

SEDAÇÃO DE PACIENTES NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

*SEDATION OF PATIENTS IN THE UNIT OF
INTENSIVE THERAPY*

Ludmila C. Mendes¹

Luís F. S. Mulaski¹

Luiz Antonio F. Figueira¹

Luíza A. P. Vieira¹

Mairon M. da Silva¹

Márdio L. C. D. Alves¹

¹ Alunos de graduação de medicina do
7º período do Unifeso

Daniel Negrini²

² Professor do curso de medicina do Unifeso

RESUMO

Introdução: A prática da sedação em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) é de grande prevalência, tendo como objetivo atenuar efeitos negativos associados aos cuidados intensivos, tais como: ventilação mecânica (VM), intubação orotraqueal, sondagem vesical e enteral, punções venosas arteriais; minimizando a ansiedade do paciente, mantendo-o responsivo aos estímulos e confortável sob ventilação mecânica.

Objetivo: O presente estudo tem como objetivo a compreensão da analgesia e sedação no ambiente de terapia intensiva, bem como demonstrar os benefícios associados à adoção de um protocolo de sedação para os pacientes e profissionais de saúde envolvidos no cuidado.

Metodologia: Através dos Descritores em Saúde foi realizado uma pesquisa nas bases de dados SciELO, PubMed e Google Acadêmico, sendo selecionados 16 trabalhos científicos além de um protocolo hospitalar de analgesia e sedação e dois livros de farmacologia.

Resultados: Constata-se a importância de selecionar os medicamentos adequadamente e promover medidas de intervenção que visem a criação de um protocolo de atendimento padronizado, com o intuito de evitar sedações excessivas e reduzir desta forma o tempo de

internação dos pacientes na Unidade de Terapia Intensiva.

Descritores: Sedação; Prognóstico; Hipnóticos e sedativos; Intubação intratraqueal; Ventilação mecânica.

ABSTRACT

Introduction: The practice of sedation in Intensive Care Units (ICUs) is highly prevalent, aiming to attenuate negative effects associated with intensive care, such as: mechanical ventilation (MV), orotracheal intubation, bladder and enteral catheterization, venous and arterial punctures; minimizing the patient's anxiety, keeping him responsive to stimuli and comfortable under mechanical ventilation.

Objective: This study aims to understand the analgesia and sedation in the intensive care setting, as well as to demonstrate the benefits associated with the adoption of a sedation protocol for patients and health professionals involved in care.

Methodology: Through the Descriptors in Health a research was carried out in the databases Scielo, PubMed and Google Academic, being selected 16 scientific works besides 1 hospital protocol of analgesia and sedation and 2 books of pharmacology.

Results: It is important to select the medications appropriately and to promote intervention measures aimed at the creation of a protocol of standardized care, in order to avoid excessive sedation and reduce in this way the time of hospitalization of patients in the Intensive Care Unit.

Keywords: Sedation, Prognosis, Hypnotics and Sedatives, Intubation Intratracheal, Mechanical Ventilation.

INTRODUÇÃO

Pacientes podem ser admitidos em unidades de terapia intensiva (UTI) por vários motivos, especialmente quando se trata de unidades especializadas em cuidados pós-operatórios¹. A internação na UTI se associa, na maioria das vezes, a procedimentos invasivos, tais como: ventilação mecânica (VM), intubação orotraqueal, sondagem vesical e enteral, punções venosas e arteriais². Somado a isso, a rotina das UTI é definida por ritmo ininterrupto e atividade constante, estímulos luminosos e sonoros, além do uso de aparelhos desconhecidos, provocando medo e ansiedade³. Auto-extubação, retirada indevida de cateteres venosos e arteriais, não cooperação em atividades terapêuticas, lacerações ou fraturas devido à agitação psicomotora contribuem para o prolongamento da permanência do paciente na UTI e no próprio hospital¹.

A atenuação ou eliminação dos fatores que causam agitação psicomotora como a dor e o desconforto, se associam a uma redução do tempo de internação do paciente, evitando a realização de exames laboratoriais desnecessários e poupando tempo e dedicação de outros profissionais da unidade, reduzindo a oneração do sistema de saúde¹. Por conta disso, admite-se que a sedação é um componente importante no cuidado de pacientes graves, principalmente aqueles com necessidade de ventilação mecânica⁴.

