

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

GEOVANNA MARIA ISIDORO

**SEDAÇÃO PALIATIVA NO CONTROLE DO SOFRIMENTO EXISTENCIAL EM
PESSOAS COM DOENÇAS GRAVES: REVISÃO INTEGRATIVA**

ALFENAS/MG

2024

GEOVANNA MARIA ISIDORO

**SEDAÇÃO PALIATIVA NO CONTROLE DO SOFRIMENTO EXISTENCIAL EM
PESSOAS COM DOENÇAS GRAVES: REVISÃO INTEGRATIVA**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem. Linha de pesquisa: Processo de cuidar em Enfermagem.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Ana Cláudia Mesquita Garcia

Coorientador: Prof. Dr. Fábio de Souza Terra

ALFENAS/MG

2024

Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas
Biblioteca Central

Isidoro, Geovanna Maria.

Sedação Paliativa no controle do Sofrimento Existencial em pessoas com doenças graves : Revisão Integrativa / Geovanna Maria Isidoro. - Alfenas, MG, 2024.

91 f. -

Orientador(a): Ana Cláudia Mesquita Garcia.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2024.

Bibliografia.

1. Sedação Profunda. 2. Desmoralização. 3. Revisão de Literatura. 4. Sedação Paliativa. 5. Sofrimento Existencial. I. Garcia, Ana Cláudia Mesquita, orient. II. Título.

GEOVANNA MARIA ISIDORO

SEDAÇÃO PALIATIVA NO CONTROLE DO SOFRIMENTO EXISTENCIAL EM PESSOAS COM DOENÇAS GRAVES: REVISÃO INTEGRATIVA

A Presidente da banca examinadora abaixo assina a aprovação da Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem

Aprovada em: 27 de novembro de 2024.

Profa. Dra. Ana Cláudia Mesquita Garcia
Presidente da Banca Examinadora
Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Fabiana Bolela de Souza
Instituição: Universidade de São Paulo

Profa. Dra. Patrícia Scotini Freitas
Instituição: Universidade Federal de Alfenas



Documento assinado eletronicamente por **Ana Claudia Mesquita Garcia, Professor do Magistério Superior**, em 27/11/2024, às 16:12, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1384629** e o código CRC **6C1E2616**.

Dedico aos meus amados “Vó Tita” (*In memoriam*), José, Maria, Walkíria, Viviane, Rafael, Vivian, Vitória e Sergio por serem minha fortaleza diária.

AGRADECIMENTOS

À Prof^a.Dr^a. Ana Cláudia Mesquita Garcia, por toda sabedoria e conhecimento compartilhados nessa trajetória. Sua persistência e compromisso com a pesquisa de qualidade é o que engaja seus orientandos a buscar sempre mais e melhor. Obrigada, acima de tudo, por ser humana e ter me auxiliado em minhas necessidades.

Ao Prof. Dr. Fábio de Souza Terra, por todo conhecimento e disponibilidade dedicado ao desenvolvimento deste estudo.

À Enf^a. Me. Eliza Mara das Chagas Paiva, por sua colaboração e preocupação constante com o desenvolvimento deste estudo.

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas e ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, pela acolhida e pela formação de excelência.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de financiamento 001.

“Nada temas, porque Estou contigo, não lances olhares desesperados, pois eu sou teu Deus; eu te fortaleço e venho em teu socorro, eu te amparo com minha destra vitoriosa.”

(Isaías, 41:10)

RESUMO

Embora cuidados paliativos de qualidade estejam disponíveis, algumas pessoas em fim de vida sofrem de sintomas refratários, para os quais os tratamentos convencionais falham. A sedação paliativa é uma opção indicada nesses casos, inclusive para o tratamento do sofrimento existencial refratário de pessoas em fim de vida. Este estudo teve como objetivo analisar as evidências disponíveis na literatura sobre o uso da sedação paliativa para o controle do sofrimento existencial em pessoas com doenças graves. Foi desenvolvida uma revisão integrativa relatada de acordo com os itens do *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis*. Foram incluídos 36 estudos publicados entre os anos de 2000 a 2024. A partir da análise dos dados, realizada por meio da utilização de prompts específicos no ChatGPT 4, foram identificados temas e subtemas, de acordo com padrões e temas recorrentes. Os dois grandes temas foram: 1) Sedação paliativa no controle do Sofrimento existencial: desafios para a prática clínica, e 2) Definição e avaliação do Sofrimento existencial. A avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos foi realizada pelo *Evidence Level and Quality Guide - Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice*. A aceitação da sedação paliativa para o alívio de sintomas refratários físicos é amplamente consolidada, enquanto seu uso para sofrimento existencial permanece controverso. Preocupações éticas, especialmente em relação à distinção entre sedação paliativa, eutanásia e morte assistida são comuns entre os profissionais da saúde. O receio quanto ao uso da sedação paliativa para sofrimento existencial por parte desses profissionais é legítimo, considerando-se a falta de evidências robustas que indiquem a eficácia da sedação paliativa para sofrimento existencial refratário, bem como de diretrizes claras que orientem estes profissionais quanto à definição de sofrimento existencial refratário, como identificá-lo e como utilizar a sedação paliativa nestes casos. Além disso, a formação e experiência em cuidados paliativos dos profissionais de saúde influenciam a tomada de decisões, sugerindo que educação e treinamento dos mesmos são essenciais para assegurar a prática adequada da sedação paliativa.

Palavras-chave: sedação profunda; desmoralização; revisão de literatura;
sedação paliativa; sofrimento existencial.

ABSTRACT

Although quality palliative care is available, some people at the end of life suffer from refractory symptoms for which conventional treatments fail. Palliative sedation is an indicated option in these cases, including for the treatment of refractory existential suffering in people at the end of life. This study aimed to analyze the available evidence in the literature on the use of palliative sedation for controlling existential suffering in individuals with serious illnesses. An integrative review was developed and reported according to the items of the Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis. A total of 36 studies published between 2000 and 2023 were included. Data analysis was conducted using specific prompts in ChatGPT 4, identifying themes and subthemes according to patterns and recurring topics. The two main themes identified were: 1) Palliative sedation in controlling Existential suffering: challenges for clinical practice, and 2) Definition and assessment of Existential suffering. The assessment of the methodological quality of the included studies was performed using the Evidence Level and Quality Guide - Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice. The acceptance of palliative sedation for alleviating refractory physical symptoms is widely established, while its use for existential suffering remains controversial. Ethical concerns, especially regarding the distinction between palliative sedation, euthanasia, and assisted dying, are common among healthcare professionals. The apprehension regarding the use of palliative sedation for existential suffering among these professionals is legitimate, considering the lack of robust evidence indicating the effectiveness of palliative sedation for refractory existential suffering, as well as the absence of clear guidelines to assist them in defining refractory existential suffering, identifying it, and using palliative sedation in such cases. Furthermore, the training and experience in palliative care of healthcare professionals influence decision-making, suggesting that their education and training are essential to ensure the proper practice of palliative sedation.

Keywords: deep sedation; demoralization; review; palliative sedation; existential suffering.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|-----------------------------------|----|
| Figura 1 – Fluxograma PRISMA..... | 23 |
|-----------------------------------|----|

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1 - Termos utilizados para a construção das estratégias de busca nas fontes de informação..... | 17 |
| Quadro 2 - Estratégias de busca utilizadas nas fontes de informação consultadas..... | 18 |
| Quadro 3 - Dados extraídos dos estudos selecionados e incluídos na RI..... | 25 |
| Quadro 4 - Definição de sofrimento existencial, limitações dos estudos e qualidade e nível de evidência dos estudos incluídos na RI..... | 49 |
| Quadro 5 - Dados relacionados aos medicamentos utilizados para sedação paliativa e controle dos demais sintomas mencionados nos estudos incluídos na RI..... | 59 |
| Quadro 6 - Tema e subtemas identificados nos estudos incluídos na RI..... | 66 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-----------|--|
| CAPES | Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior |
| CINAHL | Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature |
| CP | Cuidados Paliativos |
| EACP | European Association for Palliative Care |
| EMTREE | Embase subject headings |
| MEDLINE | Medical Literature Analysis and Retrieval System Online |
| MESH | Medical Subject Headings |
| OSF | Open Science Framework |
| PICo | População, Interesse e Contexto |
| PRISMA | Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis |
| PRISMA-P | Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols |
| RI | Revisão Integrativa |
| SE | Sufrimento Existencial |
| SP | Sedação Paliativa |
| UNIFAL-MG | Universidade Federal de Alfenas |

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 13 |
| 1.1 | OBJETIVO..... | 15 |
| 2 | MÉTODO..... | 16 |
| 2.1 | DELINEAMENTO DO ESTUDO..... | 16 |
| 2.2 | PROTOCOLO E REGISTRO..... | 16 |
| 2.3 | IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA..... | 16 |
| 2.4 | BUSCA NA LITERATURA..... | 17 |
| 2.5 | AVALIAÇÃO DOS DADOS..... | 20 |
| 2.6 | ANÁLISE DOS DADOS..... | 20 |
| 3 | RESULTADOS..... | 22 |
| 3.1 | SP NO CONTROLE DO SE: DESAFIOS PARA A PRÁTICA CLÍNICA..... | 66 |
| 3.1.1 | Indicação de SP: influência do tipo de sofrimento..... | 66 |
| 3.1.2 | Preocupações éticas: sedação, eutanásia, morte assistida e autonomia..... | 67 |
| 3.1.3 | Influência da formação e experiência dos profissionais..... | 69 |
| 3.1.4 | Necessidade de educação e diretrizes para os profissionais..... | 70 |
| 3.2 | DEFINIÇÃO E AVALIAÇÃO DO SOFRIMENTO EXISTENCIAL..... | 72 |
| 3.2.1 | Falta de consenso: conceito de Sofrimento Existencial..... | 72 |
| 3.2.2 | Construtos comuns..... | 72 |
| 3.2.3 | Escassez de critérios e diretrizes para identificação da SP para SE..... | 73 |
| 4 | DISCUSSÃO..... | 75 |
| 5 | CONCLUSÃO..... | 80 |
| | REFERÊNCIAS..... | 81 |
| | APÊNDICE A..... | 89 |
| | ANEXO A | 90 |

1 INTRODUÇÃO

A despeito da disponibilidade de cuidados paliativos (CP) de qualidade, algumas pessoas com doenças graves padecem de sofrimento físico, psicológico ou existencial grave no final da vida, para os quais as opções de tratamento convencionais falham (Surges *et al.*, 2024). Nesses casos de sofrimento refratário, a redução intencional da consciência por meio da sedação paliativa (SP) pode ser indicada (Surges *et al.*, 2024). A SP envolve o uso monitorado, deliberado e proporcional de medicamentos para a redução controlada do nível de consciência de uma pessoa, visando alívio do sofrimento, especialmente quando outros tratamentos se mostram ineficazes (Arantzamendi *et al.*, 2024). A SP pode variar em profundidade e duração, sendo classificada em sedação leve ou profunda, e administrada de forma intermitente ou contínua - o termo “mild sedation” foi substituído por “light sedation”, uma vez que “leve” e “profunda” não são extremos de uma mesma escala nem pares de opostos (Arantzamendi *et al.*, 2024).

O termo “refratário” é usado para descrever um sofrimento que é ao mesmo tempo intratável do ponto de vista da saúde e intolerável do ponto de vista da pessoa que se encontra nessas condições, de modo que esta dualidade é crucial para o entendimento de quando a SP pode ser apropriada (Surges *et al.*, 2024). O sofrimento refratário pode derivar de sintomas, de um estado de existencial distress ou de um conjunto de sintomas (Cherny, 2024). Além disso, a determinação da refratariedade é uma decisão conjunta entre o médico (e/ou a equipe multiprofissional) e o paciente ou seu representante legal/pessoas significativas (Cherny, 2024). Para Surges *et al.* (2024), o termo sofrimento abrange sintomas físicos e psicológicos angustiantes, bem como o sofrimento existencial (SE).

O SE representa um dos aspectos mais complexos no manejo de sintomas em CP. Yalom (1980, 1998, 2002) sugere que o SE resulta da falta de recursos para enfrentar as realidades da existência, que incluem isolamento, liberdade, morte e o sentido da vida. Este sofrimento é inerente à condição humana e intensificado em casos de doenças graves, quando o indivíduo se depara com impotência, solidão e perda de propósito (Yalom, 2002). Os sintomas ou um estado de angústia existencial são considerados refratários quando há falta de métodos que possam proporcionar alívio adequado em um prazo aceitável e sem efeitos adversos inaceitáveis (Surges *et al.*, 2024). Nesses casos, Surges *et al.* (2024) indicam o reconhecimento do SE

como indicação para SP.

Apesar do exposto, a literatura apresenta lacunas significativas sobre o referido tema. A falta de consenso sobre a definição e os critérios que determinam o SE e o SE refratário na prática clínica tornam as decisões clínicas desafiadoras. Não há uma definição amplamente aceita de SE nem um termo acordado para descrevê-lo, de modo que outros termos podem ser identificados na literatura para se referir a este fenômeno, como desmoralização, síndrome de desmoralização, dor total (Grech; Marks, 2017), angústia existencial, sofrimento psicoexistencial e dor existencial (Best; Butow; Olver, 2015). Destaca-se que as definições de “sintoma refratário”, “sofrimento psicológico refratário” e “sofrimento existencial refratário” são inconsistentes (Reich *et al.*, 2020). A SP para SE é vista como uma situação única, pois a natureza dos sintomas pode dificultar a determinação de sua refratariedade, que muitas vezes é dinâmica e varia entre os pacientes (Surges *et al.*, 2024). Ainda, as diretrizes clínicas variam amplamente, e muitas vezes não abordam de forma clara os protocolos para o uso da SP em casos de SE. Assim, com o objetivo de analisar as evidências disponíveis na literatura sobre o uso da SP para o controle do SE em pessoas com doenças graves, este estudo busca preencher lacunas existentes nesta área de conhecimento, promovendo uma compreensão mais sólida das melhores práticas e contribuindo para o desenvolvimento de futuras diretrizes que orientem os profissionais da saúde quanto a prática da SP para SE refratário.

Os principais achados desta revisão apontam para desafios significativos para a prática clínica. Os estudos incluídos mostram que o uso da SP é amplamente aceito para sintomas físicos como dor e dispnéia, mas que sua aplicação para SE pode gerar controvérsias, principalmente devido a preocupações éticas e à falta de diretrizes claras. Além disso, não há consenso sobre uma definição operacional de SE ou de SE refratário, e faltam critérios específicos para sua identificação. Tais lacunas indicam a necessidade de mais pesquisas, com diferentes abordagens metodológicas, que explorem formas de avaliação e manejo eficazes para o SE refratário. Esta revisão sugere, portanto, a criação de diretrizes clínicas mais robustas, além de maior treinamento e suporte para profissionais de saúde no manejo do SE refratário, visando melhores práticas de SP e maior segurança e consistência na prestação de cuidados a pessoas em fim de vida.

1.1 OBJETIVO

Analisar as evidências disponíveis na literatura sobre o uso da sedação paliativa para o controle do sofrimento existencial em pessoas com doenças graves.

2 MÉTODO

2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Esta revisão integrativa foi desenvolvida segundo o método proposto por Whitemore e Knafl (2005), a partir das seguintes etapas: 1) Identificação do problema; 2) Busca na literatura; 3) Avaliação dos dados; 4) Análise e Síntese dos dados; e 5) Apresentação dos dados. Este tipo de revisão trata-se de um método específico que resume a literatura empírica e teórica para fornecer uma compreensão mais abrangente de um fenômeno ou problema de saúde específico (Broome, 1993).

Esse método é uma abordagem que permite a combinação de diversas metodologias (por exemplo, pesquisa experimental e não experimental) (Whitemore; Knafl, 2005). Assim, os estudos de revisão integrativa têm o potencial de contribuir para a prática baseada em evidência, apresentando o estado da ciência, e informando iniciativas de pesquisa, prática e políticas (Whitemore; Knafl, 2005).

2.2 PROTOCOLO E REGISTRO

Este estudo está registrado na Open Science Framework Registries (<https://osf.io/qrpbf/>). O protocolo desta revisão (Isidoro *et al.*, 2024) foi desenvolvido conforme o Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols (PRISMA-P) (Moher *et al.*, 2015). Este relatório foi desenvolvido conforme o Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis (PRISMA-2020) (Page *et al.*, 2021).

2.3 IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

A questão norteadora, desenvolvida por meio da estratégia PICo (População, Interesse e Contexto) (Stern; Jordan; McArthur, 2014), foi a seguinte: Quais são as evidências disponíveis na literatura sobre o uso de sedação paliativa para (I) controlar o sofrimento existencial (Co) em pessoas com doenças graves no fim da vida (P)?

2.4 BUSCA NA LITERATURA

Para iniciar o processo de busca na literatura, foi realizada uma pesquisa na fonte de informação PubMed (US National Library of Medicine) para identificar descritores, termos alternativos/sinônimos e palavras-chaves mais comumente utilizados para indexar estudos relacionados aos temas de interesse desta revisão (SP e desmoralização). Assim, aqueles que apareceram de forma mais recorrente durante tal pesquisa preliminar foram selecionados para compor as estratégias de busca para cada fonte de informação utilizada nesta RI. Também foram selecionados termos Emtree, Mesh e CINAHL headings, de forma a complementar as estratégias de busca. Os termos selecionados foram combinados pelos operadores booleanos AND e OR para formar as estratégias de busca utilizadas nesta revisão, a qual está apresentada de forma detalhada no Quadro 1 e 2, respectivamente.

Quadro 1 - Termos utilizados para a construção das estratégias de busca nas fontes de informação. Alfenas, MG, Brasil, 2024.

| Fontes de informação | Descritores Controlados | Palavras-chaves |
|---|-------------------------|--|
| Medline/ PUBMED Scopus Cochrane Library Web of Science (Mesh Terms) | Deep Sedation | Palliative Sedation Terminal Sedation Continuous Sedation Existential Suffering Existential Distress Demoralisation |
| | Demoralization | |
| CINAHL (Subject Headings) | Demoralization | |
| EMBASE (Emtree terms) | Deep Sedation | |
| | Demoralization | |

Fonte: Autores (2024).

As fontes de informação consultadas foram: Medline/PubMed, Scopus, Web of Science, CINAHL, Cochrane Library e EMBASE, conforme quadro 2. O processo

de construção das estratégias de busca dos estudos nestas fontes de informação contou com a orientação de um bibliotecário. A busca dos estudos nas referidas fontes foi realizada de forma conjunta por duas das autoras (GMI e EMCP) no dia 18 de julho de 2023.

Quadro 2 - Estratégias de busca utilizadas nas fontes de informações consultadas.
Alfenas, MG, Brasil, 2024.

(continua)

| | | | |
|------------------|----|---|------|
| Medline/PUBMED | #1 | ("Deep sedation" OR "Palliative sedation" OR "Terminal sedation" OR "continuous sedation") | 9001 |
| | #2 | ("Demoralization" OR "Demoralisation" OR "Existential suffering" OR "Existential distress") | 4542 |
| | #3 | (#1 AND #2) | 171 |
| Scopus | #1 | ('Deep sedation' OR 'Palliative sedation' OR 'Terminal sedation' OR 'continuous sedation') | 784 |
| | #2 | ('Demoralization' OR 'Demoralisation' OR 'Existential suffering' OR 'Existential distress') | 289 |
| | #3 | (#1 AND #2) | 6 |
| Cochrane Library | #1 | ("Deep sedation" OR "Palliative sedation" OR "Terminal sedation" OR "continuous sedation") | 958 |
| | #2 | ("Demoralization" OR "Demoralisation" OR "Existential suffering" OR "Existential distress") | 140 |
| | #3 | (#1 AND #2) | 1 |
| Web of Science | #1 | ("Deep sedation" OR "continuous sedation" OR "Palliative sedation" OR "Terminal sedation") | 3245 |
| | #2 | ("Demoralization" OR "Demoralisation" OR "Existential suffering" OR "Existential distress") | 1569 |
| | #3 | (#1 AND #2) | 78 |
| CINAHL | #1 | ("Deep sedation" OR "Palliative sedation" OR "Terminal sedation" OR "continuous sedation") | 3833 |
| | #2 | ("Demoralization" OR "Demoralisation" OR "Existential suffering" OR "Existential distress") | 689 |

Quadro 2 - Estratégias de busca utilizadas nas fontes de informações consultadas.
Alfenas, MG, Brasil, 2024.

(conclusão)

| | | | |
|--------|----|---|------|
| | #3 | (#1 AND #2) | 40 |
| Embase | #1 | ("Deep sedation" OR "Palliative sedation" OR "Terminal sedation" OR "continuous sedation") | 6663 |
| | #2 | ("Demoralization" OR "Demoralisation" OR "Existential suffering" OR "Existential distress") | 915 |
| | #3 | (#1 AND #2) | 97 |

Fonte: Autores (2024).

De acordo com as recomendações de Whitemore e Knafl (2005) para o uso de pelo menos duas estratégias de recuperação de estudos em revisões integrativas, com o objetivo de garantir uma busca abrangente que identifique o maior número possível de fontes primárias elegíveis, além da busca nas bases de dados, foi realizada também uma busca manual nas listas de referências dos estudos incluídos nesta revisão (Jadad, Moher, Klassen, 1998). No protocolo publicado desta revisão (Isidoro *et al.*, 2024), estava previsto que "A busca será repetida imediatamente após a conclusão do estudo, a fim de possibilitar a identificação de novos estudos que possam surgir, e caso os critérios de inclusão sejam atendidos, poderão ser incluídos nesta revisão". No entanto, com base no referencial metodológico de Whitemore e Knafl (2005), que não prevê essa etapa, foi decidido não realizá-la.

Os critérios de elegibilidade foram: a) quanto ao tipo de estudo: estudos primários, independentemente do tipo de delineamento; b) quanto aos participantes: pessoas acometidas por doenças/condições graves em fim de vida, diagnosticadas com SE, submetidas à SP. Não foram estabelecidos limites quanto à idade, ao sexo, à origem étnica. Também não houve limitação quanto ao ano ou idioma de publicação. Não houve consulta de literatura cinzenta, uma vez que essa estratégia de recuperação de estudos não está prevista no referencial metodológico utilizado (Whitemore; Knalf, 2005).

Os resultados recuperados das fontes de informação foram exportados para o EndNote (Clarivate, 2024) e os estudos duplicados foram removidos.

Posteriormente, os estudos restantes foram carregados no software Rayyan (Ouzzani *et al.*, 2016) para a realização da etapa de seleção dos estudos para compor a amostra final desta RI.

