

Considerações éticas sobre Sedação Paliativa em Fim de vida – Revisão Sistemática

Mariana Barbosa Pereira

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

Orientador: Mestre Dr. Abel García Abejas

fevereiro de 2025

Declaração de Integridade

Eu, Mariana Barbosa Pereira, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 47582 de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 2025/02/24

Mariana Barbosa Pereira

(assinatura conforme Cartão de Cidadão ou preferencialmente
assinatura digital no documento original se naquele mesmo formato)

Agradecimentos

Ao meu orientador, Mestre Dr. Abel Abejas, pelo apoio incansável, pela dedicação e pela disponibilidade constante ao longo de todo este processo.

À minha Mãe, ao meu maior apoio e exemplo de dedicação ao próximo, por todo o amor incondicional. Pela paciência com que partilha as minhas angústias, pela motivação que me dá quando me faltam forças para continuar e pela alegria com que celebra as minhas vitórias. Ao meu Pai, pelo exemplo de trabalho, pelos valores que me transmite e por fazer de mim uma melhor pessoa. Nunca conseguirei expressar em palavras o quão grata sou por ter-vos ao meu lado, em todos os momentos da minha vida.

À minha restante família, por todo o carinho e inspiração e por tornarem cada conquista mais especial.

A todos aqueles que acompanharam, não só o meu percurso académico, mas também o meu crescimento pessoal.

Obrigada do fundo do coração.

Resumo

Introdução: A sedação paliativa constitui uma intervenção clínica essencial no alívio de sintomas refratários em doentes em fase terminal. No entanto, a sua aplicação é marcada por uma complexa rede de desafios, desde a delimitação precisa de sintomas verdadeiramente refratários, até à distinção entre sedação paliativa e práticas como a eutanásia. A ausência de critérios universalmente aceites, aliada à inexperiência dos profissionais de saúde, amplifica as incertezas envolvidas nessa decisão.

Objetivos: Explorar as barreiras e dilemas éticos inerentes à decisão de iniciar sedação paliativa.

Metodologia: Foi realizada uma revisão sistemática com pesquisa nas bases de dados PubMed/MEDLINE, Web of Science, Science Direct e Scielo. Todos os títulos e *abstracts* encontrados foram avaliados sistematicamente. Para a seleção dos estudos recorreu-se ao diagrama PRISMA. Os estudos considerados pertinentes foram lidos na íntegra e, posteriormente, confrontados com os critérios de inclusão e exclusão. Foram ainda utilizados os critérios de Hawker et al para avaliar a qualidade destes artigos.

Resultados: A análise dos 23 artigos incluídos, permitiu a identificação de 17 temas principais: autonomia do doente, comunicação, perspetiva da família, sedação paliativa como alternativa à eutanásia, antecipação da morte, perspetiva dos profissionais, inconsistência nas *guidelines*, estado de consciência, conhecimento sobre sedação paliativa, sofrimento não físico, dificuldade em identificar sintomas intoleráveis, expectativa de vida, princípio do duplo efeito e da proporcionalidade, experiência dos profissionais e barreiras institucionais, cultura e diferentes práticas entre países.

Discussão/Conclusão: A sedação paliativa envolve desafios éticos, culturais e emocionais. A autonomia do doente e a comunicação clara e empática são pilares essenciais para evitar conflitos e angústias. Os profissionais de saúde enfrentam dilemas éticos, como equilibrar o alívio do sofrimento e evitar a antecipação da morte, destacando a importância da intenção por detrás da prática. Investir na formação dos profissionais e promover um diálogo multidisciplinar são passos fundamentais para decisões mais informadas e humanizadas.

Palavras-chave

Sedação paliativa;Fim de vida;Tomada de decisão médica

Abstract

Introduction: Palliative sedation is an essential clinical intervention for relieving refractory symptoms in terminally ill patients. However, its application is marked by a complex network of challenges, from the delimitation of truly refractory symptoms to the delicate distinction between palliative sedation and practices such as euthanasia. The lack of universally accepted criteria, combined with the inexperience of health professionals, amplifies the uncertainties inherent in this decision.

Objective: To explore the barriers and ethical dilemmas inherent in the decision to initiate palliative sedation.

Methods: A systematic review was carried through research in the PubMed/MEDLINE, Web of Science, Science Direct and Scielo. All titles and the correspondent abstracts were systematically evaluated. The PRISMA diagram guided the selection of studies. Studies considered relevant were completely read and confronted with the inclusion and exclusion criteria. Hawker et al criteria were used to assess the quality of the studies.

Results: The analysis of the 23 articles included allowed the identification of 17 main themes: patient autonomy, communication, family perspective, palliative sedation as an alternative to euthanasia, anticipation of death, perspective of professionals, inconsistency in guidelines, state of consciousness, knowledge about palliative sedation, non-physical suffering, difficulty in identifying intolerable symptoms, life expectancy, principle of double effect and proportionality, experience of professionals and institutional barriers, culture and different practices in different countries.

Discussion/Conclusions: Palliative sedation involves significant ethical, cultural and emotional challenges. Patient autonomy and clear and empathetic communication are essential pillars for avoiding conflict and anguish. Health professionals face ethical dilemmas, such as balancing the relief of suffering and avoiding the anticipation of death, highlighting the importance of the intention behind the practice. Investing in the training of professionals and promoting multidisciplinary dialogue are fundamental steps towards more informed and humanized decisions.

Keywords

Palliative Sedation;End of life;Medical decision making

Índice

Declaração de integridade	iii
Agradecimentos	v
Resumo	vii
Abstract	ix
Índice	xi
Lista de Figuras	xiv
Lista de Tabelas	xvi
Lista de Acrónimos	xviii
1. Introdução	1
2. Metodologia	3
2.1 Objetivo	3
2.2 Pergunta investigadora	3
2.3 Desenho da revisão	3
2.4 Processo de pesquisa	3
2.5 Critérios de seleção	5
2.6 Seleção de estudos	6
2.7 Extração de dados	6
3. Resultados	8
3.1 Qualidade dos estudos	9
3.2 Características dos estudos	10
3.3 Síntese e sistematização dos resultados	11
3.3.1. Autonomia do doente	11
3.3.2. Comunicação	12
3.3.3. Perspetiva da família	12
3.3.4. Sedação Paliativa: uma alternativa à eutanásia?	13
3.3.5. Antecipação da morte	14
3.3.6. Perspetiva dos profissionais de saúde	14
3.3.7. Inconsistência das <i>guidelines</i>	15
3.3.8. Estado de consciência	15
3.3.9. Conhecimento sobre Sedação Paliativa	16
3.3.10. Sofrimento não físico	16
3.3.11. Dificuldade em identificar sintomas intoleráveis	17
3.3.12. Expectativa de vida	17
3.3.13. Princípio do duplo efeito	17

3.3.14. Princípio da proporcionalidade	18
3.3.15. Experiência dos profissionais de saúde e barreiras institucionais	18
3.3.16. Cultura	19
3.3.17. Diferentes práticas em diferentes países	19
4. Discussão	21
5. Conclusão	35
5.1 Pontos fortes e limitações	35
6. Referências bibliográficas	37
Apêndice 1	41
Apêndice 2	53

Lista de Figuras

Figura 1 – Diagrama PRISMA do processo de seleção dos estudos

7

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Critérios de seleção	5
Tabela 2 – Distribuição geográfica dos artigos incluídos	10

Lista de Acrónimos

PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses</i>
PROSPERO	<i>International Prospective Register of Systematic Reviews</i>
EAPC	European Association for Palliative Care
PEO	<i>Population, Exposure, Outcome</i>
UNBIASED	<i>UK–Netherlands–Belgium International Sedation Study</i>

1. Introdução

As enfermarias médicas são, atualmente, ocupadas por um número significativo de doentes agudos, frequentemente portadores de doenças crônicas, e muitos dos quais em fim de vida. Estes doentes crônicos apresentam habitualmente sintomas difíceis de controlar, decorrentes da evolução da sua condição clínica (1).

Estudos nacionais têm abordado o controlo inadequado dos sintomas nos doentes em fase terminal, assim como a dificuldade das equipas de saúde em considerar que os doentes podem beneficiar de intervenções paliativas, priorizando a continuação de medidas fúteis e adotando uma atitude de negação perante a morte (1).

Essa resistência ao reconhecimento dos cuidados paliativos é preocupante, uma vez que estes cuidados são fundamentais para proporcionar uma melhor qualidade de vida a doentes crônicos em fase avançada e progressiva, permitindo que vivam o melhor possível (2). Contudo, mesmo quando os cuidados paliativos são assegurados, o controlo eficaz dos sintomas pode revelar-se um desafio, e, em algumas situações, esses sintomas não podem ser controlados sem comprometer o nível de consciência, mesmo após esforços vigorosos para encontrar tratamentos eficazes e toleráveis (2). É neste contexto que sedação paliativa surge como uma intervenção possível.

A *European Association for Palliative Care* (EAPC) define sedação paliativa como o uso monitorizado de fármacos destinados a induzir um estado de consciência reduzida ou ausente, visando atenuar o sofrimento intratável, de uma forma eticamente aceitável para o doente, família e profissionais de saúde envolvidos (3). Este sofrimento resulta de sintomas classificados como refratários, que são aqueles em que todas as opções terapêuticas possíveis falharam ou foram consideradas inúteis pelo consenso da equipa, após repetidas avaliações por especialistas (4). Dentro destes, a dor, a dispneia, o delirium, e as perturbações gastrointestinais graves são os sintomas refratários mais comumente citados (5).

Na maior parte da literatura, a sedação paliativa é descrita como sedação contínua até à morte (6), no entanto, esta prática pode ser utilizada em diferentes graus de intensidade, variando desde níveis ligeiros até níveis mais profundos, e pode ser administrada de forma intermitente ou contínua. É importante destacar que a sedação deve ser alcançada através da utilização de um sedativo/anestésico, com o objetivo principal de induzir um estado de sedação (sedação primária), diferenciando assim de abordagens que envolvem apenas o aumento posológico de fármacos previamente utilizados para controlo de sintomas, por exemplo os opióides, cujo aumento pode resultar num efeito secundário de sedação (5,7).

Os médicos devem, portanto, utilizar a dose mínima de sedativos necessária para obter um alívio aceitável do sofrimento, de forma a minimizar o risco de efeitos adversos

indesejáveis e a maximizar a possibilidade de manter a capacidade de interação com a família e os profissionais de saúde durante a sedação (6). A tomada de decisão sobre o uso deste procedimento deve considerar a gravidade dos sintomas e ser discutida entre a equipa de saúde, o doente e os seus familiares (4).

A sedação em fim de vida, embora amplamente aceite e praticada em diversas partes do mundo, envolve questões éticas que continuam a ser debatidas. Um dos principais desafios enfrentados é a diferenciação entre sedação paliativa e eutanásia, sendo predominantes as preocupações sobre a possibilidade de apressar a morte (6). Além disso, apesar de existirem definições sobre o que constitui um sintoma refratário, não há critérios claramente delineados que permitam determinar quando um sintoma foi tratado de forma suficiente para ser considerado refratário, o que dificulta a definição do momento de introdução da sedação, podendo resultar em intervenções prematuras ou até mesmo inadequadas (7). Essas incertezas são ampliadas pela falta de formação e experiência, bem como pela difícil interação entre os profissionais de saúde e a família, que, por vezes, também representa um desafio relevante.

Esta prática é amplamente reconhecida como parte do espectro de boas práticas clínicas, especialmente quando aplicada em situações adequadas, mas as preocupações éticas associadas continuam a ser motivo de intenso debate (6). Por ser um procedimento que reduz a consciência do doente, muitas vezes de maneira irreversível e prejudicando a comunicação com os familiares, surgem inúmeras dúvidas, perguntas e ansiedade no processo de decisão, tanto para os profissionais de saúde como para as famílias. Diante dessas incertezas e da necessidade de garantir que a intervenção seja conduzida de forma ética, torna-se essencial uma discussão aprofundada sobre o tema.

Embora existam poucos estudos que esclareçam os fatores e barreiras que influenciam a decisão de sedar um doente em fim de vida, sabe-se que a complexidade dessa escolha envolve uma série de aspetos clínicos, emocionais e éticos. Assim, esta revisão sistemática pretende explorar as barreiras e dilemas éticos que estão implícitos na decisão de iniciar este tipo de intervenção. Ao compreender melhor estes elementos, espera-se contribuir para uma abordagem mais informada e humanizada no cuidado de doentes em fim de vida.

2. Metodologia

O protocolo desta revisão sistemática encontra-se registado na base de dados internacional de registo de revisões sistemáticas PROSPERO (ID: CRD42024501636).

2.1 Objetivo

O objetivo principal desta revisão integrativa sistemática é investigar as barreiras inerentes à decisão de iniciar sedação paliativa em doentes em fim de vida e identificar dilemas éticos subjacentes a essa decisão, considerando também a influência nos familiares e profissionais de saúde envolvidos.

2.2 Pergunta Investigadora

A questão investigadora foi contruída através da ferramenta PEO que se foca em informações não numéricas ou em pesquisa qualitativa. PEO representa um acrónimo de **P**: *Population/participants*, **E**: *Exposure*, **O**: *Outcomes/Results*.

P = *Participantes/ População* (doentes adultos em fim de vida, familiares/cuidadores e profissionais de saúde envolvidos nos seus cuidados);

E = *Exposure/exposição de interesse* (iniciar/não iniciar sedação paliativa em fim de vida);

O = *Outcomes/Resultados* (barreiras e aspetos éticos encontrados a partir de estudos incluídos);

Pergunta investigadora: Quais as barreiras inerentes à decisão de iniciar sedação paliativa nos doentes adultos em fim de vida e quais os dilemas éticos em questão?

2.3 Desenho da revisão

Esta revisão sistemática foi realizada em conformidade com a metodologia PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews).

2.4. Processo de pesquisa

Realizou-se uma pesquisa na base de dados PubMed/MEDLINE, Science Direct, Web of Science e Scielo, com o objetivo de identificar artigos que respondessem à pergunta investigadora. Esta pesquisa foi realizada entre setembro e novembro de 2024 e inclui todos os artigos originais escritos em inglês, português, espanhol ou francês, publicados entre 1978 e 2024.

Para a base de dados PubMed/MEDLINE, foi utilizada a seguinte combinação de termos que, posteriormente, foram combinados com o operador booleano AND.

SET 1: terminal care OR care, terminal OR end-of-life care OR end of life care OR care, end-of-life OR end-of-life cares OR terminal care/ethics OR terminal care/psychology OR Terminal Care / methods OR Palliative Care OR Care, Palliative OR Palliative Treatment OR Palliative Treatments OR Treatment, Palliative OR Treatments, Palliative OR Therapy, Palliative OR Palliative Therapy OR Palliative Supportive Care OR Supportive Care, Palliative OR Palliative Medicine OR Medicine, Palliative OR Palliative Care Medicine OR Medicine, Palliative Care OR Terminally ill OR Life support care OR Care, Life Support OR Prolongation of Life OR Life Prolongation OR Extraordinary Treatment OR Extraordinary Treatments OR Treatment, Extraordinary OR Treatments, Extraordinary OR Long Term Care OR Care, Long-Term.

SET 2: sedation OR palliative sedation OR Pain management OR Pain Managements OR Management, Pain OR Managements, Pain OR Deep Sedation OR Deep Sedations OR Sedations, Deep OR Sedation, Deep OR Deep Sedation/ethics OR Deep Sedation/methods OR Deep Sedation/psychology OR Conscious Sedation OR Sedation, Moderate OR Moderate Sedation OR Sedation, Conscious OR Hypnotics and Sedatives/therapeutic use OR withhold sedation OR withholding sedation OR stop sedation OR Keep sedation.

