

Manual de boas práticas

de humanização nas

Unidades de Terapia Intensiva

Revisão de 2019

Manual de boas práticas

2019

Como citar este documento:

Grupo de trabalho de certificação do Projeto HU-CI. Manual de boas práticas de humanização em Unidades de Terapia Intensiva. Madrid: Projeto HU-CI; 2019 [acesso em 5 de novembro de 20XX]. Disponível em: <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/buenas-practicas/>

Coordenação:

José Manuel Velasco Bueno.
Gabriel Heras La Calle.
Álvaro Ortega Guerrero.
Concha Zaforteza Lallemand.

1ª Edição. Novembro de 2017 ISBN: 978-84-697-7456-4
2ª Edição Revisada. Maio de 2019 ISBN: 978-84-09-11618-8

Tradução realizada por



Reconhecimento – Não Comercial – Compartilhar igualmente (by-nc-sa): Não é permitido o uso comercial nem da obra original, nem de obras derivadas, e a distribuição delas deverá ser feita com uma licença semelhante àquela que regulamenta a obra original.

Prefacio

A medicina intensiva evoluiu muito nos últimos anos, no mundo inteiro e também no Brasil. Temos progressivamente mais recursos diagnósticos e terapêuticos, com maior possibilidade de cura e sobrevida dos doentes críticos.

Apesar disso, a UTI se apresenta muitas vezes como um ambiente hostil aos pacientes e seus entes queridos.

Já há algum tempo, a humanização dos cuidados de saúde é pauta obrigatória na agenda de todos os envolvidos, inclusive entre os órgãos governamentais e de regulação.

Devido às suas características físicas e organizacionais, o âmbito da terapia intensiva exige uma atenção ainda mais desdobrada para que os cuidados sejam fornecidos da forma mais empática possível e a comunicação se processe de forma consentânea e inequívoca.

A AMIB, sempre atenta às necessidades de capacitação e aperfeiçoamento dos envolvidos com a área, viu-se impelida a promover ações voltadas também a esse aspecto dos cuidados intensivos.

Com tal mister, conveniou-se a uma das mais experientes equipes neste assunto, o grupo "HU-CI – Humanizando los Cuidados Intensivos", da Espanha, para formar estratégias de treinamento e capacitação de replicadores e disponibilizar esse conhecimento em todo território nacional.

Acreditamos que essa iniciativa será fundamental para habilitar os profissionais brasileiros de terapia intensiva nessas qualidades necessárias ao que se considera como cuidado de excelência em nossos dias.

Esse texto foi elaborado como uma ferramenta importante para o seu aprendizado e para que possa ser consultado sempre que necessário, no seu dia a dia.

Bom proveito!

Dr. Ciro Leite Mendes
Diretor Presidente AMIB

Programa de certificação de humanização das Unidades de Terapia Intensiva

Quem somos:

O **Projeto HU-CI** é um grupo de pesquisa multidisciplinar composto por médicos e enfermeiros que desenvolvem o seu trabalho em unidades de terapia intensiva, com pacientes, familiares e outros profissionais, tais como psicólogos, *designers*, decoradores de interiores, arquitetos etc. Ele se baseia numa visão integral da situação atual para aprimorar a atenção das Unidades de Terapia Intensiva entre todos, pacientes, famílias e cuidadores.

O **Projeto HU-CI** tem os seguintes objetivos:

1. Humanizar a terapia intensiva.
2. Servir como fórum e ponto de encontro entre pacientes, familiares e profissionais.
3. Difundir a terapia intensiva e aproximá-la da população em geral, enfatizando atividades relacionadas à humanização de cuidados.
4. Promover a formação em habilidades de humanização: comunicação, relação de ajuda, etc.
5. Orientar sobre a prestação de atenção humanizada, por meio do estabelecimento de padrões e certificando o seu cumprimento nas unidades que o solicitarem.

O **Projeto HU-CI** conta com o Aval Científico de diversas Sociedades Científicas, tanto nacionais quanto internacionais.

Propósito:

A proposta do Projeto HU-CI, em uma de suas linhas de trabalho, é certificar o cumprimento dos padrões de humanização de organizações sanitárias, bem como de seus profissionais e da formação recebida por eles. Assim, o Projeto HU-CI acompanha as organizações e os profissionais de saúde na melhoria da qualidade de seu trabalho, por meio da certificação e de outros projetos que impulsionam a humanização da Terapia Intensiva.

A certificação presume o reconhecimento expresso e público aos cumprimentos dos requisitos considerados necessários para fornecer uma atenção humanizada e de qualidade pelas unidades que empreenderam um caminho de melhoria contínua.

Este programa de certificação tem um total de 160 boas práticas, distribuídas em 7 linhas estratégicas.

Escopo:

O Programa de certificação de humanização nas unidades de Terapia Intensiva é direcionado para Unidades de Terapia Intensiva ou qualquer outra unidade de atenção continuada para pacientes críticos, pertencentes a centros hospitalares do setor público ou particular que o solicitem.

Metodología:

O Processo de Certificação se inicia com o pedido voluntário de uma unidade para ser submetida ao processo de revisão que será concluído com a certificação pelo **Projeto HU-CI**.

Tal certificação terá validade, após ser fornecida, de quatro anos. Após tal período, a conservação das boas práticas deverá ser certificada novamente para manter o nível de certificação.

O processo compreende uma série de fases, as quais podem ser resumidas em:

- Solicitação.
- Autoavaliação.
- Avaliação.
- Certificação.

Proceso de certificación de estándares de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos



1ª fase: Solicitação.

A solicitação se inicia com um pedido formal, na qual todos os dados referentes à unidade solicitante deverão estar indicados, bem como as pessoas responsáveis localmente pelo processo.

Após o pedido, dois tutores do Projeto HU-CI serão designados, os quais serão encarregados pelo acompanhamento e pela assessoria da unidade solicitante durante o processo de certificação.

Os responsáveis locais receberão senhas de acesso ao programa de certificação, pelo qual manterão contato sobre tudo o que for referente ao processo. Através desse meio, eles contarão com os instrumentos necessários para enviar a documentação solicitada para a verificação das boas práticas requeridas.

2ª fase: Autoavaliação.

Durante esta fase, os responsáveis locais deverão reunir e fornecer as provas que verificam o cumprimento das boas práticas solicitadas. Tais requisitos estão revelados neste manual de certificação, o qual servirá como um documento guia para a preparação das provas de cumprimento.

Ao ser iniciado o processo, um prazo máximo de 12 meses é estabelecido para concluir esta fase, sendo que as provas fornecidas durante esse período terão validade e deverão ser renovadas quando o prazo estabelecido terminar.

A autoavaliação permite que a unidade solicitante identifique a sua posição atual, determine o resultado a se alcançar e planeje as atuações para obter isso.

Esta fase finaliza o pedido da unidade solicitante, considerando que reúne os requisitos necessários para proceder à avaliação pelo **Projeto HU-CI**.

3ª fase: Avaliação.

Ao ser concluída a fase de autoavaliação e a pedido da unidade solicitante, uma auditoria externa será, então, realizada. As equipes de avaliadores analisarão as provas fornecidas durante os processos de certificação. Esta fase inclui avaliação da documentação fornecida e verificação presencial das boas práticas a serem seguidas.

4ª fase: Certificação.

Com base nos resultados obtidos na fase de avaliação, será emitido um relatório no qual será certificado o cumprimento das boas práticas propostas. Tal relatório mostrará igualmente os aspectos encontrados que possam supor opções de melhorias.

O relatório certificará o nível básico, avançado ou excelente de cumprimento, dependendo do grau de realização dos padrões propostos.

As boas práticas se dividem basicamente em três tipos:

- por um lado, aquelas consideradas Obrigatórias, para ser possível afirmar que uma unidade se encontra no nível básico de humanização (assinaladas com a letra **O**);
- por outro, as boas práticas consideradas como Essenciais, porém que não são obrigatórias para considerar o nível básico. Seu cumprimento deixa claro um nível mais avançado de reconhecimento (assinaladas com a letra **E**);
- e outras que, mesmo que não sejam consideradas obrigatórias ou essenciais, seriam Desejáveis, fornecendo um excelente nível de reconhecimento e certificação (assinaladas com a letra **D** no texto).

O presente manual foi elaborado por profissionais de saúde, tendo a participação e a assessoria de outros profissionais de áreas relacionadas aos padrões de certificação, bem como pacientes e familiares.

LINHAS ESTRATÉGICAS

Linha estratégica 1	UTI DE PORTAS ABERTAS: PRESENÇA E PARTICIPAÇÃO DOS FAMILIARES NOS CUIDADOS	SENSIBILIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS
		ACESSIBILIDADE
		CONTATO
		PRESENÇA E PARTICIPAÇÃO EM PROCEDIMENTOS E CUIDADOS
		APOIO ÀS NECESSIDADES EMOCIONAIS E PSICOLÓGICAS DOS FAMILIARES

Linha estratégica 2	COMUNICAÇÃO	COMUNICAÇÃO COM A EQUIPE
		COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÕES À FAMÍLIA
		COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE

Linha estratégica 3	BEM-ESTAR DO PACIENTE	BEM-ESTAR FÍSICO
		BEM-ESTAR PSICOLÓGICO
		PROMOÇÃO DA AUTONOMIA DO PACIENTE
		BEM-ESTAR AMBIENTAL E DESCANSO NOTURNO

Linha estratégica 4	CUIDADOS AO PROFISSIONAL	SENSIBILIZAÇÃO SOBRE A SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> E FATORES ASSOCIADOS
		PREVENÇÃO DA SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>
		PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR

Linha estratégica 5	SÍNDROME PÓS-TERAPIA INTENSIVA	PREVENÇÃO E MANEJO
		SEGUIMENTO

Linha estratégica 6	CUIDADOS NO FINAL DA VIDA	PROTOCOLO DOS CUIDADOS NO FINAL DA VIDA
		CONTROLE DOS SINTOMAS FÍSICOS
		ACOMPANHAMENTO EM SITUAÇÕES NO FINAL DA VIDA
		COBERTURA DAS NECESSIDADES E PREFERÊNCIAS EMOCIONAIS E ESPIRITUAIS
		PROTOCOLO DE LIMITAÇÃO DOS TRATAMENTOS DE SUPORTE VITAL
		IMPLICAÇÃO MULTIDISCIPLINAR NA DECISÃO E NO DESENVOLVIMENTO DAS MEDIDAS DE LIMITAÇÃO DE TRATAMENTOS DE SUPORTE VITAL (LTSV)

Linha estratégica 7	INFRAESTRUTURA HUMANIZADA	PRIVACIDADE DO PACIENTE CONFORTO AMBIENTAL DO PACIENTE ORIENTAÇÃO DO PACIENTE CONFORTO NA ÁREA DOS FAMILIARES
		CONFORTO E FUNCIONALIDADE NA ÁREA DE CUIDADOS
		CONFORTO NA ÁREA ADMINISTRATIVA E DOS FUNCIONÁRIOS
		ENTRETENIMENTO DO PACIENTE ESPAÇOS EM JARDINS OU PÁTIOS SINALIZAÇÃO E ACESSIBILIDADE
		PRIVACIDADE DO PACIENTE CONFORTO AMBIENTAL DO PACIENTE ORIENTAÇÃO DO PACIENTE CONFORTO NA ÁREA DOS FAMILIARES
		CONFORTO E FUNCIONALIDADE NA ÁREA DE CUIDADOS
		CONFORTO NA ÁREA ADMINISTRATIVA E DOS FUNCIONÁRIOS

BOAS PRÁTICAS

LINHA ESTRATÉGICA 1

UTI DE PORTAS ABERTAS: PRESENÇA E PARTICIPAÇÃO DOS FAMILIARES NOS CUIDADOS

Históricamente, na Espanha assim como em outros países da Europa e da América Latina, as políticas de visitação de familiares aos pacientes internados na UTI e sua participação nos cuidados a esses pacientes, seguem um modelo bastante restritivo. Na maior parte dos casos, limitam-se ao contato do paciente com os seus entes queridos, entre uma e três visitas por dia, sendo que cada uma possui uma hora ou menos de duração.

Sabe-se que, nas últimas décadas, há experiências consolidadas de abertura das portas das Unidades de Terapia Intensiva, lideradas pelas UTIs pediátricas e neonatais, as quais integraram a família nos cuidados aos pequenos pacientes, seguindo a linha de cuidados focados no desenvolvimento e no vínculo mãe-bebê.

No entanto, o modelo restritivo (salvo exceções) continua vigente na quase totalidade das UTIs de adultos, apesar da crescente quantidade de literatura científica dirigida à flexibilização dos horários de visitas, de acordo com as necessidades e preferências dos pacientes e familiares.

A reflexão crítica é uma das chaves para propiciar uma alteração neste modo de pensar sobre a presença e a participação dos familiares. Tudo aponta para o fato de que as barreiras para a abertura das portas nas UTIs se baseiam, por um lado, nos hábitos e nas premissas cristalizados com o tempo nos profissionais e gestores e, por outro, na própria estrutura física das unidades.

Por exemplo, como profissionais e gestores, temos interiorizadas algumas premissas, tais como o fato de a presença de familiares interferir no trabalho dos profissionais e distraí-los, ou até mesmo o fato de que os familiares podem ser a causa de desenvolvimento de complicações e/ou agravos na condição clínica do paciente. Além disso, são discutidas crenças, como a entrada na UTI poder potencializar o trauma psicológico e a ansiedade da família. Além disso, a estrutura física das unidades também não ajuda a modificar os hábitos, já que impõe uma forte separação física entre o paciente e o mundo externo. As alternativas ao modelo fechado são muitas e variadas; nas quais cada UTI tem a opção de estabelecer aquelas mais factíveis no seu contexto e de acordo com suas idiossincrasias. Primeiramente, a visita

aberta/flexível se mostra vantajosa tanto para pacientes como para familiares e profissionais. Cabe ressaltar que a maior presença de familiares não aumenta as complicações infecciosas, melhora o nível dos hormônios de estresse e pode ainda melhorar o manejo do delírium e de processos de desmame, entre outros.

