



Responsável pela elaboração e adaptações: Lorena Castoldi Tavares Pablo Brasil <i>Adaptado do protocolo do Hospital dos Acidentados e Maternidade São Lucas de Cacoal - RO, elaborado por Maria Candida Moreno Pena</i>	PROTOCOLO UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	Data da 1ª versão: Fevereiro de 2021
Responsável pela Revisão: Claudemir Monteiro de Barros Responsável pela aprovação: Elizangela Lopes Soares da Silva	01 SEDAÇÃO E ANALGESIA	Versão número: 01 Data atualização:

I. OBJETIVO

Padronização da prática multiprofissional do uso de sedação e analgesia em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva adulto, com objetivo de:

- 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 bem como diminuir sua incidência;
- Facilitar a mobilização precoce dos pacientes;
- Diminuir a realização de exames complementares como tomografia de crânio, eletroencefalograma, etc;

II. CAMPO DE APLICAÇÃO

Em todos os pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva adulto, em uso ou não de ventilação mecânica.



III. CONCEITOS BÁSICOS PARA A SEDAÇÃO E ANALGESIA

- **Dor:** experiência emocional e sensorial de desconforto relacionada à lesão orgânica;
- **Sedação:** uso de medicamentos para provocar hipnose e amnésia;
- **Analgesia:** controle da dor através do uso de substâncias ou técnicas específicas;
- **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).

IV. INSTRUÇÕES

A avaliação de sedação e analgesia além de diagnóstico de delirium serão analisadas com as escalas: Escala análogo-visual de dor (EAV), Escala de Richmond de agitação-sedação (RASS), Escala de avaliação de confusão mental para UTI (CAM-ICU - em anexo).

A Tabela dos principais fármacos utilizados, com respectiva dose máxima por peso está em anexo deste protocolo.

4.1 Escala análogo-visual de dor (EAV)



4.2 Escala comportamental da dor



Quando a soma > 5 é uma indicação de analgesia

EXPRESSÃO FACIL	pontuação
relaxada	1
contraída parcialmente	2
contraída totalmente	3
careta/expressão facial de dor	4
AVALIAÇÃO DOS MEMBROS SUPERIORES	
sem movimento	1
parcialmente flexionados	2
flexão completa inclusive dedos	3
totalmente contraídos	4
ADAPTAÇÃO À VENTILAÇÃO MECÂNICA	
tolerância adequada	1
tosse, porém, sem perder a tolerância	2
mal adaptado a ventilação mecânica	3
incapacidade de adaptar-se a ventilação mecânica	4



4.2 Escala de Richmond de agitação-sedação (RASS):

PONTUAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO
4	Combativo	violento, combativo, risco para a equipe
3	Muito agitado	Conduta agressiva, puxa ou remove tubos ou cateteres, agressivo verbalmente
2	Agitado	movimentos despropositados frequentes, briga com o ventilador
1	Inquieto	inquieto, ansioso, sem movimento vigorosos ou agressivos
0	Alerta e calmo	alerta e calmo
-1	Sonolento	adormecido, falecimento despertava, mantém contato visual por mais de 10 segundos
-2	Sedação leve	movimento e abertura ocular ao estímulo verbal, mantém contato visual por menos de 10 segundos
-3	Sedação moderada	movimento e abertura ocular ao estímulo verbal, mas sem contato visual
-4	Sedação intensa	sem resposta ao estímulo verbal, mas apresenta movimentos ou abertura ocular ao toque (estímulo físico)
-5	Não desperta	sem resposta ao estímulo físico ou verbal

- 1) Observar o paciente. Identificar se está alerta, inquieto ou agitado **(0 a +4)**
- 2) Se não está alerta, dizer o nome do paciente e pedir pra ele abrir os olhos e olhar para o profissional.
 - a. Se acordado com abertura ocular sustentada e realizando contato visual **(-1)**;