Primeiramente, a seleção dos estudos foi realizada por triagem manual de títulos e resumos de acordo com os critérios de elegibilidade supracitados. Em seguida, os estudos relevantes foram lidos na íntegra, e aqueles que não atenderam aos critérios de elegibilidade foram excluídos. Cabe destacar que o processo de seleção dos estudos, nestas duas etapas, foi realizado de forma independente por dois revisores (GMI e EMCP). Em caso de inconsistências, estas foram discutidas e acordadas e, quando necessário, um terceiro revisor foi envolvido para que um acordo fosse alcançado.

A extração de dados foi realizada por meio de instrumento desenvolvido pelos autores, o qual abordou as seguintes variáveis: país de realização do estudo, objetivo do estudo, delineamento, população e amostra, modo de diagnóstico do SE, definição de SE apresentada, informações sobre medicamento/dosagem/via de administração utilizados para realização da SP, principais resultados SP-SE, conclusões e limitações do estudo. Para a extração de dados desta revisão, as autoras (GMI e EMCP) passaram por um treinamento prévio com o intuito de manter a similaridade quanto à extração dos dados dos estudos incluídos na amostra final. Dessa forma, a análise dos estudos foi dividida igualmente entre as autoras e, ao final, outra autora revisou (ACMG) a versão final do quadro de extração de dados a fim de padronizar a apresentação desses dados e identificar possíveis informações ausentes ou incompletas, assim como, as divergências.

2.5 AVALIAÇÃO DOS DADOS

A qualidade metodológica e o nível de evidência dos estudos incluídos nesta revisão foram avaliados usando o Evidence Level and Quality Guide - Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice (ANEXO A) (Dang *et al.*, 2022).

2.6 ANÁLISE DOS DADOS

Conforme o referencial metodológico adotado para esta RI (Whittemore; Knafl, 2005), foi utilizado o processo de análise proposto por Miles e Huberman

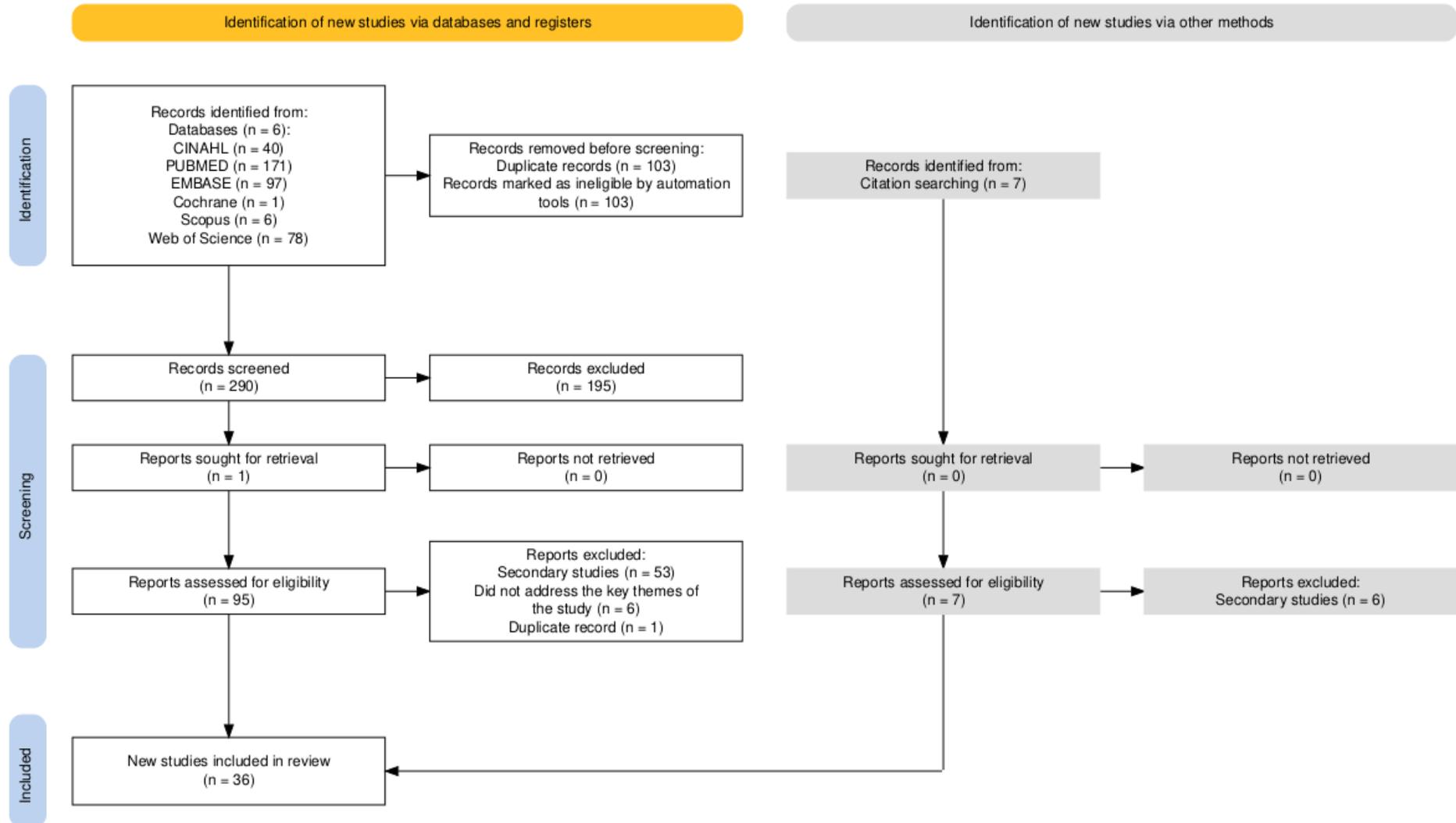
(1994): redução, exibição e comparação dos dados, conclusão e verificação. A etapa de redução consistiu em alinhar em subgrupos os dados das fontes primárias por similaridade. Já na etapa de exibição, os dados foram compilados de forma a iniciar o processo de interpretação (Whittemore; Knafl, 2005). Posteriormente, foi realizada a etapa de comparação das fontes primárias e identificação de padrões, temas e relação entre os dados (Whittemore; Knafl, 2005). Ao final na análise, os dados foram compilados em uma síntese com as principais conclusões, completando, assim, o processo de verificação (Whittemore; Knafl, 2005).

O ChatGPT 4.o foi utilizado para a realização das etapas de redução, exibição e comparação dos dados, com o objetivo de identificar padrões e temas recorrentes nos estudos incluídos nesta RI. Para tanto, o arquivo com os quadros de extração dos dados foi anexado ao ChatGPT 4.o, sendo utilizados prompts específicos para solicitar análise do conteúdo do arquivo, conforme Apêndice A. As informações geradas pelo ChatGPT 4.o foram examinadas e adaptadas pelos autores (ACMG e GMI), conforme apresentadas nos resultados. A utilização do ChatGPT 4o na etapa de análise de dados não estava prevista inicialmente, conforme o protocolo publicado desta revisão (Isidoro *et al.*, 2024). Contudo, a utilização desta ferramenta se deu considerando-se a possibilidade de maior agilidade no processo de análise de dados, por meio da automação de fluxos de trabalho (Mahuli *et al.*, 2023).

3 RESULTADOS

Foram incluídos 36 estudos publicados entre os anos de 2000 a 2024. O processo de identificação e triagem desses estudos está descrito na figura 1.

Figura 1 – Fluxograma PRISMA



Fonte: Adaptado de Haddaway *et al.* (2022)

Os dados extraídos dos estudos incluídos encontram-se nos quadros 4,5 e 6 a seguir.

Quadro 3 - Dados extraídos dos estudos selecionados e incluídos na RI. Alfenas, MG, Brasil, 2024.

(continua)

| Autoria/Ano | País | Objetivo | Delineamento | População e amostra | Diagnóstico do SE | Principais resultados | Conclusões |
|-----------------------------|-------|--|--------------------------------|--|-------------------|--|---|
| Morita <i>et al.</i> , 2000 | Japão | Exemplificar as condições físicas de pacientes com câncer em terminalidade que manifestaram SE e receberam sedação. | Estudo de coorte retrospectivo | Pacientes com câncer (n=20) | Não identificado | Os tipos de sedação aplicados inicialmente eram: primária (45%) e secundária (55%), intermitente (50%) e contínua (50%), leve (90%) e profunda (10%). Os sintomas alvo da sedação foram dispneia (50%), delírio agitado (40%) e dor (5%). Apenas um paciente recebeu sedação para controle de sofrimento psicológico, embora os sintomas físicos tenham sido atenuados de forma aceitável. A sedação foi realizada principalmente para alívio de sofrimento físico grave, como dispneia e agitação, e o SE por si só raramente era uma indicação para sedação. | A sedação foi realizada principalmente para o controle de sintomas físicos de pacientes com câncer em estágios avançados. Além disso, novas investigações são encorajadas com a finalidade de estabelecer métodos de avaliação validados e uma terapia padrão para o SE em pessoas em terminalidade. |
| Morita <i>et al.</i> , 2002 | Japão | Exemplificar a frequência da prática de sedação em pacientes com câncer em terminalidade e identificar as atitudes dos médicos em relação à sedação. | Estudo descritivo | Oncologistas e médicos japoneses de CP (n=697) | Não identificado | O uso de sedação leve, intermitente-profunda e contínua-profunda para sofrimento físico foi relatado por 89%, 70% e 66% dos entrevistados, respectivamente. Para sofrimento psicológico, 64%, 46% e 38% relataram que usaram sedação leve, sedação profunda intermitente e profunda contínua, respectivamente. A eutanásia foi relatada por 2% dos entrevistados. Em casos de sintomas físicos refratários 14% dos entrevistados escolheram a sedação contínua profunda como uma possibilidade, assim também, 15% dos entrevistados escolheram a mesma opção terapêutica para os casos de angústia existencial. Os médicos menos confiantes com o atendimento psicológico e com níveis mais elevados de esgotamento profissional | A sedação é frequentemente usada para sofrimento físico e psicológico grave de pacientes com câncer. As experiências clínicas dos médicos com pessoas em terminalidade e os seus níveis de esgotamento profissional influenciam as decisões. São necessários treinamento e educação para médicos em relação aos cuidados de fim de vida e diretrizes clínicas válidas para terapia de SP. |

Quadro 3 - Dados extraídos dos estudos selecionados e incluídos na RI. Alfenas, MG, Brasil, 2024.

(continuação)

| Autoria/Ano | País | Objetivo | Delineamento | População e amostra | Diagnóstico do SE | Principais resultados | Conclusões |
|--------------|-------|--|-------------------|---------------------|-------------------|--|--|
| | | | | | | tiveram maior probabilidade de optar pela sedação profunda contínua. Os médicos menos envolvidos no cuidado de doentes em terminalidade e menos especializados em medicina paliativa eram menos propensos a escolher tratamento psiquiátrico em comparação com a sedação. | |
| Morita, 2004 | Japão | Evidenciar a prevalência e as características dos pacientes que receberam terapia de SP para sofrimento psicoexistencial | Estudo descritivo | Médico (n=81) | Não identificado | Foi constatado que 36% dos médicos relataram experiência clínica em sedação profunda contínua para sofrimento psicoexistencial. A prevalência global de sedação profunda contínua foi calculada como 1% (90 casos/8.661 mortes totais de pacientes). O sofrimento que necessitou de sedação foi relacionado ao sentimento de inutilidade/insignificância (61%), sobrecarga para os outros/dependência/incapacidade de cuidar de si mesmo (48%), ansiedade/medo/pânico da morte (33%), desejo de controlar a hora da morte sozinho (24%) e isolamento/falta de apoio social (22%). Antes de se iniciar a sedação contínua profunda, a sedação intermitente e atendimento especializado psiquiátrico, psicológico e/ou religioso foram realizados em 94% e 59% dos casos, respectivamente; 89% dos pacientes deprimidos receberam medicamentos | A SP para sofrimento psicoexistencial foi realizada em casos excepcionais em unidades especializadas de CP no Japão. O estado geral dos pacientes era muito ruim e o sofrimento psicoexistencial era refratário à sedação intermitente e ao atendimento psiquiátrico, psicológico e/ou religioso especializado. A sedação foi realizada com base no consentimento do paciente e da família. Estas descobertas sugerem que a SP para o sofrimento psicoexistencial pode ser eticamente permissível em casos excepcionais, se os princípios da proporcionalidade e da autonomia forem aplicados. |

Quadro 3 - Dados extraídos dos estudos selecionados e incluídos na RI. Alfenas, MG, Brasil, 2024.

(continuação)

| Autoria/Ano | País | Objetivo | Delineamento | População e amostra | Diagnóstico do SE | Principais resultados | Conclusões |
|-------------------------------|---------------|--|-------------------------|--|-------------------|---|---|
| | | | | | | antidepressivos. Todos os pacientes capazes (n=37) expressaram pedidos explícitos de sedação, e o consentimento da família foi obtido em todos os casos em que os familiares estavam disponíveis (n=45). | |
| Blondeau <i>et al.</i> , 2005 | Canadá | Medir o efeito das seguintes variáveis na atitude dos profissionais em relação à sedação: prognóstico (longo vs. curto prazo) e natureza do sofrimento | Estudo experimental 2x2 | Médicos e farmacêuticos que trabalham em CP na Província de Quebec (n= 37) | Não identificado | O tipo de sofrimento influencia a atitude do profissional em relação à sedação no final da vida. A maioria dos participantes (n=42) expressou a SP para o SE como "fazer o paciente dormir". Nos casos de prognóstico de longo prazo (n=31), a maioria dos sujeitos (n=21) mencionou a preferência por favorecer o apoio espiritual e psicológico ao invés da sedação. Em relação ao prognóstico de curto prazo (n=32), apenas cinco dos profissionais entrevistados mencionaram o apoio psicológico e/ou espiritual como uma alternativa à sedação (n=5). Estes últimos cinco participantes se referiram à sedação intermitente ou a um ajuste farmacológico como alívio para SE. Os entrevistados eram significativamente a favor da sedação quando os pacientes apresentavam sofrimento físico, ao passo que não eram a favor dessa prática no caso do SE. | Os entrevistados foram geralmente a favor da sedação terminal onde há sofrimento físico intratável. Com relação ao SE, sua atitude menos favorável provavelmente indica prudência com relação ao tratamento desse tipo de sofrimento. Como atualmente existem poucos indicadores sobre como abordar o SE, alguma consideração deve ser aplicada para identificar certos caminhos e, eventualmente, para demarcar uma abordagem que respeite a dignidade humana da pessoa que sofre. |
| Rietjens <i>et al.</i> , 2009 | Países Baixos | Explorar as perspectivas dos médicos sobre o uso de | Estudo qualitativo | Médicos de várias especialidades, | Não identificado | A sedação profunda contínua para pacientes com sofrimento predominantemente emocional/existencial foi considerada apropriada quando os | As recomendações de diretrizes para sedação profunda contínua nem sempre estão de acordo com a realidade das |

Quadro 3 - Dados extraídos dos estudos selecionados e incluídos na RI. Alfenas, MG, Brasil, 2024.

(continuação)

| Autoria/Ano | País | Objetivo | Delineamento | População e amostra | Diagnóstico do SE | Principais resultados | Conclusões |
|----------------------------------|------|--|---------------------|--|-------------------|---|--|
| | | sedação profunda contínua em várias situações clínicas | | incluindo: clínicos gerais (n = 10), médicos de casas de repouso (n = 8) e especialistas clínicos (n = 6) – total (n=24) | | médicos tinham empatia com o sofrimento. Os médicos indicaram que se sentem incapazes de aliviar o SE. Alguns médicos indicaram que podem considerar o uso de sedação no contexto de uma solicitação de eutanásia. Os argumentos foram que a opção de sedação profunda contínua é uma alternativa melhor comparada à eutanásia; ela pode confortar alguns pacientes quando seus pensamentos sobre o possível sofrimento futuro se tornam insuportáveis. Alguns consideraram a sedação profunda contínua menos onerosa ou incômoda de se realizar. | experiências e opiniões dos médicos. Embora a maioria concorde com o uso de sedação profunda contínua em caso de sofrimento predominantemente físico e uma expectativa de vida muito curta do paciente, alguns médicos pareciam estar dispostos a usá-la para aliviar o sofrimento de pacientes com uma expectativa de vida mais longa, pacientes com sofrimento predominantemente emocional/ existencial ou para pacientes que solicitam eutanásia. Os médicos têm diferentes razões para fazê-lo. Sua tomada de decisão é caracterizada pelo equilíbrio entre a situação clínica e os desejos dos pacientes, por um lado, e seus próprios sentimentos, por outro. Portanto, as situações em que a sedação profunda contínua pode ser usada, bem como as razões para isso, não são inequívocas e se beneficiarão de mais debates. |
| Rosengarten <i>et al.</i> , 2009 | NA | Realizar uma descrição | Estudo descritivo e | Pacientes recebendo | Não identificado | Para a maioria dos participantes, a SP foi indicada para mais de um sintoma. Dor | A SP em casa foi uma opção de tratamento viável e bem- |

Quadro 3 - Dados extraídos dos estudos selecionados e incluídos na RI. Alfenas, MG, Brasil, 2024.

(continuação)

| Autoria/Ano | País | Objetivo | Delineamento | População e amostra | Diagnóstico do SE | Principais resultados | Conclusões |
|---------------------------------|----------------|---|-----------------------------------|---|-------------------|--|--|
| | | retrospectiva da SP fornecida a pacientes em terminalidade em casa. | retrospectivo | SP em casa (n=36). | | intratável foi o sintoma mais comum, seguido por agitação e SE. A grande maioria dos pacientes tratados com SP morreu em casa, com um alto grau de controle dos sintomas e satisfação familiar. O tempo médio para o controle dos sintomas foi de 24 horas. Um bom controle dos sintomas foi obtido em 28 dos 36 pacientes, e 34 deles morreram em casa. | sucedida entre os pacientes selecionados e para as queixas elencadas. |
| van Deijck <i>et al.</i> , 2010 | Países Baixos | Estudar a prática de SP contínua por médicos de casas de repouso holandesas em 2007. | Estudo descritivo e retrospectivo | Médicos (n=675). Foram descritos dados de 316 pacientes. | Não identificado | A angústia existencial foi relatada como um sintoma refratário em 16% dos casos. Em 98% dos casos, a SP contínua tinha como objetivo o alívio dos sintomas refratários, como é o caso da dor, ansiedade, exaustão, dispneia e SE. A sedação proporcionou alívio completo dos sintomas em 89% dos casos. | Além dos sintomas físicos, os médicos de casas de repouso frequentemente mencionam ansiedade, exaustão, perda de dignidade e sofrimento existencial como sintomas refratários na decisão de iniciar a SP contínua. Por meio dos CP adequados, a avaliação cuidadosa de potenciais fatores reversíveis e alternativas não sedativas, devem ser o ponto principal do tratamento antes do início da SP. |
| Reid <i>et al.</i> , 2011 | Estados Unidos | Apresentar casos relacionados com o uso da SP até a inconsciência e a SP proporcional | Estudo de casos em série | Pacientes que receberam SP em um serviço terciário de consulta de CP (n=10) | Não identificado | Embora a SP até a inconsciência provavelmente tenha ajudado a minimizar os sintomas existenciais, sua principal indicação foi tratar a dor intensa e refratária nos casos avaliados. A SP até a inconsciência foi negada por se tratar de sintomas principalmente psicológicos. Solicitações | O comitê de ética envolvido na pesquisa não fez uma recomendação formal sobre a adequação da SP até a inconsciência ou SP proporcional para sofrimento predominantemente psicológico ou existencial. Em casos de |

Quadro 3 - Dados extraídos dos estudos selecionados e incluídos na RI. Alfenas, MG, Brasil, 2024.

(continuação)

| Autoria/Ano | País | Objetivo | Delineamento | População e amostra | Diagnóstico do SE | Principais resultados | Conclusões |
|-------------------------------|--------------------------------|--|---------------------------------|---------------------|-------------------|---|--|
| | | para entender sua aplicação e suas distinções na prática real. | | | | potencialmente inapropriadas de SP até a inconsciência ou SP proporcional para sofrimento predominantemente psicológico e/ou existencial devem desencadear avaliação adicional e tratamento de sintomas previamente não identificados, especialmente depressão, ansiedade e outras formas de sofrimento psicológico, espiritual e existencial. | sofrimento psicológico grave sem sofrimento físico, a equipe do comitê de Ética não recomendou a SP até a inconsciência ou a SP proporcional e sugeriu mais contribuições de serviços de psiquiatria e capelania. |
| Putman <i>et al.</i> , 2013 | Estados Unidos | Investigar a aceitação e a prática de SP até a inconsciência por parte dos médicos dos Estados Unidos e identificar os preditores dessa prática. | Estudo descritivo e transversal | Médicos (n=1156) | Não identificado | Apenas 10% dos médicos relataram ter sedado um paciente até a inconsciência ou até a morte no último ano. A maioria dos médicos se opôs à sedação até a inconsciência para SE. | Embora exista um apoio generalizado entre os médicos dos EUA para a SP, sedar intencionalmente os pacientes em terminalidade até a inconsciência ou até a morte não é uma realidade na prática clínica, e nem é amplamente apoiada para o tratamento do SE. |
| Anquinet <i>et al.</i> , 2014 | Bélgica, Holanda e Reino Unido | Oferecer uma visão sobre as considerações médicas sobre o uso da sedação para pacientes com câncer em sofrimento psicológico e | Estudo qualitativo | Médicos (n=35) | Não identificado | Foram elencados três grupos de pacientes os quais foram caracterizados quanto à origem de seu sofrimento psicológico e existencial. O primeiro grupo tinha problemas psicológicos preexistentes antes de adoecer, o segundo desenvolveu sofrimento psicológico e existencial durante sua trajetória de doença e o terceiro apresentou sintomas psicológicos | Os médicos recorreram ao uso de sedação contínua até a morte para pacientes com câncer com sintomas psicológicos e existenciais após considerar várias intervenções farmacológicas e psicológicas que foram ineficazes. Um amplo debate e pesquisa sobre quando, como e por quem o |

Quadro 3 - Dados extraídos dos estudos selecionados e incluídos na RI. Alfenas, MG, Brasil, 2024.

