



*We help the world breathe*<sup>®</sup>

PULMONARY • CRITICAL CARE • SLEEP

American  
Thoracic Society  
**EDUCAÇÃO AO  
PACIENTE**



# Orientações gerais a pacientes internados em UTI e seus familiares

Maio, 2020

## PÁGINA / SEÇÃO

- 3 Introdução
- 6 Estrutura de uma UTI: Funções e Procedimentos Médicos
- 9 Tomada de Decisões Médicas & Estabelecimento de Metas de Cuidado
- 13 Sepses, Sepses Graves e Choque Séptico
- 14 Suporte Respiratório para Insuficiência Respiratória
- 17 Sedação e Controle da Dor & Desmame
- 19 Nutrição
- 20 Delirium
- 22 Exercício Diário e Reabilitação
- 23 Após a UTI: Cuidados a Longo Prazo & Vida Após Sobreviver à Doença Grave



# Isenção de Responsabilidade

---

Este guia de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para pacientes e famílias tem o objetivo de fornecer informações gerais sobre UTIs para adultos. O guia é apenas para fins informativos e não é um substituto para o conselho ou orientação de um provedor de saúde pessoal.

## Histórico

---

Originalmente desenvolvido em 2001 por membros da Assembléia de Cuidados Críticos, incluindo Constantine Manthous, MD e Martin Tobin, MD, o guia tem sido atualizado periodicamente para precisão. Em 2020, o guia foi significativamente atualizado e editado por membros do Comitê de Educação de Pacientes e Familiares (PFEC) da ATS, que inclui Catherine Chen, MD, Vidya Krishnan, MD e Marianna Sockrider, MD, DrPH, para refletir a ciência e as práticas de saúde atuais. Além disso, gostaríamos de agradecer as citações e perguntas dirigidas à família fornecidas pelos Drs. Carson, Curtis, Ely, Kollef, Kreiss, Provonost, Schweikert e Stapleton como parte de uma iniciativa separada de melhoria de qualidade liderada pelo Dr. Manthous. Por fim, agradecemos imensamente pela contribuição dos Drs. Akgun, Beesley e Sicilian em nome do Comitê de Ética e Conflito de Interesses da ATS. Este guia é dedicado a todos os pacientes, famílias e cuidadores que passaram por uma experiência em UTI e aos profissionais de saúde que cuidaram deles.



A photograph of a hospital room, likely an Intensive Care Unit (UTI), showing various medical monitors, a patient bed, and other equipment. The room is brightly lit and has a clean, clinical appearance.

# Introdução

Todos os anos, um número muito grande de pessoas em todo o mundo fica gravemente doente. Esses pacientes, que necessitam de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), apresentam doenças em fases muito graves, exigindo várias formas de suporte à vida. Embora a Medicina tenha avançado significativamente nos últimos 30 anos, esses avanços às vezes geram muitas questões, tais como:

- **Meu ente querido será capaz de viver de maneira independente depois disso?**
- **Que tipo de reabilitação meu ente querido necessitará?**
- **Como será a qualidade de vida do meu ente querido após esta doença?**

Mais do que nunca, as equipes médicas dependem das famílias para ajudá-las a tomar decisões importantes sobre os cuidados de seus entes queridos e sobre seus futuros.

O objetivo desta publicação é compartilhar alguns dos avanços mais importantes no Intensivismo para que os pacientes e suas famílias possam ter suas dúvidas esclarecidas.

# O Papel da UTI nas Emergências e nos Desastres de Saúde Pública:

Cuidados de saúde, incluindo os dispensados em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), podem ter grande demanda quando há uma emergência de saúde pública, como uma infecção pandêmica ou um desastre (natural ou causado pelo homem).

A maneira como uma UTI oferece cuidados intensivos e como sua equipe trabalha pode mudar rapidamente, à medida que a necessidade de atendimentos aumenta e de acordo com a evolução dos casos.

É possível que os recursos para cuidados intensivos fiquem sobrecarregados. Existe o risco de escassez temporária de equipamentos especializados, medicamentos e profissionais de saúde. Quando uma crise está em curso, os padrões habituais de atendimento podem mudar, ocorrendo mudanças nos tipos de tratamento que você ou seu ente querido podem estar recebendo e/ou na forma como você pode se comunicar com a equipe de saúde. Essas alterações se aplicam igualmente a todos os pacientes.

## **Esses padrões de atendimento para crises só aconteceriam se:**

- 1)** a capacidade de cuidados intensivos está, ou estará em breve, sobrecarregada, apesar dos melhores esforços do sistema de saúde para aumentar a capacidade de cuidar de pacientes gravemente enfermos, e
- 2)** uma autoridade regional declarou uma emergência de saúde pública (desastre).

Em tal crise, o cuidado que você ou seu ente querido pode receber pode ser determinado pelos recursos disponíveis e não apenas por quão doente você ou seu ente querido está, ou qual é a causa da doença grave. O hospital pode nomear uma equipe de triagem de emergência para tomar decisões sobre como usar da melhor forma os recursos limitados, que geralmente não inclui os médicos e funcionários que cuidam diretamente de você ou de seu ente querido.