Atualmente, no Brasil, existem cerca de 41.741 leitos de UTI⁵ e 30% a 50% dos pacientes internados nessas unidades recebem alguma forma de sedação³ com o objetivo de diminuir os efeitos negativos associados à agitação psicomotora, citados acima. As principais indicações de sedação são: Redução da ansiedade (23,47%), controle do metabolismo (6,08%), prevenção de lembranças de memórias desagradáveis, melhorar o sincronismo com o ventilador (58,26%), possibilitar realização de procedimentos (12,17%).

A sedação é o ato de sedar, palavra de origem do latim *sedatum*, que significa moderar a ação excessiva, serenar, acalmar uma pessoa que se encontra excitada; também pode ser entendido como remoção ou atenuação de estado de ansiedade por meios farmacológicos³. Atualmente entende-se que sedação é a administração de medicamentos com o objetivo de proporcionar conforto ao paciente através da diminuição do nível de consciência com o uso de drogas. Ela pode ser classificada em leve, ou ansiólise; moderada, ou sedação consciente; e sedação profunda⁶.

Sedação leve: consiste na diminuição do nível de consciência com a manutenção da resposta a comandos verbais, sendo que as funções de coordenação e cognitiva podem estar comprometidas; além disso, é caracterizada por ausência de alterações nas funções respiratórias e cardiovasculares, sendo permitido o uso de benzodiazepínicos (midazolam e diazepam), opioides (fentanil) e propofol, desde que seja feita apenas uma das medicações.

Sedação moderada: é caracterizada pela diminuição do nível de consciência induzida por drogas, permitindo a resposta a estímulos verbais ou táteis; a respiração e ventilação encontram-se adequadas, podendo ser necessária intervenção, e a função cardiovascular está normalmente mantida.

Sedação profunda: é caracterizada pela depressão de consciência por meio farmacológico, no qual só há resposta a estímulos dolorosos repetidos; neste a função respiratória e permeabilidade das vias aéreas podem ser alteradas, sendo necessária intervenção na via aérea e a função cardiovascular encontra-se preservada.

A sedação feita de forma adequada é fundamental no cuidado de pacientes graves que necessitam de ventilação mecânica. A sedação profunda está associada a diversos desfechos negativos, como aumento do tempo em ventilação mecânica, *delirium*, alterações de memória, e maior mortalidade a curto e longo prazos. Tais efeitos indesejáveis da sedação profunda podem ser atenuados por meio do uso de protocolos de sedação que preconizam níveis mais leves ou superficiais de sedação⁴, minimizando a ansiedade do paciente, mantendo-o responsivo aos estímulos e confortável sob ventilação mecânica⁷.

Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo a compreensão da analgesia e sedação no ambiente de terapia intensiva, bem como demonstrar os benefícios associados à adoção de um protocolo de sedação para os pacientes e profissionais de saúde envolvidos no cuidado.

OBJETIVOS

Primário: Compreender a analgesia e sedação no ambiente de terapia intensiva.

Secundário: Demonstrar os benefícios associados à adoção de um protocolo de sedação para os pacientes e profissionais de saúde.

MÉTODOS

No intuito de solucionar os objetivos acima, iniciou-se uma pesquisa nas bases de dados SciELO, PubMed e Google Acadêmico. Nestas foram utilizados os Descritores em Ciências e Saúde da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) Sedação, Prognóstico, Hipnóticos e Sedativos, Intubação Intratraqueal e Ventilação Mecânica, em inglês e português. Na base de dados SciELO com uso dos descritores “sedação e ventilação mecânica” se encontrou 40 artigos; no PubMed foi utilizado “Sedation Mechanical Ventilation Hypnotics and Sedatives Intubation Intratracheal” identificando 64 artigos e no Google Acadêmico utilizou-se os descritores “Sedação, Prognóstico, Hipnóticos e Sedativos, Intubação Intratraqueal, Ventilação Mecânica” encontrando 84 documentos. No total foram encontrados 188 documentos e utilizado como critérios de inclusão maior nível de evidência, trabalhos mais novos e aqueles que continham informações úteis para compreensão do questionamento do presente estudo. Além disso, também foram adicionados protocolos de hospitais de referência no Brasil, informações de bases estatísticas e monografia. Por fim, utilizou-se 16 trabalhos científicos, um protocolo hospitalar de analgesia e sedação e dois livros de farmacologia.

DESENVOLVIMENTO

Durante a internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), os pacientes convivem com o medo, a ansiedade e a dor⁸. A rotina das UTIs é definida pelo ritmo ininterrupto e atividade constante, estímulos

luminosos e sonoros, além do uso de aparelhos desconhecidos, provocando mais medo e ansiedade³. Além disso, observou-se que a intensidade da dor sentida pelos pacientes é diretamente proporcional com a taxa de estresse, agitação e mortalidade na UTI.