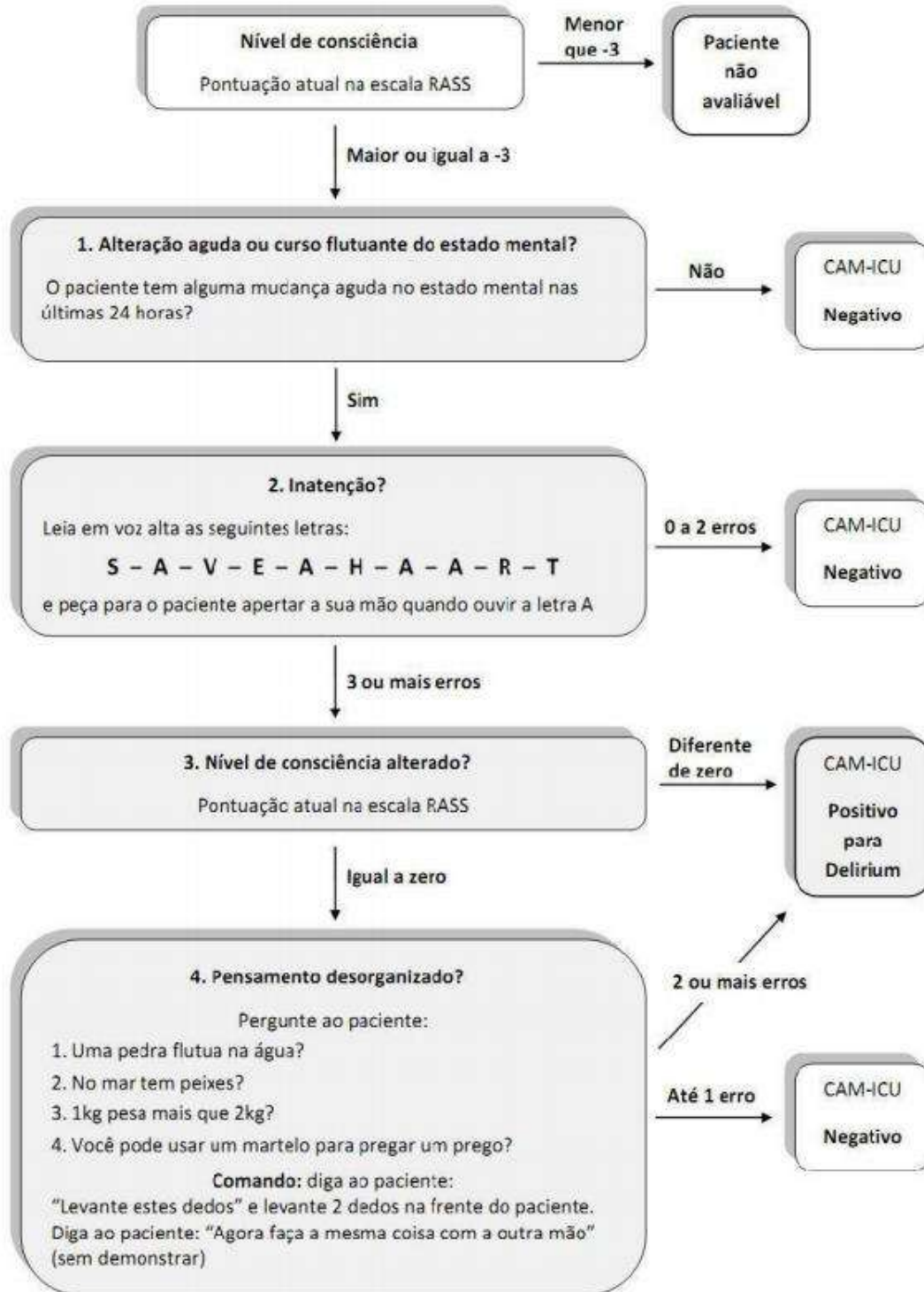


- b. Se acordado realizando abertura dos olhos e contato visual, porém breve (-**2**);
 - c. Se for capaz de fazer algum tipo de movimento, porém sem contato visual (-**3**).
- 3) Quando paciente não responde ao estímulo verbal, realizar estímulos físicos leves
- a. Se ele realiza algum movimento ao estímulo físico (-**4**) ;
 - b. Se ele não responde a qualquer estímulo (-**5**).



4.3 Escala de avaliação de confusão mental para UTI (CAM-ICU)

Fluxograma CAM-ICU para avaliação de *delirium* na UTI



Todos os pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva adulto, em uso ou não de ventilação mecânica.



ORIENTAÇÕES

- Avaliação das escalas de RASS e EVA deve ser realizada conforme o controle de sinais vitais definido para cada doente;
- Todos os pacientes devem ser avaliados em relação ao delirium por meio do CAM-ICU e deverão receber tratamento adequado conforme protocolo específico;
- A meta de RASS para os pacientes internados na unidade de terapia intensiva é entre -1 a 0. Exceções estão descritas na tabela abaixo:

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

- Recomenda-se sempre a titulação de analgésicos e hipnóticos na menor dose possível de infusão a fim de se atingir a meta desejada.



5. TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Analgesia

- Avaliação das escalas de RASS e EVA deve ser realizada conforme o controle de sinais vitais definido para cada doente;
- Em relação aos analgésico destacamos alguns de uso na Unidade
 - Analgésico simples – Dipirona e Paracetamol
 - Derivado de opióide – Tramadol e Codeína
 - Opióide – Morfina
 - Opióide forte – Fentanil, Remifentanil e Sufentanil
- Para o tratamento farmacológico da dor leve (escala de EAV 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 (EAV entre 3-7) deve-se associar um analgésico simples a um opioide (morfina) e na ausência ou baixo estoque de morfina, pode-se usar derivado, como o tramadol e codeína.
- Os doentes que apresentarem dor intensa (EAV > 8) devem ser medicados com um opioide forte (morfina) de forma intermitente, conforme 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 EAV. A analgesia deve ser mantida no POI e, eventualmente, no 1ª PO sem redução



da dose a despeito da ausência de dor. A partir do 2º PO, redução da dose de opioides para reduzir efeitos adversos.

- Para pacientes com meta de RASS entre -1 a 0 e em ventilação mecânica, pode-se utilizar um opióide como morfina e caso necessário fentanil ou análogo (remifentanil ou sufentanil). A associação de um hipnótico em dose baixa (Propofol) pode ser considerada, após a utilização de dose máxima de Fentanil ou análogo. Em pacientes com bom nível de consciência, em que a avaliação de dor possa ser feita de maneira periódica, a utilização de analgésico pode ser utilizada conforme necessidade do paciente.
- Nos pacientes com meta de sedação de RASS -5, pode-se utilizar Fentanil ou análogo como primeira escolha e caso não seja possível atingir o nível desejado de sedação, a utilização de um hipnótico (Midazolam ou Propofol) deve ser considerado.
- Pacientes com patologias neurológicas que tenham como meta de sedação RASS -5, a utilização do Fentanil deve ser concomitante com um hipnótico, preferencialmente Propofol. Em situações de baixo estoque, pode substituir Propofol por Midazolam. Tiopental está reservado nos casos de hipertensão intracraniana refratária.
- O uso de anti-inflamatórios não esteróides deve ser evitado nos pacientes críticos devido aos inúmeros efeitos adversos descritos.

