



Quando a alta não é o fim: reflexões sobre a síndrome pós-cuidados intensivos

*When discharge is not the end:
reflections on post-intensive care syndrome*

Mayla Cosmo MONTEIRO¹  

Fernanda SABOYA²  

Marcelle Passarinho MAIA³  

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-Rio, Departamento de Psicologia. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Rede D'Or, Regional Zona Sul. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³ Grupo Santa, Rede D'Or. Brasília, DF, Brasil.

Correspondência:

Mayla Cosmo Monteiro
mayla.cosmo@uol.com.br

Recebido: 08 jul. 2025

Revisado: 29 set. 2025

Aprovado: 07 out. 2025

Como citar (APA):

Monteiro, M. C., Saboya, F., & Maia, M. P. (2025). Quando a alta não é o fim: reflexões sobre a síndrome pós-cuidados intensivos. *Revista da SBPH*, 28(Esp 1), e008. https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.2025.v28.Esp_1.909.

Financiamento:

Financiamento próprio.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver conflito de interesses.



Resumo

A Síndrome Pós-cuidados Intensivos (PICS) refere-se a *deficits* físicos, cognitivos e psicológicos que acometem pacientes sobreviventes de doenças críticas, persistindo além do período de hospitalização e comprometendo significativamente sua qualidade de vida e funcionalidade. Paralelamente, os familiares desses pacientes frequentemente enfrentam uma intensa sobrecarga emocional, condição reconhecida como Síndrome Pós-cuidados Intensivos Familiar (PICS-F). Este artigo, por meio de uma revisão da literatura, tem como objetivo discutir os principais aspectos da PICS, com ênfase nos domínios cognitivo, emocional e psicológico, assim como da PICS-F, especialmente no que se refere às repercussões emocionais vivenciadas pelos familiares. Ademais, são apresentadas estratégias de prevenção e intervenção conduzidas por psicólogos hospitalares atuantes em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), com o propósito de minimizar os efeitos dessas síndromes na prática clínica e contribuir para a reabilitação integral dos pacientes, bem como para o apoio psicológico efetivo às suas famílias.

Descritores: Unidades de terapia intensiva; Psicologia hospitalar; Saúde da família; Saúde mental.

Abstract

Post-Intensive Care Syndrome (PICS) refers to physical, cognitive, and psychological deficits that affect survivors of critical illnesses, persisting beyond the period of hospitalization and significantly compromising their quality of life and functionality. In parallel, the family members of these patients often face an intense emotional burden, a condition recognized as Post-Intensive Care Syndrome–Family (PICS-F). This article, through a literature review, aims to discuss the main aspects of PICS, with emphasis on the cognitive, emotional, and psychological domains, as well as PICS-F, particularly concerning the emotional repercussions experienced by family members. Furthermore, prevention and intervention strategies carried out by hospital psychologists working in Intensive Care Units (ICUs) are presented, with the purpose of minimizing the effects of these syndromes in clinical practice and contributing to the comprehensive rehabilitation of patients, as well as to the effective psychological support of their families.

Descriptors: Intensive care units; Hospital psychology; Family health; Mental health.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o progresso da Tecnologia Biomédica permitiu que o tratamento oferecido nas unidades de terapia intensiva (UTI) contribuísse para a redução da mortalidade dos pacientes críticos. De acordo com a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2020, p. 4) nº 2.271/2020, o “paciente crítico ou gravemente enfermo é aquele que apresenta instabilidade ou risco de instabilidade de sistema vital com risco de morte”. Esses pacientes podem sofrer deterioração de uma ou mais funções dos órgãos vitais, apresentando patologias capazes de levar à instabilidade cardiovascular, respiratória, neurológica, renal ou metabólica.

O acompanhamento da saúde desses sobreviventes após a alta da UTI revelou, entretanto, a existência de significativas consequências nas esferas física, cognitiva, de saúde mental e social, bem como impacto em sua qualidade de vida (Iwashyna et al., 2012). Em 2010, atenta a esse novo fato, especialistas da *Society of Critical Care Medicine* (SCCM) cunharam o termo *Post Intensive Care Syndrome* (PICS) (Mikkelsen et al., 2017), traduzido como Síndrome Pós-cuidados Intensivos. Essa síndrome abarca o conjunto de *déficits* novos ou agravados após a doença crítica, que afetam o *status* físico, cognitivo e/ou mental do paciente e podem persistir além do período de hospitalização. Os *déficits* associados a PICS impactam negativamente a funcionalidade, a qualidade de vida dos sobreviventes e, ainda, acarretam significativa sobrecarga para os familiares cuidadores e os serviços de Saúde. Medidas para preveni-la tornaram-se foco de atenção da equipe de Saúde intensivista e de pesquisadores. O termo pode ser aplicado para um sobrevivente da doença crítica adulto (PICS), pediátrico (*Post-Intensive Care Syndrome-pediatrics* - PICS-p) ou membro da família (*Post-Intensive Care Syndrome-Family* - PICS-F), que também experimenta impacto psicológico e socioeconômico (Harvey & Davidson, 2016; Ekim, 2020). Neste artigo, optamos por manter o acrônimo PICS para nos referir à Síndrome Pós-cuidados Intensivos, pois é como os intensivistas brasileiros comumente identificam essa síndrome.

Após vivenciar uma doença crítica, um indivíduo pode sofrer prejuízo em sua capacidade de usar as próprias habilidades, administrar os pensamentos, as emoções, os comportamentos e as interações com os outros. Ou seja, o desequilíbrio causado pela doença crítica afeta não apenas as funções biológicas, mas também acarreta significativo impacto na saúde mental dos indivíduos. Sintomas como ansiedade, depressão, distúrbios do sono e estresse pós-traumático, com suas lembranças angustiantes e pesadelos, são algumas das manifestações encontradas entre os sobreviventes de uma doença crítica (Davydow, 2010; Sivanathan et al., 2019; Prince et al., 2018).

Para ilustrar, trazemos alguns exemplos de pacientes que desenvolveram PICS. Ressalta-se que as vinhetas clínicas utilizadas a seguir têm caráter meramente ilustrativo e foram elaboradas a partir de fragmentos narrativos construídos pelas autoras para fins didáticos e de exemplificação. Esses trechos não correspondem a relatos de pacientes reais, tampouco resultam da reprodução literal de atendimentos clínicos específicos.

J. é um homem de 60 anos, sobrevivente de uma sepse pulmonar. Foram 20 dias de internação, sendo 10 na UTI e sete em ventilação mecânica. Havia se passado três meses da alta hospitalar, entretanto, J. ainda era tomado por intensa angústia toda vez que assistia ao telejornal das 20 horas. Em consulta com seu clínico, ele confidenciou: “Sempre adorei ver o jornal, mas, agora, toda vez que o William Bonner aparece, começo a suar frio. Sabe, doutor, eu tive uns sonhos estranhos na UTI. E, em um deles, o William Bonner e os homens-macaco me perseguiam e estavam determinados a me matar. Veja, só de falar nisso minhas mãos ficam suadas”.

C., 23 anos, sofreu politrauma por acidente automobilístico. Permaneceu 35 dias na UTI, sendo 21 em ventilação mecânica. A paciente residia próximo ao hospital e a rota para diversos lugares incluía passar na frente da instituição. O problema é que, quando C. avistava o hospital, ela apresentava taquicardia, sudorese e até perda do controle urinário, o que impôs a necessidade de buscar rotas alternativas sempre que precisava sair de casa. Evoluiu com agorafobia e fobia social, e necessitou de tratamento psiquiátrico e psicológico.

