REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

MANEJO DA DOR E SEDAÇÃO PALIATIVA EM PACIENTES ADULTOS INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

PAIN MANAGEMENT AND PALLIATIVE SEDATION IN ADULT PATIENTS ADMITTED TO THE INTENSIVE CARE UNIT: AN INTEGRATIVE REVIEW

Ciências da Saúde • 06/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/793761539

Taís Regina de Oliveira[1]

Taiza Hermelino[2]

Tathiane Souza de Oliveira[3]

RESUMO

Esta revisão integrativa analisou e sintetizou as evidências científicas disponíveis acerca do manejo da dor e da sedação paliativa em pacientes adultos internados em unidades de terapia intensiva, contemplando tanto as condutas descritas quanto as percepções e os conhecimentos da equipe de saúde envolvida nesse cuidado. As buscas foram realizadas nas bases PubMed, BVS/LILACS Plus e SciELO, com publicações de 2019 a 2026, e a seleção seguiu as recomendações do PRISMA 2020. Foram incluídos 24 estudos (25 relatórios), com predomínio do nível VI de evidência. Opioides e benzodiazepínicos predominaram no fim de vida; a analgesia antecipatória associou-se a maior conforto em estudos observacionais, enquanto a avaliação sistemática por escalas foi irregular e a ausência ou a subutilização de protocolos foi recorrente. Os profissionais relataram receio de antecipar a morte e formação insuficiente em cuidados paliativos. Conclui-se que a padronização da conduta farmacológica no fim de vida em terapia intensiva constitui lacuna global, agravada no Brasil pela escassez de estudos sobre a prática à beira-leito, o que reforça a recomendação de protocolos institucionais com fármacos, doses e metas por escala, associados à capacitação das equipes.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Dor; Sedação profunda; Unidades de Terapia Intensiva; Assistência terminal.

ABSTRACT

This integrative review analyzed and synthesized the available scientific evidence on pain management and palliative sedation in adult patients admitted to intensive care units, encompassing both the reported clinical practices and the perceptions and knowledge of the healthcare team involved in this care. Searches were conducted in PubMed, VHL/LILACS Plus and SciELO, covering

publications from 2019 to 2026, and study selection followed the PRISMA 2020 recommendations. Twenty-four studies (25 reports) were included, mostly level VI evidence. Opioids and benzodiazepines predominated at the end of life; anticipatory analgesia was associated with greater comfort in observational studies, whereas systematic assessment with scales was irregular and the absence or underuse of protocols was recurrent. Professionals reported fear of hastening death and insufficient training in palliative care. The standardization of end-of-life pharmacological management in intensive care is a global gap, aggravated in Brazil by the scarcity of studies on bedside practice, which supports the recommendation of institutional protocols specifying drugs, doses and scale-based targets, combined with staff training.
Keywords: Palliative care; Pain; Deep sedation; Intensive Care Units; Terminal care.

1. INTRODUÇÃO

A morte, embora muitas vezes silenciada no cotidiano das Unidades de Terapia Intensiva (UTI), é uma presença cada vez mais constante na prática médica atual. As UTIs nasceram como espaços voltados à recuperação de pacientes graves, sustentadas por avançados recursos tecnológicos de suporte à vida. Apesar disso, uma parcela expressiva dos pacientes ali internados evolui para condições irreversíveis e óbito (Sass et al., 2025). Diante desse cenário, a incorporação dos princípios dos cuidados paliativos ao ambiente intensivo emerge como uma necessidade assistencial, ética e humanitária, na medida em que reconhece que o objetivo do cuidado nem sempre é a cura, mas também o alívio do sofrimento e a garantia de uma morte digna (Brasil, 2024).

Os cuidados paliativos são definidos como uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças ameaçadoras à vida. Para isso, dedicam-se a prevenir e aliviar o sofrimento em suas múltiplas dimensões, sejam elas física, psicossocial e espiritual, por meio da identificação precoce e do tratamento cuidadoso da dor e de outros sintomas (Brasil, 2024). No Brasil, o reconhecimento crescente dessa abordagem culminou na instituição da Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), em 2024, marco que reforça a necessidade de integrar tais cuidados aos diferentes níveis de assistência, incluindo os serviços de alta complexidade (Brasil, 2024). Ainda assim, a literatura mostra que, na prática, a oferta de cuidados paliativos especializados ao paciente crítico continua limitada; uma realidade que contrasta com a intensa carga de sofrimento e a elevada mortalidade típicas desse ambiente (Sass et al., 2025).

Entre os sintomas mais prevalentes e angustiantes vivenciados pelo paciente em cuidados de fim de vida destacam-se a dor, a dispneia, o delirium e a agitação (Ramos-Rincón et al., 2021). A dor, em particular, configura-se como um dos sintomas mais subtratados no ambiente intensivo, sobretudo em pacientes impossibilitados de comunicar-se verbalmente. Esse cenário demanda o emprego de instrumentos validados de avaliação, como a Escala Comportamental de Dor (BPS) e a Ferramenta de Observação da Dor em Cuidados Críticos (CPOT) (Payen et al., 2001; Gélinas et al., 2006), além da sensibilidade de quem avalia, afinal, cuidar da dor é um dos pilares centrais de uma assistência verdadeiramente humanizada, com impacto direto no conforto e na dignidade do paciente (Mani et al., 2024).

Além do alívio dos sintomas, a transição para cuidados voltados exclusivamente ao conforto impõe à equipe médica desafios complexos. É preciso lidar com prognósticos incertos, reconhecer a futilidade de certas intervenções e, sobretudo, construir decisões compartilhadas com os familiares (Mani et al., 2024). Alinhar os objetivos do cuidado exige do intensivista não apenas conhecimento farmacológico, mas também sensibilidade ética para distinguir, com clareza, a suspensão de suportes desproporcionais da prática de eutanásia, mantendo sempre em primeiro plano os melhores interesses do paciente e a transparência na comunicação (Mani et al., 2024).