Sabe-se que com o estresse e a ansiedade, há liberação de catecolaminas e mediadores hormonais, com funções catabólicas, que aumentam a demanda de oxigênio e, conseqüentemente, em organismos debilitados, a morbidade e mortalidade¹. Por isso, a utilização de sedativos e analgésicos é de suma importância, fornecendo conforto, diminuindo o estresse, eludindo o prolongamento da internação e melhorando os desfechos clínicos, como a mais rápida saída da VMI⁸.

A utilização de sedo-analgésicos em pacientes internados na UTI é complexa e delicada uma vez que há inúmeras intercorrências, interações medicamentosas e contraindicações. Outros fatores que contribuem para a inadequada sedação e controle da dor são condutas médicas sem padrão, uso de protocolos sem fundamento, resistência de profissionais para atualizar suas condutas, avaliação errônea do controle da dor e despreparo por parte dos profissionais nesse âmbito⁸.

Há inúmeras indicações para a utilização de sedo-analgésicos na UTI, como o melhor controle da dor, da ansiedade e da agitação; promover amnésia; otimizar e sincronizar com a ventilação mecânica; evitar a perda de cateteres e tubos endotraqueais; reduzir o metabolismo celular, entre outros⁷. Diversos são os procedimentos nos quais essas indicações estão presentes, sendo uma das mais frequentes a necessidade de intubação e da Ventilação Mecânica Invasiva^{1,3}.

Nas últimas três décadas, inúmeras são as classes farmacológicas que vêm sendo utilizadas e aperfeiçoadas em busca da “sedação ideal”, como os benzodiazepínicos, opioides, alfa2-agonistas e hipnóticos endovenosos⁹.

Hipnóticos

Cinco drogas são comumente usadas para indução da anestesia: propofol, cetamina, etomidato, tiopental e midazolam.

Propofol

(1-3mg/kg): Estudos relatam o uso do propofol como hipnótico em 74,5% das ISR (intubações por sequência rápida). O propofol é um derivado alquil-fenólico que possui propriedades sedativas, antieméticas, anticonvulsivantes e hipnóticas, porém não analgésicas, utilizado em anestésias como indutor, pois devido à sua alta lipossolubilidade, é rapidamente distribuído aos tecidos ricamente vascularizados¹. O propofol demonstra uma série de propriedades adequadas para sedação em UTI, como meia-vida de ação extremamente curta, mesmo em infusões prolongadas, e pode ser melhor opção que o midazolam em uma série de situações. Além disso, o propofol mostrou condições de intubação adequadas, atenuando os reflexos laríngeos de forma mais eficiente que qualquer outra droga, porém com a desvantagem da instabilidade hemodinâmica e elevado custo. Estudos relatam o uso do propofol como hipnótico em 74,5% das ISR (intubações por sequência rápida) 3,10.

É geralmente usado no cenário de pacientes hemodinamicamente estáveis. Já em pacientes hipovolêmicos ou idosos, a dose é reduzida drasticamente¹¹. É um fármaco hipnótico sedativo usado principalmente na indução e manutenção de anestesia, capaz de potencializar o fluxo de cloreto de GABA (ácido gama-aminobutírico) ao se conectar ao receptor GABA na subunidade beta, dessa forma, é inibida a liberação de ACh (acetilcolina) no córtex pré-frontal e hipocampo gerando efeitos significativos na sedação¹².

Midazolam

(0,1-0,2mg/kg): O midazolam é o benzodiazepínico mais comumente utilizado como adjuvante anestésico e/ou para indução e manutenção de anestesia, e é também o benzodiazepínico mais utilizado na sedação em Unidades de Terapia Intensiva. Os benzodiazepínicos são mais comumente utilizados para sedação e não na anestesia, sendo considerados na maioria das vezes como adjuvantes anestésicos, visto que, em doses anestésicas resultam em amnésia prolongada e sedação excessiva.

Os benzodiazepínicos atuam na ocupação do receptor, que controla a ação do ácido g-aminobutírico (GABA), o mais prevalente e essencial neurotransmissor inibitório do SNC. Esse fármaco age alostericamente, sobre o receptor para posteriormente interagir com o GABA. As consequências dos benzodiazepínicos incluem redução da ansiedade, amnésia anterógrada sedação, relaxamento muscular, atividade anticonvulsivante e hipnose.