A maior presença dos familiares favorece ainda um outro eixo de melhoria, que é a maior participação dos familiares no cuidado ao paciente. Novamente, há diferentes opções de participação. Por exemplo, se as condições clínicas permitirem, as famílias que desejarem poderão colaborar em alguns cuidados (higiene, alimentação, mobilização...), sob o treinamento e a supervisão dos profissionais de saúde. Dar à família a oportunidade de participar na tomada de decisões e de contribuir para a recuperação do paciente pode ter efeitos positivos no paciente, na família e no profissional, reduzindo o estresse emocional e facilitando a aproximação e a comunicação entre todos envolvidos. Estar presente durante determinados procedimentos não tem associação com consequências negativas e gera sinergias entre profissionais e familiares a favor de preservar a privacidade, a dignidade e o manejo da dor durante os procedimentos, bem como uma maior satisfação das famílias melhor compreensão e aceitação da situação, contribuindo inclusive no positivamente no luto dos familiares quando deste evento.

Aumentar a participação dos familiares em rounds ou visitas interdisciplinares diárias também contribui para a melhoria da comunicação e favorece a oportunidade de esclarecer dúvidas e de fazer perguntas, aumentando a satisfação familiar.

Por fim, aparentemente, a figura do “cuidador principal” possibilita e favorece que a presença de outros familiares se adapte às necessidades individuais de cada paciente.

De acordo com a cultura vigente em cada UTI, será necessário um processo de reflexão, aprendizagem e consenso para chegar até um modelo de abertura da unidade. Será necessário também a participação de profissionais e o planejamento de estratégias e sistemas de avaliação mais factíveis para cada contexto. A seguir propomos algumas estratégias, que poderão ser adaptadas,

para favorecer a presença e a participação dos familiares nos cuidados ao paciente nas suas UTI's.

Linha estratégica 1	UTI DE PORTAS ABERTAS: PRESENÇA E PARTICIPAÇÃO DOS FAMILIARES NOS CUIDADOS	SENSIBILIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS
		ACESSIBILIDADE
		CONTATO
		PRESENÇA E PARTICIPAÇÃO EM PROCEDIMENTOS E CUIDADOS
		APOIO ÀS NECESSIDADES EMOCIONAIS E PSICOLÓGICAS DOS FAMILIARES

Linha estratégica 1	UTI DE PORTAS ABERTAS	SENSIBILIZAÇÃO E FORMAÇÃO DA EQUIPE ASSISTENCIAL
Comissionamento de atividades de sensibilização e formação à equipe assistencial sobre os benefícios da implantação do modelo de UTI de portas abertas.		
Boa prática 1.1	Há um grupo de trabalho interprofissional encarregado de coordenar e monitorar o cumprimento do modelo de flexibilidade dos horários de acompanhamento	  
Boa prática 1.2	São realizadas atividades reflexivas/sessões multidisciplinares	  
Boa prática 1.3	Realiza-se a formação continuada em habilidades não-técnicas direcionadas à equipe assistencial para facilitar a presença e a participação da família	  

Linha estratégica 1	UTI DE PORTAS ABERTAS	ACESSIBILIDADE
Comissionamento de atividades que facilitam a acessibilidade dos familiares de pacientes às UTIs		
Boa prática 1.4	Há um protocolo assistencial de atenção à família que apresente períodos flexibilizados de acesso	  
Boa prática 1.5	A figura do cuidador principal/acompanhante com acesso contínuo é reconhecida e respeitada, independentemente dos familiares que puderam visitar o paciente em outros períodos previstos	  
Boa prática 1.6	É permitida a visita de menores de idade previamente instruídos à unidade	  
Boa prática 1.7	Existe um procedimento para preparar menores de idade para terem acesso à unidade	  
Boa prática 1.8	Existe a possibilidade do acesso de animais de estimação à unidade	  

Boa prática 1.9	Existe um guia, folheto e/ou cartaz informativo de acolhimento a familiares e pacientes internados na UTI, que abrange as indicações de acesso à unidade	  
--------------------	--	---

Linha estratégica 1	UTI DE PORTAS ABERTAS	CONTATO
Comissionamento de medidas para favorecer o contato e a relação de familiares com o paciente durante a sua estadia na UTI		
Boa prática 1.10	Dispositivos de proteção desnecessários (avental, máscaras, gorros etc.) não são utilizados, exceto em casos especiais previamente definidos	  
Boa prática 1.11	A amamentação é facilitada quando as condições da mãe e do lactante estão adequadas	  

Linha estratégica 1	PRESEÇA E PARTICIPAÇÃO DOS FAMILIARES NOS CUIDADOS	PRESEÇA E PARTICIPAÇÃO EM PROCEDIMENTOS E CUIDADOS.
Oferecer à família a participação nos cuidados do paciente e em determinados procedimentos		
Boa prática 1.12	Existe um protocolo assistencial referente à participação da família nos cuidados básicos (alimentação, higiene, mobilização) ao paciente crítico	  
Boa prática 1.13	Valorizam-se a estrutura e a função da família, identificando-se os familiares que desejam, possivelmente, assumir o papel de cuidadores principais	  
Boa prática 1.14	Realizam-se atividades programadas de formação aos familiares (Escola dos Familiares da UTI)	  
Boa prática 1.15	Considera e facilita que os familiares acompanhem o paciente em determinados procedimentos, quando solicitado	  

Boa prática 1.16	Nos casos de entradas programadas, considera-se a possibilidade de realizar visitas prévias à internação na UTI (com o intuito de minimizar o estresse gerado pela entrada em uma unidade de pacientes críticos)	
Boa prática 1.17	O protocolo assistencial referente à participação da família nos cuidados ao paciente crítico inclui a tomada de decisões relativas ao tratamento e aos cuidados de forma compartilhada, quando o estado do paciente o	
Boa prática 1.18	O protocolo assistencial referente à participação da família nos cuidados ao paciente crítico inclui a formação individualizada <i>in situ</i>	
Boa prática 1.19	Registra-se o consentimento do paciente para o envolvimento de sua família nos cuidados, quando aplicável	
Boa prática 1.20	O sistema organizacional promove a continuidade dos cuidados, atribuindo profissionais de referência para cada paciente concreto	
Boa prática 1.21	Há um guia, folheto ou cartaz informativo de acolhimento para os familiares, nos quais está indicada a possibilidade da sua participação nos cuidados do paciente	
Boa prática 1.22	Há um guia de acolhimento para os familiares, no qual está indicada a possibilidade da sua participação na visita interdisciplinar diária	

Linha estratégica 1	PRESENÇA E PARTICIPAÇÃO DOS FAMILIARES NOS CUIDADOS	SUPORTE ÀS NECESSIDADES EMOCIONAIS, PSICOLÓGICAS E ESPIRITUAIS DOS FAMILIARES.
Detectar e dar apoio às necessidades emocionais, psicológicas e espirituais da família.		

Boa prática 1.23	Há algum procedimento para avaliar e detectar possíveis necessidades emocionais, psicológicas, religiosas e espirituais dos familiares.	
Boa prática 1.24	Há algum procedimento para facilitar o uso regulamentado de telefonia móvel ou outros dispositivos (para favorecer o contato com familiares)	
Boa prática 1.25	Há algum guia, folheto e/ou cartaz informativo de acolhimento para os familiares, em que se indicam os métodos diferentes que os familiares têm para poderem se comunicar com o paciente	
Boa prática 1.26	Há disponibilidade de atenção psicológica para as famílias que necessitem	

Bibliografía recomendada:

- Au S, Ordons AR, Soo A, Stelfox H. Determining best practices for family participation in ICU rounds. *Crit Care Med.* 2015;43(12 Suppl 1):15.
- Azoulay E, Chaize M, Kentish-Barnes N. Involvement of ICU families in decisions: fine-tuning the partnership. *Ann Intensive Care.* 2014;4:37.
- Azoulay E, Pochard F, Chevret S et al. Meeting the needs of intensive care unit patient families: a multicenter study. *Am J Respir Crit Care Med.* 2001;163:135-9.
- Cappellini E, Bambi S, Lucchini A, Milanesio E. Open intensive care units: a global challenge for patients, relatives, and critical care teams. *Dimens Crit Care Nurs.* 2014;33(4):181-93.
- Curtis JR, Sprung CL, Azoulay E. The importance of word choice in the care of critically ill patients and their families. *Intensive Care Med.* 2014;40:606-8.
- Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, Puntillo KA, Kross EK, Hart J et al. Guidelines form Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU. *Crit Care Med.* 2017; 45(1):103-128.
- Escudero D, Martín L, Viña L, Quindós B, Espina MJ, Forcelledo L, et al. [Visitation policy, design and comfort in Spanish intensive care units]. *Rev Calid Asist.* 2015;30(5):243-50. Spanish.
- Gélinas C et al. Patients and ICU nurses' perspectives of non-pharmacological interventions for pain management. *Nursing in Critical Care.* 2013;18:307-18.
- Gerritsen RT, Hartog CS, Curtis JR. New developments in the provision of family-centered care in the intensive care unit. *Intensive Care Med.* 2017 Apr;43(4):550-553
- Giannini A. The "open" ICU: not just a question of time. *Minerva Anestesiol.* 2010;76:89-90.
- Hetland B, Hickman R, McAndrew N, Daly B. Factors Influencing Active Family Engagement in Care Among Critical Care Nurses. *AACN Adv Crit Care.* 2017 Summer;28(2):160-170.
- Hetland B, McAndrew N, Perazzo J, Hickman R. A qualitative study of factors that influence active family involvement with patient care in the ICU: Survey of critical care nurses. *Intensive Crit Care Nurs.* 2018 Feb;44:67-75.
- Holanda Peña MS, Ots Ruiz E, Domínguez Artiga MJ, García Miguélez A, Ruiz Ruiz A, Castellanos Ortega A, et al. Measuring the satisfaction of patients admitted to the intensive care unit and of their families. *Med Intensiva.* 2015;39:4-12.
- Hopkins RO. Family Satisfaction in the ICU: Elusive Goal or Essential Component of Quality Care. *Crit Care Med.* 2015;43:1783-4.
- Jabre P, Belpomme V, Azoulay E, Jacob L, Bertrand L, Lapostolle F, et al. Family presence during cardiopulmonary resuscitation. *N Engl J Med.* 2013;368(11):1008-18.
- Kynoch K, Chang A, Coyer F, McArdle A. The effectiveness of interventions to meet family needs of critically ill patients in an adult intensive care unit: a systematic review update. *JBI Database System Rev Implement Rep.* 2016 Mar;14(3):181-234
- Liu V, Read JL, Scruth E, Cheng E. Visitation policies and practices in US ICUs. *Crit Care.* 2013 Apr 16;17(2):R71.
- Ludmir J, Liu X, Gupta A, Ramani GV, Liu SS, Zakaria S, Vercelles AC, Shah NG, McCurdy MT, Dammeyer JA, Netzer G. Cardiologist perceptions of family-centred rounds in cardiovascular clinical care. *Open Heart.* 2018 Sep 5;5(2):e000834.
- Meert KL, Clark J, Egly S. Family-centered care in the pediatric intensive care unit. *Pediatr Clin North Am.* 2013;60(3):761-72
- Mitchell ML, Aitken LM. Flexible visiting positively impacted on patients, families and staff in an Australian Intensive Care Unit: A before-after mixed method study. *Aust Crit Care.* 2017 Mar;30(2):91-97.
- Pardavila M.I, Vivar C.G. Necesidades de las familias en las Unidades de Cuidados Intensivos. Revisión de la literatura. *Enferm Intensiva.* 201
- Paul RG, Finney SJ. Family satisfaction with care on the ICU: essential lessons for all doctors. *Br J Hosp Med (Lond).* 2015;76:504-9.
- Pun BT, Balas MC, Barnes-Daly MA, Thompson JL, Aldrich JM, Barr J, Byrum D, Carson SS, Devlin JW, Engel HJ, Esbrook CL, Hargett KD, Harmon L, Hielsberg C, Jackson JC, Kelly TL, Kumar V, Millner L, Morse A, Perme CS, Posa PJ, Puntillo KA, Schweickert WD, Stollings JL, Tan A, D'Agostino McGowan L, Ely EW. Caring for Critically Ill Patients with the ABCDEF Bundle: Results of the ICU Liberation Collaborative in Over 15,000 Adults. *Crit Care Med.* 2019 Jan;47(1):3-14.
- Quenot JP, Ecarnot F, Meunier-Beillard N, Dargent A, Large A, Andreu P, Rigaud JP. What are the ethical issues in relation to the role of the family in intensive care? *Ann Transl Med.* 2017 Dec;5(Suppl 4):S40.
- Riley BH, White J, Graham S, Alexandrov A. Traditional/restrictive vs patient-centered intensive care unit visitation: perceptions of patients' family members, physicians, and nurses. *Am J Crit Care.* 2014;23:316-24.
- Rosa RG, Falavigna M, Robinson CC, da Silva DB, Kochhann R, de Moura RM, Santos MMS, Sganzerla D, Giordani NE, Eugênio C, Ribeiro T, Cavalcanti AB, Bozza F, Azevedo LCP, Machado FR, Salluh JIF, Pellegrini JAS, Moraes RB, Hochegeger T, Amaral A, Teles JMM, da Luz LG, Barbosa MG, Birriel DC, Ferraz IL, Nobre V, Valentim HM, Corrêa E Castro L, Duarte PAD, Tregnago R, Barilli SLS, Brandão N, Giannini A, Teixeira C; ICU

Visits Study Group Investigators and the BRICNet.. Study protocol to assess the effectiveness and safety of a flexible family visitation model for delirium prevention in adult intensive care units: a cluster-randomised, crossover trial (The ICU Visits Study). *BMJ Open*. 2018 Apr 13;8(4):e021193.

- Santiago C, Lazar L., Jiang D, Burns KE. A survey of the attitudes and perceptions of multidisciplinary team members towards family presence at bedside rounds in the intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs*. 2014;30:13-21.
- Schmidt M, Azoulay E. Having a loved one in the ICU: the forgotten family. *Curr Opin Crit Care*. 2012;18:540-7.
- Turnbull AE, Chessare CM, Coffin RK, Needham DM. More than one in three proxies do not know their loved one's current code status: An observational study in a Maryland ICU. *PLoS One*. 2019 Jan 30;14(1)
- Van den Broek JM, Brunsveld-Reinders AH, Zedlitz AM, Girbes AR, de Jonge E, Arbous MS. Questionnaires on Family Satisfaction in the Adult ICU: A Systematic Review Including Psychometric Properties. *Crit Care Med*. 2015;43:1731-44.
- Velasco Bueno JM, Prieto de Paula JF, Castillo Morales J, Merino Nogales N, Perea-Milla López E. Organization of visits in Spanish ICU. *Enferm Intensiva*. 2005;16:73-83.
- Westley ME, Ching JM, Sherman SA, Smith IA. Opening the ICU doors. *Healthc (Amst)*. 2014;2:258-62.
- Zaforteza C et al. Improving the care of critical patient family members: Agreed on strategies. *Enferm Intensiva*. 2010;21:11-9.