Quando os sintomas se tornam refratários, ou seja, quando não respondem às terapias convencionais disponíveis dentro de um intervalo de tempo aceitável, a sedação paliativa constitui recurso terapêutico legítimo (Surges et al., 2024). Segundo o marco de referência revisado da Associação Europeia de Cuidados Paliativos, a sedação paliativa consiste no uso monitorado e proporcional de medicamentos destinados a reduzir o nível de consciência do paciente, com a finalidade de aliviar o sofrimento refratário em portadores de doença limitante da vida (Surges et al., 2024). Entre os fármacos utilizados, o midazolam é o mais frequente, seja isolado ou associado a opioides (Kim et al., 2019; Ramos-Rincón et al., 2021). É essencial diferenciar essa prática da eutanásia: enquanto esta busca deliberadamente antecipar a morte, aquela visa apenas aliviar o sofrimento, com intervenções ajustadas à intensidade dos sintomas, sem que haja evidências de que sua indicação correta encurte a vida (Surges et al., 2024).

Apesar de sua relevância clínica e ética, o manejo da dor e a sedação paliativa no contexto da terapia intensiva ainda suscitam obstáculos

relacionados à indicação, à escolha e à titulação dos fármacos, à avaliação de sintomas em pacientes não comunicantes e às implicações éticas e legais envolvidas na tomada de decisão (Yokomichi et al., 2022). Soma-se a isso a escassez de sínteses de evidência que sistematizem o conhecimento produzido especificamente sobre esse tema no ambiente intensivo, lacuna que dificulta a padronização de condutas médicas e a qualificação da assistência ao paciente em fim de vida (Mani et al., 2024).

Diante da necessidade de fortalecer as bases técnico-científicas nesse campo tão sensível e complexo, o objetivo deste estudo é analisar e sintetizar as evidências científicas disponíveis na literatura acerca do manejo da dor e da sedação paliativa em pacientes adultos internados em unidades de terapia intensiva, contemplando tanto as condutas descritas quanto as percepções e os conhecimentos da equipe de saúde envolvida nesse cuidado, de modo a contribuir para a fundamentação da prática clínica baseada em evidências e para o cuidado humanizado no fim da vida.

2. METODOLOGIA

2.1. Tipo de Estudo

Trata-se de revisão integrativa da literatura (RIL), método que permite reunir e sintetizar resultados de estudos com delineamentos distintos acerca de um mesmo fenômeno, de modo a subsidiar a incorporação de evidências à prática assistencial (Mendes; Silveira; Galvão, 2008). A revisão foi conduzida em seis etapas: (1) identificação do tema e elaboração da questão norteadora; (2) estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão e busca na literatura; (3) definição das informações a serem extraídas

dos estudos selecionados; (4) avaliação crítica dos estudos incluídos; (5) interpretação dos resultados; e (6) apresentação da revisão e síntese do conhecimento (Mendes; Silveira; Galvão, 2008). O relato dos processos de busca e de seleção observou, no que se aplica à revisão integrativa, as recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA 2020) (Page et al., 2021).

2.2. Questão Norteadora

A questão de pesquisa foi formulada segundo a estratégia PICo (Donato; Donato, 2019), em que P (população) corresponde a pacientes adultos internados em UTI em cuidados de fim de vida; I (fenômeno de interesse), ao manejo da dor e à sedação paliativa, abrangendo as condutas adotadas e as percepções, os conhecimentos e as experiências dos profissionais envolvidos; e Co (contexto), à Unidade de Terapia Intensiva. Definiu-se, assim, a seguinte questão norteadora: “Quais são as evidências científicas disponíveis sobre o manejo da dor e a sedação paliativa em pacientes adultos internados em Unidade de Terapia Intensiva, incluindo as percepções e os conhecimentos da equipe de saúde envolvida nesse cuidado?”

2.3. Fontes de Informação e Estratégia de Busca

A busca principal foi realizada em 7 de agosto de 2026, na National Library of Medicine (PubMed/MEDLINE), no Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Coleção LILACS Plus — que reúne, entre outras, as bases LILACS, MEDLINE e BDENF —, e na Scientific Electronic Library Online (SciELO). Os descritores foram selecionados em português, inglês e espanhol, a partir dos vocabulários

controlados Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH): “Cuidados Paliativos”, “Assistência Terminal”, “Dor”, “Manejo da Dor”, “Sedação Profunda”, “Unidades de Terapia Intensiva”, “Cuidados Críticos” e seus equivalentes “Palliative Care”, “Terminal Care”, “Pain”, “Pain Management”, “Deep Sedation”, “Intensive Care Units” e “Critical Care”. A eles acrescentaram-se os termos livres “sedação paliativa”/“palliative sedation”, “fim de vida”/“end of life”, “doente terminal”/“terminally ill”, analgesia e opioides/opioid*, incluídos em razão de sua relevância clínica e da inexistência de descritor controlado específico. Os termos foram organizados em três conjuntos — condição, intervenção e contexto —, combinados internamente pelo operador booleano OR e cruzados entre si pelo operador AND, com adaptação da sintaxe às especificidades de cada base. A busca principal recuperou 353 registros (PubMed, n = 257; BVS/LILACS Plus, n = 80; SciELO, n = 16).

Em 11 de agosto de 2026, conduziu-se busca complementar, destinada a testar a sensibilidade da estratégia inicial e a recuperar estudos indexados sob a terminologia de conforto e de extubação paliativa, não contemplada na estratégia original: “comfort care”, “comfort measures”, “palliative/terminal extubation”, “terminal weaning”, “withdrawal of mechanical ventilation”, “refractory symptoms” e seus correspondentes em português e espanhol. Essa busca recuperou 325 registros adicionais (PubMed, n = 278; BVS/LILACS Plus, n = 47), totalizando 678 registros identificados.

