



UNCISAL  
Universidade Estadual de  
Ciências da Saúde de Alagoas

Mestrado Profissional  
Ensino em Saúde  
e Tecnologia



# TRILHA EDUCACIONAL

## SÍNDROME PÓS CUIDADOS INTENSIVOS



Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - UNCISAL  
Mestrado Profissional Ensino em Saúde e Tecnologia - PPGMEST  
Instituto D'OR de Pesquisa e Ensino

# FICHA TÉCNICA



Mayara de Lima Rodrigues Gouveia Acioli  
Carmen Silvia Motta Bandini  
Heloisa Helena Motta Bandini  
Carlos Romero Ferro

Autora para correspondência:

Mayara de Lima Rodrigues Gouveia Acioli  
E-mail: mayaragouveiaacioli@gmail.com

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação  
Mestrado Profissional Ensino em Saúde e Tecnologia – PPGMEST  
Instituto D'OR de Pesquisa e Ensino



Qr code para realização do pré teste e TCLE

# Apresentação

A Síndrome Pós-Cuidados Intensivos (PICS) é uma condição complexa que afeta pacientes e familiares em decorrência de uma internação em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), que se manifesta por disfunções físicas, cognitivas e psicológicas e podem persistir a longo prazo, com elevada prevalência e impacto significativo na qualidade de vida pós-UTI.

A identificação precoce e a implementação de práticas integradas são essenciais para a reabilitação e o bem-estar do paciente.

As trilhas educacionais são percursos integradores de aprendizagem capazes de articular saberes teóricos e práticos. Assim, a iniciativa contribui para o ensino significativo, a formação colaborativa e a qualificação da assistência em saúde.

O objetivo desta trilha educacional formativa é reconhecer e compreender os sinais e sintomas da PICS e seus domínios, sugerir estratégias de manejo interdisciplinar baseadas em evidências científicas, propor ações preventivas integradas com o Bundle ABCDEF e apresentar ações de continuidade do cuidado centrado no paciente e na família, capacitando os profissionais da terapia intensiva para o cuidado integral.

## Capítulo 1: Identificando a PICS

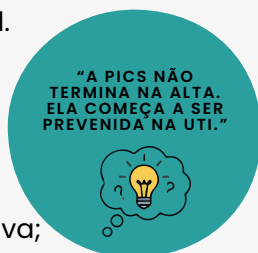
A Síndrome Pós-Cuidados Intensivos (PICS) foi reconhecida pela Society of Critical Care Medicine (SCCM) como um dos maiores desafios contemporâneos do cuidado ao paciente crítico. Ela se refere a novas ou persistentes disfunções físicas, cognitivas e mentais que surgem após uma internação em UTI, sem outra explicação clínica direta, e que comprometem a reintegração funcional e social do indivíduo.

Aproximadamente um em cada dois sobreviventes de UTI apresentará algum grau de comprometimento após a alta hospitalar. Essas alterações podem se manifestar de forma isolada ou combinada, impactando significativamente a qualidade de vida, a autonomia e o retorno às atividades prévias.

O conceito de PICS também engloba o sofrimento dos familiares e cuidadores, que podem desenvolver Síndrome Pós-Cuidados Intensivos Familiar (PICS-F), caracterizada por ansiedade, depressão e sobrecarga emocional.

### Fisiopatologia e Mecanismos Envolvidos

- Inflamação sistêmica persistente, que contribui para disfunção muscular e cognitiva;
- Uso prolongado de sedativos e bloqueadores neuromusculares, levando à fraqueza adquirida na UTI ;
- Hipóxia e estresse oxidativo, com repercussões diretas na perfusão cerebral e nas funções cognitivas;
- Imobilização e delirium prolongado, associados à disfunção física e mental crônica;
- Disfunção do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, que interfere na resposta emocional e psicológica ao estresse crítico.



## Domínios Afetados e Principais Manifestações

### ◆ Domínio Físico

- Fraqueza muscular adquirida na UTI;
- Fadiga crônica e intolerância ao esforço;
- Dificuldade para caminhar, subir escadas ou realizar autocuidados;
- Alterações respiratórias e perda de massa muscular;
- Redução da coordenação motora e do equilíbrio.

### ◆ Domínio Cognitivo

- Fraqueza muscular adquirida na UTI;
- Fadiga crônica e intolerância ao esforço;
- Dificuldade para caminhar, subir escadas ou realizar autocuidados;
- Alterações respiratórias e perda de massa muscular;
- Redução da coordenação motora e do equilíbrio.
- Déficits de memória recente e atenção;
- Lentidão no raciocínio e dificuldade para planejar atividades;
- Desorientação temporal e espacial;
- Delirium hipoativo ou hiperativo durante a internação, com repercussões tardias;

Estudos reforçam que o delirium não tratado está associado ao declínio cognitivo duradouro e à redução da sobrevida a longo prazo.