L., 40 anos, ficou internada na UTI por conta de um quadro de diverticulite complicada e desenvolveu sepse abdominal. Após a cirurgia, ela permaneceu intubada por cinco dias e apresentou *delirium* hiperativo, sendo necessária contenção mecânica. O teor do *delirium* envolvia a ideia de que tinha sido estuprada e que sua família a havia abandonado. Desde a alta, L. sofre com pesadelos, não consegue entrar em elevadores ou passar por túneis e, duas a três vezes por semana, apresenta crises de pânico. Até o momento, não conseguiu retomar sua atividade laborativa, embora já tenham se passado quatro meses desde a sua alta hospitalar.

As breves narrativas apresentadas, nos mostram como as vivências e lembranças do período de internação podem produzir sentimentos intensos, imagens mentais fortes e claras, e provocar reações físicas e/ou emocionais desagradáveis. Estas são apenas algumas histórias de sobreviventes, mas não são relatos isolados. Estudos demonstram que até 80% dos sobreviventes desenvolvem algum distúrbio psicológico após a alta da UTI (Lassen-Greene et al., 2019; Davidson et al., 2013) e isso deve ser reconhecido como um problema de Saúde Pública. Os transtornos psicológicos e psiquiátricos pós-UTI prejudicam a recuperação da capacidade funcional, social, ocupacional e a autonomia dos sobreviventes, impactando, portanto, sua qualidade de vida por um período de seis meses a cinco anos após a alta da UTI. Outros resultados adversos de saúde mental em sobreviventes de UTI incluem o risco aumentado de autolesão e de suicídio (Herridge & Azoulay, 2023).

Infelizmente, as consequências psicológicas associadas à doença crítica nem sempre são reconhecidas, por isso chamamos a atenção para esse cenário. Entendemos que é indispensável o conhecimento e o comprometimento da equipe multiprofissional, não apenas com a fase aguda da doença crítica, mas com os desfechos a longo prazo, incluindo aqueles que afetam a saúde mental dos sobreviventes.

Destacamos aqui uma relevante interface do trabalho do psicólogo que atua em UTI, já que esse profissional, com sua *expertise*, pode contribuir para o estabelecimento de rotinas e protocolos que contemplem a avaliação psicológica dos pacientes internados em UTI como parte indispensável da avaliação integral do paciente. Isso inclui a identificação de sintomas psicológicos e psiquiátricos prévios, assim como a observação de respostas desadaptativas ou indícios de urgência subjetiva (Saboya & Itapary, 2018).

Wade et al. (2013) consideram que a realização de avaliações psicológicas de rotina de pacientes em tratamento intensivo é uma prática recomendada. Desta forma, desenvolveram uma ferramenta de triagem que pretende melhorar a identificação tanto do sofrimento agudo quanto do risco de morbidade psicológica futura, o *Intensive Care Psychological Assessment Tool* (IPAT).

Milton et al. (2018) também desenvolveram um instrumento que possui o objetivo de avaliar o risco individual de problemas psicológicos 3 meses após a alta da UTI. A referida publicação destacou que sintomas depressivos e memórias traumáticas relativas ao período de internação na UTI, assim como a percepção de falta de apoio

social, são preditores de problemas psicológicos posteriores. Os autores ressaltaram uma forte associação entre problemas psicológicos anteriores e sintomas psicológicos após a alta da UTI.

Assim, a identificação e a abordagem dos sintomas psicológicos associados à PICS e à PICS-F são de extrema importância para o manejo dos sintomas e do planejamento do cuidado pós-alta. Diante desse cenário, este artigo tem como objetivo discutir os principais aspectos da PICS, com ênfase nos domínios cognitivo, emocional e psicológico, assim como da PICS-F, especialmente no que se refere às repercussões emocionais vivenciadas pelos familiares. Pretende-se, com esta revisão da literatura, promover a reflexão e o engajamento de psicólogos hospitalares que atuam em UTI, de modo que possam contribuir para minimizar o impacto que essa síndrome provoca nos sobreviventes da doença crítica e em seus familiares.

DESENVOLVIMENTO

ETIOLOGIA E FATORES DE RISCO RELACIONADOS A PICS

A etiologia dos transtornos mentais que podem emergir após a doença crítica é desconhecida. Entretanto, a maior parte da literatura sugere alguns fatores que contribuem para o aparecimento dos distúrbios psicológicos em longo prazo, como: alterações fisiopatológicas (hipoxemia, ativação do eixo hipotálamo-hipófise, citocinas elevadas e disfunção orgânica), o tempo prolongado de ventilação mecânica e sedação, o uso de drogas (noradrenalina, benzodiazepínicos e sedativos) e o *delirium* (Adhikari et al., 2009; Wade et al., 2013; Myhren et al., 2010).

É possível que a interação complexa entre fatores pessoais (idade, gênero, desemprego preexistente, menor escolaridade, história prévia de doença psiquiátrica, história familiar de doença psiquiátrica), fatores da UTI (restrição de contato com familiares, comunicação insuficiente, prejuízo do sono, estresse agudo) e fatores pós-UTI (alteração da imagem corporal, dificuldade de retorno ao trabalho, incapacidades físicas, redução de renda e precariedade da rede de suporte social e emocional) possam contribuir para a fisiopatologia do prejuízo da saúde mental após a internação na UTI (Teixeira et al., 2021; Needham et al., 2012).

Lee et al. (2020), em revisão sistemática, elencaram 60 fatores de risco para o desenvolvimento de PICS, sendo 33 categorizados como pessoais e 27 como associados à UTI. Cada uma das categorias foi subdividida em três. As subdivisões dos fatores pessoais foram: aspectos sociodemográficos, personalidade e saúde prévia; enquanto os fatores relacionados à UTI foram designados como: admissão, tratamento e experiência do paciente.

Oliveira et al. (2020), em artigo sobre sobreviventes da Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA), citam a pesquisa de Adhikari et al. (2009), que aponta para juventude, desemprego, sexo feminino e uso de álcool como fatores relacionados com maior prevalência das síndromes psicológicas. Complementam que, nestes subgrupos, sintomas clinicamente significativos, persistentes ou recorrentes de ansiedade (38%), depressão (32%) e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) (23%) foram comuns nos primeiros cinco anos após SDRA.

Em relação ao TEPT, alguns artigos mostram associação significativa desse transtorno com os seguintes fatores: existência de transtornos mentais prévios; experiência

negativa e falta de recordação da experiência na UTI (Rattray et al., 2005); memórias delirantes (Jones et al., 2001; Nikayin et al., 2016); estresse durante o tratamento na UTI (Wade et al., 2013) e gravidade da doença (Lee et al., 2020).

Cabe destacar que aspectos da personalidade também podem influenciar o curso dos sintomas psicológicos após o tratamento em terapia intensiva. Pacientes com um traço de personalidade otimista diferem dos pessimistas no enfrentamento de doenças graves; eles se recuperam mais rapidamente, têm menos sofrimento psicológico e têm melhor qualidade de vida (Myhren et al., 2010).

Embora alguns dos fatores de risco apontados não sejam modificáveis é interessante que as equipes das UTIs concentrem seus esforços naqueles passíveis de modificação, que serão discutidos posteriormente. A seguir, trataremos os transtornos mentais mais comuns na PICS, suas características e seus instrumentos de avaliação.