Nesse contexto, é importante mencionar que o mecanismo de ação benzodiazepínicos sobre o organismo envolve a redução do fluxo sanguíneo cerebral (FSC), além da taxa metabólica cerebral. Assim, torna-se um fármaco eficaz para a diminuição da pressão intracraniana, prevenindo a hipotensão de tal forma que mantenha em níveis adequados a pressão de perfusão cerebral^{12,13}.

Dexmedetomidina (Precedex):

Classificada como ansiolítico, sedativo e hipnótico. Seu nome comercial é Precedex e se trata de um agonista seletivo do receptor alfa-2 adrenérgico com propriedades sedativas. Este fármaco é rapidamente distribuído pelo organismo e se liga às proteínas plasmáticas em uma taxa de aproximadamente 94%. Possui meia-vida de eliminação de aproximadamente duas horas e meia-vida de distribuição de cerca de seis minutos.

A dexmedetomidina não deve ser infundida por período superior a 24 horas e deve ser administrada por infusão intravenosa.

A sedação realizada com dexmedetomidina, em pacientes adultos internados em UTI e submetidos à ventilação mecânica está associada a uma menor prevalência de *delirium* em comparação com infusão de benzodiazepínico. Pacientes sedados com dexmedetomidina interagem mais e são despertados com maior facilidade apresentando mínima depressão respiratória sendo o único sedativo aprovado nos Estados Unidos para pacientes não intubados¹².

Cetamina

(1-2mg/kg): Apesar de ser uma droga não indicada na sedação ou analgesia de rotina em Unidades de Terapia Intensiva, a cetamina pode ser eficiente nos procedimentos de analgesia e de curta duração, como por exemplo nas trocas de curativos em pacientes queimados. Um dos mais importantes efeitos colaterais é a intensa estimulação adrenérgica, gerando elevação da pressão arterial e da frequência cardíaca. Esses estímulos são deletérios aos pacientes¹⁰.

Tiopental

(3-5mg/kg): tem o efeito mais rápido e previsível, com menos instabilidade hemodinâmica que o propofol. No entanto, pode haver problemas com a disponibilidade e sequelas prejudiciais, caso haja extravasamento ou injeção intra-arterial. O tiopental sódico é utilizado na terapia intensiva principalmente no controle da pressão intracraniana e não é recomendado como sedativo por conta dos efeitos amnésicos e também das suas atividades miocárdio-depressoras e vasodilatadoras, que conseqüentemente gera a taquicardia e hipotensão arterial¹⁰.

Etomidato

(0,3mg/kg): O etomidato é o agente de indução mais utilizado na emergência para a realização de procedimentos de curta duração, possivelmente pela estabilidade hemodinâmica associada a sua administração, no entanto, a supressão adrenocortical é relatada, mesmo depois de dose única, como mais pronunciada e indesejada em pacientes sépticos. Por conta disso, não é recomendado para utilização contínua^{10,13}.

Bloqueadores neuromusculares

Suxametônio (succinilcolina): Droga preferencial (68,6% dos casos de ISR) como bloqueador neuromuscular¹⁰. Geralmente ele é facilmente disponível e confiável. Utilizando a dose completa (1-2mg/kg) produz fasciculações, paralisia e excelentes condições de intubação no tempo de uma circulação (15-45 segundos).

Efeitos adversos são bem reconhecidos, embora incomuns. Mialgia é o mais comum, mas podem ocorrer bradicardia, parada cardíaca induzida por hipercalemia, anafilaxia e desencadeamento de hipertermia maligna^{11,13}.

Rocurônio

É um agente alternativo. Em altas doses, o relaxamento profundo é obtido em 45-60 segundos. Uma desvantagem é a ausência de fasciculações, assim outros métodos para assegurar paralisia laríngea adequada devem ser utilizados. Anafilaxia continua sendo uma possibilidade, mas o risco de mialgia, hipercalemia e hipertermia maligna é evitado.

Um benefício adicional do rocurônio é a existência de um agente de reversão específico. Sugammadex se liga avidamente ao rocurônio, deixando-o indisponível para se ligar à junção

neuromuscular e revertendo seu efeito. Isso é útil para reversão eletiva antes da extubação e também para restaurar a função neuromuscular rapidamente se exigido pelo plano de via aérea difícil¹¹.