(continuação)

| Autoria/Ano | País | Objetivo | Delineamento | População e amostra | Diagnóstico do SE | Principais resultados | Conclusões |
|-----------------------------------|-------------|--|-------------------------|---|-------------------|--|---|
| | | existencial no fim da vida. | | | | característicos de sua doença. Antes de recorrerem ao uso de sedação, os médicos relataram que haviam considerado uma série de intervenções farmacológicas e psicológicas que eram ineficazes ou inapropriadas para aliviar esse sofrimento. As condições necessárias para o uso da sedação neste contexto foram, para a maioria dos médicos, a presença de sintomas refratários, uma curta expectativa de vida e uma solicitação explícita do paciente por sedação. | sofrimento psicológico e existencial no final da vida deve ser melhor tratado são urgentemente necessários, levando em consideração as diferenças individuais entre os pacientes em relação às suas preferências e desejos e status de saúde. |
| Beauverd <i>et al.</i> , 2014 | Suíça | Medir a influência de duas variáveis (prognóstico curto/longo e sofrimento físico/existencial) nas atitudes dos médicos em relação à SP. | Estudo experimental 2x2 | Médicos que trabalham regularmente com pacientes em CP na parte francesa da Suíça (n=201) | Não identificado | O tipo de sofrimento teve impacto significativo na atitude do profissional frente à sedação, sendo mais favorável em caso de sofrimento físico do que em caso de SE. A interação entre prognóstico e tipo de sofrimento não influenciaram a atitude frente à sedação. Os principais motivos para a recusa da SP em caso de SE foram a percepção de inadequação da SP para este tipo de sofrimento | Há um desconforto geral dos médicos com a prescrição de SP para o SE. Faz-se necessária a formação adequada, para esclarecer os aspectos éticos e clínicos desta prática entre os médicos. |
| Papavasiliou <i>et al.</i> , 2014 | Reino Unido | Explorar debates atuais e questões conceituais, médicas e éticas críticas que sustentam a prática da | Estudo qualitativo | Profissionais da saúde com expertise em sedação em fim de vida (n=21) | Não identificado | Três aspectos principais da sedação foram identificados e discutidos como potencialmente problemáticos: (a) sedação profunda contínua como uma faceta extrema da sedação no final da vida, (b) sofrimento psicoexistencial como indicação ambivalente para sedação e (c) abstinência ou a | Apesar das salvaguardas introduzidas, certos aspectos da sedação, incluindo as intenções associadas à prática, ainda estão em questão, traçando-se paralelos entre a sedação no fim da vida e a eutanásia. No quesito médico, |

Quadro 3 - Dados extraídos dos estudos selecionados e incluídos na RI. Alfenas, MG, Brasil, 2024.

(continuação)

| Autoria/Ano | País | Objetivo | Delineamento | População e amostra | Diagnóstico do SE | Principais resultados | Conclusões |
|-----------------------------|------|---|--------------------|---|-------------------|---|---|
| | | sedação no fim da vida. | | | | retenção de nutrição e hidratação artificiais como potencialmente encurtadores da vida. Foram relatadas preocupações sobre o fato de a sedação no fim da vida ser moralmente equivalente à eutanásia. Alguns participantes não fizeram nenhuma referência ao SE, e outros o rejeitaram claramente, enquanto um apenas concordaria se a indicação para sedação no fim da vida estiver diretamente relacionada ao sofrimento físico. Vários participantes reconheceram o sofrimento físico como uma possível razão para iniciar a sedação. Apenas dois participantes responderam indiretamente citando evidências da literatura, enquanto também houve dois casos em que os participantes se recusaram a fornecer uma resposta. | foi perceptível que o sofrimento psicoexistencial não é considerado como uma indicação suficiente para a aplicação de sedação em fim de vida. Isto reafirma a existência de uma zona cinzenta em torno das duas práticas, já evidenciada em países onde a eutanásia é legalizada. Mais clareza sobre as questões que geram esta zona cinzenta, com as suas causas a serem descobertas e eliminadas, é imperativa para resolver os debates atuais e informar eficazmente a investigação, as políticas e a prática da sedação no fim da vida. |
| Swart, <i>et al.</i> , 2014 | NA | Investigar as considerações sobre as indicações de SP contínua e as questões que influenciam essas considerações. | Estudo qualitativo | Médicos (n=54) e enfermeiros (n=36) que trabalham em clínica geral, casas de repouso e hospitais - total (n=89) | Não identificado | Os sintomas físicos, juntamente com o SE e o psicológico podem se combinar para produzir um estado refratário, para o qual outras opções de tratamento além da SP não estavam disponíveis ou eram consideradas inadequadas. Muitos médicos consideraram a expectativa de vida limitada como um fator importante para evitar apressar a morte, enquanto outros a consideram menos | A indicação de SP geralmente se origina de sintomas físicos e problemas não físicos que produzem um estado refratário no qual o paciente sofre insuportavelmente. Nesses estados, as preferências dos pacientes e familiares e o critério de expectativa de vida são ponderados em relação à gravidade dos sintomas |

Quadro 3 - Dados extraídos dos estudos selecionados e incluídos na RI. Alfenas, MG, Brasil, 2024.

(continuação)

| Autoria/Ano | País | Objetivo | Delineamento | População e amostra | Diagnóstico do SE | Principais resultados | Conclusões |
|-------------------------------------|---------|---|----------------|--|-------------------|---|--|
| | | | | | | importante, focando no sofrimento do paciente. A decisão de usar a SP foi influenciada pelas preferências do paciente (como dignidade e desejo de evitar mais sofrimento) e por questões familiares (impacto do sofrimento na família e solicitações de SP contínua pela família). | refratários. Portanto, o uso de SP não é apenas uma resposta ao sofrimento físico dos pacientes em terminalidade. |
| Weichselbaumer <i>et al.</i> , 2014 | Áustria | Discutir o caso de uma paciente de 56 anos com carcinoma de ovário em terminalidade que precisou de SP por causa de sofrimento psicoexistencial refratário. | Estudo de caso | Paciente de 56 anos com carcinoma de ovário terminal (n=1) | Não identificado | Antes da paciente dar entrada na enfermaria havia apresentado o desejo do suicídio assistido devido aos sintomas refratários que vinha apresentando, como no caso de uma constante inquietação que piorou com seu tempo de internação. A integridade da paciente foi claramente ameaçada. Ela viu o tempo limitado de vida e foi confrontada com o processo de morrer. A fraqueza aumentou rapidamente, de modo que ela precisou de apoio massivo em todas as atividades, perdendo sua autonomia. As visitas de familiares tornaram-se cada vez mais estressantes para ela e, assim, sofreu com o fato de ter que deixá-los para trás, o que pode ser interpretado como uma perda de relacionamentos. A decisão de iniciar a SP diante do SE da paciente teve que ser uma decisão da equipe. Com o envolvimento dos enfermeiros e médicos que trabalham | A discussão sobre a SP por razões psicoexistenciais depende geralmente de uma rejeição do suicídio assistido por médico, do paciente encontrar-se em terminalidade e que o paciente precisa e deseja da SP, independentemente da causa do sofrimento. A SP terá sempre de ser decidida de forma muito individual, tendo em conta cada paciente e a sua unidade de corpo-mente, embora as orientações possam ser úteis para tornar o processo de tomada de decisão mais claro e para prevenir o uso indevido da SP. |

Quadro 3 - Dados extraídos dos estudos selecionados e incluídos na RI. Alfenas, MG, Brasil, 2024.

(continuação)

| Autoria/Ano | País | Objetivo | Delineamento | População e amostra | Diagnóstico do SE | Principais resultados | Conclusões |
|-----------------------------|----------------|--|--------------------|-------------------------------------|-------------------|--|--|
| | | | | | | à beira do leito, do psicólogo, do pastor e do arteterapeuta que a acompanhava. No momento da SP, a paciente encontrava-se em terminalidade, cujo tempo restante de vida foi estimado em dias, sendo esse uma das exigências para início da SP, principalmente nas indicações psicoexistenciais. | |
| Dumont <i>et al.</i> , 2015 | Canadá e Suíça | Determinar se diferentes atitudes em relação à SP poderiam ser observadas entre médicos de dois ambientes sócio-jurisdicionais onde as leis e regulamentos pertinentes diferiam. | Estudo qualitativo | Médicos que trabalham em CP (n=175) | Não identificado | As atitudes dos médicos em relação à SP, particularmente em relação ao prognóstico e ao tipo de sofrimento, foram semelhantes, apesar das diferentes legislações em vigor sobre suicídio assistido em seus respectivos ambientes de prática. O grupo de Quebec atingiu médias mais altas ao avaliar os casos apresentados, o que poderia sugerir que os entrevistados de Quebec seriam mais abertos à SP do que os entrevistados da Suíça pareciam ser, embora a maioria não fosse a favor da sedação como uma resposta ao SE em fim da vida. Diante de um pedido de "morte acelerada", alguns entrevistados da Suíça sugeririam considerar o suicídio assistido por médico em vez da SP. Isso pode significar que na Suíça há uma necessidade de distinguir a SP e o suicídio assistido por médico. | As atitudes dos médicos de Quebec e da Suíça em relação à SP, particularmente em relação ao prognóstico e ao tipo de sofrimento, parecem semelhantes. Mas, os médicos de Quebec são mais abertos à SP, embora a maioria não fosse a favor dessa prática como uma resposta ao SE do fim da vida. Num contexto onde o suicídio assistido por médico é autorizado, é possível que os médicos estejam mais inclinados a favorecer o suicídio assistido por médico em vez da SP quando os pacientes vivenciam SE. |

Quadro 3 - Dados extraídos dos estudos selecionados e incluídos na RI. Alfenas, MG, Brasil, 2024.

(continuação)

| Autoria/Ano | País | Objetivo | Delineamento | População e amostra | Diagnóstico do SE | Principais resultados | Conclusões |
|----------------------------|---------|--|---|--|-------------------|--|---|
| Foley <i>et al.</i> , 2015 | Suíça | Compreender como os médicos integram a SP na sua prática, especialmente quando enfrentam SE. | Estudo quantitativo e qualitativo (misto) | Médicos afiliados à Associação Suíça de CP (n=31) | Não identificado | A maioria dos médicos não usaria SP profunda para os casos de SE. Esta relutância também pode dever-se ao fato de considerarem a SP como uma forma de acelerar a morte. Os mesmos entrevistados distinguiram a SP da eutanásia e do suicídio assistido, ao mesmo tempo que se recusam a praticar o suicídio assistido. Em um outro grupo, os médicos ofereceriam sedação para o SE, ao passo que alguns consideravam o suicídio assistido mais apropriado do que a SP nesses casos. Outros afirmaram que a SP era uma alternativa melhor porque respeita o momento natural da morte. | A SP desempenha um papel crescente no tratamento de sintomas intratáveis que afetam uma pequena proporção de pacientes na terminalidade. Preocupações éticas importantes persistem, especialmente em relação ao seu uso para SE. A maioria dos médicos relataram preocupações sobre aceleração da morte, suicídio assistido e eutanásia. Os médicos provavelmente se comportarão de forma diferente de acordo com seu contexto clínico. |
| Hoek <i>et al.</i> , 2015 | Holanda | Apresentar informações sobre a frequência e as características das consultas especializadas em SP. | Estudo retrospectivo e documental. | Consultas feitas por equipes holandesas (n=44443) e que as informações constavam em um banco de dados nacional longitudinal, de 2001 e 2011. | Não identificado | Das 44.443 consultas iniciais, 73% foi solicitada por clínicos gerais e 86% dizia respeito a pacientes com câncer (86%). A SP foi abordada em 18,1% de todas as consultas. A SP foi discutida com mais frequência durante consultas para pacientes com doença neurológica ou DPOC do que para pacientes com câncer. Houve maior probabilidade de SP se também fossem abordados os seguintes temas durante a consulta: dispneia, agitação/delirium exaustão, questões relacionadas à eutanásia ou questões existenciais. | A consulta de CP especializada para a SP é defendida quando os médicos não têm conhecimento ou experiência suficientes na área da SP. As equipes de CP especializado parecem ter um papel no apoio aos médicos de forma a explorar opções de CP para pacientes nos quais questões relativas à eutanásia, questões existenciais e SP se misturam. Os clínicos confrontados com SE em cuidados de fim de vida são, encorajados a procurar |

Quadro 3 - Dados extraídos dos estudos selecionados e incluídos na RI. Alfenas, MG, Brasil, 2024.

(continuação)

| Autoria/Ano | País | Objetivo | Delineamento | População e amostra | Diagnóstico do SE | Principais resultados | Conclusões |
|----------------------------|---------------|--|-----------------------------------|---|-------------------|--|--|
| | | | | | | | apoio de equipes de especialistas para prevenir a aplicação de SP com indicações controversas. |
| Schur <i>et al.</i> , 2015 | NA | Relatar o caso de um paciente que recebeu SP para o tratamento de angústia existencial e discutir as considerações que podem surgir dessa abordagem terapêutica. | Estudo de caso | Paciente que recebeu SP para o tratamento de angústia existencial | Não identificado | A SP é uma intervenção terapêutica válida para aliviar o sofrimento intratável em pacientes em terminalidade. Seu uso no tratamento de sintomas psicológicos refratários e angústia existencial ainda é uma questão controversa e amplamente debatida. O objetivo da SP é minimizar o ônus dos sintomas de maneira eticamente aceitável. | A SP é uma ferramenta terapêutica de última instância extremamente importante no tratamento de pacientes em terminalidade para proporcionar alívio da angústia intolerável. Especialmente no tratamento da angústia existencial refratária, deve-se tomar cuidado especial e realizar um esforço multiprofissional para garantir que todas as condições prévias necessárias para a SP sejam atendidas. A controvérsia que ainda envolve a SP e, especialmente, a sedação para o tratamento do sofrimento psicológico provavelmente não é uma questão de "a favor ou contra?", mas de "quando e como?". |
| van Deijck, 2015 | Países baixos | Apresentar características dos pacientes com SE que são tratados com SP contínua e o grau em que as | Estudo descritivo e retrospectivo | Médicos de casas de repouso (n=314) | Não identificado | O SE foi um sintoma refratário em 83 pacientes relatados pelos médicos. Na maioria dos pacientes com SE refratário, outros sintomas refratários também foram relatados, e a expectativa de vida era de sete dias ou menos; o consentimento informado | Embora a conscientização e o respeito pelas necessidades de pacientes com SE sejam uma parte essencial do atendimento médico, o uso de SP contínua para SE deve ser abordado com cautela, e tal tratamento deve |

Quadro 3 - Dados extraídos dos estudos selecionados e incluídos na RI. Alfenas, MG, Brasil, 2024.

(continuação)

| Autoria/Ano | País | Objetivo | Delineamento | População e amostra | Diagnóstico do SE | Principais resultados | Conclusões |
|----------------------------|---------|--|-----------------------------------|---------------------------|-------------------|--|--|
| | | condições prévias para a administração de SP são atendidas. | | | | para iniciar a SP foi obtido em todos os casos. A consulta e a sedação intermitente antes do início da SP contínua foram relatadas com muito menos frequência do que seria de se esperar com base nas diretrizes. Ser do sexo masculino, ter solicitado eutanásia anteriormente, ter uma doença do sistema nervoso ou ter outro diagnóstico foram positivamente correlacionados com a administração de SP para SE. | ser oferecido em conformidade com as pré-condições estabelecidas nas diretrizes e recomendações relevantes. Pré-condições como problemas psicossociais e questões de significado da vida, e administração de sedação intermitente antes do início do SP contínua, merecem mais atenção. Além disso, este estudo mostra que maior atenção precisa ser dada ao SE vivenciado por pacientes, especialmente pacientes do sexo masculino e aqueles com doença do sistema nervoso. Intervenções apropriadas para esses pacientes podem alterar o curso de seus sintomas e, conseqüentemente, sua necessidade de SP contínua. Entre os pacientes que recebem SP contínua, o SE refratário quase sempre ocorre em conjunto com sintomas físicos refratários. |
| Schur <i>et al.</i> , 2016 | Áustria | Investigar a prática de SP no final da vida em ambientes de CP | Estudo descritivo e retrospectivo | Pacientes em CP (n=2.414) | Não identificado | As indicações para SP foram delirium (51%), angústia existencial (32%), dispnéia (30%) e dor (20%). O número médio de dias entre a admissão em uma enfermaria de CP/equipe móvel | Foi observado uma alta prevalência de SE com indicação para SP neste estudo, o que pode ser justificado devido a falta de definição |

Quadro 3 - Dados extraídos dos estudos selecionados e incluídos na RI. Alfenas, MG, Brasil, 2024.

(continuação)

| Autoria/Ano | País | Objetivo | Delineamento | População e amostra | Diagnóstico do SE | Principais resultados | Conclusões |
|----------------------------|----------------|--|---------------------|--|-------------------|---|---|
| | | | | | | de CP e a morte não diferiu significativamente entre pacientes sedados e não sedados. | prévia do SE nos centros de CP investigados. Além disso, pela perspectiva clínica, é possível que o SE ocorra quando um sintoma físico é intratável, o que também justifica a alta prevalência de SE, visto que grande parte da amostra possuía tais sintomas, gerando então, mais de uma indicação para a SP. Os dados obtidos ainda sugerem que a SP, quando administrada adequadamente, é um procedimento apropriado que não encurta o período de tempo desde a admissão em uma unidade de CP até a morte. |
| Cripe <i>et al.</i> , 2017 | Estados Unidos | Avaliar o apoio da SP para controle de dor física refratária ou SE, classificando a importância das preferências do paciente em situações eticamente desafiadoras e medidas completas de | Estudo experimental | Residentes em hematologia – oncologia médica ou pulmonar e bolsistas de medicina intensiva (n=134) | Não identificado | Apenas uma minoria de residentes (22,7%) foi favorável à SP para SE. Quando solicitado a tomar uma ação relacionada a uma solicitação de SP para dor física, 39,1% disseram que administrariam SP de acordo com as diretrizes publicadas, enquanto apenas 6,8% o fariam para o SE. Para ambas as indicações os residentes responderam que encaminhariam o paciente para uma equipe de CP. As recusas para dor física eram raras; 14,3% dos residentes indicaram que recusariam um pedido de sedação | A interação descrita entre a motivação religiosa e o otimismo sugere que o apoio ao uso da SP em SE e talvez a outros procedimentos moralmente controversos são o resultado de interações complexas. As observações de que um grupo de residentes apoiaram mais o uso da SP para SE do que o outro, e os médicos mais jovens apoiam mais do que os médicos mais velhos, sugerem que as |

Quadro 3 - Dados extraídos dos estudos selecionados e incluídos na RI. Alfenas, MG, Brasil, 2024.

(continuação)

| Autoria/Ano | País | Objetivo | Delineamento | População e amostra | Diagnóstico do SE | Principais resultados | Conclusões |
|----------------------------|--------|---|---------------------------------|--|--|--|---|
| | | empatia, esperança, otimismo e motivação religiosa. | | | | para SE. Os fatores que influenciam as decisões dos médicos de apoiar a SP para dor física ou SE mudam à medida que os médicos avançam em sua prática. O suporte para ambas intervenções não se correlacionou com níveis de empatia, esperança, otimismo ou motivação religiosa, no entanto, para residentes com motivação religiosa mais baixa, maior otimismo foi associado ao uso da SP para SE. Em contraste, entre residentes com motivação religiosa mais alta, o otimismo não foi associado ao suporte de SP para SE. | relações entre experiência, características de personalidade, motivação religiosa e expectativas éticas são dinâmicas. |
| Voeuk <i>et al.</i> , 2017 | Canadá | Determinar as opiniões e práticas dos médicos canadenses de CP em relação à SP para angústia existencial. | Estudo descritivo e transversal | Médicos membros da Canadian Society of Palliative Care (n=322) | O SE foi identificado por meio de: Perda da dignidade: 18 (72%); Medo e pânico: 16 (64%); Ansiedade pela morte: 15 (60%); Dependência/incapacidade de cuidar de si mesmo: 14 (56%); Desesperança: | Um terço (31%) dos entrevistados relatou ter fornecido SP contínua para SE. E 43% concordaram que a SP poderia ser usada apenas para SE. | Entre os médicos canadenses de CP, o consenso geral sobre o uso de SP contínua para SE não existe atualmente. Os resultados também revelaram um equívoco atual sobre o uso de opioides como uma intervenção para SP contínua que precisa ser abordada em programas educacionais. Existem opiniões divergentes em relação à SP para SE, o que exige a educação dos profissionais de saúde e uma maior conscientização do público em geral. |

Quadro 3 - Dados extraídos dos estudos selecionados e incluídos na RI. Alfenas, MG, Brasil, 2024.

(continuação)

| Autoria/Ano | País | Objetivo | Delineamento | População e amostra | Diagnóstico do SE | Principais resultados | Conclusões |
|----------------------------|---------|---|----------------|---------------------|--|--|--|
| | | | | | 14 (56%); Fardo para os outros: 11 (44%); Desejo de controlar a hora da morte por si mesmo: 11 (44%); Sentimento de inutilidade 8 (32%); Sentimento de falta de sentido 7 (28%); Isolamento 4 (16%); Falta de apoio social 2 (8%); Carga econômica 1 (2%); Outros 4 (16%). | | |
| Picco <i>et al.</i> , 2018 | Espanha | Prestar assistência a um paciente com SE para destacar as limitações e dificuldades da equipe de saúde na tomada de decisões. | Estudo de caso | Paciente (n=1) | Não identificado | Para a equipe de saúde foi difícil e controverso decidir pela "sedação temporária" no contexto do manejo de sintomas psicológicos supostamente refratários, sabendo que muitas vezes é o prelúdio da SP, mas o sofrimento intenso do paciente impôs a necessidade de uma intervenção responsável e decisiva. | Os pacientes que sofrem de SE refratário necessitam de tratamento intensivo e holístico de uma equipe multidisciplinar que atua precocemente, com intervenções da psiquiatria, da psicologia e da esfera familiar e espiritual para se preparar para o crescimento psicoespiritual no final da vida. A consideração de |

Quadro 3 - Dados extraídos dos estudos selecionados e incluídos na RI. Alfenas, MG, Brasil, 2024.

