



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA DE LAGARTO

FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À SÍNDROME PÓS TERAPIA INTENSIVA:
UM ESTUDO DE COORTE

DAYANE KAREM ROCHA

KALINE GABRIELE NASCIMENTO SILVA

LAGARTO/SE

2026

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO PROFESSOR ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA DE LAGARTO

**FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À SÍNDROME PÓS TERAPIA INTENSIVA:
UM ESTUDO DE COORTE**

DAYANE KAREM ROCHA

KALINE GABRIELE NASCIMENTO SILVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Fisioterapia de Lagarto, Universidade Federal de Sergipe, como parte dos requisitos para graduação em Fisioterapia, sob a orientação da Prof. Dra. Larissa Andrade de Sá Feitosa Cruz e coorientação da Prof. Dra. Telma Cristina Fontes Cerqueira.

LAGARTO/SE

2026

DAYANE KAREM ROCHA
KALINE GABRIELE NASCIMENTO SILVA

**FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À SÍNDROME PÓS TERAPIA INTENSIVA:
UM ESTUDO DE COORTE**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de
Fisioterapia de Lagarto, Universidade
Federal de Sergipe, como parte dos
requisitos para graduação em Fisioterapia,
sob a orientação da Prof. Dra. Larissa
Andrade de Sá Feitosa Cruz e coorientação
da Prof. Dra. Telma Cristina Fontes
Cerqueira.

Lagarto, 12 Fevereiro de 2026

BANCA EXAMINADORA

Prof.Dra. Larissa Andrade de Sá Feitosa Cruz

Dra. Larissa Resende Oliveira

Prof.Dra. Júlia Guimarães Reis da Costa

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 METODOLOGIA.....	9
2.1 TIPO DE ESTUDO.....	9
2.2 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	9
2.3 LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA.....	9
2.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	10
2.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	10
2.6 COLETA DE DADOS.....	10
2.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	13
3 RESULTADOS.....	14
4 DISCUSSÃO.....	19
5 CONCLUSÃO.....	23
6 REFERÊNCIAS.....	24
APÊNDICE I- TERMO DE CONSENTIMENTO.....	26
Apêndice B- FICHA DE AVALIAÇÃO.....	29
ANEXO I - ÍNDICE DE KATZ - De Independência nas Atividades de Vida Diária.....	33
ANEXO II- Escala de mobilidade na UTI (IMS).....	35
ANEXO III - Short Portable Mental Status Questionnaire (Breve Questionário Portátil sobre o Estado Mental).....	36
ANEXO IV - Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9).....	37
ANEXO V- Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD 7).....	38
ANEXO VI - Escala de Atividades Instrumentais de vida diária – AIVD - Lawton & Brody – Adaptada ao contexto brasileiro.....	39
ANEXO VII - Questionário ABEP.....	40

RESUMO

Introdução: O avanço tecnológico e organizacional das Unidades de Terapia Intensiva tem ampliado a sobrevivência de pacientes críticos. Ainda assim, muitos sobreviventes apresentam comprometimentos físicos, cognitivos e psicológicos após a alta, caracterizando a síndrome pós-terapia intensiva (PICS), com repercussões duradouras na qualidade de vida. **Objetivo:** identificar os fatores de risco associados à síndrome pós terapia intensiva. **Método:** Trata-se de um estudo de coorte prospectivo realizado em uma unidade de terapia intensiva adulto no período entre maio do ano de 2023 e outubro de 2025, incluindo pacientes com idade ≥ 18 anos após a alta da UTI. Os participantes foram acompanhados por entrevistas telefônicas, um e três meses após a alta. A Síndrome Pós-Terapia Intensiva (PICS) foi definida pela presença de comprometimentos nos domínios físico, psicológico e cognitivo, avaliados por instrumentos validados: Índice de Katz e AIVD de Lawton e Brody (domínio físico), PHQ-9 e GAD-7 (domínio psicológico) e SPMSQ (domínio cognitivo). A análise estatística foi realizada no SPSS versão 20.0, utilizando regressão logística binária para estimar as razões de chances, adotando-se nível de significância de 5%. **Resultados:** A PICS apresentou elevada prevalência no domínio físico, acometendo 73,5% dos pacientes no primeiro mês e 75,8% no terceiro mês após a alta da UTI, estando associada à idade ≥ 60 anos e à redução da mobilidade apenas na avaliação inicial. No domínio psicológico, a prevalência foi de 52,2% no primeiro mês e 58,1% no terceiro mês, sendo identificados como fatores de risco, no primeiro mês, a ausência de trauma anterior e a ausência de neoplasia. O comprometimento cognitivo esteve presente em 38,5% dos pacientes no primeiro mês, reduzindo para 25,8% aos três meses, tendo como fator de risco a ausência de trauma anterior na avaliação inicial. **Conclusão:** Conclui-se que idade ≥ 60 anos e redução da mobilidade na admissão à UTI estiveram associadas a maior risco de desenvolvimento da PICS, especialmente no domínio físico, evidenciando a influência do envelhecimento e do comprometimento funcional prévio. Nos domínios psicológico e cognitivo, a ausência de trauma prévio e, no psicológico, a ausência de neoplasia associaram-se à maior ocorrência da síndrome, sugerindo que a experiência da internação em UTI é um fator relevante. A identificação desses

fatores contribui para o reconhecimento de pacientes mais vulneráveis e para o planejamento de estratégias preventivas e de reabilitação.

Abstract

Introduction: Technological and organizational advancements in Intensive Care Units (ICUs) have extended the survival of critically ill patients. Nevertheless, many survivors experience physical, cognitive, and psychological impairments after discharge, characterizing Post-Intensive Care Syndrome (PICS), which has lasting repercussions on quality of life. Objective: To identify the risk factors associated with post-intensive care syndrome. **Method:** This is a prospective cohort study conducted in an adult intensive care unit, including patients aged ≥ 18 years following ICU discharge. Participants were followed through telephone interviews at one and three months post-discharge. Post-Intensive Care Syndrome (PICS) was defined by the presence of impairments in physical, psychological, and cognitive domains, assessed using validated instruments: the Katz Index and the Lawton-Brody Instrumental Activities of Daily Living (IADL) scale (physical domain), PHQ-9 and GAD-7 (psychological domain), and the SPMSQ (cognitive domain). Statistical analysis was performed using SPSS version 20.0, employing binary logistic regression to estimate odds ratios, with a significance level of 5%. **Results:** PICS showed a high prevalence in the physical domain, affecting 73.5% of patients in the first month and 75.8% in the third month after ICU discharge, being associated with age ≥ 60 years and reduced mobility only in the initial assessment. In the psychological domain, the prevalence was 52.2% in the first month and 58.1% in the third month; absence of previous trauma and absence of neoplasia were identified as risk factors in the first month. Cognitive impairment was present in 38.5% of patients in the first month, decreasing to 25.8% at three months, with the absence of previous trauma in the initial assessment identified as a risk factor. **Conclusion:** It is concluded that age ≥ 60 years and reduced mobility upon ICU admission were associated with a higher risk of developing PICS, especially in the physical domain, highlighting the influence of aging and prior functional impairment. In the psychological and cognitive domains, the absence of previous trauma and, in the psychological domain, the absence of neoplasia were associated with a higher occurrence of the syndrome, suggesting that the ICU hospitalization experience itself is a relevant factor. The identification of these factors contributes to the recognition of patients at risk.

1 INTRODUÇÃO

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI), a cada ano que passa vêm se desenvolvendo e adquirindo melhores recursos tecnológicos, humanos e organizacionais que contribuem para a melhora e alta do paciente crítico (ROBINSON et al., 2018). Entretanto, a maioria dos pacientes que recebe alta da UTI apresenta déficits cognitivos, psicológicos e/ou físicos, isolados ou associados, condição denominada síndrome de cuidados pós-intensivos (post-intensive care syndrome – PICS). Tal síndrome pode persistir por anos, ocasionando grandes custos para o paciente, familiares e sociedade (FLAWS et al., 2024).

O comprometimento físico, causado pela PICS, afeta 25–80% dos pacientes e pode se apresentar por meio da Fraqueza Muscular Adquirida na UTI (FMA-UTI), uma condição que afeta os músculos dos pacientes após a admissão na UTI, marcada por fraqueza e perda de massa muscular. Além disso, os pacientes costumam apresentar redução da mobilidade, mostrando ser um fator prejudicial nas suas AVDs.