Adjuvantes farmacológicos

Opioides são comumente usados: **fentanil** (1-2mcg/kg), **alfentanil** (10-15mcg/kg) ou remifentanil (0,5-1 mcg/kg). Todos de ação rápida suficiente para ISR.

Fentanil:

Opioide de escolha dos anestesistas (83%) na ISR¹⁰. Trata-se de um opióide sintético, agonista de receptor opioide, cuja potência analgésica é de 80-100 vezes superior à morfina e dez vezes mais potente que a meperidina¹².

Em doses anestésicas raramente produz depressão cardiovascular. Em doses elevadas pode causar rigidez muscular. Com administração de doses repetidamente, o fármaco pode acumular no organismo, podendo causar depressão respiratória. É metabolizado principalmente pelo fígado e sua excreção se dá pela urina e fezes¹².

Lidocaína:

A lidocaína deve ser avaliada atentamente quando utilizada em combinação com fármacos que atingem as isoenzimas CYP. Como a lidocaína é um medicamento de elevada extração, os fármacos que reduzem o fluxo sanguíneo hepático (β -bloqueadores) podem necessitar de monitorização e mudanças na dose de lidocaína.

O mecanismo de ação no sistema nervoso central (SNC) se expressa em sedação, nistagmo, fala enrolada, confusão, agitação, convulsões e parestesia, que na maioria das vezes restringe o tempo de infusão¹⁴.

Além da classe e da combinação de drogas empregadas, outros pontos acerca da sedação empregada nesses doentes têm sido foco de discussões, como o grau de sedação, o tempo de permanência nesse estado (ininterrupto ou não) e o emprego de protocolos padronizados^{4, 15, 16 e 17}.

Pacientes que precisaram ser intubados e encontravam-se em ventilação mecânica invasiva (VMI) eram mantidos, antigamente, em sedação profunda. Contudo, atualmente, tal sedação é mantida preferentemente de forma superficial, pois, junto a outros novos métodos de sedação, foi possível melhorar a interação paciente e ambiente, melhorando a adesão a tipos de VMI mais fisiológicas, junto à melhora da incidência de complicações, como pneumonia, e da mortalidade, e a antecipação da saída do doente da VMI¹⁵.

A sedação é um método de extrema importância no tratamento de pacientes graves, e, principalmente aos que necessitam de ventilação mecânica. Mas um nível alto de sedação pode ocasionar complicações no estado de saúde do paciente, podendo haver alterações na memória, *delirium* e até mesmo aumentar seu nível de mortalidade. A sedação é indicada para a redução do consumo de oxigênio,

diminuição das taxas de ansiedade e principalmente como uma forma de cuidado para que o paciente não tenha memórias desagradáveis dos procedimentos realizados⁴.

O uso de estratégias de protocolo de sedação é essencial para que os efeitos prejudiciais à saúde sejam amenizados, fazendo com que o nível de sedação seja diminuído, assim como a interrupção diária passe a ser utilizada. Os protocolos de sedação incluem um aumento nos dias livres de ventilação mecânica, assim alinhando também a um menor índice de internação hospitalar. O uso de protocolo por sua vez, permite com que o nível de sedação do paciente seja mais leve, fazendo com que os riscos à saúde sejam diminuídos. Mas precisamos estar cientes de que o uso dessas estratégias não é universal, assim não havendo o conhecimento de qual estratégia seria mais eficaz quando comparada a outra⁴.

A interrupção diária da sedação (IDS), faz com que haja a diminuição de estresse, ansiedade, além de fazer com que tenha uma sincronia entre o paciente e o ventilador. Outro principal objetivo da IDS é fazer com que diminua o tempo de internação do paciente na UTI, e também diminui o acúmulo de sedativos no metabolismo do paciente⁴.

A minimização da sedação é imperativa, levando-se em conta os efeitos deletérios da sedação excessiva. Protocolos de sedação e interrupção diária da sedação têm sido estudados há mais de 15 anos, mostrando benefícios em desfechos importantes e segurança quanto a eventos adversos, como extubação acidental, falha de extubação e desfechos psicológicos a longo prazo⁴.

Um estudo recente avaliou os principais impactos dessas estratégias, e foram divididos em dois grupos nos quais o primeiro foi composto por pacientes que receberam “cuidados usuais” e o segundo foi composto por pacientes submetidos à ventilação mecânica. Esse estudo teria por objetivo comparar os dois métodos propostos, além de avaliar os possíveis desfechos dos casos⁴.

