



# MANUAL DE APLICAÇÃO DO *BUNDLE* ABCDEF

Identificação - Manejo - Prevenção  
Um Guia Prático para Profissionais de Saúde



# APRESENTAÇÃO

A permanência em unidade de terapia intensiva (UTI) expõe o paciente a uma série de agravos físicos, cognitivos e psicológicos, que podem persistir após a alta, caracterizando a Síndrome Pós-Cuidados Intensivos (PICS). Esta síndrome representa um importante problema de saúde pública, cujas repercussões atingem não apenas os sobreviventes da terapia intensiva, mas também seus familiares e cuidadores.

Diante desse cenário, práticas assistenciais seguras, baseadas em evidências e centradas no paciente e na família são fundamentais para reduzir a incidência e os impactos da PICS. O uso de *bundles* — conjuntos de intervenções sistematizadas — tem se destacado como estratégia eficaz para a prevenção, identificação precoce e manejo da PICS.

Neste contexto, o presente Manual de Instruções tem como objetivo orientar a equipe multiprofissional da UTI quanto à correta aplicação do *Bundle* ABCDEF, garantindo uniformidade das práticas assistenciais e padronização dos registros. O manual propõe-se a ser um instrumento facilitador, didático e acessível, subsidiando a incorporação do checklist de verificação diária na rotina dos profissionais.

O *Bundle* ABCDEF é composto por um conjunto de estratégias integradas que visam à melhoria da qualidade do cuidado prestado aos pacientes em terapia intensiva. Seus elementos incluem: avaliação, prevenção e controle da dor (A); realização de testes de despertar espontâneo e testes de respiração espontânea (B); definição adequada das estratégias de analgesia e sedação (C); avaliação, prevenção e manejo do delírium (D); promoção da mobilização precoce e realização de exercícios físicos (E); e, por fim, o envolvimento ativo e o fortalecimento do papel da família no cuidado (F).



## A - AVALIAÇÃO DA DOR

O componente "A" do *Bundle* tem como finalidade a avaliação, prevenção e controle da dor. A dor é compreendida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, sendo mais fidedignamente descrita pela própria pessoa que a sente. Contudo, no ambiente da terapia intensiva, o relato do paciente pode ser um desafio. A dificuldade ou impossibilidade de comunicação verbal não exclui a chance de o paciente estar em sofrimento doloroso. Pacientes com comprometimento cognitivo ou com limitações na comunicação estão mais suscetíveis a apresentar níveis elevados de dor. Assim, a utilização de instrumentos confiáveis e válidos para a avaliação da dor é essencial para garantir a eficácia das estratégias terapêuticas. Entretanto, definir a melhor intervenção para o alívio da dor permanece um desafio clínico.

As ferramentas indicadas para aplicação do bundle propõem uma abordagem progressiva para a avaliação da dor, seguindo os seguintes passos:

- 1. Priorizar o relato de dor feito pelo próprio paciente, sempre que possível.
- 2. Observar sinais e alterações no comportamento que possam indicar dor.
- 3. Solicitar o apoio da família na identificação de possíveis sinais de dor.
- 4. Na ausência de confirmação, considerar a possibilidade da presença de dor.

As seguintes ferramentas estão disponíveis para pacientes de UTI:

**Escala de classificação numérica (NRS)**

**Escala Comportamental de Dor (BPS)**

**Ferramenta de observação da dor em cuidados intensivos (CPOT)**





## **B - Testes de Despertar Espontâneo (TSA) e Testes de Respiração Espontânea (TRE)**

O componente "B" do *Bundle* refere-se à realização dos testes de despertar espontâneo (SAT) e dos testes de respiração espontânea (SBT). Esse elemento tem como foco estabelecer, diariamente, um ou mais momentos específicos para a suspensão temporária dos medicamentos sedativos, permitindo orientar o paciente quanto ao tempo e espaço, além de realizar o SBT com o objetivo de favorecer a retirada do suporte ventilatório. Evidências científicas demonstram que a sedação em níveis profundos está associada à redução da sobrevivência em seis meses, ao aumento da mortalidade hospitalar, ao prolongamento da permanência na UTI, ao aumento do tempo de uso da ventilação mecânica, bem como ao incremento do estresse fisiológico do paciente.

 As diretrizes de dor, agitação/sedação, delírio, imobilidade e perturbação do sono (PADIS - acrônimo para *Pain - dor; Agitation - agitação; Delirium; Intensiva sedation - sedação intensiva*) recomendam:

 A profundidade e a qualidade da sedação devem ser avaliadas rotineiramente em todos os pacientes da UTI diariamente, mesmo quando os SATs e os SBTs são contraindicados.

 A Escala de Agitação-Sedação de Richmond (RASS) e a Escala de Agitação de Sedação (SAS) são as escalas mais válidas e confiáveis para avaliar a qualidade e a profundidade da sedação em pacientes adultos na UTI.