Na esfera emocional, os indivíduos podem ter como sequelas a ansiedade, depressão ou transtorno do estresse pós-traumático, as quais ocorrem em 8–57% dos pacientes e podem persistir por anos, o que torna ainda mais difícil a recuperação do paciente pós alta. O comprometimento cognitivo, por sua vez, apresenta-se com déficit de atenção, na memória e concentração, além disso, ocorre em 30–80% dos sobreviventes da UTI. Todas essas sequelas podem afetar a qualidade de vida do paciente e perpetuar por um longo período (MORAES, PEREIRA e MIRANDA, 2024; INOUE et al., 2019; COLBENSON, JOHNSON E WILSON, 2019).

Dentre os possíveis fatores de riscos que contribuem para o surgimento desta síndrome no aspecto físico estão a idade avançada, imobilidade prolongada, ventilação mecânica prolongada, desnutrição e incapacidade funcional pré-existente. Com relação às disfunções cognitivas tem-se como fatores de risco o delirium, medicamentos sedativos e déficit cognitivo prévio. Já no componente psicológico,

encontra-se como principais fatores de risco a doença psiquiátrica pré-existente, sexo feminino, idade <50 anos, menor escolaridade, doença prolongada e uso de sedativos e analgésicos. Fatores como sepse, síndrome do desconforto respiratório agudo e sedativos são fatores de risco para os três componentes (MORAES et al., 2024).

Apesar do crescente reconhecimento da Síndrome Pós-Terapia Intensiva e da identificação de fatores de risco associados ao seu desenvolvimento, observa-se escassez de estudos que investiguem a síndrome em diferentes momentos após a alta, o que limita a compreensão de sua evolução temporal. Ademais, torna-se relevante compreender a ocorrência da PICS em hospitais locais, especialmente em serviços públicos de saúde, a fim de identificar as particularidades assistenciais, clínicas e socioeconômicas dessas instituições. Nesse contexto, destaca-se a importância da realização de estudos que acompanhem os pacientes em diferentes períodos após a alta da UTI, permitindo melhor compreensão da progressão ou persistência dos comprometimentos físicos, cognitivos e psicológicos.

O aumento da compreensão dos fatores de risco para a PICS, especialmente entre diferentes perfis de pacientes críticos, torna-se necessário para aprimorar a capacidade dos profissionais de saúde de identificação de pacientes potencialmente de alto risco para triagem, bem como para desenvolvimento de estratégias preventivas e de reabilitação direcionadas. Ademais, os resultados deste estudo contribuirão para melhores medidas de intervenção, a fim de diminuir os impactos causados pela PICS.

Diante desse contexto, o objetivo desta pesquisa é identificar os principais fatores de risco para o desenvolvimento da Síndrome Pós-Terapia Intensiva (PICS) em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário de Lagarto. Como objetivos específicos, pretende-se analisar os aspectos físicos, cognitivos e psicológicos dos pacientes após a internação na UTI, bem como avaliar os fatores de risco associados ao tratamento recebido na UTI, à funcionalidade, aos hábitos de vida e às características clínicas e demográficas no desenvolvimento da síndrome.

2 METODOLOGIA

2.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de coorte prospectivo, conduzido em uma unidade de terapia intensiva adulta. Foram avaliados pacientes com idade ≥ 18 anos que receberam alta da UTI. Esses pacientes foram acompanhados após um mês da alta e novamente após três meses, por meio de entrevistas telefônicas. A dependência funcional, a disfunção cognitiva e os sintomas de ansiedade e depressão foram avaliados como desfechos.

2.2 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Todos os indivíduos que participaram dessa pesquisa foram esclarecidos sobre as condições do estudo e assinaram, concordando com o “Termo de consentimento livre e esclarecido” antes de receberem alta hospitalar. O documento foi elaborado em duas vias, em que uma das vias foi entregue ao participante da pesquisa. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe Lagarto/Hospital Universitário de Lagarto - CEP UFS-Lag/HUL, com CAAE 29123020.5.0000.5546 e número do parecer 5.531.925, em cumprimento ao que determina a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e a Convenção de Helsinque. Além disso, o projeto encontra-se registrado no sistema Rede Pesquisa da Ebserh e já possui termo de anuência do Setor de Gestão de Pesquisa e Inovação Tecnológica do HUL-UFS, bem como o termo de autorização para o uso dos prontuários fornecido pelo hospital, autorizando o início da pesquisa assim que finalizada a aprovação do CEP.

2.3 LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA

O presente projeto foi realizado no Hospital Universitário de Lagarto (HUL), localizado na Av. Brasília, 49400 - Santa Terezinha, Lagarto - SE, 49400-000. A pesquisa teve início no mês de maio do ano de 2023 e se estendeu até outubro de 2025.

2.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Pacientes com idade ≥ 18 anos que receberam alta da Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

2.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos indivíduos com idade ≥ 18 anos e que receberam alta no internamento na UTI. Foram excluídos: 1. Pacientes que permaneceram internados por um período inferior a 48h; 2. Pacientes que sejam transferidos para outro hospital durante a internação na UTI; 3. Pacientes com diagnóstico pré-admissão de demência; 4. Pacientes que receberam ventilação mecânica no ambiente domiciliar antes da admissão; 5. Pacientes com câncer em estágio terminal; 6. Pacientes em cuidados paliativos; 7. Paciente com morte esperada dentro de 24 h; 8. Pacientes com segunda admissão ou subsequente à UTI durante o período do estudo; 9. Pacientes que não puderem ser acompanhados (por exemplo, não tem meio de comunicação ou são desabrigados).

2.6 COLETA DE DADOS

Os momentos do estudo estão resumidos na figura 1. Assim que foram internados na UTI, os indivíduos foram acompanhados, a fim de avaliar se cumpriram os critérios de inclusão e exclusão. Para os pacientes incluídos no estudo, foi realizada a coleta de dados e as avaliações necessárias. Foi informado que o pesquisador entraria em contato via telefone ou vídeo chamada (foi acordado previamente o formato do contato), para a realização das avaliações das consequências da síndrome pós-terapia intensiva nos períodos de 1 mês e 3 meses.

A Síndrome Pós-Cuidados Intensivos (PICS) foi definida como o surgimento de qualquer comprometimento nos domínios físico, psicológico ou cognitivo. O comprometimento físico foi caracterizado quando o indivíduo foi classificado como dependente de acordo com o Índice de Katz ou pela Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) de Lawton e Brody. No domínio psicológico, a presença de escores elevados nos instrumentos Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) e Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) - pontuação maior ou igual a 5 em ambos - foi utilizada como critério para a caracterização da síndrome. Já o comprometimento cognitivo foi definido com base no número de erros identificados por meio do Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ).

Por meio de um questionário e levantamento do prontuário destes pacientes (APENDICE B) foram coletados dados pessoais, estado de saúde prévio à admissão na UTI, dados da internação e sua evolução para a alta ou óbito.

No momento da admissão, foi aplicado o Índice de Katz (ANEXO I), para avaliar a capacidade funcional nas atividades básicas de vida diária (AVDs). Além deste, o Intensive Care Unit Mobility Score (IMS) (ANEXO II) foi utilizado para verificar a mobilidade prévia e atual à admissão na UTI.

O Índice de Katz é um questionário que avalia o indivíduo em 6 AVDs e sua pontuação varia de 0 a 6, sendo 0, o indivíduo independente em todas as atividades, 1 o indivíduo independente em cinco atividades e dependente em uma atividade, e assim sucessivamente até o 6, que classifica o indivíduo dependente em todas as atividades (KATZ e AKPOM, 1976).

O *Intensive Care Unit Mobility Scale* (IMS) é uma escala unidimensional cuja pontuação varia de 0 a 10, na qual valores mais baixos indicam menor mobilidade e a pontuação máxima representa mobilidade preservada (KAWAGUCHI; KENJI et al., 2016). A classificação é definida da seguinte forma: pontuação 0 indica limitação total; pontuações de 1 a 3 correspondem a grave redução da mobilidade; de 4 a 6, moderada redução da mobilidade; de 7 a 9, ligeira redução da mobilidade; e 10 indica mobilidade preservada.

No momento da alta, foram coletadas informações do prontuário dos pacientes, como diagnósticos, realização de cirurgias e tratamento recebido na UTI. Para a avaliação do comprometimento físico foram utilizados, além do IMS e Katz, o Medical Research Council (MRC). Para avaliar o comprometimento cognitivo foram utilizados o 10-item Short Portable Mental Status Questionnaire (Breve Questionário Portátil sobre o Estado Mental) (ANEXO III). Já na esfera psicológica os instrumentos utilizados são o Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) (ANEXO IV) e o Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD 7) (ANEXO V).

Por fim, nas avaliações de 1 mês e 3 meses, foram utilizados, além do Índice de Katz, PHQ-9, GAD 7, Short Portable Mental Status Questionnaire, a Escala de AIVD (Lawton & Brody) (ANEXO VI) para analisar a independência nas atividades instrumentais de vida diária.