A equipe de triagem usará os padrões aceitos de ética e saúde pública ao tomar decisões. Eles devem considerar como podem alcançar o maior bem para o maior número de pacientes. Isso pode significar que o que é melhor para um paciente individual não pode ser feito. Nenhum sistema hospitalar ou equipe de cuidados intensivos quer estar na posição de limitar o atendimento com base em recursos. No entanto, isso pode se tornar uma realidade em uma situação extrema, como uma doença pandêmica, em

que os pacientes em estado crítico superam os recursos de cuidados intensivos, como ventiladores mecânicos.

Quando os padrões de atendimento para crises estão em vigor, pode-se perceber que o funcionamento da UTI é diferente do que está descrito neste livreto. As alterações podem incluir, mas não se limitam a:

- **Limitar ou proibir a visita da família na UTI,**
- **Escolher medicamentos e equipamentos a serem usados,**
- **Considerar limites de uso de RCP ou diálise em pacientes muito enfermos,**
- **Restringir testes como broncoscopia ou exames de imagem para uso de emergência apenas.**

Isso sem dúvida aumentará a ansiedade dos pacientes e de seus entes queridos. Seu médico da UTI e todos os membros da equipe de atendimento reconhecem e compartilham essa ansiedade com você. Eles permanecem comprometidos em fornecer o melhor atendimento possível a cada paciente. Eles sempre advogarão em nome de seus pacientes. Mesmo que eles não possam falar com você pessoalmente, eles tentarão encontrar maneiras de falar com você e outras pessoas que estão servindo como tomadores de decisão para um ente querido doente.

Como as emergências/desastres de saúde pública são eventos incomuns e podem ser locais ou generalizados, seu impacto em qualquer UTI pode variar. Se você ou um ente querido já está recebendo atendimento ou aguardando admissão na UTI durante um evento como esse, peça à equipe da UTI para discutir com você os padrões de atendimento para crises no hospital e como eles podem afetar seu atendimento.

# Estrutura de uma UTI: Funções e Procedimentos Médicos



## Funções do Médico

Uma equipe multidisciplinar, que inclui médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, fonoaudiólogos, é responsável pelo cuidado de pacientes gravemente doentes. Para as famílias, muitas vezes pode ser confuso descobrir os papéis de todas essas pessoas, especialmente quando o jargão médico é usado.

Se você não tiver certeza de qual é o papel do médico nos cuidados do seu ente querido, por favor, pergunte. Aqui está um guia rápido para funções de cada provedor:

Se em algum momento você estiver inseguro quanto à função de um prestador nos cuidados do seu ente querido, por favor, pergunte.

**Médico/equipe primária:** Este é o médico ou equipe de médicos que supervisiona todos os cuidados do paciente.

Eles coordenam testes, medicações em conjunto com especialistas—chamados de consultores—para problemas particularmente difíceis. Em uma equipe, podem participar médicos em vários níveis de treinamento.

**Residente:** Este médico concluiu a faculdade de medicina e agora está completando anos adicionais de treinamento (chamado de “residência”).

**Médico Residente de Especialidade:** Este médico concluiu a residência (veja acima) e está recebendo treinamento mais específico em alguma área da Medicina.

**Médico Responsável ou Médico Assistente:** Este médico completou todo o seu treinamento e está praticando medicina de forma plena.

**Consultores:** Este é um médico ou equipe de médicos especializados em alguma subárea solicitados a auxiliarem em um problema médico específico. Um paciente pode ter mais de um consultor. Por exemplo, pacientes com problemas renais costumam ser examinados por um nefrologista—um médico dos rins.

## Procedimentos

---

Pacientes que estão na UTI geralmente necessitam da realização de procedimentos invasivos. Esses procedimentos normalmente precisam de permissão do paciente ou de seus familiares se o paciente não for capaz de fornecer permissão (“consentimento”). Os provedores devem sempre lavar as mãos ou usar desinfetante para as mãos antes de iniciar tais procedimentos; alguns procedimentos podem ser realizados de modo esteril, usando gorro, avental, máscara facial e luvas. Aqui está uma lista dos procedimentos mais comuns realizados na UTI:

**Colocação de acesso venoso central:** um cateter intravenoso (IV), inserido em condições estéreis, é útil para administrar medicamentos, fluidos específicos e derivados de sangue. Este procedimento é geralmente realizado no quarto do paciente, com o cateter IV colocado em uma grande veia no pescoço ou na virilha. Este acesso IV destina-se ao uso de curto prazo, sempre que possível.

**Colocação de Cateter Central Periféricamente Inserido (PICC):** um cateter IV, inserido no braço do paciente em condições estéreis, se destina ao uso de longo prazo. Este procedimento é geralmente realizado no quarto do paciente por um indivíduo especialmente treinado.

**Colocação de acesso arterial:** Um cateter IV, inserido em uma artéria em condições estéreis, ajudará a medir a pressão arterial com mais precisão. Este procedimento é geralmente realizado no quarto do paciente, com o cateter colocado em uma artéria no pulso ou na virilha.