SET 3: Clinical Decision Making OR Decision-Making, Clinical OR Medical Decision-Making OR Decision-Making, Medical OR Medical Decision Making OR ethical aspects OR Ethical dilemmas OR Ethical Issues OR Ethical Issue OR Issue, Ethical OR Issues, Ethical OR Ethical decision making OR ethical decision OR ethical decision making OR Quality of life OR Life Quality OR Health-Related Quality Of Life OR Health Related Quality Of Life OR HRQOL OR Ethics, Medical OR Medical Ethics OR principle-based ethics OR Ethic, Principle-Based OR Ethics, Principle-Based OR Principle Based Ethics OR Principle-Based Ethic OR Decision Support Systems, Clinical OR Patient preferences OR Patient Preferences OR Preference, Patient OR Preferences, Patient.

Na base de dados Science Direct, Web of Science e Scielo a pesquisa foi feita segundo os seguintes termos: palliative sedation, end of life e medical decision making. Estes termos foram combinados usando o operador booleano AND.

A pesquisa realizada na base de dados Scielo não encontrou nenhum artigo através da pesquisa com as palavras-chave.

2.5. Critérios de seleção

Tabela 1 – Critérios de seleção

	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
População	<p>Doentes em idade adulta (idade superior a 18 anos);</p> <p>Doentes em fim de vida;</p> <p>Familiares/cuidadores de doentes em fim de vida;</p> <p>Profissionais de saúde responsáveis pelos cuidados de doentes em fim de vida.</p>	Doentes em idade pediátrica
Exposição	Tomada de decisão sobre a sedação em fim de vida	Tomada de decisão relativa a outras intervenções ou tratamentos em fim de vida.
Outcome	Desafios éticos vistos como obstáculos à realização da prática clínica	<p>Efeitos fisiológicos da sedação paliativa;</p> <p>Estudos referentes a sedação essencial para tratamento de patologia;</p> <p>Estudos focados predominantemente em temas como eutanásia e suicídio medicamente assistido, que abordam a prática da sedação paliativa de uma forma tangencial ou que não a mencionam de todo.</p> <p>Estudos com foco exclusivo na sedação paliativa em contexto de cuidados domiciliários.</p>
Tipo de Estudo	<p>Estudos quantitativo;</p> <p>Estudos qualitativos;</p> <p>Métodos mistos;</p> <p>Relatos de caso;</p> <p>Série de casos;</p> <p>Estudo clínico;</p> <p>Ensaio clínico;</p> <p>Estudo observacional</p>	<p>Artigos de revisão;</p> <p>Literatura cinzenta;</p> <p>Comentários;</p> <p>Artigos de opinião;</p> <p><i>Abstracts</i> de conferência;</p> <p>Cartas;</p> <p><i>Guidelines</i>;</p> <p>Manuscritos;</p> <p>Meta-análises;</p> <p>Teses e dissertações</p>
Língua	<p>Inglês;</p> <p>Português;</p> <p>Espanhol;</p> <p>Francês.</p>	Outras línguas

2.6. Seleção de estudos

Após a pesquisa nas plataformas PubMed/MEDLINE, Science Direct, Web of Science e Scielo, foram aplicados filtros sobre o tipo de publicação. Todos os títulos e *abstracts* encontrados foram avaliados de forma sistemática, considerando os critérios de seleção. Os artigos relevantes foram reavaliados quanto ao tipo de publicação, e lidos na íntegra para comparar com os critérios de inclusão e de exclusão preconizados para este trabalho. Foram ainda selecionados para leitura integral os artigos cujo título demonstrou pertinência, mas cuja análise do *abstract* não permitiu estabelecer uma conclusão definitiva. O fluxograma PRISMA (Figura 1 - Diagrama PRISMA do processo de seleção dos estudos) resume as etapas da seleção de artigos.

2.7. Extração de dados

Com o intuito de aprimorar a clareza na extração dos dados, foi elaborada uma tabela detalhada para cada estudo incluído na revisão sistemática, que se encontra no Apêndice 1. Esta tabela engloba os seguintes dados: título do artigo, *score* de qualidade, tipo de estudo, população, exposição, resultados, temas e barreiras mais relevantes que foram abordados e, por último, algumas notas.

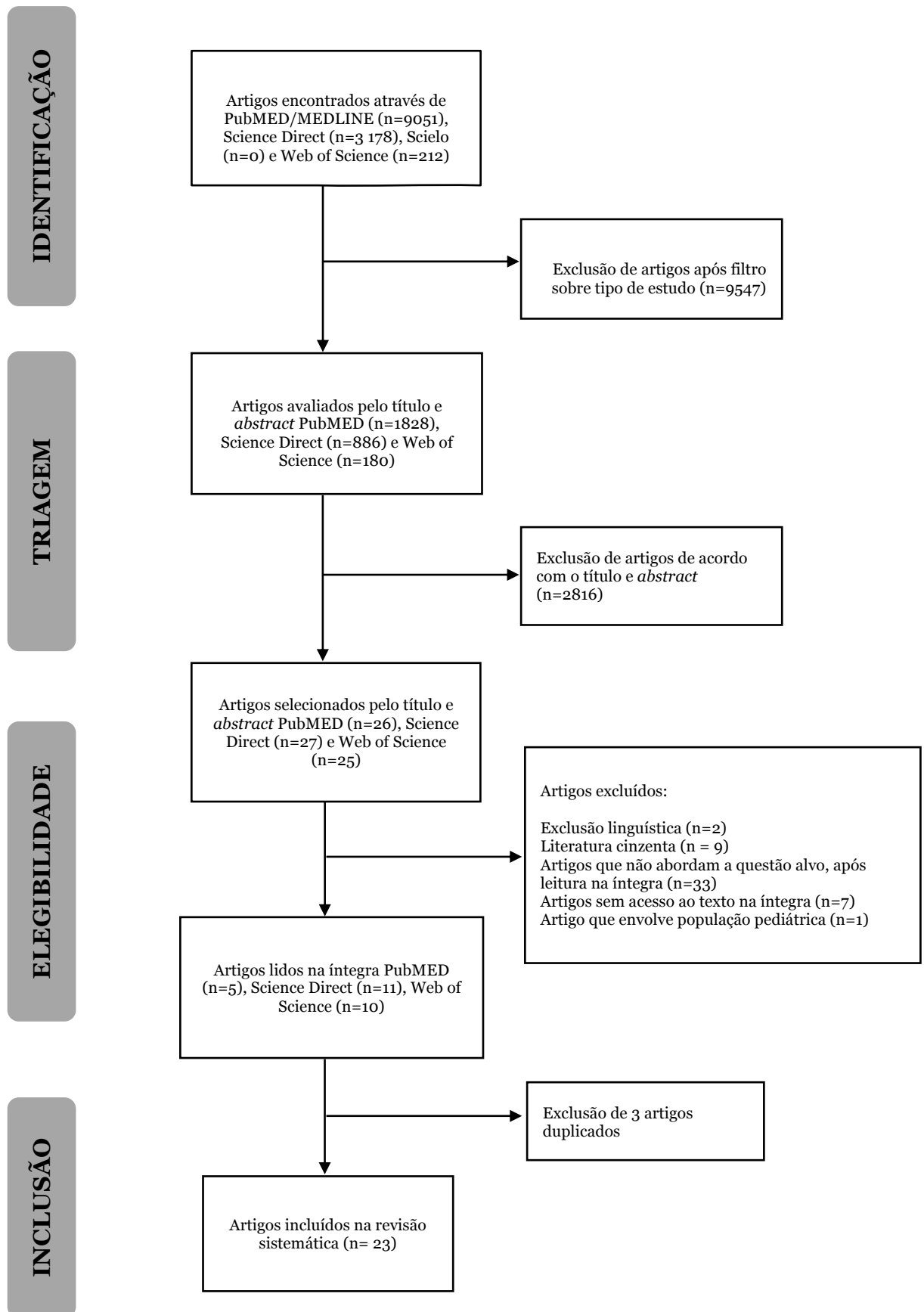


Figura 1 - Diagrama PRISMA do processo de seleção dos estudos

A pesquisa na base de dados eletrônica PubMed/MEDLINE, utilizando os sets previamente definidos, resultou na obtenção de 9051 resultados. Desses, apenas 1828 artigos correspondiam ao tipo de estudo pretendido (*clinical trial, clinical study, case report e observation study*). Dos 1828 títulos e *abstracts* avaliados, excluíram-se 1802 por não serem considerados relevantes para este estudo, ficando apenas 26 artigos sobranes.

Destes artigos, 2 foram excluídos por estarem escritos em alemão, 5 artigos, após nova análise do tipo de publicação, foram classificados como literatura cinzenta, e 10 artigos foram considerados irrelevantes, uma vez que não abordavam a questão alvo. Além desses, 4 artigos foram excluídos por não ser possível obter o texto na íntegra. Assim, dos 26 artigos selecionados, apenas 5 cumpriam os requisitos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

Na pesquisa realizada na Science Direct, obtivemos 3178 artigos. Através da aplicação de filtro quanto ao tipo de publicação (*research studies*), foram extraídos 886 artigos, os quais foram posteriormente analisados de acordo com o seu título e *abstract*. Após essa análise, restaram 27 artigos.

Desses 27 artigos, 3 foram excluídos, após nova análise do tipo de publicação, por corresponderem a literatura cinzenta, 12 artigos foram considerados como não relevantes, uma vez que não abordavam a questão alvo, e 1 artigo foi excluído por não ter sido possível obter o texto na íntegra. Para além destes, 1 artigo foi excluído por envolver população pediátrica no estudo. Assim, dos 27 artigos selecionados, apenas 10 estavam em conformidade com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos.

Na base de dados eletrônica Web of Science foi realizada a pesquisa com as mesmas palavras-chave utilizadas na base Science Direct, onde obtivemos 212 artigos. Após aplicação de filtro quanto ao tipo de publicação (*article*), permaneceram em análise 180 artigos. Após leitura do título e *abstract*, restaram apenas 25 artigos.

Desses 25 artigos, 1 foi excluído após nova análise do tipo de publicação, por corresponder a literatura cinzenta, 11 artigos foram considerados como não relevantes, uma vez que não abordavam a questão alvo, e 2 artigos foram excluídos por não ser possível obter o texto na íntegra. Assim, dos 25 artigos selecionados, apenas 11 estavam em conformidade com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos.

Por fim, sobraram 27 artigos elegíveis (5 artigos da PubMed/MEDLINE, 10 artigos da Science Direct e 11 artigos da Web of Science). Procedeu-se à eliminação de 3 artigos duplicados entre as diversas plataformas, deixando 23 artigos que cumpriram os critérios de inclusão, sendo incluídos nesta revisão sistemática.

3.1. Qualidade dos estudos

Para a avaliação da qualidade dos 23 artigos selecionados para esta revisão sistemática, foi aplicada a escala de Hawker et al. (2002), composta por nove parâmetros. Cada parâmetro é classificado numa das seguintes categorias: “bom”, “razoável”, “baixo” ou “muito baixo” e é atribuída uma pontuação que varia de 1 ponto (qualidade muito baixa) a 4 pontos (boa qualidade). Dessa forma, a pontuação total de cada artigo pode variar entre 9 a 36 pontos.

Os critérios que integram esta escala são os seguintes:

1. **Título e Abstract:** Foi fornecida uma descrição clara do estudo?
2. **Introdução e objetivos:** Foi realizado um bom *background* e uma evidência clara dos objetivos da pesquisa?
3. **Metodologia e dados:** A metodologia é apropriada e claramente explicada?
4. **Amostragem:** A estratégia de amostragem foi apropriada para atender aos objetivos?
5. **Análise de dados:** A descrição da análise de dados foi suficientemente rigorosa?
6. **Ética e viés:** As questões éticas foram abordadas e foi obtida a aprovação ética necessária? A relação entre investigadores e participantes foi adequadamente considerada?
7. **Resultados:** Existe uma declaração clara dos resultados?
8. **Transferibilidade ou generalização:** Os resultados deste estudo são transferíveis (generalizáveis) para uma população mais ampla?
9. **Implicações e aplicabilidade:** Na prática, qual a importância dos achados do estudo?

A pontuação dos artigos selecionados varia entre 18-35 pontos, com uma média de aproximadamente 29 pontos. A atribuição da pontuação a cada critério e as informações detalhadas da avaliação da qualidade de cada artigo, estão disponíveis no Apêndice 2.

3.2. Características dos estudos

Os artigos selecionados para esta revisão sistemática são, predominantemente, estudos qualitativos, embora também incluam outras abordagens metodológicas, como estudos de caso. Em termos temporais, os artigos incluídos abrangem o período de 2000 a 2024 e, geograficamente, incluem uma variedade de países. A Europa concentra a maior parte dos estudos incluídos, totalizando 15 artigos. Desses, 4 envolveram simultaneamente o Reino Unido, Países Baixos e Bélgica, 5 foram conduzidos somente nos Países Baixos, 2 na Bélgica e os restantes na França, Alemanha, Espanha e Itália. Além disso, 4 estudos foram realizados na América (Canadá e Estados Unidos da América) e 4 na Ásia (Japão, Coreia e China).

É importante sublinhar que poucos estudos abordam exclusivamente a questão central desta revisão. Vários artigos concentram-se prioritariamente em aspetos como indicações clínicas ou a eficácia da sedação paliativa, que não constituem o foco deste estudo, sem explorar de forma aprofundada as barreiras e dilemas éticos. Ainda assim, as questões éticas tratadas nos artigos selecionados revelaram-se amplamente convergentes, o que proporcionou uma interpretação mais clara e fundamentada dos dados.

Tabela 2 – Distribuição geográfica dos artigos incluídos

Continente	Europa	América	Ásia
Países / número de artigos (n)	Reino Unido, Países Baixos, Holanda (n=4) Países Baixos (n=5) Bélgica (n=2) França (n=1) Alemanha (n=1) Espanha (n=1) Itália (n=1)	Canadá (n=1) Estado Unidos da América (n=3)	Japão (n=2) Coreia (n=1) China (n=1)

3.3. Síntese e sistematização dos resultados

A análise detalhada dos artigos selecionados permitiu a identificação de 17 temas principais: autonomia do doente; comunicação; perspectiva da família; sedação paliativa: uma alternativa à eutanásia?; antecipação da morte; perspectiva dos profissionais de saúde; inconsistência nas *guidelines*; estado de consciência; conhecimento sobre sedação paliativa; sofrimento não físico; dificuldade em identificar sintomas intoleráveis; expectativa de vida; princípio do duplo efeito; princípio da proporcionalidade; experiência dos profissionais e barreiras institucionais; cultura; diferentes práticas em diferentes países.

Os estudos analisados variaram na quantidade de temas abordados, com alguns cobrindo oito tópicos, enquanto outros se restringiram a apenas dois.

3.3.1. Autonomia do doente

A autonomia do doente surge como um princípio essencial na decisão de iniciar sedação paliativa, sendo mencionada em 13 dos 23 artigos incluídos nesta revisão. A obtenção do consentimento informado é unanimemente apontada como um requisito fundamental para garantir que os desejos e as preferências do doente sejam respeitados (24).

A abordagem à autonomia varia entre diferentes contextos. Em países como a Bélgica e os Países Baixos, os doentes tendem a desempenhar um papel ativo nas decisões sobre sedação paliativa. Nestes casos, o papel do médico centra-se na validação dos critérios clínicos, mas a decisão final é frequentemente atribuída ao doente (10). Por outro lado, no Reino Unido, embora o consentimento do doente também seja valorizado, a decisão tende a ser liderada pelos médicos, que priorizam estratégias para evitar a necessidade de sedação paliativa, de forma a assegurar a proteção da autonomia dos doentes, uma vez que lhes permite permanecer acordados durante mais tempo e, por conseguinte, ter maior capacidade para influenciar o tipo de cuidados que recebem nas suas últimas horas ou dias de vida. (29)

Cerca de um terço dos profissionais de saúde enfrentam dificuldades na obtenção do consentimento (27). Essa limitação é particularmente evidente em doentes oncológicos terminais, nos quais o declínio cognitivo iminente afeta cerca de 80% dos casos (18). Em situações em que o doente não pode expressar as suas preferências, os familiares assumem um papel decisivo em colaboração com os médicos (13).