TRANSTORNOS MENTAIS ASSOCIADOS A PICS

Segundo Figueira & Mendlowicz (2003), a principal característica do TEPT é que sua ocorrência está diretamente ligada à exposição a um evento que envolva a ameaça de morte ou ferimentos graves para si ou para outros. A isso se associa uma resposta intensa de medo, desamparo ou horror. Os sintomas desse transtorno podem ser divididos em três grupos principais: revivescência do trauma (lembranças recorrentes, involuntárias e intrusivas e imagens nítidas do evento durante a vigília), esquiva/entorpecimento emocional (esforços para evitar lugares, pessoas, conversas e situações que desencadeiam lembranças do evento) e alterações negativas em cognições ou no humor (amnésia dissociativa, distúrbios do sono, irritabilidade, sentimento de culpa, comportamentos imprudentes ou autodestrutivos, sobressalto excessivo e dificuldade de concentração). O TEPT é diagnosticado se esses sintomas persistirem por mais de 4 semanas após a ocorrência do trauma e se redundarem em um comprometimento significativo nas áreas social e ocupacional da pessoa, conforme o "Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais" (Associação Psiquiátrica Americana [APA], 2023).

Já os transtornos de ansiedade apresentam como sintomas característicos o medo intenso e desproporcional, preocupação excessiva ou persistente, pensamentos catastróficos, dificuldade de concentração, irritabilidade, hipervigilância e comportamentos de esquiva (Kaplan et al., 2007). Em muitos casos, os indivíduos relatam medo de perder o controle, enlouquecer ou até mesmo morrer. Os sintomas físicos associados também são igualmente marcantes. São comuns palpitações, taquicardia, sudorese, tremores, calafrios, sensação de falta de ar, desconforto torácico, tonturas, parestesias, tensão muscular, dor de cabeça, dor abdominal e náuseas ou vômitos (Bandelow & Michaelis, 2015; Ballenger, 1999).

Os transtornos depressivos, por sua vez, têm como característica comum o humor persistentemente triste, vazio ou irritável, associado à perda de interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia. Também são frequentes alterações no apetite com perda ou ganho do peso corporal, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia constante (Kaplan et al., 2007). Do ponto de vista cognitivo, observa-se frequentemente sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva e inadequada, redução da capacidade de concentração, indecisão, bem como pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida e, em casos mais graves, planos ou tentativas de suicídio (Gotlib & Hammen, 2009).

A realização do exame do estado mental e a utilização de escalas específicas são ferramentas de avaliação e mensuração utilizadas para os transtornos descritos. A *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS), Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), Escala de Ansiedade de Hamilton (Ham-A), *Beck Depression Inventory* – segunda versão (BDI-II) e *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) (Inoue et al., 2024) são exemplos de instrumentos utilizados para identificar a ocorrência e a intensidade dos sintomas depressivos e ansiosos. Em relação ao TEPT, o instrumento de rastreio mais citado na literatura (Peris et al., 2011) é a Escala do Impacto do Evento – Revisada (IES-R), e essa escala pode ser utilizada em qualquer fase do desenvolvimento dos sintomas (agudo, crônico e tardio).

Faz-se necessário distinguir um estado depressivo, com as características anteriormente descritas, do luto relacionado às perdas que advém do adoecimento crítico. O luto é um processo pelo qual o indivíduo compreende e aceita a perda. Nele também encontramos manifestações de intenso sofrimento, mas podemos observar que a autoestima costuma estar preservada. O período de internação hospitalar costuma ser um período de enlutamento tanto para o paciente quanto para seus familiares, portanto, é interessante que a equipe multiprofissional esteja atenta aos sinais que apontem para a possibilidade de complicações no processo do luto (Monteiro et al., 2023). Nesses casos, a abordagem precoce do psicólogo é desejável. Atitudes extremas de evitação ou adiamento, existência de conflitos com a equipe multiprofissional, conflitos entre os familiares, intensa negação da realidade, fragilidade do apoio psicossocial e demandas excessivas são exemplos de comportamentos que podem indicar vulnerabilidade e merecem atenção.

Por fim, mas não menos importante, estão os distúrbios do sono, que variam desde a presença de pesadelos ou dificuldade de adormecer até uma piora global da qualidade do sono. Estudos com resultados variando conforme o tempo de acompanhamento e os métodos utilizados demonstram a incidência de 28% a 41% de distúrbios do sono no período de dois até 12 meses após a alta da UTI (Altman et al., 2017). O sono é essencial para as funções restauradoras do corpo, como o reparo dos tecidos, o crescimento muscular e a síntese de proteínas. Os distúrbios do sono estão associados ao declínio cognitivo em pacientes internados na UTI, principalmente os idosos (Inoue et al., 2024). Sua privação crônica está associada a uma série de desfechos negativos, como redução da atenção, da vigilância psicomotora, do aprendizado, da memória e do processamento afetivo. Esses achados ressaltam a importância de estratégias de acompanhamento e intervenção para melhorar a qualidade do sono em sobreviventes de UTI, considerando que os distúrbios do sono podem impactar negativamente na recuperação e na qualidade de vida desses pacientes.

A PICS não se limita aos efeitos psicológicos e emocionais, mas também inclui *déficits* cognitivos que afetam tanto os pacientes quanto seus familiares, e que serão descritos a seguir.

DÉFICITS COGNITIVOS ASSOCIADOS A PICS

Diversos estudos realizados com diferentes populações associaram os comprometimentos cognitivos de longo prazo às doenças graves (Adhikari et al., 2009; Hopkins et al., 2005; Iwashyna et al., 2010; Jackson et al., 2012; Jackson et al., 2004; Marra et al., 2018; Mitchell et al., 2018; Pandharipande et al., 2013; Wolters et al., 2013). Os comprometimentos cognitivos variaram de 4% a 62% nos pacientes acompanhados por meses após a internação na UTI (Wolters et al., 2013).

Sabe-se que após a alta a frequência destes é elevada e, mesmo após uma melhora inicial (Hopkins et al., 2005), os *déficits* podem persistir por anos e prejudicar significativamente a qualidade e as atividades da vida diária. Os principais domínios cognitivos afetados, são: memória, fluência verbal, atenção e função executiva. Além disso, sobreviventes da UTI enfrentam aumento de 60% no risco de sofrer demência 3 anos após a alta hospitalar (Wolters et al., 2013).

Em relação aos fatores de risco associados aos *déficits* cognitivos estão a sepse, o choque séptico e o *delirium*. Destacamos que a presença e a duração do *delirium* são um preditor independente para o comprometimento cognitivo a longo prazo (Girard et al., 2010; Goldberg et al., 2020), porém, a causa fisiopatológica ainda é desconhecida. Considerando o impacto desse distúrbio, faz-se necessária a realização de uma triagem sistemática (Luetz et al., 2019). O diagnóstico a partir de um instrumento validado, como o *Confusion Assessment Method for the Intensive Unit Care* (CAM-ICU; a implementação de *bundles* como o ABCDEF¹ (Barnes-Daly et al., 2017; Marra et al., 2017); e as modificações no ambiente da UTI, além de auxiliar na prevenção e no manejo do *delirium*, também pode minimizar os fatores estressores (Luetz et al., 2019; Kotfis et al., 2022).

Com uma breve triagem para comprometimentos cognitivos, Spies et al. (2021) propuseram o uso do MiniCog (Borson et al., 2003) e o “Teste de Nomeação de Animais” (Sager et al. 2006), além do “Miniexame do Estado Mental” e *Montreal Cognitive Assessment* (MoCa), sendo este último uma forte recomendação para a avaliação da cognição de acordo com a SCCM (Mikkelsen et al., 2020). Ressaltamos a importância de uma avaliação neuropsicológica após a alta hospitalar.

Poucos artigos tratam sobre estimulação ou reabilitação cognitiva durante a internação na UTI com o objetivo de minimizar os *déficits* cognitivos a longo prazo (Parker et al., 2021; Garrido et al., 2023). Essa pode ser mais uma contribuição do psicólogo hospitalar, pois este está habilitado para identificar os *déficits* e promover intervenções que estimulem funções cognitivas preservadas. Tal abordagem não apenas amplia o campo de atuação do psicólogo hospitalar, como também reforça a importância de um cuidado integral e contínuo, que considera os impactos emocionais e neuropsicológicos desde o leito de UTI até o processo de reabilitação pós-alta.

