

Manejo prático da analgosedação



NOTA TÉCNICA 002/2025
Rio de Janeiro, 31 de março de 2025.



Parceria



Apresentação

O Departamento Científico, por meio da Associação Brasileira de Enfermagem em Terapia Intensiva - ABENTI e parceria com o Departamento de Enfermagem da Associação de Medicina Intensiva Brasileira - AMIB, divulgam esta nota técnica tendo como base a Resolução COFEN nº 639, de 26 de agosto de 2020 e as orientações práticas em ventilação mecânica, da AMIB/SBPT (Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia) (2024).

ABENTI Gestão 25/26

Presidente

Allan Peixoto de Assis

Vice-presidente

Júlio Eduvirgem

Departamento Científico

Adriana Carla Bridi

Flavia Lopes Gabani

Joathan Borges Ribeiro

Renata Flavia Abreu da Silva

Departamento de Enfermagem AMIB

Renata Andrea Pietro P. Viana

Clayton Lima Melo

Débora Soares Santos

Fernanda Alves F. Gonçalves

Joathan Borges Ribeiro

José Melquíades R. Neto

Laurindo Pereira de Souza

Sabrina dos Santos Pinheiro

Elaboração

Débora Soares Santos

Renata Flavia Abreu da Silva



Breve contextualização

Pacientes críticos demandam o uso de tecnologias no intuito de manutenção da vida, sendo que, o seu manejo inadequado pode trazer mais danos que benefícios. Considerando neste contexto a assistência necessária à pessoa adulta ou idosa, que estejam sob ventilação mecânica invasiva (VMI), a monitorização neurológica tem sido um desafio à equipe de enfermagem intensiva (Garret, 2016).

A Resolução COFEN nº 639/2020, art. 2º salienta a monitorização do paciente sob ventilação mecânica como competência da enfermeira/enfermeiro (Brasil, 2020). Em conformidade com a AMIB e a SBPT (2024, p. 110), o nível de sedação pode ser monitorizado por intermédio de escalas ou do índice bispectral, com vista à adequação da dosagem dos fármacos utilizados.

Na monitorização neurológica em situações de coma e *delirium*, enfatiza-se que a enfermeira/o enfermeiro redobre a sua atenção durante a avaliação dos pacientes. A sedação em excesso pode atrasar a extubação traqueal, prolongar os dias em VMI, submeter o paciente a testes neurológicos desnecessários e complicações como fraqueza e *delirium*. Caso haja subsedação aumentam-se os riscos de autoextubação e de remoção de dispositivos invasivos, sofrimento desnecessário do paciente e lesão a este ou a terceiros (Garret, 2016; AMIB; SBPT, 2024).

Diante do exposto, destaca-se ainda a importância da garantia de analgesia para o paciente crítico com alteração do nível de consciência, sujeito a procedimentos não invasivos e invasivos. A ausência de queixa por parte do paciente pode conduzir a equipe de enfermagem e demais profissionais a subestimar a sua dor, o que constitui uma falha ética. Pontua-se ainda sobre o sofrimento moral que acomete os profissionais em ambientes de cuidados intensivos. Se esta situação não for adequadamente manejada, pode gerar danos também a eles, com esgotamento, fadiga de compaixão, podendo influenciar a sua prática (Miller, 2024).

Considerações

A consciência situacional foi um dos fatores importantes na orientação da tomada de decisões de enfermeiras/enfermeiros intensivistas que participaram de um estudo qualitativo com metas de redução da sedação (Macpherson; Hutchinson; Bloomer, 2024).

Protocolos de manejo da sedação tem sido elaborados por enfermeiras/enfermeiros, contudo desafios têm sido pontuados, tais como: falta de coordenação das interrupções de sedação (principalmente em hospitais universitários); mudanças culturais; preocupações das enfermeiras/



dos enfermeiros com a segurança do paciente; falta de avaliação de protocolos em pacientes difíceis de sedação e de consenso em relação às recomendações (Kydonaki *et al.*, 2019).

Estudo qualitativo com 67 enfermeiras/enfermeiros intensivistas identificou a necessidade de recursos adicionais para melhoria de suas práticas na administração de sedação, como mais treinamento, melhores ferramentas de comunicação e pessoal adequado (Hetland; Guttormson; Tracy; Chlan, 2018).