LÍNHA ESTRATÉGICA 2
COMUNICAÇÃO

As UTI's não estão livres das deficiências de comunicação que acontecem em outros ambientes de saúde e outras instituições de alta complexidade. Em particular, destacamos 3 fenômenos, nos quais consideramos adequados realizar a intervenção: 1) a comunicação dentro da equipe multidisciplinar; 2) a qualidade da informação aos pacientes e familiares e 3) a comunicação do paciente com a equipe e a família, especialmente em situações de últimos desejos.

Primeiramente, quanto à comunicação dentro da equipe multidisciplinar, nos serviços de saúde em geral, sabe-se que uma comunicação inadequada gera conflitos na equipe, ameaça a segurança do paciente, desgasta os profissionais e causa comprometimento da coesão da equipe. No contexto das UTIs, isso tem relevância especial, e se torna uma prioridade estabelecer processos estruturados de transmissão de informações e responsabilidade (procedimentos de mudança de turno/plantão, transferência de pacientes para outras unidades etc.) que sejam claros e efetivos. Além disso, é relevante estabelecer espaços estruturados de diálogo entre profissionais, com o objetivo de compartilhar informações-chave, entrar em consenso sobre tratamentos e cuidados a pacientes e familiares. Nesses espaços de diálogo, as habilidades de comunicação e as estratégias de suporte têm um papel decisivo. Por fim, é necessário o uso de ferramentas que facilitem a participação multidisciplinar, pois é frequente que, quando a equipe se reúne, as enfermeiras e auxiliares têm dificuldades em apresentar o seu extenso conhecimento do paciente/família.

Em segundo lugar, o acesso à informação de qualidade é uma das principais necessidades apresentadas por pacientes e familiares nas UTIs, e é da equipe assistencial a responsabilidade de garantir

este direito. Entretanto, esta tarefa não é simples num ambiente em que se encontram vários fatores que se tornam obstáculos importantes. Esses fatores são tanto característicos da situação do paciente como fatores derivados do modo como as unidades de terapia intensiva foram construídas historicamente. Assim, o paciente crítico, muitas vezes, não tem a capacidade de receber informações/tomar decisões, sendo esse direito transferido aos familiares e pessoas próximas. Relatar adequadamente em situações de grande carga emotiva requer habilidades de comunicação, para as quais a maioria dos profissionais não recebeu formação. Em geral, não há políticas específicas de como realizar o processo de informações para as famílias na UTI, porém é frequente que seja fornecida informação limitada uma vez ao dia, sem se adaptar às necessidades específicas dos pacientes e familiares. Acrescenta-se a este cenário que, em poucas ocasiões, considera-se a informação conjunta de médico e enfermeiros. A participação de enfermeiros no momento da informação é em geral, insuficiente e não está claramente definida, apesar do papel fundamental que estes têm nos cuidados do paciente crítico e de seus familiares.

Por fim, muitos dos pacientes que vão a óbito em uma UTI acabam não conseguindo comunicar suas necessidades e desejos no final da vida, ou até mesmo deixar mensagens para seus entes queridos. Portanto, é imprescindível que os processos de comunicação com o paciente que tem dificuldades ou limitações para se expressar sejam aprimorados, promovendo o uso de sistemas potencializadores de comunicação (que complementam a linguagem oral, quando ela não é suficiente para uma comunicação eficaz) e de sistemas alternativos de comunicação (que substituem a linguagem oral, quando ela não é compreensível ou está ausente).

Linha estratégica 2	COMUNICAÇÃO	COMUNICAÇÃO COM A EQUIPE
		COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÕES À FAMÍLIA
		COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE

Linha estratégica 2	COMUNICAÇÃO	COMUNICAÇÃO COM A EQUIPE
Assegura-se a transmissão correta de informações relevantes sobre o paciente e a sua família entre todos os membros da equipe e utilizam-se ferramentas que promovem o trabalho em equipe		
Boa prática 2.1	Há um protocolo estruturado de transmissão de informações na mudança de turno/plantão	  
Boa prática 2.2	Há um protocolo estruturado de transmissão de informações na alta da UTI para enfermaria	  
Boa prática 2.3	São realizadas atividades de capacitação para os profissionais da UTI de trabalho em equipe e comunicação efetiva utilizando-se ferramentas, tais como a simulação clínica e o CRM (<i>Crisis Resource Management</i>)	  
Boa prática 2.4	São realizadas sessões conjuntas e/ou <i>Rounds</i> diários pela equipe assistencial	  
Boa prática 2.5	Estão implantadas ferramentas específicas para melhoria da comunicação efetiva: objetivos de tratamento diários / <i>checklists</i> / <i>briefings</i> / AASTRE (Análise Aleatória de Segurança em Tempo Real) / técnica SBAR	  
Boa prática 2.6	Há ferramentas para identificar conflitos entre os profissionais de terapia intensiva	  

Linha estratégica 2	COMUNICAÇÃO	COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÕES À FAMÍLIA
Facilitar elementos que ajudam a iniciar uma comunicação adequada e empática com os familiares por todos os membros da equipe, para chegar a uma relação satisfatória de ajuda, bem como acessibilidade à informação		
Boa prática 2.7	Há espaços físicos adequados para a informação aos familiares	  
Boa prática 2.8	Existe um protocolo de informações conjuntas entre médico e enfermeiros a pacientes e familiares, realizado de forma habitual	  

Boa prática 2.9	São realizadas atividades de capacitação em habilidades não-técnicas e de relação de ajuda que incluam comunicação de más notícias, em situações difíceis e luto	
Boa prática 2.10	Além da informação programada, existem outras estratégias que facilitam a informação e a comunicação com os pacientes e famílias, tais como a flexibilização dos horários de visita e de informações, a informação telefônica e por meio de ferramentas telemáticas nos casos selecionados	
Boa prática 2.11	Em pacientes competentes, explora-se com o próprio paciente a vontade de se informar à família ou aos mais próximos	

Linha estratégica 2	COMUNICAÇÃO	COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE
Facilitar as informações aos pacientes e potencializar o uso de sistemas aumentativos e/ou alternativos da comunicação nos casos necessários		
Boa prática 2.12	Estão disponíveis sistemas de comunicação potencializada/alternativa [CAA] [7.14]	
Boa prática 2.13	Há um protocolo para favorecer a comunicação com pacientes que apresentam dificuldades de comunicação	
Boa prática 2.14	Há um procedimento para avaliar os pacientes com dificuldades de linguagem e suas necessidades quanto a isso	
Boa prática 2.15	Está disponível uma equipe interprofissional que possa apoiar as estratégias de comunicação em pacientes com limitações de linguagem [Otorrinolaringologista, fonoaudiólogo]	
Boa prática 2.16	Treinam-se os profissionais, pacientes e familiares quanto ao uso de sistemas potencializadores e alternativos de comunicação	
Boa prática 2.17	Há um sistema em que os pacientes podem chamar os profissionais de saúde quando precisam	

Bibliografía recomendada:

- Abraham J, Kannampallil TG, Almoosa KF, Patel B, Patel VL. Comparative evaluation of the content and structure of communication using two handoff tools: implications for patient safety. *J Crit Care*. 2014;29(2):311.e1-7.
- Alonso-Ovies A, Heras La Calle G. Tell me what you need. I hear you. *Medicina Intensiva*. 2018 Oct 31
- Alonso-Ovies A, Álvarez J, Velayos C, García MM, Luengo MJ. Expectativas de los familiares de pacientes críticos respecto a la información médica. Estudio de investigación cualitativa. *Rev Calidad Asistencial*. 2014;29(6):325-33
- Azoulay E, Timsit JF, Sprung CL, Soares M, Rusinová K, Lafabrie A, Abizanda R, Svantesson M, Rubulotta F, Ricou B, Benoit D, Heyland D, Joynt G, François A, Azevedo-Maia P, Owczuk R, Benbenishty J, de Vita M, Valentin A, Ksomos A, Cohen S, Kompan L, Ho K, Abroug F, Kaarlola A, Gerlach H, Kyprianou T, Michalsen A, Chevret S, Schlemmer B; Conflicus Study Investigators and for the Ethics Section of the European Society of Intensive Care Medicine. Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: the conflicus study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2009;180(9):853-60.
- Azoulay E, Chevret S, Leleu G, Pochard F, Barboteu M, Adrie C, Canoui P, et al. Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians. *Crit Care Med*. 2000;28:3044-9.
- Bermejo JC. Humanizar la asistencia sanitaria. Bilbao. Ed.: Desclee De Brouwer. 2014.
- Bermejo, JC. Introducción al counselling [Relación de Ayuda]. Maliaño (Cantabria): Sal Terrae. 2010.
- Bodí M, Olona M, Martín MC, Alceaga R, Rodríguez JC, Corral E, Pérez Villares JM, Sirgo G. Feasibility and utility of the use of real time random safety audits in adult ICU patients: a multicentre study. *Intensive Care Med*. 2015 Jun;41(6):1089-98. doi: 10.1007/s00134-015-3792-3. Epub 2015 Apr 14.
- Curtis JR, Cook DJ, Wall RJ, Angus DC, Bion J, Kacmarek R, et al. Intensive care unit quality improvement: a "how-to" guide for the interdisciplinary team. *Crit Care Med*. 2006;34(1):211-8.
- Daly BJ, Douglas SL, O'Toole E, Gordon NH, Hejal R, Peerless J, et al. Effectiveness trial of an intensive communication structure for families of long-stay ICU patients. *Chest*. 2010;138:1340-8.
- Gaaeni M, Farahani MA, Seyedfatemi N, Mohammadi N. Informational support to family members of Intensive Care Unit patients: the perspectives of families and nurses. *Global Journal of Health Science* 2015; 7(2): 8-19.
- Garry J, Casey K, Cole TK, Regensburg A, McElroy C, Schneider E, et al. A pilot study of eye-tracking devices in intensive care. *Surgery*. 2016;159:938-44.
- Giordani, B. La Relación de Ayuda: De Rogers a Carkhuff. Ed.: Desclee De Brouwer. 1998
- Gross B, Rusin L, Kiesewetter J, Zottmann JM, Fischer MR, Prückner S, Zech A. Crew resource management training in healthcare: a systematic review of intervention design, training conditions and evaluation. *BMJ Open*. 2019 Mar 1;9(2):e025247. doi: 10.1136/bmjopen-2018-025247.
- Happ MB, Tuite P, Dobbin K, DiVirgilio-Thomas D, Kitutu J. Communication ability, method, and content among nonspeaking nonsurviving patients treated with mechanical ventilation in the intensive care unit. *Am J Crit Care*. 2004;13:210-20.
- Hwang DY, Yagoda D, Perrey HM, Tehan TM, Guanci M, Ananian L, Currier PF, Cobb JP, Rosand J. Consistency of communication among intensive care unit staff as perceived by family members of patients surviving to discharge. *Journal of Critical Care* 29 (2014) 134-138.
- Kim MM, Barnato AE, Angus DC, Fleisher LA, Kahn JM. The effect of multidisciplinary care teams on intensive care unit mortality. *Arch Intern Med*. 2010;170:369-7.
- Rhodes A, Moreno RP, Azoulay E, Capuzzo M, Chiche JD, Eddleston J, et al. Task Force on Safety and Quality of European Society of Intensive Care Medicine [ESICM]. Prospectively defined indicators to improve the safety and quality of care for critically ill patients: a report from the Task Force on Safety and Quality of the European Society of Intensive Care Medicine [ESICM]. *Intensive Care Med*. 2012;38:598-605.
- Sirgo Rodríguez G, Chico Fernández M, Gordo Vidal F, García Arias M, Holanda Peña MS, Azcarate Ayerdi B, Bisbal Andrés E, Ferrándiz Sellés A, Lorente García PJ, García García M, Merino de Cos P, Allegue Gallego JM, García de Lorenzo Y Mateos A, Trenado Álvarez J, Rebollo Gómez P, Martín Delgado MC; Grupo de Trabajo de Planificación, Organización y Gestión de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias [SEMICYUC]. Handover in Intensive Care. *Med Intensiva*. 2018 Apr;42(3):168-179. doi: 10.1016/j.medin.2017.12.002.
- Ten Have EC, Nap RE, Tulleken JE. Measurement properties and implementation of a checklist to assess leadership skills during interdisciplinary rounds in the intensive care unit. *Scientific World Journal*. 2015;2015:951924.
- Van Sluisveld N, Hesselink G, van der Hoeven JG, Westert G, Wollersheim H, Zegers M. Improving clinical handover between intensive care unit and general ward professionals at intensive care unit discharge. *Intensive Care Med*. 2015;41:589-604.
- Velasco Bueno J, Alonso-Ovies A, Heras La Calle G, Zaforteza Lallemand C. Principales demandas informativas de los familiares de pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos. *Medicina Intensiva*. 2018; 42, (6): 337-345
- Weaver JL, Bradley CT, Brasel KJ. Family engagement regarding the critically ill patient. *Surg Clin North Am*. 2012;92:1637-47.
- White DB, Curtis JR. Establishing an evidence base for physician-family communication and shared decision making in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2006;34:2500-01.
- Young GB, Plotkin DR. ICU: Ineffective communication unit. *Crit Care Med*. 2000;28:3116-7.

LÍNHA ESTRATÉGICA 3

BEM-ESTAR DO PACIENTE

Almejar o bem-estar do paciente deveria ser um objetivo tão primordial quanto desejar a sua cura.

