
+1	Inquieto
0	Alerta e calmo
-1	Sonolento
-2	Sedacao leve
-3	Sedacao moderada
-4	Sedacao profunda
-5	Inconsciente

		HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 1/31	
Título do Documento	SUGESTÃO PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL POR ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA	Emissão: 12/02/2026	Próxima revisão:
		Versão:	

SUMÁRIO

1.	SIGLAS E CONCEITOS.....	1
2.	OBJETIVO.....	2
3.	JUSTIFICATIVAS.....	2
4.	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	2
5.	ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES.....	3
6.	HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO.....	3
7.	EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS	3
8.	TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO.....	4
9.	CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA.....	4
10.	CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA	4
11.	FLUXOS.....	4
12.	MONITORAMENTO.....	4
13.	FLUXOGRAMAS.....	5
14.	REFERÊNCIAS.....	5
15.	DOCUMENTOS RELACIONADOS.....	5

-| EM ELABORAÇÃO |-

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.
Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br
Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

		HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 2/31	
Título do Documento	SUGESTÃO PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL POR ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA	Emissão: 12/02/2026	Próxima revisão:
		Versão:	

1. SIGLAS E CONCEITOS

SUS - refere-se ao Sistema Único de Saúde, responsável pela organização e oferta dos serviços públicos de saúde no Brasil, orientado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade.

EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares) - corresponde à instituição responsável pela gestão dos hospitais universitários federais, incluindo o HC-UFU (Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia), cenário no qual o protocolo assistencial proposto neste estudo é aplicado.

Cuidados paliativos compreende a abordagem assistencial destinada à promoção da qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças ameaçadoras da vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, identificação precoce, avaliação adequada e tratamento de dor e demais sintomas físicos, psicossociais e espirituais.

Sedação paliativa (SP) consiste na administração proporcional e monitorada de fármacos sedativos com a finalidade de reduzir o nível de consciência do paciente em situações de sintomas refratários, quando todas as alternativas terapêuticas convencionais foram esgotadas. Tal prática tem como objetivo exclusivo o alívio do sofrimento intenso, respeitando princípios éticos, legais e bioéticos, especialmente os conceitos de proporcionalidade terapêutica e do duplo efeito.

Sintomas refratários são definidos como manifestações clínicas que não obtêm controle satisfatório mesmo após a utilização de intervenções terapêuticas adequadas, realizadas por equipe especializada e dentro de um período razoável, justificando a indicação de medidas paliativas intensivas, como a sedação paliativa.

RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale) é uma escala clínica validada

-| EM ELABORAÇÃO |-

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

 HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU			
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 3/31	
Título do Documento	SUGESTÃO PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL POR ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA	Emissão: 12/02/2026	Próxima revisão:
		Versão:	

internacionalmente utilizada para avaliar o nível de sedação e agitação dos pacientes. Seus escores variam de +4, indicando agitação extrema, a -5, correspondente à sedação profunda sem resposta a estímulos. No contexto deste trabalho, a RASS é instrumento essencial para o monitoramento contínuo da sedação, permitindo ajustes terapêuticos seguros.

Fluxo assistencial consiste na sistematização das etapas de cuidado, incluindo avaliação clínica dos sintomas refratários, decisão multiprofissional, formalização da indicação da sedação paliativa, obtenção do consentimento informado, início da sedação, monitoramento contínuo e reavaliação periódica, assegurando assistência ética, segura e humanizada.

2. OBJETIVO

2.1 OBJETIVOS GERAIS

1. Sintetizar as evidências científicas disponíveis nas principais diretrizes relacionadas à temática da sedação paliativa.
2. Adaptar as recomendações das principais diretrizes relacionadas à sedação paliativa à realidade do Hospital de Clínicas de Uberlândia.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Uniformizar e padronizar a assistência nos pacientes em cuidados de fase final de vida que se beneficiam da sedação paliativa no Hospital de Clínicas de Uberlândia;
- Valorizar as práticas baseadas em evidências científicas entre os profissionais de saúde do Hospital de Clínicas de Uberlândia.

-| EM ELABORAÇÃO |-

		HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 4/31	
Título do Documento	SUGESTÃO PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL POR ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA	Emissão: 12/02/2026	Próxima revisão:
		Versão:	

3. JUSTIFICATIVAS

A sedação paliativa é uma intervenção clínica utilizada para aliviar o sofrimento intenso de pacientes com doenças avançadas quando os sintomas se mostram refratários a tratamentos convencionais. Trata-se da administração monitorada de sedativos com o objetivo de reduzir o nível de consciência e proporcionar conforto, sem a intenção de acelerar o processo de morte, distinguindo-se de práticas como a eutanásia pela finalidade exclusiva de aliviar o sofrimento intolerável do paciente. Essa definição é respaldada por diretrizes internacionais e revisões científicas, que descrevem a sedação paliativa como a redução deliberada do nível de consciência para controlar sintomas intratáveis de forma ética e clinicamente adequada.

Apesar de sua relevância no contexto dos cuidados paliativos, evidências apontam que a prática apresenta variabilidade na indicação, condução e monitoramento, sobretudo pela ausência de protocolos assistenciais padronizados em muitas instituições de saúde. A organização de diretrizes claras contribui para a segurança do paciente, reduz a heterogeneidade de condutas clínicas e oferece respaldo ético-legal aos profissionais de saúde que a implementam. Revisões de literatura e análises de diretrizes internacionais destacam a importância de estabelecer práticas consistentes e baseadas em evidências para a sedação paliativa.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e das instituições hospitalares geridas pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), como o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), a ausência de diretrizes institucionais próprias pode comprometer a qualidade da assistência prestada aos pacientes em cuidados paliativos. A padronização por meio de um protocolo específico proporciona um referencial técnico e clínico para a atuação multiprofissional, favorecendo a tomada de decisão e o alinhamento com as melhores práticas discutidas na literatura científica e em guidelines internacionais.

-| EM ELABORAÇÃO |-

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.
Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br
Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

		HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 5/31	
Título do Documento	SUGESTÃO PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL POR ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA	Emissão: 12/02/2026	Próxima revisão:
		Versão:	

Além disso, a elaboração deste protocolo no contexto acadêmico permite a integração entre teoria e prática clínica, contribuindo para o desenvolvimento do conhecimento científico na área de cuidados paliativos e para a qualificação dos profissionais que atuam nessa modalidade de atenção. O estudo e a consolidação de protocolos baseados em evidências são fundamentais para assegurar que as intervenções sejam eficazes, éticas e centradas no paciente, especialmente em situações de sofrimento físico e psíquico intenso.