“RECONHECER  
PRECOZEMENTE =  
REDUZIR SEQUELAS  
DURADOURAS.”



## Fatores de Risco Associados

CATEGORIAS	EXEMPLO DE FATORES
Clínicos	Sepse, insuficiência respiratória aguda, choque séptico, Imobilidade física;
Psicossociais	Estresse familiar, ausência de comunicação, falta de suporte emocional
Terapêuticos	Ventilação mecânica prolongada, sedação profunda, uso de corticoides ou bloqueadores neuromusculares;
Ambientais	Privação do sono, isolamento social, ausência de reorientação espaço-temporal

## Capítulo 2: Manejo Interdisciplinar da PICS.

O manejo da PICS exige uma abordagem integrada entre múltiplos profissionais da equipe de saúde, considerando o paciente em sua totalidade: corpo, mente e relações sociais. Este, deve ser estruturado desde a internação, estendendo-se até o período pós-alta hospitalar, com planos de reabilitação que envolvam o paciente, sua família e a rede de cuidado.

Equipes capacitadas e coordenadas reduzem o tempo de ventilação mecânica, diminuem a incidência de delirium e otimizam os desfechos funcionais.

### ◆ Avaliação Contínua

- Aplicação de escalas de rastreamento para dor (Behavioral Pain Scale (BPS) e a Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT) para pacientes não cooperativos ou sedados, e a Escala Numérica da Dor (NRS) para pacientes que podem se comunicar.
- Registro padronizado das observações clínicas e compartilhamento entre as áreas.

### ◆ Reabilitação Precoce e Progressiva

- A mobilização deve ser iniciada o mais cedo possível, respeitando critérios de segurança.
- A fisioterapia lidera o processo, mas deve ser acompanhada pela enfermagem e pela equipe médica.
- Estudos publicados pela SCCM mostra que a reabilitação precoce reduz em até 30% o tempo de internação e melhora o desempenho funcional após a alta.

### ◆ Controle da Sedação e Prevenção do Delirium

- Evitar o uso prolongado de sedativos profundos (componentes B e C do Bundle ABCDEF).
- Alternar períodos de despertar e estimulação cognitiva leve.
- Manter ciclos de sono-vigília adequados e comunicação clara com o paciente.

### ◆ Comunicação Terapêutica e Apoio Psicossocial

- A psicologia e o serviço social são fundamentais para avaliar o sofrimento emocional, fortalecer o vínculo com a família e promover resiliência.
- A equipe deve comunicar com empatia, em linguagem acessível e com escuta ativa.
- O uso de diários do paciente e da família é uma prática recomendada nas evidências, para reconstruir a memória da internação e reduzir sintomas de TEPT.

O manejo interdisciplinar não se encerra na alta da UTI. É essencial planejar a transição do cuidado para a enfermagem, atenção primária e reabilitação ambulatorial. O plano deve incluir contatos de referência, orientações escritas e integração com o cuidador familiar.

## Papéis e Contribuições da Equipe Interdisciplinar

Enfermagem	Monitorar dor, sono e delirium; aplicar escalas de avaliação; estimular mobilidade e autocuidado.
Fisioterapia	Planejar e executar protocolos de mobilização precoce; avaliar força muscular e capacidade funcional.
Medicina	Planejar e executar protocolos de mobilização precoce; avaliar força muscular e capacidade funcional.
Psicologia	Avaliar sintomas emocionais, aplicar estratégias de enfrentamento e conduzir intervenções psicoeducativas.
Fonoaudiologia	Avaliar deglutição e comunicação; reabilitar funções orais e cognitivas afetadas pela ventilação mecânica.
Nutrição Nutrologia	Elaborar plano alimentar individualizado, priorizando a recuperação muscular e metabólica.
Serviço Social	Apoiar a família no processo de cuidado, orientar sobre recursos sociais e acompanhar reinserção do paciente.

## Capítulo 3: Prevenção e Aplicação Prática do Bundle ABCDEF.

A Society of Critical Care Medicine (SCCM) publicou em 2013 seu Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit., que reúne as melhores e principais evidências quanto a abordagem e prevenção da PICS. O ABCDEF bundle é uma abordagem contendo seis etapas, cujo objetivo é alinhar e coordenar os cuidados do paciente grave, para que ele tenha um alta mais breve das UTI.