(continuação)

| Autoria/Ano | País | Objetivo | Delineamento | População e amostra | Diagnóstico do SE | Principais resultados | Conclusões |
|--------------------------------------|---------|---|---|--|-------------------|---|---|
| | | | | | | | <p>"sedação temporária" é em última instância e em casos excepcionais, sendo prioritário que sejam tratadas as patologias psiquiátricas que se enquadram no diagnóstico diferencial e que se esgotem as intervenções psicoterapêuticas. Entre outras condições inevitáveis, o paciente deve estar em fase avançada da sua doença e os princípios da proporcionalidade e do duplo efeito devem sustentar esta difícil decisão que revela as limitações enquanto equipe de saúde e confronta com as questões mais profundas e controversas da humanidade.</p> |
| Benítez-Rosario <i>et al.</i> , 2019 | Espanha | Explorar a as opiniões de especialistas internacionais sobre SP | Estudo de revisão, utilizando a técnica Delphi eletrônico | Profissionais internacionais com expertise em em SP, CP, delirium terminal, dispneia, demonstrada por meio de publicações no MEDLINE entre os anos | Não identificado | A maior parte dos participantes concordaram com o uso de sedativos, contínuos ou temporários, para pacientes com dispneia refratária e delirium, embora haja uma grande variação em pacientes com demência e SE, sendo controverso o uso da SP para estes dois últimos casos. 62% dos especialistas preferiram aumentar o apoio psicológico e o acompanhamento religioso e espiritual ao invés da SP para pacientes com SE. | O estudo Delphi não conseguiu chegar a um consenso sobre SP contínua e nos níveis de sedação para pacientes com sintomas refratários descritos em cenários clínicos hipotéticos. Os especialistas internacionais geralmente concordam com o uso de sedação para pacientes com dispneia refratária e delirium nos últimos dias de vida do que para SE. |

Quadro 3 - Dados extraídos dos estudos selecionados e incluídos na RI. Alfenas, MG, Brasil, 2024.

(continuação)

| Autoria/Ano | País | Objetivo | Delineamento | População e amostra | Diagnóstico do SE | Principais resultados | Conclusões |
|--------------------------------------|---------|--|-----------------------------------|--|---|---|---|
| | | | | de 2011 e 2015 (n= 27) | | | |
| Fay <i>et al.</i> , 2019 | Irlanda | Explorar como os enfermeiros de CP identificam pacientes com SE e gerenciam suas necessidades. | Estudo descritivo qualitativo | Enfermeiros de CP (n= 10) | Identificado por meio de manifestações clínicas como agitação e dificuldade de comunicação. | Três em cada dez participantes relataram que o sofrimento dos pacientes era contínuo e difícil de tratar. Todos os participantes se referiram ao uso de sedação ou ansiolíticos para o tratamento do SE. Dentre as indicações para o uso de sedação intermitente incluíam a ineficácia da intervenção psicológica e baixa qualidade de vida. A ética do uso da sedação foi amplamente discutida pelos participantes, que reiteraram que a sedação é usada com cautela e decidida em equipe. | A identificação precoce do SE pelos cuidadores pode permitir uma intervenção oportuna (aconselhamento, psicoterapia e/ou orientação espiritual) para melhorar a qualidade de vida dos pacientes em terminalidade e evitar SE intratável ou refratário que podem necessitar de SP. |
| Benitez-Rosário <i>et al.</i> , 2020 | Espanha | Descrever as atitudes dos médicos em relação à SP contínua | Estudo de caso | Médicos espanhóis de CP (n= 292) | Não identificado | O SE foi considerado justificativa da SP contínua por 60% dos médicos, mas teve a menor taxa de concordância entre todos os possíveis motivos para sedação cobertos pelo estudo. A experiência em sedação contínua realizada para SE foi o único fator explicativo encontrado para a seleção da sedação completa. Ser do sexo feminino foi um fator explicativo nos pacientes com câncer com SE. | Os médicos paliativistas espanhóis geralmente apoiam o uso de SP contínua como tratamento proporcional para pacientes em terminalidade com dispneia refratária, delirium agitado e condição clínica precária relacionado ao SE. |
| Gamblin <i>et al.</i> , 2020 | França | Descrever a sedação com midazolam no Centre Oscar Lambret (COL), | Estudo descritivo e retrospectivo | Pacientes adultos em CP internados no COL, que | Não identificado | Foram identificadas 54 sedações (48 comprovadas, 6 prováveis). Sendo relatados três casos de sedação por sofrimento psicológico ou existencial (5,6%). A sedação foi contínua até o | Revela a necessidade das unidades de centro de câncer para CP caracterizarem meticulosamente suas práticas de sedação, seu uso e |

Quadro 3 - Dados extraídos dos estudos selecionados e incluídos na RI. Alfenas, MG, Brasil, 2024.

(continuação)

| Autoria/Ano | País | Objetivo | Delineamento | População e amostra | Diagnóstico do SE | Principais resultados | Conclusões |
|--------------------------------|--|--|--------------|--|-------------------|--|--|
| | | centro regional francês de controle do câncer, a fim de estabelecer uma visão geral atual antes das alterações legislativas finais. | | foram sedados com midazolam (n=54) | | óbito em 98,1% dos casos. Todos os casos de sedação para sofrimento psicológico ou existencial incluíram uma discussão com o paciente, seu consentimento, bem como o fornecimento de informações aos familiares. | indicação, de forma a priorizar o que vem sendo descrito pelas diretrizes clínicas. |
| Heijltjes <i>et al.</i> , 2022 | Bélgica, Alemanha, Itália, Japão, Holanda, Reino Unido e Singapura | Descrever as experiências e opiniões de médicos de sete países sobre o uso contínuo de sedativos no cuidado de pacientes em terminalidade. | Survey study | Médicos que cuidam de pacientes em terminalidade (n=2.412) | Não identificado | Mais de 90% dos entrevistados indicaram que usavam principalmente midazolam para sedação. O uso de sedativos para alívio do sofrimento foi considerado aceitável nos casos de sofrimento físico (87-99%). Nos casos de sofrimento psicoexistencial a aceitação foi menor, mas ainda substancial (45-88%). Estas percentagens eram mais baixas quando o prognóstico era de pelo menos várias semanas (22-66% para sofrimento físico e 5-42% para sofrimento psicoexistencial). Dos entrevistados, 10% ou menos concordaram que o sofrimento pode ser aliviado com outras medidas. Uma proporção substancial (41-95%) concordou que um paciente competente e com sofrimento grave tem o direito de exigir o uso de sedativos nos últimos dias de vida. | Muitos entrevistados consideraram o uso contínuo de sedativos aceitável para o alívio do sofrimento físico e psicoexistencial nos últimos dias de vida. A aceitabilidade foi menor em relação ao uso contínuo de sedativos no cuidado para sofrimento psicoexistencial e para pacientes com maior expectativa de vida. |

Quadro 3 - Dados extraídos dos estudos selecionados e incluídos na RI. Alfenas, MG, Brasil, 2024.

(continuação)

| Autoria/Ano | País | Objetivo | Delineamento | População e amostra | Diagnóstico do SE | Principais resultados | Conclusões |
|-------------------------------|----------|--|---------------------------------|---|-------------------|--|--|
| Salzmann <i>et al.</i> , 2022 | Alemanha | Investigar se a SP é usada no tratamento de pacientes com esclerose lateral amiotrófica (ELA) na Alemanha e como os médicos assistentes avaliam o uso da SP na ELA. | Estudo descritivo e transversal | Neurologistas e profissionais de CP (n=296) | Não identificado | Foi encontrado altos níveis de apoio ao uso de SP em pacientes com ELA. 42% dos participantes afirmaram que já haviam usado SP no tratamento de pacientes com ELA. A aceitação da SP foi maior no caso de sintomas físicos do que no caso de sintomas psicológicos. Os médicos com treinamento especializado em CP já haviam usado a SP em pacientes com ELA com mais frequência e eram mais propensos a aceitar a SP em diferentes situações do que os participantes sem experiência em CP. | A SP na ELA é amplamente aceita pelos médicos assistentes. No caso de sintomas psicológicos, a SP é vista com mais preocupação do que no caso de sintomas físicos. Os médicos com treinamento especializado em CP têm maior probabilidade de aprovarem a SP na ELA. |
| Suzzoni <i>et al.</i> , 2022 | França | Determinar a natureza refratária do sofrimento em pacientes em terminalidade de CP e, particularmente, antes da introdução da sedação profunda e contínua até a morte. | Estudo qualitativo | Médicos que trabalham em diferentes unidades de CP (n=16) | Não identificado | A refratariedade ao sofrimento está relacionada à experiência insuportável do paciente e à ausência de alívio. Foi considerado o SE como o mais difícil de avaliar. Para isso, propõem uma avaliação multidimensional, que inclui avaliações repetidas e uma abordagem multidisciplinar. | O SE é o mais difícil de avaliar devido à ausência de uma estrutura de referência ou de um guia consolidado. As práticas dos médico SP seguem a Lei Claeys-Leonetti, que autoriza a sedação profunda para pacientes com prognóstico reduzido de vida a curto prazo.s sobre a |

Quadro 3 - Dados extraídos dos estudos selecionados e incluídos na RI. Alfenas, MG, Brasil, 2024.

(continuação)

| Autoria/Ano | País | Objetivo | Delineamento | População e amostra | Diagnóstico do SE | Principais resultados | Conclusões |
|--------------------------------|----------|---|--------------------|---|-------------------|---|---|
| Meesters <i>et al.</i> , 2023 | Alemanha | Explorar as circunstâncias dos CP domiciliares especializados que influenciam a prática da sedação. | Estudo qualitativo | Médicos, enfermeiros e demais membros da equipe multiprofissional de 10 unidades de CP e sete equipes de atenção domiciliar (n=59 entrevistas e dois grupos focais com n = 4 e n = 5) | Não identificado | Especialmente as recomendações das diretrizes relativas ao monitoramento contínuo por pessoal qualificado, a avaliação psicológica em caso de SE e a redução da dose para reavaliação da carga de sintomas são dificilmente ou não implementáveis no ambiente de atendimento domiciliar. | As recomendações de diretrizes sobre monitoramento contínuo por equipe qualificada, avaliação psicológica em caso de SE e redução de dose para reavaliação da carga de sintomas não são implementáveis no ambiente de assistência domiciliar. Dessa forma, as recomendações das diretrizes existentes devem ser adaptadas e complementadas por medidas de apoio adicionais específicas para o cuidado em ambiente domiciliar. |
| Rodrigues <i>et al.</i> , 2023 | Bélgica | Fornecer uma compreensão aprofundada do conteúdo e do processo de tomada de decisão sobre SP para SE, conforme percebido por médicos belgas de CP | Estudo qualitativo | Médicos que trabalham em unidades de CP em hospitais belgas e em hospícios independentes (n=25) | Não identificado | Identificou-se vários critérios que os médicos aplicam em sua tomada de decisão sobre o SE: a importância da demanda do paciente, o uso da SP para SE como opção de último recurso após todas as alternativas terem sido aplicadas, a condição de sofrimento insuportável combinada com outros tipos de sofrimento e a condição de estar em um estágio terminal. No processo de tomada de decisão, os médicos destacam a necessidade de perspectivas multidisciplinares apoiadas por um | Os médicos de CP belgas não têm certeza sobre os critérios relativos à tomada de decisão na aplicação de SP para SE. Para lidar com o SE complexo em situações de fim de vida, eles enfatizam a importância da participação de todas as partes interessadas (paciente, familiares, equipe de CP, outros médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, capelães etc.) |

Quadro 3 - Dados extraídos dos estudos selecionados e incluídos na RI. Alfenas, MG, Brasil, 2024.

(continuação)

| Autoria/Ano | País | Objetivo | Delineamento | População e amostra | Diagnóstico do SE | Principais resultados | Conclusões |
|-------------------------------|-------|--|---------------------|--|-------------------|--|---|
| | | | | | | diálogo interpretativo com o paciente e todas as outras partes interessadas. Esse processo envolve uma temporalidade específica e a convicção interna dos médicos sobre a necessidade de SP para SE. | para evitar que decisões inadequadas sejam tomadas. |
| Gaignard <i>et al.</i> , 2023 | Suíça | Explorar as perspectivas dos profissionais suíços envolvidos nos cuidados de fim de vida e no suicídio assistido (SA) sobre a gestão do SE. | Estudo qualitativo | Profissionais suíços envolvidos em cuidados de fim de vida e suicídio assistido (n=25) | Não identificado | Alguns participantes que trabalham com CP mencionaram o uso de SP para aliviar o SE. A maioria disse que se sentia mais confortável quando a SP era aplicada para o alívio de sintomas físicos, mas que isso poderia acontecer, como último recurso e depois de explorar alternativas, em caso de SE, embora reconhecesse que isso era controverso. | O SE é plural e implica uma multiplicidade de respostas. Estas situações continuam, no entanto, difíceis e controversas, de acordo com profissionais suíços. As abordagens propostas incluem a noção de estar presente, demonstrar respeito, procurar entender as causas do sofrimento, ajudar a dar sentido, trabalhar em conjunto, apoio psicológico, apoio espiritual, alívio dos sintomas físicos e SP. |
| Maeda <i>et al.</i> , 2023 | Japão | Esclarecer a prática clínica da sedação profunda contínua para o sofrimento psicoexistencial e avaliar o seu impacto na sobrevivência dos pacientes. | Estudo quantitativo | Pacientes internados em unidades de CP (n=164) | Não identificado | Pacientes que receberam sedação profunda contínua (CDS) por sofrimento psicoexistencial e sintomas físicos, em comparação com aqueles apenas por sintomas físicos, tenderam a não ter religião específica expressaram seu desejo de apressar a morte com mais frequência e solicitaram morte acelerada com maior frequência. Em comparação com a CDS prescrita | A CDS foi aplicada a pacientes com condições físicas muito precárias nos últimos dias de vida, e a CDS apenas para sofrimento psicoexistencial foi considerada excepcional com base na sua baixa incidência. Estas descobertas podem ajudar a dissipar a preocupação comum de que o CDS possa ser fornecido |

Quadro 3 - Dados extraídos dos estudos selecionados e incluídos na RI. Alfenas, MG, Brasil, 2024.

(continuação)

| Autoria/Ano | País | Objetivo | Delineamento | População e amostra | Diagnóstico do SE | Principais resultados | Conclusões |
|--------------------------|-------|--|--------------------------------|---|-------------------|---|---|
| | | | | | | <p>apenas para sintomas físicos, a CDS para sofrimento psicoexistencial causou maior desconforto aos médicos e durou mais tempo. Entretanto, não foram observadas diferenças nos sintomas físicos alvo ou nos sedativos utilizados entre os grupos. Todos os 14 pacientes que receberam CDS por sofrimento psicoexistencial apresentavam a condição física precária do ECOG 4 (completamente incapacitado), uma sobrevida estimada de dias e diminuição da capacidade de ingestão oral. Em relação às intervenções prévias à CDS, a sedação intermitente foi comumente utilizada: 71,4% nos pacientes que receberam CDS por sofrimento psicoexistencial e 62,7% naqueles apenas por sintomas físicos. A intervenção psiquiátrica foi realizada com mais frequência em pacientes que receberam CDS por sofrimento psicoexistencial em comparação com aqueles por sintomas físicos.</p> | <p>como um tratamento alternativo à eutanásia. No entanto, a CDS para sofrimento psicoexistencial e sintomas físicos apresentou características diferentes daquela apenas para sofrimento físico: por exemplo, maior desconforto dos médicos relacionado ao seu início, maior prevalência de desejo ou solicitação de morte acelerada por parte dos pacientes, e um tempo ligeiramente mais longo do CDS.</p> |
| Tan <i>et al.</i> , 2023 | China | Descrever uma prática de 4 anos de SP contínua em uma enfermaria de medicina | Estudo de coorte retrospectivo | Registros médicos eletrônicos de pacientes com câncer que morreram na | Não identificado | A prevalência total de SP contínua foi de 39,7%. Os pacientes que foram sedados apresentaram mais comumente delirium, dispneia, SE ou psicológico refratário e dor. Após a correspondência da pontuação de | A SP é bem praticada em países com CP em desenvolvimento. De forma semelhante a outros estudos, os pacientes que recebem SP apresentam mais comumente |

Quadro 3 - Dados extraídos dos estudos selecionados e incluídos na RI. Alfenas, MG, Brasil, 2024.

(conclusão)

| Autoria/Ano | País | Objetivo | Delineamento | População e amostra | Diagnóstico do SE | Principais resultados | Conclusões |
|--------------------------------|---------|--|--------------------|---|-------------------|---|---|
| | | paliativa de um hospital acadêmico na China. | | ala paliativa entre 1º de janeiro de 2018 e 10 de maio de 2022 (n=505). | | propensão, a sobrevida média foi de 10 e 9 dias com e sem SP contínua, respectivamente. Após a correspondência, as duas curvas de sobrevivência dos grupos sedados e não sedados não foram diferentes. | delirium, dispneia, dor refratária e SE e psicológico. Além disso, a sobrevida média não foi diferente entre os pacientes sedados e não sedados. Portanto, a SP pode ser usada para aliviar os sintomas intratáveis dos pacientes em unidades especializadas em CP. |
| Rodrigues <i>et al.</i> , 2024 | Bélgica | Explorar as percepções dos médicos belgas de CP com relação à ética da SP para SE. | Estudo qualitativo | Médicos de CP que trabalham em hospitais e asilos belgas (n=25) | Não identificado | Os médicos de CP belgas têm dificuldade em caracterizar o SE e distingui-lo de outros tipos de sofrimento. Eles expressam atitudes mistas em relação ao uso da SP para SE e empregam uma ampla gama de argumentos éticos a favor e contra, que estão principalmente ligados aos quatro princípios da ética biomédica. | Como há uma falta de consenso entre os médicos belgas de CP sobre a SP para SE, são necessárias mais pesquisas para esclarecer suas atitudes. |

Fonte: Autores (2024)

Quadro 4 - Definição de sofrimento existencial, limitações dos estudos e qualidade e nível da evidência dos estudos incluídos na RI. Alfenas, MG, Brasil, 2024.

(continua)

| Autoria/Ano | Definição de Sofrimento Existencial utilizada | Limitações do estudo | Qualidade/ nível da evidência |
|-----------------------------|---|--|-------------------------------|
| Morita <i>et al.</i> , 2000 | Os termos que fazem referência ao SE, sendo eles: “falta de sentido na vida presente”, “falta de sentido no tempo de vida que já passou”, “perda do papel social”, “sentir-se emocionalmente irrelevante”, “ser dependente”, “sentir-se um fardo para os outros”, “desesperança”, “tristeza por separação iminente”, “por que eu?”, “culpa”, “problemas e negócios inacabados”, “vida após a morte” e “fé”. | Os efeitos do tratamento no SE não foram investigados, portanto, não é possível concluir se a baixa frequência de sedação para SE significa sucesso ou não nos CP. Em segundo lugar, como o SE estudado se limitou a expressões espontâneas de falta de sentido e não incluiu “angústia mental” ou ansiedade devido à falta de definições estabelecidas, os resultados não puderam ser generalizados para todo o SE. Terceiro, como o SE seria influenciado pelas origens culturais, os resultados não poderiam ser generalizados para populações de outros países. | III/C |
| Morita <i>et al.</i> , 2002 | Não identificado | A taxa de resposta foi relativamente baixa, o que pode não se aplicar à metade da população do estudo que não respondeu. Além disso, as diferenças absolutas nos valores das pontuações de vários determinantes são pequenas, embora os resultados possam ser interpretados de forma significativa e tenham implicações clínicas úteis. Terceiro, a natureza transversal do estudo não permite tirar quaisquer conclusões sobre a estabilidade das opiniões dos médicos. Por fim, o erro técnico que levou à duplicação do envio pode ter causado um viés, embora seu efeito foi mínimo porque os presentes resultados foram confirmados pelas análises utilizando os dados iniciais. | III/B |
| Morita, 2004 | O sofrimento psicoexistencial refratário como indicação de sedação paliativa foi definido como sofrimento psíquico não acompanhado de sintomas físicos, como sentimento de insignificância/ inutilidade, fardo sobre os outros/ dependência/ incapacidade de cuidar de si mesmo, ansiedade/ medo / pânico da morte, desejo de controlar a hora da morte por si mesmo, isolamento/ falta de apoio social e ônus econômico. | Primeiro, um relatório retrospectivo feito por médicos é uma limitação aparente. Os médicos foram solicitados a relatar sua prática clínica durante o último ano, e poderia haver viés de memória. Em segundo lugar, como todos os participantes eram especialistas em CP, os resultados não podem ser generalizados para outros ambientes. Terceiro, a desesperança, um indicador significativo do desejo de morte dos pacientes, não foi investigada. Quarto, como a depressão foi diagnosticada com base clínica, a confiabilidade do diagnóstico era questionável. Além disso, as respostas terapêuticas aos medicamentos antidepressivos e os efeitos da comorbidade dos sintomas físicos não foram investigadas. | III/C |

Quadro 4 - Definição de sofrimento existencial, limitações dos estudos e qualidade e nível da evidência dos estudos incluídos na RI. Alfenas, MG, Brasil, 2024.

(continuação)

| Autoria/Ano | Definição de Sofrimento Existencial utilizada | Limitações do estudo | Qualidade/ nível da evidência |
|----------------------------------|--|--|-------------------------------|
| Blondeau <i>et al.</i> , 2005 | O termo "sofrimento existencial" foi escolhido para fazer a distinção clara entre este tipo de dor e o sofrimento físico. O sofrimento existencial evoca expressões como sofrimento existencial, sofrimento psíquico, angústia existencial, sofrimento psicológico-existencial, angústia mental, sofrimento mental, sofrimento emocional/psicológico/espiritual. | Limitação metodológica, visto que para facilitar a interpretação dos resultados e análises, foram separados os conceitos de sofrimento físico e SE, o que contraria a filosofia dos CP. Além disso, foram medidas apenas duas variáveis independentes, prognóstico e tipo de sofrimento. Assim como a amostra, que incluiu apenas médicos e farmacêuticos e a pequena taxa de resposta. | I/B |
| Rietjens <i>et al.</i> , 2009 | Problemas emocionais e existenciais, incluindo desesperança, ansiedade da morte e interrupção da identidade pessoal. | As discussões foram orientadas por casos hipotéticos, em vez de uma discussão aberta não estruturada. Isso pode ter tido a consequência negativa de passar despercebido algumas situações em que o uso de sedação também poderia ser considerado. | III/C |
| Rosengarten <i>et al.</i> , 2009 | O sofrimento existencial foi definido operacionalmente como a expressão verbal persistente de sofrimento mental que era distinta da dor somática ou sintomatologia depressiva. | A natureza descritiva limita a extensão das conclusões. Além disso, pode ser que os pacientes para os quais a SP foi clinicamente indicada tenham morrido em casa sem SP devido à falta de conscientização por parte da equipe do hospital ou à falta de concordância por parte dos pacientes e de seus familiares. | III/B |
| van Deijck <i>et al.</i> , 2010 | Não identificado | Embora os entrevistados fossem representativos em termos de gênero e idade em comparação com a população total de médicos de casas de repouso registrados, uma proporção dos mesmos foi excluída, e a taxa de resposta foi de 54%. Essa exclusão e a taxa de resposta podem ter levado a possíveis diferenças entre os que responderam e os que não responderam, bem como entre os médicos excluídos dessas regiões, principalmente no que diz respeito às suas práticas em relação à SP contínua. Apesar de usar definições claras de SP e sintomas refratários no questionário, alguns aspectos, como perda de dignidade e angústia existencial, não foram definidos. Além disso, a doença primária não foi especificada, por exemplo, usando a Classificação Internacional de | III/B |

Quadro 4 - Definição de sofrimento existencial, limitações dos estudos e qualidade e nível da evidência dos estudos incluídos na RI. Alfenas, MG, Brasil, 2024.