Sabe-se que o adoecimento gera desconforto e dor aos pacientes, muitas vezes estes se somam aos produzidos pelas intervenções realizadas, incluindo procedimentos dolorosos e a imobilidade. São muitos os fatores que causam sofrimento e desconforto aos pacientes críticos. Os pacientes sentem dor, sede, frio e calor, dificuldades para dormir devido ao excesso de ruído ou iluminação. Além disso, é frequente terem sua mobilidade limitada, tanto por condições impostas pela doença quanto por contenções desnecessárias ou mesmo dificuldades de comunicação. A avaliação e controle da dor, a sedação adequada à condição do paciente e a prevenção e manejo do delirium são peças imprescindíveis para melhorar o conforto dos pacientes.

Além do sofrimento físico, existe um intenso sofrimento psicológico e emocional, pois os pacientes têm sentimentos de solidão, isolamento, medo, tristeza, angústia, perda da identidade, sensação de dependência, incompreensão, ansiedade, insegurança por falta de informações, entre outros. Por isso, a avaliação e o suporte a essas necessidades devem ser consideradas como elemento-chave da qualidade assistencial.

Garantir a formação adequada dos profissionais e promover iniciativas para tratar ou minimizar esses sintomas, garantindo o bem-estar físico e emocional dos pacientes, constituem os principais objetivos na atenção ao paciente crítico. No entanto, por mais que a importância do bem-estar do paciente crítico tenha sido enfatizada nos últimos anos, implementar medidas que permitam garantir o bem-estar de pacientes críticos e de seus familiares são um grande desafio a ser enfrentado.

Linha estratégica 3	BEM-ESTAR DO PACIENTE	BEM-ESTAR FÍSICO
		BEM-ESTAR PSICOLÓGICO
		PROMOÇÃO DA AUTONOMIA DO PACIENTE
		BEM-ESTAR AMBIENTAL E DESCANSO NOTURNO

Linha estratégica 3	BEM-ESTAR DO PACIENTE	BEM-ESTAR FÍSICO
Promover medidas que evitam ou diminuem as enfermidades físicas e que favoreçam a recuperação motora precoce		
Boa prática 3.1	Existe um protocolo atualizado de analgesia e sedação [5.2]	  
Boa prática 3.2	Há um monitoramento dos níveis de analgesia e sedação, por meio de escalas validadas [5.3]	  
Boa prática 3.3	Há um protocolo atualizado de prevenção e manejo do <i>delirium</i> [5.5]	  
Boa prática 3.4	Há um protocolo de contenção física	  
Boa prática 3.5	Há um protocolo de fisioterapia respiratória antecipada nos pacientes críticos [5.6]	  
Boa prática 3.6	Há um protocolo de mobilização precoce [5.7]	  
Boa prática 3.7	Há disponibilidade de um fisioterapeuta integrado à equipe assistencial [5.8]	  
Boa prática 3.8	Há um protocolo de cuidados pessoais (higiene e hidratação) do paciente acamado	  

Linha estratégica 3	BEM-ESTAR DO PACIENTE	BEM-ESTAR PSICOLÓGICO
Promover atuações para diminuir o sofrimento psicológico do paciente e atender suas necessidades espirituais		
Boa prática 3.9	O uso de meios de entretenimento é facilitado aos pacientes com a regulamentação devida da utilização (leitura, jogos, dispositivos de multimídia, rádio, TV...) [7.32]	  

Boa prática 3.10	Aplicam-se intervenções para dar suporte às necessidades espirituais do paciente	
Boa prática 3.11	Há psicólogos disponíveis integrados à equipe assistencial	
Boa prática 3.12	Há um protocolo de passeios fora da UTI para pacientes selecionados que possam se beneficiar deles [5.10]	
Boa prática 3.13	É fornecida a possibilidade de realizar cuidados corporais para favorecer a autopercepção do paciente (cabelereiro, maquiagem, depilação...)	

Linha estratégica 3	BEM-ESTAR DO PACIENTE	PROMOÇÃO DA AUTONOMIA DO PACIENTE
Estabelecer medidas que promovam a autonomia do paciente e facilitem a sua conexão com o meio externo		
Boa prática 3.14	Promove-se a deambulação controlada	
Boa prática 3.15	O uso do banheiro/chuveiro é facilitado em casos selecionados	
Boa prática 3.16	É facilitado o uso regulamentado de telefone celular ou outras tecnologias para favorecer o contato com familiares e amigos	
Boa prática 3.17	Há um guia no qual são listadas as indicações para o autocuidado direcionado a pacientes ou cuidador principal	
Boa prática 3.18	Terapia ocupacional está disponível como medida de prevenção e tratamento do delirium no paciente crítico [5.12]	
Boa prática 3.19	A realização de atividades lúdicas e de entretenimento é facilitada na unidade	

Linha estratégica 3	BEM-ESTAR DO PACIENTE	BEM-ESTAR AMBIENTAL E DESCANSO NOTURNO
Promover medidas que facilitem o ritmo sono-vigília e o descanso noturno, bem como outras medidas de bem-estar ambiental		
Boa prática 3.20	Medidas de controle do ruído ambiental estão definidas e são promovidas na UTI [7.11]	  
Boa prática 3.21	Há aparelho medidor de decibéis com aviso luminoso quando os limites estabelecidos são ultrapassados	  
Boa prática 3.22	Há um protocolo de medidas de descanso noturno	  
Boa prática 3.23	O tom dos alarmes e de outros dispositivos é ajustado segundo o momento do dia	  
Boa prática 3.24	A luz ambiental noturna é ajustada com possibilidade de reduzir a intensidade geral à noite nos espaços comuns e individualizada em cada quarto	  
Boa prática 3.25	Inclui-se, no protocolo de descanso noturno, a adaptação dos horários das intervenções aos períodos de descanso dos pacientes	  
Boa prática 3.26	Avalia-se e monitora-se a qualidade do sono	  
Boa prática 3.27	Favorece-se a iluminação externa durante o dia (quartos com luz natural)	  
Boa prática 3.28	Realizam-se intervenções relacionadas à música e/ou musicoterapia	  

Bibliografía recomendada:

- Acevedo-Nuevo M, González-Gil M. T, Solís-Muñoz M, Láiz-Díez N, Toraño-Olivera M. J, Carrasco-Rodríguez-Rey L. F, García-González S, Velasco Sanz T.R, Martínez-Alvárez A, Martín-Rivera B. E. Manejo de la inmovilización terapéutica en Unidades de Cuidados Críticos: aproximación fenomenológica a la realidad enfermera. *Enferm Intensiva*. 2016; 27(2): 62–74.
- Adler J, Malone D. Early mobilization in the intensive care unit: a systematic review. *Cardiopulm Phys Ther J*. 2012 Mar;23(1):5-13.
- Alonso-Ovies Á, Heras La Calle G. ICU: a branch of hell? *Intensive Care Med*. 2016;42(4):591-2.
- Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Gélinas C, Dasta JF, Davidson JE, Devlin JW, Kress JP, Joffe AM, Coursin DB, Herr DL, Tung A, Robinson BR, Fontaine DK, Ramsay MA, Riker RR, Sessler CN, Pun B, Skrobik Y, Jaeschke R; American College of Critical Care Medicine. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the Intensive Care Unit: executive summary. *Am J Health Syst Pharm*. 2013;70(1):53-8.
- Benbenishty J, Adam S, Endacott R. Physical restraint use in intensive care units across Europe: the PRICE study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2010;26(5):241-5.
- Bradt J, Dileo C, Potvin N. Music for stress and anxiety reduction in coronary heart disease patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Dec 28;12:CD006577. doi: 10.1002/14651858.CD006577.pub3.
- Bradt J, Dileo C. Music interventions for mechanically ventilated patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;12:CD006902. doi: 10.1002/14651858.CD006902.pub3.
- Chamorro C, Romera MA. Pain and fear in the ICU. *Med Intensiva*. 2015;39:442-4.
- Cutler LR, Hayter M, Ryan T. A critical review and synthesis of qualitative research on patient experiences of critical illness. *Intensive Crit Care Nurs*. 2013;29(3):147-57.
- Darbyshire JL, Young JD. An investigation of sound levels on intensive care units with reference to the WHO guidelines. *Crit Care [Internet]*. 2013;17(5):R187. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84883268811&partner>
- Denehy L, Lanphere J, Needham DM. Ten reasons why ICU patients should be mobilized early. *Intensive Care Med*. 2017;43:86-90.
- Escudero D, Viña L, Calleja C. For an open-door, more comfortable and humane intensive care unit. It is time for change. *Med Intensiva*. 2014;38:371-5.
- García Sánchez M, Caballero-López J, Cenicerós-Rozalén I, Giménez-Esparza Vich C, Romera Ortega MA, Pardo Rey C, et al. Prácticas de analgesia y delirium en UCI españolas: Encuesta 2013-2014. Management of analgesia, sedation and delirium in Spanish intensive care unit: A national, two-part survey. *Med Intensiva*. 2019. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.12.003>.
- Gómez-Carretero P, Monsalve V, Soriano JF, De Andrés J. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva*. 2007;31:318-25.
- Guillén F, Bernal M, García S, García MJ, Illán C, Alvarez MC et al. Calidad del sueño de los pacientes ingresados en UCI: relación con estresores ambientales. *Enfermería Docente* 2013; 100: 34-39.
- Hu RF, Jiang XY, Chen J, Zeng Z, Chen XY, Li Y, Huining X, Evans DJ. Non-pharmacological interventions for sleep promotion in the intensive care unit. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Oct 6;10:CD008808. doi: 10.1002/14651858. CD008808.pub2.
- Laurent H, Aubreton S, Richard R, Gorce Y, Caron E, Vallat A, et al. Systematic review of early exercise in intensive care: a qualitative approach. *Anaesth Crit Care Pain Med*. 2015 Dec 4. pii: S2352-5568(15)00151-4. doi: 10.1016/j.accpm.2015.06.014. [Epub ahead of print].
- Little A, Ethier C, Ayas N, Thanachayanont T, Jiang D, Mehta S. A patient survey of sleep quality in the Intensive Care Unit. *Minerva Anesthesiol*. 2012;78(4):406-14.
- Profit J, Typo KV, Hysong SJ, Woodard LD, Kallen MA, Petersen LA. Improving benchmarking by using an explicit framework for the development of composite indicators: an example using pediatric quality of care. *Implement Sci*. 2010;5:13.
- Raurell-Torredà M, Arias-Rivera S, Martí JD, Frade-Mera MJ, Zaragoza-García I, Gallart E, Velasco-Sanz TR, San José-Arribas A, Blázquez-Martínez E; Grupo MOviPre. Degree of implementation of preventive strategies for post-ICU syndrome: Multi-centre, observational study in Spain. *Enferm Intensiva*. 2018 Jun 28. pii: S1130-2399(18)30052-X. doi: 10.1016/j.enfi.2018.04.004.
- Rose L, Nonoyama M, Rezaie S, Fraser I. Psychological wellbeing, health related quality of life and memories of intensive care and a specialised weaning centre reported by survivors of prolonged mechanical ventilation. *Intensive Crit Care Nurs*. 2014;30:145-51.
- Schaller SJ et al. Early, goal-directed mobilisation in the surgical intensive care unit: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2016 Oct 1;388(10052):1377-1388.

- Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, Nigos C, Pawlik AJ, Esbrook CL, et al. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2009;373:1874-82.
- Schweickert WD. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2009 May 30;373(9678):1874-82.
- Stiller K. Physiotherapy in intensive care: an updated systematic review. *Chest*. 2013;144:825-47.
- Vincent JL, Shehabi Y, Walsh TS, Pandharipande PP, Ball JA, Spronk P, et al. Comfort and patient-centred care without excessive sedation: the eCASH concept. *Intensive Care Med*. 2016;42(6):962-71.
- Wade DM, Moon Z, Windgassen SS, Harrison AM, Morris L, Weinman JA. Non-pharmacological interventions to reduce ICU-related psychological distress: a systematic review. *Minerva Anestesiol*. 2016;82:465-78.



Os profissionais de saúde desenvolvem seu trabalho, na maioria das vezes, a partir de uma perspectiva profundamente vocacional. A entrega diária para a unidade e a ajuda ao paciente crítico exigem um grande compromisso, que proporcionam uma enorme satisfação profissional quando as expectativas são cumpridas, o trabalho se desenvolve com qualidade, os pacientes melhoram, evita-se o sofrimento, desfruta-se do reconhecimento merecido etc. No entanto, quando as coisas não vão bem, há um desgaste emocional. Quando esse desgaste se depara com uma ausência de cuidados da própria saúde e bem-estar, surge a chamada “Síndrome de Burnout”. A “Síndrome de Burnout” ou “Síndrome do Desgaste Profissional” é um transtorno de origem psicossocial, caracterizado por três dimensões básicas: esgotamento emocional, despersonalização e sentimentos de baixa autoestima profissional. Há consenso ao considerá-la como uma resposta ao estresse ocupacional crônico com conotações negativas, que implicam em consequências nocivas ao indivíduo e à organização.

Em nível individual, pode ocasionar até uma síndrome de estresse pós-traumático e outros transtornos psicológicos graves, e até mesmo o suicídio. Em nível profissional, tem

consequências na qualidade dos cuidados, nos desfechos dos tratamentos ao paciente e na sua satisfação. Em nível institucional, relaciona-se com a substituição de profissionais nas organizações.

Dentre os fatores contribuintes, as características pessoais individuais, os fatores ambientais e organizacionais se destacam. Esses, de modo direto ou através de síndromes intermediárias, como “distress moral”, a percepção de oferecer cuidados inadequados ou a “fadiga por compaixão” podem originar uma síndrome de desgaste profissional. Recentemente, diferentes sociedades científicas têm buscado a difusão e a visibilidade desta síndrome, oferecendo recomendações para reduzir o seu aparecimento e mitigar as suas consequências, estabelecendo estratégias específicas que permitam dar uma resposta adequada às necessidades físicas, emocionais e psicológicas dos profissionais de terapia intensiva, derivadas de sua dedicação e esforço para desempenhar o trabalho. Hoje, admitimos que a sociedade e as organizações têm o dever moral, o imperativo ético e a obrigação legal de “cuidar de seus cuidadores”. Para cumprir esta obrigação, deve-se cumprir uma série de objetivos básicos e prioritários que nos orientam para a execução de ações preventivas e terapêuticas.