3.3.2. Comunicação

A comunicação revelou ser um dos aspetos mais desafiantes no contexto da sedação paliativa, sendo destacada em 13 dos 23 artigos incluídos nesta revisão. A qualidade e clareza da comunicação entre os profissionais de saúde, doentes e familiares influenciam diretamente a experiência de cada um ao longo deste processo.

Um modelo de três etapas para a tomada de decisão partilhada, desenvolvido por Elwyn et al., que distingue entre “conversa sobre escolhas”, “conversa sobre opções” e “conversa sobre decisões”, demonstrou ser uma abordagem adequada para garantir que todas as partes envolvidas tomem decisões conscientes e bem informadas (10).

Contudo, em vários casos, as discussões sobre sedação paliativa só ocorriam após o surgimento de sofrimento refratário, o que muitas vezes surpreendia tanto os doentes como os familiares, evidenciando uma lacuna na abordagem precoce deste tema (13). A falta de informações claras e adequadas foi frequentemente associada a um maior sofrimento emocional para as famílias, que também expressaram insatisfação com a escassez de detalhes sobre a medicação e a duração da sedação (20).

Divergências entre os próprios profissionais de saúde, como a comunicação limitada entre médicos e enfermeiros, interferiram na prestação de cuidados. Os enfermeiros, muitas vezes desempenhavam um papel de intermediário entre médicos e famílias, relatando dificuldades em se posicionar e serem ouvidos (30). No entanto, quando essas barreiras eram superadas, surgia uma maior compreensão dos papéis e raciocínios de cada membro da equipa, conduzindo, desta forma, a decisões mais coesas e alinhadas (25).

3.3.3. Perspetiva da família

A perspetiva dos familiares sobre sedação paliativa foi mencionada em 11 dos 23 artigos incluídos nesta revisão.

Os profissionais de saúde reconhecem a importância de envolver os familiares em todas as etapas do processo de sedação paliativa. Este envolvimento, destacado em diversos artigos, permite alinhar expectativas, reduzir dúvidas e minimizar conflitos.

Embora alguns familiares demonstrem satisfação com a qualidade da morte proporcionada pela sedação paliativa, considerando-a um “alívio” para o sofrimento do doente (13), outros expressam dificuldades em aceitar a inevitabilidade da morte, insistindo em prolongar tratamentos (11). Além disso, o período entre o início da sedação paliativa e o momento da morte é frequentemente descrito como um período de elevada carga emocional para as famílias. Algumas delas podem tornar-se

impacientes ou considerar o processo demasiado longo ou não digno, chegando, por vezes, a pressionar os médicos para acelerar o processo da morte (17).

Em situações onde os familiares interpretam movimentos ou ruídos do doente sedado como sinais de sofrimento, pode surgir desconfiança em relação à eficácia da sedação, o que exige uma abordagem sensível por parte dos profissionais de saúde para esclarecer que esses sinais fazem parte do processo natural (17). Além disso, as diferentes perceções sobre o que constitui uma morte digna podem intensificar os conflitos.

Para os profissionais de saúde, que estão familiarizados com processos semelhantes, o fim de vida de um doente sedado pode parecer relativamente “normal”. Contudo, para os familiares, este é um momento único e emocionalmente intenso, frequentemente interpretado como algo perturbador. Neste contexto, os médicos sublinham que a melhor forma de prevenir desacordos e aliviar as preocupações é por meio de uma comunicação aberta e detalhada, ajudando as famílias a compreender e aceitar a situação (17). Quando os familiares se sentem bem informados, reportam níveis mais baixos de ansiedade e luto complicado, enquanto a falta de informação pode contribuir para stress, sentimentos de culpa e dúvidas sobre a adequação da decisão de sedação paliativa (20).

3.3.4. Sedação Paliativa: uma alternativa à eutanásia?

Entre os artigos analisados, 12 dos 23 incluídos abordaram a associação entre a sedação paliativa e a eutanásia, refletindo diversas interpretações e preocupações éticas.

Em países como a Bélgica e Países Baixos, a sedação paliativa foi frequentemente apresentada como uma alternativa à eutanásia. Num estudo realizado na Bélgica, em 18 dos 25 casos analisados, a sedação paliativa foi discutida com os doentes e as suas famílias como uma opção, especialmente quando a eutanásia não era viável devido à incapacidade do doente ou ao atraso no processo formal (9). Nessas situações, médicos relatavam que a sedação era preferida tanto por razões morais quanto por preferências pessoais e familiares (11). Em contrapartida, no Reino Unido, onde a eutanásia não está legalizada, houve menor menção à prática (9).

Cerca de 5% dos médicos consideraram que a sedação paliativa é praticamente indistinguível da eutanásia. A crença do médico de que é uma “eutanásia disfarçada” é o principal fator explicativo da não realização de sedação paliativa em doentes terminais (15).

Um dos principais dilemas gira em torno da intenção subjacente à sedação paliativa. Embora a maioria dos profissionais (96,4%) defenda que o objetivo principal é aliviar o sofrimento e não causar a morte, uma parcela significativa reconhece a ambiguidade que pode surgir nesse contexto, alimentando debates sobre a equivalência moral entre

as práticas (27).

3.3.5. Antecipação da morte

A antecipação da morte relevou-se uma preocupação recorrente em 11 dos 23 artigos incluídos nesta revisão. Este tema reflete tanto as percepções dos profissionais de saúde, como as dos doentes e familiares.

A resistência dos profissionais em iniciar sedação paliativa está frequentemente associada ao receio de que esta prática possa acelerar a morte (8). Em diversos contextos, os profissionais expressaram preocupação com a utilização de doses elevadas de sedativos, temendo que estas pudessem contribuir para um desfecho mais rápido (9).

Do ponto de vista dos doentes e, principalmente, das suas famílias, a percepção de que a sedação paliativa pode antecipar a morte é igualmente uma preocupação significativa. Esta crença contribuiu, em alguns casos, para o início tardio da sedação, levando a sofrimento desnecessário (12). Para alguns familiares, a possibilidade da sedação acelerar a morte foi considerada aceitável, uma vez que a morte era vista como uma alternativa preferível ao sofrimento intolerável (13).

Num estudo realizado em França, 38% das dificuldades éticas relatadas por enfermeiros e médicos dizem respeito à ideia de que esta prática pode encurtar a vida do doente (27).

Contudo, outros resultados sugerem que a necessidade de sedação deve ser entendida como um marcador de proximidade da morte natural, e não como a sua causa, dado que doentes sedados apresentaram uma sobrevida superior em comparação com aqueles que não receberam sedação (26).

3.3.6. Perspetiva dos profissionais de saúde

A perspetiva dos profissionais de saúde sobre a sedação paliativa é abordada em 7 dos 23 artigos incluídos nesta revisão.

Em alguns casos, os médicos expressaram incertezas em relação a situações em que a sedação ocorre como subproduto do controlo de sintomas, questionando se estas intervenções poderiam ser consideradas adequadas (8).

As discordâncias entre médicos e enfermeiros também surgem com frequência, especialmente em relação ao momento adequado para iniciar sedação paliativa. Por vezes, os enfermeiros consideram que a sedação deve ser iniciada mais cedo, enquanto os médicos acham que ainda não é o momento adequado. Essas diferenças de avaliação do sofrimento do doente, combinadas com a disparidade hierárquica entre as duas profissões, podem gerar desconforto e angústia, especialmente quando os enfermeiros

se veem obrigados a justificar ao doente e à família a decisão do médico de não iniciar sedação. Além disso, alguns enfermeiros sentiram ainda que as opções para aliviar o sofrimento não foram suficientemente exploradas antes de iniciar a sedação, ou que o curso do procedimento não correspondia às preferências do doente (25).

Adicionalmente, alguns enfermeiros enfrentam dilemas éticos e emocionais ao participar no processo de sedação, sentindo que estão, de certa forma, a causar a morte do doente. Essa percepção contribui para uma elevada carga emocional, levando alguns profissionais a recusar tarefas associadas à sedação ou a expressarem objeções em relação ao processo (30).

3.3.7. Inconsistência nas *guidelines*

A inconsistência nas *guidelines* de sedação paliativa tem sido uma barreira neste processo, e é destacada em 6 dos 23 artigos incluídos.

A falta de critérios de elegibilidade padronizados e protocolos de prática claros, resultaram numa grande variabilidade na forma como e quando a sedação paliativa é iniciada. Alguns médicos reconhecem os limites de uma abordagem padronizada, mas enfatizam que, para médicos menos experientes, uma estrutura mais definida poderia ser útil para melhorar a prática clínica (8).

Nos Países Baixos, por exemplo, a existência de uma *guideline* nacional foi um fator chave para a prática, com muitos médicos referindo-se à gestão da titulação dos fármacos conforme as prescrições dessa *guideline*. Contudo, alguns profissionais mencionaram também a necessidade de, por vezes, contorná-la para atender às necessidades dos doentes (9).

3.3.8. Estado de consciência

A questão do equilíbrio entre o controlo dos sintomas e a manutenção da capacidade de interação com o doente, surge como uma barreira ao início da sedação paliativa, estando presente em 4 dos 23 artigos incluídos.

Num estudo realizado no Reino Unido, por exemplo, os profissionais de saúde tentaram garantir que os doentes mantivessem interação o máximo de tempo possível, enquanto providenciavam sedação suficiente para o alívio dos sintomas. Alguns consideraram moralmente errado diminuir o estado de consciência do doente, algo que contrastou com a perspetiva belga, onde prevaleceu a ideia de que o objetivo primário da sedação era garantir que o doente permanecesse "a dormir" (9).

A perda da capacidade de comunicação é considerada, por muitos familiares, como um dos maiores desafios associados à sedação paliativa, porém, um alívio adequado dos sintomas pode, muitas vezes, justificar esse sacrifício (20). No entanto, estudos revelam

que cerca de metade das famílias expressaram sofrimento por não conseguirem comunicar com o doente durante a sedação (23).

3.3.9. Conhecimento sobre Sedação Paliativa

A análise revelou que as lacunas no conhecimento sobre sedação paliativa são mencionadas em 3 dos 23 artigos incluídos nesta revisão.

Vários doentes e familiares acreditavam, inicialmente, que a sedação paliativa se centrava apenas no controlo da dor, sem a necessidade de reduzir o nível de consciência do doente (13).

Foi também destacado que o conhecimento dos profissionais de saúde é crucial para uma gestão segura e eficaz da sedação paliativa (16). Em alguns casos, a falta de explicação adequada ou a transmissão de perceções negativas aos doentes e familiares contribuíram para uma visão distorcida da prática, dificultando a sua aceitação e implementação (28).

3.3.10. Sofrimento não físico

A consideração do sofrimento não físico como indicação para sedação paliativa é discutido em 5 dos 23 artigos incluídos.

Embora a condição clínica do doente seja geralmente a principal orientação para iniciar sedação, alguns profissionais reconhecem que o sofrimento psicológico e existencial pode contribuir para essa decisão, referindo que este normalmente coincidia com o mau estado físico do doente, e que é a interação entre os dois que torna o sofrimento insuportável (11).

Apesar disso, a prevalência de decisões baseadas exclusivamente no sofrimento existencial é baixa. Num estudo, apenas 4% dos médicos selecionaram o sofrimento existencial como principal motivo para o uso de sedação paliativa, sendo esta a razão menos consensual entre as possíveis indicações (15). Esta hesitação parece estar associada à dificuldade de avaliar objetivamente este tipo de sofrimento, que muitos profissionais consideram fora do âmbito estritamente médico (14).

Os defensores sublinham que, em alguns casos, o sofrimento existencial pode ser mais angustiante que o sofrimento físico, sobretudo na ausência de tratamentos eficazes. Contudo, os opositores argumentam que a natureza subjetiva deste tipo de sofrimento torna-o difícil de rotular como refratário, além de levantar preocupações éticas devido à dificuldade em diferenciar a sedação paliativa da eutanásia em contextos menos claros (21).

3.3.11. Dificuldade em identificar sintomas intoleráveis

A dificuldade em determinar quando os sintomas podem ser classificados como intoleráveis é uma das barreiras mencionadas em 3 dos 23 artigos analisados.

Profissionais de saúde, incluindo médicos e enfermeiros, destacaram a complexidade de avaliar a "intolerabilidade" do sofrimento, dado que esta percepção depende da experiência do doente (11).

Os médicos consideram a opinião dos doentes conscientes como a fonte mais confiável para avaliar o grau de sofrimento. Contudo, situações como demência, ou outras condições que comprometem a capacidade cognitiva, podem dificultar significativamente essa avaliação, criando um obstáculo adicional (24).

Um estudo conduzido em França, revelou que 26,4% das dificuldades éticas relatadas por médicos e enfermeiros, durante a prática de sedação paliativa, estão relacionadas à dificuldade na definição da natureza refratária dos sintomas (27).

3.3.12. Expectativa de vida

A expectativa de vida do doente é uma barreira ao início da sedação paliativa, mencionada em 4 dos 23 artigos incluídos nesta revisão. Esta questão está intrinsecamente ligada à dificuldade de estimar, de forma precisa, o prognóstico de um doente.

De acordo com os artigos analisados, muitos profissionais de saúde consideram a sedação paliativa como uma medida apropriada apenas para doentes em morte iminente. No entanto, a previsão exata da sobrevivência é um desafio recorrente. Esta incerteza pode levar os médicos a atrasar o início da sedação, o que, em alguns casos, foi posteriormente comprovado (11).

A dificuldade em prever, com exatidão, a evolução do estado clínico também foi ressaltada por diversos profissionais, que relataram casos em que os doentes viveram muito para além do esperado (24). Em contrapartida, há estudos que apontam para uma tendência dos médicos de superestimarem a sobrevivência, o que pode interferir nas decisões relacionadas ao momento ideal para o início da sedação paliativa (14). Alguns médicos defendem ainda que o alívio dos sintomas deve ser a principal prioridade, independentemente da expectativa de vida do doente (11).

3.3.13. Princípio do duplo efeito

7 dos 23 artigos analisados nesta revisão destacam o princípio do duplo efeito como uma justificação ética para a sedação paliativa. Este princípio fundamenta-se na distinção entre intenções e efeitos colaterais, permitindo justificar intervenções que possam resultar em consequências indesejadas, desde que essas consequências não

sejam intencionais e a intenção primária seja aceitável.

Um exemplo dessa aplicação encontra-se em estudos nos quais os profissionais de saúde justificaram o aumento da dose de sedativos com o objetivo de aliviar o sofrimento dos doentes. Embora esse aumento possa antecipar a morte, os médicos destacaram que a sua intenção principal era o alívio dos sintomas (17). Para alguns profissionais, o princípio proporciona uma segurança moral que valida as decisões tomadas em fim de vida. Por outro lado, a sua ambiguidade pode gerar suspeitas ou preocupações quanto à possibilidade de apressar a morte (26).

Assim, a sedação torna-se aceitável, mesmo diante do risco de efeitos secundários, desde que a intervenção seja proporcional ao grau de sofrimento (19).

3.3.14. Princípio da proporcionalidade

4 dos 23 artigos incluídos nesta revisão fazem referência ao princípio da proporcionalidade.

Este princípio estabelece que a escolha da sedação paliativa deve ser equilibrada em relação ao grau de sofrimento do doente, às opções terapêuticas disponíveis e à relação entre os benefícios esperados e os possíveis danos associados à intervenção (21).

De acordo com um dos estudos, em muitos casos, os sintomas refratários que levaram à decisão de sedação paliativa, estavam diretamente associados à progressão de doenças malignas subjacentes. Apesar dos cuidados paliativos habituais terem sido implementados na maioria dos casos antes da sedação, nem todos os doentes receberam essas intervenções de forma consistente, o que levanta questões sobre a adequação da aplicação do princípio da proporcionalidade (18).

