

A alta mortalidade em unidades de terapia intensiva brasileiras pode ser um problema de legislação e não um problema técnico: foco nas práticas de sedação

AO EDITOR

No cuidado dos pacientes críticos em ventilação mecânica, há uma associação consistente entre sedação mais profunda e piores desfechos na unidade de terapia intensiva (UTI).^(1,2) A sedação profunda nas primeiras 48 horas de internação na UTI já foi associada a atraso na extubação, maior necessidade de traqueostomia, permanência mais longa na UTI e maior mortalidade hospitalar e a longo prazo.⁽³⁾ Nesse sentido, talvez um dos maiores avanços no cuidado dos pacientes críticos possa ser resumido pela abordagem ABCDEF: *Assess, prevent, and manage pain* (avaliação, prevenção e manejo da dor); *Both spontaneous awakening trials and spontaneous breathing trials* (testes de despertar e respiração espontâneos); *Choice of analgesia and sedation* (adequada analgesia e sedação); *Delirium – assess, prevent, and manage* (identificação, prevenção e controle do delirium); *Early mobility and exercise* (mobilização e exercício precoces); e *Family engagement and empowerment* (fortalecimento e envolvimento familiar no cuidado). Cada intervenção individual da abordagem é baseada em evidências e foi validada em diversos ensaios clínicos. A abordagem combina o impacto individual de cada intervenção em um processo sinérgico de cuidado que melhora os desfechos na UTI e pode mitigar a carga da síndrome pós-cuidados intensivos em sobreviventes. A aplicação dessas intervenções já demonstrou melhorar desfechos a curto prazo (duração do *delirium*, necessidade de restrição física e tempo de ventilação mecânica) e longo prazo (reinternação na UTI e alta da UTI para casa) em pacientes críticos.⁽⁴⁾ Nessa abordagem, o uso de sedação leve parece ser preferível ao de sedação profunda.^(4,5)

Nos últimos anos, os países de alta renda têm demonstrado significativa redução na mortalidade de pacientes críticos, algo que não foi alcançado em países de baixa e média renda. E por que não? Avaliemos alguns dados do Brasil, um país continental e multicultural, que tem falhado sistematicamente na redução da morbidade e mortalidade da doença crítica aguda. Recentes ensaios clínicos randomizados, metodologicamente bem conduzidos, demonstraram a incapacidade de algumas equipes clínicas em atingir as metas de sedação leve recomendadas internacionalmente.^(6,7) O estudo CHECKLIST,⁽⁶⁾ que incluiu 6.877 pacientes internados em UTIs adultas brasileiras, mostrou baixa adesão da equipe da UTI (35,0% no grupo controle *versus* 40,5% no grupo intervenção; $p = 0,05$) em manter sedação moderada nos pacientes (Escala de Agitação e Sedação de Richmond de -3 a 0). A mortalidade intra-hospitalar (truncada em 60 dias) foi de 33,9%, com pontuações médias do *Simplified Acute Physiology Score 3* (SAPS 3) de 51,2 no grupo controle (desvio-padrão - DP - 17,9) e de 54,2 no grupo intervenção (DP de 17,5). O estudo *Acute Respiratory Distress Syndrome Trial* (ART),⁽⁷⁾ que avaliou 1.010 pacientes com SDRA moderada a grave, mostrou que 96,8% dos pacientes no grupo controle e 73,3% no grupo intervenção ($p < 0,001$) necessitaram de bloqueio neuromuscular, com mortalidade global de 52,3%. Essa prática de sedação profunda parece ser mais comum em países de baixa e média renda.⁽⁸⁾ Já em países de alta renda, o estudo

1. Departamento de Medicina Interna e Reabilitação, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - Porto Alegre (RS), Brasil.

Conflitos de interesse: Nenhum.