O MRC é uma escala para avaliação da força muscular. O escore é obtido com base na avaliação de seis movimentos de membros superiores e inferiores bilateralmente (abdução do ombro, flexão do cotovelo, extensão do punho, flexão do quadril, extensão do joelho, dorsiflexão do tornozelo). A força é graduada entre 0 (plegia) a 5 (força normal), totalizando no máximo 60 pontos. Valores abaixo de 48 são considerados fraqueza muscular adquirida na UTI (SILVA, et al., 2018, VENTO, et al., 2018).

O 10-item Short Portable Mental Status Questionnaire (Breve Questionário Portátil sobre o Estado Mental) é um instrumento com dez questões simples e relacionadas ao dia a dia, que avalia aspectos cognitivos relacionados à memória, orientação temporal e espacial e capacidade matemática, sendo utilizado para o diagnóstico e acompanhamento da evolução ou não do déficit cognitivo (TEIGÃO, MOSER e JEREZ-ROIG, 2020). Considera-se incapacidade cognitiva a partir de três erros.

O PHQ-9 é um instrumento de rastreio para identificação de indivíduos em risco de depressão. Contém nove questões, mensurando a percepção dos sentimentos depressivos, a partir de sua ocorrência em número de dias. É considerado um instrumento de aplicação relativamente rápida (SANTOS, TAVARES e MUNHOZ et al., 2013). Já o GAD 7 é um instrumento de auto-relato de 7 itens de sintomas relacionados à ansiedade generalizada. Os entrevistados devem pontuar cada item de acordo com frequência de dias de ocorrências de incômodos com os sintomas relatados, variando de 0 (nenhuma vez) e 3 (quase todos os dias). Os scores variam de 0 a 21, sendo que quanto maior o score, maior a severidade dos sintomas percebidos e relatados (SPITZER, et al., 2006).

A Escala de AIVD (Lawton & Brody) avalia oito atividades necessárias para viver com independência na comunidade e dar suporte às AVDs, incluindo usar o telefone, fazer compras, preparar a comida, trabalho doméstico, lavar a roupa, utilizar transporte, locomoção fora de casa, manusear medicamentos e dinheiro. Para cada atividade avaliada, será atribuída nota de acordo com a capacidade de realização da atividade do indivíduo. Quanto maior for a pontuação, mais independente será o indivíduo para executar a atividade (SANTOS e VIRTUOSO

JÚNIOR, 2008). Considera-se dependência total até 5 pontos, dependência parcial de 6 a 20 pontos e independência 21 pontos.

2.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística foi realizada no software SPSS versão 20.0. As variáveis analisadas foram categóricas, e o desfecho do estudo foi o desenvolvimento da Síndrome Pós-Terapia Intensiva (PICS) em seus domínios físico, psicológico e cognitivo.

Os desfechos foram avaliados em dois momentos distintos separadamente, 1 mês e 3 meses após a alta da unidade de terapia intensiva. Para cada domínio da PICS, o desfecho foi tratado como variável dicotômica (sim ou não).

A associação entre as variáveis independentes e o desenvolvimento de PICS foi avaliada por meio de regressão logística binária, sendo estimadas as razões de chances (odds ratio – OR). O nível de significância estatística adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

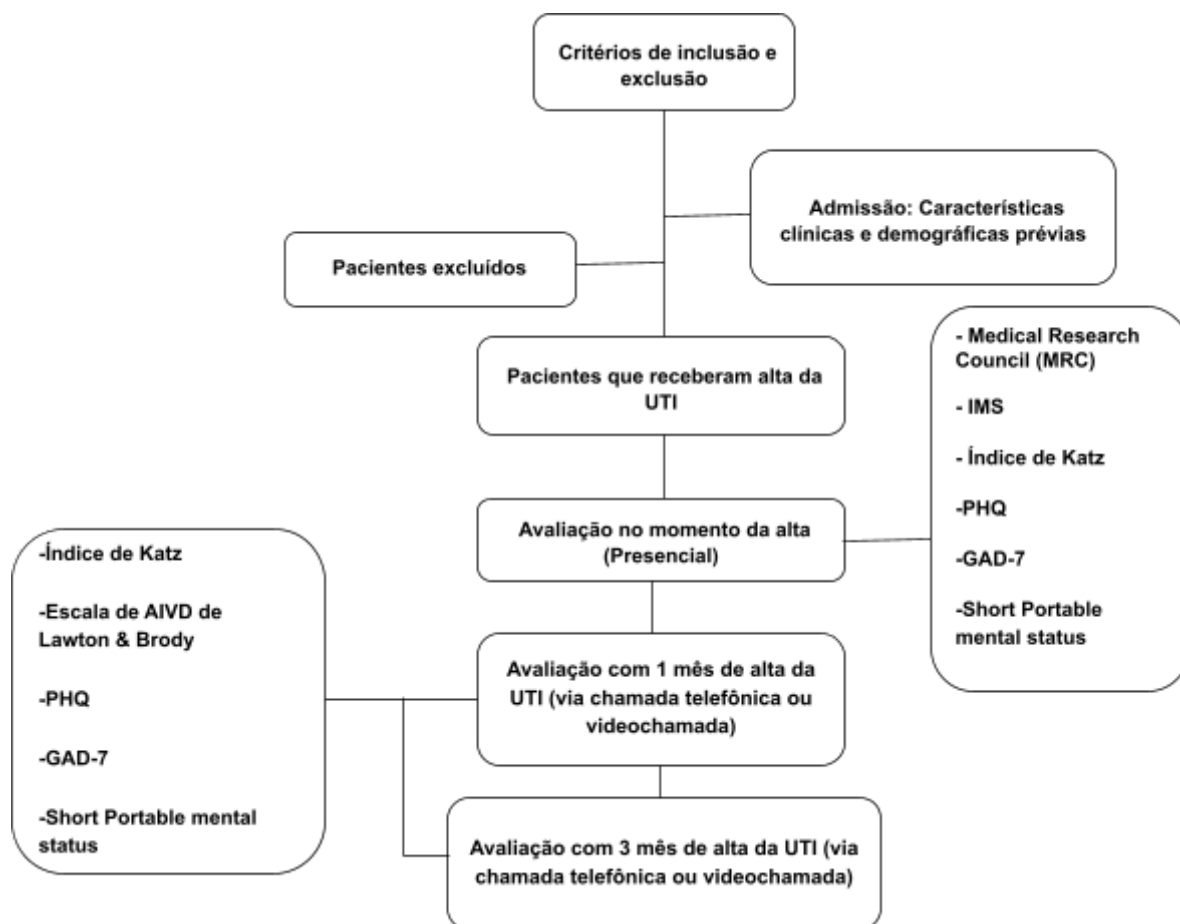


Figura 1- Momento do estudo

3 RESULTADOS

Durante o período do estudo, 321 pacientes foram elegíveis para o estudo. A Figura 2 apresenta o fluxograma de inclusão dos pacientes. Ao final, foram incluídos 100 pacientes, dos quais 57 eram do sexo masculino e 43 do sexo feminino. O número de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos foi de 46. A média de permanência na UTI foi de 12,29 dias (desvio-padrão — DP — de 9,08), com tempo máximo de internação de 49 dias. As características da coorte estão apresentadas na Tabela 1.