Em estudo quase-experimental realizado com 66 enfermeiras/enfermeiros, utilizou-se uma intervenção educativa com sessões teóricas e prática de avaliação de sedação com a Escala de Sedação de Agitação de Richmond (RASS). O instrumento de avaliação foi composto por dados de caracterização da amostra e quatro casos clínicos, cada um com quatro questões referentes à avaliação e gestão da sedação. Uma das questões abordou a capacidade de pontuar o nível de sedação com precisão com base na pontuação RASS. Os dados foram coletados aos 3 e 9 meses após a intervenção, sendo as pontuações medianas referente à análise precisa da sedação significativamente maiores em 9 meses em comparação com 3 meses após a intervenção ((intervalo interquartil; IQR = 1.75–3.00) versus pontuação mediana de 9 meses: 4.00 (IQR = 3.00–4.00), $z(64) = -6.04$, $p = 0.0001$). A capacidade das enfermeiras/dos enfermeiros de determinar a adequação da sedação, a titulação por infusão de sedação e as ações de enfermagem subsequentes foram significativamente maiores ($p = 0.0001$) aos 9 meses do que aos 3 meses após a intervenção. Enfermeiras/Enfermeiros com mais de 5 anos de experiência tiveram pontuações significativamente mais altas de gerenciamento de sedação do que aquelas/aqueles com menos de 5 anos ($p = 0.045$). (Ramoo *et al.*, 2017).

A despeito das dificuldades inerentes à gestão da analgosedação, é imperativo considerar que a sedação prolongada aumenta o risco de delirium, o qual, por sua vez, pode conduzir a déficits neurocognitivos. Por isso, todo paciente deve ser rastreado/avaliado pelo menos uma vez por turno para dor e agitação (Garret, 2016).

Diversos procedimentos realizados cotidianamente nas UTI causam dor aos pacientes. Mobilização, posicionamento, aspiração traqueal, curativos são alguns exemplos. O tratamento inadequado da dor, além do sofrimento desnecessário, pode gerar complicações, como mobilidade prejudicada, tempo prolongado da VMI, estresse psicológico e possível *delirium*. O autorelato do paciente sobre o seu nível de dor é considerado o padrão-ouro, todavia nas UTI, como ele se encontra comumente em coma ou sedado, a avaliação comportamental deve ser utilizada (Garret, 2016).



Mesmo que os sinais vitais não tenham sido correlacionados com o auto-relato do paciente de dor ou os escores de dor comportamental, eles podem mudar com a dor, sendo uma preciosa pista a ser considerada pela equipe de enfermagem (Garret, 2016).

A avaliação comportamental da dor tem sido orientada pelo uso de escalas, como a *Behavioral Pain Scale* (BPS) (Payen *et al.*, 2001) e a *Critical-Care Pain Observation Tool* (CPOT) (Gélinas *et al.*, 2006), que tem sido recomendadas em diretrizes clínicas nacionais (AMIB; SBPT, 2024) e internacionais (Lewis *et al.*, 2025). Entretanto, algumas ponderações são necessárias.

Uma escala é um instrumento que pretende medir o que se denomina como constructo ou variável latente, pois referem-se à medidas indiretas como ansiedade, raiva, estresse, dor, entre outras. Pelos desafios associados à elaboração de escalas, elas necessitam ser apreciadas do ponto de visto psicométrico, antes de seu uso na prática, buscando-se identificar as suas evidências de validade (AERA, APA & NCME, 2014).