2.4. Critérios de Elegibilidade

Foram incluídos estudos primários, disponíveis na íntegra, publicados entre 2019 e 2026, nos idiomas português, inglês ou espanhol, que respondessem à questão norteadora. Foram excluídos

estudos secundários (revisões de literatura), reflexões e debates, monografias, dissertações, teses, comentários, cartas, editoriais, relatos e séries de casos e produções técnicas (protocolos e manuais), bem como estudos que não abordassem o contexto da terapia intensiva. Os registros duplicados foram removidos antes da triagem.

Considerando a natureza da revisão integrativa, que admite a inclusão de estudos com diferentes delineamentos, foram considerados elegíveis tanto os estudos que descrevem condutas clínicas quanto aqueles que investigam percepções, conhecimentos e experiências dos profissionais de saúde acerca do manejo da dor e da sedação paliativa. Essa decisão fundamenta-se no entendimento de que as barreiras percebidas pela equipe constituem elemento indissociável do problema investigado, uma vez que influenciam diretamente a adequação do cuidado prestado ao paciente em fim de vida.

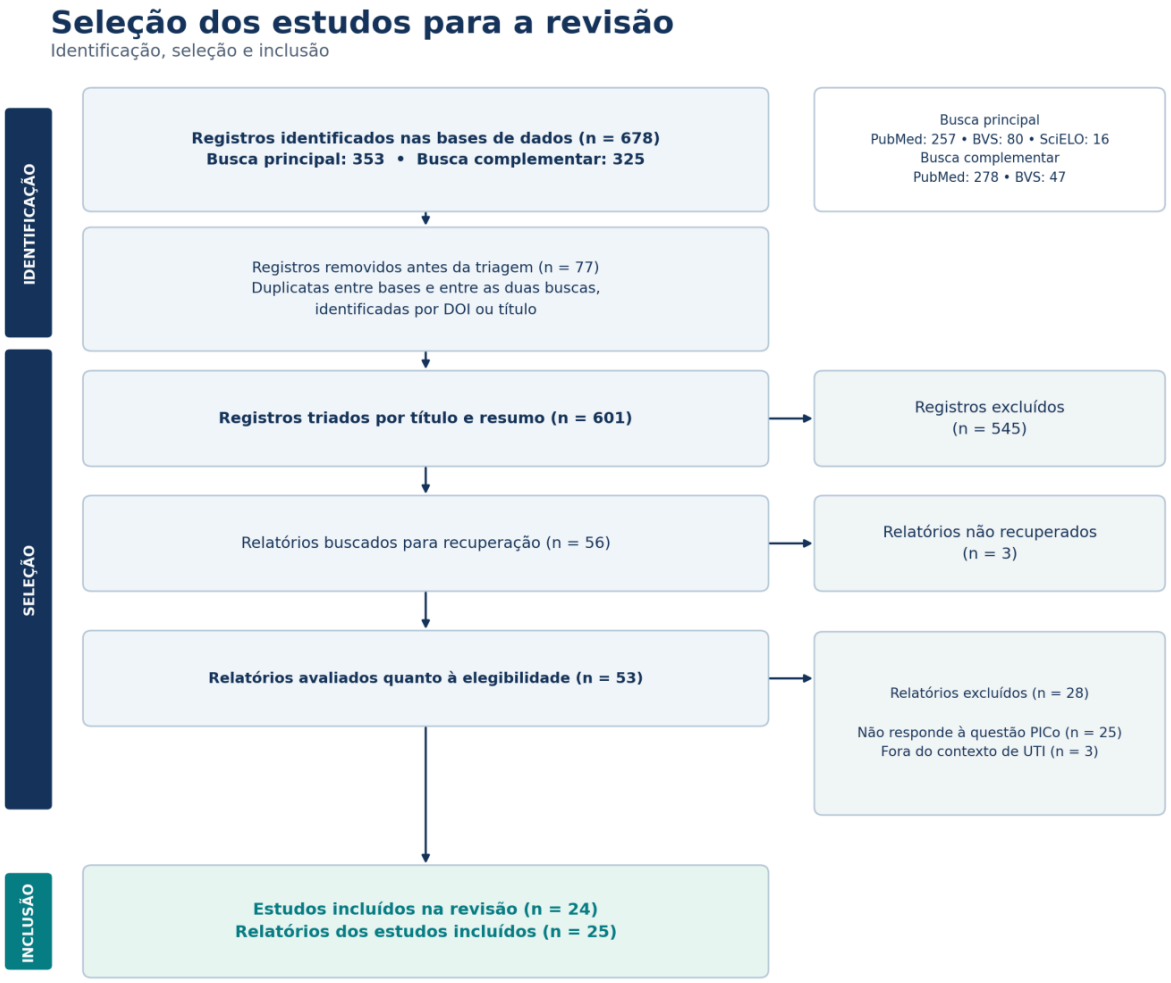
2.5. Seleção dos Estudos

A seleção compreendeu a leitura de títulos e resumos e, subsequentemente, a leitura do texto completo, ambas conduzidas de forma independente por duas pesquisadoras; as divergências foram dirimidas por consenso e, quando persistentes, submetidas à apreciação de uma terceira pesquisadora. As decisões de triagem foram registradas em planilhas eletrônicas (Microsoft Excel e Google Planilhas). Para assegurar a uniformidade das decisões, os critérios de elegibilidade foram operacionalizados da seguinte forma: incluíram-se os estudos primários realizados em UTI adulta que apresentassem resultados sobre a prática do manejo da dor, da analgesia, da sedação ou do conforto sintomático no fim de vida, ou

sobre a percepção da equipe acerca desse manejo; excluíram-se os estudos cujo objeto fosse a utilização ou a consulta de cuidados paliativos, a decisão de limitação de suporte, o bem-estar da equipe ou atitudes e conhecimentos gerais sobre cuidados paliativos, bem como aqueles sem recorte de fim de vida ou conduzidos em cenários mistos sem dados desagregados para a UTI. Estudos cujo desfecho fosse outro sintoma foram incluídos quando a exposição analisada consistia na analgesia ou na sedação, e publicações oriundas da mesma amostra foram tratadas como relatórios de um único estudo.

