

Sedação e Analgesia



1. OBJETIVO:

- Padronizar a prática multiprofissional do uso de sedação e analgesia em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva adulto;
- Promover o conforto dos pacientes;
- Diminuir o tempo de internação na UTI;
- Diminuir a incidência de pneumonia associada à ventilação mecânica;
- Aumentar o tempo livre de ventilação mecânica;
- Melhorar a identificação do delirium;
- Facilitar a mobilização precoce dos pacientes;
- Diminuir incidência dos transtornos da ansiedade;
- Diminuir a realização de exames complementares como tomografia de crânio.

2. RESPONSABILIDADES:

- Equipe médica;
- Fisioterapia;
- Psicologia;
- Terapia ocupacional; e,
- Enfermagem.

3. DEFINIÇÕES GERAIS:

- Analgesia: controle da dor através do uso de substâncias ou técnicas específicas;

- **Ansiedade:** estado de apreensão ou antecipação de perigos ou eventos futuros desfavoráveis, acompanhado por um sentimento de preocupação, desconforto, ou sintomas somáticos de tensão;
- **Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit:** método de avaliação da confusão mental para unidades de tratamento intensivo;
- **Delirium:** distúrbio da consciência caracterizado por desatenção, acompanhado por alteração da cognição, que se desenvolve num curto período de tempo e tem evolução flutuante (DSM-IV);
- **Dor:** experiência emocional e sensorial de desconforto relacionada à lesão orgânica;
- **Prona:** manobra de rotação do paciente da posição supina para decúbito ventral, com o objetivo de melhorar a oxigenação e a acidose respiratória de pacientes com SDRA moderada a grave;
- **Sedação:** uso de medicamentos para provocar hipnose e amnésia.

4. TERMINOLOGIAS:

- **BPS** – Behavioral Pain Scale;
- **CAM-ICU** – Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit;
- **CM** – Clínica Médica;
- **EVA** – Escala Visual Analógica;
- **RASS** – Richmond Agitation Sedation Scale;
- **SDRA** – Síndrome da Angústia Respiratória do Adulto;
- **SV** – Sala Vermelha;
- **UTI** – Unidade de Terapia Intensiva;
- **VM** – Ventilação mecânica.

5. ABRANGÊNCIA:

- Clínica Médica;
- Sala Vermelha;
- Unidade de Terapia Intensiva.

6. DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO:

Avaliação diária e recomendações farmacológicas

- Fisioterapia e Terapia Ocupacional: o fisioterapeuta realiza a avaliação de dor em pacientes sob ventilação mecânica segundo a escala BPS e a partir disto realiza os ajustes no Ventilador Mecânico (VM) caso tenha assincronias e em conjunto com a Terapia Ocupacional realiza posicionamentos funcionais e mobilizações que se fizerem necessárias; caso o paciente não esteja sob VM os profissionais já citados seguem com a mesma perspectiva de atendimento, no entanto usa-se a escala EVA;
- Psicologia: havendo sinais de transtorno de ansiedade generalizado ou mesmo o delirium hiperativo a psicóloga poderá ser acionada para realizar atendimento com o doente no sentido de realizar a escuta qualificada e orientações caso caiba de serem realizadas além de servir com ponte entre o doente, a equipe profissional e a família;
- Avaliação das escalas de RASS, EVA ou BPS deve ser realizada conforme o controle de sinais vitais definido para cada doente internado na UTI, CM ou SV da Instituição;
- Todos os pacientes devem ser avaliados em relação ao delirium por meio do CAM-ICU no caso de pacientes internados na UTI ou na Sala vermelha sob VM e deverão receber tratamento adequado conforme protocolo específico;
- Todos os pacientes internados na CM deverão ser avaliados em relação a dor conforme EVA;
- A meta de RASS para os pacientes internados na unidade de terapia intensiva é entre -1 a 0. Exceções estão descritas na tabela 1;
- Recomenda-se sempre a titulação de analgésicos e hipnóticos na menor dose possível de infusão a fim de se atingir a meta desejada;