## As Etapas do Bundle



Diminuição da probabilidade de morte hospitalar dentro de sete dias em 68%



Redução do delírio e dos dias de coma em 25% a 50%



Redução das readmissões em UTI em 50%

O Bundle ABCDEF consiste nos seguintes elementos:



### Elemento A:

- Avaliar, prevenir e gerenciar a dor (Assess, Prevent and Manage Pain);
- Tente obter o auto-relato de dor de um paciente.
- Procure por mudanças comportamentais.
- Peça à família para ajudar a identificar comportamentos de dor.
- Suponha que a dor esteja presente.

Os níveis de dor e sedação devem ser avaliados com frequência na UTI, pelo menos a cada quatro horas, e a reavaliação deve ser realizada dentro de uma hora após a intervenção ser feita.

As seguintes ferramentas estão disponíveis para pacientes de UTI:

Escala de Classificação Numérica (NRS).

Escala de Dor Comportamental (BPS).

Ferramenta de Observação da Dor de Cuidados Críticos (CPOT).

## TRILHA EDUCACIONAL – SÍNDROME PÓS CUIDADOS INTENSIVOS

Indicador	Item	Pontuação
Expressão facial	Relaxada	1
	Parcialmente contraída – sobrancelhas franzidas	2
	Completamente contraída – pálpebras fechadas	3
Movimentos dos membros superiores	Carta – espiga facial	4
	Sem movimentos	1
	Parcialmente flexíveis	2
Adaptação ao ventilador	Músculos flexíveis com flexão dos dedos	3
	Tolerar a ventilação	1
	Tosse, mas tolera a ventilação a maior parte do tempo	2
	Luta contra o ventilador, mas a ventilação ainda é possível algumas vezes	3
	Incapaz de controlar a ventilação	4

Escore total:	3	12
	Dor mínima	Dor máxima

Indicador	Item	Pontuação
Expressão facial	Relaxada	0
	Tensa	1
	Esgrancetada	2
Movimentos corporais	Ausência de movimentos	0
	Movimentos de proteção	1
	Inquietação	2
Tensão muscular	Relaxada	0
	Tenso ou rígido	1
	Muito tenso ou muito rígido	2
Adaptação ao ventilador (pacientes IOT/vocalização (pacientes extubados))	Tolerar o ventilador ou movimento/fala em um tom normal ou sem som	0
	Tosse, mas tolerando o ventilador/insuflar ou gemidos	1
	Luta contra o ventilador/choro	2

Escore total:	0	8
	Sem dor	Dor máxima

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nenhuma	Pouca			Razoável				Média		Excessiva

Em pacientes pediátricos, as seguintes ferramentas podem ser usadas para avaliação da dor:

- (r-FLACC).
- Escala de dor FACES
- Escala de Classificação Numérica (NRS).
- Escala Oucher



Intervenções não farmacológicas

- Técnicas de relaxamento e ou distração
- Informação/educação
- Massagem/toque
- Musicoterapia
- Terapia para animais de estimação
- Presença familiar para apoio e distração



Tratamento farmacológico da dor

- Os opioides IV devem ser considerados como a classe de medicamentos de primeira linha para dor não neuropática.
- Os opioides IV são especialmente eficazes quando titulados para um ponto final de intensidade de dor semelhante.



## Elemento B

Protocolos de despertar espontâneo e de respiração espontânea (Both Spontaneous Awakening Trials and Spontaneous Breathing Trials) Consiste em definir um período diário de interrupção da sedação para reorientação de pacientes em relação ao horário do dia e conduzir um protocolo de respiração espontânea com o objetivo de liberar o paciente da ventilação.



**Sedação leve a moderada**



Ajudar a reduzir a ansiedade e agitação



Reduz o tempo da ventilação mecânica



Diminui memórias traumáticas



Reduz a necessidade de TQT

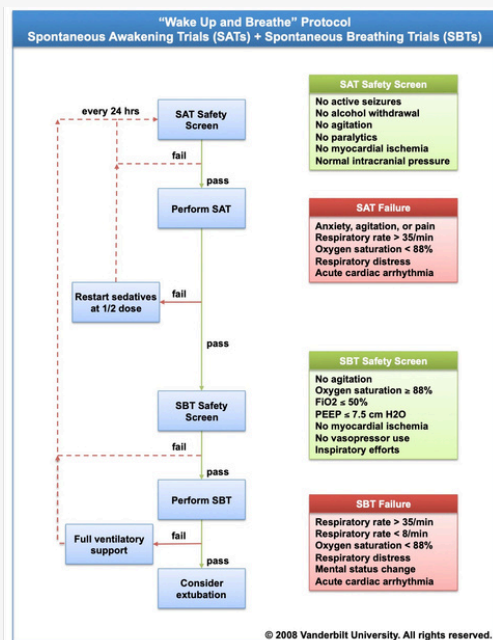
Para pacientes pediátricos:

- Os dados estão crescendo sobre a segurança e eficácia de SATs e SBTs em crianças.
- Cada instituição deve basear sua condução na própria experiência da instituição.