Sedação e Bloqueio Neuromuscular

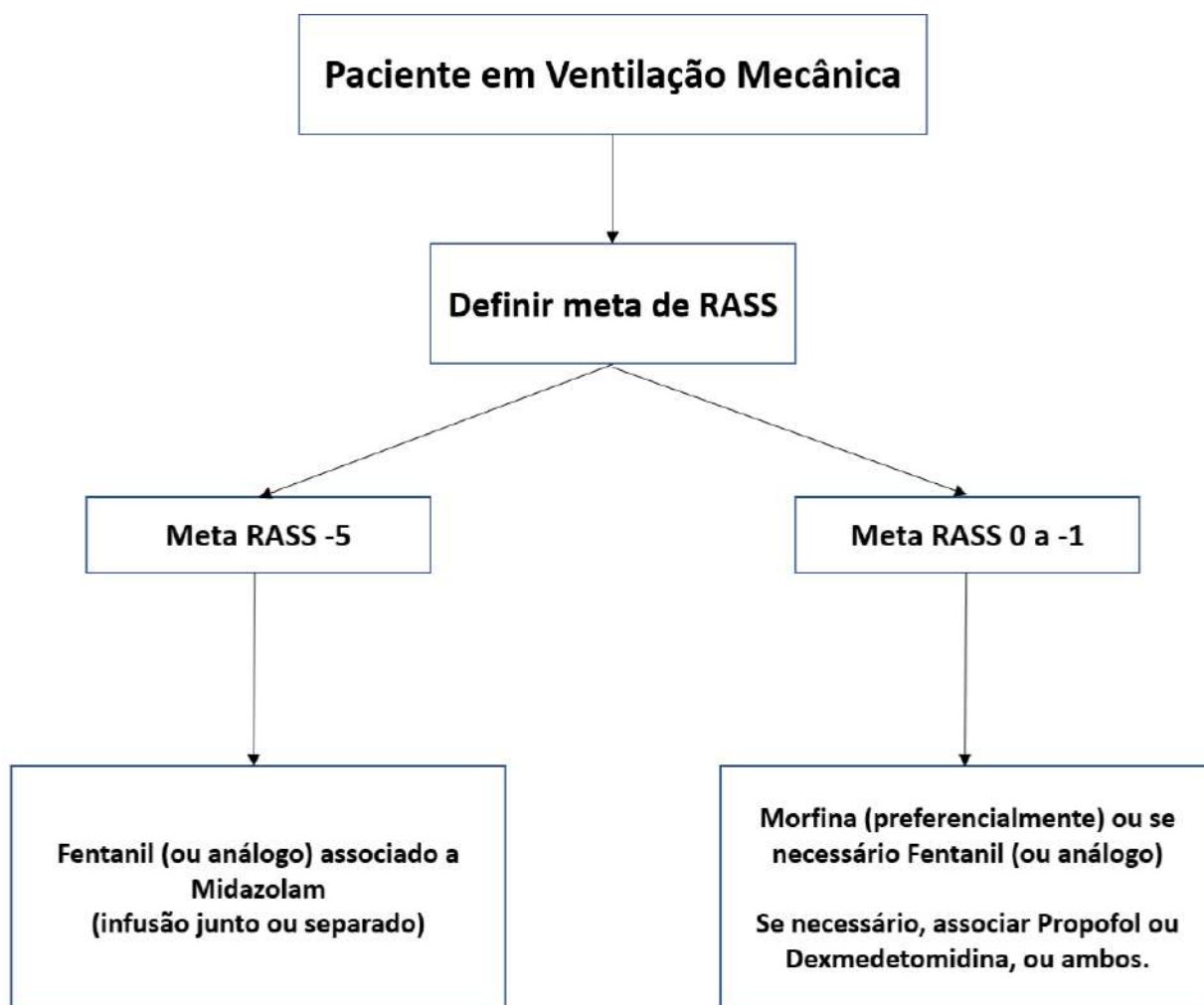
- Avaliação das escalas de RASS e EVA deve ser realizada conforme o controle de sinais vitais definido para cada doente;
- A profundidade da sedação deverá ser monitorizada através da escala RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale) no mínimo duas vezes ao dia. Pode ser aplicada pelo médico ou enfermeiro.



- Em relação aos sedativos, destacam-se os
 - Hipnóticos como Midazolam, Propofol, Etomidato;
 - Analgésicos sedativo Dextroetamina;
 - Barbitúricos como Tiopental;
 - Bloqueadores neuromusculares como Succinilcolina, Rocurônio, Pancurônio e Atracúrio.
 - Alfa 2-agonista como Dexmedetomidina e Clonidina.
- O uso de Etomidato e Succinilcolina está reservado para sequencia rápida de intubação orotraqueal, não sendo recomendado em infusão contínua.
- Pacientes que foram submetidos à intubação orotraqueal com utilização de bloqueador neuromuscular, devem receber a infusão de hipnótico (Propofol ou Midazolam) durante a primeira hora após procedimento.
- A tabela 1 em anexo contempla os hipnóticos, com a respectiva dose mínima, intermediária e dose máxima por peso.
- O uso de benzodiazepínicos geralmente é 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. No entanto, devido dificuldade de Propofol diante do cenário de pandemia, a sedação multimodal está indicada, sendo associado múltiplas medicações e evitando dose elevadas.
- A dextroetamina está indicada com coadjuvante no contexto de sedação multimodal, no intuito de reduzir consumo dos principais sedativos como Midazolam, Propofol e bloqueadores neuromuscular



- A figura abaixo representa manejo com sedativos, de acordo com meta estabelecida.



1. Morfina uso preferencialmente intermitente – uso de 4/4h e intervala de 6/6h nos pacientes com disfunção renal grave (Clearance Cretanina < 15 ou em Terapia Renal Substitutiva).