PREVENÇÃO E MANEJO DOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA PICS

O manejo da PICS é dividido em duas partes: na UTI e após a internação. Os intensivistas podem reduzir o risco de PICS utilizando o *bundle* ABCDEF. Esse *bundle* foi elaborado pela SCCM e é composto por seis elementos diferentes de cuidados e que, quando realizados juntos, influenciam a qualidade de vida dos pacientes, minimizando a incidência ou os sintomas da PICS. O elemento A se refere avaliação regular da dor; o B, aos testes de despertar espontâneo e de respiração espontânea; o elemento C consiste na escolha e avaliação regular da analgesia e dos sedativos; o D destaca a necessidade da avaliação regular do *delirium*; o elemento E consiste na mobilidade e no exercício precoces; e, por fim, o elemento F, que se refere ao envolvimento e participação da família (Liu et al., 2021; Inoue et al., 2024).

Outro aspecto fundamental é o manejo do *delirium*, visto que está associado ao aumento da mortalidade, ao maior tempo de internação na UTI e aos *déficits* cognitivos. Em relação à prevenção, várias intervenções não farmacológicas são

possíveis, como: possibilitar a higiene do sono (ou seja, hábitos e práticas que conduzem ao sono), mobilidade precoce, psicoeducação, participação e presença da família com política irrestrita de visitação entre outros (Hayhurst et al., 2016; Boehm et al., 2021).

Outra ferramenta importante é o Diário de UTI. Eles surgiram na Escandinávia na década de 1980 e vêm ganhando espaço na literatura atual. Também são considerados medidas preventivas, visto que a leitura do diário permite que os pacientes preencham as lacunas de memória e corrijam memórias distorcidas, reduzindo, portanto, o risco de desenvolver ansiedade, depressão e TEPT também nos familiares (; Inoue et al., 2024). Destacamos que os Diários de UTI são normalmente escritos pela equipe multiprofissional ou familiares para documentar as experiências do paciente durante sua permanência na UTI e, às vezes, podem incluir fotografias.

Como observado, dispomos de evidências suficientes acerca dos problemas que acometem os sobreviventes de uma doença crítica e o significativo impacto negativo no bem-estar e na qualidade de vida destes. Isso, por si só, justifica que a equipe multiprofissional da UTI estabeleça critérios de triagem para sinais de sofrimento psíquico a fim de construir protocolos e intervenções específicas que possam amenizar as sequelas a longo prazo.

Não menos importante é o reconhecimento de que os familiares também são afetados em decorrência da internação prolongada em UTI. Diante disso, a compreensão da PICS-F e a implementação de estratégias de apoio são fundamentais para mitigar esses efeitos, promovendo a recuperação tanto dos pacientes quanto de seus familiares.

SÍNDROME PÓS-CUIDADOS INTENSIVOS NA FAMÍLIA (PICS-F)

Familiares de pacientes críticos enfrentam um enorme fardo e são afetados pelas diferentes trajetórias de recuperação do paciente, estando mais suscetíveis à PICS-F. Essa síndrome foi descrita inicialmente em 2010 como um conjunto de complicações psicológicas, englobando ansiedade, depressão, transtorno de estresse agudo, TEPT e luto complicado, com grande impacto na qualidade de vida das famílias e na capacidade de apoiar a recuperação dos pacientes internados na UTI e ao longo de seu processo de recuperação e de reabilitação (Choi et al., 2018).

A prevalência de PICS-F em uma população adulta oscila entre 20% e 60% nos primeiros três meses, mas varia de acordo com o sintoma específico e a população estudada, as medidas utilizadas e o momento da avaliação (Naef et al., 2021). No caso de falecimento do paciente, a prevalência de PICS-F é superior a 65%, podendo persistir por meses ou anos (Davidson et al., 2013).

Recentemente, houve uma revisão conceitual envolvendo a PICS-F. Foram acrescidos fatores físicos e socioeconômicos que também afetam a qualidade de vida dos familiares nesse contexto, ocasionando em fadiga, distúrbios do sono e insegurança financeira por conta do impacto que os cuidados aos pacientes acarretam suas atividades socioeconômicas (Shirasaki et al., 2024). Ademais, Kang (2023) realizou uma pesquisa utilizando a abordagem da teoria fundamentada para explorar o significado e a estrutura da PICS-F. Nesse estudo, a categoria central identificada foi "estar devastado pela jornada da doença crítica na família" (Kang, 2023, p. 3), composta por quatro categorias inter-relacionadas:

- i. **Experiência avassaladora com os cuidados intensivos:** refere-se ao impacto profundo e imediato da internação em UTI, incluindo estresse, medo e incerteza.
- ii. **Assumir a responsabilidade pela trajetória de recuperação da doença crítica:** envolve o papel ativo dos familiares no processo de recuperação, incluindo decisões e cuidados contínuos.
- iii. **Vida devastada pelo trauma dos cuidados intensivos e pelo cuidado familiar:** destaca os efeitos duradouros do trauma vivido, como exaustão, distúrbios do sono e luto complicado.
- iv. **Equilibrando e fazendo concessões:** relaciona-se às estratégias dos familiares para lidar com as demandas, incluindo ajustes nas expectativas e priorização de necessidades.

Outros estudos corroboram o impacto da experiência na UTI na rotina dos familiares. Frivold et al. (2016) destacam os quadros de ansiedade e de pânico, perda de memória, pensamento mais lentificado, dificuldades para se expressar e a presença de reações emocionais negativas. Nesse estudo, alguns familiares tiveram problemas em suas rotinas diárias em função da carga emocional advinda da internação na UTI. Outra pesquisa, realizada com 50 familiares de pacientes internados na UTI de um grande hospital universitário nos EUA, apontou que a ansiedade e a depressão diminuíram no período de 6 meses de *follow-up*. No entanto, 35% dos participantes tiveram sintomas de TEPT relacionados à experiência da UTI e 46% dos enlutados apresentaram sintomas de luto complicado a partir do sexto mês de acompanhamento (Kentish-Barnes et al., 2015).

Para reduzir a prevalência de resposta familiar adversa a doenças críticas, é necessário atenção aos fatores que afetam o sofrimento psicológico pós-UTI, envolvendo aspectos relacionados aos familiares, ao paciente e ao cuidado ofertado pela equipe da UTI (Naef et al., 2021). No tocante aos familiares, os fatores de risco também incluem ser do sexo feminino, ter idade mais jovem, ser parente próximo, ter menor escolaridade e problemas prévios de saúde mental (Kentish-Barnes et al., 2015). Admissão inesperada em UTI, tempo de internação, gravidade da doença, óbito e idade mais jovem do paciente foram definidos como fatores de risco relacionados ao paciente (Davidson et al., 2012). Em relação aos fatores relacionados ao cuidado, a insatisfação com o cuidado, uma comunicação deficiente (aquela que não atende às necessidades ou apresenta informações inconsistentes) e a tomada de decisão de fim de vida que não respeita os valores e as preferências da família foram associadas a resultados adversos (Mikkelsen et al., 2017; Trevick & Lord, 2017).