TRE reduzir complicações associadas à VM prolongada, como pneumonia associada à ventilação, lesões pulmonares induzidas por ventilador e fraqueza muscular adquirida na UTI.

## As diretrizes de dor, agitação/sedação, delírio, imobilidade e interrupção do sono (PADIS) recomendam:

- A profundidade e a qualidade da sedação devem ser avaliadas diariamente em todos os pacientes, mesmo quando SATs e SBTs (TRE) não são possíveis.
- A Escala de Agitação-Sedação de Richmond (RASS) e a Escala de Sedação-Agitação (SAS) são as ferramentas mais confiáveis para avaliar a sedação em adultos na UTI.
- Para pacientes pediátricos, o RASS e a State Behavioral Scale (SBS) são escalas de sedação validadas.
- Métodos objetivos de avaliação cerebral devem complementar o monitoramento da sedação em pacientes sob bloqueadores neuromusculares.
- O EEG deve ser utilizado para detectar atividade epiléptica não convulsiva e ajustar terapia eletrossupressora, especialmente em pacientes com risco de convulsões ou hipertensão intracraniana.





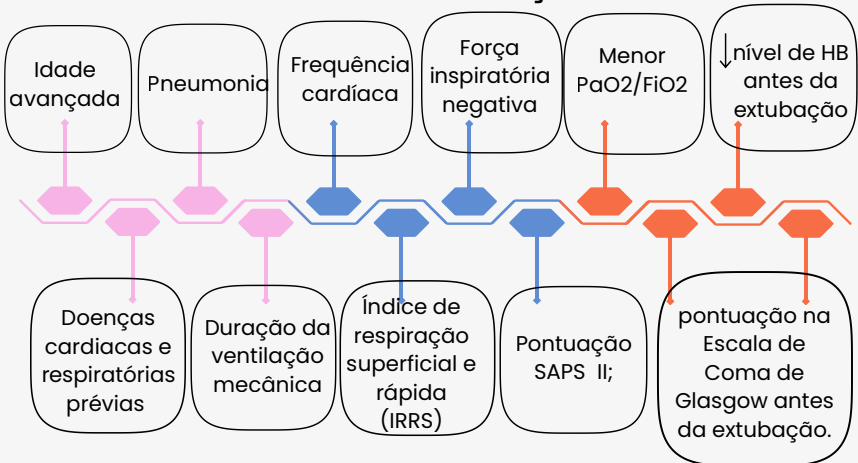
TRE

O Teste de Respiração Espontânea (TRE) é um procedimento essencial na UTI para avaliar se pacientes em ventilação mecânica (VM) têm capacidade de respirar sem suporte, sendo decisivo para a extubação segura.

O teste identifica força muscular respiratória suficiente, estabilidade neurológica e hemodinâmica, e reduz complicações da VM prolongada, como pneumonia associada ao ventilador, lesão pulmonar e fraqueza adquirida na UTI. O sucesso no TRE facilita extubação precoce, diminui tempo de internação e custos hospitalares.

Realizar quando a doença aguda estiver resolvida ou estabilizada, com adequada oxigenação ( $PaO_2/FiO_2 > 150-200$ ;  $FiO_2 \leq 40-50\%$ ; PEEP 5-8  $cmH_2O$ ); estabilidade hemodinâmica; capacidade de proteger vias aéreas; força muscular respiratória preservada.

**Fatores associados à falha de extubação**





## TRE

O TRE tem como objetivo avaliar se o paciente possui força muscular respiratória e estabilidade neurológica e hemodinâmica para manter a respiração espontânea.

Quando bem-sucedido, indica prontidão para o desmame ventilatório e reduz riscos da ventilação prolongada. Após ser considerado apto, o paciente é colocado em suporte mínimo (como pressão de suporte baixa), enquanto sinais vitais, frequência respiratória, pressão arterial, frequência cardíaca e saturação de oxigênio, são monitorados rigorosamente.

O teste dura de 30 a 120 minutos e deve ser interrompido diante de sinais de intolerância, como taquipneia, hipóxia ou aumento do trabalho respiratório. Se tolerado sem falhas, o TRE é considerado bem-sucedido, embora a decisão de extubação dependa da avaliação clínica global.