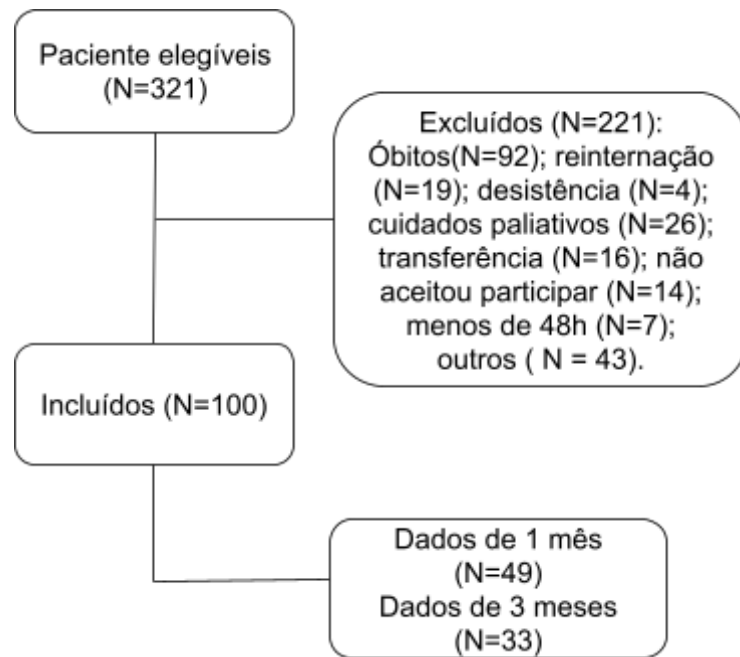


Figura 2- Pacientes incluídos no estudo

Tabela 1 - Caracterização da Amostra

Amostra	N%
Sexo:	
Masculino	57/100 (57%)
Feminino	43/100 (43%)
Idade:	
Adulto	46/100 (46%)
Idoso	54/100 (54%)
Raça:	
Pardo	84/99 (84,84%)
Branco	11/99 (11,11%)
Negro	4/99 (4,04%)
Grau de instrução:	
Analfabeto	21/98 (21,42%)
Fundamental I incompleto	38/98 (38,77%)
Fundamental I completo	20/98 (20,40%)
Fundamental II completo	5/98 (5,10%)
Ensino médio incompleto	5/98 (5,10%)
Ensino médio completo	6/98 (6,12%)
Ensino superior completo	1/98 (1,02%)
Ensino superior incompleto	2/98 (2,04%)
Doenças mais prevalentes:	
Abdome agudo	6/100 (6%)
Sepse	10/100 (10%)
pneumonia	9/100 (9%)
DPOC	15/100 (15%)
fraturas	12/100 (12%)
Outras	48/100 (48%)
*Status socioeconômico:	
A	1/95 (1,05)
B	3/95 (3,15)
C	35/95 (36,8)
DE	56/95 (58,94)
Causa da admissão:	
Clínico	58/100 (58%)
Cirúrgico/eletivo	13/100 (13%)
Cirúrgico urgente/emergencial	29/100 (29%)
Tempo na UTI	Dias
Média (DP)	12,29 (9,08)
Mediana	9,5

Legenda: *Pontuação no questionário ABEP (Anexo VII): A (45-100); B (29-44); C (17-28); DE (0-16)

A figura 3 apresenta a prevalência da PICS nos domínios físico, psicológico e cognitivo, avaliados aos 1 e 3 meses após a alta da unidade de terapia intensiva. A

tabela 2 mostra os diferentes fatores de risco para o desenvolvimento de PICS na análise estatística. Observou-se elevada prevalência no domínio físico em ambos os períodos, aumento da prevalência no domínio psicológico e redução no domínio cognitivo ao longo do seguimento.

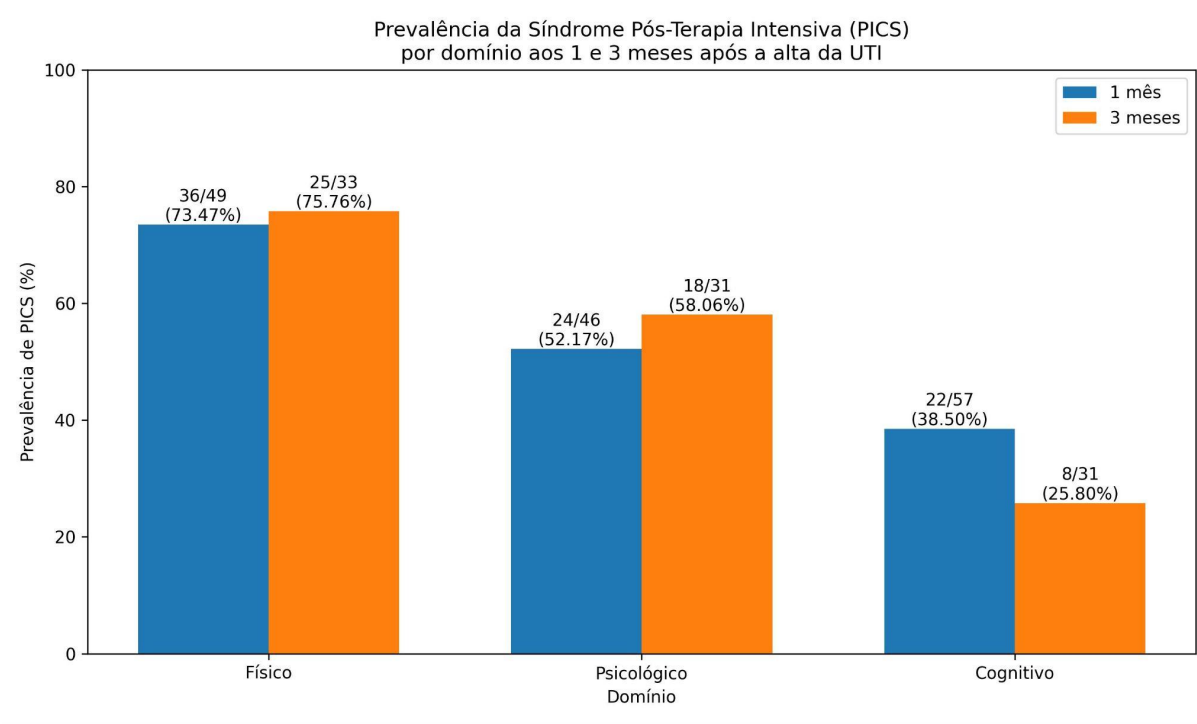


Figura 3- Prevalência da PICS

Tabela 2 - Fatores de risco para o desenvolvimento da PICS

PICS FISICO 1 MÊS	B	p.	OR	95% C.I.for EXP(B)	
Idade(1)	2,752	0,02	15,674	1,351	181,811
Fragilidade preexistente(1)	-3,228	0,02	0,04	0,003	0,569
IMS admissão(2)	3,933	0,049	51,052	1,024	2544,220
IMS admissão(4)	2,871	0,013	17,661	1,846	168,958
Sistema Respiratório (1)	-2,929	0,05	0,053	0,003	0,995
PICS FISICO 3 MESES	B	p.	OR	95% C.I.for EXP(B)	
Katz alta(1)	-2,277	0,025	0,103	0,015	0,724
PICS PSICOLOGICO 1 MÊS	B	p.	OR	95% C.I.for EXP(B)	
Evento de trauma anterior(1)	1,988	0,025	7,302	1,282	41,581
Uso de álcool(1)	-2,056	0,014	0,128	0,025	0,659
Neoplasia(1)	2,924	0,04	18,616	1,146	302,504
PICS PSICOLOGICO 3 MESES	B	p.	OR	95% C.I.for EXP(B)	
Uso de fumo(1)	-3,246	0,013	0,039	0,003	0,501
Fragilidade preexistente(1)	-2,798	0,031	0,061	0,005	0,775
PICS COGNITIVO 1 MÊS	B	p	OR	95% C.I.for EXP(B)	
Fragilidade preexistente(1)	-1,865	0,018	0,154	0,033	0,725
Evento de trauma anterior(1)	1,874	0,025	6,512	1,258	33,705
HAS(1)	-1,410	0,049	0,224	0,06	0,992
PICS COGNITIVO 3 MESES	B	p	OR	95% C.I.for EXP(B)	
Fragilidade preexistente(1)	-2,674	0,034	0,069	0,006	0,82

Idade(1): Idoso: ≥ 60 ; Fragilidade preexistente(1): Não frágeis; IMS admissão(2): ligeira redução da mobilidade; IMS admissão(4): grave redução da mobilidade; Sistema respiratório(1): condição clínica não respiratória; Katz alta(1): independente; Evento de trauma anterior(1): sem ocorrência de trauma prévio; Uso de álcool(1): não etilista; Neoplasia(1): sem neoplasia; Uso de fumo(1): não tabagista; HAS(1): sem hipertensão arterial sistema.

No domínio físico, no período de 1 mês após a alta, a prevalência da Síndrome Pós-Terapia Intensiva (PICS) foi de 36 entre 49 pacientes (73,47%). Os fatores de risco identificados para esse domínio foram idade igual ou superior a 60 anos e a classificação no *Intensive Care Mobility Scale* (IMS), especificamente os níveis correspondentes à ligeira e à grave redução da mobilidade. Aos 3 meses pós-alta, 25 dos 33 indivíduos avaliados apresentaram PICS (75,76%), não sendo identificados fatores de risco associados a esse domínio nesse período.

No domínio psicológico, no intervalo de 1 mês, 24 dos 46 pacientes (52,17%) apresentaram PICS, tendo como fatores de risco a ausência de histórico de trauma

anterior e a não presença de neoplasia. Aos 3 meses após a alta, a prevalência foi observada em 18 dos 31 pacientes (58,06%), sem associação estatisticamente significativa com fatores de risco para esse domínio.