Um estudo realizado por Naef et al. (2021) examinou a associação de tais fatores com o sofrimento psicológico dos familiares em uma população geral de pacientes gravemente enfermos internados em 12 UTIs de um hospital universitário na Suíça. Os autores constataram que níveis mais elevados de satisfação com os cuidados foram associados a níveis mais baixos de depressão, ansiedade e estresse pós-traumático. Chama atenção neste estudo que não houve associação estatisticamente significativa entre as características individuais dos familiares e o sofrimento psicológico mensurado. Entre as características dos pacientes incluídas, a idade mais jovem foi associada a níveis mais elevados de depressão. A morte do paciente foi associada a níveis mais elevados de depressão e estresse pós-traumático. Eles concluíram que

esses resultados sugerem que a satisfação com os cuidados na UTI está fortemente associada ao bem-estar familiar após a internação na UTI. Familiares de pacientes mais jovens e daqueles que faleceram parecem apresentar maior risco de sofrimento psicológico, necessitando de apoio específico, enquanto as características dos familiares podem ter menos relevância.

Dessa forma, identificar pessoas com risco de desenvolver PICS-F é vantajoso para a promoção de suporte e de espaços de acolhimento e de tratamentos apropriados nos âmbitos da terapia intensiva. Destacamos que os estudos têm mostrado que alguns fatores podem atuar como elementos protetores, ajudando a mitigar os efeitos adversos dessa síndrome e promovendo a resiliência dos familiares durante o processo de internação e recuperação do paciente. Esses fatores de proteção podem ser de natureza individual, familiar, social e institucional, e sua implementação adequada pode reduzir significativamente o impacto emocional da experiência vivida pelos familiares (Shirasaki et al., 2024).

Monteiro et al. (2023) salientam que alguns desses fatores são passíveis de intervenção e podem ser alvos da equipe de saúde, como: (i) oferecer comunicação de qualidade para pacientes e familiares; (ii) discutir com sensibilidade e cuidado a probabilidade de morte iminente; compartilhar as decisões relativas à limitação terapêutica com base nos valores e preferências do paciente; (iii) fornecer oportunidades para a família fazer perguntas sobre os eventos que podem levar à morte do paciente para reduzir a culpa sobre os esforços feitos ou não feitos; (iv) ofertar apoio psicológico para a família; (v) oportunizar rituais de despedida; e (vi) flexibilizar horário de visitas e manter equipe disponível e atenta durante o processo do morrer para ajudar a família a entender a situação e não se sentir abandonada.

Além destes, a resiliência também é apontada como um dos fatores psicológicos que protegem contra sintomas da PICS-F, sendo entendida como a capacidade de enfrentar, adaptar-se e superar situações adversas, eventos traumáticos ou situações estressantes preservando ou restabelecendo seu equilíbrio emocional e funcionamento psíquico, de forma positiva. A Escala de Resiliência Conner-Davidson (CD-RISC) tem sido utilizada em pesquisas para PICS-F (Shirasaki et al., 2024; Sottile et al., 2016).

A presença de crenças religiosas/espirituais também tem sido estudada na diminuição de sintomas da PICS-F. As crenças religiosas/espirituais são consideradas um recurso de enfrentamento e afetam os sintomas psicológicos e os padrões comportamentais de pessoas em situações adversas (Shirasaki et al., 2024).

Pesquisas ressaltam o cuidado centrado na família como extensão do cuidado centrado no paciente e recomendam a criação de uma cultura baseada na avaliação das necessidades da família (Wiegand et al., 2013). Esse cuidado acontece ao longo da internação, no momento do óbito de seu ente querido, bem como após a morte deste. A satisfação das famílias com o cuidado oferecido ao paciente, com o processo de tomada de decisão compartilhado e com o recebimento de informações claras, diretas e consistentes é um fator importante para a redução de sintomas do TEPT, de depressão e de ansiedade após a morte do doente. Apesar da perda, quando a família recebe cuidados adequados, esta mantém memórias positivas de cuidado e conforto, amenizando o processo de luto (Monteiro et al., 2023; Wiegand et al., 2013).

INTERVENÇÕES E ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO NA PICS-F

A implementação de intervenções precoces e estratégias de prevenção pode desempenhar um papel significativo na redução dos sintomas da PICS-F, promovendo o bem-estar dos familiares e melhorando os resultados na recuperação dos pacientes (Davidson et al., 2017; Shirasaki et al., 2024; Kang, 2023).

Shirasaki et al. (2024) enumeram alguns elementos que favorecem a prevenção da PICS-F e que serão listados a seguir:

- i. **Fornecimento de folheto informativo à família:** esse folheto deve fornecer informações gerais sobre a UTI e o hospital, o nome dos membros da equipe médica que cuida do paciente, um diagrama de um quarto típico de UTI contendo os nomes dos dispositivos e um glossário de termos comumente usados nesse setor. O folheto facilita a comunicação interativa entre as famílias e os profissionais de Saúde.
- ii. **Diários de UTI:** têm sido utilizados para promover a discussão sobre a experiência na UTI e a recuperação resultante. Estudos demonstraram o potencial desses diários para auxiliar na recuperação física e psicológica dessa população (Ewens et al., 2014). Os diários geralmente são iniciados na UTI, após o paciente ser ventilado e sedado. As anotações são preenchidas por familiares e equipe da UTI para servir como um registro factual, em palavras e fotografias, da experiência dos sobreviventes na UTI. Posteriormente, o diário é lido para o paciente. Encontramos estudos que sugerem que os diários trazem efeitos positivos também para o bem-estar dos familiares (Garrouste-Orgeas et al., 2014; Barreto et al., 2022).
- iii. **Facilitadores da comunicação:** podem ser psicólogos, enfermeiros ou assistentes sociais treinados para melhorar a comunicação entre a equipe da UTI e a família, propondo conferências familiares e servindo de ponte entre os familiares e a equipe médica.
- iv. **Cuidado ao luto:** feito por meio de uma carta de condolências e de panfletos explicativos sobre o luto.
- v. **Acompanhamento após a alta da UTI:** o familiar deve seguir sendo acompanhado após a alta para detectar PICS-F mais precocemente.

A implementação dessas estratégias é essencial para mitigar os efeitos psicológicos negativos da internação prolongada em UTI, promovendo, assim, a resiliência familiar e um ambiente de cuidado centrado no paciente e na família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão da literatura evidenciou que a PICS e a PICS-F são complexas, com repercussões significativas no bem-estar psicossocial e na qualidade de vida de pacientes e familiares. A identificação e compreensão dos fatores de risco, assim como as estratégias de prevenção e intervenção, são essenciais para mitigar os efeitos adversos associados a essas síndromes.

A implementação de intervenções como conferências familiares, estimulação cognitiva precoce, acompanhamento psicológico, uso de Diários de UTI e programas de apoio ao luto são fundamentais para reduzir os sintomas de PICS e PICS-F. Essas abordagens favorecem a recuperação dos pacientes e oferecem suporte emocional mais adequado às suas famílias, promovendo um cuidado mais humanizado e integral.

Esperamos que as contribuições deste estudo ajudem a informar e fortalecer práticas clínicas e estratégias de cuidado direcionadas aos sobreviventes da doença crítica e seus entes queridos, contribuindo para um suporte mais eficaz e contínuo no período pós-alta hospitalar. No entanto, reconhecemos que ainda há lacunas importantes que precisam ser exploradas para o avanço da prática clínica e da pesquisa nesse campo. A adaptação dessas intervenções para diferentes contextos socioculturais, a implementação de protocolos de triagem eficazes para identificar pacientes e familiares em risco, bem como a ampliação da maior colaboração interdisciplinar, representam desafios prioritários e merecem atenção contínua. Além disso, são necessárias novas pesquisas que avaliem a eficácia dessas intervenções a longo prazo e seu impacto na recuperação funcional, emocional e na qualidade de vida de pacientes e familiares.

CONTRIBUIÇÃO AUTORAL

Concepção do estudo: MCM, FS, MPM; **coleta de dados:** MCM, FS, MPM; **análise dos dados:** MCM, FS, MPM; **redação do manuscrito:** MCM, FS, MPM; **revisão crítica para conteúdo intelectual importante:** MCM, FS, MPM.