## Elemento C

Consiste na escolha de analgesia e sedação. O elemento "C" se concentra na construção de um conjunto de medicação seguro e eficaz para o manejo da dor e agitação em adultos gravemente doentes.

- Diretrizes de dor, agitação e delírio (PAD)
- Diretrizes de dor, agitação/sedação, delírio, imobilidade e interrupção do sono (PADIS).

A sedação deve ser avaliada pelo menos a cada quatro horas, usando ferramentas validadas para prevenir a sub- e sobredose. Cada paciente deve ter uma meta de nível de sedação individualizada, e os sedativos devem ser titulados de acordo para atingir essa meta.

Ferramentas disponíveis para avaliação do nível de consciência:

**ESCALA DE AGITAÇÃO-SEDAÇÃO DE RICHMOND (RASS)**


PONTOS	Classificação	Descrição
+4	Agressivo	Violento, perigoso, combativo
+3	Muito agitado	Conduta agressiva, remoção de tubos ou cateteres
+2	Agitado	Movimentos sem coordenação frequentes
+1	Inquieto	Intranquilo, ansioso, mas sem movimentos vigorosos ou agressivos
0	Alerto e calmo	Alerto, calmo
-1	Sonolento	Parcialmente alerta, facilmente despertável, e mantém contato visual por mais de 10 segundos
-2	Sedação leve	Acorda rapidamente, e faz contato visual com o som da voz por menos de 10 segundos
-3	Sedação moderada	Movimento ou abertura dos olhos ao som da voz, mas sem contato visual
-4	Sedação profunda	Não responde ao som da voz, mas movimenta ou abre os olhos com estimulação física
-5	Incapaz de ser despertado	Não responde ao som da voz ou ao estímulo físico

Fonte: MSD, 2025

Escala de sedação-agitação de Riker

Classificação	Descrição	Explicação
7	Agitação perigosa	Tenta remover monitores e dispositivos ou sair do leito; sacode e se vira; chuta a equipe
6	Muito agitado	Permanece inquieto, a despeito de frequente tranquilização verbal; morde o tubo endotraqueal; requer contenção
5	Agitado	Ansioso ou inquieto; tenta mover-se; acalma-se com tranquilização verbal
4	Calmo e cooperativo	Calmo; fácil de despertar; capaz de seguir instruções
3	Sedado	Difícil de acordar; responde a comandos verbais ou a mexidas suaves, mas ausenta-se novamente
2	Muito sedado	Incomunicativo; responde a estímulos físicos, mas não a instruções verbais; pode mover-se espontaneamente
1	Não despertável	Incomunicativo; pouca ou nenhuma resposta a estímulos dolorosos

Fonte: MSD, 2025

 **Diretrizes PADIS**

- 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 escores de dor semelhantes.
- Analgésicos não opioides devem ser considerados para diminuir a quantidade de opioides administrados e os efeitos adversos resultantes induzidos por opioides.

## Opióides comumente Usados na UTI para Adultos

Droga	Considerações de interação metabólica/droga	Dose inicial usual	Efeitos adversos específicos de medicamentos	Fatores de acumulação de drogas
Fentanil	Substrato principal 3A4	IC: 12,5-25 µg/h OU IC: 0,35-0,5 µg/kg	Rigidez muscular	Falha hepática, alto volume de distribuição, alta lipofiliabilidade, depuração imprevisível (meia-tempo longa sensível ao contexto) com infusão prolongada
Morfina	Glucuronidação	IC: 1-2 mg/hora	Hipotensão, bradicardia por liberação de histamina	Insuficiência hepática, acúmulo de metabólito ativo (glucuronida de 3-morfina) na insuficiência renal
Hidromorфона	Glucuronidação	IC: 0,25-0,5 mg/h	Efeitos da overdose de erros de dosagem de opióides de alta potência	Insuficiência hepática
Metadona	Subestados principais 3A4 e 2B6	n/a	Prolongamento do QTc, síndrome da serotonina	Meia-vida longa, depuração atrasada com insuficiência hepática e renal
Remifentanil	Esteras de sangue e tecido	LD: 1,5 µg/kg	IC: 0,5-15 µg/kg/h	Rigidez da parede torácica, dor de rebote na descontinuação