Por fim, no domínio cognitivo, no período de 1 mês após a alta, 22 dos 57 pacientes (38,5%) apresentaram PICS, sendo identificado como fator de risco a ausência de trauma anterior. No acompanhamento de 3 meses, 8 dos 31 pacientes (25,8%) apresentaram comprometimento cognitivo relacionado à PICS, não sendo identificados fatores de risco associados nesse período.

4 DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo demonstraram que indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos apresentaram maior chance de desenvolver PICS físico no primeiro mês após a alta. Esse achado está em consonância com o estudo de Ferrante et al. (2016), que, ao avaliar uma população idosa após internação em unidade de terapia intensiva associada a declínio funcional, identificou que uma parcela significativa dos pacientes não recupera o nível funcional prévio nos primeiros meses pós-alta, sugerindo que o impacto funcional da doença crítica é mais pronunciado e se manifesta de forma precoce neste grupo etário.

Tal associação pode ser explicada pelas alterações fisiológicas inerentes ao processo de envelhecimento, como a redução da massa e da força muscular, a diminuição da reserva funcional e a maior prevalência de comorbidades. Esses fatores aumentam a vulnerabilidade do idoso à perda funcional após períodos de hospitalização e imobilização, especialmente no contexto da internação em unidade de terapia intensiva. Ademais, pacientes idosos tendem a apresentar recuperação mais lenta e maior risco de declínio funcional persistente, o que favorece o desenvolvimento de comprometimentos físicos característicos da PICS (LOURENÇO et al., 2025).

Além da idade, o nível de mobilidade avaliado pelo IMS no momento da admissão também se destacou como um importante fator de risco no estudo, uma vez que indivíduos classificados com “ligeira redução na mobilidade” e “grave redução na mobilidade” apresentaram maior probabilidade de desenvolver a PICS. Observou-se que, no momento da admissão na Unidade de Terapia Intensiva, esses

indivíduos já apresentavam comprometimento funcional, o qual, associado ao repouso prolongado no leito e ao maior tempo de internação, favorece a perda de atividade muscular e o desenvolvimento de atrofia muscular (LIMA et al., 2020).

Corroborando esses achados, um estudo transversal realizado com pacientes internados em unidade de terapia intensiva com diagnóstico de COVID-19 avaliou o nível de mobilidade nas primeiras 24 horas de internação por meio do IMS. Os autores observaram que pacientes que apresentaram atividade mínima ou ausência de mobilidade nesse período inicial exibiram maior gravidade clínica, mensurada pelo escore APACHE II, além de maior proporção de uso de ventilação mecânica e maior mortalidade. Quanto maior a gravidade clínica avaliada pelo APACHE II, menor foi o nível de mobilidade nas primeiras 24 horas de admissão, resultado que pode ser explicado pelas restrições funcionais decorrentes da condição clínica do paciente, como instabilidade hemodinâmica, necessidade de suporte ventilatório e disfunções orgânicas, que limitam a mobilização precoce e favorecem a permanência prolongada em repouso no leito. (PARANHOS et al., 2024).

A baixa mobilidade observada no momento da admissão também pode impactar negativamente a recuperação funcional desses indivíduos. Pacientes que ingressam na UTI com níveis reduzidos de mobilidade tendem a apresentar maior tempo de internação e maior risco de desenvolver fraqueza muscular adquirida na UTI, além de redução da capacidade funcional global. Esses fatores contribuem para o comprometimento funcional persistente após a alta hospitalar e estão diretamente relacionados ao desenvolvimento da síndrome pós-cuidados intensivos (PICS), especialmente em seu componente físico (BIEHL et al., 2020).

No que se refere ao domínio psicológico, no acompanhamento de um mês, observou-se que indivíduos sem histórico de trauma prévio à internação na Unidade de Terapia Intensiva apresentaram maior probabilidade de desenvolver PICS. Esse achado pode ser interpretado com base nos resultados descritos por Davydow et al. (2009), os quais indicam que a ocorrência de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) não está necessariamente associada à presença isolada de lesão física, mas sim a fatores subsequentes, como sofrimento psicológico precoce e dor persistente. O estudo demonstra que níveis mais elevados de sofrimento psicológico global e dor física nos primeiros meses após um evento crítico estão

independentemente associados à persistência de sintomas de TEPT a longo prazo. Dessa forma, embora o trauma físico represente um evento potencialmente desencadeador, os desfechos psicológicos parecem ser mais fortemente influenciados pela resposta emocional ao evento e pela experiência vivenciada durante o período de adoecimento crítico. Esses achados reforçam a hipótese de que a própria internação em UTI, com seus múltiplos estressores, pode constituir um fator relevante para o desenvolvimento de sintomas psicológicos, mesmo na ausência de trauma físico prévio, em consonância com o conceito da PICS (ZATZICK et al., 2007).

No mesmo domínio, pacientes sem diagnóstico de neoplasia apresentaram maior probabilidade de desenvolver PICS após um mês de acompanhamento, quando comparados àqueles com neoplasia. Esse achado pode estar relacionado ao fato de a unidade não ser referência para o atendimento de pacientes oncológicos, o que resultou em baixa representatividade dessa condição na amostra, uma vez que apenas pequena parcela dos pacientes internados possuía diagnóstico de neoplasia.

Em contrapartida, um estudo conduzido com pacientes oncológicos submetidos à internação em UTI de um hospital de ensino no município de São Paulo avaliou a qualidade de vida por meio do *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36). Os resultados demonstraram escores inferiores aos valores esperados nos domínios de saúde mental e aspectos emocionais, evidenciando que pacientes oncológicos apresentam impacto psicológico significativo, com manifestação de sentimentos negativos que podem se iniciar desde o momento do diagnóstico da doença (ROCHA et al 2019).

No domínio cognitivo, os resultados analisados destacaram que indivíduos que não passaram por evento de trauma prévio apresentaram aproximadamente 6,5 vezes mais chance de desenvolver PICS. Esse achado pode ser justificado pelo fato de que sobreviventes de cuidados intensivos são suscetíveis à disfunção cognitiva, independentemente de condições preexistentes, comorbidades e idade (SCHWITZER et al., 2023). Nesse contexto, as experiências vivenciadas durante a internação na Unidade de Terapia Intensiva, como tempo prolongado de permanência, necessidade de ventilação mecânica, uso de sedativos e

corticosteroides, emprego de contenção física, imobilidade prolongada e presença de comorbidades subjacentes, configuram-se como potenciais fatores contribuintes para o desenvolvimento da PICS no domínio cognitivo. Assim, o comprometimento cognitivo em pacientes críticos apresenta caráter multifatorial, envolvendo a interação de diversos fatores de risco, incluindo condições clínicas prévias, predisposição genética e exposição a elementos específicos do ambiente da UTI (HO et al., 2025).

No presente estudo, as seguintes variáveis não foram identificadas como fatores de risco para o desenvolvimento da Síndrome Pós-Terapia Intensiva (PICS), uma vez que apresentaram razões de chance inferiores a 1: indivíduos não frágeis, pacientes com condição clínica não respiratória, independentes segundo a classificação do Índice de Katz, não usuários de álcool ou tabaco e indivíduos não hipertensos. Esses achados sugerem que indivíduos com melhor estado de saúde prévio e maior reserva funcional apresentaram menor probabilidade de desenvolver PICS, indicando um possível efeito protetor dessas características sobre os desfechos após a internação em unidade de terapia intensiva.

Esses resultados estão de acordo com a literatura disponível, que aponta que a presença de comorbidades prévias e maior gravidade da doença estão associadas a piores desfechos físicos, mentais e cognitivos em pacientes sobreviventes de UTI (NAKATANI et al., 2025). Entretanto, foi notado uma escassez de estudos que investiguem especificamente o papel de fatores protetores prévios à internação em UTI, uma vez que a maioria das pesquisas concentra-se predominantemente na identificação de fatores de risco. Dessa forma, torna-se necessário ampliar a discussão sobre a influência do estado de saúde prévio e da reserva funcional nos desfechos pós-terapia intensiva.

Este estudo apresentou algumas limitações. Por se tratar de um estudo longitudinal, com acompanhamento em diferentes momentos por meio de ligações telefônicas ou plataformas on-line, observou-se uma perda expressiva no número de participantes entre as avaliações de 1 e 3 meses. Outra limitação refere-se à dificuldade de obtenção de informações pós-alta de alguns pacientes, em decorrência da alta hospitalar precoce. O estudo apresenta pontos fortes ao retratar a realidade de um hospital local e ao permitir a identificação de fatores de risco

associados aos desfechos avaliados, contribuindo para o aprimoramento do cuidado e do acompanhamento desses pacientes.