Submetido em 29 de setembro de 2022

Aceito em 10 de dezembro de 2022

Autor correspondente:

Cassiano Teixeira

Departamento de Medicina Interna e Reabilitação
Universidade Federal de Ciências da Saúde de
Porto Alegre

Rua Sarmento Leite, 245

CEP: 90050-170 - Porto Alegre (RS), Brasil

E-mail: cassiano.rush@gmail.com

Editor responsável: Antonio Paulo Nassar Jr.

DOI: 10.5935/2965-2774.20230337-pt

multinacional *Practice of Ventilation Patients* (PROVENT), que incluiu 2.377 pacientes com SDRA em UTIs de 50 países europeus, mostrou que apenas 21,7% dos pacientes receberam bloqueio neuromuscular. Neste estudo, as taxas de mortalidade foram de 40,3% e 46,1% para SDRA moderada e grave, respectivamente.⁽⁹⁾ Ratificando esses números brasileiros, o estudo multicêntrico *Epidemiology of Respiratory Insufficiency in Critical Care* (ERICC) avaliou 773 pacientes adultos internados em 45 UTIs e mostrou mortalidade hospitalar de 52% entre os pacientes com SDRA.⁽¹⁰⁾ Além disso, recentemente, uma análise dos primeiros 254.288 pacientes com doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) internados em hospitais brasileiros mostrou mortalidade de 80% entre aqueles que precisaram de ventilação mecânica invasiva.⁽¹¹⁾

A terapia intensiva brasileira é reconhecida mundialmente por sua competência e qualidade. No entanto, por que não temos conseguido reduzir a mortalidade dos pacientes críticos ao longo dos últimos anos? A explicação pode estar mais centrada em aspectos jurídicos e trabalhistas do que em aspectos técnicos. A atual compreensão e interpretação de algumas leis trabalhistas brasileiras poderia impor barreiras para a realização de um trabalho organizado e multidisciplinar, visando o cuidado centrado no paciente. Assim, as práticas rotineiras de sedação nas UTIs brasileiras podem estar contribuindo para esta elevada mortalidade dos pacientes críticos. Em todo o mundo, os enfermeiros são incentivados a usar escalas de sedação (Escala de Avaliação de Sedação ou a Escala de Agitação e Sedação de Richmond) como ferramentas de avaliação e titulação de sedação, bem como a instituir e controlar os protocolos institucionais de sedação e analgesia. No entanto, a legislação brasileira recomenda algumas práticas preocupantes, tais como: “O diagnóstico e a prescrição de medicamentos são atos de competência exclusiva do médico, cirurgião-dentista e veterinário, nos casos restritos às respectivas especialidades.” No campo da medicina, a atuação do profissional médico é regulamentada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) por meio da resolução 1.627 de 2001.⁽¹²⁾ O conteúdo dessa recomendação, com o qual o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) compactua, dificulta muito o manejo, por parte dos enfermeiros, dos protocolos de sedação recomendados internacionalmente. O estudo ORCHESTRA, que envolveu 129.680 pacientes internados em 93 UTIs brasileiras, mostrou que a autonomia dos enfermeiros influencia positivamente os desfechos dos pacientes.⁽¹³⁾ No entanto, como esperado no Brasil, apenas 17,2% da amostra foi classificada como *cluster 3* (ou seja, apresentavam alto grau de autonomia do enfermeiro). Em todo o mundo, os enfermeiros de cuidados