Portanto, este trabalho justifica-se pela necessidade de qualificação e uniformização da assistência prestada na sedação paliativa, pela contribuição ao avanço científico e institucional no campo dos cuidados paliativos, e pela promoção de práticas clínicas que garantam segurança, ética e humanização no cuidado de pacientes com sintomas refratários. Este protocolo pretende oferecer um instrumento técnico consistente para uso na rotina assistencial hospitalar, alinhado ao estado atual do conhecimento científico.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Para a elaboração deste protocolo, foram selecionados estudos, diretrizes e publicações que atendessem aos seguintes critérios, baseados nas referências bibliográficas analisadas:

Crítérios de Inclusão

Foram incluídos na revisão os seguintes tipos de publicações:

Diretrizes e Definições de Cuidados Paliativos: Documentos de organizações de referência, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) (OMS,2002) e a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), que estabelecem as definições e os princípios fundamentais dos cuidados paliativos e da sedação paliativa.

-| EM ELABORAÇÃO |-

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.
Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br
Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

		HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 6/31	
Título do Documento	SUGESTÃO PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL POR ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA	Emissão: 12/02/2026	Próxima revisão:
		Versão:	

Revisões Sistemáticas e Guias de Prática Clínica: Estudos como as diretrizes de prática clínica sobre sedação paliativa , revisões de diretrizes europeias e guias de prática clínica sobre cuidados paliativos (CASSEFO; ISSAKA; NAKAEMA, 2018), que compilam e analisam a evidência científica disponível sobre o tema.

Protocolos e Manuais Institucionais: Publicações de instituições de saúde de referência, como o guia do Hospital Israelita Albert Einstein (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Guia do Episódio de Cuidado: Sedação Paliativa. v.4. São Paulo: HIAE, 2023.) e o protocolo de Sedação Paliativa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que descrevem a aplicação prática da sedação paliativa em ambiente hospitalar.

Artigos Científicos e Capítulos de Livros: Artigos originais e capítulos de livros que abordam aspectos específicos da sedação paliativa, como a sua indicação e manejo, a adaptação de escalas de avaliação e a sua definição e práticas .

Resoluções e Normativas Éticas: Resoluções do Conselho Federal de Medicina que orientam a prática médica em fim de vida e estabelecem os limites éticos e legais da sedação paliativa no Brasil.

Critérios de Exclusão

Foram excluídos da revisão os seguintes tipos de publicações:

Estudos com Foco em População Pediátrica: Artigos e diretrizes que abordam exclusivamente a sedação paliativa em crianças e adolescentes, por demandarem protocolos específicos.

Relatos de Caso e Séries de Casos com Baixo Nível de Evidência: Estudos com

-| EM ELABORAÇÃO |-

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

 HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU			
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 7/31	
Título do Documento	SUGESTÃO PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL POR ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA	Emissão: 12/02/2026	Próxima revisão:
		Versão:	

desenho metodológico que não permite a generalização dos resultados.

Publicações com mais de 15 Anos: Foram priorizadas as publicações dos últimos 15 anos para garantir a atualidade das informações, com exceção de documentos históricos e definições seminais, como a da OMS de 2002 (OMS, 2002).

Estudos em Idiomas Diferentes de Português, Inglês ou Espanhol: Para garantir a viabilidade da análise, foram selecionados estudos publicados nesses três idiomas.

5 Atribuições, competências e responsabilidades

A execução da sedação paliativa demanda atuação integrada da equipe multiprofissional, com definição clara de atribuições, competências e responsabilidades, de modo a assegurar assistência ética, segura e centrada no paciente.

5.1 Equipe médica

Compete à equipe médica realizar avaliação clínica abrangente do paciente em cuidados paliativos, identificar a presença de sintomas refratários e estabelecer formalmente a indicação da sedação paliativa. Cabe definir o plano terapêutico individualizado, prescrever os fármacos sedativos de forma proporcional, ajustar as doses conforme a resposta clínica e garantir o cumprimento das normativas éticas e legais vigentes. Também é responsabilidade da equipe médica obter e registrar o consentimento informado, bem como documentar adequadamente todas as condutas no prontuário do paciente, mantendo comunicação clara e contínua com os familiares.

do humanizado.

-| EM ELABORAÇÃO |-

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.
Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br
Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

		HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFG	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 8/31	
Título do Documento	SUGESTÃO PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL POR ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA	Emissão: 12/02/2026	Próxima revisão:
		Versão:	

6 História clínica e exame físico

A avaliação clínica de pacientes em cuidados paliativos constitui etapa essencial para a identificação de sintomas refratários e para a adequada indicação da sedação paliativa, a qual tem como objetivo o alívio do sofrimento intenso quando as intervenções terapêuticas convencionais não apresentam resposta satisfatória. Essa prática deve ser fundamentada em critérios clínicos bem estabelecidos e conduzida de forma ética e proporcional, conforme preconizado por diretrizes nacionais e internacionais de cuidados paliativos.

A história clínica, ou anamnese, deve contemplar informações detalhadas acerca do diagnóstico principal, estágio da doença, comorbidades associadas e tratamentos previamente instituídos, bem como a resposta do paciente às terapias realizadas. É fundamental investigar sistematicamente os sintomas apresentados, como dor, dispneia, agitação psicomotora, delirium, ansiedade, náuseas e sofrimento existencial, avaliando sua intensidade, duração e impacto na qualidade de vida. A caracterização adequada desses sintomas permite identificar a refratariedade clínica, condição indispensável para a indicação da sedação paliativa.

O histórico medicamentoso deve ser registrado com atenção especial aos fármacos utilizados no controle sintomático, como analgésicos opioides, sedativos e neurolépticos, além de possíveis efeitos adversos. Aspectos psicossociais, valores pessoais, expectativas do paciente e da família e decisões relacionadas aos cuidados de fim de vida também devem ser incorporados à anamnese, favorecendo uma abordagem integral e humanizada.

O exame físico deve ser realizado de forma completa e sistematizada, visando identificar sinais clínicos relevantes para a condução terapêutica e o monitoramento do paciente em sedação paliativa. A avaliação do nível de consciência, do grau de desconforto aparente, da presença de agitação ou prostração e de alterações cardiorrespiratórias fornece subsídios importantes para a tomada de decisão clínica.

-| EM ELABORAÇÃO |-

		HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 9/31	
Título do Documento	SUGESTÃO PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL POR ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA	Emissão: 12/02/2026	Próxima revisão:
		Versão:	

Na avaliação geral, a aferição dos sinais vitais — pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigênio e temperatura corporal — é fundamental para acompanhar a evolução clínica e detectar possíveis complicações. Devem ser observados sinais de desconforto respiratório, alterações cutâneas, edemas e manifestações de desidratação, bem como outras alterações clínicas relevantes.

A integração entre uma história clínica detalhada e um exame físico criterioso possibilita avaliação abrangente do estado do paciente, subsidiando a indicação segura da sedação paliativa e o acompanhamento contínuo da resposta terapêutica.