**Intubação:** Um tubo de respiração (“tubo endotraqueal”) é colocado na via respiratória (“traqueia”) do paciente através da boca para auxiliar a respiração. Este é conectado a uma máquina de respiração (“ventilador mecânico”).

**Transfusão:** Administração de derivados de sangue, como glóbulos vermelhos ou plaquetas, para corrigir contagens sanguíneas baixas ou controlar hemorragias.

## Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP)

---

A RCP é uma série de procedimentos que visa tentar reiniciar o coração de alguém que parou (“parada cardíaca”). Isso inclui colocar um tubo de respiração, se ainda não houver um, realizar compressões torácicas para tentar fazer o sangue circular enquanto o coração não está batendo, dar medicamentos para tentar reiniciar o coração e, em

situações específicas, provocar um choque com eletricidade (“desfibrilação”) para tentar reiniciá-lo.

Ao contrário do que costuma ser mostrado na televisão, a RCP não é bem-sucedida na maioria dos pacientes hospitalizados. Apenas cerca de 15% dos pacientes que sofrem parada cardíaca durante a internação sobrevivem para receber alta do hospital, e um número muito pequeno desses pacientes consegue voltar para casa. Alguns pacientes podem ter lesões cerebrais devido ao cérebro não receber

oxigênio suficiente enquanto o coração não está batendo. Também é importante lembrar que a RCP não corrige nenhum dos problemas médicos que fizeram o coração do paciente parar. Os pacientes sempre ficam mais doentes depois de submetidos à RCP do que antes.

Mais importante ainda, a escolha de não fazer a RCP não afetará os cuidados atuais ou resultará na interrupção dos tratamentos de suporte à vida que você ou seu ente querido já está recebendo. Um paciente pode continuar a receber suporte à vida, mesmo que se recuse a receber a RCP. Se você optar por não fazer a RCP, caso seu coração pare de bater, sua equipe médica permitirá que você morra naturalmente, sem interferência.

Se tiver quaisquer perguntas sobre o quão efetivo a RCP será para seu ente querido, por favor, faça as seguintes perguntas à equipe médica:

“Se o coração do meu ente querido parasse, quão eficaz você acha que seria a RCP?”

“Quais são os riscos para meu ente querido ao receber RCP?”

“O que devemos fazer no caso do meu ente querido querer ou recusar a RCP?”

# Tomada de Decisões Médicas & Estabelecimento de Metas de Cuidado



## Tomada de Decisões Médicas

Muitos pacientes que são admitidos na UTI não podem tomar decisões por si próprios devido à gravidade de sua situação. Nessas ocasiões, familiares ou amigos próximos frequentemente ajudam a tomar decisões para os pacientes. Em alguns casos, os doentes tornaram seus desejos médicos conhecidos em documentos legais chamados de testamentos em vida ou diretivas antecipadas. Os pacientes podem até mesmo ter nomeado uma Procuração Durável para cuidados de saúde, um indivíduo a quem foi atribuída a responsabilidade legal de tomar decisões médicas em seu nome, caso não sejam capazes de tomar decisões. Frequentemente, porém, os pacientes e suas famílias não discutem suas preferências por cuidados médicos.

Se um paciente não indicou suas preferências por cuidados médicos, espera-se que as famílias se reúnam e cheguem a um acordo sobre quem participará da tomada de decisões médicas. Tais decisões podem incluir

Quando seu ente querido está na UTI, pense sobre seus valores. O que é mais importante para eles e o que eles valorizam mais na vida? Isso pode incluir as atividades que eles desfrutaram e coisas que eles consideram significativas na vida. Por exemplo, alguns pacientes priorizam sua independência.

Em segundo lugar, pense sobre suas próprias emoções. Tente separar o que você quer para seu ente querido e o que seu ente querido pode querer para si mesmo. As escolhas que seu ente querido possa fazer podem não ser as mesmas que você faria para você mesmo. Seu dever é de ajudar a equipe de UTI a entender as escolhas que seu ente querido faria caso ele fosse capaz de se comunicar.

Finalmente, pense sobre o que você espera acontecer com seu ente querido. Pergunte à equipe médica quais são suas expectativas também. Se suas expectativas forem diferentes, esteja preparado para discutir com a equipe por que isso pode ser.

submeter-se ou não a procedimentos médicos ou usar máquinas de suporte à vida. Para ajudar as famílias a tomarem a melhor decisão possível, a equipe médica pode marcar uma reunião de família para informar e atualizar aqueles que estão tomando as decisões médicas.

É importante lembrar, durante essas reuniões e na tomada de decisões médicas, que o objetivo é que a equipe médica saiba o que o paciente nos diria se fosse capaz de comunicar seus valores e preferências de atendimento. Além disso, é útil para a equipe médica que a família nomeie um membro da família que possa ser o porta-voz e ponto de contato para que a equipe médica saiba quem notificar primeiro se o estado do paciente mudar. Também pode ser benéfico para a família perguntar à equipe médica se esta pode dar recomendações sobre quais procedimentos e tratamentos devem ser seguidos.