Linha estratégica 4	CUIDADOS AO PROFISSIONAL	SENSIBILIZAÇÃO SOBRE A SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> E FATORES ASSOCIADOS
		PREVENÇÃO DA SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> E PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR

Linha estratégica 4	CUIDADOS AO PROFISSIONAL	SENSIBILIZAÇÃO SOBRE A SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> E FATORES ASSOCIADOS
Aprimorar o conhecimento sobre a síndrome de desgaste profissional, favorecendo a sua visibilidade		
Boa prática 4.1	Realizam-se atividades de capacitação sobre o conhecimento e a gestão do estresse e do desgaste profissional, bem como de promoção do engagement (ou vínculo com o trabalho), competências emocionais e habilidades psicossociais no trabalho	  
Boa prática 4.2	Avalia-se periodicamente o processo de desgaste profissional e o engagement, utilizando-se ferramentas validadas	  

Linha estratégica 4	CUIDADOS AO PROFISSIONAL	PREVENÇÃO DA SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> E PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR
Prevenir a síndrome de desgaste profissional e promover o engagement		
Boa prática 4.3	A composição quantitativa da equipe está adequada, cumprindo as recomendações vigentes	  
Boa prática 4.4	Oferece-se um programa de acolhimento a todos os funcionários da UTI (para explicação adequada da organização, dinâmicas internas da UTI, ajuste de expectativas dos novos profissionais, motivação, difusão de propostas de humanização etc.)	  
Boa prática 4.5	Funcionários com mais de 55 anos: oferece-se a possibilidade de redução ou não participar de turnos de plantões	  
Boa prática 4.6	Facilita-se a possibilidade de mudar os turnos de trabalho e adaptar o horário às necessidades particulares dos profissionais	  
Boa prática 4.7	Há reuniões preestabelecidas e periódicas da equipe de UTI, nas quais pode-se estabelecer pautas inclusivas de atuação e organização do trabalho	  
Boa prática 4.8	Facilita-se a atividade docente, de formação e de pesquisa	  

Boa prática 4.9	Promove-se a participação e a opinião dos profissionais na cultura organizacional da Unidade, na sua gestão e nos objetivos dela	
Boa prática 4.10	Estão disponíveis estratégias de prevenção perante problemas emocionais e apoio do profissional, inclusive a disponibilidade de um psicólogo	
Boa prática 4.11	Mediante incidentes críticos, situações difíceis ou traumáticas para a equipe assistencial (por complicações inesperadas num paciente, erros na prática assistencial, atitudes violentas de familiares etc.), realizam-se ações facilitadoras do processamento emocional da situação, promotoras do bem-estar da equipe e detecção antecipada de alterações emocionais nos profissionais	
Boa prática 4.12	Uma área adequada de descanso está disponível para os profissionais	
Boa prática 4.13	Material/dispositivos de trabalho estão disponíveis para mobilizar os pacientes, minimizando o risco de lesões dos profissionais	
Boa prática 4.14	Promovem-se atividades em grupo para promover as relações positivas entre os membros da equipe	

Bibliografía recomendada:

- Azoulay E, Herridge M. Understanding ICU staff burnout: the show must go on. *Am J Respir Crit Care Med*. 2011;184:1099-100.
- Bianchi R. What is "severe burnout" and can its prevalence be assessed? *Intensive Care Med*. 2015;41:166.
- Burghi G, Lambert J, Chaize M, Goinheix K, Quiroga C, Fariña G, et al. Prevalence, risk factors and consequences of severe burnout syndrome in ICU. *Intensive Care Med*. 2014;40:1785-6.
- Bustinza Arriortua A, López-Herce Cid J, Carrillo Álvarez A, Vigil Escribano MD, de Lucas García N, Panadero Carlavilla E. Situación de burnout de los pediatras intensivistas españoles. *An Esp Pediatr*. 2000; 52:418-23.
- Chuang CH, Tseng PC, Lin CY, Lin KH, Chen YY (2016) Burnout in the intensive care unit professionals: a systematic review. *Medicine (Baltimore)* 95:e5629
- Comisión de las Comunidades Europeas. COM-2002 118 final: "Cómo adaptarse a los cambios en la sociedad y en el mundo del trabajo: una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad [2002-2006]". 2002. Bruselas.
- Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, Lewith G, Kontopantelis E, Chew-Graham C, Dawson S, van Marwijk H, Geraghty K, Esmail A. *JAMA Intern Med*. 2017 Feb 1;177(2):195-205
- Embriaco N, Papazian L, Kentish-Barnes N, Pochard F, Azoulay E. Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Curr Opin Crit Care*. 2007;13:482-8.
- Epp K. Burnout in critical care nurses: a literature review. *Dynamics*. 2012;23:25-31.
- Fitzh-Cozens J, Moss F. Hours, sleep, teamwork, and stress. *BMJ*. 1998;317:1335-6.
- Frade Mera MJ, Vinagre Gaspar R, Zaragoza García I, Viñas Sánchez S, Antúnez Melero E, Álvarez González S, Malpartida Martín P. Síndrome de Burnout en distintas Unidades de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva*. 2009; 20:131-40.
- Fuentelsaz-Gallego C, Moreno-Casbas T, Gómez-García T, González-María E; Consorcio RN4CAST-España. [Work setting, satisfaction and burnout of the nurses in critical care units and hospitalization units. RN4CAST-Spain project]. *Enferm Intensiva*. 2013;24:104-12
- Gálvez M, Moreno B, Mingote JC. El desgaste profesional del médico. Revisión y guía de buenas prácticas: El vuelo de Ícaro. Editorial Díaz de Santos. 2009.
- Guntupalli KK, Wachtel S, Mallampalli A, Surani S. Burnout in the intensive care unit professionals. *Indian J Crit Care Med*. 2014;18:139-43.
- Hall LH, Johnson J, Watt I, Tsipa A, O'Connor DB (2016) Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: a systematic review. *PLoS One* 11:e0159015
- <https://www.aacn.org/WD/HWE/Docs/HWESstandards.pdf>
- Humphries N, Morgan K, Conry MC, McGowan Y, Montgomery A, McGee H. Quality of care and health professional burnout: narrative literature review. *Int J Health Care Qual Assur*. 2014;27:293-307
- Klopper HC, Coetzee SK, Pretorius R, Bester P. Practice environment, job satisfaction and burn-out of critical care nurses in South Africa. *J Nurs Manage*. 2012;20:685-95.
- Losa Iglesias ME, Becerro de Bengoa Vallejo R Prevalence and relationship between burnout, job satisfaction, stress, and clinical manifestations in spanish critical care nurses. *DCCN*. 2013;32:130-7.
- Maslach C, Jackson S. Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1986.
- Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav*. 1981;2:113.
- Maslach C, Jackson SE. MBI: Maslach burnout inventory; manual research edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1996.
- Miller MN, McGowan KR. The painful Truth: Physicians Are Not Invincible. *South Med J*. 2000;93:966-74.
- Mingote Adán JC. Síndrome "Burnout". Síndrome de desgaste profesional. *Monografías de Psiquiatría*. 1997;5:1-44.

- Moreno-Jiménez B, Gálvez M, Garrosa E. Personalidad Positiva y Salud. En L. Florez, M.M. Botero y B. Moreno (Eds). Antología de Psicología de la salud. Cartagena: 2003. Barranquilla: Ediciones Uninorte [En prensa].
- Moss M, Good VS, Gozal D, Kleinpell R, Sessler CN. An Official Critical Care Societies Collaborative Statement- Burnout Syndrome in Critical Care Health-care Professionals: A Call for Action. Chest. 2016;150(1):17-26.
- Murphy LR. Stress management in working settings: a critical review of the health effects. Am J Health Promot. 1996;11:112-35.
- Myhren H, Ekeberg O, Stokland O. Job Satisfaction and Burnout among Intensive Care Unit Nurses and Physicians. Crit Care Res Pract. 2013;2013:786176.
- Pastores SM, Kvetan V, Coopersmith CM, Farmer JC, Sessler C, Christman JW, D'Agostino R, Diaz-Gomez J, Gregg SR, Khan RA, Kapu AN, Masur H, Mehta G, Moore J, Oropello JM, Price K; Academic Leaders in Critical Care Medicine (ALCCM) Task Force of the Society of the Critical Care Medicine. Workforce, Workload, and Burnout Among Intensivists and Advanced Practice Providers: A Narrative Review. Crit Care Med. 2019 Apr;47(4):550-557.
- Pérez, JI. El apoyo psicológico a profesionales de emergencia. Asesoramiento psicológico. Disponible en: <http://coepsique.org/wp-content/uploads/2011/12/Apoyo-Psicológico-a-los-profesionales-de-la-laemergencia.pdf>
- Poncet MC, Toullic P, Papazian L, Kentish-Barnes N, Timsit JF, Pochard F. Burnout syndrome in critical care nursing staff. Am J Respir Crit Care Med. 2007;175:698-704.
- Protección Civil España. Intervención psicológica con intervinientes en emergencias. Disponible en: http://www.proteccioncivil.es/catalogo/carpeta02/carpeta25/guadidac_ipc/data/pdfs/unidad_didactica_07.pdf
- Reader TW, Cuthbertson BH, Decruyenaere J. Burnout in the ICU: potential consequences for staff and patient well-being. Intensive Care Med. 2008;34:4-6.
- Santana Cabrera L, Hernández Medina E, Eugenio Robaina P, Sánchez-Palacios M, Pérez Sánchez R, Falcón Moreno R. [Burnout syndrome among nurses and nurses' aides in an intensive care unit and admission wards]. Enferm Clin. 2009;19:31-4.
- Shoorideh FA, Ashktorab T, Yaghmaei F, Alavi Majd H. Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover. Nurs Ethics. 2015;22:64-76.
- Silva JL, Soares RS, Costa FS, Ramos DS, Lima FB, Teixeira LR. Psychosocial factors and prevalence of burnout syndrome among nursing workers in intensive care units. Rev Bras Ter Intensiva. 2015;27(2):125-33.
- Teixeira C, Ribeiro O, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout in intensive care units-a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: A descriptive correlational multicentre study. BMC Anesthesiol. 2013;13:38.
- Van Emmerik A, Kamphuis J, Hulsbosch A, Emmelkamp P. Single session debriefing after psychological trauma: A Meta-Analysis. The Lancet. 2002; V (360): 766-71.
- Van Mol MM, Kompanje EJ, Benoit DD, Bakker J, Nijkamp MD. The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. PLoS One. 2015;10(8):e0136955.
- Van Mol MM, Kompanje EJ, Benoit DD, Bakker J, Nijkamp MD. The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. PLoS One. 2015;10:e0136955.
- West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2016 Nov 5;388(10057):2272-2281.
- West CP, Dyrbye LN, Rabatin JT, Call TG, Davidson JH, Multari A, et al. Intervention to Promote Physician Well-being, Job Satisfaction, and Professionalism: A Randomized Clinical Trial. JAMA Int Med. 2014;174:527-33.
- Zhang XC, Huang DS, Guan P. Job burnout among critical care nurses from 14 adult intensive care units in northeastern China: a cross-sectional survey. BMJ Open. 2014;4:e004813.



LINHA ESTRATÉGICA 5

SÍNDROME PÓS-TERAPIA INTENSIVA

A síndrome pós-terapia intensiva (PICS) acomete um número importante de pacientes (30-50%) após a enfermidade grave. Caracteriza-se por sintomas físicos (dor persistente, debilidade adquirida na UTI, desnutrição, úlcera por pressão, alterações do sono, necessidade do uso de dispositivos e de tecnologia assistiva), neuropsicológicos (déficits cognitivos, como alterações da memória, atenção, velocidade do processo mental] ou emocionais (ansiedade, depressão ou estresse pós-traumático) e podem afetar também suas famílias, podendo ocasionar problema sociais.

As equipes interprofissionais, com especialistas em medicina intensiva,

reabilitação, fisioterapeutas, enfermeiros, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, devem facilitar a atenção continuada necessária para auxiliar nestas necessidades. As famílias também são partes fundamentais para minimizar a PICS, participando no cuidado do paciente, ajudando-o a permanecer orientado e, reduzindo o estresse de ambos.

Somado às PICS, a enfermidade do paciente grave ocasiona uma crise familiar. Os sentimentos de preocupação (a incerteza da evolução da enfermidade e a necessidade de tomada de decisões) e confusão podem levar os familiares a descuidarem de sua própria saúde. É por isso que a equipe multiprofissional deve apoiar também aos familiares que precisem de auxílio tanto na gestão do estresse, quanto na tomada de decisões para conservar a saúde (higiene de sono-descanso, alimentação-hidratação, estratégias para preservar espaço pessoal e identidade).