3.3.15. Experiência dos profissionais de saúde e barreiras institucionais

A experiência dos profissionais de saúde e as barreiras institucionais foram temas mencionados em 2 dos 23 artigos incluídos, e foram considerados fatores limitantes para a prática de sedação paliativa.

A falta de familiaridade com a prática é uma barreira comum entre os membros das equipas multidisciplinares, criando um ambiente de desconforto e medo, que leva a relutância por parte dos profissionais em aplicar a sedação paliativa (8). A falta de experiência e formação específica em cuidados de fim de vida também contribui para uma maior incerteza quanto à utilização dos sedativos, especialmente em contextos fora do ambiente hospitalar (16).

Além disso, os profissionais que se sentem mais confortáveis na prática da sedação paliativa são, em geral, aqueles que atuam em unidades de cuidados paliativos ou em

ambientes hospitalares, onde existem mais recursos (8).

Por outro lado, as barreiras institucionais também se revelaram importantes. Em ambientes hospitalares, a falta de profissionais em algumas enfermarias, particularmente durante os fins-de-semana, cria uma sobrecarga adicional de trabalho que pode dificultar a gestão da sedação. Em lares de idosos, a escassez de profissionais qualificados e a imposição de regulamentações legais são alguns dos fatores que também limitam a prática (16).

3.3.16. Cultura

A cultura foi identificada como um fator influente na decisão de iniciar sedação paliativa em 2 dos 23 artigos analisados.

Por exemplo, na China, a sedação pode ser aceitável, mas somente após uma discussão cuidadosa com os familiares. No entanto, a sedação de doentes, ao ponto de os tornar inconscientes, era vista como uma afronta aos valores culturais, sendo considerada desumana (12).

Nos países ocidentais, onde a autonomia do doente é fortemente valorizada, as decisões de sedação tendem a ser mais centradas no desejo do mesmo. Por outro lado, em muitas culturas orientais, como a chinesa, a doença e a morte são frequentemente tratadas como eventos familiares, e não individuais (12).

Outro estudo realizado em Sicília destaca que a cultura mediterrânea, marcada pelo paternalismo e pela "conspiração do silêncio", tende a restringir o debate aberto sobre o fim da vida com os doentes, com decisões frequentemente tomadas pelos familiares. Nesse contexto, o testamento vital e as diretivas antecipadas de vontade são raros, sendo considerado um protótipo dessa cultura (26).

3.3.17. Diferentes práticas em diferentes países

A variação na prática de sedação paliativa entre diferentes países foi destacada em 3 dos 23 artigos analisados. Essas discrepâncias manifestam-se não apenas na forma como a sedação é iniciada, mas também na intenção atribuída ao seu uso e na sua relação com outras abordagens de fim de vida, como a eutanásia.

Os profissionais de saúde apresentaram argumentos que refletiram as divergências em relação a quatro questões principais: a importância da preservação da consciência, as preocupações sobre a possibilidade de antecipar a morte, a visão da sedação como uma alternativa à eutanásia e o facto de procurarem seguir *guidelines* (9).

No Reino Unido, a sedação paliativa é utilizada de maneira progressiva, com a administração de doses baixas para controlo de sintomas, já que há uma valorização da manutenção da consciência do doente o máximo possível (29).

O papel do médico na tomada de decisão também difere entre os contextos analisados. Enquanto nos Países Baixos e na Bélgica a decisão final pode ser atribuída ao doente, com o médico assumindo um papel mais informativo, no Reino Unido, a decisão de iniciar sedação paliativa é conduzida pelo médico, que a discute com o doente, mas assume a responsabilidade pela decisão final (10). Além disso, em países onde a eutanásia é legal, como na Bélgica e nos Países Baixos, o debate em torno da sedação paliativa envolve questões éticas e legais sobre o fim de vida, refletindo o contexto em que ambas as práticas coexistem (29).

A existência de *guidelines* também influencia a heterogeneidade das práticas. Enquanto nos Países Baixos os médicos seguem *guidelines* nacionais, na Bélgica, a adesão é mais inconsistente, resultando em abordagens variadas (9).

4. Discussão

Esta revisão sistemática teve como objetivo identificar as barreiras envolvidas na decisão de iniciar sedação paliativa em doentes em fim de vida, bem como os dilemas éticos que surgem nesse contexto. Para isso, foram analisados artigos, variando desde estudos observacionais a estudos de caso, que abordam a perspectiva de doentes, familiares e profissionais de saúde, permitindo uma visão abrangente sobre os desafios enfrentados na prática clínica. A revisão foi desenvolvida de acordo com a metodologia PRISMA, garantindo uma seleção rigorosa dos artigos incluídos.

A análise dos resultados permitiu a identificação de dezassete temas principais, os quais refletem a influencia de diferentes fatores na decisão de iniciar sedação paliativa. Estes fatores variam desde questões clínicas e institucionais até aspetos culturais e éticos. Uma pesquisa bibliográfica suplementar foi realizada, com o objetivo de ampliar a discussão sobre determinados temas.

Segundo a EAPC, a sedação paliativa deve ser eticamente aceitável para todos os envolvidos, incluindo profissionais de saúde, familiares e doente (3), sendo este último a figura central neste processo.

A autonomia do doente é um dos principais desafios na decisão de iniciar sedação paliativa, uma vez que os profissionais de saúde enfrentam dificuldades em garantir que a escolha esteja alinhada com os desejos do doente, especialmente em situações em que o mesmo não consegue expressar a sua vontade, devido ao declínio cognitivo ou outras limitações (18). Quando ainda detém capacidade de decisão, a abordagem pode seguir, de acordo com Charles et al., três modelos principais: paternalista, partilhado ou informado (10). O modelo paternalista, em que o médico assume total controlo da decisão, tem sido progressivamente substituído pelo modelo de decisão partilhada, no qual o médico e o doente constroem, juntos, a melhor estratégia terapêutica.

A crescente valorização da autonomia traduz uma mudança na prática dos cuidados paliativos, evidenciada pelo maior respeito pelas vontades do doente e da sua família (13). Estratégias como conversas individuais, sem a presença de familiares, são importantes para garantir que a decisão reflita, de facto, na sua própria vontade, e não apenas nas expectativas de terceiros (16).

Apesar desses avanços, ainda persistem desafios significativos, especialmente no que diz respeito à compreensão e respeito pela vontade do doente no momento da decisão (27). O consentimento informado é essencial para assegurar a sua autonomia, reconhecendo o direito em tomar decisões sobre o seu próprio tratamento, incluindo o direito de recusar qualquer intervenção médica. Por esse motivo, é da responsabilidade

dos profissionais assegurar que o consentimento seja obtido de forma clara e adequada antes de iniciar qualquer tratamento. Porém, em determinadas circunstâncias, é possível justificar a aplicação de um tratamento médico, sem o consentimento do doente. Se a capacidade de decisão do mesmo está comprometida, uma situação comum em fases terminais, este não é capaz de expressar claramente as suas preferências, podendo ser um membro da família a assumir essa responsabilidade, procurando sempre respeitar, tanto quanto possível, os desejos, valores e perspectivas do doente.

Estudos realizados na Bélgica e nos Países Baixos indicaram que, em algumas situações, decisões médicas que afetam o fim de vida são tomadas sem o consentimento do doente, mesmo que a intenção seja aliviar o sofrimento (27). Para evitar esse problema, o planeamento antecipado dos cuidados e a formalização de diretivas antecipadas de vontade são estratégias eficazes para garantir que a decisão final respeite os desejos previamente expressos pelo doente (28).

Para além da importância de respeitar a autonomia, a forma como a informação é transmitida torna-se um fator crucial, fazendo da comunicação um elemento fundamental no processo de sedação paliativa, influenciando diretamente a experiência de todos os envolvidos.

Para minimizar conflitos e mal-entendidos, torna-se essencial uma abordagem comunicativa clara, detalhada e aberta desde o início, garantindo que todas as intervenientes compreendam o processo e as suas implicações (17).

Um dos principais desafios identificados está na interação com os familiares, que, muitas vezes, se revela mais complexa do que a relação com o próprio doente (16).

Embora a maioria dos familiares tenha considerado adequada a frequência das informações prestadas, ainda há uma parcela que percebe essa comunicação como insuficiente (23), o que pode impactar negativamente a compreensão do processo.

Nesse sentido, a presença de profissionais que não apenas informem, mas que também ofereçam suporte emocional e escuta ativa quanto aos medos, nomeadamente os que dizem respeito ao desconhecido, e às expectativas dos doentes e familiares, contribui para um acompanhamento mais humanizado (21).

O papel dos enfermeiros na mediação entre médicos e familiares também merece destaque. Estudos apontam que, em muitos casos, são os enfermeiros que assumem a função de facilitadores da comunicação (30). No entanto, a falta de um diálogo mais integrado entre médicos e enfermeiros pode gerar lacunas na comunicação, dificultando a clareza das informações transmitidas às famílias.

Além disso, a dificuldade de comunicação aberta dentro das próprias famílias sobre o

prognóstico do doente revela-se um desafio adicional (28). O receio de abordar a morte muitas vezes impede diálogos necessários para alinhar expectativas e garantir que as decisões sejam tomadas de forma partilhada e respeitosa. Quando há uma comunicação eficaz, tanto entre profissionais de saúde e familiares, como dentro das próprias famílias, observa-se um impacto positivo na aceitação do processo de sedação paliativa, reduzindo a angústia e favorecendo uma abordagem mais serena à morte iminente (13; 21). Este aspeto reforça a importância de um esforço contínuo por parte dos profissionais em estabelecer diálogos transparentes, e garantir que cada etapa do processo seja conduzida com a sensibilidade e a empatia que uma situação destas exige.

Ainda assim, para além da forma como a informação é transmitida, um fator importante que não pode ser ignorado é o nível de conhecimento sobre a própria sedação paliativa. Estudos indicam que muitos doentes e profissionais de saúde parecem não ter um conhecimento prévio sobre a sedação paliativa, o que pode estar diretamente relacionado com a forma como esta é abordada pelas equipas médicas (28). A ausência de explicações claras e detalhadas, aliada a perceções negativas ou à falta de familiaridade dos próprios profissionais com o tema, representa um fator limitante para a utilização adequada desta prática, destacando a necessidade de um maior investimento na formação e na clarificação deste processo.

Os profissionais que trabalham na área dos cuidados paliativos sublinham a importância de prestar bons cuidados aos familiares do doente, uma vez que são eles que estão frequentemente presentes durante o último período de vida do doente e, obviamente, são os que estão mais intimamente envolvidos com o mesmo (31). O período entre o início da sedação paliativa e a morte é descrito pelos familiares como um fardo, com muitos a relatarem sentimentos de exaustão e impotência (17), no entanto, também é referido que foi um alívio ver o sofrimento do doente ser tratado. De acordo com van Dooren et al, as principais preocupações expressas pelos familiares após o início da sedação, estão relacionadas com o objetivo desta prática, o possível sofrimento do doente e o impacto emocional nas próprias famílias. Quanto mais longo for o processo, maior a tendência para surgirem dúvidas e angústias, uma vez que permite aos familiares terem mais tempo para refletirem e questionarem-se acerca da decisão tomada (31).

Outro aspeto importante é a forma como os familiares lidam com os sinais físicos. Por vezes, preferem níveis mais profundos de sedação para suprimir movimentos ou ruídos do doente, apesar dos profissionais explicarem que esses fenómenos fazem parte do processo natural da morte (25). A necessidade de garantir que o doente não está a

sofrer, bem como o desejo de ter a oportunidade de uma última comunicação antes da sedação, são preocupações comuns entre os familiares (27).

Após a morte, a experiência dos familiares varia. As famílias que recebem informações contínuas e apoio emocional tendem a ter uma experiência mais satisfatória. Em contraste, famílias com baixo nível de satisfação relatam maiores preocupações, incluindo a sensação de que a sedação pode ter encurtado a vida do doente, a falta de preparação para as mudanças no estado do mesmo e a percepção de que médicos e enfermeiros não estavam suficientemente empenhados ou compassivos (23).

A comunicação entre profissionais de saúde e familiares é, portanto, fundamental. Fornecer informações claras e contínuas sobre o processo de sedação e preparar a família para as mudanças que irão ocorrer pode ajudar a reduzir a ansiedade (20).

A perspectiva dos profissionais de saúde sobre a sedação paliativa é complexa e multifacetada, envolvendo não apenas considerações clínicas, mas também dilemas éticos, emoções intensas e um profundo sentimento de responsabilidade. A sua função vai além da administração de cuidados médicos, exigindo um equilíbrio delicado entre as necessidades do doente, as expectativas da família e da própria equipa médica (14). Além do impacto emocional, os próprios profissionais vivenciam o sofrimento resultante da sua exposição contínua ao sofrimento e à morte do doente, bem como aos desafios que enfrentam para alinhar os seus cuidados com os seus próprios valores (32).

No que diz respeito à sedação paliativa, os médicos apresentaram diferentes argumentos a favor e contra a sua utilização. Os argumentos estavam relacionados com a condição clínica do doente e os seus desejos, mas também com os pontos de vista éticos e pessoais dos médicos. O maior consenso foi encontrado para a utilização de sedação em doentes com sofrimento predominantemente físico e uma expectativa de vida muito curta (14).

Estudos demonstram que a maioria dos médicos de cuidados paliativos considera a sedação paliativa uma opção viável para aliviar o sofrimento secundário à dispneia refratária e ao delirium agitado irreversível e intratável nos últimos dias de vida (15). Contudo, essa prática levanta questões importantes, particularmente devido à dificuldade em estabelecer um prognóstico preciso. Embora o prognóstico seja um critério essencial para a sedação, a incerteza inerente à evolução clínica dos doentes torna a tomada de decisão um desafio constante. Apesar disso, os profissionais de cuidados paliativos abraçam essa incerteza como parte integrante da sua prática, confiando na intenção moralmente justificável do seu ato (32).

O início da sedação paliativa é também influenciado por diversos fatores estruturais e de experiência profissional.

Os estudos apontam que médicos e enfermeiros com maior grau de especialização e experiência em cuidados paliativos demonstraram uma maior segurança na aplicação da sedação paliativa, enquanto profissionais menos experientes, sobretudo aqueles que atuam em ambientes não especializados, tendem a apresentar maior hesitação (8; 16). Os estudos analisados estão em consonância com os de Foley et al, que indicam que médicos com formação específica em cuidados paliativos tendem a considerar a sedação paliativa uma prática distinta da eutanásia e não a associam à aceleração do processo da morte. Em contrapartida, médicos com menos experiência, especialmente aqueles que trabalham em contextos menos especializados, associam a sedação paliativa a um fator acelerador da morte, considerando-a uma forma de eutanásia indireta, o que pode levá-los a evitar o seu uso ou a adotar posturas ambíguas em relação à sua aplicação (33). Resultados semelhantes foram observados também para os enfermeiros. Os enfermeiros relataram que a inexperiência em avaliar sinais subtis de desconforto e de dor impede a administração adequada de sedativos, o que pode levar a um sofrimento desnecessário dos doentes (34).

Além da experiência individual, o contexto institucional e as barreiras logísticas desempenham um papel significativo. A falta de profissionais qualificados é uma barreira mencionada pelos profissionais, especialmente em ambientes de cuidados prolongados (16). Nesses contextos, a escassez de profissionais, aliada à carga excessiva de trabalho e às múltiplas responsabilidades, torna ainda mais difícil, principalmente para os enfermeiros, realizarem avaliações completas, comprometendo a gestão eficaz da sedação paliativa (34).

Até ao momento, foram explorados fatores não clínicos que influenciam a sedação paliativa. Seguidamente, serão analisados os aspetos mais clínicos envolvidos nesse processo.

Existe um consenso alargado de que a sedação paliativa deve obedecer a dois pré-requisitos essenciais: ser aplicada exclusivamente a doentes que sofrem gravemente de sintomas refratários e que se encontram em fim de vida. Antes de recorrer à sedação paliativa, é fundamental assegurar que todas as opções terapêuticas disponíveis foram exploradas, garantindo que a sedação seja, de facto, uma medida de último recurso. A subjetividade do sofrimento é um dos principais fatores que torna essa avaliação complexa. Os profissionais de saúde reconhecem que, muitas vezes, é difícil determinar

quando um sintoma pode ser classificado como intolerável, pois essa percepção depende, sobretudo, da experiência individual de cada doente (11; 24).