Esperam-se as seguintes perguntas de uma equipe médica durante uma reunião de família:

“Qual o seu entendimento sobre o que está acontecendo com seu ente querido?”

“Se seu ente querido pudesse conversar conosco, o que ele diria sobre a presente situação?”

“Qual o seu entendimento sobre como o futuro poderá ser para seu ente querido?”

Estas perguntas ajudam a garantir que todos tenham o mesmo entendimento sobre o que está acontecendo.

Nós recomendamos que as seguintes perguntas sejam feitas durante uma reunião de família:

“O que podemos esperar que aconteça com meu ente querido durante e após sua estadia na UTI?”

“Quais são os ‘melhores e os piores cenários possíveis’ em que deveríamos estar pensando?”

“Que sinais deveríamos estar procurando caso meu ente querido esteja melhorando? Quais são os sinais de que meu ente querido esteja piorando?”

“Por favor, explique as escolhas de tratamento que seriam aceitáveis de se considerar para meu ente querido.”

Existem alguns termos importantes que as famílias podem ouvir ao discutir a tomada de decisões médicas. Aqui está uma breve lista:

**Diretriz antecipada:** Refere-se a qualquer número de documentos legais que especificam os desejos de um paciente no caso de ele ficar incapaz de tomar decisões por si mesmo. Inclui testamentos em vida e procuração durável de saúde.

**Testamento em vida:** É uma forma de uma diretiva antecipada. Um documento legal vinculativo que descreve os desejos do paciente no caso de eventos médicos específicos. É usado somente quando o paciente é incapaz de tomar suas próprias decisões. Pode abranger uma variedade de tópicos, incluindo ressuscitação, uso de ventilador mecânico, diálise, nutrição artificial e doação de órgãos. Pode ser muito limitado ou amplo em escopo.

**Procuração durável para saúde:** Também conhecida como uma procuração para saúde ou procuração de saúde. Um documento legal que nomeia um indivíduo para tomar decisões médicas em nome do paciente se o mesmo for incapaz de tomar tais decisões de forma independente. O paciente deve designar sua própria procuração durável para cuidados de saúde; familiares ou amigos não podem ter esse poder concedido pela equipe médica. É importante destacar que uma procuração durável para cuidados de saúde é diferente de uma procuração durável para finanças, que autoriza uma pessoa a tomar decisões financeiras em seu nome.

**Pedidos Médicos para Tratamento de Manutenção da Vida:** Um conjunto de pedidos médicos que descrevem os desejos do paciente. É preenchido pelo paciente e seu médico e mantido com o paciente de forma que esteja prontamente acessível em caso de uma emergência médica.

**Pedido de código completo:** Esta é a opção padrão para todos os pacientes que são admitidos no hospital, a menos que seja indicado o contrário. Isso significa que todas as medidas de prolongamento e sustentação da vida, incluindo RCP, serão realizadas, a menos que sejam especificamente recusadas pelo paciente ou seu médico responsável pela tomada de decisões.

**Ordem de não ressuscitar ou não tentar ressuscitar:** Esta é uma ordem médica que indica que o paciente não deseja que a RCP seja realizada no caso de uma parada cardíaca. Isso não influencia as outras terapias que são oferecidas ao paciente.

**Ordem de não intubação:** Esta é uma ordem médica que indica que um paciente não deseja receber suporte de um ventilador mecânico (discutido na seção “Insuficiência respiratória”, abaixo) em quaisquer circunstâncias. Isso não influencia as outras terapias que são oferecidas ao paciente.

## Estabelecendo Metas de Cuidado

Durante a permanência do seu ente querido na UTI, é importante estar atento ao objetivo geral do atendimento que o mesmo está recebendo. Embora a esperança seja devolver o paciente ao seu nível anterior de independência, é importante reavaliar frequentemente o potencial de alcançar tal objetivo. A condição de um paciente pode mudar ao longo de sua internação, e uma meta que parece realista no início pode não ser mais tarde. Com os valores e objetivos de cuidado do seu ente querido em mente, você e a equipe médica podem tomar as melhores decisões sobre o cuidado que o mesmo recebe.

Embora os avanços da medicina tenham melhorado a sobrevivência de pacientes graves, muitos não se recuperam e morrerão na UTI. Quando a equipe médica sente que é muito improvável atingir os objetivos de tratamento ou de sobrevivência à doença, a equipe pode recomendar a interrupção de certas intervenções de suporte à vida, como ventilação mecânica. Nestes casos, eles podem consultar uma equipe especializada no atendimento ao fim da vida. Tais provedores são chamados de especialistas em Cuidados Paliativos e sua equipe pode incluir médicos, provedores de prática avançada, enfermeiros, assistentes sociais ou capelães.

Nós recomendamos que você faça as seguintes perguntas:

“Quão realista são minhas esperanças por meu ente querido?”