REFERÊNCIAS

- Adhikari, N. K. J., McAndrews, M. P., Tansey, C. M., Matte, A., Pinto, R., Cheung, A. M., Diaz-Granados, N., Barr, A., & Herridge, M. S. (2009). Self-reported symptoms of depression and memory dysfunction in survivors of ARDS. *Chest*, 135(3), 678–687. <https://doi.org/10.1378/chest.08-0974>.
- Altman, M. T., Knauert, M. P., & Pisani, M. A. (2017). Sleep disturbance after hospitalization and critical illness: a systematic review. *Annals of the American Thoracic Society*, 14(9), 1457–1468. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201702-148SR>.
- Associação Psiquiátrica Americana. (2023). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5a ed. rev.). Artmed.
- Ballenger, J. C. (1999). Clinical guidelines for establishing remission in patients with anxiety disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 60(Suppl 22), 29–34. Recuperado em 09 de outubro de 2025, de <https://www.psychiatrist.com/jcp/clinical-guidelines-establishing-remission-patients-2/>.
- Bandelow, B., & Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 327–335. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/bbandelow>.
- Barnes-Daly, M. A., Phillips, G., & Ely, E. W. (2017). Improving hospital survival and reducing brain dysfunction at seven California community hospitals: implementing PAD Guidelines via the ABCDEF Bundle in 6,064 patients. *Critical Care Medicine*, 45(2), 171–178. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002149>.
- Barreto, B. B., Luz, M., & Gusmão-Flores, D. (2022). All about love: coping with critical illness. *Intensive Care Medicine*, 48, 1681–1683. <https://doi.org/10.1007/s00134-022-06867-y>.

- Boehm, L. M., Jones, A. C., Selim, A. A., Virdun, C., Garrard, C. F., Walden, R. L., Ely, E. W., & Hosie, A. (2021). Delirium-related distress in the ICU: a qualitative meta-synthesis of patient and family perspectives and experiences. *International Journal of Nursing Studies*, 122, 104030. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104030>.
- Borson, S., Scanlan, J. M., Chen, P., & Ganguli, M. (2003). The Mini-Cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(10), 1451–1454. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51465.x>.
- Choi, J., Lingler, J. H., Donahoe, M. P., Happ, M. B., Hoffman, L. A., & Tate, J. A. (2018). Home discharge following critical illness: a qualitative analysis of family caregiver experience. *Heart and Lung*, 47(4), 401–407. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2018.04.003>.
- Conselho Federal de Medicina (BR). (2020). Resolução CFM n. 2.271, de 14 de fevereiro de 2020. Recuperado em 09 de outubro de 2025, de <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2020/2271>.
- Davidson, J. E., Aslakson, R. A., Long, A. C., Puntillo, K. A., Kross, E. K., Hart, J., Cox, C. E., Wunsch, H., Wickline, M. A., Nunnally, M. E., Netzer, G., Kentish-Barnes, N., Sprung, C. L., Hartog, C. S., Coombs, M., Gerritsen, R. T., Hopkins, R. O., Franck, L. S., Skrobik, Y., . . . Curtis, J. R. (2017). Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric, and adult ICU. *Critical Care Medicine*, 45(1), 103–128. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002169>.
- Davidson, J. E., Harvey, M. A., & Schuller, J. (2013). PICS: what it is and how to help prevent it. *American Nurse Today*, 8(5). Recuperado em 09 de outubro de 2025, de <https://www.myamericannurse.com/post-intensive-care-syndrome-what-it-is-and-how-to-help-prevent-it/>.
- Davidson, J. E., Jones, C., & Bienvenu, O. J. (2012). Family responses to critical illness: postintensive care syndrome–family. *Critical Care Medicine*, 40(2), 618–624. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e318236ebf9>.
- Davydow, D. S. (2010). The burden of adverse mental health outcomes in critical illness survivors. *Critical Care (Londonm England)*, 14(1), 125. <https://doi.org/10.1186/cc8867>.
- Ekim, A. (2020). The post-intensive care syndrome in children. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 43(1), 15–21. <https://doi.org/10.1080/24694193.2018.1520323>.
- Ewens, B., Chapman, R., Tulloch, A., & Hendricks, J. M. (2014). ICU survivors’ utilisation of diaries post discharge: a qualitative descriptive study. *Australian critical care*, 27(1), 28–35. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2013.07.001>.
- Figueira, I., & Mendlowicz, M. (2003). Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 25(Suppl 1), 12–16. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462003000500004>.
- Frivold, G., Slettebø, A., & Dale, B. (2016). Family members’ lived experiences of everyday life after intensive care treatment of a loved one: A phenomenological hermeneutical study. *Journal of Clinical Nursing*, 25(3–4), 392–402. <https://doi.org/10.1111/jocn.13059>.
- Garrido, M., Álvarez, E., Salech, F., Rojas, V., Jara, N., Farías, J. I., de la Vega, D. P., & Tobar, E. (2023). Software-guided (PREVEDEL) cognitive stimulation to prevent delirium in hospitalised older adults: study protocol. *BMC Geriatrics*, 23(1), 472. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04189-2>.
- Garrouste-Orgeas, M., Périer, A., Mouricou, P., Grégoire, C., Bruel, C., Brochon, S., Philippart, F., Max, A., & Misset, B. (2014). Writing in and reading ICU diaries: qualitative study of families’ experience in the ICU. *PLoS One*, 9(10), e110146. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0110146>.
- Girard, T. D., Jackson, J. C., Pandharipande, P. P., Pun, B. T., Thompson, J. L., Shintani, A. K., Gordon, S. M., Canonico, A. E., Dittus, R. S., Bernard, G. R., & Ely, E. W. (2010). Delirium as a predictor of long-term cognitive impairment in survivors of critical illness. *Critical Care Medicine*, 38(7), 1513–1520. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181e47be1>.
- Goldberg, T. E., Chen, C., Wang, Y., Jung, E., Swanson, A., Ing, C., Garcia, P. S., Whittington, R. A., & Moitra, V. (2020). Association of delirium with long-term cognitive decline: a meta-analysis. *JAMA Neurology*, 77(11), 1373–1381. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2020.2273>.