Como conclusão inicial, os dados observacionais desses estudos, mostraram uma redução no tempo de ventilação mecânica, bem como a diminuição da taxa de mortalidade e o tempo de internação. Como resultados seguintes, a revisão sistemática indicou uma redução no tempo de UTI, internação hospitalar, bem com o uso das ambas estratégias de redução de sedação⁴.

Os protocolos de sedação associaram-se a um aumento do número de dias livres de ventilação mecânica (diferença média = 6,70 dias; IC95% 1,09 - 12,31 dias; $I^2 = 87,2\%$). Os protocolos de sedação associaram-se a uma menor duração da internação hospitalar (diferença média = -5,05 dias; IC 95% - 9,98 - -0,11 dias; $I^2 = 69\%$)⁴.

Contudo, podemos concluir que tanto a utilização de protocolos quanto a interrupção diária de sedativos necessitam ser adotados com o objetivo de restringir os efeitos mórbidos da sedação excessiva. No entanto, como podemos observar, os usos dessas mesmas estratégias não são universais, logo fazendo com que não haja um estudo completo comprovando a melhor eficácia em um dos métodos. Além do mais, os primeiros estudos mostraram uma preferência do seguimento do protocolo, pois o mesmo tem influência quanto à carga de trabalho das enfermeiras, fazendo com que haja a necessidade de um profissional a mais por paciente⁴.

Enquanto a aprovação do protocolo de sedação foi semelhante em médicos e enfermeiros, os enfermeiros aprovaram muito menos que os médicos a interrupção diária da sedação. Os enfermeiros consideraram que o protocolo de sedação era mais fácil de ser usado e permitia maior conforto para os pacientes⁴.

Sedação profunda vs Sedação leve

A sedação profunda é um meio utilizado principalmente em pacientes com um estado mais crítico, mas esse tipo de sedação ainda faz com que possa haver complicações no estado do paciente. A sedação leve é um procedimento que vem sendo cada vez mais utilizado nos tratamentos hospitalares, o mesmo demonstra maiores benefícios para a recuperação dos pacientes, tais como a diminuição no tempo VMI, a prevenção de complicações no tratamento, além da diminuição na taxa de mortalidade.

Um dos maiores benefícios na utilização da sedação seria o conforto que a mesma passa, fazendo com que o paciente não sinta dor. Um estudo foi realizado em 240 pacientes, dados quanto à idade, tempo de internação na UTI, presença de dor comportamental e/ou por autorrelato e escore RASS foram analisados. Foi notado que nenhum paciente declarou dor comportamental intensa, mas 161 dos 240 pacientes avaliados apresentaram: 93 (57,8%) sem dor; 59 (36,6%), dor leve; e 9 (5,6%), dor moderada¹⁷.

*“Dos pacientes com **sedação leve** – 66 pacientes: 63,6% homens e 36,4% mulheres; 21,2% casos clínicos e 78,8% cirúrgicos; 80% tiveram alta, 12,1% óbito na UTI e 7,6% óbito no hospital. Idade média de 48,9 anos; tempo de internação médio 12,2 dias; dor comportamental média 3,5¹⁷.*

*Dos pacientes com **sedação moderada** – 54 pacientes: 63% homens e 37% mulheres; 27,8% casos clínicos e 72,2% cirúrgicos; 40,7% tiveram alta, 42,6% óbito na UTI e 16,7% óbito no hospital. Idade média de 56,1 anos; tempo de internação médio 16,2 dias; dor comportamental média 3,3; dor autorrelato 0,9¹⁷.*

*Dos pacientes com **sedação profunda** – 78 pacientes: 66,7% homens e 33,3% mulheres; 32% casos clínicos e 68% cirúrgicos; 10,3% tiveram alta, 84,3% óbito na UTI e 15,7% óbito no hospital. Idade média de 62,9 anos; tempo de internação médio 8,4 dias; dor comportamental média 3,1; dor autorrelato 0,5¹⁷.*

Levando em consideração os dados acima, referentes à pesquisa realizada, é notório que quanto maior for a intensidade de dor no paciente, maior será a tendência a óbito. Com isso, é patente que a sedação seja eficiente para o controle da dor, mas a mesma pode não ser o suficiente para trazer conforto aos pacientes. Outro dado que podemos levar também em consideração é a dificuldade de percepção da dor, tendo em vista que apenas 50% dos profissionais de saúde avaliam a dor do paciente. Assim, podemos concluir que o uso da sedação serve como um meio para aliviar a dor do paciente, mas a mesma pode não ser suficiente para trazer comodidade ao paciente.