O sofrimento refratário não se limita apenas aos sintomas somáticos, sendo necessária uma abordagem multidimensional, uma vez que pode incluir dor física, mas também pode existir independentemente dela. Nesse sentido, o sofrimento existencial em fim de vida merece especial atenção, embora a sua definição seja difícil de estabelecer. A maioria das descrições sugere uma percepção de medo da morte, perda do sentido da vida, isolamento e perda de dignidade (22).

O debate sobre o sofrimento existencial gira em torno de três questões fundamentais: a dificuldade em caracterizar o sofrimento existencial de forma clara e diferenciá-lo clinicamente de condições psiquiátricas tratáveis, como a depressão; a reflexão sobre se o alívio do sofrimento existencial representa um objetivo “proporcional”; e a dúvida sobre se o tratamento desse sofrimento está alinhado com os objetivos da medicina, levantando a questão sobre a legitimidade de uma intervenção farmacológica para lidar com ele, por parte dos profissionais de saúde (35).

Não é simples para os médicos avaliar, com certeza, se a angústia de um doente reflete uma reação “normal” e “adequada” à perspectiva de morte iminente ou se sinaliza uma condição de saúde mental tratável. A tarefa torna-se ainda mais desafiante quando se tenta determinar se a angústia corresponde a uma resposta às perdas irreparáveis causadas pela doença ou aos ataques ao “sentido do eu”, o que poderia ser classificado como sofrimento existencial (35).

Alguns profissionais são mais relutantes em optar por sedação quando o sofrimento é predominantemente existencial; outros afirmam que essa possibilidade pode ser considerada quando há uma compreensão aprofundada e empática pelo sofrimento do doente (14), reforçando a importância de uma abordagem holística nos cuidados paliativos.

Considerando os resultados apresentados, este tema revela-se ainda controverso. Para além de alguns médicos considerarem esse sofrimento como algo difícil de avaliar (14), outro argumento contra o uso de sedação nestes casos é o facto dos doentes, muitas vezes, ainda não estarem na fase terminal da vida, o que compromete uma das condições necessárias para a intervenção.

Segundo Morita et al., a sedação paliativa para sofrimento psicoexistencial é aplicada apenas em situações extremas e refratárias. A indicação de sedação nesses casos é precedida por tentativas de tratamento com sedação intermitente e apoio especializado, incluindo cuidados psiquiátricos, psicológicos e religiosos. Além disso, a sedação deve

ser realizada dentro de um contexto de cuidados paliativos especializados, com rigorosa avaliação da proporcionalidade e respeito pela autonomia do doente (36).

A segunda condição prévia para a sedação paliativa, segundo a maior parte das *guidelines*, é a expectativa de vida limitada. Embora as orientações sugiram que a sedação paliativa deve ser usada somente em casos de morte iminente ou quando a morte é esperada dentro de duas semanas, muitos profissionais de saúde enfrentam o desafio de prever, com exatidão, o tempo de vida restante (24). A incerteza sobre a expectativa de vida acaba por tornar a aplicação das *guidelines* mais difícil, uma vez que, em muitas situações, os prognósticos são imprecisos.

Os profissionais de saúde tendem a ser mais resistentes em utilizar sedação paliativa em doentes com uma expectativa de vida mais longa. Essa hesitação está relacionada ao receio de que a sedação possa se prolongar por um período indeterminado, o que pode resultar em complicações clínicas (por exemplo, úlceras de pressão), e criar tensões entre os membros da família, que podem perceber o processo como excessivamente longo e angustiante. Alguns profissionais, no entanto, defendem que a decisão de iniciar sedação deve ser baseada principalmente na situação clínica do doente e no seu sofrimento, independentemente da expectativa de vida (14).

De acordo com Gilbertson et al., a prática clínica demonstra que os sintomas refratários podem se manifestar muito antes do fim de vida. Por exemplo, em doentes com doenças degenerativas progressivas, como a doença do neurónio motor, o sofrimento pode ser intenso e prolongado, ocorrendo meses antes da morte iminente. Nesse contexto, a sedação paliativa poderia ser justificável, caso o sofrimento do doente fosse irreversível, mesmo que a morte não esteja prevista para ocorrer em dias ou semanas (37).

No entanto, a decisão de iniciar sedação paliativa não se limita apenas à avaliação do sofrimento e da expectativa de vida. Um dos aspetos mais delicados dessa prática é o impacto na capacidade de comunicação do doente, que está intrinsecamente ligada ao seu nível de consciência, e que é um aspeto importante a ser considerado quando se opta por esta prática.

A procura por uma dose adequada de sedação é, em muitos casos, motivada pelo objetivo de controlar os sintomas e tentar, em simultâneo, manter alguma capacidade de comunicação do doente (16).

A relação entre o controlo de sintomas e a preservação da comunicação torna-se ainda mais complicada à medida que se aproxima o fim de vida, pois a própria progressão da doença pode levar à perda gradual dessa capacidade, mesmo naqueles que não recebem

sedação. Estudos revelam que muitos doentes em cuidados paliativos, mesmo sem sedação, perdem a capacidade de se comunicar nos últimos dias de vida (26).

É importante perceber que a consciência é um requisito essencial para a expressão do ser humano, tornando a decisão de suprimir ativamente essa consciência por meio de sedação, uma intervenção que exige uma justificação ética convincente, uma vez que coloca em questão a autonomia do doente e o seu direito a expressar desejos e preocupações até ao fim da vida (38).

É importante realçar que, embora se pretenda que o doente nunca recupere a consciência, isso não significa que a morte em si também seja pretendida. O que se pretende é que o doente seja libertado de um sofrimento intolerável à medida que a vida se aproxima do fim (39).

Nos debates contemporâneos sobre o fim de vida, a sedação paliativa tem também emergido como um tema central, particularmente no que diz respeito à sua relação com a eutanásia e com o suicídio medicamente assistido (40). Enquanto estas duas últimas envolvem a intencionalidade de causar a morte do doente, a sedação paliativa é frequentemente apresentada como uma abordagem ética, cujo objetivo primordial é o alívio do sofrimento em casos de sintomas refratários, sem que a morte seja um fim desejado (41). No entanto, esta distinção nem sempre é clara para os profissionais de saúde, gerando controvérsias e dilemas éticos que merecem uma análise aprofundada. Um dos pilares fundamentais da sedação paliativa é a sua intenção primária: aliviar o sofrimento do doente através da redução da consciência, uma abordagem que está em plena consonância com o princípio ético fundamental da beneficência. Esta prática não é uma intervenção isolada, mas sim parte integrante de uma estratégia de cuidados paliativos, aplicada apenas como último recurso quando outras medidas de controlo de sintomas se mostraram ineficazes (41). A intenção, neste contexto, é um elemento crucial que diferencia a sedação paliativa da eutanásia. Enquanto na eutanásia a morte é o objetivo explícito, na sedação paliativa a morte é uma consequência possível, mas não intencional (40). Esta distinção é reforçada pela forma como os fármacos são administrados: na sedação, a dosagem e o modo de administração são ajustados para induzir o sono e o conforto, e não para acelerar o óbito (41).

Apesar desta clara diferença teórica, a prática clínica revela nuances que complicam a distinção. Segundo Taylor et al, alguns poderiam argumentar que, em casos de doentes em fase terminal, a intenção por detrás da sedação paliativa e da eutanásia pode convergir, uma vez que ambas visam aliviar o sofrimento e permitem que o doente morra em paz. Esta perspetiva sugere que, em determinadas circunstâncias, a sedação paliativa pode ser interpretada como uma forma de "eutanásia lenta", especialmente

quando a suspensão de fluidos e nutrientes é considerada (22). No entanto, esta visão é contestada por muitos profissionais de saúde, que enfatizam a importância de distinguir entre o alívio do sofrimento, mesmo que isso implique um risco de encurtar a vida, e a ação direta de causar a morte (27). Para estes profissionais, a sedação paliativa não pode ser praticada com a intenção de causar a morte, sendo essa uma linha ética intransponível.

O contexto legal e cultural em que a sedação é praticada também desempenha um papel significativo na forma como é percebida e aplicada. Em países onde a eutanásia e o suicídio medicamente assistido são ilegais, como no Reino Unido, os clínicos tendem a evitar qualquer abordagem que possa ser interpretada como antecipação da morte, e a destacar as diferenças entre estas práticas e a sedação paliativa, de modo a estabelecer uma clara separação ética e legal (9; 29; 42). Por outro lado, em países como a Bélgica e os Países Baixos, onde a eutanásia é legal, a sedação paliativa é frequentemente vista como parte de um continuum de opções de fim de vida. (9; 13; 14; 29; 42). Esta variação contextual sublinha a necessidade de uma abordagem cuidadosa e individualizada, que respeite tanto as necessidades do doente como as normas éticas e legais vigentes.

A percepção dos médicos sobre esta prática é um aspeto importante. Em alguns contextos, os clínicos podem optar por sedações mais leves ou moderadas, por receio de que a sedação profunda seja interpretada como uma forma de eutanásia disfarçada (15). Esta cautela reflete a tensão ética subjacente à prática da sedação paliativa, que, embora seja uma ferramenta valiosa para o alívio do sofrimento, permanece numa "área cinzenta" entre a palição e a eutanásia (11).

Desta forma, a sua aplicação exige uma compreensão clara das intenções e do contexto em que é utilizada, sendo ambos elementos centrais nesta equação (27).

A proporcionalidade é o segundo fator eticamente significativo para distinguir a sedação paliativa do suicídio medicamente assistido e da eutanásia (35). Este princípio, enraizado na ética médica, exige que os riscos de uma intervenção sejam ponderados face aos benefícios esperados, assegurando que a gravidade dos meios utilizados seja justificada pelos fins pretendidos (21; 22).

Como referido anteriormente, a sedação paliativa é frequentemente descrita como uma intervenção de último recurso, reservada para situações em que todas as outras abordagens terapêuticas falharam no controlo do sofrimento do doente (18). Neste contexto, a inconsciência induzida pela sedação paliativa pode ser vista como um mal necessário, mas proporcional, face ao alívio do sofrimento intolerável. A opinião

dominante sustenta que, embora a perda de consciência represente um dano significativo, o benefício de aliviar sintomas refratários justifica a intervenção (41). O princípio da proporcionalidade também se aplica ao nível de sedação administrado, que deve ser ajustado à gravidade dos sintomas. O objetivo da sedação paliativa não é induzir o coma ou um estado de inconsciência permanente, mas sim proporcionar um alívio adequado dos sintomas. Para alguns doentes, isso pode exigir uma sedação profunda, porém esta decisão deve ser tomada com base numa avaliação cuidadosa da situação clínica e das necessidades individuais, tendo em conta que a indicação para sedação profunda raramente pode ser prevista antecipadamente (41).

A intolerabilidade do sofrimento e o carácter refratário dos sintomas são fatores determinantes para a aceitação da sedação paliativa como uma opção ética e clinicamente válida (18). Nestes casos, a sedação não é apenas uma resposta ao sofrimento, mas também uma forma de respeitar a dignidade do doente, garantindo que a morte ocorra de forma serena e sem dor. Esta abordagem contrasta com a eutanásia, que implica uma ação direta para terminar com a vida, levantando questões éticas adicionais sobre a intencionalidade e o papel do médico.

Nesse sentido, o princípio do duplo efeito oferece uma base ética sólida para justificar a sedação paliativa. Este princípio propõe que uma ação pode ser eticamente justificável mesmo que produza um efeito negativo, desde que este não seja intencional e que o efeito positivo seja proporcional e moralmente relevante (17). Na última década, a possível ocorrência de efeitos de encurtamento da vida durante a sedação paliativa tem sido uma preocupação relevante, tanto entre médicos como entre familiares, motivando uma análise mais detalhada deste princípio (40). Os cuidados paliativos não têm como objetivo prolongar o processo de morte, mas também não visam encurtar a vida, no entanto, a sedação paliativa pode, em alguns casos, levantar dúvidas sobre se há ou não uma antecipação inadvertida do processo, e essa linha ténue exige sensibilidade médica e ética, além de uma abordagem multidisciplinar.

A doutrina do duplo efeito é frequentemente invocada para avaliar a ética da sedação paliativa, dividindo-se em quatro condições fundamentais: a moralidade intrínseca do ato, a intenção de alcançar o efeito positivo, a independência do efeito positivo em relação ao negativo, e a proporcionalidade da ação (38).

Aplicando estas condições à sedação paliativa, observa-se que o tratamento é moralmente justificável, pois visa aliviar sintomas refratários, mesmo que isso possa, inadvertidamente, acelerar o processo de morte. A intenção primária do clínico é o alívio do sofrimento, e não a indução da morte, que, embora previsível, não é necessária

para alcançar o efeito desejado. Além disso, o alívio dos sintomas refratários é considerado uma razão suficientemente grave para justificar o risco de uma antecipação da morte (38). Este enquadramento distingue claramente a sedação paliativa de práticas como a eutanásia ou o suicídio medicamente assistido, onde a morte é um resultado intencional e necessário para o alívio do sofrimento (40). No entanto, a relevância do princípio do duplo efeito na justificação moral da sedação paliativa tem sido questionada à luz de evidências empíricas. Um estudo de Mercadante et al. (26) demonstrou que os doentes submetidos a sedação paliativa apresentaram uma sobrevida mais longa, em comparação com aqueles que não foram sedados. Estes dados sugerem que a sedação não está associada a um encurtamento da vida, indicando que a morte resulta da progressão da doença e não da intervenção médica. Neste contexto, o princípio do duplo efeito perde parte da sua relevância, uma vez que não há evidências robustas de que a sedação paliativa acelera a morte. Apesar disso, o princípio do duplo efeito continua a ser uma ferramenta importante na ética médica, particularmente no que diz respeito à intenção do profissional de saúde.

A cultura assume um papel fundamental na forma como as decisões médicas, particularmente no âmbito da sedação paliativa, são compreendidas, discutidas e aplicadas, representando assim uma das barreiras à sua implementação. O processo de tomada de decisão reflete não apenas as normas éticas e clínicas, mas também os valores culturais intrínsecos de cada sociedade. Em países ocidentais, a autonomia do doente é frequentemente colocada no centro das decisões médicas, sendo considerada um direito inalienável. Nestes contextos, a informação é partilhada com o doente, que assume um papel ativo na escolha do seu tratamento. Contudo, esta abordagem contrasta significativamente com a perspetiva de muitas culturas orientais, onde a doença é vista como um acontecimento que afeta toda a família, e não apenas o indivíduo. Nestas sociedades, é comum que as decisões de fim de vida sejam delegadas aos familiares, que assumem a responsabilidade de decidir em nome do doente (12). A compreensão e aceitação da sedação paliativa como uma medida de alívio do sofrimento no fim de vida estão, portanto, profundamente enraizadas nas normas culturais de cada sociedade. Estas normas não só moldam a forma como as decisões são tomadas, mas também influenciam a perceção do que constitui uma "boa morte". Por exemplo, em algumas culturas, a ideia de uma morte pacífica alcançada através da sedação paliativa, pode ser vista como uma forma de preservar a dignidade do doente, enquanto noutras, pode ser interpretada como uma interferência no curso natural da vida. Curiosamente, um estudo revelou que, mesmo em contextos onde se esperaria uma preferência por tratamentos intensivos até ao último momento, a sedação paliativa

foi amplamente aceite como último recurso para garantir uma morte serena, desafiando assim as expectativas iniciais (26). Este achado sugere que, apesar das diferenças culturais, existe um reconhecimento transversal da importância de aliviar o sofrimento no fim de vida.