5 CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos neste estudo, a idade igual ou superior a 60 anos e a redução da mobilidade na admissão à UTI, avaliada pelo IMS, estavam associadas a maior risco de desenvolvimento da Síndrome Pós-Terapia Intensiva (PICS), especialmente no domínio físico. Esses achados reforçam a influência do envelhecimento e do comprometimento funcional prévio no declínio funcional observado após a alta da terapia intensiva.

Nos domínios psicológico e cognitivo, observou-se maior probabilidade de PICS em indivíduos sem histórico de trauma prévio, sugerindo que a própria experiência da internação em UTI, independentemente da ocorrência de trauma físico anterior, constitui um fator relevante para o desenvolvimento de alterações emocionais e cognitivas. Ademais, a ausência de neoplasia mostrou-se associada ao desenvolvimento da PICS no domínio psicológico.

Por outro lado, características relacionadas à melhor estado de saúde prévio, como ausência de fragilidade, independência funcional, não uso de álcool ou tabaco e ausência de hipertensão arterial sistêmica, não se configuraram como fatores de risco, indicando um possível efeito protetor frente à PICS.

A compreensão desses fatores é fundamental para a identificação de pacientes mais vulneráveis e para o direcionamento de estratégias preventivas e de reabilitação, contribuindo para a redução dos impactos da Síndrome Pós-Terapia Intensiva.

6 REFERÊNCIAS

AHMAD, M. H.; TEO, S. P. Post-intensive care syndrome. **Annals of Geriatrics and Gerontology Medicine and Research**, v. 25, n. 2, p. 72–78, 2021. DOI: <https://doi.org/10.4235/agmr.21.0048>

BIEHL, M.; SESE, D. Post-intensive care syndrome and COVID-19: implications post pandemic. **Cleveland Clinic Journal of Medicine**, 5 ago. 2020. DOI: <https://doi.org/10.3949/ccjm.87a.ccc055>

COELHO, A. N. C. et al. Síndrome pós-cuidados intensivos: como rastrear e reduzir seus prejuízos? **Revista Brasileira de Revisão de Saúde**, v. 2, p. 5990–6000, 2022. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n2-175>

COLBENSON, G. A. et al. Post-intensive care syndrome: impact, prevention, and management. **Breathe**, v. 15, n. 2, p. 98–101, jun. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1183/20734735.0013-2019>

DAVYDOV, D. S. et al. Predictors of posttraumatic stress disorder and return to usual major activity in traumatically injured intensive care unit survivors. **General Hospital Psychiatry**, v. 31, n. 5, p. 428–435, set./out. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2009.05.007>

FERRANTE, L. E. *et al.* Factors associated with functional recovery among older intensive care unit survivors. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**, v. 194, n. 3, p. 299–307, 2016. DOI: [10.1164/rccm.201506-1256OC](https://doi.org/10.1164/rccm.201506-1256OC)

FLAWS, D. et al. Time in ICU and post-intensive care syndrome: how long is long enough? **Critical Care**, v. 28, n. 1, p. 34, 23 jan. 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13054-024-04812-7>

HO, M. H. et al. Estimated prevalence of post-intensive care cognitive impairment at short-term and long-term follow-ups: a proportional meta-analysis of observational studies. **Annals of Intensive Care**, v. 15, n. 1, p. 3, 10 jan. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13613-025-01429-z>

INOUE, S. et al. Post-intensive care syndrome: its pathophysiology, prevention, and future directions. **Acute Medicine & Surgery**, v. 6, n. 3, p. 233–246, abr. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1002/ams2.415>

KATZ, S.; AKPOM, C. A. A measure of primary sociobiological functions. **International Journal of Health Services**, v. 6, n. 3, p. 493–508, 1976. DOI: <https://doi.org/10.2190/UURL-2RYU-WRYD-EY3K>

KAWAGUCHI, Y. M. et al. Perme Intensive Care Unit Mobility Score and ICU Mobility Scale: translation into Portuguese and cross-cultural adaptation for use in Brazil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 42, n. 6, p. 429–434, nov./dez. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1806-37562015000000301>

LIMA, E. A. et al. Mobilidade e desfecho clínico de pacientes admitidos em unidade de terapia intensiva. **Fisioterapia em Movimento**, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-5918.032.AO67>

LOURENÇO, E. et al. Frailty and outcomes in elderly ICU patients: insights from a Portuguese cohort. **Healthcare**, v. 13, n. 23, p. 3063, 2025. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare13233063>

MORAES, S. C. et al. Síndrome pós-cuidados intensivos e seu impacto na qualidade de vida dos pacientes e familiares. **Revista Foco**, v. 17, n. 7, p. e5670, 2024. DOI: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.ed.esp-035>

NAKATANI, A. C. K. et al. Nova perspectiva sobre a síndrome pós-UTI: avaliação global da funcionalidade após cuidados intensivos. **Cogitare Enfermagem**, v. 30, p. e96375pt, jun. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/ce.v30e96375pt>

PARANHOS, D. B. et al. Baixa mobilidade nas primeiras 24 horas de admissão correlaciona-se a piores desfechos clínicos em pacientes com COVID-19 na UTI: um estudo transversal. **Brazilian Journal of Respiratory, Cardiovascular and Critical Care Physiotherapy**, v. 15, p. e00092025, 2024. DOI: <https://doi.org/10.47066/2966-4837.2024.0010pt>

REIS, M. M.; ARANTES, P. M. M. Medida da força de preensão manual: validade e confiabilidade do dinamômetro Saehan. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 18, n. 2, p. 176–181, jun. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1809-29502011000200013>

ROBINSON, C. C. et al. Qualidade de vida pós-unidades de terapia intensiva: protocolo de estudo de coorte multicêntrico para avaliação de desfechos em longo prazo em sobreviventes de internação em unidades de terapia intensiva brasileiras. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 30, n. 4, out./dez. 2018. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20180063>

ROCHA, K. S. C. et al. Avaliação da qualidade de vida em pacientes oncológicos pós internação em UTI. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, v. 64, n. 2, p. 125–130, mai./ago. 2019. DOI: <https://doi.org/10.26432/1809-3019.2019.64.2.125>

SANTOS, I. S; TAVARES, B. F; MUNHOZ, T. N. et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 8, p. 1533–1543, 2013. DOI: [10.1590/0102-311X00144612](https://doi.org/10.1590/0102-311X00144612)

SANTOS, R. L. dos; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 21, n. 4, p. 290–296, 2012. DOI: <https://doi.org/10.5020/575>

SANTOS, R. M. G. dos. et al. Manovacuometria realizada por meio de traqueias de diferentes comprimentos. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 24, n. 1, p. 9–14, jan. 2017. DOI: [10.1590/1809-2950/15614124012017](https://doi.org/10.1590/1809-2950/15614124012017)

SCHWITZER, E. et al. Survival ≠ recovery: a narrative review of post-intensive care syndrome. **CHEST Critical Care**, v. 1, n. 1, p. 100003, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chstcc.2023.100003>

SILVA, F. R. R. et al. Avaliação da capacidade funcional dos pacientes em uso de ventilação mecânica internados em uma Unidade de Terapia Intensiva.

Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, v. 16, n. 1, p. 6–15, 2018. DOI: <https://doi.org/10.12957/rhupe.2017.33299>

SILVEIRA, M. F. et al. Propriedades psicométricas do instrumento de avaliação da qualidade de vida: 12-item health survey (SF-12). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 1923–1931, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700007>

SPITZER, R. L. et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. **Archives of Internal Medicine**, v. 166, n. 10, p. 1092–1097, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>

TEIGÃO, F. C. M.; MOSER, A. D. de L.; JEREZ-ROIG, J. Tradução e adaptação transcultural do Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer para pessoas idosas brasileiras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 4, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200128>

VENTO, D. A. et al. Utilização da escala do Medical Research Council no desmame em pacientes críticos. **Revista Educação em Saúde**, v. 6, n. 2, p. 125–132, 2018. DOI: <https://doi.org/10.29237/2358-9868.2018v6i2.p125-132>

ZATZICK, D. F. et al. A nationwide US study of post-traumatic stress after hospitalization for physical injury. **Psychological Medicine**, v. 37, n. 10, p. 1469–1480, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291707000943>

APÊNDICE I- TERMO DE CONSENTIMENTO



**Universidade Federal de Sergipe – UFS Campus Universitário Prof. Antônio
Garcia Filho Departamento de Fisioterapia**

Governador Marcelo Déda, 13, Centro Lagarto/SE CEP 49400-000

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Caro Participante,

O sr(a) está sendo convidado(a) a participar como voluntário da pesquisa intitulada **Síndrome pós-terapia intensiva: Um estudo feito em um hospital universitário do estado de Sergipe** que se refere a um projeto de Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Fisioterapia, da Universidade Federal de Sergipe, Campus Lagarto.