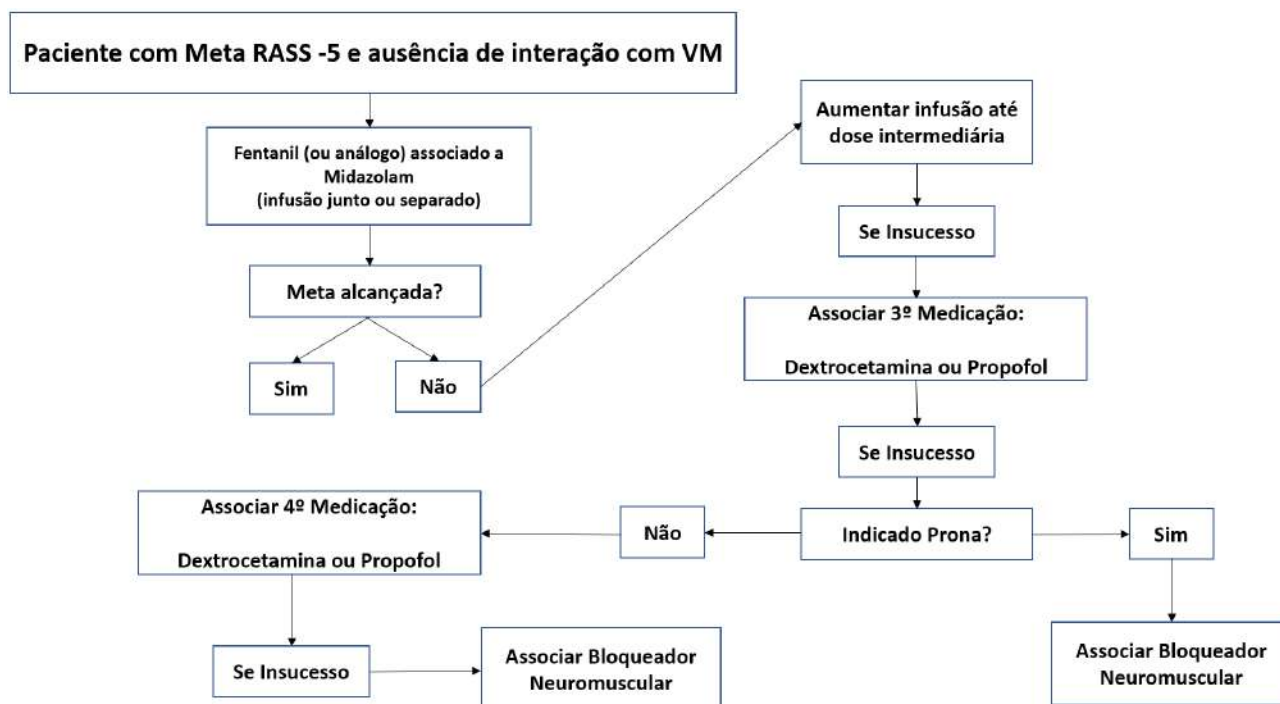
2. O Midazolam e Fentanil podem ser realizados de forma separada ou na ausência de equipamento de bomba de infusão contínua, associada. Cabe ressaltar a incidência de bradicardia por Fentanil, e neste caso, há necessidade de separar as medicações.

- Alguns pacientes principalmente internados nas Unidades COVID, sobretudo jovens, obesos, etilista, usuários de drogas ilícitas, usuários de medicações antidepressiva e ansiolítica de forma continuamente, são difíceis de sedar



a fim de alcançar a meta RASS -5. Devido alto consumo de sedativo como Propofol e Midazolam e bloqueador Neuromuscular, associamos Dextroretamina como coadjuvante. Veja fluxograma a seguir:

○



1. A 3ª medicação preferencialmente usada será Dextroretamina, devido alto consumo de Propofol. Atentar aos efeitos da Dextroretamina como taquicardia na tolerância da infusão contínua, principalmente em dose máxima.

2. Antes de indicar a 4ª medicação, avaliar se indicado prona. Se indicado Prona, utilizar bloqueador neuromuscular.

3. No insucesso de sedar com dose intermediário de Midazolam, Fentanil, Dextroretamina e Propofol, indicado boqueador neuromuscular.

4. Importante frisar que após incio de bloqueador neuromuscular, pode-se reduzir dose dos sedativos.

5. A dose do bloqueador neuromuscular é corrigida pelo PESO IDEAL.



- Os Bloqueadores Neuromusculares bloqueiam a transmissão de impulsos na junção neuromuscular, assim paralisando a musculatura esquelética. Na UTI apresentam algumas indicações, que devem ser criteriosamente avaliadas, tais como:
 - Falência respiratória necessitando de intubação imediata;
 - Hipoxemia grave e refratária, contribuindo na diminuição do trabalho respiratório e consumo de oxigênio por abolir o tônus muscular.
 - Nos casos de dissincronia com o ventilador mecânico (VM) não passível de ajuste ventilatório ou adequação da sedação
 - Tremor no tratamento por hipotermia após parada cardíaca
 - Situações em que movimentos involuntários ou dissincronia com o VM possam ser deletérios, como tétano ou síndrome neuroléptica maligna, aumento grave da pressão intracraniana, aumento grave da pressão intra-abdominal.
- Deve-se realizar avaliações diárias da necessidade do BNM, e na decisão de cessação do BNM não há necessidade de escalonamento (“desmame”).

TRATAMENTO DO DELIRIUM

- O tratamento do delirium deve priorizar a adequação ambiental, com destaque para manutenção da orientação temporo-espacial do paciente e reconcilamento de próteses de uso contínuo (óculos, dentárias, auditivas)
- A utilização de fármacos é indicada para casos de delirium hiperativo, após manejo adequado da dor, e diagnóstico por meio da escala de CAM-ICU.
- O fármaco de escolha para o tratamento do delirium é a Quetiapina na dose de 25 a 200mg a cada 6 ou 8 horas, com dose máxima de 800 mg/dia; A risperidona na dose máxima de 6mg/dia, adequando dose para evitar inversão do ciclo sono-vigília.



- Para pacientes com agitação psicomotora importante deve-se utilizar Haloperidol na dose de 2,5 a 5mg de 10 em 10 minutos até o controle dos sintomas ou até dose máxima de 30mg, observando intervalo QT corrigido. Se o paciente for refratário a este tratamento ou apresentar agitação psicomotora ameaçadora a integridade física pessoal ou da equipe, a opção deve ser por um hipnótico de ação rápida como Propofol.
- Em casos de desmame ventilatório em que a agitação psicomotora seja de difícil controle após a utilização de medicamentos antipsicóticos (Haloperidol respeitando intervalo QT corrigido , Risperidona máximo 6mg/dia ou Quetiapina 25 a 200 mg 8/8 h), a utilização de dexmedetomidina deve ser considerada.