“Como esse tratamento ajudará meu ente querido a alcançar seus objetivos de retornar à independência, de estar menos sem fôlego, de melhorar suas forças, de se sentir confortável, etc.?”



# Sepse, Sepses Grave e Choque Séptico

Sepses é um termo que descreve uma síndrome que ocorre quando uma infecção resulta em doença grave. Nos Estados Unidos, cerca de 750.000 americanos são afetados anualmente. A sepses ocorre quando uma infecção bacteriana, viral ou fúngica causa uma resposta significativa do sistema imunológico do corpo, causando aumento da frequência cardíaca, febre ou respiração rápida. A sepses grave se desenvolve quando a infecção causa danos aos órgãos. O choque séptico é a forma mais grave em que a infecção causa hipotensão arterial, resultando em danos a vários órgãos. Cerca de três em cada 10 pacientes com sepses grave e metade daqueles com choque séptico morrem no hospital.

Antibióticos e fluidos intravenosos (IV) são dois dos tratamentos mais importantes para a sepses. Estudos têm mostrado que atrasos no recebimento dos antibióticos certos podem dobrar o risco de morte. Os pacientes geralmente começam a tomar antibióticos para diversos tipos diferentes de bactérias—“antibióticos de amplo espectro”—até que os resultados dos testes estejam disponíveis para ajudar os médicos a selecionar quais melhor tratam as bactérias específicas causadoras da doença—“antibióticos de espectro de ação estreito”. Esses testes são frequentemente chamados de “culturas”, onde fluidos corporais, como sangue, urina e catarro, são enviados ao laboratório para identificar bactérias causadoras de doenças. Os resultados preliminares das culturas podem estar disponíveis dentro de 24 a 48 horas; os resultados finais desses testes costumam levar vários dias.

Pacientes com sepses geralmente requerem vários litros de fluidos IV. Em pacientes com choque séptico, entretanto, os fluidos intravenosos podem não ser suficientes para manter a pressão arterial em uma faixa segura. Nesses casos, os pacientes podem necessitar de um cateter venoso central para receber medicamentos específicos para aumentar a pressão arterial.

Considere fazer as seguintes perguntas:

“O meu ente querido tem sepses ou choque séptico?”

“Nós sabemos qual organismo está causando a infecção no meu ente querido?”

“Nós sabemos de onde veio a infecção?”

“Quão bem estão funcionando os órgãos do meu ente querido?”

# Suporte Respiratório para Insuficiência Respiratória



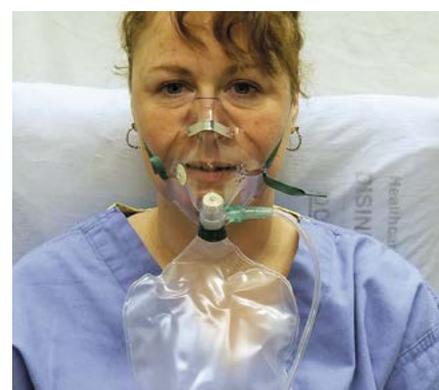
Por motivos variados, alguns pacientes com sepse precisam de assistência para respirar. Às vezes, é por causa de uma infecção pulmonar. Outras vezes, é por causa do excesso de fluido nos pulmões. Existe uma variedade de dispositivos e máquinas usadas na UTI para auxiliar na respiração.



*Cânula Nasal*



*Máscara Facial*



*Máscara Não Reinalante*

## Cânula Nasal, Máscara Facial, Máscara Venturi e Máscara Não Reinalante

Uma cânula nasal é um tubo simples que direciona o oxigênio para o nariz. Esta é a menor quantidade de suporte respiratório que um paciente pode usar.

O oxigênio pode ser fornecido via uma máscara facial. A máscara de Venturi é um tipo especial de máscara facial que permite um ajuste mais preciso da quantidade de oxigênio fornecida. Uma máscara não reinalante tem uma bolsa em uma das extremidades e é usada para fornecer oxigênio a 100%.

## Cateter Nasal de Alto Fluxo



Uma cânula nasal de alto fluxo (CNAF) é um dispositivo de envio de oxigênio que pode fornecer oxigênio aquecido e umidificado em vazões (fluxo). O CNAF pode fornecer até 100% de oxigênio a uma taxa de fluxo de até 60 litros por minuto. Os pacientes usando CNAF podem ser capazes de falar e comer enquanto continuam a receber o suporte de oxigênio de que precisam.

## Pressão Positiva Contínua das Vias Aéreas (CPAP) ou Pressão Positiva de Dois Níveis das Vias Aéreas (BiPAP)

As máquinas CPAP e BiPAP são aparelhos de respiração que fornecem oxigênio e suporte respiratório por meio de uma máscara facial bem ajustada. A máscara cobre o nariz ou o nariz e a boca. Funciona impulsionando continuamente o ar para dentro dos pulmões do paciente através da máscara. Os médicos podem aumentar ou diminuir a quantidade de oxigênio e suporte respiratório conforme a respiração do paciente muda. Embora forneça mais suporte do que os outros métodos acima, os pacientes podem achá-lo desconfortável, pois pode ressecar o nariz e a boca e eles não conseguem comer, beber ou falar claramente enquanto usam o aparelho.