O objetivo desse estudo é analisar a síndrome pós-terapia intensiva, visando os impactos que ela causa na qualidade de vida do indivíduo. Os resultados contribuirão para a identificar o grau de deficiência que os indivíduos adquirem pós-terapia intensiva, podendo dessa forma contribuir com estratégias de promoção e prevenção de saúde.

Se o (a) senhor (a) concordar em participar deste estudo, inicialmente, será submetido (a) a uma avaliação inicial na qual serão coletados dados referentes ao seu estado geral de saúde, estilo de vida e dados demográficos prévios à internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Em seguida, após a alta a avaliação será repetida seguindo os mesmos critérios. Trinta (30) dias e noventa (90) dias após a alta, a mesma avaliação será realizada via ligação telefônica.

Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato, e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Não será cobrado nada e não haverá gastos decorrentes de sua participação, se houver algum dano decorrente da pesquisa, o paciente será indenizado nos termos da Lei.

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa os riscos podem ser avaliados como mínimos. Caso haja algum risco, o participante será notificado e devidamente acompanhado até o fim do conflito.

São esperados os seguintes benefícios imediatos da sua participação nesta pesquisa: identificação de possíveis déficits cognitivos e motores, para que dessa forma, o fisioterapeuta possa, de forma mais ampla, contribuir para a recuperação mais rápida e eficaz do paciente hospitalizado na UTI. Além disso, a pesquisa irá beneficiar futuros pacientes, pois agora a literatura sobre o tema estará mais rica.

Sua participação é voluntária e poderá recusar ou retirar seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado. Esse documento terá duas vias e uma ficará com o participante da pesquisa.

Eu _____
(nome do participante) concordo em participar do estudo (Síndrome pós-terapia intensiva: Um estudo feito em um hospital universitário do estado de Sergipe), como voluntário (a) da pesquisa. Fui devidamente orientado (a) pelo pesquisador (Lêda Leonôr Mendonça Carvalho e Ingrid Mendes Santos) sobre a pesquisa, os objetivos, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para os propósitos acima descritos. Além de ter sido garantido o sigilo e o anonimato dos meus dados, fui informado (a) que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade.

(Assinatura do participante ou responsável)

Eu, _____ (nome do membro da equipe que apresenta o TCLE) obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do participante da pesquisa ou representante legal para a participação na pesquisa.

(Assinatura do membro da equipe que apresentar o TCLE)

(Identificação e assinatura do pesquisador responsável)

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) tem como função salvaguardar os direitos e a dignidade dos sujeitos da pesquisa. Além disso, O CEP contribui para a qualidade das pesquisas e para a discussão do papel da pesquisa no desenvolvimento institucional e no desenvolvimento social da comunidade. Contribui ainda para a valorização do pesquisador que recebe o reconhecimento de que sua proposta é eticamente adequada. Qualquer dúvida pode ser tirada pelo telefone do CEP (3194-7208) ou email (cephu@ufs.br).

Contato das pesquisadoras Email: telmac@gmail.com

Apêndice B- FICHA DE AVALIAÇÃO

Questionário de coleta de dados

DADOS PESSOAIS:

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: M(☐) F (☐) **Raça:** _____ **Estado Civil:** _____

Endereço: _____

Telefones: (☐) _____ (☐) _____ **Grau de instrução:**

Emprego: (☐) sim – (☐) formal (☐) informal – (☐) Não **Aposentado** (☐) sim (☐) não

Profissão _____ **Status de moradia:** _____ **Filhos:** (☐) sim,
quantidade: _____, **Idade do filho mais novo** _____ (☐) não

Tem Cuidador prévio a internação: (☐) sim (☐) não

Status socioeconômico (questionário ABEP): _____

DADOS DO RESPONSÁVEL LEGAL:

Nome: _____ **Idade:** _____

Sexo: M(☐) F (☐) **Raça:** _____ **Estado Civil:** _____

Endereço: _____

_____ Telefones: ()

_____ () _____ Grau de instrução:

_____ Emprego: () sim – () formal () informal – () Não

Aposentado () sim () não Profissão _____ Status de moradia:

ESTADO DE SAÚDE PRÉVIO

Uso de álcool () sim () não Uso de fumo () sim () não Uso de drogas

ilícitas () sim () não Atividade física () sim () não IMC _____

Deficiência auditiva () sim () não Deficiência visual () sim () não Boa

Qualidade do sono anterior () sim () não Fragilidade preexistente () sim ()

não Evento de trauma anterior () sim () não Problema de saúde mental

anterior () sim () não Alteração da Função cognitiva anterior () sim () não

Alteração no estado físico anterior () sim () não Admissão prévia na UTI ()

sim () não

ADMISSÃO NA UTI:

Causa da admissão: () clínico () cirúrgico: () eletiva () emergencial

Leito: _____

Data da admissão hospitalar: ____/____/____ Data da admissão UTI: ____/____/____

TRATAMENTO NA UTI

Diagnósticos: _____

Comorbidades: _____

Cirurgias: () sim,

Qual? _____

_____()
não

Complicações: () sim,
Qual? _____
_____()
não

Gravidade da doença: **SAPS II** -

Suporte cardiovascular: () sim,
Qual? _____
_____Tempo de uso _____()
não

Suporte respiratório: () sim () não

Tipo de ventilação: Ventilação espontânea () sim () não **Tempo de uso:**
_____ **VMI.** () sim () não **Tempo de uso:** _____/ **TQT** () sim () não
Quantos dias após intubação _____ **tempo de uso** _____

Suporte renal: () sim,
Qual? _____
_____Tempo de uso(DIAS) _____() não

Número de órgãos que receberam suporte: _____

Drogas vasoativas: () sim,
Qual? _____
_____Tempo de uso (DIAS) _____()
não

Analgésicos () sim,
Qual? _____
_____Tempo de uso (DIAS) _____()
não

Relaxantes musculares () sim,
Qual? _____

_____Tempo de uso (DIAS)_____ ()
não

Sedativos: () sim,
Qual? _____

_____Tempo de uso (DIAS)_____ ()
não

Outras drogas (esteróides, inotrópicos, nº grupos de drogas): () sim,
Qual? _____

_____Tempo de
uso _____ () não

Hipoglicemia (qualquer episódio durante a internação <60mg/dL): () sim () não

Hipoxemia (durante a internação, n de episódios) _____

Hipotensão (durante a internação, n de episódios) _____

Lesão por pressão: () sim, Qual
região? _____

_____ ()
não

Perda de peso: () sim, Quantos Kg? _____ ()
não

EVOLUÇÃO:

() Alta () Óbito () Transferências ()

Outros: _____

Data da alta: ____/____/____ Tempo total de
permanência: _____

ANEXO I - ÍNDICE DE KATZ - De Independência nas Atividades de Vida Diária
Tentar obter essas informações com o paciente caso seja possível.

1. Tomar banho (esponja, chuveiro ou banheira):

- (I) Não precisa de ajuda;
- (A) Precisa de ajuda apenas para lavar uma parte do corpo;
- (D) Precisa de ajuda para higiene completa (ou não toma banho).

2. Vestir-se:

- (I) Pega as roupas e veste-se sem nenhuma ajuda;
- (A) Pega as roupas e veste-se sem ajuda, com exceção de amarrar os sapatos;
- (D) Precisa de ajuda para pegar as roupas ou para se vestir, ou fica parcial ou completamente não vestido.

3. Ir ao banheiro:

- (I) Vai ao banheiro, faz a higiene, e se veste sem ajuda (mesmo usando um objeto para suporte como bengala, cadeira de rodas, e pode usar urinol à noite, esvaziando este de manhã);
- (A) Recebe ajuda para ir ao banheiro, ou para fazer higiene, ou para se vestir depois de usar o banheiro, ou para o uso do urinol à noite;
- (D) Não vai ao banheiro fazer suas necessidades.

4. Locomoção:

- (I) Entra e sai da cama, assim como da cadeira, sem ajuda (pode estar usando objeto para suporte, como bengala ou andador);
- (A) Entra e sai da cama ou da cadeira com ajuda;
- (D) Não sai da cama.

5. Continência:

- (I) Controla a urina e movimentos do intestino completamente, por si próprio;
- (A) Tem acidentes ocasionais;

(D) Supervisão ajuda a manter o controle da urina e do intestino, cateter é usado ou é incontinente.

6. Alimentação:

(I) Alimenta-se sem ajuda;

(A) Alimenta-se com exceção no caso de cortar carne ou passar manteiga no pão;

(D) Recebe ajuda para se alimentar ou é alimentado parcial ou completamente por meio de tubos ou fluído intravenosos.