Tratamento farmacológico

- Para o tratamento farmacológico da dor leve (escala de EVA entre 1-2) o uso de analgésicos simples, como dipirona e paracetamol, deve ser considerado como primeira escolha, desde que por curto período em pacientes onde não haja risco de mascarar a ocorrência de febre;
- Os pacientes que apresentarem dor moderada (EVA entre 3-7) deve-se associar um analgésico simples a um opióide fraco ou derivado,

como o tramadol;

- Os doentes que apresentarem dor intensa (EVA > 8) devem ser medicados com um opióide forte (morfina) de forma contínua ou intermitente, conforme necessidade para controle dos sintomas;
- A analgesia prescrita “de horário” (intervalos fixos) deve ser utilizada sempre que o paciente tiver fatores claros para o desenvolvimento da dor (cirurgia recente, uso de dispositivos invasivos, úlceras de pressão, tempo prolongado de internação) e ajustada periodicamente conforme a escala de EVA. A analgesia deve ser mantida no POI e, eventualmente, no 1^o PO sem redução da dose a despeito da ausência de dor;
- Para pacientes com meta de RASS entre -1 a 0 e em ventilação mecânica, pode-se utilizar um opióide como morfina ou tramadol e caso necessário fentanil. A associação de um hipnótico em dose baixa (Midazolam) pode ser considerada, após a utilização de dose máxima de Fentanil;
- Pacientes com patologias neurológicas que tenham como meta de sedação RASS -5, a utilização do Fentanil deve ser concomitante com um hipnótico (Propofol);
- O uso de benzodiazepínicos deve ser restrito a situações específicas (estado de mal convulsivo, sedação profunda para hipertensão intracraniana, tétano), pois além da meia vida mais longa, seu uso prolongado está associado à incidência de delirium;
- Em casos de desmame ventilatório em que a agitação psicomotora seja de difícil controle após a utilização de medicamentos antipsicóticos (Quetiapina, Risperidona, Haldol), a utilização de dexmedetomidina deve ser considerada;
- Pacientes que foram submetidos à intubação orotraqueal com utilização de bloqueador neuromuscular, devem receber a infusão de Propofol durante a primeira hora após procedimento;
- A utilização de Metadona deve ser reservada para casos em que existe suspeita de abstinência a opióides, sobretudo em pacientes que utilizaram Fentanil por mais de 48 horas. Devido a meia vida da droga e pico de ação, a utilização em conjunto com outro opióide deve ser realizada por até 72 horas do início da medicação;
- O uso de anti-inflamatórios não esteróides deve ser evitado nos pacientes críticos devido aos inúmeros efeitos adversos descritos.

Tratamento não farmacológico do delirium

- O tratamento do delirium deve priorizar a adequação ambiental, com destaque para manutenção da orientação temporo-espacial do paciente e reconciliamento de próteses de uso contínuo (óculos, dentárias, auditivas), além do acompanhamento da psicologia, terapia ocupacional e fisioterapia (posicionamento funcional, mobilizações específicas entre outros).

Tratamento farmacológico do delirium

- A utilização de fármacos é indicada para casos de delirium hiperativo, após manejo adequado da dor;
- O fármaco de escolha para o tratamento do delirium é a Quetiapina na dose de 25 a 200 mg a cada 6 ou 8 horas, com dose máxima de 800 mg/dia;
- Para pacientes com agitação psicomotora importante deve-se utilizar Haloperidol na dose de 2,5 a 5 mg de 10 em 10 minutos até o controle dos sintomas ou até dose máxima de 30 mg. Se o paciente for refratário a este tratamento ou apresentar agitação psicomotora ameaçadora à integridade física pessoal ou da equipe, a opção deve ser por um hipnótico de ação rápida como Propofol ou Midazolam.

Indicações para manutenção de RASS -5

- Pacientes com patologias neurológicas graves;
- SDRA com relação $PO_2/FiO_2 < 150$;
- Pacientes em posição PRONA;
- Casos individualizados pela equipe médica (Convulsão, etc.).