Com o passar dos anos, houve mudanças no tratamento de pacientes que se encontravam em ventilação mecânica invasiva (VMI), nesse caso, a sedação profunda era utilizada como um dos meios de

tratamento, mas atualmente a sedação é realizada de maneira superficial, fazendo assim com que haja uma melhora na incidência de complicações tais como a pneumonia e a mortalidade.

É evidente que em casos mais críticos seja utilizada a sedação profunda, mas foi notório nos últimos estudos acerca desse mesmo tipo de sedação, que o grau de sedação acaba influenciando diretamente no tempo de VMI e de internação do paciente. Com isso, a interrupção diária foi vista como um meio positivo para que diminua as complicações que poderiam ser ocasionadas nos pacientes¹⁵.

É notório que em casos mais críticos a sedação profunda seja um meio viável para auxílio no tratamento do paciente, mas o uso de uma dosagem excessiva de sedativos faz com que haja desfechos negativos na situação do paciente, tais como: aumento do tempo em ventilação mecânica, *delirium*, alterações de memória, e maior mortalidade a curto e longo prazos⁴.

Um outro estudo foi realizado com 204 pacientes, sendo 168 submetidos à sedação profunda e 36 à leve. Contudo ocorreram 28 eventos adversos naqueles que se encontravam com sedação profunda, e 13 em leve, das quais foram evidenciadas lesão por pressão. Dos que estavam em sedação profunda, 91 (54,2%) não foi realizado a IDS, e em sedação leve, 16 (44,5%), ou seja, em aproximadamente metade dos pacientes a administração de sedo-analgésicos não foi interrompida diariamente¹⁶.

Como resultado, a lesão por pressão LP foi o evento que mais ocorreu durante o estudo, principalmente nos pacientes que se encontravam em sedação leve, porém, a LP foi um evento que estava associado à assistência da enfermagem, e não em relação ao nível de sedação no qual o paciente se encontrava.

Contudo, podemos concluir que a sedação leve vem trazendo maiores benefícios aos pacientes, além de diminuir os riscos de mortalidade que poderiam ser ocasionados. A sedação profunda, apesar de ser útil no tratamento de pacientes com um estado mais crítico, ainda faz com que a recuperação e os níveis de mortalidade sejam maiores, assim dificultando a recuperação do paciente além de mantê-lo por mais tempo hospitalizado.

CONCLUSÃO

Verificou-se os benefícios quanto ao tipo de sedação que o paciente é submetido. Dessa forma foi notória que a duração no tempo de permanência na UTI em pacientes com sedação moderada foi maior em relação aos pacientes com sedação leve. Quanto à dor do paciente sedado, constatou-se que foi possível controlar a intensidade, mas não de suprimi-la.

Nesse contexto, observou-se que em pacientes com sedação leve houve um número maior de eventos adversos após a interrupção diária da sedação. A consequência mais importante é a lesão por pressão, que apesar de ser a mais notificada não está relacionada ao desligamento da sedação, mas sim aos cuidados da enfermagem. Logo, constatou-se que não houve relação entre o tipo de sedação e o evento adverso nos internados da UTI.

No que diz respeito aos protocolos de sedação e formas de interrupção diária de sedação, ambos almejam níveis mais leves de sedação. Notou-se que o uso de protocolos e escalas de avaliação como um padrão de atendimento, são necessários para esquivar-se do uso excessivo de sedativos, o que gera um acréscimo no tempo de uso do suporte ventilatório mecânico, além de menor incidência de *delirium* e abstinência, bem a extubação traqueal acidental. Observou-se que o uso do protocolo, além de seguro e viável, possibilita redução do tempo de sedação profunda, não comprometendo o estado de agitação do paciente.

Quanto aos fármacos utilizados no processo de sedação, verificou-se que o Midazolam e o Propofol são utilizados para tratamentos de curta duração para a ansiedade, e que apesar de um custo elevado apresenta um despertar mais rápido. Enquanto nos tratamentos longos o fármaco mais recomendado é o Lorazepam.

Dentre as contraindicações na sedação, o Etomidato é um indutor anestésico de baixa eficiência depressora sobre o sistema cardiovascular além de efeito supressor no córtex adrenal. A Cetamina pode gerar aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial e da pressão intracraniana. Os barbitúricos, não são indicados por não apresentarem efeitos amnésicos e deprimir a atividade miocárdica e promover vasodilatação, resultando em taquicardia e hipotensão.