6. RESPONSABILIDADES E ATRIBUIÇÕES

- **Médico:** instituir tratamento para dor e delirium (conforme protocolo específico) e indicar o uso de hipnóticos conforme a meta de RASS estabelecida.
- **Enfermagem:** avaliação da escala RASS, EAV e CAM-ICU, conforme rotina da unidade.

A aplicação deste protocolo será revisada com alguns indicadores de qualidade

- Consumo mensal de sedativos na unidade
- Densidade de pneumonia associada à ventilação mecânica; •
- Dias livres de ventilação mecânica;
- Taxa de extubação acidental;
- Tempo de internação na UTI.

IV. MEDICAÇÕES MAIS UTILIZADAS SEDATIVO E ANALGÉSICOS



FÁRMACOS	Apresentação	Preparação	Dose	“Dose Dobrada” e observações
FENTANIL DOSE: 0,7 – 10 µg/kg/h	250 mcg/10 ml (50 mcg/ml)	20 ml + 0,9% 80 ml - concentração de 10 mcg/ml	50 a 250mcg/hora (1 a 5ml/h) “0,7 – 10 µg/kg/h; Dose p/ IOT: 2 – 10µg/kg” Cálculo: µg/kg/h 10 x (mL/h) / Peso	5 ampolas sem diluição (puro na concentração de 50 mcg/ml) insuficiência renal considerar redução da dose 50 x (mL/h) / Peso
Midazolam 0,05 a 0,1 mg/Kg/h	15mg/3ml (5mg/ml) 50mg/10mL (5mg/ml)	2 ampolas de 10mL (100mg/20ml) + 80mL de SGI = 1mg/ml ou 10 ampolas de 3ml (150mg/30ml) + 120mL de SGI = 1mg/ml	0,05 a 0,1 mg/Kg/h Cálculo: (mg/Kg /h) (ml/h) / Peso	40 ml de midazolam + 60 ml SG 5% 0,9% concentração de 2 mg/ml 2 x (ml/h) / peso se insuficiência renal ou hepática recomenda-se uma dose mais baixa



FÁRMACOS	Apresentação	Preparação	Dose	“Dose Dobrada” e observações
Propofol 0,3 – 3mg/kg/h;	10 mg/ml 1% 20 ml	Administrar sem diluir (5 ampolas)	dose manutenção 0,3 – 3mg/kg/h Dose p/ IOT: 1-2,5 mg/kg Cálculo: mg/kg/h 10 x (mL/h) / Peso	—
DEXMEDETO MIDINA (PRECEDEX) 0,3 – 1,4µg/kg/h;	100 mcg/ml (2ml) total de 400 mcg;	Diluir 2 ml (1 ampola) em 96 mL SF 0,9% (concentração de 4 mcg/ml)	0,3 – 1,4µg/kg/h; Cálculo: µg/kg/h 4 x (mL/h) /Peso	1 ampola diluída em 48 ml de SF 0,9% (concentração de 8 mcg/ml) Cálculo: µg/kg/h 8 x (mL/h) / Peso considerar redução da dose em insuficiência hepática



FÁRMACOS	Apresentação	Preparação	Dose	“Dose Dobrada” e observações
SUCCINILCOLINA	100mg (1 amp)	Reconstituir 1 frasco em 10 mL de Água destilada. Concentração de 10mg/mL	Dose p/ IOT: 1 – 1,5 mg/kg;	—
ROCURÔNIO 0,48 – 0,72mg/kg/h;	10 mg/ml (5 ml)	Adicionar 5 frascos em 75 mL de SF0,9%, Concentração de 2,5mg/mL;	Dose manutenção: 0,48 – 0,72mg/kg/h; Dose p/ IOT: 0,6 – 1,2mg/kg em bolus Cálculo: mg/kg/h 2,5 x (mL/h) / Peso	se insuficiência renal não exceder 0,6 mg/kg
ATRACURIO 0,48 – 0,72mg/kg/h;	10 mg/ml - 5 ml 10 mg/ml - 50 ml 10 mg/ml 25 ml	25 ml de atracúrio + 225 ml de SF0,9% = concentração de 1mg/ml	Dose ataque: 0,4 a 0,5 mg/kg Dose manutenção: 0,48 – 0,72mg/kg/h; Cálculo: mg/kg/h mL/h / Peso	sem ajuste para a função renal



FÁRMACOS	Apresentação	Preparação	Dose	“Dose Dobrada” e observações
PANCURÔNIO 0,02 a 0,1 mg/kg/h	2 mg/ml (2ml)	20 ml de pancurônio (10 ampolas) + 80 ml de SF 0,9% (concentração de 0,4 mg/ml)	dose de ataque: 0,04 a 1 mg/kg EV manutenção: 0,02 a 0,1 mg/kg/h IOT: 0,06 a 0,1 mg/kg em bolus cálculo: mg/kg/h 0,4 x (ml/h)/peso	se clearance creatinina 10-50 ml/min fazer 50% da dose se < 10: não administrar
DEXTROCETA MINA (QUETAMINA) 0,3 a 1,8 mg/kg/h	50 mg/ml (10ml)	10ml de quetamina + SG5% 90 ml (concentração de 5mg/ml)	dose: 0,1 a 0,5 mg IOT: 1-4 mg/kg em bolus manutenção: 0,3 a 1,8 mg/kg/h Cálculo: mg/kg/h 5 x (mL/h) / Peso	sem ajuste renal



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Recomendação da Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA) para o Uso Racional de Fármacos para Anestesia e Sedação durante a Covid-19. Sociedade Brasileira de Anestesia. 09 de junho de 2020
2. Brown EM, Pavone KJ, Naranjo M. Multimodal general anesthesia: Theory and Practice. *Anesth Analg*. 2018;127:1246-58.
3. Kress JP, Pohlman AS, O'Connor MF, Hall JB. Daily interruption of sedative infusions in
4. critically ill patients undergoing mechanical ventilation. *N Engl J Med*. 2000 May18;342(20): 1471-7.