Linha estratégica 5	SÍNDROME PÓS- TERAPIA INTENSIVA	PREVENÇÃO E MANEJO
		SEGUIMENTO

Linha estratégica 5	SÍNDROME PÓS-TERAPIA INTENSIVA	PREVENÇÃO E MANEJO
Prevenir, detectar e tratar a Síndrome Pós-Terapia intensiva (PICS), tanto no paciente quanto na sua família.		
Boa prática 5.1	Há um protocolo interprofissional para a prevenção e o manejo da PICS para pacientes e familiares.	  
Boa prática 5.2	Há um protocolo atualizado de analgesia e sedação [3.1]	  
Boa prática 5.3	Há monitoramento dos níveis de analgesia e sedação, por meio de escalas validadas [3.2]	  
Boa prática 5.4	Há um protocolo atualizado de desconexão da ventilação mecânica.	  
Boa prática 5.5	Há um protocolo atualizado de prevenção e manejo do delirium [3.3]	  
Boa prática 5.6	Há um protocolo de fisioterapia respiratória precoce para os pacientes gravemente doentes [3.5]	  
Boa prática 5.7	Há um protocolo de mobilização precoce [3.6]	  
Boa prática 5.8	Um fisioterapeuta integrado à equipe assistencial está disponível [3.7]	  
Boa prática 5.9	Aplicam-se outras medidas de prevenção e tratamento da enfermidade neuromuscular (adequação do medicamento miorrelaxante, uso de prótese antiequino, entre outros).	  
Boa prática 5.10	Um protocolo de passeios fora da UTI está disponível para pacientes selecionados que possam se beneficiar deles [3.12]	  
Boa prática 5.11	Há um protocolo que implementa os Diários da UTI na unidade	  

Boa prática 5.12	Terapia ocupacional está disponível como medida de prevenção e tratamento do delirium no paciente grave [3.18]	O E D
------------------	--	-------

Linha estratégica 5	SÍNDROME PÓS-TERAPIA INTENSIVA	SEGUIMENTO
Melhorar a qualidade de vida dos pacientes/familiares identificados em pré-alta da UTI no seu seguimento no local e/ou alta ao domicílio. Avaliar e implantar possíveis medidas organizacionais em função da realidade de cada hospital		
Boa prática 5.13	Realiza-se uma avaliação física funcional que conste no relatório de alta do paciente	O E D
Boa prática 5.14	Realiza-se uma avaliação psicológica que conste no relatório de alta do paciente	O E D
Boa prática 5.15	Realiza-se uma avaliação cognitiva que conste no relatório de alta do paciente	O E D
Boa prática 5.16	Há um protocolo de seguimento intra-hospitalar de pacientes e familiares com PICS na alta da UTI	O E D
Boa prática 5.17	Há uma consulta específica de seguimento de pacientes com risco de PICS após a alta do hospital	O E D
Boa prática 5.18	Empregam-se instrumentos validados para mensurar a qualidade de vida do paciente antes e após a entrada na UTI	O E D
Boa prática 5.19	Realizam-se “grupos de apoio” para ex-pacientes da UTI e seus familiares	O E D

Bibliografía consultada:

- Álvarez EA, Garrido MA, Tobar EA, Prieto SA, Vergara SO, Briceño CD, González FJ. Occupational therapy for delirium management in elderly patients without mechanical ventilation in an intensive care unit: A pilot randomized clinical trial. *J Crit Care*. 2017 Feb;37:85-90.
- Anderson BJ, Mikkelsen ME. Bringing the ABCDEF Bundle to Life and Saving Lives Through the Process. *Crit Care Med*. 2017;45:363-5.
- Azoulay E, Vincent JL, Angus DC, et al. Recovery after critical illness: putting the puzzle together-a consensus of 29. *Crit Care*. 2017;21:296.
- Bäckman CG, Walther SM. Use of a personal diary written on the ICU during critical illness. *Intensive Care Med*. 2001 Feb;27(2):426-9.
- Balas MC, Vasilevskis EE, Burke WJ, et al. Critical care nurses' role in implementing the "ABCDE bundle" into practice. *Crit Care Nurse*. 2012;32:35-8.
- Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the Intensive Care Unit: executive summary. *Am J Health Syst Pharm*. 2013;70: 53-8.
- Barr J, Fraser GL, Puntillo K, et al. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2013;41:263-306.
- Beg M, Scruth E, Liu V. Developing a framework for implementing intensive care unit diaries: a focused review of the literature. *Aust Crit Care*. 2016 Nov;29(4):224-234.
- Brummel NE, Balas MC, Morandi A, et al: Understanding and reducing disability in older adults following critical illness. *Crit Care Med* 2015;43:1265-75.
- Care Quality Commission [2010] NHS staff survey 2010 [On- line]. Disponible en: http://www.cqc.org.uk/_db/_documents/NHS_staff_survey_nationalbriefing_final_for_DH.pdf
- Care Quality Commission [2011] The essential standards of quality and safety you can expect [Online]. Disponible en: <http://www.cqc.org.uk/usingcareservices/essentialstandardsqualityandsafety.cfm>
- Centre for Clinical Practice at NICE [UK]. Rehabilitation After Critical Illness. NICE Clinical Guidelines, No. 83. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009.
- Change-Management-Coach.com [2011]. Kurt Lewin Change Management Model [Online]. Disponible en: http://www.change-management-coach.com/kurt_lewin.html
- Collet MO, Caballero J, Sonnevile R, Bozza FA, Nydahl P, Schandl A, Wøien H, Citerio G, van den Boogaard M, Hästbacka J, Haenggi M, Colpaert K, Rose L, Barbateskovic M, Lange T, Jensen A, Krog MB, Egerod I, Nibro HL, Wetterslev J, Perner A; AID-ICU cohort study co-authors. [MC Martin] Prevalence and risk factors related to haloperidol use for delirium in adult intensive care patients: the multinational AID-ICU inception cohort study. *Intensive Care Med*. 2018 Jul;44(7):1081-1089. doi: 10.1007/s00134-018-5204-y. Epub 2018 May 16.
- Connolly B. Describing and measuring recovery and rehabilitation after critical illness. *Curr Opin Crit Care*. 2015;21:445-52.
- Coulter A. What do patients and the public want from primary care? *BMJ*. 2005;331:1199-201.
- Curtis JR, Treece PD, Nielsen EL, et al: Randomized trial of communication facilitators to reduce family distress and intensity of end-of-life care. *Am J Respir Crit Care Med* 2016;44:154-62.
- Davidson JE, Harvey MA, Bernis-Dougherty A, et al. Implementation of the pain, agitation, and delirium Clinical Practice Guidelines and promoting patient mobility to prevent post-intensive care syndrome. *Crit Care Med*; 2013;41(9 Suppl 1):S136-45.
- Davidson JE, Jones C, and Bienvenu OJ. Family response to critical illness: Postintensive care syndrome-family. *Critical Care Med*. 2012;40:618-24.
- Davidson JE, Jones C, Bienvenu OJ. Family response to critical illness: postintensive care syndrome-family. *Crit Care Med*. 2012;40:618-24.
- Davidson JE. Facilitated sensemaking: a strategy and new middle-range theory to support families of intensive care unit patients. *Crit Care Nurse*. 2010;30:28-39.
- Department of Health [2010]. The NHS constitution: the NHS belongs to us all [Online]. Disponible en: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_113645.pdf
- Department of Health [2010] Equality and excellence: liberating the NHS [Online]. Disponible en: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_117794.pdf
- Desai SV, Law TJ, Needham DM. Long-term complications of critical care. *Crit Care Med*. 2011;39:371-9.
- Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, Needham DM, Slooter AJC, Pandharipande PP, et al. Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. *Crit Care Med*. 2018 Sep;46(9):e825-e873.
- Ely EW, Margolin R, Francis J, May L et al. Evaluation of delirium in critically ill patients: validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Crit Care Med*. 2001;29:1370-9.

- Ely EW. The ABCDEF Bundle: Science and Philosophy of How ICU Liberation Serves Patients and Families. *Crit Care Med*. 2017;45:321-30.
- Fuke R, Hifumi T, Kondo Y, Hatakeyama J, Takei T, Yamakawa K, Inoue S, Nishida O. Early rehabilitation to prevent postintensive care syndrome in patients with critical illness: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2018 May 5;8(5):e019998. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019998.
- Haines KJ, Denehy L, Skinner EH, et al: Psychosocial outcomes in informal caregivers of the critically ill: A systematic re- view. *Crit Care Med* 2015;43:1112–20.
- Harvey MA, Davidson JE. Postintensive Care Syndrome: Right Care, Right Now...and Later. *Crit Care Med*. 2016;44:381-5.
- Martín Delgado MC, García de Lorenzo Y Mateos A. Sobrevivir a las Unidades de Cuidados Intensivos mirando a través de los ojos de la familia. *Med Intensiva*. 2017; 41: 451-3.
- Meyer J, Brett SJ, Waldmann C. Should ICU clinicians follow patients after ICU discharge? Yes. *Intensive Care Med*. 2018;44:1539-41.
- Morandi A, Brummel NE, Ely EW. Sedation, delirium and mechanical ventilation: the 'ABCDE' approach. *Curr Opin Crit Care*. 2011;17:43-9.
- Morandi A, Piva S, Ely EW, Myatra SN, Salluh JIF, Amare D, et al. Worldwide Survey of the "Assessing Pain, Both Spontaneous Awakening and Breathing Trials, Choice of Drugs, Delirium Monitoring/Management, Early Exercise/Mobility, and Family Empowerment" (ABCDEF) Bundle. *Crit Care Med*. 2017 Nov;45(11):e1111-e1122
- Needham DM, Davidson J, Cohen H, Hopkins RO et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. *Crit Care Med*. 2012;40:502-9.
- Pandharipande PP, Ely EW, Arora RC, Balas MC, Boustani MA, La Calle GH, Cunningham C, Devlin JW, Elefante J, Han JH, MacLulich AM, Maldonado JR, Morandi A, Needham DM, Page VJ, Rose L, Salluh JIF, Sharshar T, Shehabi Y, Skrobik Y, Slooter AJC, Smith HAB. The intensive care delirium research agenda: a multinational, interprofessional perspective. *Intensive Care Med*. 2017 Jun 13. doi: 10.1007/s00134-017-4860-7. [Epub ahead of print]
- Pandharipande PP, Girard TD, Jackson JC, et al. Long- term cognitive impairment after critical illness. *N Engl J Med*. 2013;369:1306-16.
- Pun BT, Balas MC, Barnes-Daly MA, Thompson JL, Aldrich JM, Barr J, et al. Caring for Critically Ill Patients with the ABCDEF Bundle: Results of the ICU Liberation Collaborative in Over 15,000 Adults. *Crit Care Med*. 2019 Jan;47(1):3-14.
- Schweickert WD, Hall J. ICU-acquired weakness. *Chest*. 2007;131:1541-9.
- Stollings JL and Caylor MM. Postintensive care syndrome and the role of a follow-up clinic. *Am J Health Syst Pharm*. 2015;72:1315-23.
- Strandberg S, Vesterlund L, Engström Å. The contents of a patient diary and its significance for persons cared for in an ICU: A qualitative study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2018;45:31-36.
- Ullman AJ, Aitken LM, Rattray J, Kenardy J, Le Brocq R, MacGillivray S, Hull AM. bDiaries for recovery from critical illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 12. Art. No.: CD010468. DOI: 10.1002/14651858.CD010468.pub2.
- Van Der Schaaf M, Bakhshi-Raiez F, Van Der Steen M, Dongel- mans DA and De Keizer NF. Recommendations for intensive care follow-up clinics; report from a survey and conference of Dutch intensive cares. *Minerva Anesthesiol*. 2015;81:135-44.
- Vasilevskis EE, Ely EW, Speroff T, et al. Reducing iatrogenic risks: ICU-acquired delirium and weakness— crossing the quality chasm. *Chest*. 2010;138:1224-33.
- Vincent JL, Shehabi Y, Walsh TS, Pandharipande PP et al. Comfort and patient-centred care without excessive sedation: the eCASH concept. *Intensive Care Med*. 2016;42:962-71.
- Walsh TS, Salisbury LG, Merriweather JL, et al; RECOVER Investigators: Increased hospital-based physical rehabilitation and information provision after intensive care unit discharge: The RECOVER randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2015;175:901-10.
- Warlan H, Howland L: Posttraumatic stress syndrome associated with stays in the intensive care unit: Importance of nurses' involvement. *Crit Care Nurse* 2015;35:44-52.
- Wintermann GB, Petrowski K, Weidner K, Strauß B, Rosendahl J. Impact of post-traumatic stress symptoms on the health-related quality of life in a cohort study with chronically critically ill patients and their partners: age matters. *Crit Care*. 2019 Feb 8;23(1):39. doi: 10.1186/s13054-019-2321-0.
- Wolters A, Bouw M, Vogelaar J, Tjan D, van Zanten A, van der Steen M. The postintensive care syndrome of survivors of critical illness and their families. *J Clin Nurs*. 2015;24:876-9.

Os cuidados paliativos e intensivos não são opções excludentes, mas deveriam coexistir durante todo o processo de atenção ao paciente crítico.

Embora o objetivo fundamental da terapia intensiva seja restituir a situação prévia à entrada do paciente, ocasionalmente isso não é possível e deve se modificar de forma dinâmica e se orientar para reduzir o sofrimento e oferecer os melhores cuidados, principalmente no final da vida. A atenção paliativa tem o intuito de proporcionar um cuidado integral ao paciente e aos familiares, com a intenção de permitir uma morte livre de mal-estar e sofrimento ao paciente e familiares, segundo os seus desejos e padrões clínicos, culturais e éticos.

A limitação do suporte vital, que é frequente no paciente crítico, deve se realizar seguindo as diretrizes e recomendações estabelecidas pelas sociedades científicas.

Deve se aplicar integrada num plano de cuidados paliativos geral, de modo multidisciplinar, com o objetivo de cobrir as necessidades dos pacientes e familiares, tanto físicas como psicossociais, emocionais e espirituais. A existência de protocolos específicos e a avaliação periódica da atenção oferecida constituem requisitos básicos.

As decisões complexas que são tomadas sobre os pacientes críticos no final da vida podem produzir discrepâncias entre os profissionais de saúde ou entre eles e seus familiares. Os profissionais devem ter as competências e ferramentas necessárias para a resolução desses conflitos, incorporando a discussão aberta e construtiva nessas situações como estratégias de enfrentamento, a fim de reduzir a carga emocional derivada delas.

Linha estratégica 6	CUIDADOS NO FINAL DA VIDA	PROTOCOLO DOS CUIDADOS NO FINAL DA VIDA
		CONTROLE DOS SINTOMAS FÍSICOS
		ACOMPANHAMENTO EM SITUAÇÕES NO FINAL DA VIDA
		COBERTURA DAS NECESSIDADES E PREFERÊNCIAS EMOCIONAIS E ESPIRITUAIS
		PROTOCOLO DE LIMITAÇÃO DOS TRATAMENTOS DE SUPORTE VITAL
		IMPLICAÇÃO MULTIDISCIPLINAR NA DECISÃO E NO DESENVOLVIMENTO DAS MEDIDAS DE LIMITAÇÃO DE TRATAMENTOS DE SUPORTE VITAL (LTSV)

Linha estratégica 6	CUIDADOS NO FINAL DA VIDA	PROTOCOLIZAÇÃO DE CUIDADOS NO FINAL DA VIDA
Dispor de um protocolo de cuidados no final da vida		
Boa prática 6.1	Há um protocolo multiprofissional de Cuidados no final da vida no paciente crítico, adaptado às recomendações das Sociedades Científicas	  
Boa prática 6.2	Há um procedimento para identificação das necessidades paliativas em pacientes internados na UTI	  
Boa prática 6.3	Utiliza-se uma sinalização adequada para que os profissionais identifiquem os quartos dos pacientes que se encontram em situação de final de vida/LTSV	  

Linha estratégica 6	CUIDADOS NO FINAL DA VIDA	SUPORTE DE SINTOMAS FÍSICOS
Detectar e dar suporte aos sintomas físicos nos pacientes em situações no final da vida.		
Boa prática 6.4	Instaura-se sedação paliativa adequada aos pacientes em situação no final da vida, segundo o protocolo estabelecido	  
Boa prática 6.5	Há um registro adequado da decisão de se instaurar sedação paliativa (termo de consentimento informado, medicamentos, indicação...)	  