Dos 678 registros identificados, removeram-se 77 duplicatas, e 601 foram submetidos à triagem por título e resumo. Nessa etapa, 545 registros foram excluídos — 464 por concordância entre as pesquisadoras e 81 após reunião de consenso, sem necessidade de recurso à terceira pesquisadora —, e 56 foram selecionados para leitura na íntegra. Três desses relatórios não tiveram o texto completo recuperado pelas vias de acesso disponíveis no acervo institucional (Portal de Periódicos CAPES) nem em versões de acesso aberto. Os 53 relatórios remanescentes foram lidos na íntegra pelas duas pesquisadoras, com decisões de elegibilidade tomadas por consenso, e 28 foram excluídos (25 por não responderem à questão norteadora e três por cenário diverso da UTI). A amostra final compreendeu 24 estudos, correspondentes a 25 relatórios, conforme sintetizado na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma de seleção dos estudos, elaborado a partir da recomendação PRISMA 2020



Fonte: elaborado pelas autoras (2026).

2.6. Extração dos Dados

Os dados foram extraídos por meio de instrumento estruturado em planilha eletrônica, elaborado pelas autoras, que contemplou: identificação do estudo (autoria, ano de publicação, periódico, país e base de dados de origem); delineamento; nível de evidência; objetivo; população e cenário; dimensão abordada (prática do manejo, percepção da equipe ou ambas); e principais resultados. Os elementos centrais desse instrumento encontram-se sistematizados no Quadro 1.

2.7. Avaliação Crítica e Nível de Evidência

Na etapa de avaliação crítica, os estudos incluídos foram classificados quanto ao nível de evidência segundo a hierarquia de

Melnyk e Fineout-Overholt, estruturada em sete níveis: nível I, revisões sistemáticas ou metanálises de ensaios clínicos randomizados controlados; nível II, ensaios clínicos randomizados controlados bem delineados; nível III, ensaios clínicos controlados sem randomização; nível IV, estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível V, revisões sistemáticas de estudos descritivos e qualitativos; nível VI, estudos descritivos ou qualitativos isolados; e nível VII, opinião de autoridades e/ou relatórios de comitês de especialistas (Melnyk; Fineout-Overholt, 2023). A adoção dessa hierarquia justifica-se por contemplar, de modo explícito, delineamentos descritivos e qualitativos, o que a torna congruente com a natureza da revisão integrativa, que admite a inclusão simultânea de estudos de abordagens metodológicas distintas.

Os estudos quase-experimentais do tipo antes e depois, sem grupo de comparação (Knapp et al., 2025; López-Altamirano et al., 2025), foram alocados no nível III, por constituírem delineamentos intervencionais não randomizados. Reconhece-se, todavia, que a ausência de grupo comparador os distancia do ensaio controlado que fundamenta esse nível e fragiliza a inferência causal, circunstância ponderada na interpretação da força de seus achados.

De forma complementar à hierarquização, procedeu-se à apreciação do rigor metodológico de cada estudo, examinando-se a explicitação do objetivo, a adequação do delineamento à questão investigada, a descrição da população e da amostra, a transparência dos procedimentos de coleta e de análise dos dados e o reconhecimento, pelos próprios autores, de vieses e limitações. A avaliação foi realizada por duas pesquisadoras, de forma independente, com divergências dirimidas por consenso. Essa

apreciação não teve caráter excludente, destinando-se a qualificar a interpretação dos resultados na etapa de síntese.

2.8. Análise e Síntese dos Dados

A análise foi conduzida de forma descritiva, em dois momentos. Inicialmente, os estudos foram caracterizados quanto ao ano de publicação, ao país, à base de dados de origem, ao delineamento e ao nível de evidência, com apresentação de frequências absolutas e relativas e sistematização no Quadro 1. Em seguida, procedeu-se à síntese narrativa dos achados, agrupados por similaridade de conteúdo em eixos temáticos, que estruturam a apresentação dos resultados: práticas farmacológicas e avaliação de sintomas no fim de vida; analgesia antecipatória, conforto e princípio do duplo efeito; protocolos assistenciais; e percepção da equipe. A heterogeneidade dos delineamentos, dos instrumentos de avaliação e dos desfechos inviabilizou a síntese quantitativa (metanálise).

2.9. Aspectos Éticos

Por se tratar de pesquisa realizada exclusivamente com textos científicos publicados, para fins de revisão da literatura, o estudo dispensou apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, nos termos do art. 1º, parágrafo único, inciso VI, da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510, de 7 de abril de 2016 (Brasil, 2016). Asseguraram-se a fidedignidade na apresentação dos achados e a citação de todas as fontes consultadas.

2.10. Declaração de Uso de Inteligência Artificial Generativa

Declara-se que, na elaboração deste manuscrito, utilizou-se a ferramenta de inteligência artificial generativa Claude (Anthropic;

modelo Claude Opus 5.5), em outubro de 2026, restrita à revisão linguística e ao aprimoramento redacional da seção de metodologia e do resumo. A ferramenta não foi empregada na formulação da questão de pesquisa, na definição da estratégia de busca, na seleção dos estudos, na extração ou na análise dos dados, nem na interpretação dos resultados. Todo conteúdo por ela sugerido foi criticamente revisado, editado e validado pelas autoras, que assumem integral responsabilidade pela exatidão, pela originalidade e pela integridade do trabalho.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. Caracterização dos Estudos Incluídos

A busca nas bases de dados identificou 678 registros, dos quais 77 eram duplicatas. Após a leitura de títulos e resumos de 601 registros, 545 foram excluídos e 56 foram selecionados para leitura na íntegra. Destes, três não tiveram o texto completo recuperado e 28 foram excluídos após a leitura, resultando em 25 relatórios incluídos, correspondentes a 24 estudos (Figura 1). Os relatórios de Igarashi et al. (2022) e Tanaka et al. (2022) foram considerados um único estudo, por derivarem do mesmo inquérito nacional, aplicado aos diretores médicos de 873 UTIs japonesas em agosto de 2020, com 436 respostas válidas e a mesma equipe de autores; o primeiro foi tomado como relatório principal e o segundo como complementar, sem contagem independente da amostra.