## Ventilador Mecânico



O ventilador mecânico oferece o mais alto nível de suporte respiratório que um paciente pode receber e é também o mais invasivo. Um tubo de respiração ("tubo endotraqueal") é inserido na traqueia do paciente através de sua boca e conectado a uma máquina que pode respirar por ele. Visto que o uso do ventilador pode ser desconfortável, os pacientes podem necessitar de medicamentos para mantê-los calmos e sem dor (ver próxima seção, "Sedação e Controle da Dor"); tais medicamentos tornam difícil para os pacientes ficarem acordados. Os pacientes não poderão comer ou beber normalmente ou falar enquanto estiverem usando o ventilador mecânico.

# Traqueostomia

Se a equipe multidisciplinar achar que o paciente precisará do ventilador por um longo período, a equipe médica poderá conversar com você sobre um procedimento denominado traqueostomia. A traqueostomia é um procedimento cirúrgico que cria uma via aérea artificial no pescoço, através da traqueia, para que o paciente possa continuar a receber suporte da máquina de respiração, minimizando o risco de infecção. A traqueostomia não é necessariamente permanente: se o paciente melhorar o suficiente para respirar de forma independente, o tubo de traqueostomia pode ser removido e o local da cirurgia pode cicatrizar.

**Nós recomendamos que você faça as seguintes perguntas:**

**“Qual é a causa da insuficiência respiratória do meu ente querido?”**

**“Por quanto tempo acha que meu ente querido necessitará de suporte respiratório?”**

**“Como saberá quando meu ente querido estará pronto para ter o tubo respirador e ventilador mecânico removidos?”**





# Sedação e Controle da Dor & Desmame

## Sedação e Controle da Dor

---

Na UTI, existem diversos medicamentos que os médicos usam para manter o paciente calmo e confortável enquanto precisar de um ventilador mecânico. Cada medicamento tem usos diferentes, alguns funcionam melhor para a ansiedade, enquanto outros são usados principalmente para tratar a dor e a falta de ar. Esses medicamentos podem ser administrados continuamente (uma “infusão”) ou conforme a necessidade. Embora manter o paciente confortável seja sempre uma meta da equipe médica, o uso excessivo desses medicamentos tem sido associado a um maior risco de o paciente desenvolver delirium, maior tempo no ventilador e maior tempo de internação na UTI e no hospital. Para evitar tais complicações, a equipe médica tentará usar a menor quantidade possível de medicamentos para obter conforto.

A equipe médica utiliza diferentes ferramentas para determinar a quantidade de medicamento que um paciente precisa. Duas ferramentas distintas são comumente usadas: escores de sedação e testes diários de despertar. As escalas de sedação envolvem um enfermeiro ou médico fazendo perguntas ao paciente para determinar a vigília e a atenção. Os níveis de dor também são avaliados frequentemente ao longo do dia. Com base em quão bem o paciente está acordando e respondendo a essas perguntas, a quantidade de sedação e analgésicos será ajustada. Se o paciente estiver bem o suficiente, esses medicamentos serão interrompidos pelo menos uma vez ao dia para permitir que o paciente acorde totalmente; isso é conhecido como os testes diários de despertar. Os testes diários de despertar têm sido associados a uma redução de 2 dias no tempo que os pacientes passam no ventilador mecânico.

Os pacientes frequentemente parecem estar adormecidos enquanto recebem sedação. Embora os pacientes possam não ser capazes de interagir de forma significativa com seus entes queridos, pode ser benéfico para os pacientes e sua família segurarem as mãos do paciente, conversar com ele e tocar sua música favorita em um volume baixo.

## Desmame

Se um paciente está melhorando, a equipe médica cogitará interromper as terapias que não são mais necessárias, tais como o ventilador mecânico. Devido aos riscos de infecção e enfraquecimento dos músculos enquanto acamado, é sempre o objetivo da equipe médica tirar o paciente do ventilador o mais rápido possível, desde que não comprometa a segurança. No entanto, raramente é seguro para a equipe médica simplesmente desconectar o paciente do ventilador, pois eles ainda podem ser incapazes de respirar de forma independente.

O desmame começa com os testes diários de despertar. Se a equipe médica achar que o paciente está forte o suficiente, eles emparelharão os testes diários de despertar com um período de tempo durante o qual o paciente respira com assistência mínima do ventilador—um “teste de respiração espontânea” (TRE). O TRE pode durar de 30 minutos a 2 horas, dependendo da condição do paciente e do motivo da intubação. Às vezes, os pacientes necessitam de vários TREs antes de estarem prontos para serem removidos do ventilador mecânico. Assim que o paciente for aprovado em um TRE, ele pode ser removido do ventilador, procedimento denominado de “extubação”.

**Sugerimos que as seguintes perguntas sejam feitas:**

“Vocês tentarão interromper os sedativos hoje para ver se meu ente querido ainda necessita deles?”