Assim, a forma como a sedação é administrada, a frequência do seu uso e o grau de envolvimento da família no processo de decisão diferem consoante os contextos culturais, que influenciam a percepção do sofrimento, da morte e do papel da medicina no fim de vida. Essas variações culturais tornam-se particularmente visíveis ao analisar a prevalência da sedação paliativa, que apresenta diferenças significativas entre as várias regiões geográficas (8), refletindo valores, tradições e normas sociais distintas. A análise do estudo UNBIASED em três países da Europa Ocidental, indicou que os médicos no Reino Unido utilizam a sedação paliativa de forma diferente dos médicos na Bélgica e nos Países Baixos. No Reino Unido, a sedação paliativa é frequentemente abordada com ênfase na preservação da consciência do doente, sempre que possível, através da utilização de doses tituladas de sedativos (9). A competência dos cuidados paliativos neste país é frequentemente associada à capacidade de gerir sintomas complexos, sem recorrer à sedação profunda, evitando assim qualquer suspeita de intenções de acelerar a morte. Esta postura está alinhada com uma rejeição cultural à eutanásia e uma preferência por intervenções que permitam ao doente permanecer consciente e no controlo da sua experiência até ao fim (29).

Em contraste, na Bélgica e nos Países Baixos, a prática é fortemente influenciada pelo debate ético e legal em torno da eutanásia, que é legalmente permitida. A coexistência destas duas práticas — sedação paliativa e eutanásia — gera confusão e incertezas, mas também abre espaço para uma discussão mais aberta sobre as preferências do doente em fim de vida. Nos Países Baixos, em particular, a decisão de iniciar sedação é vista como uma decisão que deve ser tomada apenas quando considerada inevitável, refletindo uma abordagem mais pragmática e menos gradual do que no Reino Unido (10).

Alguns defensores da eutanásia argumentam que a sedação pode representar uma "morte em vida", contrariando valores sobre a importância do livre pensamento e da autonomia (29).

Em suma, a aplicação desta intervenção deve ser guiada por princípios éticos, diálogo aberto e respeito pelas preferências individuais, garantindo que o alívio do sofrimento seja alcançado sem comprometer a dignidade humana.

Por último, a falta de consenso nas *guidelines* e orientações disponíveis sobre a sedação paliativa têm gerado inconsistências significativas, que não só dificultam a tomada de decisão por parte dos profissionais de saúde, como também podem comprometer a qualidade dos cuidados prestados aos doentes. Segundo Gurschick et al., estas inconsistências refletem-se em várias dimensões, desde o momento adequado para iniciar a sedação, até ao nível de profundidade desejado, passando pela inclusão ou exclusão do sofrimento existencial como indicação válida e pela decisão de continuar ou interromper terapias de suporte (43). Tais divergências não são meramente técnicas; estão profundamente relacionadas com questões éticas e culturais, que variam não só entre diferentes sociedades, mas também dentro delas.

Embora as *guidelines* visem apoiar os profissionais de saúde na tomada de decisões, muitas vezes não esclarecem até que ponto as vontades do doente devem ser consideradas, nem como lidar com pedidos de sedação que possam não se enquadrar nos critérios clínicos estabelecidos (10). Esta ambiguidade pode levar a situações em que os profissionais de saúde se veem divididos entre respeitar a autonomia do doente e seguir protocolos rígidos, o que, por sua vez, pode resultar em sofrimento desnecessário ou, pelo contrário, em decisões precipitadas que levantam questões éticas adicionais (11).

Além disso, as *guidelines* existentes falham, frequentemente, em fornecer orientações específicas sobre os papéis e responsabilidades dos diferentes membros da equipa de saúde, como médicos e enfermeiros (25), o que pode comprometer a coordenação e a eficácia da equipa multidisciplinar envolvida no cuidado do doente.

A necessidade de atualização regular e de maior implementação de orientações clínicas equilibradas é, portanto, evidente. Estas devem ser desenvolvidas com base em evidências científicas robustas, mas também com sensibilidade para as nuances éticas e culturais que caracterizam a prática da sedação paliativa. A falta de clareza nas *guidelines* pode, assim, gerar incerteza e ansiedade entre os profissionais, que se sentem obrigados a navegar num terreno ético e clínico complexo sem o suporte adequado.

Do ponto de vista prático, a sedação paliativa, enquanto intervenção destinada a aliviar o sofrimento em doentes em fim de vida, é um tema que transcende a técnica médica, mergulhando em profundas questões éticas, culturais e emocionais. No cerne desta discussão está a autonomia do doente, um princípio que nem sempre é fácil de garantir. Torna-se, portanto, fundamental que haja oportunidades regulares para discutir com o doente as suas preferências em relação a futuros cuidados médicos e tratamentos. Estas

conversas, quando realizadas de forma antecipada, podem ajudar a garantir que as decisões tomadas reflitam verdadeiramente nos seus desejos e valores, mesmo quando o doente já não consegue expressá-los.

A comunicação surge, então, como um elemento transversal e fundamental, exigindo clareza, empatia e transparência para com os doentes e familiares, de forma a compreenderem os objetivos e implicações da sedação, minimizando conflitos e angústias. Além disso, a sedação paliativa coloca os profissionais de saúde perante dilemas éticos complexos, como a distinção entre o alívio do sofrimento e a antecipação da morte, sendo a intenção por trás da prática um elemento determinante para a sua justificação ética.

Muitas das barreiras identificadas na decisão de iniciar sedação paliativa acabam por se sobrepor, revelando a complexidade e a interdependência dos fatores envolvidos.

Através dos estudos analisados, percebemos que ainda existem muitas questões a serem debatidas e exploradas. A subjetividade do sofrimento, especialmente o existencial, continua a ser um desafio, tanto na sua avaliação como na sua gestão. Além disso, a falta de consenso nas *guidelines* e orientações clínicas gera inconsistências que podem comprometer a qualidade dos cuidados prestados.

Assim, a prática de sedação paliativa deve ser guiada por princípios éticos, diálogo aberto e respeito pelas preferências individuais, em que o objetivo deve ser sempre o mesmo: proporcionar um fim de vida digno e sereno, onde o sofrimento seja aliviado e a dignidade do doente seja preservada.

5. Conclusão

A sedação paliativa é uma prática complexa, marcada por dilemas éticos e barreiras que desafiam a sua aplicação. Conhecer e compreender estas dificuldades é essencial para garantir que a intervenção seja utilizada de forma adequada.

A ambiguidade em torno dos seus objetivos, aliada à inexperiência de alguns profissionais, gera hesitações que dificultam a tomada de decisão, sendo, por isso, crucial investir na formação contínua das equipas de saúde, de forma a clarificar conceitos e estabelecer orientações mais claras.

Um diálogo multidisciplinar e transparente pode dissipar estigmas e fortalecer a confiança dos profissionais de saúde, permitindo decisões mais informadas e conscientes. Além disso, é fundamental reconhecer as diversas perspetivas culturais e éticas que influenciam as perceções sobre o fim de vida. Valores e tradições variam significativamente entre contextos, exigindo uma abordagem sensível e adaptada às necessidades individuais dos doentes e das suas famílias.

A sedação paliativa deve ser encarada como uma resposta compassiva ao sofrimento, sempre guiada pelo respeito à dignidade humana. Educar, esclarecer e adaptar esta prática às diferentes realidades são passos essenciais para otimizar os cuidados paliativos, garantindo que cada decisão seja tomada com rigor e sensibilidade.

Em estudos futuros, seria importante uniformizar a terminologia “sedação paliativa”, uma vez que, em determinados artigos, são utilizadas outras expressões para designar esta intervenção, o que pode levantar dúvidas.

5.1. Pontos fortes e limitações

Este estudo apresenta contribuições importantes para a compreensão das barreiras e dilemas éticos associados à decisão de iniciar sedação paliativa. A análise dos artigos permitiu identificar tanto consensos como divergências na literatura, proporcionando uma visão abrangente sobre o tema. Os estudos incluídos abordaram diversos aspetos relevantes, sendo possível observar uma notável coerência nos achados.

No entanto, algumas limitações devem ser consideradas. Um dos principais desafios encontrados foi a escassez de estudos que analisassem exclusivamente o objetivo desta revisão. Muitos dos artigos selecionados exploravam a sedação paliativa de forma abrangente, sem um foco específico nas barreiras e dilemas éticos, o que exigiu uma análise criteriosa para extrair as informações mais pertinentes. Além disso, a categorização das barreiras revelou-se complexa, uma vez que muitos dos obstáculos identificados estavam interligados.

Outro ponto a destacar refere-se à representatividade geográfica dos estudos incluídos. Embora tenham sido incluídos estudos de diversos países, a maior parte da

investigação centrou-se em contextos ocidentais, o que pode limitar a generalização dos resultados para outras culturas, nomeadamente as não ocidentais.

6. Referências bibliográficas

1. Alves M, Abril R, Neto IG. Symptomatic Control in End-of-Life Patients. *Acta Med Port* [Internet]. 2017; 30(1):61-68. Available from: www.actamedicaportuguesa.com
2. Ferraz-Gonçalves JA, Flores A, Silva AA, Simões A, Pais C, Melo C, et al. Continuous Sedation in Palliative Care in Portugal: A Prospective Multicentric Study. *Journal of Palliative Care*. 2024 May 25;40(1):72–8.
3. Cherny NI, Radbruch L. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliative Medicine*. 2009 Oct;23(7):581–93.
4. Menezes MS, Figueiredo MGM. The role of end-of-life palliative sedation: medical and ethical aspects – Review. *Rev Bras Anesthesiol*. 2019;69(1):72-77.
5. Lossignol D. End-of-life sedation: is there an alternative? *Curr Opin Oncol*. 2015;27(4):358-364.
6. Olsen ML, Swetz KM, Mueller PS. Ethical decision making with end-of-life care: palliative sedation and withholding or withdrawing life-sustaining treatments. *Mayo Clin Proc*. 2010;85(10):949-954.
7. Bobb B. A Review of Palliative Sedation. *Nursing Clinics of North America*. 2016 Sep;51(3):449–57.
8. Nolen A, Selby D, Qureshi F, Mills A. Practices of and Perspectives on Palliative Sedation Among Palliative Care Physicians in Ontario, Canada: A Mixed-Methods Study. *Palliative Medicine Reports*. 2024 Feb 1;5(1):94–103.
9. Seymour J, Rietjens J, Bruinsma S, Deliens L, Sterckx S, Mortier F, et al. Using continuous sedation until death for cancer patients: A qualitative interview study of physicians' and nurses' practice in three European countries. *Palliative Medicine* [Internet]. 2015 Jan 1;29(1):48–59. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4266692/>
10. Robijn L, Seymour J, Deliens L, Korfage I, Brown J, Pype P, et al. The involvement of cancer patients in the four stages of decision-making preceding continuous sedation until death: A qualitative study. *Palliative Medicine*. 2018 Apr 18;32(7):1198–207.
11. Robijn L, Chambaere K, Raus K, Rietjens J, Deliens L. Reasons for continuous sedation until death in cancer patients: a qualitative interview study. *European Journal of Cancer Care*. 2015 Oct 29;26(1):e12405.
12. Gu X, Cheng W, Chen M, Liu M, Zhang Z. Palliative sedation for terminally ill cancer patients in a tertiary cancer center in Shanghai, China. *BMC Palliative Care*. 2015 Mar 15;14(1).

13. Louise Annemoon Jonker, Heijltjes MT, Judith, Agnes, Hendriksen G, Delden van, et al. Experiences and perceptions of continuous deep sedation: An interview study among Dutch patients and relatives. *Health expectations*. 2023 Oct 11;27(1).
14. Rietjens J, Buiting H, Pasman H, van der Maas P, van Delden J, van der Heide A. Deciding about continuous deep sedation: physicians' perspectives. *Palliative Medicine*. 2009 Mar 20;23(5):410–7.
15. Benítez-Rosario MA, Ascanio-León B. Palliative sedation: beliefs and decision-making among Spanish palliative care physicians. *Supportive Care in Cancer*. 2019 Oct 21;28(6).
16. Grüne B, Meesters S, Bausewein C, Schildmann E. Challenges and strategies regarding sedation at the end of life in hospitals and nursing homes. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2021 Dec;63(4).
17. van Tol DG, Kouwenhoven P, van der Vegt B, Weyers H. Dutch physicians on the role of the family in continuous sedation. *Journal of Medical Ethics*. 2014 Mar 4;41(3):240–4.
18. Morita T, Chinone Y, Ikenaga M, Miyoshi M, Nakaho T, Nishitaten K, et al. Ethical Validity of Palliative Sedation Therapy: A Multicenter, Prospective, Observational Study Conducted on Specialized Palliative Care Units in Japan. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2005 Oct;30(4):308–19.
19. Krakauer EL, Penson RT, Truog RD, King LA, Chabner BA, Lynch TJ. Sedation for Intractable Distress of a Dying Patient: Acute Palliative Care and the Principle of Double Effect. *The Oncologist*. 2000 Feb;5(1):53–62.
20. Bruinsma SM, van der Heide A, van der Lee ML, Vergouwe Y, Rietjens JAC. No Negative Impact of Palliative Sedation on Relatives' Experience of the Dying Phase and Their Wellbeing after the Patient's Death: An Observational Study. Simeoni U, editor. *PLOS ONE* [Internet]. 2016 Feb 12;11(2): e0149250. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4752210/>
21. Sanft T, Hauser J, Rosielle D, Weissman D, Elsayem A, Zhukovsky DS, et al. Physical pain and emotional suffering: the case for palliative sedation. *The Journal of Pain* [Internet]. 2009 Mar 1; 10(3):238–42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19101211/>
22. Taylor BR, McCann RM. Controlled Sedation for Physical and Existential Suffering? *Journal of Palliative Medicine*. 2005 Feb;8(1):144–7.
23. Morita T, Ikenaga M, Adachi I, Narabayashi I, Kizawa Y, Honke Y, et al. Family experience with palliative sedation therapy for terminally ill cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2004 Dec;28(6):557–65.

24. Rys S, Deschepper R, Deliens L, Mortier F, Bilsen J. Justifying continuous sedation until death: A focus group study in nursing homes in Flanders, Belgium. *Geriatric Nursing*. 2013 Mar;34(2):105–11.
25. Lokker ME, Swart SJ, Rietjens JAC, van Zuylen L, Perez RSGM, van der Heide A. Palliative sedation and moral distress: A qualitative study of nurses. *Applied Nursing Research*. 2018; 40:157–61.
26. Mercadante S, Intravaia G, Villari P, Ferrera P, David F, Casuccio A. Controlled Sedation for Refractory Symptoms in Dying Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2009 May;37(5):771–9.
27. Leheup BF. Enquête sur la perception éthique de la sédation pour détresse en phase terminale auprès du personnel médical et infirmier prenant en charge des patients en fin de vie en Lorraine. *Médecine Palliative: Soins de Support - Accompagnement - Éthique*. 2006 Jun;5(3):131–8.
28. Eun Y, Hong IW, Bruera E, Kang JH. Qualitative Study on the Perceptions of Terminally Ill Cancer Patients and Their Family Members Regarding End-of-Life Experiences Focusing on Palliative Sedation. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2017 Jun;53(6):1010–6.
29. Seymour JE, Janssens R, Broeckaert B. Relieving suffering at the end of life: Practitioners' perspectives on palliative sedation from three European countries. *Social Science & Medicine*. 2007 Apr;64(8):1679–91.
30. Inghelbrecht E, Bilsen J, Mortier F, Deliens L. Continuous Deep Sedation Until Death in Belgium: A Survey Among Nurses. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2011 May;41(5):870–9.
31. van Dooren S, van Veluw HTM, van Zuylen L, Rietjens JAC, Passchier J, van der Rijt CCD. Exploration of Concerns of Relatives During Continuous Palliative Sedation of Their Family Members with Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2009 Sep;38(3):452–9.
32. Guité-Verret A, Boivin J, Andrew, Downar J, Bush SH, Marcoux I, et al. Continuous palliative sedation until death: a qualitative study of palliative care clinicians' experiences. *BMC palliative care*. 2024 Apr 18;23(1).
33. Foley RA, Johnston WS, Bernard M, Canevascini M, Currat T, Borasio GD, et al. Attitudes Regarding Palliative Sedation and Death Hastening Among Swiss Physicians: A Contextually Sensitive Approach. *Death Studies*. 2015 Jun 24;39(8):473–82.
34. Gerber K, Willmott L, White B, Yates P, Mitchell G, Currow DC, et al. Barriers to adequate pain and symptom relief at the end of life: A qualitative study capturing nurses' perspectives. *Collegian*. 2021 Mar;29(1):1–8.