7 Exames diagnósticos indicados

No contexto dos cuidados paliativos e da sedação paliativa, a indicação de exames diagnósticos deve ser criteriosa, considerando sempre o princípio da proporcionalidade terapêutica e o impacto direto no conforto e na qualidade de vida do paciente. Exames complementares são justificados quando os resultados podem alterar a condução do cuidado, identificar causas tratáveis de sofrimento intenso ou contribuir para o manejo clínico de sintomas refratários.

7.1 Indicações para exames complementares

A solicitação de exames complementares deve ser baseada na necessidade de confirmar ou excluir diagnósticos que possam estar associados a agravos clínicos detectados na anamnese ou no exame físico, como infecções, distúrbios metabólicos, obstruções orgânicas ou descompensações agudas. Tais exames podem orientar intervenções terapêuticas que contribuam para o alívio de sintomas, sem, no entanto, incentivar procedimentos invasivos ou onerosos sem benefício claro para o paciente em cuidados paliativos.

-| EM ELABORAÇÃO |-

 HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU			
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 10/31	
Título do Documento	SUGESTÃO PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL POR ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA	Emissão: 12/02/2026	Próxima revisão:
		Versão:	

7.2 Exames de imagem

Os exames de imagem podem ser utilizados de forma seletiva para complementar a avaliação clínica e subsidiar decisões que impactem diretamente no conforto do paciente, especialmente quando houver suspeita de alterações orgânicas que contribuam para sintomas intensos.

8 Tratamento indicado e plano terapêutico

O tratamento indicado no contexto da sedação paliativa tem como objetivo principal o alívio do sofrimento decorrente de sintomas refratários, por meio da utilização proporcional de fármacos sedativos, associada a medidas de conforto e monitoramento contínuo. A conduta terapêutica deve ser individualizada, baseada na avaliação clínica multiprofissional e alinhada aos princípios éticos dos cuidados paliativos.

8.1 Princípios gerais do tratamento

O manejo da sedação paliativa deve observar os princípios da proporcionalidade, da beneficência, da não maleficência e do respeito à autonomia do paciente. A sedação deve ser instituída somente após confirmação de sintomas refratários, esgotamento das alternativas terapêuticas convencionais e obtenção do consentimento informado.

O plano terapêutico deve priorizar o conforto do paciente, minimizar intervenções invasivas desnecessárias e garantir monitoramento clínico adequado, utilizando instrumentos validados para avaliação do nível de sedação.

-| EM ELABORAÇÃO |-

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.
Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br
Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

 HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU			
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 11/31	
Título do Documento	SUGESTÃO PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL POR ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA	Emissão: 12/02/2026	Próxima revisão:
		Versão:	

8.2 Medidas de suporte e conforto

Devem ser adotadas medidas não farmacológicas complementares, como posicionamento adequado do paciente, cuidados com higiene, controle ambiental, suporte emocional ao paciente e familiares e manejo de outros sintomas associados, como dor e dispneia, mesmo após o início da sedação paliativa.

A atuação integrada da equipe multiprofissional é essencial para manutenção da qualidade assistencial.

8.3 Tratamento farmacológico da sedação paliativa

O tratamento farmacológico deve seguir abordagem escalonada, de acordo com a gravidade dos sintomas e a resposta clínica do paciente.

8.3.1 Primeira etapa

O midazolam deve ser utilizado como fármaco de primeira linha, por apresentar rápido início de ação, facilidade de titulação e perfil de segurança favorável. A dose deve ser ajustada progressivamente até alcançar o nível de sedação adequado para o controle dos sintomas.

8.3.2 Segunda etapa (ausência de resposta adequada)

Na ausência de resposta satisfatória ao midazolam em doses otimizadas, pode-se associar ou substituir por outros sedativos ou neurolépticos, especialmente nos casos de delirium ou agitação refratária, conforme avaliação clínica

8.3.3 Terceira etapa (sedação refratária)

Em situações de sedação paliativa refratária, o uso de propofol pode ser considerado, desde que sob monitoramento rigoroso e supervisão médica contínua, respeitando os protocolos institucionais e as condições clínicas do paciente, tal como orientado em fluxograma acima.

-| EM ELABORAÇÃO |-

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

		HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 12/31	
Título do Documento	SUGESTÃO PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL POR ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA	Emissão: 12/02/2026	Próxima revisão:
		Versão:	

8.4 Reavaliação clínica

O paciente em sedação paliativa deve ser reavaliado periodicamente pela equipe multiprofissional, com monitoramento do nível de sedação, sinais vitais, conforto e possíveis intercorrências. A profundidade da sedação deve ser ajustada conforme a resposta clínica e os objetivos terapêuticos.

8.5 Conduta nos casos refratários

Nos casos em que os sintomas persistem apesar das medidas farmacológicas adotadas, deve-se realizar nova avaliação clínica multiprofissional, considerar ajustes de doses, mudança de fármacos ou aprofundamento da sedação, sempre respeitando os princípios éticos e o conforto do paciente.

8.6 Conduta após estabilização do quadro

Após o adequado controle dos sintomas, o plano terapêutico deve ser mantido com monitoramento contínuo, podendo ser ajustado conforme a evolução clínica. Em casos selecionados, pode-se considerar redução gradual da sedação, quando clinicamente indicado.

9 Critérios de mudança terapêutica

A modificação da conduta terapêutica deve ocorrer diante da ausência de resposta clínica adequada, surgimento de efeitos adversos relevantes ou alteração do quadro clínico do paciente.

9.1 Critérios para escalonamento terapêutico

Incluem-se persistência de sintomas refratários, necessidade de doses crescentes sem controle adequado e agravamento do sofrimento do paciente.

-| EM ELABORAÇÃO |-

 HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU			
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 13/31	
Título do Documento	SUGESTÃO PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL POR ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA	Emissão: 12/02/2026	Próxima revisão:
		Versão:	

9.2 Critérios para redução ou suspensão da sedação

A redução pode ser considerada quando houver controle satisfatório dos sintomas ou mudança nos objetivos terapêuticos, sempre mediante avaliação multiprofissional.

9.3 Critérios para mudança de estratégia terapêutica

Devem ser considerados quando os fármacos utilizados não apresentarem eficácia adequada ou ocasionarem efeitos adversos importantes.

9.4 Critérios para interrupção do fluxo assistencial

A interrupção pode ocorrer em situações de óbito, transferência do paciente ou mudança na abordagem terapêutica definida pela equipe.

10 Critérios de alta ou transferência

10.1 Critérios de alta do protocolo

Incluem controle adequado dos sintomas, estabilização clínica ou mudança do plano terapêutico conforme decisão multiprofissional.