Fonte: SCCM, 2025

## Diretrizes PADIS 2018 para Analgesia Não Opióide

Analgésico	Recomendação
Paracetamol	Use como um complemento à terapia com opióides para diminuir a intensidade da dor e o consumo de opióides.
Cetamina	Use cetamina em baixa dose (1-2 µg/kg/h) como complemento à terapia com opióides para reduzir o uso de opióides em adultos pós-cirúrgicos.
Gabapentina e pregabalina	Use analgésicos neuropáticos com opióides para o controle da dor neuropática. Use com opióides após a cirurgia cardiovascular.
Lidocaína	Não use rotineiramente lidocaína IV como complemento à terapia com opióides.
AINEs seletivos de COX-1	Não use rotineiramente um AINE seletivo de COX-1 como complemento à terapia com opióides.
Ciberterapia e hipnose	Não ofereça ciberterapia (realidade virtual) ou hipnose.
Massoterapia	Ofereça massagens de 10 a 30 minutos uma ou duas vezes ao dia por 1 a 7 dias.
Musicoterapia	Use musicoterapia para dor processual e não processual.
Terapia fria	Ofereça terapia fria para dor de procedimento.

Fonte: SCCM, 2025

## Diretrizes do PADIS para o tratamento da sedação

- Recomenda-se sedação leve
- Uso de propofol ou dexmedetomidina sobre benzodiazepínicos (midazolam ou lorazepam) para sedação em pacientes ventilados mecanicamente doentes criticamente

- Recomenda-se sedação leve
- Uso de propofol ou dexmedetomidina sobre benzodiazepínicos (midazolam ou lorazepam) para sedação em pacientes ventilados mecanicamente doentes criticamente

## Sedativos para Pacientes Adultos em Ventilação Mecânica na UTI

Droga	Início e duração	Precauções para uso	Substrato CYP (principal)	Dose usual	Efeitos adversos significativos
Propofol	Início: 1 minuto Duração: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Curto prazo: 0,5-1 hora</li> <li>• Longo prazo &gt; 7 dias: variável, 25-50 horas foram observadas (depende da profundidade e do tempo na sedação)</li> </ul>	Hipotensão, bradicardia, insuficiência hepática/renal, pancreatite	2B6	5-50 µg/kg/min, 0,3-3 mg/kg/h	Hipotensão, depressão respiratória, bradicardia, síndrome de infusão de propofol
Dexmedetomidina	Início: 5-10 minutos com LD, 1-2 horas sem LD Duração: 1-2 horas	Insuficiência hepática, bradicardia sintomática	2A6	LD: 0,5-1 µg/kg (opcional) MD: 0,2-0,7 µg/kg/h	Hipo- ou hipertensão, bradicardia
Lorazepam	Início: 5-20 min Duração: 4-8 horas, prolongada com IC	Delírio, insuficiência renal	n/a	Intermitente: 1-4 mg IV a cada 4-6 horas	Supersedação, toxicidade do propilenoglicol
Midazolam	Início: 3-5 min Duração: 2-6 horas, prolongada com CI	Insuficiência hepática, insuficiência renal em estágio terminal, diálise, delírio	3A4 (metabólito ativo)	0,02-0,1 mg/kg/h	Sedação excessiva

Abreviaturas: IC = infusão contínua, LD = dose de carga, MD = dose de manutenção.

Fonte: SCCM, 2025



### Pacientes pediátricos

Em pacientes pediátricos, os medicamentos são administrados com dosagem baseada no peso até que o paciente atinja o tamanho adulto (> 40 kg).

Os opioides são recomendados como medicamento de primeira linha para o tratamento da dor.

Droga	Início e duração	Dosagem usual	Precauções
Dexmedetomidina	Início: 5-10 minutos Duração: 1-2 horas	0,2-2,0 µg/kg/h	Bradicardia, hipo ou hipertensão
Propofol	Início: 1 minuto Duração: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Curto prazo: 0,5-1 hora</li> <li>• Longo prazo: (&gt; 7 dias): variável, depende da profundidade e do tempo de sedação</li> </ul>	25-300 µg/kg/min	Hipotensão, síndrome de infusão de propofol, depressão respiratória
Midazolam	Início: 3-5 minutos Duração: 2-6 horas	0,05-0,15 mg/kg/h	Hipotensão

Fonte: SCCM, 2025



Deve-se ter cuidado ao usar propofol em pacientes pediátricos devido ao risco de síndrome de infusão de propofol (PRIS). O PRIS está associado ao uso prolongado e/ou altas doses de propofol e pode causar acidose metabólica, insuficiência renal aguda, rabdomiólise, arritmias e morte.



