

Marcelo Park¹, Ruy Camargo Pires-Neto^{1,2},
Antonio Paulo Nassar Junior^{1,3}

Despertar, exercitar, sentar-se, deambular e extubar: uma mudança nos paradigmas para pacientes mecanicamente ventilados

Awaking, exercising, sitting, walking and extubating: moving on the paradigms for mechanically ventilated patients

1. Unidade de Terapia Intensiva, Departamento de Emergências Clínicas, Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo - São Paulo (SP), Brasil.

2. Departamento de Patologia, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo - São Paulo (SP), Brasil.

3. Unidade de Terapia Intensiva, AC Camargo Cancer Center - São Paulo (SP), Brasil.

Enquanto permanecem na unidade de terapia intensiva (UTI), os pacientes são expostos a cateteres, tubos, alarmes e ruídos, e têm sede, fome e imobilidade, além de numerosas outras fontes de desconforto. Quanto o ambiente da UTI é hostil para os pacientes e aqueles que deles cuidam? É intuitivo colocar os pacientes para dormir enquanto permanecerem nesse local inóspito para receber suporte à vida. Além do mais, durante o sono, a respiração é controlável, o consumo de oxigênio pode ser reduzido, e os pacientes aparentam aos seus observadores estar em paz. Por um longo tempo, a hibernação durante a doença grave foi o padrão-ouro do cuidado.

Em 2000, Kress et al. demonstraram que a interrupção diária da sedação contínua se associava com período mais curto de ventilação mecânica e menos tempo com necessidade de suporte na UTI.⁽¹⁾ Entretanto, os críticos questionaram se o preço pago, em termos de privação de sono, dor, ansiedade, depressão, agitação e *delirium*, era efetivamente compensado pelos benefícios auferidos.⁽²⁾ A resposta dos autores veio 3 anos mais tarde, com o acompanhamento desses pacientes em longo prazo, quando se avaliou como positivo o impacto psicológico da interrupção diária dos sedativos.⁽³⁾ Mais adiante, esses mesmos achados foram replicados por outros estudos.^(4,5) Em um deles, a interrupção diária da sedação foi substituída por um protocolo de não sedação, resultando em redução do tempo de suporte crítico necessário e sem impacto psicológico negativo em longo prazo.⁽⁶⁾ Em última análise, a redução dos níveis de sedação associados com mobilização passiva e ativa precoce se associou com uma independência funcional mais precoce.⁽⁷⁾ Os pacientes foram incentivados à mobilização precoce com uso de um cicloergômetro e mostraram grande satisfação em fazê-lo.⁽⁸⁾ Atualmente, algumas UTI propõem uma criteriosa mobilização precoce de pacientes gravemente enfermos. Consideram níveis progressivos de mobilização, começando desde a mobilização ativa no leito até exercícios na posição sentada, em pé e durante a deambulação. Todos esses níveis podem ser oferecidos ao paciente, independentemente da necessidade de ventilação mecânica.⁽⁹⁾

Nestes últimos 10 anos, ocorreu em todo o mundo uma grande mudança nos paradigmas de sedação em pacientes gravemente enfermos, e as UTI vêm trabalhando ainda mais com o despertar de pacientes capazes de contribuir para seu próprio cuidado. No Brasil, um estudo que comparou um protocolo de não sedação com interrupções diárias mostrou a viabilidade da utilização de quantidades muito pequenas de sedativos em uma UTI com equipe de enfermagem de níveis menos graduados do que a das UTI nas quais se conduziram os estudos prévios. Além do mais, não houve risco associado para qualquer grupo em que os

Conflitos de interesse: Nenhum.

Autor correspondente:

Marcelo Park

Hospital das Clínicas de São Paulo

Rua Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 255, 6º andar

CEP: 05403-010 - São Paulo (SP), Brasil

E-mail: marcelo.park@hc.fm.usp.br

DOI: 10.5935/0103-507X.20140030

pacientes foram mantidos despertos.⁽¹⁰⁾ Mais ainda, em um outro estudo brasileiro, o uso de sedação mais profunda, quando da admissão à UTI, associou-se à mortalidade mais elevada.⁽¹¹⁾ Foram encontrados resultados similares em outros estudos realizados em UTI australianas.⁽¹²⁾ Ainda no Brasil, Camargo Pires-Neto et al. demonstraram a segurança metabólica da mobilização passiva precoce⁽¹³⁾ e a viabilidade, segurança e satisfação do paciente mecanicamente ventilado na UTI ao se utilizar um cicloergômetro simples.⁽⁸⁾ O mesmo grupo também realizou atividades com pacientes intubados de sentar-se na cama, sentar-se na poltrona e deambular, sem que se apresentassem eventos adversos ou sentinelas (dados não publicados).