35. National Ethics Committee, Veterans Health Administration. The Ethics of Palliative Sedation as a Therapy of Last Resort. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2007 Dec;23(6):483–91.
36. Morita T. Palliative sedation to relieve psycho-existential suffering of terminally ill cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2004 Nov;28(5):445–50.
37. Gilbertson L, Savulescu J, Oakley J, Wilkinson D. Expanded terminal sedation in end-of-life care. *Journal of Medical Ethics* [Internet]. 2022 Dec 21;49(4):252–60. Available from: <https://jme.bmj.com/content/49/4/252>
38. Hasselaar J. Palliative Sedation: A Medical-Ethical Exploration. In: MacLeod RD, Van den Block L, editors. *Textbook of Palliative Care*. Switzerland: Springer Nature; 2019. p. 1587-1601.
39. Materstvedt LJ, Bosshard G. Deep and continuous palliative sedation (terminal sedation): clinical-ethical and philosophical aspects. *The Lancet Oncology* [Internet]. 2009 Jun; 10(6):622–7. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(09\)70032-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(09)70032-4/fulltext)
40. Levy MH, Cohen SD. Sedation for the relief of refractory symptoms in the imminently dying: A fine intentional line. *Seminars in Oncology*. 2005 Apr;32(2):237–46.
41. ten Have H, Welie JVM. Palliative Sedation Versus Euthanasia: An Ethical Assessment. *Journal of Pain and Symptom Management* [Internet]. 2014 Jan;47(1):123–36. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392413002352>
42. Colburn B, Johnston B. Palliative sedation: autonomy, suffering, and euthanasia. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2023;17(3):214-218.
43. Gurschick L, Mayer DK, Hanson LC. Palliative Sedation. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2014 May 7;32(6):660–71.

Apêndice 1

Extração de dados dos artigos incluídos

Título do artigo, score de qualidade, tipo de estudo	População	Exposição	Resultados	Temas/Barreiras	Notas
<p>Practices of and Perspectives on Palliative Sedation Among Palliative Care Physicians in Ontario, Canada: A Mixed-Methods Study ⁽⁸⁾</p> <p>33</p> <p>Estudo método misto</p>	<p>37 médicos de cuidados paliativos participaram na pesquisa e 22 médicos de cuidados paliativos participaram nas entrevistas semiestruturadas.</p>	<p>Explorar a variabilidade nas definições e na frequência do uso da sedação paliativa, além de identificar os desafios enfrentados pelos médicos e possíveis razões para as mudanças nos padrões de prática ao longo do tempo.</p>	<p>Variabilidade significativa nas práticas de sedação paliativa, com uma falta de padronização nas definições e critérios de uso. Muitos médicos viam a sedação paliativa como uma alternativa à assistência médica à morte e referiram maior conforto na sua aplicação em unidade de cuidados paliativos. O estudo também destacou a necessidade de mais educação e recursos para apoiar esta prática.</p>	<p>Sedação paliativa: uma alternativa à eutanásia?; Antecipar a morte; Inconsistência das <i>guidelines</i>; Experiência dos profissionais de saúde e barreiras institucionais; Perspetiva dos profissionais de saúde.</p>	<p>Estudo realizado em Ontário, Canadá, que envolveu médicos de cuidados paliativos que atuam em diferentes ambientes, incluindo hospitais, unidades de cuidados paliativos e cuidados domiciliares. A pesquisa foi conduzida após a legalização da Assistência Médica à Morte em 2016, o que influenciou a prática e percepções relativamente à sedação paliativa.</p>
<p>Using continuous sedation until death for cancer patients: A qualitative interview study of physicians'</p>	<p>57 médicos (17 do Reino Unido, 22 dos Países Baixos e 18 da Bélgica) e 73 enfermeiros (25 do Reino Unido, 28 dos</p>	<p>Comparar como médicos e enfermeiros de três países europeus (Reino Unido, Bélgica e Países Baixos) descrevem as suas</p>	<p>No Reino Unido descreveram uma prática gradual, variando desde a administração de doses reduzidas de sedativos, até</p>	<p>Diferentes práticas em diferentes países; Antecipar a morte; Sedação paliativa: uma</p>	<p>A compreensão de que a prática ocorre em diversos contextos legais, culturais e de diferentes valores vinculados aos cuidados</p>

<p>and nurses’ practice in three European countries ⁽⁹⁾</p> <p>33</p> <p>Estudo qualitativo</p>	<p>Países Baixos e 20 da Bélgica) que estiveram envolvidos no cuidado de 84 doentes com cancro, que receberam sedação paliativa.</p>	<p>práticas de sedação paliativa, e os fundamentos éticos e clínicos que utilizam para justificar essas práticas.</p>	<p>à sedação profunda. Por outro lado, os profissionais belgas destacaram sedação paliativa, sublinhando a importância do desejo expresso pelo doente. Já os profissionais holandeses enfatizaram a necessidade de uma decisão médica formal, fundamentada no desejo do doente e na presença de sintomas refratários. As respostas revelaram divergências significativas em relação à preservação da consciência, à aceleração do processo de morte, à sedação paliativa como alternativa à eutanásia e ao cumprimento de <i>guidelines</i>.</p>	<p>alternativa à eutanásia?; Estado de consciência; Autonomia do doente; Inconsistência das <i>guidelines</i>.</p>	<p>paliativos e ao fim de vida, pode influenciar os debates, muitas vezes controversos, sobre as práticas e políticas de sedação paliativa.</p>
<p>The involvement of cancer patients in the four stages of decision-making preceding continuous sedation until death: A qualitative study ⁽¹⁰⁾</p> <p>31</p>	<p>Entrevistas a 26 médicos, 30 enfermeiros e 24 familiares que cuidam de 24 doentes oncológicos, que receberam sedação paliativa.</p>	<p>Descrever o processo de tomada de decisão que precede a sedação paliativa, com especial foco na participação do doente nesta decisão.</p>	<p>No Reino Unido, o médico discutia com o doente a possibilidade de sedação, mas a decisão final é exclusiva do clínico. Na Bélgica e nos Países Baixos, o doente iniciava a conversa e o papel do médico limitava-se, maioritariamente, a</p>	<p>Diferentes práticas em diferentes países; Autonomia do doente; Sedação paliativa: uma alternativa à eutanásia?; Inconsistência das <i>guidelines</i>; Comunicação.</p>	<p>Avaliar a tomada de decisão sobre sedação paliativa, em doentes oncológicos, em três países europeus: Bélgica, Países Baixos e Reino Unido. Envolveu diferentes contextos de cuidados: domiciliar,</p>

Estudo qualitativo			avaliar se os critérios médicos eram cumpridos.		hospitalar e unidades de cuidados paliativos.
<p>Reasons for continuous sedation until death in cancer patients: a qualitative interview study ⁽¹¹⁾</p> <p>32</p> <p>Estudo qualitativo</p>	<p>28 médicos e 22 enfermeiros envolvidos no cuidado de 27 doentes oncológicos, que foram submetidos a sedação paliativa.</p>	<p>Analisar mais especificamente a forma como os profissionais de saúde justificam a utilização da sedação paliativa, e quais os fatores que desempenham um papel na decisão de iniciar essa prática.</p>	<p>A decisão de iniciar sedação não se limita apenas às condições clínicas do doente, mas também é influenciada por um vasto leque de fatores não clínicos, como o contexto social e as características e opiniões pessoais de cada doente e dos seus familiares.</p>	<p>Sedação paliativa: uma alternativa à eutanásia?; Inconsistência das <i>guidelines</i>; Perspetiva da família; Dificuldade em identificar sintomas intoleráveis; Expectativa de vida; Sofrimento não físico; Princípio do duplo efeito.</p>	<p>Envolveu vários contextos de cuidados, incluindo unidades de cuidados paliativos, hospitais e cuidados domiciliários, de três países europeus (Bélgica, Países Baixos e Reino Unido).</p>
<p>Palliative sedation for terminally ill cancer patients in a tertiary cancer center in Shanghai, China ⁽¹²⁾</p> <p>28</p> <p>Estudo quantitativo retrospectivo</p>	<p>244 doentes oncológicos, em fim de vida, incluindo 82 doentes sedados, que morreram no Departamento de Terapia Integrada do Fudan University Shanghai Cancer Center, entre março de 2007 e setembro de 2011.</p>	<p>Resumir as características de doentes que foram sedados devido a sintomas refratários, e descrever algumas práticas diferentes na China continental.</p>	<p>A sedação paliativa foi iniciada com o consentimento dos doentes e/ou dos seus familiares, em resposta a sintomas refratários. Em média, o procedimento foi realizado 24h antes do óbito e as principais indicações identificadas para a sedação foram o delirium e a dispneia.</p>	<p>Cultura; Antecipar a morte.</p>	<p>O contexto cultural chinês, que valoriza a decisão familiar sobre a individual, influencia a abordagem da sedação paliativa.</p>
<p>Experiences and perceptions of continuous deep sedation: An interview</p>	<p>31 entrevistados holandeses, incluindo familiares e doentes.</p>	<p>Descrever as perceções e as experiências dos doentes e familiares relativamente à sedação</p>	<p>A maioria dos inquiridos vê a sedação paliativa como uma opção válida de cuidados paliativos,</p>	<p>Comunicação; Sedação paliativa: uma alternativa à eutanásia?; Conhecimento sobre</p>	<p>O aumento significativo da incidência de sedação paliativa nos Países Baixos na última década,</p>

<p>study among Dutch patients and relatives (13)</p> <p>32</p> <p>Estudo qualitativo</p>		<p>paliativa nos Países Baixos.</p>	<p>focada no alívio do sofrimento no fim de vida. As suas experiências negativas estão relacionadas com a falta de informação, e com a angústia que sentem na descontinuidade dos cuidados curativos. Doentes e familiares destacam a importância de participar ativamente na tomada de decisão.</p>	<p>sedação paliativa; Autonomia do doente; Perspetiva da família; Antecipar a morte.</p>	<p>de 8,2% para 18,3%, deve-se, possivelmente, à crescente participação dos doentes e familiares na tomada de decisão.</p>
<p>Deciding about continuous deep sedation: physicians' perspectives A focus group study (14)</p> <p>31</p> <p>Estudo qualitativo</p>	<p>24 médicos divididos em três grupos, compostos por: 10 médicos generalistas, 8 médicos de lares de idosos e 6 especialistas clínicos.</p>	<p>Realizar reuniões grupais de discussão com médicos de diversas áreas, para obter mais informações sobre os argumentos a favor e contra a utilização de sedação paliativa em diferentes situações clínicas, nas quais, frequentemente, se debate se a sua utilização é adequada.</p>	<p>A decisão sobre a prática de sedação paliativa varia entre médicos, refletindo num equilíbrio entre as necessidades e desejos do doente, e as emoções dos profissionais. Embora haja consenso sobre o seu uso em casos de sofrimento físico intenso e expectativa de vida curta, alguns médicos estão dispostos a considerar a sedação para doentes com sofrimento emocional/existencial, ou até mesmo em contextos de pedidos de eutanásia.</p>	<p>Autonomia do doente; Sedação paliativa: uma alternativa à eutanásia?; Sofrimento não físico; Expectativa de vida; Perspetiva dos profissionais de saúde.</p>	<p>Prática médica em cuidados paliativos nos Países Baixos. As <i>guidelines</i> nacionais geralmente limitam o seu uso a doentes com sintomas físicos refratários e expectativa de vida curta, mas a prática real pode divergir dessas recomendações.</p>

<p>Palliative sedation: beliefs and decision-making among Spanish palliative care physicians ⁽¹⁵⁾</p> <p>29</p> <p>Estudo quantitativo</p>	<p>292 médicos responderam a um questionário eletrônico.</p>	<p>Descrever as atitudes dos médicos de cuidados paliativos, em relação à sedação paliativa, a partir da análise de várias vinhetas clínicas.</p>	<p>No geral, os médicos de cuidados paliativos apoiavam o uso da sedação como tratamento proporcional para doentes com sintomas refratários. Aproximadamente 60% dos participantes concordaram com a sedação em casos de sofrimento existencial. A tomada de decisão foi influenciada pelas crenças dos médicos relativamente à eutanásia, ao impacto da sedação na sobrevivência do doente, bem como da experiência do médico.</p>	<p>Sedação paliativa: uma alternativa à eutanásia?; Sofrimento não físico; Perspetiva dos profissionais de saúde.</p>	<p>O estudo foi realizado em Espanha, envolvendo médicos paliativistas. As decisões desses profissionais foram influenciadas por crenças, como a associação da sedação à eutanásia, e pelos seus níveis de experiência, sendo os médicos experientes mais propensos a optar pela sedação para aliviar o sofrimento.</p>
<p>Challenges and Strategies Regarding Sedation at the End of Life in Hospitals and Nursing Homes ⁽¹⁶⁾</p> <p>33</p> <p>Estudo qualitativo</p>	<p>49 profissionais de saúde, incluindo médicos e enfermeiros de hospitais e lares de idosos, com experiência em cuidados paliativos.</p>	<p>Definir estratégias e medidas de apoio face aos desafios relacionados com a sedação paliativa.</p>	<p>Os desafios da sedação no fim de vida dizem respeito a três níveis: individual, interação com os outros e ambiente de trabalho. As estratégias incluem educação, decisões conjuntas e discussões regulares com doentes e familiares.</p>	<p>Autonomia do doente; Conhecimento sobre sedação paliativa; Comunicação; Experiência dos profissionais de saúde e barreiras institucionais; Estado de consciência.</p>	<p>Os principais desafios relacionados à sedação no fim de vida incluem a definição adequada do momento e da dose. Estratégias como capacitação profissional e decisões conjuntas destacam-se como fundamentais para enfrentar barreiras éticas, legais e organizacionais.</p>

<p>Dutch physicians on the role of the family in continuous sedation ⁽¹⁷⁾</p> <p>30</p> <p>Estudo qualitativo</p>	<p>49 médicos, incluindo 19 médicos de família, 14 médicos de lares de idosos e 16 médicos especialistas.</p>	<p>Analisar as experiências de médicos holandeses em relação à sedação paliativa, e compreender o papel da família durante esse processo.</p>	<p>Os médicos consideram o papel da família na sedação paliativa, como importante e potencialmente difícil.</p>	<p>Perspetiva da família; Comunicação; Perspetiva dos profissionais e saúde; Princípio do duplo efeito.</p>	<p>A sedação paliativa nos Países Baixos é regulamentada por <i>guidelines</i> da <i>Royal Dutch Medical Society</i>, que definem as condições sob as quais pode ser aplicada.</p>
<p>Ethical Validity of Palliative Sedation Therapy: A Multicenter, Prospective, Observational Study Conducted on Specialized Palliative Care Units in Japan ⁽¹⁸⁾</p> <p>34</p> <p>Estudo multicêntrico, prospetivo e observacional</p>	<p>102 doentes com cancro terminal, que foram recrutados de 21 unidades de cuidados paliativos.</p>	<p>Explorar se as evidências empíricas apoiam a validade ética da terapêutica de sedação paliativa.</p>	<p>A sedação paliativa geralmente respeita os princípios de duplo efeito, proporcionalidade e autonomia. A intenção dos médicos era aliviar sintomas, não causar a morte.</p>	<p>Princípio do duplo efeito; Princípio da proporcionalidade; Autonomia do doente; Perspetiva da família; Comunicação.</p>	<p>Estudo realizado em unidades de cuidados paliativos no Japão, focado na sedação paliativa para doentes com cancro em fase terminal. Investiga a validade ética dessa prática, abordando questões sobre a intenção dos médicos e a aceitação social da sedação como forma de alívio do sofrimento.</p>
<p>Sedation for Intractable Distress of a Dying Patient: Acute Palliative Care and the Principle of Double Effect ⁽¹⁹⁾</p>	<p>Adulto, 20 anos, sexo masculino, com diagnóstico de hemangioendotelioma epitelióide.</p>	<p>Explorar a prática de sedação paliativa em doentes que enfrentam sofrimento incontrolável em fim de vida.</p>	<p>A sedação deve ser considerada em doentes terminais com sintomas refratários, utilizando o princípio do duplo efeito como guia.</p>	<p>Princípio do duplo efeito; Princípio da proporcionalidade; Autonomia do doente; Sedação paliativa: uma alternativa à eutanásia?; Antecipar a morte;</p>	<p>A sedação para alívio do sofrimento em doentes terminais com sintomas refratários é uma prática ética e necessária, guiada pelo princípio do duplo efeito, que visa</p>