(continuação)

| Autoria/Ano | Definição de Sofrimento Existencial utilizada | Limitações do estudo | Qualidade/ nível da evidência |
|-----------------------------------|--|---|-------------------------------|
| | | Doenças. O estudo não investigou a etiologia de cada tipo de sofrimento, os tratamentos tentados antes da SP ou o reconhecimento dos sintomas, especialmente em pacientes com demência, o que poderia afetar a avaliação da refratariedade do sofrimento. Além disso, pode ter havido um viés de memória, pois os entrevistados podem ter tido dificuldade em lembrar as características do paciente. | |
| Reid <i>et al.</i> , 2011 | Não identificado | Não identificado | V/C |
| Putman <i>et al.</i> , 2013 | Não identificado | Possível viés de não respondentes e limitações dos dados autorrelatados, principalmente relacionadas com a prática da SP visto que diferentes suposições sobre essas questões podem ter influenciado as respostas dos médicos. Não descreveu se o SE, no caso exemplificado, era intratável ou se outras intervenções haviam sido utilizadas para aliviar a angústia do paciente. O autorrelato dos médicos pode não refletir a opinião ou o comportamento real, e as respostas podem ter sido influenciadas por vieses de conveniência social, consistência e memória. | III/B |
| Anquinet <i>et al.</i> , 2014 | O SE inclui desmoralização, desânimo, sensação de dependência, perda da vontade de viver, desesperança, sentir-se exausto e ansiedade da morte. | Os resultados não podem ser generalizados de forma estatística para toda a população de médicos ou para a especialidade médica em particular, devido ao número relativamente pequeno de casos e entrevistas. | III/C |
| Beauverd <i>et al.</i> , 2014 | SE foi descrito como uma profunda angústia existencial devido ao crescente desânimo, uma perda de sentido na vida/senso de dignidade na vida e um desejo repetido de morrer. Isso foi claramente diferenciado da depressão, e os pacientes mantiveram plena capacidade de tomada de decisão. | A pequena taxa de resposta; a clara separação dos conceitos de sofrimento físico e existencial, o que raramente acontece na prática clínica diária; e, o fato de que apenas o prognóstico e o tipo de sofrimento foram considerados variáveis para este estudo. | I/C |
| Papavasiliou <i>et al.</i> , 2014 | O sofrimento psicoexistencial é considerado subjetivo, difícil de definir e difícil de avaliar e | O painel de especialistas foi bastante restritivo em termos de gênero e idade, sendo a maioria dos participantes do sexo masculino e com mais | III/C |

Quadro 4 - Definição de sofrimento existencial, limitações dos estudos e qualidade e nível da evidência dos estudos incluídos na RI. Alfenas, MG, Brasil, 2024.

(continuação)

| Autoria/Ano | Definição de Sofrimento Existencial utilizada | Limitações do estudo | Qualidade/ nível da evidência |
|-------------------------------------|---|--|-------------------------------|
| | gerenciar. | de 50 anos. Isto pode ter confundido uma contribuição de perspectivas mais ampla e potencialmente mais diversificada. O estatuto profissional dos participantes pode ter influenciado a validade das suas respostas, sendo excessivamente firme ou paternalista com base na sua experiência. Além disso, as opiniões e crenças pessoais do pesquisador poderiam ter interferido na interpretação dos resultados. | |
| Swart <i>et al.</i> , 2014 | As questões existenciais podem se manifestar pela perda de dignidade, perda de controle, perda progressiva da capacidade intelectual, esgotamento ou ansiedade. | As declarações sobre expectativa de vida não se basearam em uma ferramenta validada, mas no julgamento clínico. Os médicos dos hospitais estavam sub-representados e os enfermeiros super-representados. É possível que apenas profissionais de saúde com interesse específico no tópico da pesquisa tenham respondido, o que levou a um viés de seleção. | III/B |
| Weichselbaumer <i>et al.</i> , 2014 | Uma soma de sintomas psicológicos mal definidos, incluindo sentimento de desesperança, decepção, perda de autoestima, arrependimento, insignificância e ruptura da identidade pessoal. Uma dor causada pelo apagamento da existência e do sentido do eu. O sofrimento é desencadeado pela perda de relacionamentos e autonomia, bem como pela limitação do tempo de vida. | Não identificado | V/C |
| Dumont <i>et al.</i> , 2015 | Não identificado | As taxas de resposta limitadas e a população do estudo sendo restrita a médicos. Potenciais efeitos de confusão não foram controlados, como idade dos médicos e nível de fé religiosa. Para facilitar a interpretação dos resultados e suas análises, os conceitos de sofrimento físico e SE foram separados nos casos apresentados, o que raramente é o caso na prática clínica diária. Apenas duas variáveis independentes foram investigadas: duração do prognóstico e tipo de sofrimento. Por fim, os entrevistados foram convidados a comentar sobre sua posição apenas com relação ao seu caso em específico, o que pode limitar a generalização desses depoimentos, apesar de sua riqueza e relevância. | III/C |

Quadro 4 - Definição de sofrimento existencial, limitações dos estudos e qualidade e nível da evidência dos estudos incluídos na RI. Alfenas, MG, Brasil, 2024.

(continuação)

| Autoria/Ano | Definição de Sofrimento Existencial utilizada | Limitações do estudo | Qualidade/ nível da evidência |
|----------------------------|---|---|-------------------------------|
| Foley <i>et al.</i> , 2015 | O SE pode ser expresso como sentimentos de falta de sentido, de ser um fardo para os outros, ansiedade da morte, desejo de controlar o momento da morte e falta de apoio social. | Não identificado | III/C |
| Hoek <i>et al.</i> , 2015 | Não identificado | Para evitar duplicação de pacientes com múltiplas consultas na amostra do estudo, foi necessário incluir apenas a primeira consulta por paciente. Conseqüentemente, não foram incluídas consultas de acompanhamento em que possa ter sido abordada SP. Outra consequência é que não foi possível estudar qual o percentual de consultas de SP que eventualmente levaram à aplicação efetiva de SP. Além disso, a SP foi definida de forma geral, portanto não foi possível fazer distinção entre sedação contínua e intermitente. | III/C |
| Schur <i>et al.</i> , 2015 | Não identificado | Não identificado | V/B |
| Van Deijck, 2015 | As definições de SE no fim da vida incluem: perda de um senso de significado pessoal; perda de um senso de propósito de vida; medo da morte; sentimentos de desespero, angústia e desesperança; percepção de ser um fardo para os outros; perda de dignidade; senso de desamparo; e senso de traição. Nos CP, ainda há uma falta de consenso sobre uma definição de SE. | A ausência de uma definição operacional clara de "SE" pode ter levado a diagnósticos inconsistentes, o que pode afetar a validade dos resultados. O SE foi combinado com a perda de dignidade, já que o último é frequentemente considerado um componente do primeiro. Entretanto, a exaustão, que tem aspectos físicos e existenciais, foi excluída. A maioria dos pacientes apresentou SE refratário juntamente com outros sintomas físicos refratários, o que complicou a avaliação do impacto do SE na decisão de administrar a SP contínua. A taxa de resposta de 53,8% indica um possível viés de não resposta. Além disso, a exclusão de determinados médicos de casas de repouso em Amsterdã e Roterdã pode ter introduzido um viés. Por ser um estudo exploratório, a robustez do modelo é limitada. As diferenças culturais também podem influenciar a generalização dos resultados para outros países ou grupos étnicos. | III/C |
| Schur <i>et al.</i> , 2016 | O termo SE é complexo, pois inclui vários sintomas, como sentimentos de falta de sentido/ inutilidade/ dependência e isolamento, medo ou | O estudo deixa várias questões sobre a sedação no final da vida sem resposta e não consegue confirmar se a sedação encurta a vida. Os autores observaram que os centros participantes não possuíam uma | III/B |

Quadro 4 - Definição de sofrimento existencial, limitações dos estudos e qualidade e nível da evidência dos estudos incluídos na RI. Alfenas, MG, Brasil, 2024.

(continuação)

| Autoria/Ano | Definição de Sofrimento Existencial utilizada | Limitações do estudo | Qualidade/ nível da evidência |
|----------------------------|---|---|-------------------------------|
| | pânico de morte iminente, falta de apoio social, bem como questões espirituais. | definição clara de "angústia existencial" e não consideraram as indicações primárias e secundárias separadamente. Apenas a co-medicação nos últimos três dias antes da morte foi registrada. Questões como tomada de decisão, intensidade da sedação e envolvimento da família/equipe não foram abordadas. Além disso, o termo "SP" não foi explicitamente utilizado no protocolo do estudo. | |
| Cripe <i>et al.</i> , 2017 | O SE é uma resposta subjetiva e frequentemente envolve preocupações relacionadas à perda da alegria de viver, senso de significado, relacionamentos importantes ou liberdade de escolha. | A definição de SP não continha informações sobre o nível de consciência pretendido, o tempo de sedação ou se o paciente receberia hidratação ou nutrição enquanto estivesse sedado. Estas variáveis podem ter modificado o apoio dos residentes à SP para SE ou sofrimento físico. O tamanho da amostra não foi suficiente para realizar todas as análises necessárias para determinar se existiam outras interações potencialmente relevantes. Não foi possível determinar se a proporção de residentes que apoiam a SP para SE foi mediada por outras interações devido ao pequeno tamanho da amostra. Finalmente, as medidas utilizadas podem não ter capturado totalmente as características de personalidade mais relevantes para o apoio dos residentes à SP. | III/C |
| Voeuk <i>et al.</i> , 2017 | Distress existencial consiste na experiência de pacientes que podem ou não ter sintomas físicos, mas sofrem em parte por compreenderem sua real situação. Pode estar relacionada a: falta de sentido na vida presente; sensação de desesperança; perceber-se como um fardo para os outros; sentir-se emocionalmente irrelevante; ser dependente; sentir-se isolado; luto; perda de dignidade e propósito; (medo de) morte de si mesmo; ou medo do desconhecido. | O desenho retrospectivo da pesquisa pode ter introduzido um viés de memória, influenciando potencialmente as respostas dos participantes. Além disso, o viés de não resposta pode ter afetado os resultados do estudo. As características específicas da amostra alvo e a taxa de resposta relativamente baixa limitam a generalização dos resultados para além dos médicos com interesse e/ou experiência em CP no contexto canadense. A capacidade de generalizar os resultados é ainda mais limitada pelos desafios de comparar os resultados de diferentes estudos. Além disso, algumas perguntas, como as relacionadas ao suicídio assistido pelo médico e à eutanásia, podem ter gerado respostas variadas devido à falta de termos predefinidos. A interpretação desses termos pelos entrevistados também pode ter influenciado os resultados. | III/C |

Quadro 4 - Definição de sofrimento existencial, limitações dos estudos e qualidade e nível da evidência dos estudos incluídos na RI. Alfenas, MG, Brasil, 2024.

(continuação)

| Autoria/Ano | Definição de Sofrimento Existencial utilizada | Limitações do estudo | Qualidade/ nível da evidência |
|--------------------------------------|--|---|-------------------------------|
| Picco <i>et al.</i> , 2018 | O sentimento de que a própria existência é vazia ou carente de sentido. | Não identificado | V/B |
| Benítez-Rosario <i>et al.</i> , 2019 | Não identificado | Os casos apresentados e opções de resposta foram feitas através de discussão cuidadosa entre os autores, mas a validade facial formal ou testes cognitivos não foram realizados. Os participantes, portanto, podem ter compreendido o mesmo caso de forma diferente. Como este estudo pretendia explorar tendências gerais das opiniões de especialistas internacionais, os resultados deveriam ser confirmados num grande inquérito internacional. | III/B |
| Fay <i>et al.</i> , 2019 | Angústia existencial é a presença de sofrimento mórbido relacionado a preocupações existenciais. | O estudo é pequeno e foi realizado em apenas uma organização de CP na Irlanda, mas a população mista de pacientes internados e da comunidade contribuiu para uma visão equilibrada, independentemente do ambiente de cuidados. Os dados do estudo foram coletados por um funcionário da organização, mas que não trabalhou diretamente com os participantes. A entrevista por um profissional conhecido na área pode, no entanto, promover respostas socialmente normativas. A amostragem proposital de enfermeiros especialistas em CP trouxe considerável experiência, mas omitiu outros profissionais experientes em CP. Finalmente, essas descobertas são dependentes da cultura e do contexto irlandeses, o que pode não ser transferível para outros ambientes. | III/C |
| Benitez-Rosário <i>et al.</i> , 2020 | Não identificado | O estudo foi realizado por meio de um questionário eletrônico, e isso gera falta dos dados relacionados com a prática clínica real na Espanha. Foi uma taxa de resposta relativamente baixa e não foi possível avaliar as características dos não respondentes; portanto, o viés dos não respondentes pode ter influenciado os resultados. Além disso, diferentes interpretações do SE também poderiam estar em jogo, dada a falta de alívio quanto à definição deste tipo de sofrimento. | III/C |
| Gamblin <i>et al.</i> , 2020 | Não identificado | A natureza retrospectiva do estudo, com risco de má rastreabilidade e, portanto, de subestimação das práticas estudadas; e baixa padronização dos dados declarativos que exigiam interpretação ou | III/C |

Quadro 4 - Definição de sofrimento existencial, limitações dos estudos e qualidade e nível da evidência dos estudos incluídos na RI. Alfenas, MG, Brasil, 2024.

(continuação)

| Autoria/Ano | Definição de Sofrimento Existencial utilizada | Limitações do estudo | Qualidade/ nível da evidência |
|--------------------------------|--|--|-------------------------------|
| | | recodificação. Estas afetaram principalmente a tomada de decisões e as informações fornecidas, e impediram a recolha da profundidade da sedação. O impacto desse viés no estudo das prescrições foi mais limitado, pois seu registro foi automatizado pelo software. | |
| Heijltjes <i>et al.</i> , 2022 | Não identificado | A utilização de um questionário não validado. Como o estudo é baseado em questionário, dependeu-se do auto relato sobre o uso contínuo de sedativos, em vez de evidências objetivas sobre quais as práticas reais. Apesar do anonimato, é possível que os entrevistados nem sempre tenham relatado as suas opiniões ou práticas reais. O estudo teve uma baixa taxa de resposta em vários países participantes e um número relativamente baixo de participantes, particularmente em Singapura, no Reino Unido e nos Estados Unidos. Como não foram recolhidos dados de não respondentes, não foi possível examinar os fatores que contribuíram para essa baixa taxa de resposta. Devido à diversidade de médicos que prestam CP nos países participantes, foram utilizadas diferentes estratégias de recrutamento, resultando em variações substanciais nas características dos entrevistados entre os países. Outra limitação é que os resultados podem não ser diretamente generalizáveis para países com menos recursos. Por fim, não foi fornecida uma definição de sofrimento psicoexistencial. | IV/C |
| Salzmann <i>et al.</i> , 2022 | Não identificado | Não identificado | III/B |
| Suzzoni <i>et al.</i> , 2022 | Perda do sentido da vida. | Algumas limitações podem ser apontadas, como o pequeno número de médicos participantes, a falta de representação exaustiva das unidades de CP em hospitais e a restrição a uma única região. | III/C |
| Meesters <i>et al.</i> , 2023 | Não identificado | Algumas informações foram perdidas por falha na comunicação com alguns participantes. Além disso, a sedação no fim da vida é uma questão delicada, implicando o risco de viés de desejo social. | III/B |
| Rodrigues <i>et al.</i> , 2023 | SE é a dor, a angústia ou as dificuldades decorrentes da perda ou interrupção do | Realizar a pesquisa em três idiomas diferentes (holandês, inglês e francês) foi a principal limitação. | III/A |

Quadro 4 - Definição de sofrimento existencial, limitações dos estudos e qualidade e nível da evidência dos estudos incluídos na RI. Alfenas, MG, Brasil, 2024.

(continuação)

| Autoria/Ano | Definição de Sofrimento Existencial utilizada | Limitações do estudo | Qualidade/ nível da evidência |
|------------------------------|--|---|-------------------------------|
| | significado, do propósito ou da esperança na vida de uma pessoa. | | |
| Gagnard <i>et al.</i> , 2023 | O SE consiste em diferentes perdas, e às vezes compostas, de dimensões da vida, como o declínio físico resultante do sentimento de perda de autonomia e perda de identidade, mas também solidão e perda de significado social. | Limitações relacionadas à natureza qualitativa do estudo e ao pequeno tamanho da amostra, que foi coletada apenas na parte francesa da Suíça, o que limita a generalização dos resultados. Além disso, o estudo foca apenas nas representações dos profissionais, não incluindo as perspectivas das pessoas que solicitam suicídio assistido. | III/B |
| Maeda <i>et al.</i> , 2023 | O sofrimento psicoexistencial pode ser entendido como medo, ansiedade, angústia, depressão ou SE. | Primeiro, a coorte do estudo incluiu um número relativamente pequeno de casos de sedação profunda contínua por sofrimento psicoexistencial e apenas um caso exclusivamente por sofrimento psicoexistencial. Em segundo lugar, a definição de sedação profunda contínua pode causar confusão, pois foi baseada na intenção dos médicos no momento do início da sedação profunda contínua. Na prática clínica, manter um paciente inconsciente nem sempre é intencional, mas pode ser um resultado aceitável da palição dos sintomas. Esses casos podem ou não ser considerados sedação profunda contínua, dependendo da opinião dos médicos. Terceiro, os pacientes foram divididos com base nos sintomas-alvo da sedação profunda contínua: se incluíam sofrimento psicoexistencial ou não. Alguns pacientes que receberam sedação profunda contínua apenas por sintomas físicos também sofriram de sofrimento psicoexistencial, o que pode confundir os dados. Considerando que a adequação da sedação profunda contínua e quais sintomas eram refratários foram cuidadosamente avaliados em conferência interdisciplinar, acredita-se que esse agrupamento ainda era válido. Finalmente, há espaço para uma análise mais aprofundada das razões do sofrimento psicoexistencial, devido à falta de um quadro conceitual claro. | III/C |
| Tan <i>et al.</i> , 2023 | Não identificado | O uso do PSM (<i>Propensity Score Matching</i>) levou à redução do tamanho da amostra devido à incapacidade de duplicar a correspondência, o que pode introduzir um viés. Na análise de sobrevivência, o uso do dia da admissão como hora de início pode criar | III/B |

Quadro 4 - Definição de sofrimento existencial, limitações dos estudos e qualidade e nível da evidência dos estudos incluídos na RI. Alfenas, MG, Brasil, 2024.

(conclusão)

| Autoria/Ano | Definição de Sofrimento Existencial utilizada | Limitações do estudo | Qualidade/ nível da evidência |
|--------------------------------|--|--|-------------------------------|
| | | <p>um viés, pois a sedação geralmente começa mais tarde. Embora o PSM tenha sido empregado, o índice de Barthel para atividades de vida diária pode ser um fator de confusão. Como se trata de um estudo retrospectivo, pode haver viés do avaliador, e alguns dados de atividade de vida diária estavam incompletos. Além disso, a atividade de vida diária reflete principalmente a capacidade de vida diária de pacientes idosos. A natureza de centro único do estudo limita a generalização dos resultados. Não foram disponibilizadas informações detalhadas sobre os processos de tomada de decisão, motivos para a interrupção da sedação e complicações pós-sedação. A falta de padronização nas indicações de sedação, seleção de medicamentos e dosagens também limita a generalização.</p> | |
| Rodrigues <i>et al.</i> , 2024 | <p>Perda de dignidade, desmoralização, dependência, medo, pânico, ansiedade da morte, desesperança, inutilidade, falta de sentido, solidão, isolamento, perda de controle, falta de apoio social, uma sensação de sobrecarregar os outros e estar mentalmente exausto ou desgastado.</p> | <p>Embora a maioria dos médicos tenha tido experiência prática com o recebimento de solicitações SP para SE, a tomada de decisão clínica dos médicos estava além do escopo do estudo. O grupo participante representou 38% de todos os médicos de CP que trabalham em unidades hospitalares de CP ou hospícios na Bélgica e refletiu uma ampla variedade de gênero, idade, especialização e experiência. Outra limitação é que a amostragem teórica não foi aplicada.</p> | III/B |

Fonte: Autores (2024).

Quadro 5 - Dados relacionados aos medicamentos utilizados para sedação paliativa e controle de demais sintomas mencionados nos estudos incluídos na RI. Alfenas, MG, Brasil, 2024.

(continua)

| Estudo | Medicamento | Apresentação | Via de administração | Dosagem | Tempo total de duração da SP |
|-------------------------------|--------------------|---------------------|-----------------------------|---|-------------------------------------|
| Morita <i>et al.</i> , 2000 | Midazolam | Não identificado | Subcutâneo | 2-6 mg/h | Não identificado |
| | Levomepromazina | Não identificado | Intramuscular | 12.5 para 25 mg | Não identificado |
| | Triazolam | Não identificado | Oral | 0.25 mg várias vezes durante o dia | Não identificado |
| Morita <i>et al.</i> , 2002 | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado |
| Morita, 2004 | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado |
| Blondeau <i>et al.</i> , 2005 | Fentanil | Adesivos | Tópica | 250 mcg/h | Não identificado |
| | Morfina | Não identificado | Subcutânea | 20 mg | Não identificado |
| | Metotrimeprazina | Não identificado | Subcutânea | 15 mg, 4 vezes ao dia | Não identificado |
| | Clonazepam | Não identificado | Não identificado | 1 mg, 4 vezes ao dia | Não identificado |
| | Gabapentina | Cápsula | Oral | 800 mg, 4 vezes ao dia | Não identificado |
| | Olanzapina | Não identificado | Não identificado | 7,5 mg regularmente ao deitar e 5 mg 3 vezes ao dia se estiver confuso ou agitado | Não identificado |
| Rietjens <i>et al.</i> , 2009 | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado |

Quadro 5 - Dados relacionados aos medicamentos utilizados para sedação paliativa e controle de demais sintomas mencionados nos estudos incluídos na RI. Alfenas, MG, Brasil, 2024.