“Os medicamentos de sedação e dor estão sendo administrados no menor nível possível?”

“Como está o escore de sedação do meu ente querido hoje?”

“O meu ente querido realizou um teste de respiração espontânea hoje? Como foi?”

“O que ainda precisa acontecer para que meu ente querido possa ser removido do ventilador mecânico?”

# Nutrição



Uma das maiores preocupações dos pacientes de UTI e de suas famílias é a nutrição. É um desejo natural garantir que as pessoas tenham o suficiente para comer enquanto estão doentes. Muitas vezes, os pacientes internados na UTI não conseguem comer normalmente por vários motivos: eles ficam com muita falta de ar, não têm apetite ou estão recebendo procedimentos ou terapias que os impedem de comer. Isso não significa que os pacientes não estejam recebendo nutrição de outras maneiras.

Os pacientes geralmente obtêm alguma nutrição apenas com os medicamentos que estão recebendo. Muitos medicamentos são armazenados em soluções glicosadas (açucaradas) que ajudam a fornecer aos pacientes uma pequena quantidade de nutrientes. Além disso, os pacientes também podem receber um tubo de alimentação que passa pelo nariz ou boca até o estômago. Isso permite que a equipe médica alimente os pacientes com um líquido especial altamente nutritivo, uma técnica chamada de “alimentação por sonda”. Muitas UTIs têm especialistas que ajudam a gerenciar os planos de nutrição, os nutrólogos e os nutricionistas.

Às vezes, os pacientes estão simplesmente muito doentes para receber nutrição, mesmo por meio de um tubo de alimentação. Isso pode ser porque eles estão necessitando de altas doses de medicamentos para sustentar a pressão arterial. Nesses casos, é muito perigoso para a equipe médica alimentar o paciente. Assim que for seguro, a equipe médica iniciará o suporte nutricional.

**Nós recomendamos que você faça as seguintes perguntas:**

“O meu ente querido é capaz de receber nutrição hoje?”

“O meu ente querido está alcançando suas metas nutricionais?”

“Quando você antecipa que meu ente querido estará estável o suficiente para receber alimentação por sonda?”

# Delirium



Quase dois terços dos pacientes de UTI ficam confusos durante sua permanência na UTI, e também 7 em cada 10 pacientes que usam o ventilador mecânico. Isso geralmente se deve a uma combinação da gravidade da situação clínica e dos medicamentos que estão recebendo para tratar a dor e a ansiedade. Como resultado, os pacientes podem ficar acordados a noite toda e dormir durante o dia, esquecer onde estão ou não reconhecer entes queridos. Tal confusão é conhecida como “delirium”.

Delirium não é a mesma coisa que demência. Enquanto a demência piora continuamente com o passar dos meses e anos, o delirium vai e vem. Pacientes com delirium podem ter períodos de tempo em que estão totalmente despertos, atentos e capazes de entender o que está acontecendo, mas são interrompidos por períodos em que estão confusos, agitados e desatentos. Embora o delirium possa levar dias ou até semanas para melhorar, a demência é permanente e irreversível. O delirium pode afetar pacientes jovens e idosos, embora pacientes mais velhos tenham maior risco de desenvolver delirium.

A melhor forma de tratar o delirium não é com medicamentos, mas mudando o ambiente. A família e os amigos podem ajudar ficando com o paciente durante o dia, mantendo-o engajado e acordado, abrindo cortinas, lembrando-o de onde está quando ficar confuso e encorajando-o a participar de exercícios diários e fisioterapia (ver próxima seção, “Exercício Diário e Reabilitação”). Se a visita for à noite, a família e os amigos podem pedir aos enfermeiros que desliguem as luzes desnecessárias, fechem as cortinas e minimizem os ruídos desligando a televisão. Os acompanhantes podem perguntar se as coletas de sangue e raios-X podem ser remarcados para minimizar as interrupções durante a noite. Essas mudanças no ambiente permitiram a um hospital na Dinamarca interromper a sedação em alguns pacientes e diminuir sua permanência na UTI em quase dois dias.

Apesar dos melhores esforços, às vezes os pacientes ainda necessitam de medicamentos para mantê-los calmos. O objetivo da equipe médica é usar esses medicamentos em suas doses mais baixas.

Se seu ente querido não está agindo como si mesmo, por favor, faça as seguintes perguntas:

“O meu ente querido tem dormido à noite?”

“Meu parente não está agindo normalmente. Você acha que ele está delirante?”

“Como posso ajudar meu ente querido com sua confusão?”

## Exercício Diário e Reabilitação



Muitos pacientes na UTI passam a maior parte do tempo acamados; sua doença grave os deixa fatigados, com falta de ar ou desconfortáveis, ou eles estão recebendo medicamentos que os deixam sonolentos. No entanto, tanto a doença grave quanto o repouso na cama fazem com que os pacientes percam a força muscular, e aqueles que estão mais doentes por mais tempo tornam-se os mais fracos. A fraqueza pode dificultar as atividades básicas e cotidianas, como levantar da cama, vestir-se, tomar banho ou caminhar até o banheiro. O exercício diário tem sido associado a estadas mais curtas na UTI dos pacientes e à redução do risco de delirium. Por essas razões, é importante que os pacientes participem de exercícios diários e reabilitação quando estiverem clinicamente estáveis.