intensivos relutam em participar de testes de interrupção diária da sedação.^(8,14) Eles temem que os pacientes fiquem assustados ao acordar e removam inadvertidamente o tubo endotraqueal, removam cateteres invasivos ou se tornem agressivos.⁽¹⁵⁾ Além disso, os enfermeiros não recebem apoio dos gerentes de enfermagem (com base em aspectos legais) nem dos médicos intensivistas (com base em aspectos de responsabilidade quanto ao paciente) para assumir estes protocolos. Portanto, interromper a sedação diariamente e reiniciá-la somente se necessário, na menor dose necessária para manter o nível de consciência desejado, passa a ser uma decisão exclusivamente médica. A administração de sedação em bólus requer prescrição médica. No cuidado do sono dos pacientes, somente os médicos podem dizer: “Não acorde o paciente a cada 2 horas para verificar os sinais vitais, verificar a glicemia ou reposicioná-lo durante a noite. Deixe-o dormir” A decisão de iniciar um teste de respiração espontânea requer aprovação médica. A aplicação de um protocolo que incorpore mobilidade progressiva precoce e exercícios depende geralmente de liberação médica.

Nas UTIs brasileiras, é muito comum os médicos serem questionados da seguinte forma: “Doutor, posso aplicar um antitérmico no paciente?”, “Doutor, o paciente está agitado, posso aplicar midazolam em bólus?”, “Doutor, quais pacientes posso tirar da cama hoje?”, “Doutor, vamos ter um *round* multidisciplinar hoje?”. Em resumo, a medicina intensiva é centrada no médico, e o trabalho em equipe é geralmente desconsiderado. Desrespeitar os papéis do cuidado interdisciplinar minimiza a importância de enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, dentistas, fonoaudiólogos e psicólogos no cuidado do paciente. Outro fator, é que a formação acadêmica dos profissionais de saúde não incentiva a interdisciplinaridade. As aulas dos cursos são separadas, sem troca de experiências entre os profissionais e com raros casos de uma especialidade ministrando aula para a outra. Ou seja, futuros médicos têm aula somente com médicos e futuros enfermeiros somente com enfermeiros, às vezes até com incentivos a hostilidade entre si.

Em resumo, talvez uma grande mudança cultural e de responsabilidade pudesse beneficiar significativamente os pacientes críticos do país. Acredita-se que o aumento da autonomia nas tomadas de decisão por parte da enfermagem e da fisioterapia possa trazer grandes benefícios, em termos de facilitar o trabalho interdisciplinar e, possivelmente, melhorar os resultados clínicos dos pacientes críticos no Brasil. Mais autonomia das equipes deve ser o foco futuro das leis trabalhistas regulatórias. Nesse sentido, o controle da sedoanalgesia nos pacientes críticos no Brasil precisa urgentemente trocar de mãos.