Responsável pela elaboração e adaptações: Lorena Castoldi Tavares	PROTOCOLO MÉDICO UNIDADE TERAPIA INTENSIVA	Data da 1ª versão: Fevereiro de 2021
Responsável pela Revisão: Claudemir Monteiro de Barros Caciano Gonçalves de Aquino Neto Responsável pela aprovação: Elizangela Lopes Soares da Silva	02 DROGAS VASOATIVAS	Versão número: 01 Data atualização:

DROGAS VASOATIVAS

FÁRMACOS	apresentação	preparação	dose	dose dobrada
Noradrenalina dose: 0,01 a 1,5mcg/kg/min se dose > 0.5 mcg/kg/min associar vasopressina se dose > 0,3 mcg/kg/min = suspender dieta atenção para ofertar aporte calórico com glicose endovenosa	1 mg/ml (4ml)	2 amp. em 92 ml SG 5% (concentração: 80 mcg/ml)	dose: 0,01 a 1,5mcg/kg/min cálculo= mcg/kg/min 1,3 x (ml/h) / peso	4 ampolas + 84 ml (concentração 160 mcg/ml) cálculo= mcg/kg/min 2,6 x (ml/h) / peso



FÁRMACOES	apresentação	preparação	dose	dose dobrada
Adrenalina ou epinefrina Dose: 1 a 4mcg/min associar quando a dose de noradrenalina > 0.6 mcg/K/min.	1mg/ml (1ml)	8 ampolas + 92 ml SG 5% (concentração: 80 mcg/ml)	cálculo= mcg/kg/min 1,3 x (ml/h) / peso	16 ampolas + 84 ml SG 5% (concentração: 160 mcg/ml) cálculo= mcg/kg/min 2,6 x (ml/h) / peso
Vasopressina dose: 0,01 a 0,04 U/min	20 U/ml (0,5; 1; ou 10 ml)	1 ml + 99 ml SG 5% (concentração de 0,2 U/ml)	cálculo: U/min (ml/h) x 0,2 /60	
Dobutamina Dose: 2,5 a 20 mcg/kg/min	(250mg/20 ml = 12,5 mg/ml)	1 ampola + 230 ml SG 5% (concentração: 1000 mcg/ml)	Cálculo mcg/kg/min (ml/h) / peso x 16,67	2 ampolas + 210 ml SG 5% (concentração: 2.000 mcg/ml) Cálculo mcg/kg/min (ml/h) / peso x 33,3



Responsável pela elaboração: Lorena Castoldi Tavares	PROTOCOLO MÉDICO UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	Data da 1ª versão: junho de 2020
Revisão: Claudemir Monteiro de Barros	03	Versão número: 02
Aprovação: Elizangela Lopes Soares da Silva	DESPERTAR DIÁRIO	Data atualização: Fevereiro de 2021

■ INTERRUPÇÃO DIÁRIA DA SEDAÇÃO

INTRODUÇÃO

A sedação excessiva aumenta riscos deletérios ao paciente como o tempo de ventilação mecânica e o risco de infecção relacionada aos dispositivos invasivos necessários, ocorrência de delirium e maior mortalidade.

OBJETIVO

Tem como objetivo adequação de sedação e de analgesia do paciente crítico em ventilação mecânica, priorizando o controle da dor, porém, com doses mais baixas e assim avaliar diariamente os critérios de extubação e:

- utilizar a menor dose possível dos medicamentos para reduzir tolerância e dependência
- a sedação e analgesia alvo tem que ser individualizada diariamente
- monitorizar o nível de sedação através da escala de agitação - sedação de Richmond (RASS) - anexo I
- Se houver necessidade de reintrodução da sedação reiniciar com a metade da dose que estava e titular conforme RASS alvo de 0 a -2.
- Diminuir o tempo de ventilação mecânica e mortalidade.

INDICAÇÃO

- Em todos os pacientes em ventilação mecânica invasiva por mais de 48 horas;



- Exceção:

- Ventilação mecânica ≤ 24 horas ou de reintubação
- TCE grave ou Hipertensão intracraniana
- Procedimento cirúrgico iminente
- Cardiopatias graves descompensadas
- Necessidade de bloqueadores neuromusculares nas últimas 24 horas
- Insuficiência respiratória grave
 - PEEP > 12 cmH₂O e/ou
 - Relação P/F < 150 mmHg com PEEP > 15 cmH₂O e/ou
 - Fio₂ $> 70\%$ e/ou
 - Posição prona
- Instabilidade hemodinâmica (altas doses de droga vasoativa)

O motivo da não interrupção da sedação deve ser registrado no prontuário do paciente.

TÉCNICA

A sedação deve ser interrompida após o banho no leito (por volta das 10-12 horas da manhã) em todos os pacientes que tiverem indicação e escrito na prescrição (DESPERTAR DIÁRIO);

- **MÉDICO E FISIOTERAPIA:** Checar critério de despertar diário e deixar prescrito quando indicado.
- **TÉCNICO DE ENFERMAGEM:** Checa a prescrição e se prescrito e pausa a bomba de midazolam, propofol ou outro sedativo às 10-12 horas da manhã.
- **EQUIPE MONITORAR O PACIENTE ATENTAMENTE QUANTO AOS SINAIS ABAIXO:**
 - Escala Behavioural Pain Scale (anexo II)
 - Movimentos incoordenados dos membros
 - Assíncrona na ventilação mecânica ou saturação de O₂ $< 90\%$
 - FC ≥ 90 bpm



- $FR \geq 20$ rpm

Se presentes, avaliar aumento da dose do medicamento analgésico (ex. fentanil).