10.2 Critérios de transferência

Podem ocorrer por necessidade de cuidados em outra unidade, disponibilidade de leitos específicos ou adequação assistencial.

11 Fluxos

Os fluxos assistenciais devem contemplar as etapas de avaliação clínica, indicação da sedação paliativa, consentimento, início da sedação, monitoramento contínuo e reavaliação periódica.

APRESENTAÇÃO DO FLUXOGRAMA DE PRESCRIÇÃO

-| EM ELABORAÇÃO |-

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

 HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU			
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 14/31	
Título do Documento	SUGESTÃO PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL POR ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA	Emissão: 12/02/2026	Próxima revisão:
		Versão:	

INÍCIO:

Paciente com sintoma refratário em cuidados paliativos

ETAPA 1: Avaliação por Profissional Habilitado Médico com experiência em cuidados paliativos Avaliação interdisciplinar e multidisciplinar (quando possível)

Questão de Decisão 1: Sintoma é refratário? Todas as medidas farmacológicas foram ineficazes? OU •Todas as medidas geraram efeitos adversos excessivos? OU •Não existem métodos para alívio em tempo tolerável?

Se SIM, Prosseguir para Etapa 2.

Se NÃO: Retornar para otimização de tratamento convencional

ETAPA 2: Comunicação e Consentimento

Discussão com: •Paciente (quando possível) • Familiares • Cuidadores

Informações a serem abordadas:

•Condição geral do paciente • Causa dos sintomas •Esclarecimento sobre prognóstico
•Ineficácia dos tratamentos prévios • Conceito, objetivos e características da sedação paliativa • Métodos, riscos, benefícios e possíveis desfechos • Abordagem culturalmente sensível • Valores e preferências do paciente

Questão de Decisão 2:

Consentimento obtido?→ SIM: Prosseguir para Etapa 3

→ NÃO: Documentar recusa e manter cuidados paliativos convencionais

ETAPA 3: Registro em Prontuário

-| EM ELABORAÇÃO |-

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

 HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU			
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 15/31	
Título do Documento	SUGESTÃO PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL POR ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA	Emissão: 12/02/2026	Próxima revisão:
		Versão:	

Documentar:

- Descrição da indicação da sedação paliativa
- Nomes das pessoas que participaram da discussão
- Diretivas antecipadas de vontade
- Escolha da medicação e via de administração
- Profundidade planejada
- Horários de início e término (se intermitente)
- Comunicação com equipe multiprofissional

ETAPA 4: Escolha do Tipo de Sedação

Questão de Decisão 3:

Qual tipo de sedação?

SEDAÇÃO CONTÍNUA: Ir para Etapa 5A

SEDAÇÃO INTERMITENTE: Ir para Etapa 5B

ETAPA 5A: Protocolo de Sedação Contínua

Escolha da Via de administração:

Questão de Decisão 4:

Qual via utilizar? → Via Endovenosa (EV) - Ação mais rápida

→ Via Subcutânea (SC) - Menos invasiva

5A.1

- DOSE DE ATAQUE

- EV: Bolus de 1,25 mg
- SC: Bolus de 2,5 mg

-| EM ELABORAÇÃO |-

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.
Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br
Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

 HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU			
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 16/31	
Título do Documento	SUGESTÃO PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL POR ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA	Emissão: 12/02/2026	Próxima revisão:
		Versão:	

5A.2

- DOSE INICIAL

- Infusão contínua: 0,5 a 1 mg/h

Considerações Especiais:

Questão de Decisão 5: Paciente é idoso, baixo peso ou tem disfunção hepática/renal?

→ SIM: Iniciar com METADE da dose e intervalos maiores (6- 8h)

→ NÃO: Seguir dose padrão

5A.3 TITULAÇÃO Passo 1: Avaliar resposta após dose inicial

Questão de Decisão 6: Sintoma controlado adequadamente?

→ SIM: Manter dose atual e ir para Etapa 6 (Monitoramento)

→ NÃO: Prosseguir com titulação

Passo 2: Administrar bolus adicional

- Dose: Metade da dose inicial
- Repetir após 20 min (SC) ou 5 min (IV) se necessário
- Pode administrar 2 a 3 bolus adicionais nas primeiras horas

Passo 3: Titular a cada 30 minutos

- Aumentar 0,5 a 1 mg/h
- Até controle adequado do sintoma

-| EM ELABORAÇÃO |-

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.
Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br
Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

 HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU			
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 17/31	
Título do Documento	SUGESTÃO PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL POR ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA	Emissão: 12/02/2026	Próxima revisão:
		Versão:	

Passo 4: Verificar dose atual

Questão de Decisão 7: Dose atual está acima de 10 mg/h?

→ SIM: Considerar adicionar ou mudar medicação

- Avaliar adição de Clorpromazina (se delirium predominante)
- Avaliar Fenobarbital (se agitação refratária)
- Dose máxima recomendada: 20 mg/h

NÃO: Continuar titulação conforme necessário

ETAPA 5B: Protocolo de Sedação Intermitente

5B.1 - INÍCIO DA SEDAÇÃO

- Administrar bolus inicial e dose de manutenção
- Usar doses que foram ideais na última vez (se já realizado anteriormente)

5B.2 – MANUTENÇÃO

- Manter sedação pelo período planejado

5B.3 - INTERRUPÇÃO PROGRAMADA

Questão de Decisão 8: Qual via está sendo utilizada?

→ Via IV: Interromper 30 minutos antes do despertar esperado

→ Via SC: Interromper 2 horas antes do despertar esperado

5B.4 - DESPERTAR DO PACIENTE

- Aguardar despertar esperado

-| EM ELABORAÇÃO |-

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.
Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br
Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

 HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU			
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 18/31	
Título do Documento	SUGESTÃO PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL POR ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA	Emissão: 12/02/2026	Próxima revisão:
		Versão:	

- Avaliar condição do paciente

5B.5 - REINÍCIO DA SEDAÇÃO

Questão de Decisão 9: Necessário reiniciar sedação?

- SIM: Administrar bolus inicial e dose de manutenção anterior
- NÃO: Manter paciente acordado com cuidados

ETAPA 6: Monitoramento com Escala RASS

6.1 - FASE INICIAL (até sedação adequada)

- Avaliar a cada 20 minutos
- Usar Escala RASS

Escala RASS:

- +4: Combativo (reduzir sedação ou avaliar causa)
- +3: Muito agitado (reduzir sedação ou avaliar causa)
- +2: Agitado (reduzir sedação ou avaliar causa)
- +1: Inquieto (reduzir sedação ou avaliar causa)
- 0: Alerta e calmo (aumentar sedação se sintoma não controlado)
- 1: Sonolento (avaliar controle de sintoma)
- 2: Sedação leve (OBJETIVO IDEAL - sintoma controlado)
- 3: Sedação moderada (aceitável se sintoma controlado)
- 4: Sedação intensa (avaliar se necessário)
- 5: Não desperta (avaliar se necessário)

Questão de Decisão 10: Sedação adequada alcançada?