- Gotlib, I. H., & Hammen, C. L. (Eds.). (2009). *Handbook of depression* (2a ed.). Guilford Press.
- Harvey, M. A., & Davidson, J. E. (2016). Postintensive care syndrome: right care, right now... and later. *Critical Care Medicine*, 44(2), 381–385. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001531>.
- Hayhurst, C. J., Pandharipande, P. P., & Hughes, C. G. (2016). Intensive care unit delirium: a review of diagnosis, prevention, and treatment. *Anesthesiology*, 125(6), 1229–1241. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000001378>.
- Herridge, M. S., & Azoulay, E. (2023). Outcomes after critical illness. *The New England Journal of Medicine*, 388(10), 913–924. <https://doi.org/10.1056/NEJMra2104669>.
- Hopkins, R. O., Weaver, L. K., Collingridge, D., Parkinson, R. B., Chan, K. J., & Orme, J. F., Jr (2005). Two-year cognitive, emotional, and quality-of-life outcomes in acute respiratory distress syndrome. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 171(4), 340–347. <https://doi.org/10.1164/rccm.200406-763OC>.
- Inoue, S., Nakanishi, N., Amaya, F., Fujinami, Y., Hatakeyama, J., Hifumi, T., Iida, Y., Kawakami, D., Kawai, Y., Kondo, Y., Liu, K., Nakamura, K., Nishida, T., Sumita, H., Taito, S., Takaki, S., Tsuboi, N., Unoki, T., Yoshino, Y., & Nishida, O. (2024). Post-intensive care syndrome: recent advances and future directions. *Acute Medicine and Surgery*, 11(1), e929. <https://doi.org/10.1002/ams2.929>.
- Iwashyna, T. J., Ely, E. W., Smith, D. M., & Langa, K. M. (2010). Long-term cognitive impairment and functional disability among survivors of severe sepsis. *JAMA*, 304(16), 1787–1794. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.1553>.
- Iwashyna, T. J., Netzer, G., Langa, K. M., & Cigolle, C. (2012). Spurious inferences about long-term outcomes: the case of severe sepsis and geriatric conditions. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 185(8), 835–841. <https://doi.org/10.1164/rccm.201109-1660OC>.
- Jackson, J. C., Ely, E. W., Morey, M. C., Anderson, V. M., Denne, L. B., Clune, J., Siebert, C. S., Archer, K. R., Torres, R., Janz, D., Schiro, E., Jones, J., Shintani, A. K., Levine, B., Pun, B. T., Thompson, J., Brummel, N. E., & Hoenig, H. (2012). Cognitive and physical rehabilitation of intensive care unit survivors: results of the RETURN randomized controlled pilot investigation. *Critical Care Medicine*, 40(4), 1088–1097. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182373115>.
- Jackson, J. C., Gordon, S. M., Hart, R. P., Hopkins, R. O., & Ely, E. W. (2004). The association between delirium and cognitive decline: a review of the empirical literature. *Neuropsychology Review*, 14(2), 87–98. <https://doi.org/10.1023/b:nerv.0000028080.39602.17>.
- Jones, C., Griffiths, R. D., Humphris, G., & Skirrow, P. M. (2001). Memory, delusions, and the development of acute posttraumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. *Critical Care Medicine*, 29(3), 573–580. <https://doi.org/10.1097/00003246-200103000-00019>.
- Kang, J. (2023). Being devastated by critical illness journey in the family: a grounded theory approach of post-intensive care syndrome-family. *Intensive and Critical Care Nursing*, 78, 103448. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103448>.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (2007). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica* (9a ed.). Artmed.
- Kentish-Barnes, N., Chaize, M., Seegers, V., Legriel, S., Cariou, A., Jaber, S., Lefrant, J. Y., Floccard, B., Renault, A., Vinatier, I., Mathonnet, A., Reuter, D., Guisset, O., Cohen-Solal, Z., Cracco, C., Seguin, A., Durand-Gassel, J., Éon, B., Thirion, M., . . . Azoulay, É. (2015). Complicated grief after death of a relative in the intensive care unit. *European Respiratory Journal*, 45(5), 1341–1352. <https://doi.org/10.1183/09031936.00160014>.
- Kotfis, K., van Diem-Zaal, I., Williams Roberson, S., Sietnicki, M., van den Boogaard, M., Shehabi, Y., & Ely, E. W. (2022). The future of intensive care: delirium should no longer be an issue. *Critical Care*, 26(1), 200. <https://doi.org/10.1186/s13054-022-04077-y>. Erratum in *Critical Care*, 26(1), 285. <https://doi.org/10.1186/s13054-022-04128-4>.

- Lassen-Greene, C., Wilson, J. E., & Ely, E. W. (2019). Disfunção cognitiva e transtornos mentais após doença grave: introdução. In J. M. Teles, C. Teixeira, & R. G. Rosa (Eds.), *Síndrome Pós-cuidados intensivos: como salvar mais do que vidas* (pp. 131-136). São Paulo: Editora dos Editores.
- Lee, M., Kang, J., & Jeong, Y. J. (2020). Risk factors for post-intensive care syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Australian Critical Care*, 33(3), 287–294. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.10.004>.
- Liu, K., Nakamura, K., Katsukawa, H., Nydahl, P., Ely, E. W., Kudchadkar, S. R., Takahashi, K., Elhadi, M., Gurjar, M., Leong, B. K., Chung, C. R., Balachandran, J., Inoue, S., Lefor, A. K., & Nishida, O. (2021). Implementation of the ABCDEF bundle for critically ill ICU patients during the covid-19 pandemic: a multi-national 1-day point prevalence study. *Frontiers in Medicine (Lausanne)*, 8, 735860. <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.735860>.
- Luetz, A., Grunow, J. J., Mörgeli, R., Rosenthal, M., Weber-Carstens, S., Weiss, B., & Spies, C. (2019). Innovative ICU solutions to prevent and reduce delirium and post-intensive care unit syndrome. *Seminars in Respiratory and Critical Care Medicine*, 40(5), 673–686. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1698404>.
- Marra, A., Pandharipande, P. P., & Patel, M. B. (2017). Intensive care unit delirium and intensive care unit-related posttraumatic stress disorder. *The Surgical Clinics of North America*, 97(6), 1215–1235. <https://doi.org/10.1016/j.suc.2017.07.008>.
- Marra, A., Pandharipande, P. P., Girard, T. D., Patel, M. B., Hughes, C. G., Jackson, J. C., Thompson, J. L., Chandrasekhar, R., Ely, E. W., & Brummel, N. E. (2018). Co-occurrence of post-intensive care syndrome problems among 406 survivors of critical illness. *Critical Care Medicine*, 46(9), 1393–1401. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003218>.
- Mikkelsen, M. E., Netzer, G., & Iwashyna, T. (2017). Post-intensive care syndrome (PICS) in adults: clinical features and diagnostic evaluation. *UpToDate* [Internet]. Recuperado em 27 de maio de 2025, de <https://sso.uptodate.com/contents/post-intensive-care-syndrome-pics-in-adults-clinical-features-and-diagnostic-evaluation/print>.
- Mikkelsen, M. E., Still, M., Anderson, B. J., Bienvenu, O. J., Brodsky, M. B., Brummel, N., Butcher, B., Clay, A. S., Felt, H., Ferrante, L. E., Haines, K. J., Harhay, M. O., Hope, A. A., Hopkins, R. O., Hosey, M., Hough, C. T. L., Jackson, J. C., Johnson, A., Khan, B., . . . Sevin, C. M. (2020). Society of Critical Care Medicine's international consensus conference on prediction and identification of long-term impairments after critical illness. *Critical Care Medicine*, 48(11), 1670–1679. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004586>.
- Milton, A., Schandl, A., Soliman, I. W., Meijers, K., van den Boogaard, M., Larsson, I. M., Brorsson, C., Östberg, U., Oxenbøll-Collet, M., Savilampi, J., Paskins, S., Bottai, M., & Sackey, P. V. (2018). Development of an ICU discharge instrument predicting psychological morbidity: a multinational study. *Intensive Care Medicine*, 44(12), 2038–2047. <https://doi.org/10.1007/s00134-018-5467-3>.
- Mitchell, M. L., Shum, D. H. K., Mihala, G., Murfield, J. E., & Aitken, L. M. (2018). Long-term cognitive impairment and delirium in intensive care: a prospective cohort study. *Australian Critical Care*, 31(4), 204–211. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2017.07.002>.
- Monteiro, M. C., Genaro, L. T., & Rodrigues, L. (2023). Cuidado ao luto em unidade de terapia intensiva – adulto. In M. C. Monteiro, A. M. R. Franqueira, & A. Coelho (Eds.), *Morte e luto no contexto hospitalar e da saúde*. Editora dos Editores.
- Myhren, H., Ekeberg, O., Tøien, K., Karlsson, S., Stokland, O., & Hovland, A. (2010). Posttraumatic stress, anxiety and depression symptoms in patients during the first year post intensive care unit discharge. *Critical Care*, 14(1), R14. <https://doi.org/10.1186/cc8870>.
- Naef, R., von Felten, S., & Ernst, J. (2021). Factors influencing post-ICU psychological distress in family members of critically ill patients: a linear mixed-effects model. *Biopsychosocial Medicine*, 15(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s13030-021-00206-1>.
- Needham, D. M., Davidson, J., Cohen, H., Hopkins, R. O., Weinert, C., Wunsch, H., Zawistowski, C., Bemis-Dougherty, A., Berney, S. C., Bienvenu, O. J., Brady, S. L., Brodsky, M. B., Denehy, L., Elliott, D., Flatley, C., Harabin, A. L., Jones, C., Louis, D., Meltzer, W. . . . Harvey, M. A. (2012). Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. *Critical Care Medicine*, 40(2), 502–509. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e318232da75>.