Linha estratégica 6	CUIDADOS NO FINAL DA VIDA	ACOMPANHAMENTO EM SITUAÇÕES AO FINAL DA VIDA
Facilitar o acompanhamento dos pacientes em situações no final da vida		
Boa prática 6.6	Facilita-se o acompanhamento contínuo dos familiares de pacientes em situação no final da vida	  
Boa prática 6.7	Facilita-se a formação no acompanhamento no final da vida e atenção a dor aos profissionais envolvidos no cuidado do paciente/família	  

Linha estratégica 6	CUIDADOS NO FINAL DA VIDA	SUORTE DAS NECESSIDADES E PREFERÊNCIAS EMOCIONAIS E ESPIRITUAIS
Detectar e dar suporte às necessidades emocionais e espirituais aos pacientes e familiares em situações no final da vida		
Boa prática 6.8	Aplicam-se estratégias de apoio emocional a pacientes e familiares em situações no final da vida	
Boa prática 6.9	Consulta-se, de modo sistemático, o registro de vontades e diretrizes antecipadas nos pacientes que entraram na UTI, especialmente aqueles em que se realize limitação dos tratamentos de suporte vital (LTSV)	
Boa prática 6.10	Incorporam-se as vontades antecipadas na tomada de decisões, tendo uniformidade do processo no histórico clínico	
Boa prática 6.11	Quando não existem vontades antecipadas, planeja-se a decisão de modo compartilhado com o paciente e sua família	
Boa prática 6.12	Oferece-se apoio emocional e de suporte aos profissionais que participam nos cuidados ao final da vida, com o objetivo de reduzir a aparição de síndromes, tais como o sofrimento moral, a percepção de cuidados inadequados e a fadiga por compaixão	
Boa prática 6.13	Identifica-se a figura do representante para a tomada de decisões em pacientes incompetentes	
Boa prática 6.14	Existe a possibilidade de consultoria com um serviço de cuidados paliativos	

Linha estratégica 6	CUIDADOS NO FINAL DA VIDA	PROTOCOLO DE LIMITAÇÃO DOS TRATAMENTOS DE SUPORTE VITAL (LTSV)
Dispor de um protocolo de LTSV que siga as recomendações das Sociedades Científicas		
Boa prática 6.15	Há um protocolo de Limitação dos Tratamentos de Suporte Vital (LTSV)	

Boa prática 6.16	Utiliza-se um registro específico para a LTSV	O E D
Boa prática 6.17	Há procedimentos para a resolução de conflitos relacionados com os tratamentos considerados potencialmente inadequados	O E D
Boa prática 6.18	Incorpora-se a doação de órgãos e tecidos nos cuidados ao final da vida nos casos em que seja indicado	O E D
Boa prática 6.19	Facilita-se a formação específica aos profissionais em aspectos bioéticos e legais, relacionados com a tomada de decisões e os cuidados no final da vida	O E D
Boa prática 6.20	Mensura-se a satisfação dos familiares dos pacientes falecidos na UTI sobre os cuidados no final da vida	O E D

Linha estratégica 6	CUIDADOS NO FINAL DA VIDA	IMPLICAÇÃO MULTIDISCIPLINAR NA DECISÃO E NO DESENVOLVIMENTO DE MEDIDAS DE LTSV
Garantir a participação de todos os profissionais envolvidos na LTSV.		
Boa prática 6.21	A decisão de LTSV é realizada contando com a participação de todos os profissionais envolvidos na atenção do paciente, com o objetivo de se ter um maior consenso pela equipe assistencial	O E D
Boa prática 6.22	Dispõe-se de protocolos e ferramentas que facilitem a avaliação prognóstica e tomada de decisões nos pacientes com alta probabilidade de falecimento	O E D
Boa prática 6.23	Dispõe-se de um procedimento de consulta com o Comitê de Ética Médica para casos em que não há o consenso	O E D

Bibliografía recomendada:

- Arauzo V, Trenado J, Busqueta G, Quintana S. Grado de conocimiento sobre la ley de voluntades anticipadas entre los familiares de los pacientes ingresados en un servicio de medicina intensiva. *Med Clin (Barc)*. 2010;134:448-51.
- Aslakson RA, Curtis JR, Nelson JE. The changing role of palliative care in the ICU. *Crit Care Med*. 2014;42:2418-28.
- Australian and New Zealand Intensive Care Society. ANZICS Statement on Care and Decision-Making at the End of Life for the Critically Ill (Edition 1.0). Melbourne, ANZICS, 2014.
- Cabré Pericas LL, Abizanda Campos R, Baigorri González F, Blanch Torra L, Campos Romero JM, Iribarren Diarasarri S, et al. Grupo de Bioética de la SEMICYUC. Código ético de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Recomendaciones del grupo de Trabajo de Bioética de la SEMICYUC. *Med Intensiva*. 2006;30:68-73.
- Clarke EB, Curtis JR, Luce JM, Levy M, Danis M, Nelson J, et al; Robert Wood Johnson Foundation Critical Care End-Of-Life Peer Workgroup Members. Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2003;31:2255-62.
- Cook D, Rocker G. Dying with dignity in the intensive care unit. *N Engl J Med*. 2014;370:2506-14.
- Curtis JR. Palliative care in critical illness: challenges for research and practice. *Palliat Med*. 2015;29:291-2.
- Downar J, Delaney JW, Hawryluck L, Kenny L. Guidelines for the withdrawal of life-sustaining measures. *Intensive Care Med*. 2016;42:1003-17.
- Estella Á, Velasco T, Saralegui I, Velasco Bueno JM, Rubio Sanchiz O, Del Barrio M, Martín Delgado MC. Multidisciplinary palliative care at the end of life of critically ill patient. *Med Intensiva*. 2019 Mar;43(2):61-62.
- Estella Á, Velasco T, Saralegui I, Velasco Bueno JM, Rubio Sanchiz O, Del Barrio M, Martín Delgado MC. Multidisciplinary palliative care at the end of life of critically ill patient. *Med Intensiva*. 2019 Mar;43(2):61-2.
- Iribarren-Diarasarri S, Latorre-García K, Muñoz-Martínez T, Poveda-Hernández Y, Dudagoitia-Otaolea JL, Martínez-Alutiz S et al. Limitación del esfuerzo terapéutico tras el ingreso en una Unidad de Medicina Intensiva. Análisis de factores asociados. *Med Intensiva*. 2007;31:68-72.
- Lanken PN, Terry PB, DeLisser HM et al. An official American Thoracic Society clinical policy statement: palliative care for patients with respiratory diseases and critical illnesses. *Am J Respir Crit Care Med*. 2008;177:912-27.
- Lesieur O, Leloup M, Gonzalez F, Mamzer MF; EPILAT study group. Withholding or withdrawal of treatment under French rules: a study performed in 43 intensive care units. *Ann Intensive Care*. 2015;5:56.
- Martín-Delgado MC, Martínez-Soba F, Masnou N, Pérez-Villares JM, Pont T, Sánchez Carretero MJ, Velasco J, De la Calle B, Escudero D, Estébanez B, Coll E, Pérez-Blanco A, Perojo L, Uruñuela D, Domínguez-Gil B. Summary of Spanish recommendations on intensive care to facilitate organ donation. *Am J Transplant*. 2019 Jan 7. doi: 10.1111/ajt.15253.
- Mathews KS, Nelson JE. Palliative care in the ICU of 2050: past is prologue. *Intensive Care Med*. 2017 Dec;43(12):1850-1852.
- Miller SJ, Desai N, Pattison N, Droney JM, King A, Farquhar-Smith P, et al. Quality of transition to end-of-life care for cancer patients in the intensive care unit. *Ann Intensive Care*. 2015;5:59.
- Monzón JL, Saralegui I, Molina R, Abizanda R, Cruz Martín M, Cabré L, et al. Grupo de Bioética de la SEMICYUC. Ética de las decisiones en resucitación cardiopulmonar. *Med Intensiva*. 2010;34:534-49.
- Monzón Marín JL, Saralegui Reta I, Abizanda I Campos R, Cabré Pericas L, Iribarren Diarasarri S, et al. Grupo de Bioética de la SEMICYUC. Recomendaciones en el tratamiento al final de la vida del paciente crítico. *Med Intensiva*. 2008;32:121-33.
- Monzón Marín JL, Saralegui Reta I, Abizanda I Campos R, Cabré Pericas L, Iribarren Diarasarri S, Martín Delgado MC, Martínez Urionabarrenetxea K; Grupo de Bioética de la SEMICYUC. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. *Med Intensiva*. 2008;32(3):121-33.
- Mosenthal AC, Weissman DE, Curtis JR, Hays RM, Lustbader DR, Mulkerin C, et al. Integrating palliative care in the surgical and trauma intensive care unit: a report from the Improving Palliative Care in the Intensive Care Unit (IPAL-ICU) Project Advisory Board and the Center to Advance Palliative Care. *Crit Care Med*. 2012;40:1199-206.
- Myatra SN, Salins N, Iyer S, Macaden SC, Divatia JV, Muckaden M, et al. End-of-life care policy: An integrated care plan for the dying: A Joint Position Statement of the Indian Society of Critical Care Medicine (ISCCM) and the Indian Association of Palliative Care (IAPC). *Indian J Crit Care Med*. 2014;18:615-35.
- Nelson JE, Azoulay E, Curtis JR et al. Palliative care in the ICU. *J Palliat Med*. 2012;15:168-74.
- Nelson JE, Puntillo KA, Pronovost PJ, Walker AS, McAdam JL, Illao D, et al. In their own words: patients and families define high-quality palliative care in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2010;38:808-18.
- Penrod JD, Pronovost PJ, Livote EE, Puntillo KA, Walker AS, Wallenstein S, et al. Meeting standards of high-quality intensive care unit palliative care: clinical performance and predictors. *Crit Care Med*. 2012;40:1105-12.
- Poyo-Guerrero R, Cruz A, Laguna M, Mata J; Comité de Ética del Hospital Son Llatzer de Palma de Mallorca [España]. Preliminary experience with the introduction of life-sustaining treatment limitation in the electronic

clinical record. *Med Intensiva*. 2012;36:32-6.

- Rubio O, Sánchez JM, Fernández R. Life-sustaining treatment limitation criteria upon admission to the intensive care unit: results of a Spanish national multicenter survey. *Med Intensiva*. 2013;37:333-8
- Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P et al. End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. *JAMA*. 2013;290:790-7.
- THE IMPORTANCE OF AN INTERPROFESSIONAL PALLIATIVE APPROACH FOR THE CRITICAL PATIENT. Velasco-Sanz TR, Estella-García Á, Del Barrio-Linares M, Velasco-Bueno JM, Saralegui-Reta I, Rubio-Sanchiz O, Raurell-Torredà M. *Enferm Intensiva*. 2019 Jan - Mar;30(1):1-3
- Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD, Rushton CH, Kaufman DC; American Academy of Critical Care Medicine. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College [corrected] of Critical Care Medicine. *Crit Care Med*. 2008;36(3):953-63.
- Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD, et al; American Academy of Critical Care Medicine. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College [corrected] of Critical Care Medicine. *Crit Care Med*. 2008;36:953-63.
- Truog RD, Cist AF, Brakett SE, Burns JP, Curley MA; Danis M et al. Recommendations for the end of life care in the intensive care unit: The ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med* 2001;29:2332-48.
- Velasco-Sanz TR, Estella-García A, Del Barrio-Linares M, Velasco-Bueno JM, Saralegui-Reta I, Rubio-Sanchiz O, Raurell-Torredà M. The Importance of an interprofesional palliative approach for the critical patient. *Enferm Intensiva*. 2019;30(1):1-3
- Velasco-Sanz TR, Rayón-Valpuesta E. Instrucciones previas en cuidados intensivos: competencias de los profesionales sanitarios. *Med Intensiva*. 2016;40:154-62.
- Vincent JL, Schetz M, De Waele JJ et al. "Piece" of mind: end of life in the intensive care unit statement of the Belgian Society of Intensive Care Medicine. *J Crit Care*. 2014;29:174-5.
- Visser M, Deliëns L, Houttekier D. Physician-related barriers to communication and patient and family centred decision making towards the end of life in intensive care: a systematic review. *Crit Care*. 2014;18:604.

LINHA ESTRATÉGICA 7

INFRAESTRUTURA HUMANIZADA

O espaço físico das UTIs deve permitir que o processo assistencial seja realizado em um ambiente saudável, que ajude a melhorar o estado físico e psicológico dos pacientes, profissionais e familiares. Existem recomendações publicados (Evidence Based Design) que buscam reduzir o estresse e promover o conforto, focando-se em melhorias arquitetônicas e estruturais das UTIs. Neles, estão inclusas propostas que se adaptam às necessidades do usuário do espaço, trabalhando a melhor localização possível, desenhando fluxos de trabalho por processo, estabelecendo condições ambientais ergonômicas com relação à luz, temperatura, acústica, materiais, acabamentos, mobília e decoração.

Portanto, esta linha promove a criação de espaços em que a eficácia técnica se une à qualidade da atenção e à comodidade de todos os usuários, considerando que um design adequado pode ajudar a reduzir erros dos profissionais, melhorar os resultados dos pacientes, como a redução da estadia média, e contribuir com possível papel no controle de custos.

Essas modificações podem influenciar positivamente nos sentimentos e nas emoções, favorecendo espaços humanizados adaptados à funcionalidade das unidades. Espaços de acordo com os processos que ocorrem nelas, com a máxima funcionalidade possível, considerando as necessidades de todos os usuários envolvidos. Esse conceito também se aplica às salas de espera, que devem ser redesenhadas de modo que sejam convertidas em “salas de estar” e ofereçam um maior conforto e funcionalidade às famílias.