Notou-se que o uso de Dexmedetomidina, apesar de seu alto custo, propicia uma diminuição do tempo de internação e intubação, além de menor a depressão respiratória, logo, um menor custo a longo prazo. A associação de Clonidina com Benzodiazepínicos torna mais eficientes os efeitos de sedação e promove uma melhor estabilidade cardiovascular. A Dexmedetomidina e a Clonidina expressaram uma maior efetividade e segurança na sedação.

Em virtude do que foi descrito é de suma importância selecionar os medicamentos adequadamente e promover medidas de intervenção que visem a criação de um protocolo de atendimento padronizado, com o intuito de evitar sedações excessivas e reduzir desta forma o tempo de internação dos pacientes na UTI.

REFERÊNCIAS

1. Benseñor, FEM; Cicarelli, DD. Sedação e analgesia em terapia intensiva. Rev Bras Anesthesiol. Outubro 2003. v.53 n.5: 680-693.
2. Santos KD, Martins IC, Gonçalves FAF. Caracterização da sedação e analgesia em Unidade de Terapia Intensiva: estudo observacional. Online braz j nurs. Jun 2016; 15 (2):157-166, 1676-4285.
3. Rodrigues JGR, Amaral JLG. Experiência clínica com o uso de sedativos em terapia intensiva: estudo retrospectivo. Rev. Bras. Anesthesiol. 2002 Nov; 52(6): 747-755.
4. Nassar JAP, Park M. Protocolos de sedação versus interrupção diária de sedação: uma revisão sistemática e metanálise. Rev. bras. ter. intensiva. 2016 Dec; 28(4): 444-451.
5. Censo Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), 2016. Acesso em 17 maio 2019. Disponível em:

http://www.amib.com.br/pdf/Analise_de_Dados_v4_1.20.1095_AMIB_Atualizado_by_AM_24Fev17_TemplateAMIB.pdf.

6. Políticas Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Anestesia e Sedação, 2015. Acesso em 17 maio 2019. Disponível em:

<https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Pol%C3%ADtica%20de%20Anestesia%20e%20Seda%C3%A7%C3%A3o%20e%20anexo.pdf>

7. Motta ELM, Delgado Artur Figueiredo, CWB. Importance of the use of protocols for the management of analgesia and sedation in pediatric intensive care unit. Rev. Assoc. Med. Bras. 2016 Sep; 62(6): 602-609

8. Sakata RK. Analgesia e sedação em unidade de terapia intensiva. Rev. Bras. Anesthesiol. 2010 Dec; 60(6): 653-658.

9. Bezerra LGM. Intubação acordado no paciente com via aérea difícil prevista. 2018. 29 f. Trabalho de Conclusão de Residência Médica (Residência Médica em Anestesiologia) – Hospital Geral de Fortaleza, Fortaleza, 2018.

10. Guirro UBP, Martins CR, Munechika M. Avaliação da técnica de indução em sequência rápida dos anesthesiologistas de um hospital universitário. Rev. Bras. Anesthesiol. 2012 Junho; 62(3): 340-345.

11. Will R, Louise E. Indução em Sequência Rápida, tutorial 331. Maio, 2016. Acesso em 20 maio 2019. Disponível em: <http://tutoriaisdeanestesia.paginas.ufsc.br/files/2016/07/331-Indu%C3%A7%C3%A3o-de-Sequ%C3%Aancia-R%C3%A1pida.pdf>.

12. Carmo TG. Vantagens e Desvantagens do uso de Dexmedetomidina na sedação em Unidade de Terapia Intensiva. Revista Saúde e Desenvolvimento. Jan/mar 2017. Vol. 11 n.6. 2316-2864.

13. FALCÃO, Luiz Fernando dos Reis. Farmacologia aplicada em medicina intensiva, Cap. 7 p. 80-81.

14. WHALEN, Karen. Farmacologia ilustrada 6ª ed. Porto Alegre ArtMed 2016. P. 274

15. Barbosa, TP. Sedação em unidade de terapia intensiva: associação entre interrupção diária, eventos adversos e mortalidade. 69 p. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2017.

16. Barbosa TP, Beccaria LM, Silva DC, Bastos Alessandra Soler. Association between sedation and adverse events in intensive care patients. Acta paul. enferm. 2018 Mar; 31(2): 194-200.

17. Silva DC, Barbosa TP, Bastos AS, Beccaria LM. Associação entre intensidades de dor e sedação em pacientes de terapia intensiva. Acta paul. enferm. May 2017; 30(3): 240-246.