

Suspensão Diária da Sedação: Uma Panacéia?

Daily Interruption of Sedatives: A Panacea?

Rachel Duarte Moritz

É indiscutível que tanto a sedação excessiva quanto a agitação dos pacientes internados em unidades de terapia intensiva (UTI) são fatores indesejáveis. Também não existe dúvida de que a supersedação pode resultar em maior tempo de ventilação mecânica (VM) e de internação nas UTI, fatos que podem interferir negativamente na evolução dos pacientes críticos.

Após o estudo de Kress e col.¹, tem tido aceitação crescente a importância da suspensão diária da sedação para a avaliação da possibilidade do desmame da VM. Girard e col.² avaliaram 336 pacientes submetidos à VM. Os autores arrolaram os pacientes intubados havia 12 horas, com pressão positiva de 8 cmH₂O, fração inspirada de oxigênio de 0,5, saturação de oxigênio maior que 88% e necessitando de doses moderadas de vasopressores. Os pacientes foram separados em 2 grupos: controle (GC) e estudo (GE). Os pacientes do GC permaneciam sendo medicados com sedativos e, se estivessem ventilando espontaneamente, eram submetidos ao desmame em tubo-T ou pressão de suporte ≤ 7 cmH₂O ou pressão controlada ≤ 5 cmH₂O. Os pacientes eram avaliados por 120 minutos. Daqueles selecionados para o GE foram retirados os fármacos sedativos e após 4 horas, se os pacientes acordassem ao estímulo oral e apresentassem *drive* respiratório era iniciado o desmame de forma semelhante ao GC. Os autores concluíram que os pacientes aos quais foi suspensa a sedação, embora tenham apresentado maior incidência de auto-extubação, permaneceram menos tempo sem VM, menos tempo internados na UTI e no hospital e, após um ano, esses pacientes apresentaram menor probabilidade de morte.

Brochard³ comenta o referido artigo, aponta algumas falhas e conclui que são necessárias novas informa-

ções que comprovem a eficácia da suspensão diária de sedativos. O autor afirma que o uso indiscriminado dessa técnica pode ser danoso para os pacientes que necessitam de sedação.

Diante do exposto, considero importante tecer alguns comentários. Acredito que o grande benefício dos estudos que defendem a suspensão diária da sedação é o de que, nos permitem a constatação de que atualmente existe a tendência dos intensivistas sedarem demais os seus pacientes e, conseqüentemente retardarem o seu desmame.

Essa constatação me permite a defesa de que, mais importante do que a suspensão indiscriminada e diária da sedação, é o médico intensivista ao lado do paciente. Sem sombra de dúvida a elaboração de protocolos é importante para direcionar uma terapêutica. Entretanto, jamais poderá substituir o médico ao lado do paciente, avaliando-o de forma ampla e questionando diariamente: Esse paciente pode ser desmamado da VM? Está adequadamente analgesiado? Necessita ser sedado? Qual será a sedoanalgesia ideal para ele? Como está o seu quadro clínico. Como iremos otimizar o seu tratamento? Como nós intensivistas sabemos, o quadro clínico do paciente crítico é bastante complexo de ser definido. Como um corolário, as opções terapêuticas devem ser tomadas após raciocínio clínico adequado e não somente baseadas em rotinas anexadas no pé da cama dos pacientes.

Concluo esse comentário, fazendo minhas as palavras de Fletcher⁴ "On the other hand, evidence-based Medicine is meant to complement, not replace, clinical judgment failure".

REFERÊNCIAS

01. Kress JP, Pohlman AS, O'Connor MF et al - Daily interruption of sedative infusions in critically ill patients undergoing mechanical ventilation. *N Engl J Med*, 2000;342:1471-1477.
02. Girard TD, Kress JP, Fuchs BD et al - Efficacy and safety of a paired sedation and ventilator weaning protocol for mechanically ventilated patients in intensive care (Awakening and Breathing controlled trial): a randomized controlled trial. *Lancet*, 2008;371:126-134.
03. Brochard L - Sedation in the intensive-care unit: good and bad? *Lancet*, 2008;371:95-97.
04. Fletcher RH - Up-To-Date; this topic was last changed on August 23, 2007 (acessado em janeiro de 2008).

Coordenadora da Residência de Medicina Intensiva do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina; Mestre em Ciências Médicas; Doutora em Engenharia de Produção

Endereço para correspondência:
Rua João Paulo 1929 - Bairro João Paulo
88030-300 Florianópolis, SC
E-mail - rachel@hu.ufsc.br

©Associação de Medicina Intensiva Brasileira, 2008