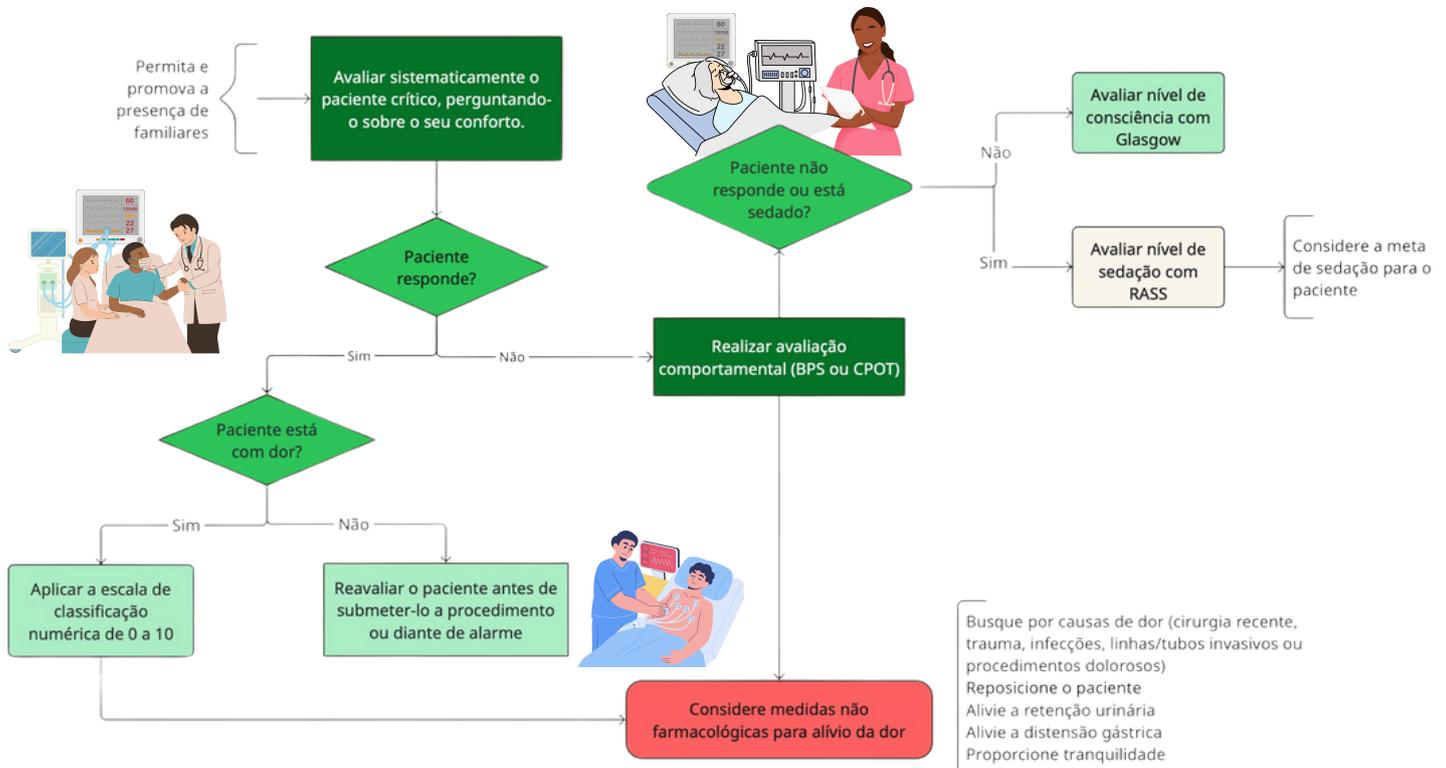
Uma escala elaborada para uma cultura diferente necessita ser submetida ao processo de tradução, adaptação ou *assembly*, considerando as peculiaridades da nova população e, fundamentalmente, identificando se ela é capaz de medir o que se propõe (Sousa *et al.*, 2024).

Dito isso, salienta-se que os estudos que se propuseram a submeter as referidas escalas à análise de suas evidências de validade ao adaptá-las para o Brasil, não consideraram as prerrogativas da Psicometria contemporânea, como orientada pelo *Standards for Educational and Psychological Testing* (AERA, APA & NCME, 2014). Pelo menos, três estudos brasileiros identificados com a proposta de adaptação da BPS ou CPOT apresentaram: amostra que não atende a diversidade brasileira, diferentes formas de análise da dor, pessoas inseridas no estudo sob analgesia intermitente e/ou contínua e o uso de índices que não medem a validade ou confiabilidade das escalas. Pondera-se, portanto, se as referidas escalas conseguem, de fato, estratificar a dor de um paciente crítico e expressá-la por meio de uma numeração que deve, consequentemente, gerar uma ação em prol da sua analgesia.

Orientações

Considerando a necessidade um manejo prático diante da necessária avaliação da analgosedação, a ABENTI e o Departamento de Enfermagem da AMIB sugerem o seguinte fluxograma:

Manejo prático da analgosedação



Atitudes para o manejo da analgosedação (Garret, 2016):

- A dor precisa de tratamento imediato e antes de se iniciar a sedação; se o paciente permanecer agitado, proponha a sedação intravenosa contínua; envolva um membro da família ou outra pessoa próxima para contribuir na avaliação do seu comportamento;
- Caso haja dúvida se o paciente tem dor, preconize o conforto e a analgesia;
- Use métodos não farmacológicos para maximizar os períodos de descanso, suavizar o ambiente e incentivar ciclos naturais de sono/vigília, tais como: luz baixa; música suave ou ruído branco; evitar interrupções frequentes (sinais vitais, glicemia ou reposicionar); ajuste os alarmes; permita o uso de óculos e aparelhos auditivos; use o toque terapêutico;
- Avalie diariamente pacientes que possam ter o nível de sedação reduzido;
- Guie o manejo da sedação por metas compartilhadas com a equipe multidisciplinar e sob avaliação de uma escala com evidências de validade;
- Documente em prontuário o processo de gerenciamento da analgosedação definido e realizado.