Assistência de Enfermagem

- Considerando que a equipe de enfermagem é a que passa mais tempo ao lado do paciente, é possível afirmar que são os profissionais que mais podem contribuir para a identificação de desconfortos, desde que estejam aptos para isso. O enfermeiro deve incluir em sua avaliação um histórico detalhado buscando conhecer o contexto no qual o paciente e sua família estão inseridos. Isso permite a identificação de manifestações físicas de sofrimentos de outras origens como psíquica e espiritual, possibilitando o direcionamento da demanda

identificada ao profissional competente.

- Antes da Sedação a equipe de enfermagem deve:
 - Reconhecer o paciente como um indivíduo que possui uma história de vida e pertence a um contexto cultural, social e espiritual;
 - Saber quais os sintomas ou sofrimentos mais comuns e que podem se tornar intratáveis, por exemplo, sintomas físicos como dor e dispnéia, sofrimento existencial como perda do sentido da vida, problemas sociais como discriminação ou condições neuropsiquiátricas como depressão ou delirium. Estes pacientes devem ser acompanhados cuidadosamente quanto a resposta a abordagem terapêutica;
 - Avaliar e monitorar o tratamento medicamentoso e não medicamentoso para os sintomas diariamente;
 - Checar se as medicações prescritas e abordagem não farmacológica estão sendo realizadas;
 - Checar se os dispositivos para administração de medicações estão em plena funcionalidade ou paciente mantém a capacidade habitual de absorção. Se necessário trocar via de administração de medicações e propor rotas alternativas;
 - Promover medidas não farmacológicas para alívio dos sintomas;
 - Acolher paciente e familiares diante dos sofrimentos e aprofundar vínculos de cuidado;
 - Estar presente nas discussões entre os demais profissionais e trazer a discussão as impressões e cuidados que estão sendo realizados pela equipe de enfermagem;
 - Promover um espaço em que paciente e familiares sintam-se confortáveis em compartilhar suas angústias;
 - Documentar preferências do paciente, principalmente em relação a maneira como gosta de ser cuidado;
 - Esclarecer dúvidas e orientar pacientes e familiares.
- Durante a sedação, a equipe de enfermagem deve:
 - Checar doses e administrar as medicações prescritas;
 - Fornecer informações para equipe médica em que auxilie na titulação das medicações;

- Monitorar estado de consciência e resposta a sedação que foi decidida entre a equipe;
- Manter o asseio do paciente (ex: cuidados de higiene como banho e troca de vestuário);
- Permitir que a família esteja próxima e comunique as preferências de cuidado para o paciente;
- Promover espaço para espiritualidade e rituais do paciente e família;
- Observar progressão de doença e aproximação com a fase final de vida.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

FROTA, Ilgner Justa et al. Transtornos de ansiedade: histórico, aspectos clínicos e classificações atuais. *Journal of Health & Biological Sciences*, v. 10, n. 1, p. 1-8, 2022.

MELZACK R, Casey L. Motivational and central control determinants of pain: a new conceptual model. In: Kenshalo DL, eds. *The Skin Senses*. CC Thomas: Springfield, Illinois, 1968; p.423.

POSSO, I. de P. et al. Dor o 5º sinal vital no Controle da Dor pós operatória aguda e na assistência de enfermagem ao paciente internado. *Disciplina de Anestesiologia e Cirurgia da USP. Solução e Marketing*, São Paulo, 2012. 17.

PINTO, M. C. M. et al. Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão em português (Brasil) da escala de dor Pain Assessment in Advanced Dementia – PAINAD em pacientes adultos não comunicantes.

Diretrizes assistenciais, Medical Suite: Gerenciamento da Dor no SBI-BAE, consulta na internet: <http://medicalsuite.einstein.br/praticamedica/Paginas/diretrizes-assistencias.aspx>. Consulta em 01/03/2023.

MORETE, M.C; BRANDÃO, E. *Gerenciamento da Dor e a Enfermagem*. Casa do novo autor, São Paulo, 2017.

Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Anais do 5º Congresso Internacional de Cuidados Paliativos; 2010 out; Recife, Pernambuco. São Paulo: ANCP; 2010.

8. ANEXOS:

Os protocolos na íntegra com todos os anexos citados se encontram no repositório de documentos no Interact de cada unidade.