 Medidas objetivas da função cerebral devem ser usadas de forma adjuvante para monitorar a sedação em pacientes que recebem agentes bloqueadores neuromusculares.

O EEG deve ser usado para monitorar a atividade convulsiva em pacientes com risco de convulsões ou em uso de medicação eletrossupressora em pacientes com pressão intracraniana elevada.



## C - Escolha de Analgesia e Sedação

O componente "C" do *Bundle* está relacionado à seleção adequada dos fármacos utilizados para analgesia e sedação. Esse elemento tem como objetivo estruturar um plano terapêutico seguro e efetivo para o manejo da dor e da agitação em pacientes adultos em estado crítico, alinhado às recomendações das *PADIS*.

A monitorização do nível de sedação nos pacientes internados em UTI deve ser realizada regularmente, preferencialmente em intervalos de, no máximo, quatro horas, utilizando instrumentos validados. Essa prática visa evitar tanto a sedação insuficiente quanto a sedação excessiva. Além disso, é fundamental que cada paciente tenha um objetivo de sedação definido de forma individualizada, sendo que os medicamentos sedativos devem ser ajustados conforme necessário para alcançar esse nível estabelecido.



Os opioides IV são a classe de medicamentos de primeira linha para dor não neuropática.



Todos os opioides IV são igualmente eficazes quando titulados para pontuações de dor semelhantes.



Os analgésicos não opioides devem ser considerados para diminuir a quantidade de opioides administrados e os efeitos adversos induzidos por opioides resultantes.

As seguintes ferramentas estão disponíveis para avaliação do nível de consciência:

**Escala de Sedação de Agitação de Richmond (RASS)**

**Escala de Sedação-Agitação Riker (SAS)**





## D - Avaliar, Prevenir e Gerenciar o Delirium

O componente "D" do *Bundle* está direcionado à avaliação, prevenção e manejo do delirium.

O delirium acomete entre 50% e 80% dos pacientes que utilizam ventilação mecânica e cerca de 20% e 50% dos pacientes com quadros clínicos menos graves. Essa condição está associada ao aumento do tempo de internação hospitalar, da duração da ventilação mecânica e dos custos assistenciais. Entre os desfechos a longo prazo, destacam-se o maior risco de mortalidade e o comprometimento cognitivo persistente. As causas do delirium costumam ser múltiplas e complexas. Existem poucas evidências que sustentem o uso de medicamentos para o tratamento dessa condição. Por isso, as estratégias não farmacológicas, aplicadas de maneira interdisciplinar, são as principais ferramentas disponíveis, sendo fundamentais tanto para a prevenção diária quanto para a detecção precoce do delirium, por meio do uso de instrumentos de triagem válidos e confiáveis.

A avaliação sistemática do delirium deve ser realizada em todos os pacientes internados em UTI, utilizando escalas de rastreio reconhecidas por sua validade e confiabilidade. Recomenda-se que essa avaliação ocorra, no mínimo, uma vez a cada turno, sendo necessária maior frequência sempre que houver alterações no estado mental do paciente.



Método de Avaliação de Confusão para a UTI (CAM-UTI)

**Manual de Treinamento CAM-ICU**

**Fluxograma CAM-ICU**

**Ferramenta de Avaliação CAM-ICU**

**Calculadora de cabeceira CAM-ICU**





## E - Mobilidade precoce

O componente "E" do *Bundle* de Libertação da UTI está relacionado à mobilização e à prática de exercícios precoces. A implementação da mobilidade precoce em pacientes em estado crítico tem se mostrado uma estratégia segura e viável. Evidências científicas indicam que a mobilização precoce contribui para a redução da ocorrência de delirium, favorece melhores desfechos funcionais e apresenta custo-benefício positivo.

É fundamental estabelecer uma meta diária de mobilização individualizada para cada paciente, considerando o quadro clínico apresentado e a disponibilidade de recursos necessários para garantir um suporte adequado durante a realização das atividades.

Considere os seguintes aspectos antes de decidir sobre a meta de atividade de um paciente da UTI:

-  Neurológico (nível de alerta, fraqueza de uma extremidade, descondicionamento)
-  Cardíaco (estabilidade hemodinâmica e medicamentos vasoativos)
-  Pulmonar (necessidades de ventilação e oxigenação)
-  Linhas e drenos (estabilidade das linhas, localização, conforto se mobilizados)
-  Equipe de apoio disponível (terapia física e ocupacional, equipe de enfermagem, presença familiar)



## F - Envolvimento Familiar

O componente "F" do *Bundle* está relacionado ao envolvimento e fortalecimento da participação da família no cuidado. O objetivo principal é estimular a presença dos familiares no ambiente da terapia intensiva, além de buscar estratégias que favoreçam o engajamento dessas famílias no processo de cuidado.

A inclusão da família no acompanhamento do paciente em situação crítica tem demonstrado resultados positivos, contribuindo para a melhoria da qualidade e da segurança assistencial, além de reduzir sentimentos como ansiedade, desorientação e agitação, tanto do paciente quanto de seus familiares.