REFERÊNCIAS

1. Stephens RJ, Dettmer MR, Roberts BW, Ablordeppey E, Fowler SA, Kollef MH, et al. Practice patterns and outcomes associated with early sedation depth in mechanically ventilated patients: A systematic review and meta-analysis. *Crit Care Med.* 2018;46(3):471-9.
2. Vincent JL, Shehabi Y, Walsh TS, Pandharipande PP, Ball JA, Spronk P, et al. Comfort and patient-centred care without excessive sedation: the eCASH concept. *Intensive Care Med.* 2016;42(6):962-71.
3. Balzer F, Weiß B, Kumpf O, Treskatsch S, Spies C, Wernecke KD, et al. Early deep sedation is associated with decreased in-hospital and two-year follow-up survival. *Crit Care.* 2015;19(1):197.
4. Pun BT, Balas MC, Barnes-Daly MA, Thompson JL, Aldrich JM, Barr J, et al. Caring for critically ill patients with the ABCDEF Bundle: results of the ICU liberation collaborative in over 15,000 adults. *Crit Care Med.* 2019;47(1):3-14.
5. Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, Puntillo KA, Kross EK, Hart J, et al. Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. *Crit Care Med.* 2017;45(1):103-28.
6. Writing Group for the CHECKLIST-ICU Investigators and the Brazilian Research in Intensive Care Network (BRICNet); Cavalcanti AB, Bozza FA, Machado FR, Salluh JI, Campagnucci VP, Vendramim P, et al. Effect of a quality improvement intervention with daily round checklists, goal setting, and clinician prompting on mortality of critically ill patients: a randomized clinical trial. *JAMA.* 2016;315(14):1480-90.
7. Writing Group for the Alveolar Recruitment for Acute Respiratory Distress Syndrome Trial (ART) Investigators; Cavalcanti AB, Suzumura EA, Laranjeira LN, Paisani DM, Damiani LP, Guimarães HP, et al. Effect of lung recruitment and titrated Positive End-Expiratory Pressure (PEEP) vs low PEEP on mortality in patients with acute respiratory distress syndrome: a randomized clinical trial. *JAMA.* 2017;318(14):1335-45.
8. Morandi A, Piva S, Ely EW, Myatra SN, Salluh JI, Amare D, et al. Worldwide Survey of the "Assessing Pain, Both Spontaneous Awakening and Breathing Trials, Choice of Drugs, Delirium Monitoring/Management, Early Exercise/Mobility, and Family Empowerment" (ABCDEF) Bundle. *Crit Care Med.* 2017;45(11):e1111-22.
9. Bellani G, Laffey JG, Pham T, Fan E, Brochard L, Esteban A, Gattinoni L, van Haren F, Larsson A, McAuley DF, Ranieri M, Rubenfeld G, Thompson BT, Wrigge H, Slutsky AS, Pesenti A; LUNG SAFE Investigators; ESICM Trials Group. Epidemiology, patterns of care, and mortality for patients with acute respiratory distress syndrome in intensive care units in 50 countries. *JAMA.* 2016;315(8):788-800.
10. Azevedo LC, Park M, Salluh JI, Rea-Neto A, Souza-Dantas VC, Varaschin P, Oliveira MC, Tierno PF, dal-Pizzol F, Silva UV, Knibel M, Nassar AP Jr, Alves RA, Ferreira JC, Teixeira C, Rezende V, Martinez A, Luciano PM, Schettino G, Soares M; ERICC (Epidemiology of Respiratory Insufficiency in Critical Care) investigators. Clinical outcomes of patients requiring ventilatory support in Brazilian intensive care units: a multicenter, prospective, cohort study. *Crit Care.* 2013;17(2):R63.
11. Ranzani OT, Bastos LS, Gelli JG, Marchesi JF, Baião F, Hamacher S, et al. Characterisation of the first 250 000 hospital admissions for COVID-19 in Brazil: a retrospective analysis of nationwide data. *Lancet Respir Med.* 2021;9(4):407-18.
12. Brasil. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.627 de 23 de outubro de 2001. Define o ato médico como todo procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado. Brasília (DF): CFM; 2001 [citado 2023 Jun 2]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2001/1627>
13. Zampieri FG, Salluh JI, Azevedo LC, Kahn JM, Damiani LP, Borges LP, Viana WN, Costa R, Corrêa TD, Araya DE, Maia MO, Ferez MA, Carvalho AG, Knibel MF, Melo UO, Santino MS, Lisboa T, Caser EB, Besen BA, Bozza FA, Angus DC, Soares M; ORCHESTRA Study Investigators. ICU staffing feature phenotypes and their relationship with patients' outcomes: an unsupervised machine learning analysis. *Intensive Care Med.* 2019;45(11):1599-607.
14. Rose L, Fitzgerald E, Cook D, Kim S, Steinberg M, Devlin JW, Ashley BJ, Dodek P, Smith O, Poretta K, Lee Y, Burns K, Harvey J, Skrobik Y, Fergusson D, Meade M, Kraguljac A, Burry L, Mehta S; SLEAP Investigators; Canadian Critical Care Trials Group. Clinician perspectives on protocols designed to minimize sedation. *J Crit Care.* 2015;30(2):348-52.
15. Olsen HT, Nedergaard HK, Strøm T, Oxlund J, Wian KA, Ytrebø LM, et al. Nonsedation or light sedation in critically ill, mechanically ventilated patients. *N Eng J Med.* 2020;382(12):1103-11.