### Elemento D

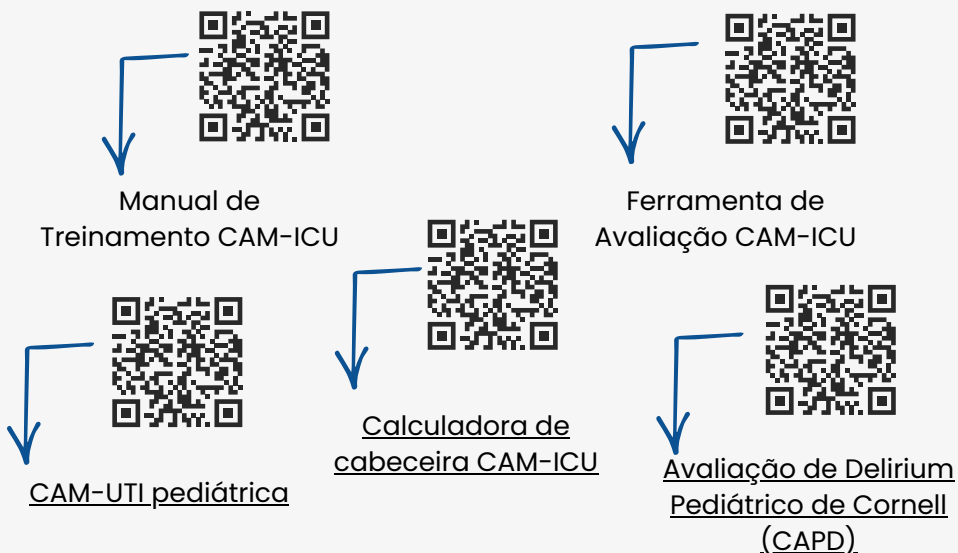
Consiste em avaliar, prevenir e gerenciar o delírio.

O delírio é vivido por 50% a 80% dos pacientes ventilados mecanicamente e 20% a 50% dos pacientes com doença de menor gravidade, resultando em hospitalização prolongada, maior duração da ventilação mecânica e aumento dos custos.

Os efeitos a longo prazo incluem aumento do risco de mortalidade e comprometimento cognitivo.

Deve ser monitorado rotineiramente em todos os pacientes da UTI pelo menos uma vez por turno e com mais frequência para qualquer alteração no estado mental.

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





Um mnemônico para a rápida avaliação diferencial da causa do delírio é PENSE: “Pare, PENSE e, por último, medique”.

## As principais estratégias para a prevenção do delírio

### ◆ Não farmacológico

- Orientação diária e regular quanto ao meio ambiente;
- Envolver pacientes com objetos, músicas e rotinas familiares;
- Remoção de cateteres urinários e dispositivos invasivos o mais cedo possível
- Reduzindo a deficiência visual ou auditiva, fornecendo aparelhos auditivos e óculos, conforme necessário;
- Envolvimento precoce da equipe de reabilitação e metas diárias de mobilidade;
- Otimizar a nutrição e a hidratação;
- Promover o sono à noite e agrupar atividades de atendimento ao paciente durante o dia;
- Exposição à luz solar durante o dia e luzes fracas e minimizando o ruído à noite;
- Diários da UTI.

### ◆ Farmacológico

- Revisão diária de medicamentos para evitar drogas deliriogênicas, incluindo benzodiazepínicos e anticolinérgicos
- Otimizando o controle da dor
- Sedação direcionada e mínima





## Elemento E

A mobilização precoce de pacientes criticamente doentes demonstrou ser segura e viável em populações adultas e pediátricas.

### **Considere sobre a meta de atividade de um paciente de 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)
- Pessoal de apoio disponível (terapia ocupacional, equipe de enfermagem, presença familiar).

### **Se as metas da atividade não estiverem sendo atendidas, considere estas perguntas:**

- O paciente está acordado o suficiente para participar?
- A sedação precisa ser otimizada?
- A dor é adequadamente controlada para permitir uma atividade confortável?
- Qual era o nível de atividade do paciente antes da admissão?
- Há pessoal de apoio suficiente disponível para ajudar na mobilização?
- Que outras barreiras existem?

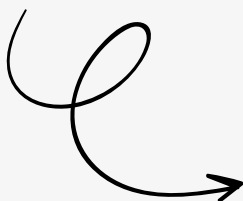
### **Etapas de mobilidade:**

- Desembaraçar as linhas. Conecte o monitor portátil.
- Inicie o exercício na cama. Observe o paciente, observe o monitor e observe as linhas.
- Sente o paciente na beira da cama. Avalie a dor e a pressão arterial ortostática;
- Ajude o paciente sentado a ficar em pé;
- Mantenha uma cadeira perto do paciente. Tenha ajudantes, voluntários e estudantes;
- Sente e descanse o paciente conforme necessário.