30 Estudo de caso				Perspetiva da família; Comunicação; Perspetiva dos profissionais de saúde.	proporcionar dignidade e conforto ao doente no fim de vida.
No Negative Impact of Palliative Sedation on Relatives' Experience of the Dying Phase and Their Wellbeing after the Patient's Death: An Observational Study ⁽²⁰⁾ 31 Estudo observacional	241 familiares, incluindo 151 familiares de doentes que receberam sedação paliativa e 90 familiares de doentes que não receberam sedação.	Analisar se os familiares de doentes que receberam sedação paliativa apresentam experiências diferentes durante a fase de morte e no seu bem-estar após o falecimento, em comparação com os familiares de doentes não sedados.	A sedação paliativa não impactou negativamente a experiência dos familiares durante o falecimento do doente, nem o seu bem-estar após a morte. Os familiares relataram que a sedação aliviou o sofrimento do doente e que receberam informações claras e adequadas por parte dos profissionais de saúde.	Perspetiva da família; Comunicação; Estado de consciência.	Compreender as consequências da sedação paliativa para os familiares, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias de cuidados que melhorem o processo de morte, tanto para os doentes como para os familiares. O estudo foi realizado nos Países Baixos, onde, a partir de 2002, tanto a eutanásia como o suicídio medicamente assistido foram legalmente permitidos em determinadas condições.
Physical Pain and Emotional Suffering: The Case for Palliative Sedation ⁽²¹⁾ 28 Estudo de Caso	Mulher, 46 anos, diagnosticada com cancro do ovário metastizado.	Analisar o uso de sedação paliativa como uma intervenção ética e eficaz para aliviar o sofrimento físico e emocional em doentes em fim de vida.	A sedação paliativa é uma intervenção ética e necessária para o alívio do sofrimento em doentes com sintomas refratários em fim de vida, que deve ser guiada por princípios éticos, como beneficência e autonomia. Além disso,	Comunicação; Princípio da proporcionalidade; Sofrimento não físico; Autonomia do doente; Princípio do duplo efeito.	Destaca a complexidade do sofrimento em doentes oncológicos, enfatizando a necessidade de uma abordagem integrada que aborde tanto a dor física como o sofrimento emocional, especialmente

			exige uma comunicação clara entre profissionais de saúde, doente e família.		em contextos de cuidados paliativos.
<p>Controlled Sedation for Physical and Existential Suffering? (22)</p> <p>29</p> <p>Estudo de Caso</p>	<p>Mulher, 78 anos, diagnosticada com um tumor facial invasivo em fase terminal.</p>	<p>Analisar a sedação paliativa como método ético e legal para aliviar sofrimento intratável em doentes terminais.</p>	<p>A sedação paliativa para o sofrimento refratário é uma abordagem legal e ética para tratar doentes em fim de vida com dor incontrolável ou sofrimento existencial. Destaca-se que a sedação deve ser considerada após investigação completa das causas do sofrimento, e que a intenção deve ser apenas o alívio da dor, não a indução da morte.</p>	<p>Sedação paliativa: uma alternativa à eutanásia?; Sofrimento não físico; Princípio da proporcionalidade.</p>	
<p>Family Experience with Palliative Sedation Therapy for Terminally Ill Cancer Patients (23)</p> <p>33</p> <p>Estudo quantitativo</p>	<p>185 familiares de doentes em fim de vida que receberam sedação paliativa.</p>	<p>Avaliar a experiência das famílias durante a sedação paliativa e compreender o impacto da mesma no contexto familiar.</p>	<p>78% das famílias ficaram satisfeitas com a sedação paliativa, enquanto 25% relataram angústia significativa. A insatisfação esteve associada, principalmente, à falta de informações e às preocupações sobre o impacto da sedação na vida do doente. A angústia foi intensificada pela responsabilidade da tomada de decisão e pela</p>	<p>Comunicação; Antecipar a morte; Perspetiva da família; Estado de consciência.</p>	<p>Avalia a satisfação e o nível de angústia das famílias de doentes oncológicos que receberam sedação paliativa em unidades de cuidados paliativos no Japão, e identifica os fatores que influenciam essas percepções.</p>

			perceção de falta de empatia por parte dos profissionais de saúde.		
<p>Justifying continuous sedation until death: A focus group study in nursing homes in Flanders, Belgium ⁽²⁴⁾</p> <p>29</p> <p>Estudo qualitativo</p>	<p>48 profissionais de saúde incluindo médicos, enfermeiros e auxiliares de cuidados.</p>	<p>Explorar as circunstâncias sobre as quais os profissionais de saúde consideram a sedação paliativa justificável, destacando desafios éticos e práticos.</p>	<p>A sedação paliativa é justificável em casos de sofrimento refratário, incluindo sofrimento existencial. No entanto, desafios como a avaliação do sofrimento em doentes com demência, dificuldade em prever o prognóstico e pressões familiares dificultam a adesão às <i>guidelines</i>.</p>	<p>Autonomia do doente; Expectativa de vida; Antecipar a morte; Dificuldade em identificar sintomas intoleráveis; Inconsistência das <i>guidelines</i>.</p>	<p>Estudo realizado em lares de idosos em Flandres, Bélgica, onde esta prática tem aumentado ao longo dos últimos anos.</p> <p>Realça a necessidade de <i>guidelines</i> mais claras e formação para melhorar a prática clínica.</p>
<p>Palliative sedation and moral distress: A qualitative study of nurses ⁽²⁵⁾</p> <p>33</p> <p>Estudo qualitativo</p>	<p>36 enfermeiros que trabalham em diferentes contextos de cuidados paliativos.</p>	<p>Analisar os relatos de enfermeiros sobre a prática de sedação paliativa, com foco nas suas experiências.</p>	<p>Os enfermeiros enfrentam, frequentemente, sofrimento moral ao depararem-se com situações em que acreditam que a sedação paliativa é do interesse do doente, mas sentem-se impedidos de agir. Por vezes, sentem-se pressionados a iniciar a sedação, mesmo quando nem todas as opções de alívio do sofrimento foram</p>	<p>Perspetivas dos profissionais de saúde; Perspetivas da família; Comunicação; Expectativa de vida; Inconsistência das <i>guidelines</i>.</p>	<p>Investiga a prática de sedação paliativa em contextos de cuidados de fim de vida nos Países Baixos.</p>

			devidamente avaliadas.		
<p>Controlled Sedation for Refractory Symptoms in Dying Patients ⁽²⁶⁾</p> <p>30</p> <p>Estudo de coorte prospectivo</p>	<p>77 doentes oncológicos que morreram numa unidade de cuidados paliativos durante o período de observação, dos quais 42 foram submetidos a sedação paliativa.</p>	<p>Avaliar a necessidade e a eficácia da sedação em doentes terminais, além de investigar as perceções e opiniões dos familiares sobre todo o processo.</p>	<p>A sedação paliativa foi eficaz e segura para aliviar o sofrimento de doentes terminais com sintomas refratários. A maioria dos familiares considerou a decisão apropriada. Além disso, os doentes sedados tiveram um tempo de sobrevivência mais longo em comparação com aqueles que não foram sedados, sugerindo que a sedação pode ser um indicador de proximidade da morte, e não uma causa de morte antecipada.</p>	<p>Comunicação; Princípio do duplo efeito; Antecipar a morte; Perspetiva da família; Autonomia do doente; Cultura.</p>	<p>Foi realizado numa unidade de cuidados paliativos de um centro oncológico em Sicília, Itália.</p>
<p>Enquête sur la perception éthique de la sédation pour détresse en phase terminale auprès du personnel médical et infirmier prenant en charge des patients en fin de vie en Lorraine ⁽²⁷⁾</p> <p>35</p>	<p>141 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) responderam a um questionário.</p>	<p>Identificar a frequência com que médicos e enfermeiros que realizam sedação paliativa enfrentam dilemas éticos complexos.</p>	<p>Entre os profissionais de saúde que já realizaram sedação paliativa, apenas 14,7% relataram não enfrentar dilemas éticos durante a prática. Além disso, 96,4% defendem que a intenção principal deve ser exclusivamente aliviar o sofrimento, não provocar a morte. 87,3% considera que a intenção</p>	<p>Autonomia do doente; Antecipar a morte; Perspetiva da família; Dificuldade em identificar sintomas intoleráveis; Sedação paliativa: uma alternativa à eutanásia?; Princípio do duplo efeito.</p>	<p>Explora a prática de cuidados paliativos em doentes terminais que enfrentam sofrimento refratário na região da Lorraine, França.</p> <p>A intenção deve estar alinhada com a ação, garantindo que esta última se torne um reflexo fiel do propósito inicial.</p>

<p>Estudo quantitativo</p>			<p>do médico pode ser avaliada por terceiros.</p>		
<p>Qualitative Study on the Perceptions of Terminally Ill Cancer Patients and Their Family Members Regarding End-of-Life Experiences Focusing on Palliative Sedation (28)</p> <p>31</p> <p>Estudo qualitativo</p>	<p>13 familiares e/ou doentes com cancro terminal hospitalizados, com expectativa de vida inferior a três meses.</p>	<p>Explorar as experiências e perceções dos doentes com cancro terminal e familiares em relação à sedação paliativa.</p>	<p>Doentes oncológicos terminais e os seus familiares expressaram desejos ambivalentes em relação à vida e à morte. Além disso, enfrentaram desafios relacionados à comunicação sobre a morte e demonstraram falta de conhecimento acerca da sedação paliativa.</p>	<p>Comunicação; Conhecimento sobre sedação paliativa; Perspetiva da família; Autonomia do doente.</p>	<p>Estudo realizado na Coreia, com o intuito de compreender os pensamentos e sentimentos dos doentes terminais e dos seus familiares relativamente ao fim de vida, à necessidade de sedação paliativa e ao processo de tomada de decisão.</p>
<p>Relieving suffering at the end of life: Practitioners' perspectives on palliative sedation from three European countries (29)</p> <p>29</p> <p>Estudo qualitativo</p>	<p>11 médicos, 14 enfermeiros e 10 investigadores.</p>	<p>Compreender as perspetivas e experiências de profissionais de saúde em relação à sedação paliativa, incluindo as suas implicações clínicas, éticas e sociais em três países europeus (Reino Unido, Bélgica e Países Baixos).</p>	<p>As perceções sobre a sedação paliativa variam entre os profissionais de saúde nos três países, refletindo contextos legais e éticos distintos. No Reino Unido, a sedação é vista como uma prática de último recurso, enquanto na Bélgica e nos Países Baixos, é considerada uma opção mais aceitável e comparável à eutanásia.</p>	<p>Sedação paliativa: uma alternativa à eutanásia?; Autonomia do doente; Antecipar a morte; Diferentes práticas em diferentes países.</p>	<p>Explora de que forma os profissionais de saúde e investigadores percecionam a relação entre sedação paliativa e eutanásia. Analisa as implicações éticas e sociais destas práticas, especialmente no contexto da relação médico-doente/família. Investiga ainda as experiências dos profissionais ao enfrentar o dilema de equilibrar a autonomia do paciente</p>

					com o alívio do sofrimento em fim de vida.
<p>Continuous Deep Sedation Until Death in Belgium: A Survey Among Nurses ⁽³⁰⁾</p> <p>31</p> <p>Estudo quantitativo</p>	<p>250 enfermeiros envolvidos nos cuidados dos doentes que receberam sedação paliativa.</p>	<p>Estudar o processo de comunicação entre enfermeiros, doentes, familiares e médicos antes do início da sedação paliativa e entender a percepção dos enfermeiros face a essa prática.</p>	<p>Cerca de 48,4% dos enfermeiros relataram que a decisão de iniciar sedação foi tomada parcialmente com a intenção de apressar a morte, enquanto 28,4% tiveram essa intenção de forma explícita. Além disso, destacaram que a comunicação entre enfermeiros e médicos foi insuficiente.</p>	<p>Comunicação; Antecipar a morte; Sedação paliativa: uma alternativa à eutanásia?; Perspetiva dos profissionais de saúde.</p>	<p>Este estudo foi realizado em Flandres, Bélgica.</p> <p>Necessidade de melhorar a comunicação entre enfermeiros, médicos e familiares na prática de sedação paliativa, de forma a garantir um entendimento claro das intenções e implicações dessa intervenção.</p>

Apêndice 2

Qualidade dos estudos (Hawker et al.'s, 2002)

<i>Autores/ano de publicação</i>	<i>Título e Abstract</i>	<i>Introdução e objetivos</i>	<i>Metodologia e Dados</i>	<i>Amostra</i>	<i>Análise de dados</i>	<i>Ética e Viés</i>	<i>Resultados</i>	<i>Transferibilidade, Generalização</i>	<i>Implicações e Utilidade</i>	<i>Total</i>
<i>Nolen et al., 2024</i>	4	4	4	4	4	3	4	4	4	35
<i>Seymour et al. 2014</i>	4	3	4	3	4	4	4	3	4	33
<i>Robijn et al. 2018</i>	4	3	4	4	4	3	4	4	3	33
<i>Robijn et al. 2015</i>	3	4	4	4	4	3	4	3	3	32
<i>Gu et al. 2015</i>	4	4	4	4	4	2	3	4	4	33
<i>Jonker et al. 2023</i>	4	2	4	4	4	3	4	3	4	32
<i>Rietjens et al. 2009</i>	3	3	3	3	4	2	4	3	3	28
<i>Benítez - Rosario et al. 2019</i>	4	3	4	3	4	2	3	3	3	29
<i>Grüne et al. 2021</i>	4	3	4	3	4	2	4	2	4	30
<i>van Tol et al. 2015</i>	3	3	3	2	4	1	3	2	4	25

<i>Morita et al. 2005</i>	4	3	4	4	2	2	4	3	4	30
<i>Krakauer et al. 2000</i>	3	2	2	2	1	1	3	2	3	19
<i>Bruinsma et al. 2016</i>	4	4	4	4	4	4	4	3	4	35
<i>Sanft et al. 2009</i>	1	2	2	3	1	1	3	3	2	18
<i>Taylor et al. 2005</i>	1	2	2	3	1	1	3	3	3	19
<i>Morita et al. 2004</i>	4	3	4	4	4	2	3	3	3	30
<i>Rys et al. 2013</i>	3	3	4	4	4	4	4	3	4	33
<i>Lokker et al. 2018</i>	4	4	4	4	4	2	4	4	3	33
<i>Mercadante et al. 2009</i>	3	3	4	3	3	4	3	3	3	29
<i>Leheup 2006</i>	3	4	3	3	2	2	4	3	3	27
<i>Eun et al. 2017</i>	4	4	4	3	4	2	3	3	3	30
<i>Seymour et al. 2007</i>	3	2	4	4	3	2	4	4	4	30
<i>Ingelbrecht et al. 2011</i>	4	3	4	4	4	3	3	4	3	32