Participar da reabilitação pode ser desafiador. Os pacientes costumam se sentir desconfortáveis, com os movimentos restritos por máquinas e tubos. Porém, mesmo os pacientes que usam ventiladores mecânicos podem participar da reabilitação sentando-se na beira da cama, sentando-se em uma cadeira e, em alguns casos, caminhando com auxílio. O incentivo da família é muito importante para fazer com que os pacientes participem do exercício diário.

**Nós recomendamos que as seguintes perguntas sejam feitas:**

**“Quanta atividade física você acha que seria possível para meu ente querido?”**

**“O meu ente querido pode sair da cama por um período de tempo todo dia?”**

**“Existem exercícios que meu ente querido pode fazer enquanto ele está acamado?”**

**“Existe um fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional na UTI que possa trabalhar com meu ente querido?”**

# Após a UTI: Cuidados a Longo Prazo & Vida Após Sobreviver à Doença Grave



## Cuidado a Longo Prazo

Nem todos os pacientes na UTI vão se recuperar o suficiente para voltar para casa. Alguns pacientes ficam tão debilitados por sua grave doença que não conseguem respirar por conta própria e dependem de uma máquina de respiração. Esses pacientes são “dependentes de ventilador mecânico” e geralmente não conseguem viver de forma independente. Outros pacientes não são dependentes do ventilador, mas ainda estão muito fracos e debilitados para voltar para casa. Se estiverem clinicamente estáveis, os pacientes podem ser transferidos para um hospital de menor complexidade ou clínica de reabilitação capaz de prover cuidados a longo prazo. O objetivo desses hospitais é fazer com que os pacientes tenham força suficiente para ir para casa, e enfatizam a fisioterapia e a reabilitação. Cerca de um terço desses pacientes melhoram o suficiente para sair da máquina de respiração e voltar para casa.

**Nós recomendamos que você faça as seguintes perguntas:**

“Que nível de funcionamento o meu ente querido terá quando estiver pronto para sair da UTI?”

“Que sinais ou sintomas de depressão, ansiedade ou TEPT eu devo estar ciente?”

“Você conhece algum grupo de apoio na área para sobreviventes de UTI?”

## Vida Após Sobreviver à Doença Grave

---

Com as taxas de sobrevivência geralmente melhorando em doenças graves, tem havido um foco maior em como os pacientes se comportam após deixarem a UTI. Muitos pacientes ainda estão fracos e debilitados depois que saem da UTI, apesar dos exercícios diários e da reabilitação, e pode levar muitos dias ou semanas antes que eles fiquem fortes o suficiente para realizar tarefas simples como sair da cama ou vestir-se. Quase metade dos pacientes ainda não consegue funcionar de forma independente um ano após o episódio de doença grave.

Além da fraqueza física, os pacientes que sobrevivem à doença grave podem ter problemas de memória e sintomas de depressão, ansiedade ou transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Os familiares dos pacientes também podem apresentar sintomas de sofrimento psíquico. Embora as terapias para prevenir e tratar esses sintomas ainda estejam sendo desenvolvidas, é importante informar ao profissional de saúde do paciente se o paciente estiver apresentando sinais de depressão, ansiedade ou TEPT. Muitos pacientes e familiares também acham útil participar de grupos de apoio que se concentram em sobreviventes de doenças graves.

## Recursos Adicionais (em língua inglesa):

---

Sociedade Torácica Americana (American Thoracic Society): [www.thoracic.org/patients/](http://www.thoracic.org/patients/)

Consiga Cuidados Paliativos (Get Palliative Care): <https://getpalliativecare.org/>

Tornar Seus Desejos Conhecidos (Making Your Wishes Known): <https://www.makingyourwishesknown.com>

Medline Plus: <https://medlineplus.gov/criticalcare.html>

Médicos Paliativos (Palliative Doctors): <http://palliativedoctors.org/>

Comunicação do Provedor do Paciente (Patient Provider Communication):

<https://www.patientprovidercommunication.org/>

**Caso tenha perguntas ou comentários a fazer sobre este Guia, por favor envie um e-mail para: Em português: Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia no [sbpt@sbpt.org.br](mailto:sbpt@sbpt.org.br) / Em Inglês: Judy Corn no [jcorn@thoracic.org](mailto:jcorn@thoracic.org)**

**Suas sugestões são bem-vindas!**

Material com direitos autorais da American Thoracic Society.

Tradutor: Eurico de Paula Arruda com apoio da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia  
([www.sbpt.org.br](http://www.sbpt.org.br))



*We help the world breathe*<sup>®</sup>  
PULMONARY • CRITICAL CARE • SLEEP

AMERICAN THORACIC SOCIETY  
25 Broadway, 18th Floor, New York, NY 10004  
T. 212-315-8600 / F. 212-315-6498