### Elemento E

O nível máximo de mobilidade deve considerar a idade e o desenvolvimento da criança. Para bebês, ser segurado pelos pais fora da cama já representa a maior mobilidade. Para crianças não deambulantes, podem ser usados carrinhos para mobilização fora da cama.



A participação da família é essencial, pois reduz ansiedade e medo durante essas atividades.



### Elemento F

Consiste no engajamento e empoderamento da família. Incentivo da presença familiar na UTI e na identificação de estratégias para envolver e capacitar as famílias.

#### **As intervenções de promoção do envolvimento familiar**

- Visitação flexível, incluindo uma UTI aberta e capacidade virtual quando a visitação presencial não é viável;
- Reuniões diárias com a família;
- Envolvimento da família em rodadas interdisciplinares;
- Diários de pacientes e familiares;
- Recursos para ajudar a família a navegar pela terminologia da UTI e intervenções comuns;
- Recursos para apoiar as necessidades familiares identificadas.

# ESTUDO DE CASO

## Aplicação prática do Checklist Diário do Bundle ABCDEF e Prevenção da PICS

Identificação do Paciente

Nome: Antônio Ferreira dos Santos

Idade: 58 anos

Sexo: Masculino

Profissão: Motorista de ônibus

Acompanhante principal: Filha (cuidadora eventual)

### Histórico Clínico e Motivo da Internação

Antônio foi admitido na UTI após infarto agudo do miocárdio (IAM) complicado por choque cardiogênico, necessitando de intubação orotraqueal, drogas vasoativas e sedação contínua por 72h.

Antecedentes:

- Hipertensão arterial
- Dislipidemia
- Obesidade grau I
- Suspeita prévia de apneia obstrutiva do sono
- Ex-tabagista

### Situação Atual na UTI (7º dia de internação)

- Extubado há 36 horas; em cateter nasal 3 L/min com FR 22 irpm.
- Refere dor torácica leve (NRS 2-3) ao mobilizar-se.
- Apresenta sonolência diurna, despertar lento e episódios de desorientação.
- Relato de delírium hipoativo nas últimas 24h.
- Mobilidade mínima: necessita de dois profissionais para sedestação à beira do leito.
- Sono fragmentado, múltiplas interrupções noturnas.
- Filha se mostra ansiosa e pouco compreende o quadro clínico e o plano terapêutico.

### Observações da Equipe Multiprofissional

#### Enfermagem

- Paciente permanece longos períodos imóvel no leito.
- Relata confusão ao anoitecer e dificuldade para reconhecer o ambiente.

#### Fisioterapia

- Realiza exercícios passivos e treino de sedestação por até 8 minutos.
- Apresenta fadiga precoce.

#### Nutrição

- Dieta enteral noturna; aceitação de via oral baixa.

#### Psicologia

- Demonstra medo de piorar e preocupação excessiva com retorno ao trabalho.

# ESTUDO DE CASO

## **Medicina**

- Ajuste gradual da sedação; uso de opióide leve para controle de dor.

## **Família**

- Filha relata não entender a “confusão mental” do pai e sente-se insegura em participar do cuidado.

### **Atividade Proposta aos Participantes da Trilha Educacional**

- **Utilizar o Checklist Diário de Prevenção e Manejo da PICS para avaliar o paciente e propor intervenções baseadas no Bundle ABCDEF.**
- **Identificar domínios e riscos para desenvolvimento de PICS**
- **Construir o Plano Interdisciplinar Preventivo**



# Check-list 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"/>	



# Check-list 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"/>	



# Check-list 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"/>	

## Referências

Manual Msd Versão Para Profissionais de saúde. Escala de sedação-agitação de Riker. 2025. Disponível em:

<https://www.msmanuals.com/pt/profissional/multimedia/table/escala-de-sedacao-agitacao-de-riker>. Acesso em: 07 dez. 2025.

Society of Critical Care Medicine (SCCM). (2018). ABCDEF Bundle: Implementation Guide. Disponível em: <https://www.sccm.org/Clinical-Resources/Bundle>

Needham, D. M., et al. (2012). Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: Report from a stakeholders' conference. *Critical Care Medicine*, 40(2), 502–509.

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>.

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>

CIBS - Critical Illness brain dysfunction and survivorship center. monitoring delirium in the ICU. Disponível em: <https://www.icudelirium.org/medical-professionals/downloads/resources-by-category>. Acesso em: 07 dez. 2025.

**Da UTI à vida - O cuidado que transforma trajetórias.**



Qr code para realização do pós teste e TCLE