Quanto à distribuição temporal, o ano de 2025 apresentou o maior número de publicações, com seis estudos (25,0%), seguido de 2019 e 2024, com quatro estudos cada (16,7%); os anos de 2022 e 2026 contribuíram com três estudos cada (12,5%), e 2020 e 2023, com dois

estudos cada (8,3%). Em relação às bases de dados, 21 estudos (87,5%) foram recuperados na PubMed/MEDLINE e três (12,5%) na BVS/LILACS.

Os estudos foram conduzidos em 15 países, com predomínio dos Estados Unidos (cinco estudos) e do Brasil (quatro estudos), seguidos de França, Reino Unido e Canadá (dois estudos cada); a América Latina foi representada por cinco estudos, quatro brasileiros e um mexicano. Quanto ao delineamento, oito estudos eram qualitativos, oito eram coortes ou análises de prontuários, seis eram transversais e dois eram quase-experimentais do tipo antes e depois. Segundo a classificação de Melnyk e Fineout-Overholt, 15 estudos (62,5%) foram classificados como nível VI, sete (29,2%) como nível IV e dois (8,3%) como nível III. Onze estudos descreveram a prática do manejo da dor e da sedação, dez abordaram a percepção da equipe sobre esse manejo e três contemplaram ambas as dimensões. Os achados são evidenciados no Quadro 1.

Quadro 1. Caracterização dos estudos incluídos na revisão integrativa (n = 24 estudos; 25 relatórios).

ID	Autor e ano	Revista	Delineamento / Nível	Objetivo	Princip resulta
E1	Alliprandini et al., 2019	Anaesthesiol Intensive Ther. 2019;51(5):348–356.	Coorte prospectiva observacional — IV	Identificar, entre os óbitos em UTI, os pacientes com critérios para	Manejo adequa em ape 3 dos 2 pacient (15%). Analge apropri

⚠ Esta tabela possui muitas colunas e foi cortada para impressão. Para visualizá-la completa, acesse o artigo original em: https://revistatopicos.com.br/artigos/manejo-da-dor-e-sedacao-paliativa-em-pacientes-adultos-internados-em-unidade-de-terapia-intensiva-uma-revisao-integrativa?noblockage

*Legenda: nível de evidência segundo Melnyk e Fineout-Overholt (I–VII). *Tanaka et al. (2022) é relatório complementar do mesmo inquérito de Igarashi et al. (2022).*

Fonte: elaborado pelas autoras (2026).

3.2. Práticas Farmacológicas e Avaliação de Sintomas no Fim de Vida

Os estudos que descreveram a prática convergem quanto à predominância do uso de opioides e de benzodiazepínicos no fim de vida em UTI, ainda que nem todos tenham informado se as duas classes foram administradas de forma associada. O opioide foi prescrito para 86,7% dos pacientes que morreram em UTIs alemãs (Meesters et al., 2025) e para 71% dos óbitos em quatro UTIs britânicas (Hill et al., 2022); na França, a sedação profunda e contínua até a morte empregou midazolam em 67% dos casos e foi acompanhada de analgesia em 94% (Le Dorze et al., 2023). No Brasil, a extubação paliativa associou-se ao uso de opioide em 77,0% dos pacientes, predominantemente morfina, e à sedação paliativa com midazolam em 21,3% (Silva et al., 2026). Entre pacientes em cuidado exclusivamente paliativo na Austrália e na Nova Zelândia, 67% receberam analgésicos e 52%, sedativos (Yeo et al., 2026).

A avaliação sistemática dos sintomas, contudo, não acompanhou a prescrição. Embora 90,8% dos pacientes tenham tido ao menos uma avaliação de dor nas últimas 24 horas em 68 UTIs norte-americanas, a proporção de pacientes sem dor variou de 0 a 100% entre as

unidades (Kruser et al., 2019). Nas UTIs alemãs, apenas 54,2% dos pacientes tiveram sintomas avaliados por instrumento validado, frente a 88,8% nas enfermarias (Meesters et al., 2025), e, antes da implementação de um order set canadense, somente 2,3% dos pacientes eram avaliados por escala validada (Knapp et al., 2025). Em contraste, a escala de dor foi registrada em 76% dos casos franceses de sedação profunda (Le Dorze et al., 2023) e 92% das UTIs japonesas relataram avaliar a dor diariamente (Igarashi et al., 2022). Esse descompasso entre tratar e medir sugere que o conforto no fim de vida ainda é presumido mais do que monitorado, o que compromete a titulação proporcional preconizada para a sedação paliativa (Surges et al., 2024).

3.3. Analgesia Antecipatória, Conforto e o Princípio do Duplo Efeito

Os estudos que analisaram associações entre fármacos e desfechos de conforto apontam na mesma direção para os opioides. Na retirada paliativa da ventilação mecânica, a dose antecipatória de opioide associou-se a menor risco de episódios de desconforto (Fehnel et al., 2025), e sua ausência associou-se a maior chance de taquipneia grave na primeira hora (Fehnel et al., 2020). Na Coreia do Sul, o uso de analgésicos nas últimas 24 horas associou-se a melhor qualidade da morte percebida pela equipe (Cho et al., 2019). Para os sedativos, por outro lado, não se observou associação com a qualidade da morte (Cho et al., 2019) nem com o desconforto após ajuste (Fehnel et al., 2025). Esse resultado não permite concluir que a sedação careça de benefício: os desfechos avaliados não foram desenhados para medir o alívio do sofrimento refratário, finalidade própria da sedação paliativa (Surges et al., 2024), e a diferença entre as classes pode refletir tanto seus papéis distintos — o opioide trata a

dor e a dispneia, enquanto o sedativo reduz a consciência — quanto o viés de indicação dos delineamentos observacionais, nos quais os pacientes mais sintomáticos tendem a receber mais sedação. Ressalte-se, ainda, que todas essas associações provêm de estudos observacionais e não estabelecem causalidade.