Estudo publicado neste número da RBTI, realizado por Dexheimer-Neto et al.,⁽¹⁴⁾ enfatiza a continuidade do cuidado de pacientes mecanicamente ventilados no Brasil e revela alguns aspectos de seu protocolo de mobilização precoce. Os autores demonstraram, pela primeira vez, em uma análise retrospectiva de 7 meses e que incluiu 91 pacientes, a viabilidade e a segurança de realizar extubação traqueal em pacientes na posição sentada. Não houve diferença nas taxas de sucesso da extubação entre os grupos

extubados na posição sentada ou supina (82% *versus* 85%; $p=0,84$). Adicionalmente, necessidade de traqueostomia, tempo de permanência na UTI e mortalidade também foram os mesmos na comparação entre os grupos. Embora os autores creiam que esse fato possa acelerar a mobilização precoce, o artigo não apresenta dados relacionados às práticas fisioterápicas, à melhora e aos reais benefícios ao paciente. Contudo, Dexheimer-Neto et al.⁽¹⁴⁾ demonstraram que uma mudança da cultura e dos paradigmas, como a extubação em posição sentada, é, no mínimo, tão viável e segura quanto a conduta rotineira.

Definitivamente, é tempo de diminuir (ou até mesmo retirar) os sedativos, e manter os pacientes despertos e em movimento. Essas abordagens se associam com melhores desfechos e podem ser facilmente utilizadas em nossas UTI. Dexheimer-Neto et al.⁽¹⁴⁾ nos demonstraram que nossos pacientes não precisam parar de movimentar-se durante o desmame e extubação. Assim, agradecemos a Dexheimer-Neto et al. por nos proporcionarem evidências que dão apoio à ideia de que pacientes mecanicamente ventilados, assim como seus paradigmas, devem continuar em movimento.

REFERÊNCIAS

- Kress JP, Pohlman AS, O'Connor MF, Hall JB. Daily interruption of sedative infusions in critically ill patients undergoing mechanical ventilation. *N Engl J Med*. 2000;342(20):1471-7.
- Heffner JE. A wake-up call in the intensive care unit. *N Engl J Med*. 2000;342(20):1520-2.
- Kress JP, Gehlbach B, Lacy M, Pliskin N, Pohlman AS, Hall JB. The long-term psychological effects of daily sedative interruption on critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 2003;168(12):1457-61.
- Girard TD, Kress JP, Fuchs BD, Thomason JW, Schweickert WD, Pun BT, 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 randomised controlled trial. *Lancet*. 2008;371(9607):126-34.
- Strom T, Martinussen T, Toft P. A protocol of no sedation for critically ill patients receiving mechanical ventilation: a randomised trial. *Lancet*. 2010;375(9713):475-80.
- Strom T, Stylsvig M, Toft P. Long-term psychological effects of a no-sedation protocol in critically ill patients. *Crit Care*. 2011;15(6):R293.
- Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, Nigos C, Pawlik AJ, Esbrook CL, et al. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2009;373(9678):1874-82.
- Pires-Neto RC, Pereira AL, Parente C, Sant'anna GN, Esposito DD, Kimura A, et al. Characterization of the use of a cycle ergometer to assist in the physical therapy treatment of critically ill patients. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2013;25(1):39-43.
- Morris PE, Goad A, Thompson C, Taylor K, Harry B, Passmore L, et al. Early intensive care unit mobility therapy in the treatment of acute respiratory failure. *Crit Care Med*. 2008;36(8):2238-43.
- Nassar Junior AP, Park M. Daily sedative interruption versus intermittent sedation in mechanically ventilated critically ill patients: a randomized trial. *Ann Intensive Care*. 2014;4:14.
- Tanaka LM, Azevedo LC, Park M, Schettino G, Nassar AP, Réa-Neto A, et al. Early sedation and clinical outcomes of mechanically ventilated patients: a prospective multicenter cohort study. *Crit Care*. 2014;18(4):R156.
- Shehabi Y, Bellomo R, Reade MC, Bailey M, Bass F, Howe B, McArthur C, Seppelt IM, Webb S, Weisbrodt L; Sedation Practice in Intensive Care Evaluation (SPICE) Study Investigators; ANZICS Clinical Trials Group. Early intensive care sedation predicts long-term mortality in ventilated critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 2012;186(8):724-31.
- Camargo Pires-Neto R, Fogaça Kawaguchi YM, Sayuri Hirota A, Fu C, Tanaka C, Caruso P, et al. Very early passive cycling exercise in mechanically ventilated critically ill patients: physiological and safety aspects-a case series. *PLoS One*. 2013;8(9):e74182.
- Dexheimer Neto FL, Vesz PS, Cremonese RV, Leães CG, Raupp AC, Rodrigues CS, et al. Extubação fora do leito: um estudo de viabilidade. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2014;26(3):263-8.