O cuidado centrado no paciente e na família envolve aspectos fundamentais, tais como:

- Compreender de forma clara os conceitos sobre a doença, respeitando as crenças culturais e os objetivos individuais de cada paciente;
- Manter pacientes e familiares constantemente informados sobre o estado de saúde e o plano de cuidados;
- Incentivar a participação ativa dos pacientes e de seus familiares nas decisões relacionadas ao tratamento e no processo de autocuidado;
- Oferecer suporte emocional e proporcionar conforto físico;
- Visitação flexível, incluindo uma UTI aberta e capacidade virtual quando a visitação presencial não for viável
- Reuniões diárias com a família
- Envolvimento da família em rodadas interdisciplinares
- Diários do paciente e da família



# Checklist Diário de Prevenção e Manejo da Síndrome Pós-Cuidados Intensivos (PICS)



NOME DO PACIENTE	
DATA	____/____/____
RESPONSÁVEL PELA VERIFICAÇÃO	

## Domínio 1 — Prevenção da Disfunção Cognitiva e Delirium

ITEM	VERIFICAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Avaliação da dor realizada e manejada adequadamente (A - Assess Pain)	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
Avaliação diária do delirium com escala validada (CAM-ICU) (ICDSC)	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
Uso de sedação leve ou interrupção diária programada da sedação ESCALAS VALIDADAS (RASS/ RAMSEY/SAS)	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
Interrupção ou ajuste de medicamentos de risco para delirium	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
Presença de estratégias de reorientação e estimulação cognitiva (relógio, calendário, comunicação adequada)	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	

Fonte: **ICU Liberation Bundle**  
**Society of Critical Care Medicine**, 2024. Adaptado.



# Checklist Diário de Prevenção e Manejo da Síndrome Pós-Cuidados Intensivos (PICS)



## Domínio 2 — Mobilização Precoce e Funcionalidade

## Domínio 3 — Comunicação, Sono e Suporte Emocional

ITEM	VERIFICAÇÃO	OBSERVAÇÃO	ITEM	VERIFICAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Avaliação diária da possibilidade de mobilização precoce	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		Avaliação e manejo do padrão de sono do paciente	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
Mobilização realizada de acordo com a condição clínica	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		Implementação de medidas para higiene do sono (redução de ruídos, controle da luz, conforto)	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
Registro da progressão funcional (posição no leito, sedestação, ortostatismo, marcha)	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		Avaliação do sofrimento emocional e psicológico	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
Uo de escalas validadas para avaliação da mobilidade (IMS/Perme/FSS-ICU)	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		Comunicação clara e efetiva com o paciente/família	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	

Fonte: ICU Liberation Bundle  
 Society of Critical Care Medicine, 2024. Adaptado.



# Checklist Diário de Prevenção e Manejo da Síndrome Pós-Cuidados Intensivos (PICS)



## Domínio 4 — Envolvimento da Família

## Domínio 5 — Planejamento da Alta e Continuidade do Cuidado

ITEM	VERIFICAÇÃO	OBSERVAÇÃO	ITEM	VERIFICAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Família informada sobre o estado de saúde do paciente	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		Avaliação da necessidade de reabilitação pós-UTI (Cuidados de Enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional)	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
Participação da família no cuidado sempre que possível	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		Encaminhamento para suporte psicológico ou psiquiátrico pós-alta, se necessário	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
Orientação sobre PICS fornecida à família (fatores de risco, sinais de alerta, importância do cuidado pós-alta)	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		Planejamento e orientação para seguimento ambulatorial	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	

Fonte: **ICU Liberation Bundle**  
**Society of Critical Care Medicine**, 2024. Adaptado.

## Referências

RENNER, Caroline et al. Guideline on multimodal rehabilitation for patients with post-intensive care syndrome. **Critical Care**, [S.L.], v. 27, n. 1, p. 1-14, 31 jul. 2023. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s13054-023-04569-5>.

NEEDHAM, Dale M. et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit. **Critical Care Medicine**, [S.L.], v. 40, n. 2, p. 502-509, fev. 2012. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/ccm.0b013e318232da75>.

LEE, Yoonmi et al. Effects of the ABCDE bundle on the prevention of post-intensive care syndrome: a retrospective study. **Journal Of Advanced Nursing**, [S.L.], v. 76, n. 2, p. 588-599, 29 nov. 2019. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/jan.14267>

MEDICINE, Society Of Critical Care *et al.* **ICU Liberation**. Disponível em: <https://sccm.org>. Acesso em: 25 jan. 2025.

## Ficha Técnica

**Autoria:** Mayara de Lima Rodrigues Gouveia Acioli  
Prof. Dra. Almira Alves dos Santos  
Prof. Dra. Carmen Silvia Motta Bandini  
Prof. Dra. Heloisa Helena Motta Bandini

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - UNCISAL  
Mestrado Profissional em Ensino na Saúde e Tecnologia