(continuação)

| Estudo | Medicamento | Apresentação | Via de administração | Dosagem | Tempo total de duração da SP |
|----------------------------------|------------------|------------------|----------------------|----------------------------------|--|
| Rosengarten <i>et al.</i> , 2009 | Midazolam | Não identificado | Não identificado | 0.5 mg/h a 6 mg/h | 3 dias |
| | Morfina | Não identificado | Não identificado | 0.5 mg/h a 100 mg/h | |
| | Haloperidol | Não identificado | Não identificado | 2 mg/dia a 15 mg/dia | |
| | Fentanil | Não identificado | Não identificado | 25 µg/h a 700 µg/h | |
| | Prometazina | Não identificado | Não identificado | 2 mg/h | |
| van Deijck <i>et al.</i> , 2010 | Midazolam | Não identificado | Subcutâneo | 30.6 mg/24h ± 26.1 - 47.7 ± 56.8 | a média de duração foi de 2.8 dias (mediana 2,0, intervalo 0–21 dias). |
| | Morfina | Não identificado | Subcutâneo | 47.5 ± 49.7 - 65.5 ± 64.7 | |
| | Haloperidol | Não identificado | Subcutâneo | 6.3 ± 5.6 - 6.0 ± 6.6 | |
| | Levomepromazina | Não identificado | Subcutâneo | 35.3 ± 36.8 - 50.8 ± 32.3 | |
| | Fentanil | Não identificado | Transdérmico | 1.48 ± 0.98 - 1.58 ± 0.95 | |
| | Diazepam | Não identificado | Retal | 25.4 ± 13.9 - 24.0 ± 20.1 | |
| Reid <i>et al.</i> , 2011 | Lorazepam | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado |
| | Midazolam | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado |
| Putman <i>et al.</i> , 2013 | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado |
| Anquinet <i>et al.</i> , 2014 | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado |

Quadro 5 - Dados relacionados aos medicamentos utilizados para sedação paliativa e controle de demais sintomas mencionados nos estudos incluídos na RI. Alfenas, MG, Brasil, 2024.

(continuação)

| Estudo | Medicamento | Apresentação | Via de administração | Dosagem | Tempo total de duração da SP |
|-------------------------------------|------------------|------------------|----------------------|---|--|
| Beauverd <i>et al.</i> , 2014 | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado |
| Papavasiliou <i>et al.</i> , 2014 | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado |
| Swart <i>et al.</i> , 2014 | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado |
| Weichselbaumer <i>et al.</i> , 2014 | Midazolam | Não identificado | Intravenoso | Dose inicial: 0,6, dose final: 10 mg/h | Aproximadamente 12 dias |
| | Propofol | Não identificado | Intravenoso | Dose inicial: 40 a 50 a 60; dose final: 100 mg/h (incluindo bolus abaixo da dose máxima de 4 mg/kg/h) | |
| Dumont <i>et al.</i> , 2015 | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado |
| Foley <i>et al.</i> , 2015 | Midazolam | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado |
| Hoek <i>et al.</i> , 2015 | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado |
| Schur <i>et al.</i> , 2015 | Midazolam | Não identificado | Não identificado | 0,5 mg/h por infusão contínua | 3 dias |
| van Deijck <i>et al.</i> , 2015 | Midazolam | Não identificado | Não identificado | Dose inicial, mg/24h: 28.6 (18.6%); dose final, mg/24h: 46.1 (60.8%) | 1-4 dias: 76 (91.6%); 5-7 dias: 4 (4.8%); 8-14 dias: 3 (3.6%). |
| Schur <i>et al.</i> , 2016 | Midazolam | Não identificado | Não identificado | Não identificado | A média de duração |

Quadro 5 - Dados relacionados aos medicamentos utilizados para sedação paliativa e controle de demais sintomas mencionados nos estudos incluídos na RI. Alfenas, MG, Brasil, 2024.

(continuação)

| Estudo | Medicamento | Apresentação | Via de administração | Dosagem | Tempo total de duração da SP |
|--------------------------------------|------------------|------------------|----------------------|--|--|
| | Lorazepam | Não identificado | Não identificado | Não identificado | da sp foi de 48 h; 168 pacientes (34 %) foram sedados por menos que 24 h |
| | Haloperidol | Não identificado | Não identificado | Não identificado | |
| Cripe <i>et al.</i> , 2017 | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado |
| Voeuk <i>et al.</i> , 2017 | Midazolam | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado |
| | Metotrimeprazina | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado |
| | Fenobarbital | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado |
| | Opióides | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado |
| Picco <i>et al.</i> , 2018 | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado | 24 horas |
| Benítez-Rosario <i>et al.</i> , 2019 | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado |
| Fay <i>et al.</i> , 2019 | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado |
| Benítez-Rosario <i>et al.</i> , 2020 | Midazolam | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado |
| | Levomepromazina | Não identificado | Não identificado | 300 mg/dia | Não identificado |
| Gamblin <i>et al.</i> , 2020 | Midazolam | Não identificado | Intravenoso | A dose média para bolus foi de 1,6 mg +/- 2,1, a | Período indefinido |

Quadro 5 - Dados relacionados aos medicamentos utilizados para sedação paliativa e controle de demais sintomas mencionados nos estudos incluídos na RI. Alfenas, MG, Brasil, 2024.

(continuação)

| Estudo | Medicamento | Apresentação | Via de administração | Dosagem | Tempo total de duração da SP |
|--------------------------------|-------------------|------------------|----------------------|--|------------------------------|
| | | | | dose média total administrada durante a titulação (até a sedação) foi de 3,8 mg +/- 3,1. a dose de manutenção inicial (desde o início ou após a titulação) foi em média de 1,5 mg/h +/- 1,5. ao final da sedação, a vazão média foi de 3,6 mg/h +/- 4,4. | |
| | Propofol | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado |
| | Benzodiazepínicos | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado |
| | Amitriptilina | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado |
| | Escopolamina | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado |
| | Antipsicóticos | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado |
| | Hydroxizina | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado |
| | Cetamina | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado |
| Heijltjes <i>et al.</i> , 2022 | Midazolam | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado |
| | Opioides | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado |

Quadro 5 - Dados relacionados aos medicamentos utilizados para sedação paliativa e controle de demais sintomas mencionados nos estudos incluídos na RI. Alfenas, MG, Brasil, 2024.

(continuação)

| Estudo | Medicamento | Apresentação | Via de administração | Dosagem | Tempo total de duração da SP |
|--------------------------------|-------------------------------|------------------|----------------------|------------------|------------------------------|
| | Levomepromazina/Clorpromazina | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado |
| | Haloperidol | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado |
| Salzmann <i>et al.</i> , 2022 | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado |
| Suzzoni <i>et al.</i> , 2022 | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado |
| Meesters <i>et al.</i> , 2023 | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado |
| Rodrigues <i>et al.</i> , 2023 | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado |
| Gaignard <i>et al.</i> , 2023 | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado |
| Maeda <i>et al.</i> , 2023 | Midazolam | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado |
| | Fenobarbital | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado |
| Tan <i>et al.</i> , 2023 | Midazolam | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado |
| | Diazepam | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado |
| | Fenobarbital | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado |
| | Clorpromazina | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado |
| | Haloperidol | Não identificado | Não identificado | ≥5 mg/dia | Não identificado |

Quadro 5 - Dados relacionados aos medicamentos utilizados para sedação paliativa e controle de demais sintomas mencionados nos estudos incluídos na RI. Alfenas, MG, Brasil, 2024.

(conclusão)

| Estudo | Medicamento | Apresentação | Via de administração | Dosagem | Tempo total de duração da SP |
|--------------------------------|--------------------|---------------------|-----------------------------|------------------|-------------------------------------|
| Rodrigues <i>et al.</i> , 2024 | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado | Não identificado |

Fonte: Autores (2024).

Notas: mg/h – miligrama por hora
 mg/dia – miligrama por dia
 mg – miligrama
 mcg/h – micrograma por hora
 µg/h – micrograma por hora
 ± - mais ou menos
 % - por cento
 ≥ - maior ou igual

A partir dos dados supracitados, foram identificados temas e subtemas, de acordo com padrões e temas recorrentes nesses estudos, conforme apresentados no quadro 7.

Quadro 6 – Temas e subtemas identificados nos estudos incluídos na RI. Alfenas, MG, Brasil, 2024

| Temas | Subtemas |
|---|---|
| SP no controle do SE: desafios para a prática clínica | Indicação de SP: influência do tipo de sofrimento |
| | Preocupações éticas: sedação, eutanásia, morte assistida e autonomia |
| | Influência da formação e experiência dos profissionais |
| | Necessidade de educação e diretrizes para os profissionais |
| Definição e avaliação do Sofrimento Existencial | Falta de consenso: conceito de Sofrimento Existencial |
| | Construtos comuns |
| | Escassez de critérios e diretrizes para identificação do SE e indicação da SP para SE |

Fonte: Autores (2024).

3.1 SP NO CONTROLE DO SE: DESAFIOS PARA A PRÁTICA CLÍNICA

3.1.1 Indicação de SP: influência do tipo de sofrimento

A influência do tipo de sofrimento foi utilizada como critério para uma distinção crítica na decisão de aplicação da SP, de modo que o uso da SP para controle de sintomas físicos foi mais aceito do que para o controle de SE (Blondeau *et al.*, 2005; Heijltjes *et al.*, 2022; Salzmann *et al.*, 2022). No estudo de Papavasiliou *et al.* (2014), que teve como um de seus objetivos explorar questões éticas sobre a prática da sedação no fim da vida, os pesquisadores concluem que no quesito médico, foi perceptível que o sofrimento psicoexistencial não é considerado como uma indicação suficiente para a aplicação de sedação em fim de vida. No estudo de Cripe *et al.* (2017), médicos residentes raramente recusavam a SP para dor física, no entanto, 14.3% dos residentes indicaram que recusariam um pedido de sedação para SE. Em alguns casos, a opção pela realização da SP para SE dependeu da presença de sintomas físicos considerados refratários (Swart *et al.*, 2014; Rodrigues *et al.*, 2023). Para Morita *et al.* (2000), a sedação foi realizada principalmente para alívio de sofrimento físico grave, como dispneia e agitação, e o SE por si só raramente era uma indicação para sedação. Beauverd *et al.* (2014) concluíram em seu estudo que há um desconforto geral dos médicos com a prescrição de SP para o

SE.

A SP foi predominantemente aplicada para o controle de sintomas físicos, como apontado nos estudos de Morita *et al.* (2000; 2002), Blondeau *et al.* (2005), Rietjens *et al.* (2009), van Deijck *et al.* (2010), Beauverd *et al.* (2014), Heijltjes *et al.* (2022), dentre outros. Os principais sintomas físicos que demandaram a utilização da SP foram: como dor (Morita *et al.*, 2000; Rosengarten *et al.*, 2009; van Deijck *et al.*, 2010; Reid *et al.*, 2011; Schur *et al.*, 2016; Cripe *et al.*, 2017; Tan *et al.*, 2023), dispneia (Morita *et al.*, 2000; van Deijck *et al.*, 2010; Hoek *et al.*, 2015; Schur *et al.*, 2016; Benítez-Rosario *et al.*, 2019; 2020; Tan *et al.*, 2023) e delirium (Hoek *et al.*, 2015; Schur *et al.*, 2016; Benítez-Rosario *et al.*, 2019; 2020; Tan *et al.*, 2023), com a indicação de SP para SE sendo menos comum e mais controversa. Foi recorrente o relato de utilização da SP para SE apenas em casos refratários, em situações de curto prazo, quando há múltiplos sintomas intratáveis e/ou após outras intervenções terem falhado (Morita *et al.*, 2002; Morita, 2004; van Deijck *et al.*, 2010; Reid *et al.*, 2011; Anquinet *et al.*, 2014; Swart *et al.*, 2014; Weichselbaumer *et al.*, 2014; Schur *et al.*, 2015; van Deijck, 2015; Cripe *et al.*, 2017; Picco *et al.*, 2018; Benítez-Rosario *et al.*, 2019; 2020; Fay *et al.*, 2019; Suzzoni *et al.*, 2022; Tan *et al.*, 2023).

No caso do uso da SP para SE, de forma geral, os profissionais de saúde expressaram relutância (Putman *et al.*, 2013; Dumont *et al.*, 2015), de modo que, antes de recorrer à SP, estes profissionais preferiram outras abordagens, como acompanhamento psicológico, psiquiátrico e espiritual (Morita, 2004; Blondeau *et al.*, 2005; Anquinet *et al.*, 2014; Benítez-Rosario *et al.*, 2019; Gaignard *et al.*, 2023). No estudo de Morita (2004), por exemplo, a frequência geral de sedação profunda contínua para SE foi de apenas 1% (90 casos/8.661 mortes totais de pacientes), sempre acompanhadas de tentativas anteriores de intervenções consideradas menos invasivas. O uso de sedação intermitente (Morita *et al.*, 2000; 2002; Morita, 2004; Blondeau *et al.*, 2005; van Deijck, 2015; Fay *et al.*, 2019; Maeda *et al.*, 2023) ou ansiolíticos (Fay *et al.*, 2019) também foram utilizados como uma estratégia inicial.

3.1.2 Preocupações éticas: sedação, eutanásia, morte assistida e autonomia

Preocupações éticas importantes persistem a respeito da SP, especialmente em relação ao seu uso para SE. De acordo com o estudo de Foley *et al.* (2015) a

maioria dos médicos não usaria SP profunda para os casos de SE. Esses autores sugerem que esta relutância pode dever-se, dentre outros motivos, ao fato de considerarem a SP como uma forma de acelerar a morte. Em um outro estudo incluído, os profissionais de saúde entrevistados manifestaram preocupação sobre o fato de a sedação no fim da vida ser moralmente equivalente à eutanásia (Papavasiliou *et al.*, 2014). Os autores deste mesmo estudo concluem que certos aspectos da sedação, incluindo as intenções associadas à prática, ainda estão em questão, traçando-se paralelos entre a sedação no fim da vida e a eutanásia. Já no estudo de Foley *et al.* (2015), os entrevistados distinguiram a SP da eutanásia e da morte assistida, se recusando a praticar a morte assistida. Em seu estudo, Dumont *et al.* (2015) concluíram que em um contexto onde a morte assistida é autorizada, é possível que os médicos estejam mais inclinados a favorecer a morte assistida em vez da SP quando os pacientes vivenciam SE. Médicos belgas, participantes do estudo de Rodrigues *et al.* (2024), expressaram atitudes mistas em relação ao uso da SP para SE e empregam uma ampla gama de argumentos éticos a favor e contra, que estão principalmente ligados aos quatro princípios da ética biomédica.

Em alguns dos estudos incluídos na presente RI, a SP foi considerada como uma alternativa à eutanásia. Médicos entrevistados no estudo de Rietjens *et al.* (2009) afirmaram que a sedação profunda contínua é uma alternativa melhor comparada à eutanásia, visto que ela pode confortar alguns pacientes quando seus pensamentos sobre o possível sofrimento futuro se tornam insuportáveis. Os entrevistados também consideraram o uso de sedação profunda contínua para os pacientes que solicitavam eutanásia (Rietjens *et al.*, 2009). Além disso, alguns consideraram a sedação profunda contínua menos onerosa ou incômoda de se realizar (Rietjens *et al.*, 2009). No estudo de Maeda *et al.* (2023), o uso da sedação contínua profunda nos casos de sofrimento psicoexistencial associado a sintomas físicos também foi associado a maior prevalência de desejo ou solicitação de morte acelerada por parte dos pacientes. No estudo de Foley *et al.* (2015), médicos entrevistados sobre como integram a SP na prática em casos de SE afirmaram que a SP era uma alternativa melhor, comparada à eutanásia, porque respeita o momento natural da morte.

Outro fator ético importante levantado nos estudos incluídos na amostra desta RI trata-se do respeito à autonomia do paciente. Gamblin *et al.* (2020) informa que todos os casos de sedação avaliados, para sofrimento psicológico ou existencial,

incluíram uma discussão com o paciente, seu consentimento, bem como o fornecimento de informações aos familiares. Em seu estudo sobre características dos pacientes que receberam terapia de SP para sofrimento psicoexistencial, Morita (2004) informou que a sedação foi realizada com base no consentimento do paciente e da família. Médicos entrevistados no estudo de Rietjens *et al.* (2009) afirmaram considerar a sedação profunda contínua para pacientes com sofrimento predominantemente emocional/existencial, de modo que sua tomada de decisão é caracterizada pelo equilíbrio entre os desejos dos pacientes, a situação clínica e seus próprios sentimentos sobre a situação. Rodrigues *et al.* (2023) enfatizam a importância da participação de todas as partes interessadas (paciente, familiares e profissionais) para evitar que decisões inadequadas sejam tomadas.

3.1.3 Influência da formação e experiência dos profissionais

Profissionais de CP, especialmente aqueles com treinamento especializado, tendem a ser mais favoráveis à SP em uma variedade de situações clínicas. Médicos com experiência em CP são frequentemente consultados quando seus colegas não têm o conhecimento ou a experiência necessária na aplicação da SP. Essas equipes especializadas desempenham um papel importante no apoio aos médicos, ajudando a explorar opções de CP para pacientes que enfrentam dilemas complexos envolvendo eutanásia, SE e a própria SP (Hoek *et al.*, 2015). Médicos residentes, por exemplo, indicam que, tanto para dor física quanto para SE, encaminhariam os pacientes para uma equipe de CP, refletindo a importância do suporte especializado nessas decisões (Cripe *et al.*, 2017). Médicos com treinamento em CP são mais propensos a aprovar e utilizar a SP em pacientes com condições complexas, como esclerose lateral amiotrófica, sendo mais receptivos ao uso dessa intervenção do que colegas sem tal experiência (Salzmann *et al.*, 2022). Além disso, médicos paliativistas espanhóis tendem a apoiar a SP contínua como tratamento proporcional para pacientes em fase terminal, especialmente quando enfrentam dispneia refratária, delirium agitado ou SE em condições clínicas críticas (Benitez-Rosário *et al.*, 2019). O uso adequado da SP em pacientes em terminalidade tem se expandido também em países com sistemas de CP em desenvolvimento, onde a prática é considerada eficiente para o controle de sintomas intratáveis, como no caso de SE intenso (Tan *et al.*, 2023). No entanto, de forma

contraditória, no estudo de Morita *et al.* (2002), médicos menos envolvidos no cuidado de doentes em terminalidade e menos especializados em medicina paliativa tinham uma probabilidade significativamente menor de escolher o tratamento psiquiátrico em comparação com a sedação. Morita *et al.*, (2002) destacam o risco potencial do uso inadequado de sedação para pacientes com transtornos psiquiátricos potencialmente tratáveis. Menos de 40% dos médicos que participaram do estudo consideraram as intervenções psiquiátricas como uma forte possibilidade para pacientes com depressão e delirium determinados por psiquiatras experientes como intrinsecamente tratáveis, ainda, aproximadamente metade dos médicos entrevistados considerou a sedação como uma possibilidade. Por outro lado, os especialistas em cuidados paliativos ou os médicos com mais experiência na prestação de cuidados no final da vida tinham maior probabilidade de escolher o tratamento psiquiátrico para tais pacientes, em comparação à SP. Assim, médicos menos confiantes no manejo do SE tendem a optar por SP profunda contínua (Morita *et al.*, 2002).

Médicos mais jovens tendem a ser mais receptivos à utilização da SP, especialmente em casos de SE, em comparação com seus colegas mais experientes. De acordo com o estudo de Cripe *et al.* (2017), médicos em início de carreira são mais propensos a considerar a SP para SE, enquanto os médicos mais experientes frequentemente recorrem a abordagens alternativas antes de optar pela sedação.

3.1.4 Necessidade de educação e diretrizes para os profissionais

Estudos indicam a necessidade urgente de fornecer educação e formação mais robustas aos profissionais de saúde no manejo do SE e na utilização adequada da SP. Morita *et al.* (2002) ressaltam a importância de treinamento e educação adequados em cuidados de fim de vida, apontando que diretrizes claras e válidas são essenciais para a terapia com SP. Apesar das recomendações existentes, Rietjens *et al.* (2009) observam que as diretrizes sobre sedação profunda contínua frequentemente não correspondem à realidade prática dos médicos, o que contribui para a dificuldade em aplicar consistentemente essas orientações. Entre médicos canadenses de CP, não existe um consenso claro sobre o uso da SP contínua para o SE, sendo que a dificuldade em alcançar esse consenso é amplificada pela falta

de definições universalmente aceitas de termos-chave relacionados à SP contínua, o que complica o desenvolvimento de diretrizes apropriadas para essa prática (Voeuk *et al.*, 2017). Essa falta de consenso também foi observada em outro estudo internacional, que não conseguiu definir diretrizes sobre os níveis de sedação para pacientes com sintomas refratários, especialmente em casos de SE (Benítez-Rosario *et al.*, 2019). Enquanto há um acordo generalizado sobre o uso da SP para sintomas físicos como dispneia refratária e delirium nos últimos dias de vida, os especialistas divergem quanto à aplicação da SP em casos de SE (Benítez-Rosario *et al.*, 2019). A ausência de consenso também foi observada entre médicos belgas de CP, como observado por Rodrigues *et al.* (2023), de modo que estes autores sugerem que mais pesquisas são necessárias para esclarecer as atitudes dos profissionais e, assim, avançar na construção de diretrizes claras para a SP em casos de SE. Cripe *et al.* (2017) aponta que a definição de SP utilizada pelos residentes não continha informações sobre o nível de consciência pretendido, o tempo de sedação ou se o paciente receberia hidratação ou nutrição enquanto estivesse sedado.

No ambiente domiciliar, essa necessidade de adaptação é ainda mais crítica. Meesters *et al.* (2023) destacam que recomendações como monitoramento contínuo, avaliação psicológica em casos de SE e ajuste de doses para reavaliação da carga de sintomas não são implementáveis em cuidados domiciliares. Finalmente, Beauverd *et al.* (2014) concluem que mais pesquisas e formação são essenciais para esclarecer os aspectos éticos e clínicos da prática da SP, garantindo que os médicos possam tomar decisões informadas e responsáveis, especialmente ao lidar com casos de SE. Maeda *et al.* (2023) reforçam a necessidade de mais estudos e debates para desenvolver estratégias de tratamento eficazes para o sofrimento psicoexistencial. Para esses estudiosos, essas pesquisas são essenciais para esclarecer as indicações e os procedimentos da sedação contínua profunda em casos de SE, tanto no âmbito internacional quanto em contextos culturais específicos (Maeda *et al.*, 2023).