Quanto ao receio de que a analgesia e a sedação abreviem a vida, os estudos que examinaram essa relação não observaram associação entre o tratamento e um óbito mais precoce: doses maiores na sedação profunda e contínua não se acompanharam de sedação mais profunda nem de menor tempo até a morte (Le Dorze et al., 2023); a dose antecipatória de opioide não alterou o tempo até o óbito (Fehnel et al., 2020); e a implementação de um order set não modificou as doses nem o intervalo entre a extubação e a morte (Knapp et al., 2025). Por se tratar de evidências provenientes de estudos observacionais e de um estudo quase-experimental não randomizado, esses resultados não demonstram a segurança das condutas, mas são compatíveis com o marco da EAPC, segundo o qual não há evidência de que a sedação paliativa corretamente indicada encurte a vida (Surges et al., 2024). Ainda assim, o temor persiste entre os profissionais: enfermeiras suecas relatam hesitar entre a dose necessária e o receio de apressar a morte (Palmryd et al., 2025), 22% dos médicos franceses entendem que a sedação profunda e contínua visa antecipar a morte (Auffray et al., 2024) e clínicos norte-americanos descrevem que o medo de serem vistos como "eutanasiadores" leva ao subtratamento dos sintomas (Bryan et al., 2024). Configura-se, assim, uma distância entre o que os estudos observaram e o que a equipe teme, distância que, na interpretação desta revisão, protocolos e formação poderiam ajudar a reduzir.

3.4. Protocolos: Ausência, Subutilização e Efeitos da Padronização

A ausência de protocolos foi um achado transversal. No Japão, 54% das UTIs não dispunham de nenhum protocolo de manejo de sintomas no fim de vida (Igarashi et al., 2022); na França, apenas 32% tinham procedimento formalizado para a sedação profunda e contínua (Le Dorze et al., 2023); e, no Brasil, os autores registraram a inexistência de diretrizes nacionais e de protocolos institucionais (Alliprandini et al., 2019), com práticas de conforto não padronizadas (Pires et al., 2020). Enfermeiros portugueses apontaram a ausência de protocolos como barreira aos cuidados paliativos na UTI (Cunha et al., 2026).

A existência do protocolo, porém, não garante sua efetividade. Em 71,0% das UTIs norte-americanas havia protocolo de sintomas de fim de vida, sem associação com a presença de dor ou delirium (Kruser et al., 2019); em outra UTI, o protocolo de desmame terminal existia, mas era utilizado de forma inconsistente (Orr et al., 2022); e apenas 16% das prescrições de opioide seguiam a dose e a via da diretriz local (Hill et al., 2022). Quando a padronização foi efetivamente implementada, os efeitos concentraram-se no processo: a avaliação por escala validada passou de 2,3% para 73,5% dos pacientes (Knapp et al., 2025), a diretriz de limitação de suporte pareceu reduzir a ambiguidade e melhorar o trabalho em equipe (Efstathiou et al., 2025) e UTIs com dois ou mais protocolos relataram com mais frequência alívio adequado de sintomas físicos (Igarashi et al., 2022). A divergência entre a ausência de associação observada por Kruser et al. (2019) e a associação relatada por Igarashi et al. (2022) pode ser explicada pelo desfecho medido — registro de dor no prontuário no

primeiro caso e percepção do diretor da UTI no segundo — e pelo delineamento transversal autorrelatado do estudo japonês.

Esse panorama indica que a padronização da conduta farmacológica no fim de vida em UTI é uma lacuna global, e não apenas brasileira. No plano internacional, existem marcos conceituais e diretrizes de sociedades de terapia intensiva (Kesecioglu et al., 2024; Marshall et al., 2025), além de iniciativas institucionais isoladas que detalham fármacos e doses (Mercadante et al., 2023; Bartlett et al., 2026). A principal metanálise sobre o manejo da dor na limitação e retirada de suporte de vida, com busca encerrada em março de 2019, incluiu 13 estudos conduzidos nos Estados Unidos, no Canadá e na Holanda, sem nenhuma evidência latino-americana (Laserna et al., 2020). No Brasil, a Política Nacional de Cuidados Paliativos institui a política, mas não normatiza a conduta à beira-leito (Brasil, 2024).

3.5. Percepção da Equipe e a Produção Brasileira

Nos estudos de percepção, a dor emergiu como eixo do conforto no fim de vida: o alívio da dor foi considerado fundamental por todas as categorias profissionais em uma UTI brasileira (Pires et al., 2020), a ausência de dor ancorou as ações multiprofissionais de conforto em UTIs COVID-19 (Furtado et al., 2024) e o controle rigoroso da dor, da dispneia e da agitação, com uso apropriado de analgesia e sedação, foi central para enfermeiros portugueses (Cunha et al., 2026). A integração dos cuidados paliativos fortaleceu a autonomia da enfermagem na titulação da analgesia e de doses de resgate (Poi et al., 2024), e enfermeiros atribuíram notas menores que os médicos à qualidade do manejo de sintomas (Ke et al., 2019). A formação insuficiente foi barreira recorrente: nenhum profissional tinha

especialização em cuidados paliativos em uma UTI baiana (Pires et al., 2020), apenas 6,4% a tinham em UTIs COVID-19 de Fortaleza (Furtado et al., 2024) e a falta de conhecimento foi a principal barreira referida por médicos japoneses (Tanaka et al., 2022).