Index de AVDs (Katz)	Tipo de classificação
0	Independente nas seis funções (banhar-se, vestir-se, alimentação, ir ao banheiro, transferência e continência)
1	Independente em cinco funções e dependente em uma função
2	Independente em quatro funções e dependente em duas funções
3	Independente em três funções e dependente em três funções
4	Independente em duas funções e dependente em quatro funções
5	Independente em uma função e dependente em cinco funções
6	Dependente para todas as funções

Fonte: KATZ e AKPOM, 1976.

ANEXO II- Escala de mobilidade na UTI (IMS)

ESCALA DE MOBILIDADE NA UTI (IMS)		
CLASSIFICAÇÃO		DEFINIÇÃO
0	Nada (deitado no leito)	Rolado passivamente ou exercitado passivamente pela equipe, mas não se movimentando ativamente
1	Sentado no leito, exercícios no leito	Qualquer atividade no leito, incluindo rolar, ponte, exercícios ativos, cicloergômetro e exercícios ativo assistidos; sem sair do leito ou sentado à beira do leito
2	Transferido passivamente para cadeira (sem ortostatismo)	Transferência para cadeira por meio de guincho, elevador ou passante, sem ortostatismo ou sem sentar à beira do leito
3	Sentado à beira do leito	Pode ser auxiliado pela equipe, mas envolve sentar ativamente à beira do leito e com algum controle de tronco
4	Ortostatismo	Sustentação do peso sobre os pés na posição ortostática, com ou sem ajuda. Pode ser considerado o uso do guincho ou prancha ortostática
5	Transferência do leito para cadeira	Ser capaz de dar passos ou arrastar os pés na posição em pé até a cadeira. Isto envolve transferir ativamente o peso de uma perna para outra ir até a cadeira. Se o paciente já ficou em pé com auxílio de algum equipamento médico, ele deve andar até a cadeira (não aplicável se o paciente é levado por algum equipamento de elevação)
6	Marcha estacionária (à beira do leito)	Ser capaz de realizar a marcha estacionária erguendo os pés de forma alternada (deve ser capaz de dar no mínimo 4 passos, dois em cada pé) com ou sem auxílio

7	Deambular com o auxílio de 2 ou mais pessoas	O paciente consegue se distanciar pelo menos 5 metros do leito/cadeira com auxílio de duas pessoas ou mais
8	Deambular com o auxílio de 1 pessoa	O paciente consegue se distanciar pelo menos 5 metros do leito/cadeira com auxílio de 1 pessoa
9	Deambulação independente com auxílio de um dispositivo de marcha	O paciente consegue se distanciar pelo menos 5 metros do leito/cadeira com o uso de dispositivos de marcha, mas sem o auxílio de outra pessoa. Em indivíduos cadeirantes, este nível de atividade implica em se locomover com a cadeira de rodas de forma independente por 5 metros para longe do leito/cadeira
10	Deambulação independente sem auxílio de um dispositivo de marcha	O paciente consegue se distanciar pelo menos 5 metros do leito/cadeira sem o uso de dispositivos de marcha ou auxílio de outra pessoa

ANEXO III - Short Portable Mental Status Questionnaire (Breve Questionário Portátil sobre o Estado Mental)

Pergunta	Resposta	Respostas Incorrectas
1. Em que dia, mês e ano estamos?		
2. Em que dia da semana estamos?		
3. Como se chama este lugar?		
4. Qual é o seu número de telefone?		
5. Que idade tem?		
6. Qual a sua data de nascimento?		
7. Quem é o actual presidente?		
8. Quem foi o anterior presidente?		
9. Qual é o nome de solteira da sua mãe?		
10. Consegue contar de três em três de 20 para 1?		

ANEXO IV - Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9)

QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO/A PACIENTE - 9 /2883 (Portuguese for Brazil version of the PHQ-9)				
THIS SECTION FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY.				
Were data collected? No ☐ (provide reason in comments)				
If Yes, data collected on visit date ☐ or specify date: _____ DD-MMM-YYYY				
Comments:				
Only the patient (subject) should enter information onto this questionnaire.				
Durante as <u>últimas 2 semanas</u> , com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo?	Nenhu- ma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Se sentir "para baixo", deprimido/a ou sem perspectiva	0	1	2	3
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3
4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
6. Se sentir mal consigo mesmo/a — ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto — estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a	0	1	2	3
SCORING FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY _____ + _____ + _____ + _____ =Total Score: _____				
Se você assinalou <u>qualquer</u> um dos problemas, indique o grau de <u>dificuldade</u> que os mesmos lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas? Nenhuma dificuldade ☐ Alguma dificuldade ☐ Muita dificuldade ☐ Extrema dificuldade ☐				
Copyright © 2005 Pfizer Inc. Todos os direitos reservados. Reproduzido sob permissão. EPIC005.PHQ9P				
Declaro que as informações contidas neste questionário são verdadeiras.	Iniciais do/a paciente:		Data:	

ANEXO V- Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD 7)

GAD-7				
Durante as <u>últimas 2 semanas</u> , com que frequência você foi incomodado/a pelos problemas abaixo? (Marque sua resposta com "✓")	Nenhuma vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Sentir-se nervoso/a, ansioso/a ou muito tenso/a	0	1	2	3
2. Não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações	0	1	2	3
3. Preocupar-se muito com diversas coisas	0	1	2	3
4. Dificuldade para relaxar	0	1	2	3
5. Ficar tão agitado/a que se torna difícil permanecer sentado/a	0	1	2	3
6. Ficar facilmente aborrecido/a ou irritado/a	0	1	2	3
7. Sentir medo como se algo horrível fosse acontecer	0	1	2	3
(For office coding: Total Score T____ = ____ + ____ + ____)				

ANEXO VI - Escala de Atividades Instrumentais de vida diária – AIVD - Lawton & Brody – Adaptada ao contexto brasileiro

Esta entrevista tem como propósito identificar o nível da condição funcional da Sra, por intermédio das possíveis dificuldades na realização das atividades no seu dia-a-dia.

Procure recordar em cada atividade a ser questionada, se a Sra. faz sem ajuda, com algum auxílio ou não realiza de forma alguma.

Em relação ao uso do telefone...

a) Telefone

- []³ recebe e faz ligações sem assistência
- []² necessita de assistência para realizar ligações telefônicas
- []¹ não tem o hábito ou é incapaz de usar o telefone

Em relação às viagens...

b) Viagens

- []³ realiza viagens sozinha
- []² somente viaja quando tem companhia
- []¹ não tem o hábito ou é incapaz de viajar

Em relação à realização de compras...

c) Compras

- []³ realiza compras, quando é fornecido transporte
- []² somente faz compras quando tem companhia
- []¹ não tem o hábito ou é incapaz de realizar compras

Em relação ao preparo de refeições...

d) Preparo de refeições

- []³ planeja e cozinha as refeições completas
- []² prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda
- []¹ não tem o hábito ou é incapaz de realizar compras

Em relação ao trabalho doméstico...

e) Trabalho doméstico

- []³ realiza tarefas pesadas
- []² realiza tarefas leves, necessitando de ajuda nas pesadas
- []¹ não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos

Em relação ao uso de medicamentos...

f) Medicamentos

- []³ faz uso de medicamentos sem assistência
- []² necessita de lembretes ou de assistência
- []¹ é incapaz de controlar sozinho o uso dos medicamentos

Em relação ao manuseio do dinheiro

g) Dinheiro

- []³ preenche cheque e paga contas sem auxílio
- []² necessita de assistência para uso de cheques e contas
- []¹ não tem o hábito de lidar com o dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro, contas...

Classificação

- [] Dependência total = ≤ 5 (P_{25})
- [] Dependência parcial = $> 5 < 21$ ($> P_{25} < P_{100}$)
- [] Independência = ≥ 21 (P_{100})

ANEXO VII - Questionário ABEP

Vamos começar? No domicílio tem (LEIA CADA ITEM)

ITENS DE CONFORTO	Não possui	Quantidade que possui			
		1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca					

	A água utilizada neste domicílio é proveniente de?
1	Rede geral de distribuição
2	Poço ou nascente
3	Outro meio

	Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:
1	Asfaltada/Pavimentada
2	Terra/Cascalho

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

Nomenclatura atual	Nomenclatura anterior
Analfabeto / Fundamental I incompleto	Analfabeto/Primário Incompleto
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	Primário Completo/Ginásio incompleto
Fundamental completo/Médio incompleto	Ginásio Completo/Colegial Incompleto
Médio completo/Superior incompleto	Colegial Completo/Superior Incompleto
Superior completo	Superior Completo