Linha estratégica 7	INFRAESTRUTURA HUMANIZADA	PRIVACIDADE DO PACIENTE CONFORTO AMBIENTAL DO PACIENTE ORIENTAÇÃO DO PACIENTE
		CONFORTO NA ÁREA DOS FAMILIARES
		CONFORTO E FUNCIONALIDADE NA ÁREA DE CUIDADOS
		CONFORTO NA ÁREA ADMINISTRATIVA E DE FUNCIONÁRIOS
		ENTRETENIMENTO DO PACIENTE ESPAÇOS EM JARDINS OU PÁTIOS
		PRIVACIDADE DO PACIENTE CONFORTO AMBIENTAL DO PACIENTE ORIENTAÇÃO DO PACIENTE
		CONFORTO NA ÁREA DOS FAMILIARES
		CONFORTO E FUNCIONALIDADE NA ÁREA DE CUIDADOS

Linha estratégica 7	INFRAESTRUTURA HUMANIZADA	PRIVACIDADE DO PACIENTE
Garantir a privacidade do paciente		
Boa Prática 7.1	Há quartos individuais	  
Boa Prática 7.2	Os quartos individuais têm janelas e portas translúcidas, as quais os funcionários podem escurecer para realizarem exames, procedimentos ou qualquer outro ato que requeira a privacidade do paciente e de sua família.	  
Boa Prática 7.3	Há biombos, cortinas e outros elementos de separação, com material antimicrobiano e de fácil limpeza, que possibilitam a privacidade.	  
Boa Prática 7.4	Há chuveiro acessível aos pacientes ou sanitários/chuveiros portáteis que garantem uma mínima intimidade para as funções fisiológicas que geram pudor	  

Linha estratégica 7	INFRAESTRUTURA HUMANIZADA	CONFORTO AMBIENTAL DO PACIENTE
Garantir o conforto ambiental do paciente		
Boa Prática 7.5	Dispõe-se de luz natural que chega em quantidade e qualidade suficiente ao paciente, com opção de escurecimento	  
Boa Prática 7.6	Incorporam-se cores ou imagens adequadas aos pacientes. Presta-se atenção, além disso, ao teto e à parte alta das paredes em frente ao paciente.	  
Boa Prática 7.7	Há mobília adequada e corretamente distribuída para criar um espaço funcional, com uma ótima circulação, evitando-se incômodos e obstáculos desnecessários	  
Boa Prática 7.8	Conta-se com opções de “personalização do espaço” (fotos da família, desenhos de familiares, cartões com mensagens carinhosas, fotos de bandas musicais ou equipes de futebol etc.)	  

Boa Prática 7.9	Há o controle autônomo e individualizado em cada quarto da temperatura, umidade e ventilação conforme as normas publicadas	  
Boa Prática 7.10	Há um sistema para controle de luz, em quantidade suficiente em todas os quartos de pacientes	  
Boa Prática 7.11	São definidas e promovidas medidas de controle do ruído ambiente ^[3.20]	  

Linha estratégica 7	INFRAESTRUTURA HUMANIZADA	ORIENTAÇÃO DO PACIENTE
Promover a comunicação e a orientação do paciente		
Boa Prática 7.12	Dispõe-se de conexão visual com a parte externa (janela em uma altura adequada), para não perder a orientação e manter o ciclo circadiano	  
Boa Prática 7.13	Dispõe-se de elementos que facilitam a orientação temporal de fácil acesso e visibilidade (como relógio e/ou calendário)	  
Boa Prática 7.14	Estão disponíveis sistemas de comunicação potencializada /alternativa ^[2.12]	  
Boa Prática 7.15	Há um sistema em que os pacientes ou familiares podem chamar os profissionais quando precisarem	  
Boa Prática 7.16	Quando o quarto não tem luz natural e/ou janela, há janelas virtuais digitais ou vinis que se assemelham a paisagens	  

Linha estratégica 7	INFRAESTRUTURA HUMANIZADA	CONFORTO NA ÁREA DOS FAMILIARES
Garantir o conforto na área dos familiares		
Boa Prática 7.17	Há uma sinalização adequada e visível dos quartos e a indicação das vias de acesso, mantendo-se a estética estabelecida para a unidade.	  

Boa Prática 7.18	Há uma orientação quanto ao uso como “salas de estar” do espaço em que se encontram os familiares no período em que não estão na unidade	  
Boa Prática 7.19	Há quartos para familiares em situações especiais, que garantem privacidade, sempre que possível	  
Boa Prática 7.20	Há um quarto de despedida, em que se pode acompanhar uma pessoa no processo de morte em condições de intimidade	  

Linha estratégica 7	INFRAESTRUTURA HUMANIZADA	CONFORTO E FUNCIONALIDADE NA ÁREA DE CUIDADOS
Garantir o conforto e a funcionalidade na área de trabalho		
Boa Prática 7.21	Realiza-se o controle acústico adequado na área de trabalho.	  
Boa Prática 7.22	Possibilita-se o acesso adequado à documentação com postos de computadores suficientes para consulta de prontuários e avisos de monitoramento nas salas de médicos e de enfermeiros	  
Boa Prática 7.23	Há um sistema de informação clínico (prontuário eletrônico) adaptado ao fluxo de trabalho da Unidade que permite trabalhar em rede	  
Boa Prática 7.24	Há um sistema de monitoramento central que reúne todos os monitores da unidade, controlados pelos médicos e enfermeiros, a partir de um espaço facilmente acessível	  
Boa Prática 7.25	Há um sistema de visualização adequada do paciente a partir do controle	  

Linha estratégica 7	INFRAESTRUTURA HUMANIZADA	CONFORTO NA ÁREA ADMINISTRATIVA E DE PROFISSIONAIS
Garantir o conforto na área administrativa e de profissionais		
Boa Prática 7.26	Há espaços de trabalho adequados, dotados de instalações necessárias para se realizar a assistência habitual	  

Boa Prática 7.27	Há quartos para profissionais plantonistas, com espaços adequados e mantendo-se o fio condutor estético marcado na unidade	
Boa Prática 7.28	Uma sala de estar está disponível para profissionais com acesso rápido à unidade.	

Linha estratégica 7	INFRAESTRUTURA HUMANIZADA	DISTRAÇÃO DO PACIENTE
Promover a distração do paciente		
Boa Prática 7.29	Luz está disponível para leitura	
Boa Prática 7.30	Dispõe-se de conexão wi-fi para uso de tablets e celulares que permitam que o paciente se comunique com seus parentes e esteja conectado com o mundo externo, favorecendo seu entretenimento	
Boa Prática 7.31	É permitido o uso de telefones dentro do quarto	
Boa Prática 7.32	O uso de meios de entretenimento é facilitado aos pacientes com a regulamentação devida da utilização (leitura, jogos, dispositivos de multimídia, rádio, TV...) [3.9]	

Linha estratégica 7	INFRAESTRUTURA HUMANIZADA	HABILITAR ESPAÇOS EM JARDINS OU PÁTIOS
Promover espaços em jardins ou pátios para pacientes com garantia de acesso aos mesmos (cadeira de rodas, camas etc.)		
Boa Prática 7.33	Dispõe-se de espaços em jardins, pátios ou terraços para pacientes nos quais está indicado, com garantia de acesso aos mesmos (cadeira de rodas, camas etc.)	

Bibliografía recomendada:

- Bazuin D, Cardon K: Creating healing intensive care unit environments: physical and psychological considerations in designing critical care areas. *Crit Care Nurs Q.* 2011;34:259-67.
- Berman MG., Jonides J., Kaplan S. The cognitive benefits of interacting with nature. *Psychological Science.* 2008;19:1207-12.
- Berto R. The Role of Nature in Coping with Psycho-Physiological Stress: A Literature Review on Restorativeness. *Behavioral sciences.* 2014; 4:394-409.
- Caruso P, Guardian L, Tiengo T, et al. ICU Architectural Design Affects the Delirium Prevalence: A Comparison Between Single-Bed and Multibed Rooms. *Crit Care Med* 2014;42:2204-10.
- Chalom R, Raphaely RC, Costarino AT Jr. Hospital costs of pediatric intensive care. *Crit Care Med.* 1999;27:2079-85.
- Diette GB, Lechtzin N, Haponik E, Devrotes A, Rubin HR. Distraction therapy with nature sights and sounds reduces pain during flexible bronchoscopy: a complementary approach to routine analgesia. 2003. *Chest*;123:941-8.
- Downey LV, Zun LS. The impact of watching cartoons for distraction during painful procedures in the emergency department. *Pediatr Emerg Care.* 2012;28:1033-5.
- Evidence based environmental design for improving medical outcomes. *Proceedings of Healing and design: Building for Health Care in the 21st Century Conference.* Montreal March 2000.
- Gabor JY, Cooper AB, Hanly PJ: Sleep disruption in the intensive care unit. *Curr Opin Crit Care.* 2001;7:21-7.
- How design impacts wellness. *Healthcare forum Journal.* 1992. Scientific Research and Sky Image Ceilings. www.theskyfactory.com
- Jongerden IP, Slooter AJ, Peelen LM et al. Effect of intensive care environment on family and patient satisfaction: a before-after study. *Intensive Care Med.* 2013;39:1626-34.
- Kahn PH, Friedman B., Gill, B, et al. [2008]. A plasma display window? The shifting baseline problem in a technologically-mediated natural world. *Journal of Environmental Psychology.* 2008;28(2):192-9.
- Kaplan S, Berman MG. Directed attention as a common resource for executive functioning and self-regulation. *Perspect Psychol Sci.* 2010;5(1):43-57.
- Keep P, James J, Inman M. Windows in the intensive therapy unit. *Anesthesia.* 1980;35:257-62.
- Keep P, James J, Inman M. Windows in the intensive therapy unit. *Anaesthesia.* 1980 Mar;35(3):257-62.
- Lee J, Lee J, Lim H, Son JS, Lee JR, Kim DC, Ko S. Cartoon distraction alleviates anxiety in children during induction of anesthesia. *Anaesth Anal.* 2012;115:989-90.
- MacKerron G, Mourato S. Happiness is greater in natural environments. *Global Environmental Change.* 2013;23:992-1000.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Cuidados intensivos. Estándares y recomendaciones. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
- Rashid M. Two decades (1993-2012) of adult intensive care unit design: a comparative study of the physical design features of the best practice examples. *Crit Care Nurs Q.* 2014;37:3-32.
- Santos Redondo P, Yáñez Otero A, Al-Adib Mendirola M. Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad. ISBN: 978-84-606-7510-5 Edita: Servicio Extremo de Salud. Abril 2015. Disponible en: <http://saludextremadura.gobex.es/documents/19231/562422/libro+duelo+SES.pdf>
- Schweitzer M, Gilpin L, Frampton S. Healing spaces: Elements of environmental design that make an impact on health. *J Altern Complement Med.* 2004;10 Suppl 1:S71-83.
- Senquiz AL. Los Efectos Curativos de la Música [monografía en Internet], [acceso 13 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.saludparati.com/musical.htm>
- Smith HA, Boyd J, Fuchs DC et al. Diagnosing delirium in critically ill children: Validity and reliability of the Pediatric Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit. *Crit Care Med.* 2011;39:150-57.
- The Role of the Physical Environment in the Hospital of the 21st Century: A Once-in-a-Lifetime Opportunity. <https://www.healthdesign.org/chd/research/role-physical-environmenthospital-21st-century>
- Thompson DR, Hamilton DK, Cadenhead CD, Swoboda SM, Schwindel SM, Anderson DC, et al. Guidelines for intensive care unit design. *Crit Care Med.* 2012;40:1586-600.
- Ulrich RS. View through a window may influence recovery from surgery. (Benefits of nature: View from a Hospital bed). *Science.* 1984;224:420-1.
- Ulrich RS. View through a window may influence recovery from surgery. *Science.* 1984 Apr 27;224(4647):420-1.
- Valentin A, Ferdinand P; ESICM Working Group on Quality Improvement. Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects. *Intensive Care Med.* 2011;37:1575-87.
- Zaal IJ, Spruyt CF, Peelen LM et al: Intensive care unit environment may affect the course of delirium. *Intensive Care Med.* 2013;39:481-8.

Boas práticas em humanização nas Unidades de Terapia Intensiva

Manual de avaliação

2019

Membros do grupo de trabalho de certificação:

- Alonso-Ovies Ángela. Unidade de Terapia Intensiva. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.
- Álvarez-Muñoz Francisco. Administrativo. Madrid.
- Ángel-Sesmero José Antonio. Unidade de Terapia Intensiva. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.
- De la Cueva-Ariza Laura. Departamento de Enfermagem Fundamental e Médico-cirúrgica. Faculdade de Enfermagem, Universidad de Barcelona.
- Delgado-Hito Pilar. Departamento de Enfermagem Fundamental e Médico-cirúrgica. Faculdade de Enfermagem, Universidad de Barcelona.
- Ferrero-Rodríguez Mónica. Interiorista de Laboratório em Ação. Madrid.
- Gálvez-Herrer Macarena. Psicóloga. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo/Equipo Estrés y Salud Facultad Psicología, UAM. Madrid.
- Gómez-García José Manuel. Unidade de Terapia Intensiva. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.
- Gómez-Tello Vicente. Unidade de Terapia Intensiva. Hospital Universitario Moncloa. Madrid.
- Heras-La Calle Gabriel. Unidade de Terapia Intensiva. Hospital Universitario de Torrejón. Madrid.
- Igeño-Cano Jose Carlos. Unidade de Terapia Intensiva. Hospital San Juan de Dios. Córdoba
- Martín-Delgado Mari Cruz. Unidade de Terapia Intensiva. Hospital Universitario de Torrejón. Madrid.
- Nin-Vaeza Nicolás. Hospital. Hospital Español de Montevideo. Uruguai.
- Ortega-Guerrero Álvaro. Unidade de Terapia Intensiva. Hospital Quironsalud Málaga
- Rojas-Jara Verónica. Universidad de Chile. Santiago de Chile.
- Romero-García Marta. Departamento de Enfermagem Fundamental e Médico-cirúrgica. Faculdade de Enfermagem, Universidad de Barcelona.
- Segovia-Gómez Carmen. Ex-coordenadora da Organização Nacional de Transplantes. Madrid.
- Velasco-Bueno José Manuel. Bloco cirúrgico. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.
- Velasco-Sanz Tayra. Unidade de Terapia Intensiva. Hospital Clínico San Carlos de Madrid
- Zaforteza-Lallemand Concha. Hospital de Inca. Baleares.

Manual de boas práticas de humanização nas Unidades de Terapia Intensiva