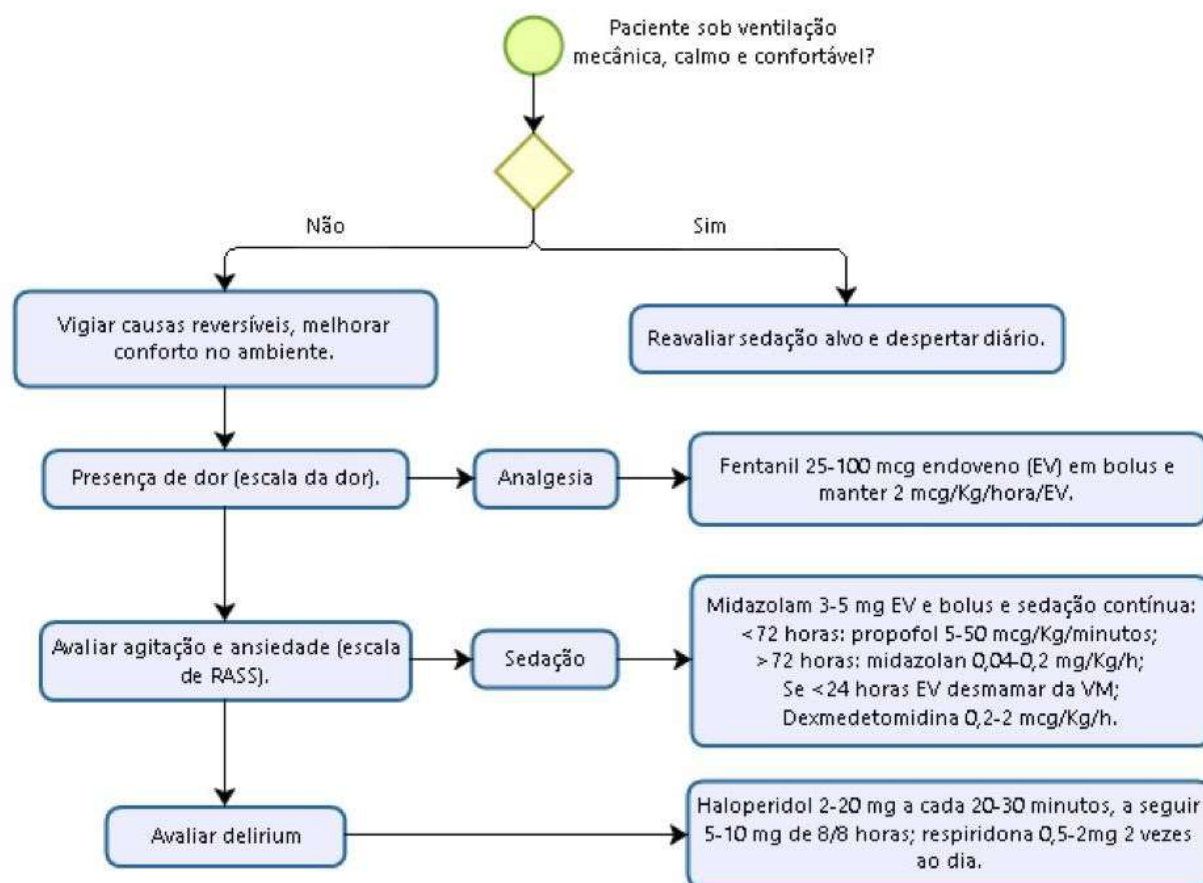
Sempre avaliar causas reversíveis e conforto do paciente durante o processo, se dor, fazer analgésico na dose adequada, se agitação e ansiedade avaliar necessidade do retorno da sedação, avaliar se delirium e caso presente prescrever por exemplo: haloperidol 2-20 mg a cada 20-30 minutos e a seguir 5-10 mg de 8/8 horas ou risperidona 0,5 a 2 mg 2 vezes ao dia.

Condições que indicam reinstituição da sedação:

- Paciente completamente desperto, olhos permanentemente abertos, capaz de executar todos os comandos verbais, mas sem preencher critérios de desmame da ventilação mecânica invasiva ou que falhou no teste de respiração espontânea.
- Agitação
- Assincronia com a ventilação mecânica.

A restituição deve seguir o protocolo, iniciando com a metade da dose do momento da interrupção e titulando progressivamente, conforme meta do RASS alvo de 0 a - 2.

Durante a ventilação mecânica avaliar:





Suspender diariamente a sedação (se não houver contraindicação)



Após a retirada da sedação

- paciente alerta, porém sem preencher critério para extubação
- abertura ocular aos comandos
- acompanha o examinador com olhar
- obedece os comandos

TEM CRITÉRIO PARA TRE?



- Nível de consciência com paciente bem acordado (Glasgow > 8);
- Estabilidade hemodinâmica ou com doses baixas de droga vasoativa;
- PaO₂: 70-80mmHg; PEEP < 8cmH₂O; pH > 7,34;
- Capacidade de disparar o ventilador em modo espontâneo (de preferência, sem sedação contínua);

NÃO



Reiniciar sedação na metade da dose que estava antes da suspensão e ajustar infusão para manter o RASS alvo 0 a - 2.

SIM



SIM



CONFORME A AVALIAÇÃO FISIOTERAPEUTA
- Atenção aos critérios de falência do TRE





SINAL DE FALÊNCIA DO TRE - interromper (APÓS A AVALIAÇÃO DA FISIOTERAPIA)