- Nikayin, S., Rabiee, A., Hashem, M. D., Huang, M., Bienvenu, O. J., Turnbull, A. E., & Needham, D. M. (2016). Anxiety symptoms in survivors of critical illness: a systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry, 43*, 23–29. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2016.08.005>.
- Oliveira, R. P., Teixeira, C., & Rosa, R. G. (2020). Síndrome do desconforto respiratório agudo: como se saem os pacientes após a unidade de terapia intensiva? *Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 31*(4), 555–560. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20190074>.
- Pandharipande, P. P., Girard, T. D., Jackson, J. C., Morandi, A., Thompson, J. L., Pun, B. T., Brummel, N. E., Hughes, C. G., Vasilevskis, E. E., Shintani, A. K., Moons, K. G., Geevarghese, S. K., Canonico, A., Hopkins, R. O., Bernard, G. R., Dittus, R. S., Ely, E. W., & BRAIN-ICU Study Investigators. (2013). Long-term cognitive impairment after critical illness. *The New England Journal of Medicine, 369*(14), 1306–1316. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1301372>.
- Parker, A. M., Aldabain, L., Akhlaghi, N., Glover, M., Yost, S., Velaetis, M., Lavezza, A., Manthey, E., Albert, K., & Needham, D. M. (2021). Cognitive stimulation in an intensive care unit: a qualitative evaluation of barriers to and facilitators of implementation. *Critical Care Nurse, 41*(2), 51–60. <https://doi.org/10.4037/ccn2021551>.
- Peris, A., Bonizzoli, M., Iozzelli, D., Migliaccio, M. L., Zagli, G., Bacchereti, A., Debolini, M., Vannini, E., Solaro, M., Balzi, I., Bendoni, E., Bacchi, I., Trevisan, M., Giovannini, V., & Belloni, L. (2011). Early intra-intensive care unit psychological intervention promotes recovery from post-traumatic stress disorders, anxiety and depression symptoms in critically ill patients. *Critical Care (London, England), 15*(1), R41. <https://doi.org/10.1186/cc10003>.
- Prince, E., Gerstenblith, T. A., Davydow, D., & Bienvenu, O. J. (2018). Psychiatric morbidity after critical illness. *Critical Care Clinics, 34*(4), 599–608. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2018.06.006>.
- Rattray, J. E., Johnston, M., & Wildsmith, J. A. W. (2005). Predictors of emotional outcomes of intensive care. *Anaesthesia, 60*(11), 1085–1092. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.2005.04336.x>.
- Saboya, F., & Itapary, M. (2018). Da urgência médica à subjetiva: a responsabilidade da instituição e a responsabilidade de cada um. In F. Saboya, J. V. F. Marca, K. Kitajima, & M. C. Monteiro (Eds.), *Psicologia em unidade de terapia intensiva: intervenções em situações de urgência subjetiva* (pp. 35–45). Atheneu.
- Sager, M. A., Hermann, B. P., La Rue, A., & Woodard, J. L. (2006). Screening for dementia in community-based memory clinics. *WMJ: Official Publication of the State Medical Society of Wisconsin, 105*(7), 25–29.
- Shirasaki, K., Hifumi, T., Nakanishi, N., Nosaka, N., Miyamoto, K., Komachi, M. H., Haruna, J., Inoue, S., & Otani, N. (2024). Postintensive care syndrome family: A comprehensive review. *Acute Medicine and Surgery, 11*(1), e939. <https://doi.org/10.1002/ams2.939>.
- Sivanathan, L., Wunsch, H., Vigod, S., Hill, A., Pinto, R., & Scales, D. C. (2019). Mental illness after admission to an intensive care unit. *Intensive Care Medicine, 45*(11), 1550–1558. <https://doi.org/10.1007/s00134-019-05752-5>.
- Sottile, P. D., Lynch, Y., Mealer, M., & Moss, M. (2016). Association between resilience and family member psychologic symptoms in critical illness. *Critical Care Medicine, 44*(8), e721–e727. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001674>.
- Spies, C. D., Krampe, H., Paul, N., Denke, C., Kiselev, J., Piper, S. K., Kruppa, J., Grunow, J. J., Steinecke, K., Gülmez, T., Scholtz, K., Rosseau, S., Hartog, C., Busse, R., Caumanns, J., Marschall, U., Gersch, M., Apfelbacher, C., Weber-Carstens, S., & Weiss, B. (2021). Instruments to measure outcomes of post-intensive care syndrome in outpatient care settings: results of an expert consensus and feasibility field test. *Journal of the Intensive Care Society, 22*(2), 159–174. <https://doi.org/10.1177/1751143720923597>.
- Teixeira, C., Rosa, R. G., & Friedman, G. (2021). Sepsis após a alta da UTI: um problema de saúde pública. *Clinical and Biomedical Research, 41*(1). <https://doi.org/10.22491/2357-9730.107497>.

- Trevick, S. A., & Lord, A. S. (2017). Post-traumatic stress disorder and complicated grief are common in caregivers of neuro-ICU patients. *Neurocritical Care*, 26(3), 436–443. <https://doi.org/10.1007/s12028-016-0372-5>.
- Wade, D., Hardy, R., Howell, D. C., & Mythen, M. (2013). Identifying clinical and acute psychological risk factors for PTSD after intensive care: a systematic review. *Minerva Anestesiologica*, 79(8), 944–963. Recuperado em 09 de outubro de 2025, de <https://www.minervamedica.it/en/journals/minerva-anestesiologica/article.php?cod=R02Y2013N08A0944>.
- Wiegand, D. L., Grant, M. S., Cheon, J., & Gergis, M. A. (2013). Family-centered end-of-life care in the ICU. *Journal of Gerontological Nursing*, 39(8), 60–68. <https://doi.org/10.3928/00989134-20130530-04>.
- Wolters, A. E., Slooter, A. J., van der Kooi, A. W., & van Dijk, D. (2013). Cognitive impairment after intensive care unit admission: a systematic review. *Intensive Care Medicine*, 39(3), 376–386. <https://doi.org/10.1007/s00134-012-2784-9>.

NOTAS

¹ ABCDEF é um acrônimo que representa um conjunto de estratégias para gerenciar pacientes críticos, incluindo a prevenção e o manejo do delirium. Cada letra se refere a uma área de cuidado no idioma inglês: *Assess, prevent and manage pain* (Avaliar, prevenir e controlar a dor); *Both spontaneous awakening and breathing trials* (Tentativas de despertar e de respiração espontâneas); *Choice of analgesia and sedation* (Escolha de analgesia e sedação); *Delirium: assess, prevent, and manage* (Delirium: avaliar, prevenir e manejar); *Early mobility and exercise* (Mobilidade e exercício precoces); e *Family engagement and empowerment* (Engajamento e empoderamento familiar).

FICHA TÉCNICA

Editor-chefe: Marcus Vinícius Rezende Fagundes Netto

Editora assistente: Layla Raquel Silva Gomes

Editor associado: Mabel Krieger

Secretaria editorial: Cláudio Kazuo Akimoto Junior

Coordenação editorial: Andrea Hespanha

Consultoria e assessoria: Oficina de Ideias