-| EM ELABORAÇÃO |-

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.
Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br
Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

 HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFG			
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 19/31	
Título do Documento	SUGESTÃO PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL POR ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA	Emissão: 12/02/2026	Próxima revisão:
		Versão:	

→ SIM: Prosseguir para 6.2

→ NÃO: Retornar para titulação (Etapa 5A.3)

6.2 - FASE DE MANUTENÇÃO (sedação contínua)

- Avaliar pelo menos 3 vezes ao dia
- Usar Escala RASS
- Monitorar sinais vitais

Questão de Decisão 11: Sedação permanece adequada?

→ SIM: Continuar monitoramento

→ NÃO: Ajustar dose conforme necessário↓

ETAPA 7: Medicções Complementares

Questão de Decisão 12:

Sintoma controlado adequadamente apenas com Midazolam?

→ SIM: Manter apenas Midazolam

→ NÃO: Avaliar adição de medicação complementar

Opções de Medicções Complementares:

7A – CLORPROMAZINA

- Indicação: Delirium é sintoma predominante
- Via: Endovenosa ou Subcutânea
- Dose contínua: 3-5 mg/h
- Dose intermitente: 12,5 mg a cada 4-12h

EM ELABORAÇÃO

Documentos oficiais do HC-UFG deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.
Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br
Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFG, com ausência de valor quando impresso.

		HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 20/31	
Título do Documento	SUGESTÃO PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL POR ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA	Emissão: 12/02/2026	Próxima revisão:
		Versão:	

7B – FENOBARBITAL

- Indicação: Agitação sem resposta com Midazolam ou Clorpromazina
- Via: Endovenosa
- Dose: Conforme avaliação da equipe de cuidados paliativos

7C – PROPOFOL

- Indicação: Casos refratários em ambiente controlado (UTI)
- Via: Endovenosa
- Dose inicial: 1 mg/kg/h
- Titulação: Aumentar 0,5 mg/kg/h a cada 30 min
- Dose máxima: 3 mg/kg/h
- ATENÇÃO: Uso restrito a ambientes controlados

ETAPA 8: Cuidados Contínuos e Recomendações Recomendações Importantes:

- ✓ Usar soluções separadas (não preparar coquetéis de drogas)
- ✓ Análise cuidadosa pela equipe: Médico, Enfermeiro, Farmacêutico
- ✓ Objetivo principal: Controle adequado do sintoma com o MENOR grau de sedação possível
- ✓ Continuar medicações para alívio de dor e manter outros sintomas controlados
- ✓ Cuidados gerais de enfermagem
- ✗ NÃO usar drogas analgésicas (opioides) isoladamente com intuito de sedar
- ✓ Monitoramento contínuo: Não há necessidade de monitoramento contínuo de sinais vitais gerais

-| EM ELABORAÇÃO |-

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.
Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br
Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

 HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU			
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 21/31	
Título do Documento	SUGESTÃO PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL POR ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA	Emissão: 12/02/2026	Próxima revisão:
		Versão:	

Manejo de Efeitos Adversos

O fluxograma prevê desvios para manejo de efeitos adversos:

Depressão respiratória: Considerar flumazenil (antagonista específico)

Agitação paradoxal: Associar neurolépticos (levomepromazina ou clorpromazina)

ORIENTAÇÕES COMPLEMENTARES

Dose de Resgate: A dose de resgate é fundamental no manejo da sedação paliativa. Ela é utilizada para controlar sintomas agudos que surgem apesar da infusão contínua de manutenção. A dose de resgate deve ser: Igual à dose inicial ou de manutenção para garantir eficácia consistente. Deve ser administrada conforme necessário, sem limite de frequência pré-determinado. Reavaliada após administração para verificar eficácia. Se as doses de resgate se tornarem frequentes (por exemplo, mais de 3-4 vezes por turno), a dose da infusão contínua deve ser aumentada. O aumento recomendado é somar o total de doses de resgate administradas nas últimas 24 horas à dose de manutenção anterior.

12.MONITORAMENTO

O monitoramento deve incluir :Avaliação do nível de sedação utilizando escalas apropriadas (ex: RASS - Richmond Agitation-Sedation Scale) , registro detalhado de todas as doses administradas (manutenção e resgate), avaliação contínua do conforto do paciente. Monitoramento de sinais vitais, particularmente frequência respiratória. Comunicação com a família sobre o estado do paciente.A implementação das recomendações deste protocolo deve ser monitorada por meio de auditorias e avaliação dos seguintes indicadores:

a) Taxa de adesão ao registro adequado de todos os itens no prontuário (itens: Descrição da indicação da sedação paliativa; Nomes das pessoas - paciente, familiares e

-| EM ELABORAÇÃO |-

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

 HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU			
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 22/31	
Título do Documento	SUGESTÃO PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL POR ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA	Emissão: 12/02/2026	Próxima revisão:
		Versão:	

profissionais de saúde que participaram da discussão da sedação paliativa e diretivas antecipadas de vontade em evolução médica e de enfermagem; Evolução clínica subsequente à sedação; Comunicação com Equipe Multiprofissional sobre a decisão pelo procedimento e execução do mesmo).

b) Taxa de adesão à realização de monitoramento de sinais vitais.

c) Taxa de adesão à realização de monitoramento com a escala RASS ; A monitorização do nível de sedação é essencial para garantir a segurança e a aplicação proporcional da sedação paliativa.

Conforme detalhado no Quadro 05- Escala de avaliação dos níveis de sedação , existem escalas bem definidas e documentadas para monitoramento. Entre as disponíveis, a Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS) destaca-se por sua simplicidade, validação no Brasil e capacidade de orientar ajustes clínicos precisos, sendo considerada a ferramenta padrão para avaliação contínua em cuidados paliativos. O paciente deve ser avaliado inicialmente pelo menos uma vez a cada 20 minutos até que a sedação adequada seja alcançada e, posteriormente, pelo menos três vezes ao dia em caso de sedação contínua

12.1 Indicadores de processo

Incluem tempo para início da sedação, adesão ao protocolo e registro adequado das condutas.

12.2 Indicadores de resultado

Avaliam o controle dos sintomas, conforto do paciente e satisfação familiar.

-| EM ELABORAÇÃO |-

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.
Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br
Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

 HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU			
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 23/31	
Título do Documento	SUGESTÃO PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL POR ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA	Emissão: 12/02/2026	Próxima revisão:
		Versão:	

12.3 Indicadores de segurança

Monitoram eventos adversos, complicações e adequação da prescrição medicamentosa.