A produção brasileira recuperada, composta por quatro estudos, é predominantemente de percepção e de caracterização de processos. Apenas dois descreveram a prática — um com a adequação do manejo de fim de vida (Alliprandini et al., 2019) e outro com os fármacos utilizados na extubação paliativa (Silva et al., 2026) —, e nenhum relatou doses ou escalas de avaliação da dor e da sedação. Na América Latina, apenas o estudo mexicano descreveu um protocolo de sedoanalgesia paliativa com doses, titulação e metas por escala (López-Altamirano et al., 2025). Padrão semelhante foi descrito na China, onde a ausência de diretrizes legais e éticas claras agravou a incerteza sobre o papel da enfermagem e resultou em condução heterogênea dos pacientes (Zhang et al., 2026). Embora os estudos incluídos não permitam estabelecer relação causal, levanta-se a hipótese de que a ausência de normatização da conduta favoreça uma produção científica predominantemente descritiva e qualitativa, o que ajudaria a compreender a escassez de estudos nacionais sobre a conduta farmacológica.

3.6. Limitações

Esta revisão apresenta limitações. Predominaram estudos de nível VI de evidência, e os estudos observacionais não permitem inferir causalidade entre o uso de fármacos e o conforto. A heterogeneidade dos delineamentos, das escalas e dos desfechos impediu a síntese quantitativa. Três relatórios potencialmente elegíveis não puderam ser avaliados por indisponibilidade do texto

completo nas vias de acesso institucionais, o que pode ter restringido a representação de estudos sobre a prática de sedação na retirada da ventilação mecânica. Por fim, parte dos estudos de prontuário dependeu da qualidade do registro clínico, o que pode subestimar a avaliação e o tratamento dos sintomas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As evidências analisadas, predominantemente observacionais, indicam que, no fim de vida em UTI, a analgesia com opioides, sobretudo administrada de forma antecipatória, associa-se a maior conforto, e que os estudos que avaliaram o tempo até o óbito não observaram sua antecipação; para a sedação, os desfechos estudados não captaram associação com o conforto, o que não equivale a ausência de benefício quando indicada para o sofrimento refratário. A avaliação sistemática da dor e da sedação por escalas validadas permanece irregular, e a ausência ou a subutilização de protocolos é um achado comum a diferentes países, o que caracteriza a padronização da conduta farmacológica como lacuna global. A persistência do receio de antecipar a morte entre os profissionais e a formação insuficiente em cuidados paliativos reforçam a necessidade de protocolos institucionais com fármacos, doses e metas por escala, acompanhados de capacitação das equipes. No Brasil, a produção científica é escassa e centrada na percepção dos profissionais, sem descrição de doses ou escalas, o que evidencia a urgência de estudos nacionais sobre a prática à beira-leito. Como limitações, destacam-se o predomínio de estudos de baixo nível de evidência e a não recuperação de três textos completos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLIPRANDINI, M. *et al.* End-of-life management in intensive care units: a multicentre observational prospective cohort study. **Anaesthesiology Intensive Therapy,** v. 51, n. 5, p. 348-356, 2019.

AUFFRAY, L. *et al.* Tension between continuous and deep sedation and assistance in dying: a national survey of intensive care professionals' perceptions. **Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine,** v. 43, n. 1, 101317, 2024.

BARTLETT, C. *et al.* Managing use of propofol for refractory symptoms in end-of-life care: creating an institutional guideline. **Journal of Pain and Symptom Management,** v. 71, n. 6, p. e735-e741, 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016.** Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 98, seção 1, p. 44, 24 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024.** Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2024.

BRYAN, A. F. *et al.* Process of withdrawal of mechanical ventilation at end of life in the ICU: clinician perceptions. **CHEST Critical Care,** v. 2, n. 2, 100051, 2024.

CHO, J. Y. *et al.* Factors associated with quality of death in Korean ICUs as perceived by medical staff: a multicenter cross-sectional survey. **Critical Care Medicine,** v. 47, n. 9, p. 1208-1215, 2019.

CUNHA, D. F. A. da *et al.* Palliative care in intensive care units: nurses' perspectives on challenges and strategies. **Nursing in Critical Care,** v. 31, e70240, 2026.

DONATO, H.; DONATO, M. Etapas na condução de uma revisão sistemática. **Acta Médica Portuguesa,** v. 32, n. 3, p. 227-235, 2019.

EFSTATHIOU, N. *et al.* Intensive care clinicians' experiences of palliative withdrawal of mechanical ventilation: a qualitative study. **BMJ Open,** v. 15, e096527, 2025.

FEHNEL, C. R. *et al.* Incidence and risk model development for severe tachypnea following terminal extubation. **Chest,** v. 158, n. 4, p. 1456-1463, 2020.

FEHNEL, C. R. *et al.* Withdrawal of mechanical ventilation in the intensive care unit: a prospective observational study. **CHEST Critical Care,** v. 3, n. 4, 100204, 2025.

FURTADO, M. A. *et al.* Cuidados paliativos ao paciente com SARS-CoV-2 em unidade de terapia intensiva: estudo compreensivo. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v. 77, supl. 1, e20230218, 2024.

GÉLINAS, C. *et al.* Validation of the Critical-Care Pain Observation Tool in adult patients. **American Journal of Critical Care,** v. 15, n. 4, p. 420-427, 2006.

HILL, S. A. *et al.* Palliative medicine in the intensive care unit: needs, delivery, quality. **BMJ Supportive & Palliative Care,** v. 12, p. 38-41, 2022.

IGARASHI, Y. *et al.* Current status of palliative care delivery and self-reported practice in ICUs in Japan: a nationwide cross-sectional survey of physician directors. **Journal of Intensive Care,** v. 10, 18, 2022.

KE, Y. X. *et al.* Perceived quality of palliative care in intensive care units among doctors and nurses in Taiwan. **International Journal for Quality in Health Care,** v. 31, n. 10, p. 741-747, 2019.