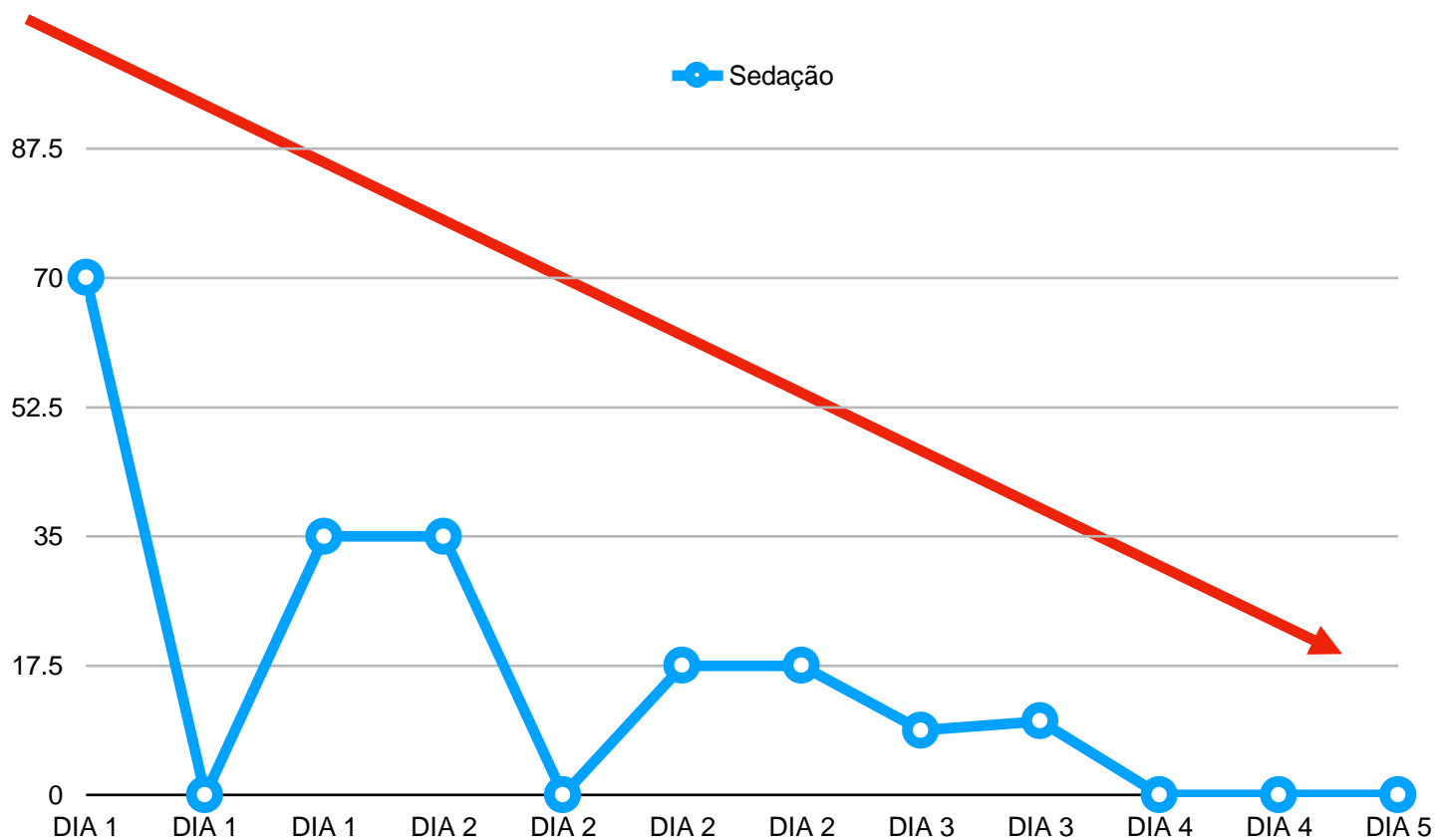
- Frequência respiratória > 30 rpm ou < 10 rpm;
- $SpO_2 < 90\%$ com $FiO_2 \geq 0,4$;
- $PaO_2/FiO_2 < 200$;
- Frequência cardíaca > 120 bpm, com instabilidade hemodinâmica;
- Escala de Coma de Glasgow < 8 ; agitação, sudorese, coma e ausência do reflexo de tosse;

ANEXO I - ESCALA DE AGITAÇÃO DE RICHMOND (RASS)

Item	Descrição	Pontuação
Expressão facial	Relaxada	1
	Parcialmente contraída (por exemplo: abaixamento palpebral)	2
	Completamente contraída (olhos fechados)	3
	Contorção facial	4
Movimento dos membros superiores	Sem movimento	1
	Movimentação parcial	2
	Movimentação completa com flexão dos dedos	3
	Permanentemente contraídos	4
Conforto com o ventilador mecânico	Tolerante	1
	Tosse, mas tolerante à ventilação mecânica a maior parte do tempo	2
	Brigando com o ventilador	3
	Sem controle da ventilação	4

-3	Sedação moderada	sem contato visual
-4	Sedação intensa	Sem resposta ao estímulo verbal, mas apresenta movimentos ou abertura ocular ao toque (estímulo físico)
-5	Não desperta	Sem resposta a estímulo verbal ou físico

ANEXO II - ESCALA DE DOR (BEHAVIOURAL PAIN SCALE)



OBS. Para pacientes com doses elevadas de sedativos ou uso maior que 7 dias pode ser reduzido cerca de 20-25% da dose diariamente.



REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. NASSAR, J.A.P; PARK, M. Protocolos de sedação versus interrupção diária de sedação: uma revisão sistemática e metanálise. Rev. Bras. Ter. Intensiva. Dez 2016, vol 28, no 4, p 444-451.
2. ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA. Orientações sobre o manuseio do paciente com pneumonia e insuficiência respiratória devido a infecção pelo coronavírus (SARS-CoV-2). AMIB. 2020; versão (5):7-8. DOI: <https://www.amib.org.br/pagina-inicial/coronavirus/>
3. BARBAS, C.S.C.; ISOLA, A.M.; FARIAS, A.M.C. Diretrizes brasileiras de ventilação mecânica. **Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB)** – Comitê de Ventilação Mecânica Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) – Comissão de Terapia Intensiva da SBPT. 2013
4. Flôres, D. G.; Capone Neto, A. (Ed) Delirium no paciente grave. São Paulo, Ed.Atheneu, 2013.
5. Comfort and patient centred care without excessive sedation: The e CASH concept. Vincent JL, Shehabi Y, Walsh TS, *et al.* Intensive Care Med 2016; 42:962–971.
6. Analgesia e sedação em Unidade de Terapia Intensiva. Sakata, RK. Rev Bras Anesthesiol 2010; 60 (6): 648-658
7. FIGUEIREDO, L, M. Protocolo clínico: ANALGOSEDAÇÃO E DESPERTAR DIÁRIO. Universidade Federal do Ceará Emissão: 03/09/2019.