13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

5. 1. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). WHO Definition of Palliative Care. Geneva:
6. WHO, 2002. Disponível em: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
7. Acesso em: 12 jan. 2026.
8. 2. ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). Manual de cuidados paliativos
9. ANCP. 2. ed. São Paulo: ANCP, 2012. 442 p.
10. 3. CONNOR, Stephen R. (ed.). Global Atlas of Palliative Care. 2. ed. London: Worldwide
11. Hospice Palliative Care Alliance, 2020. Disponível em: <https://www.palliativecare.in/wp-content/uploads/2020/10/Global-Atlas-2nd-Edition-2020.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2026.
13. 4. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM nº 1.805, de 28 de
14. novembro de 2006. Na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis é permitido
15. ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida
16. do doente. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 169, 28 nov. 2006.
17. 5. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução CFM nº 2.217, de 27 de
18. setembro
18. de 2018. Dispõe sobre o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União: seção 1,

-| EM ELABORAÇÃO |-

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.
Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br
Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

 HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFG			
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 24/31	
Título do Documento	SUGESTÃO PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL POR ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA	Emissão: 12/02/2026	Próxima revisão:
		Versão:	

19. Brasília, DF, p. 179, 1 nov. 2018.
20. 6. HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Guia do Episódio de Cuidado: Sedação Paliativa
21. v.4. São Paulo: HIAE, 2023. Disponível em: [https://medicalsuite.einstein.br/pratica-](https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/Seda%C3%A7%C3%A3o-Paliativa.pdf)
22. [medica/Pathways/Seda%C3%A7%C3%A3o-Paliativa.pdf](https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/Pathways/Seda%C3%A7%C3%A3o-Paliativa.pdf). Acesso em: 12 jan. 2026.
23. 7. MASSAUD-RIBEIRO, L. et al. Cross-cultural adaptation of the Richmond Agitation-
24. Sedation Scale to Brazilian Portuguese for the evaluation of sedation in palliative care.
25. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 33, n. 1, p. 95-104, 2021.
26. 8. ESPANHA. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados
27. Paliativos. Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco
28. (OSTEBA), 2008. (GPC, 2008/03).
29. 9. CASSEFO, G.; ISSAKA, M. F. C. A.; NAKAEMA, K. E. Manual da residência de
30. paliativos. Barueri: Manole, 2018.
31. 10. PRADO, B. L. Sedação Paliativa. In: Manual de Oncologia Clínica do Brasil – Cuidados
32. Paliativos. São Paulo: Dendrix, 2017. p. 89-95.
33. 11. ROCHA, J. A.; SILVA, F. L.; TORRES, S. H. B. Terapia de sedação paliativa: quando e
34. indicar. In: Cuidados Paliativos: Falências orgânicas. São Paulo: Atheneu, 2019. p. 155-
35. 168
36. TOMCZYK, M. et al. *Clinical Practice Guidelines on Palliative Sedation Around the World: A Systematic Review*. Journal of Palliative Care, [s. l.], 2022.

-| EM ELABORAÇÃO |-

Documentos oficiais do HC-UFG deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.
Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br
Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFG, com ausência de valor quando impresso.

		HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 25/31	
Título do Documento	SUGESTÃO PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL POR ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA	Emissão: 12/02/2026	Próxima revisão:
		Versão:	

37. 12.KREMLING, A. *What do you mean by “palliative sedation”*? PMC, 2020.
38. 13.Documentos de *sedação paliativa – revised recommendations* (definição e práticas).
39. 14.UFRGS. *Protocolo Sedação Paliativa* (definição e abordagem prática).
40. 15. KLEIN, C. *Sedation in Palliative Care: A Clinically Oriented Overview*. PMC, 2023.
41. 16.SURGES, S. M.; Revisões de diretrizes europeias sobre sedação paliativa.

14. DOCUMENTOS RELACIONADOS

LISTA DE INFOGRÁFICOS E QUADROS

Quadro 01- Sedação paliativa x eutanásia

Quadro 02- Infográfico geral sobre o Midazolam

Quadro 03- Fluxograma sedação paliativa

Quadro 04- Tabela medicações em sedação paliativa

Quadro 05- Escala de avaliação dos níveis de sedação

-| EM ELABORAÇÃO |-

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.
Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br
Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

		HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 26/31	
Título do Documento	SUGESTÃO PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL POR ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA	Emissão: 12/02/2026	Próxima revisão:
		Versão:	

Quadro 01: Diferenças entre Sedação Paliativa e Eutanásia

Característica	Sedação Paliativa	Eutanásia
Intenção	Aliviar o sofrimento refratário, como dor ou falta de ar, que não responde a outros tratamentos. A intenção primária é o conforto do paciente. [1]	Provocar a morte de forma intencional, com o objetivo de findar o sofrimento por meio do óbito. [2]
Procedimento	Administração controlada e proporcional de medicamentos sedativos para reduzir o nível de consciência ao mínimo necessário para aliviar o sofrimento. [1]	Administração de uma dose letal de medicamentos para causar a morte de maneira rápida e indolor. [2]
Resultado	O objetivo é o alívio dos sintomas, não a morte. O óbito, quando ocorre, é uma consequência da evolução natural da doença de base. [1]	A morte é o resultado direto e esperado da ação. O sucesso do procedimento é medido pela ocorrência do óbito. [2]
Legalidade no Brasil	Prática médica reconhecida e amparada por resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM), sendo considerada um cuidado paliativo essencial.	É crime, tipificado no Código Penal como homicídio (art. 121), ainda que com a atenuante de relevante valor moral (homicídio privilegiado). [2]
Consentimento	Requer consentimento do paciente ou, na sua incapacidade, de seu representante legal, após ampla discussão e esclarecimento sobre os objetivos e o procedimento.	Pode ser voluntária (a pedido do paciente) ou não voluntária, mas em ambos os casos a prática é ilegal no Brasil. [2]

Fontes:

[1] NOGUEIRA, Fabíola Leite; SAKATA, Rioko Kimiko. Sedação paliativa do paciente terminal. Revista Brasileira de Anestesiologia, v. 62, n. 4, p. 595-603, 2012.

[2] CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Eutanásia – Aspectos Jurídicos. 2005.

		HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 27/31	
Título do Documento	SUGESTÃO PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL POR ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA	Emissão: 12/02/2026	Próxima revisão:
		Versão:	

-| EM ELABORAÇÃO |-

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.
 Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br
 Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 28/31	
Título do Documento	SUGESTÃO PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL POR ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA	Emissão: 12/02/2026	Próxima revisão:
		Versão:	

Quadro 02 - Infografico Geral sobre o Midazolam

Benzodiazepina Hidrosolúvel para Sedação e Anestesia

INFORMAÇÕES GERAIS

-  **Nome:** Midazolam
-  **Classe:** Benzodiazepina Hipnótica
-  **Potência:** 4x mais potente que Diazepam
-  **Meia-vida:** 1-4 horas (ação curta)
-  **Farmaco de 1 escolha em Sedação Paliativa**

VIAS DE ADMINISTRAÇÃO

-  **VIA INTRAVENOSA (EV)**
-  **Velocidade:** aproximadamente 1mg/30seg
-  **Concentração:** 1-5 mg/mL
-  **Início:** 1-3 minutos
-  **Diluentes:** SF 0,9%, SG 5%, SG 10%

-  **VIA INTRAMUSCULAR (IM)**
-  **Injeção profunda**
-  **Concentração:** Max 1 mg/mL (crianças)
-  **Absorção:** Rápida
-  **Início:** 15-30 minutos

-  **VIA RETAL**
-  **Uso:** Crianças > 6 meses
-  **Aplicador:** Plástico
-  **Volume:** Até 10mL

-  **VIA ORAL**
-  **Dose:** 0,3-0,75 mg/kg
-  **Maximo:** 20mg
-  **Início:** 30-60 minutos

DOSES MAXIMAS

-  **SEDACAO CONSCIENTE**
-  **Adultos < 60 anos:** 3,5-7,5 mg
-  **Adultos > 60 anos:** < 3,5 mg
-  **Crianças 6m-5a:** < 6 mg
-  **Crianças 6-12a:** < 10 mg

-  **PRE-MEDICACAO**
-  **Adultos < 60 anos (EV):** 1-2 mg
-  **Adultos > 60 anos (EV):** 0,5 mg
-  **Adultos < 60 anos (IM):** 0,07-0,1 mg/kg
-  **Adultos > 60 anos (IM):** 0,025-0,05 mg/kg

-  **UTI (MANUTENCAO)**
-  **Adultos:** 0,03-0,2 mg/kg/h
-  **Crianças > 6m:** 0,06-0,12 mg/kg/h
-  **Neonatos < 32s:** 0,03 mg/kg/h
-  **Neonatos > 32s:** 0,06 mg/kg/h

FARMACOCINETICA



AJUSTE DE DOSE

-  **Idosos (>60 anos):** Reduzir 50%
-  **Insuficiência Hepática:** Reduzir dose
-  **Insuficiência Renal:** Risco de acúmulo
-  **Baixo Peso:** Reduzir 50%

CURIOSIDADES E DESTAQUES

-  **Ação Rápida**
Início em 1-3 min (EV)
-  **Reversível**
Antagonista: Flumazenil
-  **Potência**
4x mais potente que Diazepam
-  **Flexibilidade**
Múltiplas vias de administração
-  **Segurança**
Margem terapêutica adequada
-  **Uso Pediátrico**
Aprovado desde neonatos

INDICAÇÕES PRINCIPAIS

-  **Sedação consciente em procedimentos**
-  **Sedação em UTI**
-  **Pre-medicação anestésica**
-  **Sedação paliativa (sintomas refratários)**
-  **Indução anestésica**

ESTABILIDADE

-  **Solução diluída:** 24h em temperatura ambiente
-  **Conservação:** Temperatura ambiente
-  **Compatibilidade:** SF 0,9%, SG 5%, SG 10%, Solução de Ringer

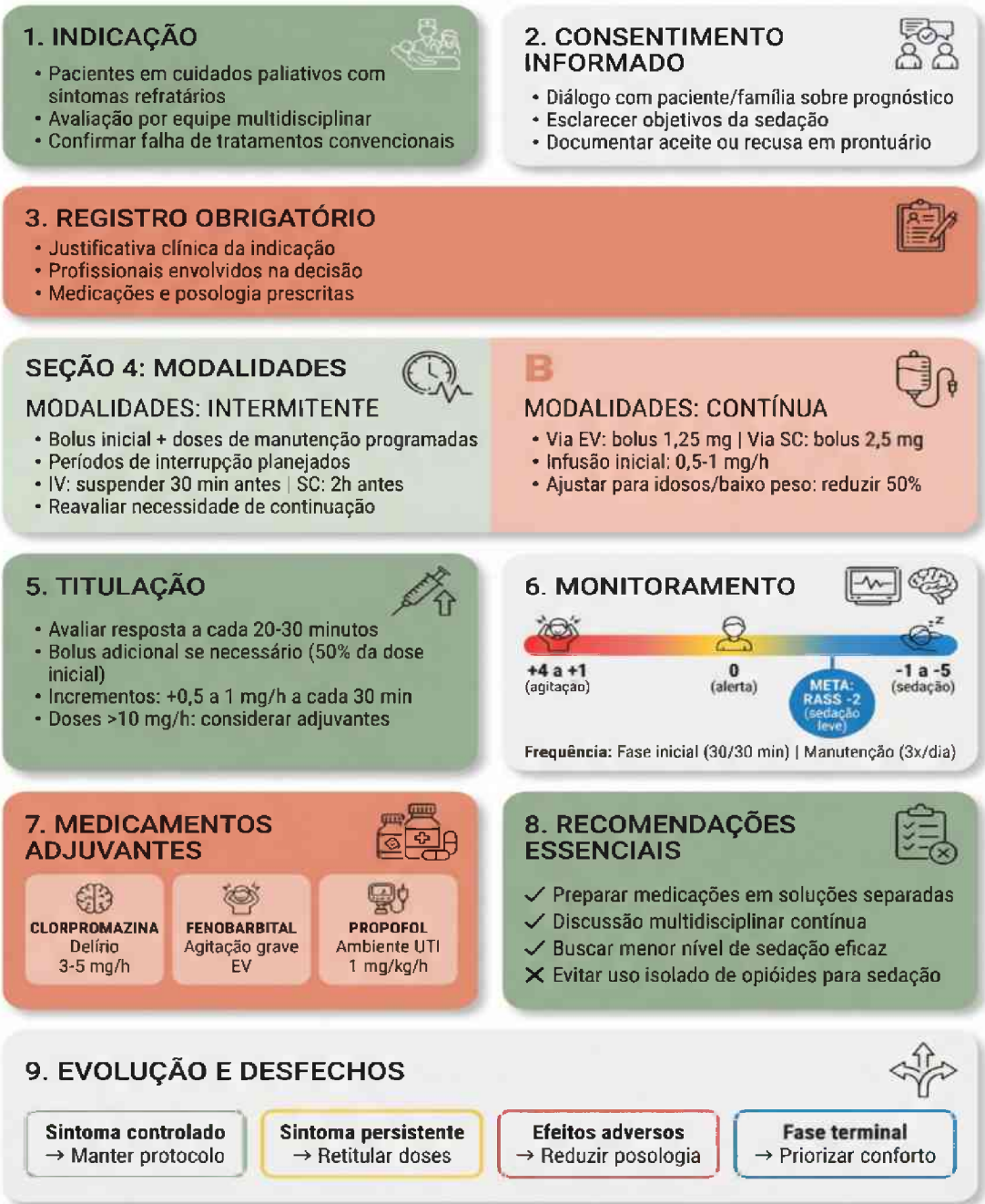
FONTES:

- [1] Hospital Sirio-Libanes - Guia Farmacêutico
- [2] Hospital Israelita Albert Einstein - Manual Farmacêutico
- [3] Fresenius Kabi - Bula Profissional de Saúde

		HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA HC-UFU	
Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 29/31	
Título do Documento	SUGESTÃO PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL POR ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA	Emissão: 12/02/2026	Próxima revisão:
		Versão:	

Quadro 03: Fluxograma Sedação Paliativa

Protocolo para Manejo de Sintomas Refratários com Midazolam



Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 30/31	
Título do Documento	SUGESTÃO PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL POR ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA	Emissão: 12/02/2026	Próxima revisão:
		Versão:	

Quadro 04 - Tabela Medicacoes em Sedacao Paliativa

Fonte: Adaptado de Pereira, Ana Carolina Fernandes. **Protocolo Hospitalar para Sedacao Paliativa em Pacientes Adultos em Cuidados Paliativos**. Uberlândia: UFU, 2026.

Medicacao	Classe	Indicacao Principal	Vantagens	Efeitos Adversos Comuns	Observacoes
Midazolam ¹	Benzodiazepínico	Sedacao, Ansiedade, Dispneia Refratária	Início rápido, curta duração.	Sonolência, depressão respiratória.	Sedacao de primeira linha.
Morfina ²	Opioide	Dor Intensa, Dispneia	Alívio eficaz da dor.	Náuseas, constipação.	Analgesia padrão.
Levomepromazina	Neuroleptico	Delirium, Náuseas	Útil em agitação terminal.	Hipotensão, sedação.	Para delírio refratário.
Haloperidol ³	Antipsicótico	Delirium, Agitação	Pouca sedação.	Rigidez, efeitos extrapiramidais.	Delirium paliativo.
Propofol	Anestésico	Sedação Profunda	Sedação rápida.	Hipotensão, depressão respiratória.	Falha do midazolam.
Dexmedetomidina	Agonista Alfa-2	Sedação Moderada.	Menor depressão respiratória.	Bradicardia, hipotensão.	Uso restrito, monitorização.
Escopolamina / Atropina	Anticolinérgico	Secreções Respiratórias	Reduz secreções.	Boca seca, retenção urinária.	Conforto terminal.
Ondansetrona / Metoclopramida	Antiemético	Náuseas e Vômitos	Boa tolerância.	Cefaleia, diarreia.	Antiemético mantido.

1. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. 2. PORTA, N. F. Farmacologia em Cuidados Paliativos. São Paulo: Manole, 2018. 3. SANTOS, F. S.; BRUERA, E. Cuidados Paliativos. Porto Alegre: Artmed, 2021.

-| EM ELABORAÇÃO |-

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 31/31	
Título do Documento	SUGESTÃO PROTOCOLO DE ACESSO ASSISTENCIAL POR ESPECIALIDADE: CLÍNICA MÉDICA	Emissão: 12/02/2026	Próxima revisão:
		Versão:	

Quadro 05 - Escala de Avaliação dos Níveis de Sedação

Fonte: Adaptado de Pereira, Ana Carolina Fernandes. *Protocolo Hospitalar para Sedação Paliativa em Pacientes Adultos em Cuidados Paliativos*. Uberlândia: UFU, 2026.



Escala	Objetivo	Pontuação	Interpretação	Aplicação clínica
 RASS - Richmond Agitation-Sedation Scale		+4 a -5	+4 = combativo; 0 = alerta e calmo; -5 = inconsciente profundo.	Monitoramento padrão em sedação paliativa e UTI
 SAS - Sedation-Agitation Scale		1 a 7	1 = não responsivo; 4 = calmo; 7 = perigoso/agitado	UTI e pacientes críticos
 Ramsay Sedation Scale		1 a 6	1 = agitado; 2 = calmo; 6 = sem resposta	Sedação contínua
 BIS - Índice Bispectral (monitor)		0 a 100	100 = acordado; 40-60 = sedação	Monitorização avançada
 PAED (adaptada em paliativos)		0 a 20	Maior pontuação = maior agitação	Casos específicos

RASS - Richmond Agitation-Sedation Scale

- Simples
- Validada no Brasil
- Permite ajuste proporcional da sedação

Fonte: MASSAUD RIBEIRO, I, et al. Cross cultural adaptation of the Richmond Agitation-Sedation Scale to Brazilian Portuguese. validation of a sedation scale in palliative care. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 55, n. 1, p. 95-104, 2021.

Pontuação | Estado

+4	Combativo
+3	Muito agitado
+2	Agitado
+1	Inquieto
0	Alerta e calmo
-1	Sonolento
-2	Sedação leve
-3	Sedação moderada
-4	Sedação profunda
-5	Inconsciente

Ata de defesa do Trabalho de Conclusão da Residência

Às 14h46min do dia 12 de fevereiro do ano de 2026, realizou-se a sessão pública de defesa do Trabalho de Conclusão de Residência Médica apresentado pela residente Ana Carolina Fernandes Pereira. Além do orientador Marcelo de Freitas Mendonça, presidente desta banca, constituíram a banca examinadora os seguintes membros: Lorene Cristina Alves Rodrigues e Nielly Cristine Ribeiro.

Após a finalização da apresentação do TCR pela residente, a banca examinadora iniciou a sua arguição. Os examinadores reuniram-se e deram o parecer final do trabalho escrito e a apresentação oral e atribuíram as seguintes notas:

Avaliador 1: Lorene Cristina Alves Rodrigues

Nota final: 10

Avaliador 2: Nielly Cristine Ribeiro

Nota final: 10

Obtendo como média de nota atribuída pelos dois avaliadores a nota final, considerando-se, assim, a residente APROVADA. Divulgado o resultado pelo presidente da banca examinadora, os trabalhos foram encerrados e eu, Marcelo de Freitas Mendonça, lavro a presente ata que assino juntamente com os demais membros da banca examinadora.

Uberlândia, 12 de fevereiro de 2026.

Documento assinado digitalmente
 **MARCELO DE FREITAS MENDONÇA**
Data: 14/02/2026 09:16:36-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Marcelo de Freitas Mendonça

Documento assinado digitalmente
 **LORENE CRISTINA ALVES RODRIGUES**
Data: 17/02/2026 12:53:43-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Lorene Cristina Alves Rodrigues

Documento assinado digitalmente
 **NIELLY CRISTINE RIBEIRO**
Data: 17/02/2026 12:15:51-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Nielly Cristine Ribeiro