

Cássia Righy Shinotsuka^{1,2}, Rodrigo Bernardo Serafim^{2,3,4}

Sedação e memórias em terapia intensiva

Sedation and memories in critical care

1. Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
2. Instituto Nacional de Câncer - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
3. Hospital Copa D'Or - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
4. Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Universidade Federal do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

As estratégias de sedação nas unidades de terapia intensiva (UTI) mudaram na última década pela utilização de protocolos de despertar diário, menos sedação e até nenhuma sedação.⁽¹⁻³⁾ Além disto, novas modalidades ventilatórias foram projetadas para promover melhor sincronia do paciente com o ventilador e menor necessidade de sedação. É bem conhecido que estratégias de menos sedação reduzem a duração da ventilação mecânica e da permanência no hospital.⁽¹⁻³⁾ Entretanto, há uma crescente preocupação a respeito da melhor estratégia de sedação com relação às memórias e ao transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) após alta da UTI.⁽⁴⁾

Acumulam-se evidências de saúde mental precária e má qualidade de vida entre os sobreviventes da terapia intensiva. Muitos estudos avaliaram as memórias de pacientes da UTI em períodos variáveis após a sua alta, obtendo resultados conflitantes. Alguns estudos descreveram poucas lembranças ou mesmo a ausência delas para eventos reais durante a permanência na UTI^(5,6) ou apenas lembranças de dor, aspiração, ou privação de sono,⁽⁷⁾ enquanto outros descreveram memórias de pesadelos vívidos, alucinações e ilusões paranóides.^(5,8) Essas experiências são frequentemente muito assustadoras, podendo predispor os pacientes a formarem memórias vívidas e duradouras. Estudos sugerem que mesmo memórias relativamente desagradáveis de eventos reais (lembranças factuais), durante a doença crítica, podem dar alguma proteção contra o desenvolvimento de ansiedade e de sintomas tardios relacionados ao TEPT. Tal fato não ocorre quando as memórias de ilusões se destacam.⁽⁵⁾

Ainda não está claro a extensão em que o trauma de uma doença grave, tratamentos e fármacos associados, ou a reação psicológica do paciente durante a permanência em terapia intensiva contribuem para desfechos psicossociais desfavoráveis. Muitos processos podem interagir e, em última análise, levar aos problemas de memórias relatados por pacientes de UTI.⁽⁹⁾ Primeiramente, pacientes graves têm maior propensão a desenvolver encefalopatia metabólica ou séptica, manifestada como confusão ou coma, que podem ser exacerbadas por distúrbios do sono, isolamento sensorial e social. Em segundo lugar, a estratégia de sedação pode ter uma forte influência na lembrança de eventos na UTI. Opiáceos, benzodiazepínicos, adrenalina e corticosteroides, fármacos comumente utilizados na terapia intensiva, podem ter uma profunda influência nas memórias. Além disso, a interrupção abrupta de fármacos previamente utilizados, como benzodiazepínicos, pode causar fortes reações de abstinência, que podem, por sua vez, contribuir para o *delirium*.

Conflitos de interesse: Nenhum.

Autor correspondente:

Cássia Righy Shinotsuka
Rua do Rezende, 156 - Centro
CEP: 20231-092 - Rio de Janeiro (RJ), Brasil
E-mail: cassiarighy@gmail.com

DOI: 10.5935/0103-507X.20140014

O artigo de Costa et al., neste número da Revista Brasileira de Terapia Intensiva (RBTI), fornece novas informações clínicas relativas a sedação e memórias em pacientes em ventilação mecânica.⁽¹⁰⁾ Este estudo descreve uma maior incidência de memórias de ilusão em pacientes em ventilação mecânica e profundamente sedados por um longo período de tempo. Em sua maioria (84,4%), os pacientes relataram alguma lembrança da UTI; entretanto, apenas 39,1% tinham memórias factuais. De forma interessante os autores mostram que um baixo nível de sedação parece ter pouco impacto nas lembranças de memórias e que pacientes com sedação mais profunda não referiram memórias de procedimentos durante a permanência na UTI. Por outro lado, níveis mais profundos de sedação associaram-se com memórias de ilusões após alta

da UTI. Não foi possível avaliar se a sedação foi um fator independente de risco para memórias de ilusão ou um fator de confusão pela gravidade da doença.

Em conclusão, são necessários mais estudos para avaliar formas de reduzir as memórias de ilusões na UTI, e aumentar as lembranças factuais. É pouco provável que a simples redução da sedação consiga obter esse resultado. Reduzir memórias de ilusões significará atuar em diferentes níveis de intervenção além da sedação, como proporcionar boa analgesia e reduzir estímulos nocivos, assim como manter a clareza mental. Até que consigamos compreender melhor os processos de formação das memórias na UTI, é improvável que sejamos capazes de reduzir as memórias de ilusões que apresentam os pacientes de terapia intensiva.

REFERÊNCIAS

1. 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.
2. 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.
3. Strøm 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.
4. Svenningsen H. Associations between sedation, delirium and post-traumatic stress disorder and their impact on quality of life and memories following discharge from an intensive care unit. *Dan Med J.* 2013;60(4):B4630.
5. Jones J, Hoggart B, Withey J, Donaghue K, Ellis BW. What the patients say: A study of reactions to an intensive care unit. *Int Care Med.* 1979;5(2):89-92.
6. Compton P. Critical illness and intensive care: what it means to the client. *Crit Care Nurse.* 1991;11(1):50-6.
7. Turner JS, Briggs SJ, Springhorn HE, Potgieter PD. Patients' recollection of intensive care unit experience. *Crit Care Med.* 1990;18(9):966-8.
8. Jones C, Griffiths RD, Macmillan RR, Palmer TE. Psychological problems occurring after intensive care. *Br J Intensive Care.* 1994;2:46-53.
9. Jones C, Griffiths RD, Humphris G, Skirrow PM. Memory, delusions, and the development of acute posttraumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. *Crit Care Med.* 2001;29(3):573-80.
10. Costa JB, Marcon SS, Macedo CR, Jorge AC, Duarte PA. Sedação e memórias de pacientes submetidos à ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2014;26(2):122-9.