Reflexões finais

Garantir a qualidade no manejo da analgosedação de pacientes críticos é ainda grande desafio à equipe de enfermagem intensiva. Atender à esta demanda tão objetiva requer sensibilidade e presença "à beira leito" associada à expertise que só o conhecimento e a vivência podem oferecer.



Referências

AMERICAN EDUCATIONAL RESEARCH ASSOCIATION; AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION; NATIONAL COUNCIL ON MEASUREMENT IN EDUCATION. **Standards for educational and psychological testing**. Washington, D.C.: American Educational Research Association, 2014.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. **Orientações práticas em ventilação mecânica**. São Paulo: AMIB; SBPT, 2024. Disponível em: <https://bit.ly/3zspgto>. Acesso em: 19 mar. 2025.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Resolução nº 639, de 26 de agosto de 2020**. Atualiza a normativa sobre a atuação da Equipe de Enfermagem no cuidado aos pacientes com Estomia. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 170, p. 125-126, 4 set. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cofen-n-639-de-26-de-agosto-de-2020-274948984>. Acesso em: 20 mar. 2025.

GARRETT, K. M. Best practices for managing pain, sedation, and delirium in the mechanically ventilated patient. **Critical Care Nursing Clinics of North America**, [S.l.], v. 28, n. 4, p. 437–450, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2016.07.004>. Acesso em: 25 mar. 2025.

GÉLINAS, C.; FILLION, L.; PUNTILLO, K. A.; et al. Validation of the critical care pain observation tool in adult patients. **American Journal of Critical Care**, v. 15, n. 4, p. 420-427, 2006.

HETLAND, B.; GUTTORMSON, J.; TRACY, M. F.; CHLAN, L. “Sedation is tricky”: a qualitative content analysis of nurses' perceptions of sedation administration in mechanically ventilated intensive care unit patients. **Australian Critical Care: Official Journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses**, [S.l.], v. 31, n. 3, p. 153–158, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.02.001>. Acesso em: 25 mar. 2025.

KYDONAKI, K. et al. Challenges and barriers to optimising sedation in intensive care: a qualitative study in eight Scottish intensive care units. **BMJ Open**, [S.l.], v. 9, n. 5, e024549, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024549>. Acesso em: 25 mar. 2025.



LEWIS, Kimberley; BALAS, Michele C.; STOLLINGS, Joanna L.; McNETT, Molly; GIRARD, Timothy D.; CHANQUES, Gerald; KHO, Michelle E.; PANDHARIPANDE, Pratik P.; WEINHOUSE, Gerald L.; BRUMMEL, Nathan E.; CHLAN, Linda L.; CORDOZA, Makayla; DUBY, Jeremiah J.; GÉLINAS, Céline; HALL-MELNYCHUK, Erin L.; KRUPP, Anna; LOUZON, Patricia R.; TATE, Judith A.; YOUNG, Bethany; JENNINGS, Ron; HINES, Anita; ROSS, Chris; CARAYANNOPOULOS, Kallirroi L.; ALDRICH, J. Matthew. A focused update to the clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, anxiety, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. **Critical Care Medicine**, v. 53, n. 3, p. e711-e727, mar. 2025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39982143/>. Acesso em: 29 mar. 2025.

MACPHERSON, D.; HUTCHINSON, A.; BLOOMER, M. J. Factors that influence critical care nurses' management of sedation for ventilated patients in critical care: A qualitative study. **Intensive & Critical Care Nursing**, [S.l.], v. 83, p. 103685, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103685>. Acesso em: 25 mar. 2025.

MILLER, P. H. Moral distress and pain management: Implications for critical care nurses. **Critical Care Nursing Clinics of North America**, [S.l.], v. 36, n. 4, p. 567–574, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2024.04.011>. Acesso em: 25 mar. 2025.

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

RAMOO, V.; ABDULLAH, K. L.; TAN, P. S.; WONG, L. P.; CHUA, Y. P.; TANG, L. Y. Sedation scoring and managing abilities of intensive care nurses post educational intervention. **Nursing in Critical Care**, v. 22, n. 3, p. 141–149, 2017. DOI: [10.1111/nicc.12180](https://doi.org/10.1111/nicc.12180).

SOUSA, Kayo Henrique Jardel Feitosa; SILVA, Renata Flavia Abreu da; GALLASCH, Cristiane Helena; REBUSTINI, Flávio; CHRISTOFFEL, Marialda Moreira; ZEITOUNE, Regina Célia Gollner. Uso da adaptação transcultural nos cursos de pós-graduação em Enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, [s. l.], v. 32, n. 1, 2024. DOI: [10.12957/reuerj.2024.79036](https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.79036). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/VnYy7MBqFzFZHMqMxkTPNML/>. Acesso em: 7 jun. 2024.