KESECIOGLU, J. *et al.* European Society of Intensive Care Medicine guidelines on end of life and palliative care in the intensive care unit. **Intensive Care Medicine,** v. 50, n. 11, p. 1740-1766, 2024.

KIM, Y. S. *et al.* Sedation for terminally ill cancer patients: a multicenter retrospective cohort study in South Korea. **Medicine,** Baltimore, v. 98, n. 5, e14278, 2019.

KNAPP, A. *et al.* Intensive end-of-life care: implementation of a Canadian guideline-based order set for the withdrawal of life-sustaining therapy in the intensive care unit. **Palliative Medicine Reports,** v. 6, n. 1, p. 161-170, 2025.

KRUSER, J. M. *et al.* Assessment of variability in end-of-life care delivery in intensive care units in the United States. **JAMA Network Open,** v. 2, n. 12, e1917344, 2019.

LASERNA, A. *et al.* Pain management during the withholding and withdrawal of life support in critically ill patients at the end-of-life: a systematic review and meta-analysis. **Intensive Care Medicine,** v. 46, n. 9, p. 1671-1682, 2020.

LAWLOR, P. *et al.* Comorbidities, symptoms and end-of-life medication use in hospitalised decedents before and during the COVID-19 pandemic: a retrospective regional cohort study in Ottawa, Canada. **BMJ Open,** v. 13, e075518, 2023.

LE DORZE, M. *et al.* Continuous and deep sedation until death after a decision to withdraw life-sustaining therapies in intensive care units: a national survey. **Palliative Medicine,** v. 37, n. 8, p. 1202-1209, 2023.

LÓPEZ-ALTAMIRANO, K. F. *et al.* Implementación de cuidados paliativos en Terapia Intensiva: experiencia de un hospital de referencia en Puebla. **Revista Mexicana de Anestesiología,** v. 48, n. 1, p. 28-32, 2025.

MANI, R. K. *et al.* Indian Society of Critical Care Medicine and Indian Association of Palliative Care Expert Consensus and Position Statements for End-of-life and Palliative Care in the Intensive Care Unit. **Indian Journal of Critical Care Medicine,** v. 28, n. 3, p. 200-250, 2024.

MARSHALL, M. F. *et al.* Society of Critical Care Medicine clinical practice guidelines on adult end-of-life care in the ICU. **Critical Care Medicine,** v. 53, n. 12, p. e2734-e2746, 2025.

MEESTERS, S. *et al.* Dying in hospital: a retrospective medical record analysis on care in the dying phase in intensive care units and general wards. **International Journal for Quality in Health Care,** v. 37, n. 2, mzaf025, 2025.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare:** a guide to best practice. 5. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2023.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem,** Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MERCADANTE, S. *et al.* Palliative sedation outside a palliative care unit. **BMJ Supportive & Palliative Care,** v. 13, n. 3, p. e297-e299, 2023.

ORR, S. *et al.* ICU clinicians' experiences of terminal weaning and extubation. **Journal of Pain and Symptom Management,** v. 63, n. 5, p. e521-e528, 2022.

PAGE, M. J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ,** v. 372, n71, 2021.

PALMRYD, L. *et al.* Critical care nurses' experiences of ethical challenges in end-of-life care. **Nursing Ethics,** v. 32, n. 2, p. 424-436, 2025.

PAYEN, J. F. *et al.* Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. **Critical Care Medicine,** v. 29, n. 12, p. 2258-2263, 2001.

PIRES, I. B. *et al.* Conforto no final de vida na terapia intensiva: percepção da equipe multiprofissional. **Acta Paulista de Enfermagem,** v. 33, eAPE20190148, 2020.

POI, C. H. *et al.* Palliative care integration in the intensive care unit: healthcare professionals' perspectives - a qualitative study. **BMJ Supportive & Palliative Care,** v. 14, p. e2986-e2995, 2024.

RAMOS-RINCÓN, J. M. *et al.* Palliative sedation in COVID-19 End-of-Life Care. Retrospective Cohort Study. **Medicina,** Kaunas, v. 57, n. 9, 873, 2021.

SASS, C. von *et al.* Analyzing the use of specialized palliative care in intensive care unit patients in Germany: a cross-sectional study. **BMC Palliative Care,** v. 24, n. 1, 74, 2025.

SILVA, R. M. *et al.* Palliative extubation in critically ill patients: a retrospective study of timing, prior expressions of will, sedation, and outcomes. **Palliative Medicine Reports,** v. 7, p. 1-5, 2026.

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

TANAKA, Y. *et al.* Attitudes of physicians toward palliative care in intensive care units: a nationwide cross-sectional survey in Japan. **Journal of Pain and Symptom Management,** v. 63, n. 3, p. 440-448, 2022.

YEO, N. Y. *et al.* Goals of care and palliative care practices in critically ill patients: a multicentre, binational, point prevalence study. **Australian Critical Care,** v. 39, 101582, 2026.

YOKOMICHI, N. *et al.* Effect of continuous deep sedation on survival in the last days of life of cancer patients: a multicenter prospective cohort study. **Palliative Medicine,** v. 36, n. 1, p. 189-199, 2022.

ZHANG, C. *et al.* Healthcare professionals' experiences of participating in withdrawing life-sustaining treatment decisions in a

Chinese intensive care unit: a qualitative study. **BMC Medical Ethics,** v. 27, n. 1, 3, 2026.

---

[1] Discente do Curso de Medicina. Centro Universitário Aparício Carvalho (FIMCA), Porto Velho, RO. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.

[2] Discente do Curso de Medicina. Centro Universitário Aparício Carvalho (FIMCA), Porto Velho, RO. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.

[3] Enfermeira. Mestre em Saúde da Família. Docente do Curso de Medicina. Centro Universitário Aparício Carvalho (FIMCA), Porto Velho, RO. Orientadora. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.