Além disso, há equívocos persistentes sobre o uso de opioides como intervenção para sedação paliativa contínua, também identificados por Voeuk *et al.* (2017), sugerindo a necessidade de programas educacionais mais robustos para esclarecer as práticas clínicas.

3.2 DEFINIÇÃO E AVALIAÇÃO DO SOFRIMENTO EXISTENCIAL

3.2.1 Falta de consenso: conceito de Sofrimento Existencial

A ausência de uma definição clara e consensual de SE é uma das principais limitações nos estudos sobre SP. Em aproximadamente 39% dos estudos incluídos nesta revisão, não foi possível identificar uma definição de SE, o que demonstra a falta de consenso sobre o conceito. Papavasiliou *et al.* (2014) consideram o sofrimento psicoexistencial como subjetivo, difícil de definir, avaliar e gerenciar. Por exemplo, o estudo de Foley *et al.* (2015) define o SE como sentimentos de falta de significado e desejo de controlar o momento da morte, mas essa é apenas uma entre várias abordagens encontradas na literatura. Van Deijck (2015) destaca a ausência de uma definição operacional clara de SE como uma limitação significativa, observando que a falta de consenso sobre o conceito pode levar a diagnósticos inconsistentes, impactando negativamente a validade dos resultados. Schur *et al.* (2016) observaram uma alta frequência de SE entre pacientes com indicação para SP, mas notaram que os centros de CP participantes não possuíam uma definição clara de “angústia existencial”, o que poderia ter contribuído para diagnósticos variados. Da mesma forma, Picco *et al.* (2018) argumentam que o SE refratário é uma entidade que precisa urgentemente de uma definição operacional para facilitar o consenso entre os profissionais. Além disso, Benitez-Rosário *et al.* (2019) sugerem que diferentes interpretações do SE podem estar em jogo, uma vez que o conceito permanece indefinido, dificultando a avaliação adequada desse tipo de sofrimento.

3.2.2 Construtos comuns

A partir das definições de SE apresentados nos estudos incluídos nesta RI, os seguintes construtos mais recorrentes foram identificados *falta de sentido* (Morita *et al.*, 2000; Schur *et al.*, 2016; Voeuk *et al.*, 2017; Benitez-Rosario *et al.*, 2019; Rodrigues *et al.*, 2023; 2024), *desesperança* (Morita *et al.*, 2000; Morita, 2004; Rietjens *et al.*, 2009; Anquinet *et al.*, 2014; Weichselbaumer *et al.*, 2014; van Deijck, 2015; Voeuk *et al.*, 2017), *ansiedade/medo da morte* (Morita, 2004; Rietjens *et al.*, 2009; Anquinet *et al.*, 2014; Foley *et al.*, 2015; Voeuk *et al.*, 2017; Rodrigues *et al.*, 2024), *perda de dignidade e autonomia* (van Deijck *et al.*, 2010; Beauverd *et al.*,

2014; Swart *et al.*, 2014; van Deijck, 2015; Voeuk *et al.*, 2017), *solidão e isolamento* (Morita, 2004; Schur *et al.*, 2016; Voeuk *et al.*, 2017; Gaignard *et al.*, 2023; Rodrigues *et al.*, 2024), e *sentir-se um fardo para os outros* (Morita *et al.*, 2000; Morita, 2004; Foley *et al.*, 2015; van Deijck, 2015; Voeuk *et al.*, 2017; Rodrigues *et al.*, 2024).

3.2.3 Escassez de critérios e diretrizes para identificação do SE e indicação da SP para SE

A escassez de critérios claros e diretrizes validadas para a identificação e indicação, em especial do SE refratário - o que poderia demandar a SP, é uma limitação significativa na prática clínica e para as realizadas de pesquisas. A dificuldade em avaliar o SE adequadamente foi um tema recorrente em vários estudos desta RI, incluindo os de Papavasiliou *et al.* (2014), Voeuk *et al.* (2017) e Suzzoni *et al.* (2022), que ressaltam a complexidade em identificar e tratar o SE de maneira uniforme e eficaz. Em 94% dos estudos incluídos nesta revisão, não houve um relato claro de como o SE foi diagnosticado. Estudos como o de Picco *et al.* (2018) enfatizam que o SE refratário é uma entidade que requer uma definição operacional e métodos de avaliação que possam contribuir para o estabelecimento de um consenso entre os profissionais de saúde. Médicos relataram dificuldade em caracterizar o SE, como destacado nos estudos de Rodrigues *et al.* (2023, 2024), reforçando a necessidade de diretrizes clínicas que orientem essa avaliação. Morita *et al.* (2000) também incentivam novas investigações com o objetivo de desenvolver métodos de avaliação validados e estabelecer uma terapia padrão para o tratamento do SE em pacientes em fase terminal.

O midazolam foi a medicação mais utilizada para SP, sendo citada em vários dos estudos incluídos, com diferentes dosagens e vias de administração, incluindo subcutânea e intravenosa.

As principais limitações apresentadas pelos estudos incluídos na revisão refletem questões metodológicas. Uma das limitações mais recorrentes foi a baixa taxa de resposta dos participantes. Por exemplo, o estudo de Dumont *et al.* (2015) relatou taxas de resposta entre 36% e 42%. Além disso, o tamanho amostral reduzido foi outra limitação frequente, observada nos estudos de Suzzoni *et al.* (2022) e Gaignard *et al.* (2023). Outro desafio encontrado em estudos

retrospectivos, como o de Voeuk *et al.* (2017), foi o viés de memória dos profissionais, que podem não recordar com precisão eventos ou decisões clínicas anteriores. De forma geral, nos estudos incluídos na presente RI, o relato sobre os medicamentos utilizados para a realização da SP, e demais informações relacionadas (ex.: vias de administração utilizadas, etc.), foi falho e escasso, com a apresentação de informações superficiais ou mesmo ausência de informações sobre estes tópicos.

Quanto ao nível da evidência, 80% dos estudos incluídos foram classificados como nível III (estudos não-experimentais, com delineamento quantitativo ou qualitativo). Em relação à qualidade da evidência, apenas um estudo (Rodrigues *et al.* 2023) foi classificado como A (high quality), todos os demais foram classificados como B (good quality) ou C (low quality).

4 DISCUSSÃO

Foram identificados dois temas centrais de acordo com o objetivo desta revisão: o primeiro relacionado aos desafios da aplicação da SP no controle do SE na prática clínica, e o segundo, à falta de consenso sobre a definição de SE e a indicação de SP para SE. No primeiro tema, foram destacados desafios clínicos envolvendo a indicação da SP, influenciados principalmente pelo tipo de sofrimento apresentado pelos pacientes. Questões éticas, como a distinção entre sedação, eutanásia e morte assistida, bem como o respeito à autonomia dos pacientes, emergiram como preocupações recorrentes. Além disso, a formação e experiência dos profissionais influenciaram suas atitudes em relação à SP, destacando a necessidade urgente de educação e diretrizes mais claras para nortear os profissionais. No segundo tema, foi evidente a falta de consenso sobre o conceito de SE (bem como do que seria o SE refratário) com construtos comuns emergindo das definições encontradas nos estudos incluídos. No entanto, a escassez de critérios e diretrizes para a identificação e indicação da SP para SE foi apontada como uma limitação crítica na prática clínica.

Foi evidente a influência do tipo de sofrimento na decisão de utilização da SP. Os dados indicam que o uso da SP para o controle de sintomas físicos, como dor, dispneia e delirium, é amplamente aceito (Blondeau *et al.*, 2005; Heijltjes *et al.*, 2022; Salzmann *et al.*, 2022). No entanto, o SE é frequentemente visto como uma indicação insuficiente para sedação, o que pode gerar desconforto entre os profissionais de saúde (Papavasiliou *et al.*, 2014; Cripe *et al.*, 2017). Tal receio se justifica pelo fato de que, como apontam também os resultados desta revisão, não há evidências robustas o suficiente que assegurem a eficácia da SP para casos de SE refratário, bem como critérios claros que orientem a identificação deste tipo de sofrimento. A falta de diretrizes adequadas que orientem os profissionais de saúde para a correta aplicação da SP nesses casos também pode gerar insegurança nos mesmos, como apontado por Rietjens *et al.* (2009), que afirma que as recomendações para sedação profunda contínua nem sempre estão de acordo com a realidade das experiências e opiniões dos médicos, por exemplo. Existe ainda o risco de os pacientes sofrerem uma morte desconfortável se a sedação não for tratada adequadamente, o que levanta questões sobre a qualidade do cuidado prestado (Deschepper *et al.*, 2013).

A literatura indica preocupações éticas por parte dos profissionais de saúde quanto à SP, principalmente em relação ao seu uso para SE. Tais preocupações se devem à SP ser vista como uma prática equivalente à eutanásia ou à morte assistida. Esta mesma preocupação foi encontrada em uma revisão de escopo realizada sobre SP no domicílio (Garcia *et al.*, 2023). A SP difere da eutanásia em termos de objetivo, meios, resultado e tempo (Jaspers *et al.*, 2024). Surges *et al.* (2024) afirma que “o objetivo da sedação paliativa é aliviar o sofrimento refratário, não encurtar a vida”. Assim, o desfecho esperado na SP é a redução da consciência. Já quanto à eutanásia e à morte assistida, o objetivo é interromper a vida do paciente e o desfecho esperado é a morte. Contudo, mesmo tratando-se de intervenções diferentes com finalidades diferentes, há relatos sobre o uso da SP com a intenção de encurtar a vida do paciente - o que seria próprio da eutanásia e da morte assistida (Anquinet *et al.*, 2014; Sercu *et al.*, 2014). A SP, a eutanásia e a morte assistida estão eticamente interligadas, o que pode gerar um debate sobre suas semelhanças e diferenças (Colburn; Johnston, 2023). Em locais onde a eutanásia é ilegal, como no Reino Unido, os médicos tendem a destacar as distinções entre as duas práticas (por exemplo, quanto ao desfecho esperado: rebaixamento do nível de consciência no caso da SP e morte). Em contraste, em países como Bélgica e Holanda, onde a eutanásia é legal, a SP é vista como uma das opções no continuum de cuidados de fim de vida (Colburn; Johnston, 2023). Alguns argumentam que a SP é moralmente preferível à eutanásia, atendendo a necessidades semelhantes sem levantar as mesmas questões de consentimento. No entanto, outros veem as duas práticas como eticamente contínuas, sugerindo que devem ser tratadas de forma semelhante, o que pode gerar ceticismo entre os que se opõem à eutanásia (Colburn; Johnston, 2023). Embora relacionadas, a SP envolve complexidades éticas próprias que devem ser consideradas separadamente da eutanásia (Colburn; Johnston, 2023). Outro aspecto ético sobre o uso da SP diz respeito à autonomia do paciente. A autonomia é uma questão fundamental na ética médica, particularmente no contexto da SP. Isso levanta questões sobre a escolha do paciente e o consentimento informado. Fatores como capacidade diminuída, vulnerabilidade e assimetria de conhecimento entre pacientes e médicos podem ameaçar a voluntariedade na tomada de decisões (Colburn; Johnston, 2023). A SP só deve ser usada se estiver alinhada com os planos autônomos do paciente para sua vida, enfatizando a importância de compreender os valores e preferências

duradouros do paciente (Colburn; Johnston, 2023).

A formação e a experiência dos profissionais influenciam as atitudes em relação à SP. Ainda, a indicação da necessidade de educação e diretrizes adequadas dos profissionais para a prática da SP, bem como da falta de consenso sobre a definição de SE e os critérios para seu diagnóstico, é recorrente na literatura. Profissionais com treinamento em CP são mais propensos a utilizar a SP em casos complexos e a apoiar sua aplicação em situações de SE. A falta de capacitação adequada dos médicos quanto à SP favorece a subutilização desta prática quando ela é recomendada, e seu uso indevido em casos não refratários. Morita *et al.* (2002) demonstrou que médicos menos especializados em CP tendem a optar por sedação em vez de explorar alternativas mais adequadas de acordo com o caso, especialmente em pacientes com condições psiquiátricas potencialmente tratáveis, o que pode levantar preocupações sobre o uso inadequado da SP. Por outro lado, o fato de a SP ser considerada por alguns como “eutanasia lenta” pode levar os médicos a serem “extremamente cuidadosos” com a subutilização de doses de medicamentos sedativos (Claessens *et al.*, 2012; Deschepper *et al.*, 2013). Em um estudo holandês com enfermeiros, a sedação foi considerada insuficientemente eficaz por 42% dos entrevistados (Brinkkemper *et al.*, 2011).

Em 39% dos estudos incluídos nesta revisão não foi identificada a definição de SE, e em 94% não foram encontrados quais os critérios utilizados para a identificação de SE. O SE, como uma construção multifacetada que engloba as dimensões psicológica e espiritual, envolve sentimentos de ansiedade de morte, perda de significado e objetivo, isolamento e solidão, sensação de perda de controle, dentre outros, os quais são exacerbados pela experiência da vivência da doença grave (Kissane, 2012). A falta de consenso sobre a definição de SE, em especial de SE refratário, e de critérios claros para seu diagnóstico compromete, além da identificação da própria condição, a seleção de intervenções adequadas. Esta falta de consenso pode ter implicações clínicas significativas para os cuidados de fim de vida, comprometendo a avaliação e o gerenciamento eficazes das necessidades dos pacientes. A criação e implementação de diretrizes clínicas específicas sobre a SP para SE refratário são fundamentais para garantir que os profissionais possam conduzir o tratamento de maneira ética e segura, evitando práticas controversas. Nesse contexto, destaca-se a iniciativa da European Association for Palliative Care (EAPC), que, por meio da publicação do Revised EAPC Recommended Framework

on Palliative Sedation (Surges *et al.*, 2024; Koper; Hasselaar; Payne, 2024), visa promover melhores práticas relacionadas à SP, incluindo o manejo do SE refratário. Esse documento oferece diretrizes baseadas em evidências e consensos para profissionais de saúde envolvidos no cuidado de pacientes adultos com doenças limitantes da vida, em todos os contextos de atendimento, além de orientar associações médicas e formuladores de políticas de saúde (Surges *et al.*, 2024; Koper; Hasselaar; Payne, 2024).

Importante ressaltar que o midazolam foi a medicação mais utilizada para a SP, o que indica sua preferência entre os profissionais para alcançar níveis de sedação necessários no manejo do sofrimento físico e existencial. O midazolam é um benzodiazepínico amplamente utilizado em CP e é considerado essencial para cuidados de qualidade em pacientes em terminalidade (Prommer, 2020). Atua no receptor benzodiazepínico, intensificando a ação do ácido gama-aminobutírico, o que confere propriedades sedativas, ansiolíticas e anticonvulsivantes (Prommer, 2020). Com início de ação rápido e duração curta, o midazolam permite maior flexibilidade de dosagem em comparação com outros benzodiazepínicos (Prommer, 2020). Contudo, Gabl, Feichtner, Weixler (2024) chamam a atenção para o fato de que sendo o SE uma experiência multidimensional que tende a se transformar em desespero e, por fim, em um desejo de morrer devido à percepção de desesperança e falta de sentido, o tratamento farmacológico, ou mesmo a sedação, não são capazes de atender às necessidades holísticas daqueles que padecem de SE.

Por fim, as principais limitações dos estudos revisados nesta RI incluem a baixa taxa de resposta e o tamanho amostral reduzido, o que limita a generalização dos achados. Além disso, os estudos retrospectivos enfrentaram o viés de memória, comprometendo a precisão dos dados relatados. A falta de detalhes sobre os medicamentos utilizados e os regimes terapêuticos aplicados constitui outra limitação relevante, sugerindo a necessidade de maior rigor na coleta e, principalmente, no relato de informações clínicas. A ausência de tais informações compromete a replicação dos estudos e dificulta a interpretação completa das intervenções. Essas limitações destacam a necessidade de aprimoramento no desenho dos estudos e na qualidade dos dados reportados, com vistas a fortalecer as conclusões sobre o uso da SP para o controle do SE refratário.

Embora a evidência robusta, proveniente de meta-análises e ensaios clínicos randomizados controlados, seja essencial para a prática baseada em evidência,

orientando a tomada de decisão na prática clínica, faz-se necessário reconhecer que a realização de estudos com tais delineamentos pode ser desafiador no contexto de pacientes em fim de vida. A realização de ensaios clínicos em pacientes de CP enfrenta desafios éticos e logísticos. Embora muitos pacientes com doenças avançadas queiram participar de estudos, cabe a eles, sempre que possível, decidir sobre a participação. O comprometimento cognitivo leve não deve excluir automaticamente a participação, e o uso de consentimento simplificado ou de representantes legais pode ser uma alternativa ética (Agar *et al.*, 2017; Hjermland; Kaasa, 2021). Por fim, ensaios clínicos randomizados bem conduzidos continuam sendo a abordagem preferida para responder a perguntas causais (Dahabreh; Bibbins-Domingo, 2024). No entanto, considerando os avanços no método para estudos observacionais, Dahabreh, Bibbins-Domingo (2024) argumentam que interpretações causais dos resultados desse tipo de estudo, quando bem conduzidos, podem ser possíveis quando há suposições fortes. Maltoni *et al.* (2012), a partir dos resultados de sua revisão sistemática sobre a prática clínica da SP para avaliar o efeito desta prática sobre a sobrevivência, indicam que, mesmo que não haja evidências diretas de estudos clínicos randomizados, a SP, quando adequadamente indicada e corretamente usada para aliviar o sofrimento insuportável, não parece ter efeito prejudicial sobre a sobrevivência de pacientes com câncer terminal.

Embora o número de estudos incluídos nesta RI seja representativo, a revisão pode não ter capturado a totalidade das publicações relevantes sobre o tema, especialmente considerando as variações metodológicas e culturais na prática da SP para SE. Ainda, estratégias de busca utilizada pode ser entendida uma limitação, considerando-se a possibilidade de não inclusão de termos/palavras-chave relevantes para o tema em estudo. Outra limitação refere-se a não busca de materiais na literatura cinzenta, mas destaca-se que essa conduta não infringiu o referencial metodológico adotado para esta revisão.

5 CONCLUSÃO

O uso da SP no controle do SE refratário ainda é uma prática cercada por desafios clínicos e éticos. A aceitação da SP para o alívio de sintomas refratários como dor, dispneia e delirium, é amplamente consolidada, enquanto seu uso para SE permanece controverso. Profissionais de saúde demonstram relutância em aplicar a SP exclusivamente para o SE, preferindo esgotar intervenções psicológicas, espirituais e psiquiátricas antes de recorrer à sedação. Ainda, preocupações éticas, especialmente em relação à distinção entre SP, eutanásia e morte assistida são comuns entre estes profissionais. O receio quanto ao uso da SP para SE por parte dos profissionais de saúde é legítimo, considerando-se a falta de evidências robustas que indiquem a eficácia da SP para SE refratário, bem como de diretrizes claras que orientem estes profissionais quanto à definição de SE refratário, como identificá-lo e como utilizar a SP nestes casos. Além disso, a formação e experiência em CP dos profissionais de saúde influenciam a tomada de decisões, sugerindo que educação e treinamento desses profissionais são essenciais para assegurar a prática adequada da SP.

Com isso, recomendamos o desenvolvimento de diretrizes mais robustas e a realização de mais estudos que possibilitem esclarecer o manejo adequado do SE refratário em pacientes em fim de vida, desde o diagnóstico até a avaliação das intervenções implementadas. Estudos que possibilitem maior entendimento sobre o SE, com vistas ao estabelecimento de um consenso sobre o conceito também são necessários.

REFERÊNCIAS

- AGAR, M. R. *et al.* Efficacy of oral risperidone, haloperidol, or placebo for symptoms of delirium among patients in palliative care: a randomized clinical trial. **JAMA Internal Medicine**, v. 177, n. 1, p. 34-42, 2017. Erratum in: **JAMA Internal Medicine**, Chicago, v. 177, n. 2, p. 293, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.7491>. Acesso em: 16 out. 2024.
- ANQUINET, L. *et al.* Physicians' experiences and perspectives regarding the use of continuous sedation until death for cancer patients in the context of psychological and existential suffering at the end of life. **Psycho-Oncology**, Hoboken, v. 23, n. 5, p. 539-546, maio 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24307235/>. Acesso em: 11 out. 2024.
- ARANTZAMENDI, M. *et al.* How palliative care professionals develop coping competence through their career: A grounded theory. **Palliative Medicine**, Thousand Oaks, v. 38, n. 3, p. 284-296, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/02692163241229961>. Acesso em: 16 out. 2024.
- BEAUVERD, M. *et al.* French Swiss physicians' attitude toward palliative sedation: Influence of prognosis and type of suffering. **Palliative & Supportive Care**, Cambridge, v. 12, n. 5, p. 345-350, out. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1478951513000278>. Acesso em: 11 out. 2024.
- BENÍTEZ-ROSARIO, M. A.; MORITA, T. Palliative sedation in clinical scenarios: results of a modified Delphi study. **Supportive Care in Cancer**, Heidelberg, v. 27, n. 5, p. 1647-1654, maio 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4409-5>. Acesso em: 11 out. 2024.
- BENÍTEZ-ROSARIO, M. A.; ASCANIO-LEÓN, B. Palliative sedation: beliefs and decision-making among Spanish palliative care physicians. **Supportive Care in Cancer**, Heidelberg, v. 28, n. 6, p. 2651-2658, jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05086-4>. Acesso em: 11 out. 2024.
- BEST, M.; BUTOW, P.; OLVER, I. Assessment of spiritual suffering in the cancer context: A systematic literature review. **Palliative and Supportive Care**, Cambridge, v. 13, p. 1335-1361, 2015.
- BLONDEAU, D. *et al.* Physicians' and pharmacists' attitudes toward the use of sedation at the end of life: influence of prognosis and type of suffering. **Journal of Palliative Care**, Thousand Oaks, v. 21, n. 4, p. 238-245, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16483092/>. Acesso em: 11 out. 2024.
- BRINKKEMPER, T. *et al.* Palliative sedation at home in the Netherlands: a nationwide survey among nurses. **Journal of Advanced Nursing**, Hoboken, v. 67, n. 8, p. 1719-1728, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05614.x>. Acesso em: 16 out. 2024.
- BROOME, M. E. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: RODGERS, B. L.; KNAFL, K. A. (Eds.). **Concept development in nursing**, 2nd ed.

Philadelphia: W.B. Saunders Co., 1993. pp. 231–250.

CHERNY, N. A reflection. In: KOPER, I.; HASSELAAR, J.; PAYNE, C. (ed.). **The role of Palliative Sedation in palliative care** - v3. 2024. Disponível em: <https://palliativeprojects.eu/palliativesedation/wp->. Acesso em: 16 out. 2024

CLAESSENS, P. *et al.* Level of consciousness in dying patients: The role of palliative sedation: A longitudinal prospective study. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, Thousand Oaks, v. 29, p. 195-200, 2012.

CLARIVATE. **EndNote**. Philadelphia. Disponível em: <https://www.myendnoteweb.com>. Acesso em: 21 out. 2024.

COLBURN, B.; JOHNSTON, B. Palliative sedation: autonomy, suffering, and euthanasia. **Current Opinion in Supportive and Palliative Care**, Philadelphia, v. 17, n. 3, p. 214-218, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000665>. Acesso em: 16 out. 2024.

CRIFE, L. D. *et al.* Physicians in postgraduate training characteristics and support of palliative sedation for existential distress. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, Thousand Oaks, v. 34, n. 8, p. 697-703, set. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1049909116660516>. Acesso em: 11 out. 2024.

DAHABREH, I. J.; BIBBINS-DOMINGO, K. Causal inference about the effects of interventions from observational studies in medical journals. **JAMA**, Chicago, v. 331, n. 21, p. 1845-1853, 2024. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2818746>. Acesso em: 16 out. 2024.

DANG, D. *et al.* **Johns Hopkins evidence-based practice for nurses and healthcare professionals: Model and guidelines**. 4. ed. Sigma Theta Tau International, 2022.

DESCHEPPER, R. *et al.* Palliative sedation: Why we should be more concerned about the risks that patients experience an uncomfortable death. **Pain**, Seattle, v. 154, n. 9, p. 1505-1508, 2013. Disponível em: https://journals.lww.com/pain/citation/2013/09000/palliative_sedation__why_we_should_be_more.7.aspx. Acesso em: 21 out. 2024.

DUMONT, S. *et al.* The use of palliative sedation: A comparison of attitudes of French-speaking physicians from Quebec and Switzerland. **Palliative & Supportive Care**, Cambridge, v. 13, n. 4, p. 839-847, ago. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1478951514000364>. Acesso em: 11 out. 2024.

FAY, Z.; O'BOYLE, C. How specialist palliative care nurses identify patients with existential distress and manage their needs. **International Journal of Palliative Nursing**, Londres, v. 25, n. 5, p. 233-243, mai. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.12968/ijpn.2019.25.5.233>. Acesso em: 11 out. 2024.

FOLEY, R. A. *et al.* Attitudes regarding palliative sedation and death hastening among Swiss physicians: A contextually sensitive approach. **Death Studies**,

Londres, v. 39, n. 8, p. 473-482, 2015. Disponível em:
<https://doi.org/10.1080/07481187.2015.1029142>. Acesso em: 11 out. 2024.

GABL, C.; FEICHTNER, A.; WEIXLER, D. Sedation indicated? Rethinking existential suffering: a narrative review. **Annals of Palliative Medicine**, Hong Kong, v. 13, n. 2, p. 397-414, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.21037/apm-23-474>. Acesso em: 16 out. 2024.

GAIGNARD, M. E.; PAUTEX, S.; HURST, S. Existential suffering as a motive for assisted suicide: difficulties, acceptability, management, and roles from the perspectives of Swiss professionals. **PLoS One**, San Francisco, v. 18, n. 4, e0284698, abr. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0284698>. Acesso em: 11 out. 2024.

GAMBLIN, V. *et al.* Midazolam sedation in palliative medicine: retrospective study in a French center for cancer control. **BMC Palliative Care**, Londres, v. 19, n. 85, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00592-3>. Acesso em: 11 out. 2024.

GARCIA, A. C. M. *et al.* Palliative sedation at home: A scoping review. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine**, Thousand Oaks, v. 40, n. 2, p. 173-182, 2023. Disponível em:
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10499091221096412>. Acesso em: 21 out. 2024.

GRECH, A.; MARKS, A. Existential suffering Part 1: Definition and diagnosis #319. **Journal of Palliative Medicine**, New Rochelle, v. 20, n. 1, p. 93-94, 2017. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2016.0422>. Acesso em: 21 out. 2024.

HADDAWAY, N. R. *et al.* PRISMA2020: An R package and Shiny app for producing PRISMA 2020-compliant flow diagrams, with interactivity for optimised digital transparency and Open Synthesis. **Campbell Systematic Reviews**, Oslo, v. 18, p. e1230, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/cl2.1230>. Acesso em: 21 out. 2024.

HEIJLTJES, M. T. *et al.* Physicians' opinion and practice with the continuous use of sedatives in the last days of life. **Journal of Pain and Symptom Management**, Amsterdã, v. 63, n. 1, p. 78-87, 2022. Disponível em:
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.07.012>. Acesso em: 11 out. 2024.

HJERMSTAD, M. J.; KAASA, S. Research in palliative care. In: CHERNY, N. I.; *et al.* (ed.). **Oxford textbook of palliative medicine**. 6. ed. Oxford: Oxford Academic, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/med/9780198821328.003.0119>. Acesso em: 16 out. 2024.

HOEK, P. *et al.* Addressing palliative sedation during expert consultation: A descriptive analysis of the practice of Dutch palliative care consultation teams. **PLoS One**, San Francisco, v. 10, n. 8, e0136309, 24 ago. 2015. Disponível em:
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136309>. Acesso em: 11 out. 2024.

ISIDORO, G. M. *et al.* Palliative sedation in the treatment of existential suffering in end-of-life patients: protocol for an integrative review. **Progress in Palliative Care**, Londres, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09699260.2023.2300544>. Acesso em: 21 out. 2024.

JADAD, A. R.; MOHER, D.; KLASSEN, T. P. Guides for reading and interpreting systematic reviews: II. How did the authors find the studies and assess their quality? **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, Chicago, v. 152, n. 8, p. 812-817, 1998. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/article-abstract/189823>. Acesso em: 21 out. 2024.

JASPERS, B.; *et al.* Palliative care ethics. In: KOPER, I.; HASSELAAR, J.; PAYNE, C. (ed.). **The role of palliative sedation in palliative care** – v3. 2024. Disponível em: <https://palliativeprojects.eu/palliativesedation/wp-content/uploads/sites/16/2024/07/palliative-sedation-in-palliative-care.pdf>. Acesso em: 21 out. 2024.

KISSANE, D. W. The relief of existential suffering. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 172, n. 19, p. 1501-1505, 2012. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/1356535>. Acesso em: 16 out. 2024.

KOPER, I.; HASSELAAR, J.; PAYNE, C. (ed.). **The role of palliative sedation in palliative care** – v3. 2024. Disponível em: <https://palliativeprojects.eu/palliativesedation/wp-content/uploads/sites/16/2024/07/palliative-sedation-in-palliative-care.pdf>. Acesso em: 21 out. 2024.

MAEDA, S. *et al.* Continuous deep sedation for psycho-existential suffering: A multicenter nationwide study. **Journal of Palliative Medicine**, New Rochelle, v. 26, n. 11, p. 1501-1509, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2492977/v1>. Acesso em: 11 out. 2024.

MAHULI, S. A. *et al.* Application of ChatGPT in conducting systematic reviews and meta-analyses. **British Dental Journal**, Londres, v. 235, n. 2, p. 90-92, 2023. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41415-023-6132-y>. Acesso em: 21 out. 2024.

MALTONI, M. *et al.* Palliative sedation in end-of-life care and survival: a systematic review. **Journal of Clinical Oncology**, v. 30, n. 12, p. 1378-1383, 2012. Erratum in: **Journal of Clinical Oncology**, Alexandria, v. 30, n. 27, p. 3429, 2012. Disponível em: <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2011.37.3795>. Acesso em: 16 out. 2024.

MEEESTERS, S. *et al.* “It’s pretty much flying blind in the home care setting”: A qualitative study on the influence of home care specific circumstances on sedation in specialist palliative home care. **Palliative Medicine**, Hoboken, v. 37, n. 1, p. 140-148, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/02692163221128938>. Acesso em: 11 out. 2024.

MILES, M. B.; HUBERMAN, A. M. **Qualitative data analysis**. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994.

MOHER, D. *et al.* Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols (PRISMA-P) 2015 statement. **Systematic Reviews**, Londres, v. 4, n. 1, p. 1, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/2046-4053-4-1>. Acesso em: 21 out. 2024.

MORITA, T. *et al.* Terminal sedation for existential distress. **American Journal of Hospice and Palliative Care**, Thousand Oaks, v. 17, n. 3, p. 189-195, maio-jun. 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/104990910001700313>. Acesso em: 11 out. 2024.

MORITA, T. *et al.* Practices and attitudes of Japanese oncologists and palliative care physicians concerning terminal sedation: a nationwide survey. **Journal of Clinical Oncology**, Alexandria, v. 20, n. 3, p. 758-764, 1 fev. 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1200/JCO.2002.20.3.758>. Acesso em: 11 out. 2024.

MORITA, T. Palliative sedation to relieve psycho-existential suffering of terminally ill cancer patients. **Journal of Pain and Symptom Management**, Amsterdã, v. 28, n. 5, p. 445-450, nov. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2004.02.017>. Acesso em: 11 out. 2024.

OUZZANI, M. *et al.* Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. **Systematic Reviews**, Londres, v. 5, n. 1, p. 210, 2016. Disponível em: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-016-0384-4>. Acesso em: 21 out. 2024.

PAGE, M. J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, Londres, v. 372, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>. Acesso em: 21 out. 2024.

PAPAVASILIOU, E. E. *et al.* Current debates on end-of-life sedation: an international expert elicitation study. **Supportive Care in Cancer**, Heidelberg, v. 22, n. 8, p. 2141-2149, ago. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2200-9>. Acesso em: 11 out. 2024.

PICCO, G. *et al.* Dificultades en el abordaje y decisiones en un caso de sufrimiento existencial al final de la vida. **Medicina Paliativa**, Barueri, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2016.08.005>. Acesso em: 11 out. 2024.

PROMMER, E. Midazolam: an essential palliative care drug. **Palliative Care and Social Practice**, Londres, v. 14, p. 2632352419895527, 2020. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2632352419895527>. Acesso em: 16 out. 2024.

PUTMAN, M. S. *et al.* Intentional sedation to unconsciousness at the end of life: findings from a national physician survey. **Journal of Pain and Symptom Management**, Amsterdã, v. 46, n. 3, p. 324-331, set. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.09.007>. Acesso em: 11 out. 2024.

REICH, M. *et al.* Refractory psycho-existential distress and continuous deep sedation until death in palliative care: The French perspective. **Palliative and Supportive Care**, Cambridge, v. 18, n. 4, p. 486-494, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1017/S1478951519000816>. Acesso em: 21 out. 2024.

REID, T. T. *et al.* When there are no good choices: illuminating the borderland between proportionate palliative sedation and palliative sedation to unconsciousness. **Pain Management**, Londres, v. 1, n. 1, p. 31-40, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.2217/pmt.10.1>. Acesso em: 11 out. 2024.

RIETJENS, J. A. *et al.* Deciding about continuous deep sedation: physicians' perspectives: a focus group study. **Palliative Medicine**, Hoboken, v. 23, n. 5, p. 410-417, jul. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0269216309104074>. Acesso em: 11 out. 2024.

RODRIGUES, P. *et al.* Palliative care physicians' decision-making about palliative sedation for existential suffering: A Belgian nationwide qualitative study. **Palliative and Supportive Care**, Cambridge, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1478951522001559>. Acesso em: 11 out. 2024.

RODRIGUES, P. *et al.* Palliative sedation in end-of-life care: a qualitative study among Belgian palliative care physicians. **BMJ Supportive & Palliative Care**, Londres, v. 13, p. 209-217, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2021-003395>. Acesso em: 11 out. 2024.

ROSENGARTEN, O. S. *et al.* Palliative sedation at home. **Journal of Palliative Care**, Calgary, v. 25, n. 1, p. 5-11, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19445337/>. Acesso em: 11 out. 2024.

SALZMANN, L. *et al.* Palliative sedation in amyotrophic lateral sclerosis: results of a nationwide survey among neurologists and palliative care practitioners in Germany. **BMC Neurology**, Londres, v. 22, p. 161, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12883-022-02681-7>. Acesso em: 11 out. 2024.

SCHUR, S. *et al.* Walking the line. Palliative sedation for existential distress: still a controversial issue? **Wiener Medizinische Wochenschrift**, Heidelberg, v. 165, n. 23-24, p. 487-490, dez. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10354-015-0402-5>. Acesso em: 11 out. 2024.

SCHUR, S. *et al.* Sedation at the end of life - a nation-wide study in palliative care units in Austria. **BMC Palliative Care**, Londres, v. 15, p. 50, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0121-8>. Acesso em: 11 out. 2024.

STERN, C.; JORDAN, Z.; McARTHUR, A. Developing the review question and inclusion criteria. **American Journal of Nursing**, Philadelphia, v. 114, n. 4, p. 53-56, 2014. Disponível em: https://journals.lww.com/ajnonline/fulltext/2014/04000/developing_the_review_question_and_inclusion.30.aspx. Acesso em: 21 out. 2024.

SURGES, S. M. *et al.* Revised European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework on palliative sedation: An international Delphi study. **Palliative Medicine**, Hoboken, v. 38, n. 2, p. 213-228, 2024. DOI: 10.1177/02692163231220225.

SUZZONI, B. *et al.* Quelle détermination du caractère réfractaire d'une souffrance terminale par des médecins d'unité de soins palliatifs? **Médecine Palliative**, Paris, v. 21, n. 4, p. 181-192, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.medpal.2021.11.002>. Acesso em: 11 out. 2024.

SWART, S. J. *et al.* Continuous palliative sedation: not only a response to physical suffering. **Journal of Palliative Medicine**, New Rochelle, v. 17, n. 1, p. 27-36, jan. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0121>. Acesso em: 11 out. 2024.

TAN, F. *et al.* Continuous palliative sedation in terminally ill patients with cancer: a retrospective observational cohort study from a Chinese palliative care unit. **BMJ Open**, Londres, v. 13, e071859, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-071859>. Acesso em: 11 out. 2024.

VAN DEIJCK, R. H. *et al.* The practice of continuous palliative sedation in elderly patients: a nationwide explorative study among Dutch nursing home physicians. **Journal of the American Geriatrics Society**, Hoboken, v. 58, n. 9, p. 1671-1678, set. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03014.x>. Acesso em: 11 out. 2024.

VAN DEIJCK, R. H. *et al.* The practice of continuous palliative sedation in long-term care for frail patients with existential suffering. **Journal of Palliative Care**, Calgary, v. 31, n. 3, p. 141-149, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/082585971503100303>. Acesso em: 11 out. 2024.

VOEUK, A. *et al.* Continuous palliative sedation for existential distress? A survey of Canadian palliative care physicians' views. **Journal of Palliative Care**, Calgary, v. 32, n. 1, p. 26-33, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0825859717711301>. Acesso em: 11 out. 2024.

WEICHELBAUMER, E.; WEIXLER, D. Palliative Sedierung bei psycho-existentieller Not [Palliative sedation for psycho-existential suffering]. **Wiener Medizinische Wochenschrift**, Heidelberg, v. 164, n. 9-10, p. 172-178, mai. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10354-013-0246-9>. Acesso em: 11 out. 2024.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, Hoboken, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>. Acesso em: 21 out. 2024.

YALOM, I. D. **Existential psychotherapy**. Yalom Family Trust, 1980.

YALOM, I. D. **The Yalom reader: Selections from the work of a master therapist and storyteller**. Basic Books, 1998.

YALOM, I. Religion and psychiatry. **American Journal of Psychotherapy**, Arlington, v. 56, n. 3, p. 301-316, 2002. DOI: 10.1176/appi.psychotherapy.2002.56.3.301.

APÊNDICE A – Prompts utilizados no ChatGPT 4.o para análise do conteúdo resultante desta RI

1 - Help me analyze the data extracted from an integrative review on the use of palliative sedation in the management of existential suffering in people with serious illnesses. The data is presented in this attached file. I need to identify patterns and recurring themes in the included studies, such as the indications for sedation, the criteria for assessing existential suffering, the interventions applied, the outcomes observed, and possible gaps in the literature. (O arquivo anexado continha o quadro 3)

2 - What about the position of health professionals regarding the use of palliative sedation to relieve existential suffering, what can be observed from the document? (O arquivo anexado continha o quadro 3)

3 - Help me analyze the data presented in this file on patterns and recurring themes regarding the definition of existential suffering and the limitations of the studies. (O arquivo anexado continha o quadro 4)

4 - What are the most recurrent constructs in the definitions of existential suffering presented in this file? (O arquivo anexado continha o quadro 4)

ANEXO A - Evidence Level and Quality Guide - Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice

| Evidence Levels | Quality Ratings |
|--|--|
| <p>Level I</p> <p>Experimental study, randomized controlled trial (RCT)</p> <p>Explanatory mixed method design that includes only a level I quantitative study</p> <p>Systematic review of RCTs, with or without meta-analysis</p> | <p><u>Quantitative Studies</u></p> <p>A High quality: Consistent, generalizable results; sufficient sample size for the study design; adequate control; definitive conclusions; consistent recommendations based on comprehensive literature review that includes thorough reference to scientific evidence.</p> <p>B Good quality: Reasonably consistent results; sufficient sample size for the study design; some control, fairly definitive conclusions; reasonably consistent recommendations based on fairly comprehensive literature review that includes some reference to scientific evidence.</p> <p>C Low quality or major flaws: Little evidence with inconsistent results; insufficient sample size for the study design; conclusions cannot be drawn.</p> |
| <p>Level II</p> <p>Quasi-experimental study</p> <p>Explanatory mixed method design that includes only a level II quantitative study</p> <p>Systematic review of a combination of RCTs and quasi-experimental studies, or quasi-experimental studies only, with or without meta-analysis</p> | <p><u>Qualitative Studies</u></p> <p>No commonly agreed-on principles exist for judging the quality of qualitative studies. It is a subjective process based on the extent to which study data contributes to synthesis and how much information is known about the researchers' efforts to meet the appraisal criteria.</p> <p><i>For meta-synthesis, there is preliminary agreement that quality assessments of individual studies should be made before synthesis to screen out poor-quality studies¹.</i></p> <p>A/B High/Good quality is used for single studies and meta-syntheses².</p> <p>The report discusses efforts to enhance or evaluate the quality of the data and the overall inquiry in sufficient detail; and it describes the specific techniques used to enhance the quality of the inquiry. Evidence of some or all of the following is found in the report:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transparency: Describes how information was documented to justify decisions, how data were reviewed by others, and how themes and categories were formulated. • Diligence: Reads and rereads data to check interpretations; seeks opportunity to find multiple sources to corroborate evidence. • Verification: The process of checking, confirming, and ensuring methodologic coherence. • Self-reflection and scrutiny: Being continuously aware of how a researcher's experiences, background, or prejudices might shape and bias analysis and interpretations. • Participant-driven inquiry: Participants shape the scope and breadth of questions; analysis and interpretation give voice to those who participated. • Insightful interpretation: Data and knowledge are linked in meaningful ways to relevant literature. <p>C Low quality studies contribute little to the overall review of findings and have few, if any, of the features listed for high/good quality.</p> |
| <p>Level III</p> <p>Nonexperimental study</p> <p>Systematic review of a combination of RCTs, quasi-experimental and nonexperimental studies, or nonexperimental studies only, with or without meta-analysis</p> <p>Exploratory, convergent, or multiphasic mixed methods studies</p> <p>Explanatory mixed method design that includes only a level III quantitative study</p> <p>Qualitative study Meta-synthesis</p> | |

| Evidence Levels | Quality Ratings |
|--|---|
| <p>Level IV</p> <p>Opinion of respected authorities and/or nationally recognized expert committees or consensus panels based on scientific evidence</p> <p>Includes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clinical practice guidelines • Consensus panels/position statements | <p>A High quality: Material officially sponsored by a professional, public, or private organization or a government agency; documentation of a systematic literature search strategy; consistent results with sufficient numbers of well-designed studies; criteria-based evaluation of overall scientific strength and quality of included studies and definitive conclusions; national expertise clearly evident; developed or revised within the past five years</p> <p>B Good quality: Material officially sponsored by a professional, public, or private organization or a government agency; reasonably thorough and appropriate systematic literature search strategy; reasonably consistent results, sufficient numbers of well-designed studies; evaluation of strengths and limitations of included studies with fairly definitive conclusions; national expertise clearly evident; developed or revised within the past five years</p> <p>C Low quality or major flaws: Material not sponsored by an official organization or agency; undefined, poorly defined, or limited literature search strategy; no evaluation of strengths and limitations of included studies, insufficient evidence with inconsistent results, conclusions cannot be drawn; not revised within the past five years</p> |
| <p>Level V</p> <p>Based on experiential and nonresearch evidence</p> <p>Includes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integrative reviews • Literature reviews • Quality improvement, program, or financial evaluation • Case reports • Opinion of nationally recognized expert(s) based on experiential evidence | <p>Organizational Experience (quality improvement, program or financial evaluation)</p> <p>A High quality: Clear aims and objectives; consistent results across multiple settings; formal quality improvement, financial, or program evaluation methods used; definitive conclusions; consistent recommendations with thorough reference to scientific evidence</p> <p>B Good quality: Clear aims and objectives; consistent results in a single setting; formal quality improvement, financial, or program evaluation methods used; reasonably consistent recommendations with some reference to scientific evidence</p> <p>C Low quality or major flaws: Unclear or missing aims and objectives; inconsistent results; poorly defined quality improvement, financial, or program evaluation methods; recommendations cannot be made</p> <p>Integrative Review, Literature Review, Expert Opinion, Case Report, Community Standard, Clinician Experience, Consumer Preference</p> <p>A High quality: Expertise is clearly evident; draws definitive conclusions; provides scientific rationale; thought leader(s) in the field</p> <p>B Good quality: Expertise appears to be credible; draws fairly definitive conclusions; provides logical argument for opinions</p> <p>C Low quality or major flaws: Expertise is not discernable or is dubious; conclusions cannot be drawn</p> |