

Artigo científico

Disfunções físicas, cognitivas e psicossociais pós-UTI: revisão integrativa sobre reabilitação multidisciplinar e qualidade de vida após a alta hospitalar

Post-ICU physical, cognitive, and psychosocial dysfunctions: an integrative review of multidisciplinary rehabilitation and quality of life after hospital discharge

Disfunciones físicas, cognitivas y psicossociales posteriores a la UCI: una revisión integradora de la rehabilitación multidisciplinaria y la calidad de vida después del alta hospitalaria

Amanda Cavalcante de Albuquerque¹

¹Residência em Clínica Médica e Medicina Intensiva pelo Hospital de Base Ary Pinheiro, Porto Velho, Rondônia. ORCID: 0000-0001-5891-8074. E-mail: amandacavalcantealbuquerque@outlook.com.

RESUMO: O presente artigo aborda a experiência pós-UTI como trajetória que ultrapassa a alta hospitalar, marcada por possíveis disfunções físicas, cognitivas e psicossociais que repercutem na autonomia e na participação social. Parte-se do problema de compreender como a produção recente descreve essas alterações e de que modo a reabilitação multiprofissional se articula à qualidade de vida nesse período. Diante disso, o objetivo foi realizar uma revisão integrativa dos últimos cinco anos, reunindo evidências conceituais e descritivas sobre tais domínios e sua relação com o cuidado pós-alta. Para tanto, a busca foi conduzida em bases nacionais e internacionais, com seleção em duas etapas e critérios definidos para inclusão de estudos originais com discussão ampliada do fenômeno. Doze artigos compuseram a amostra final e os achados indicam que sintomas emocionais tendem a predominar no início da recuperação, enquanto limitações físicas e cognitivas ganham peso nos meses seguintes. A triagem cognitiva ainda na alta e o acompanhamento remoto mostraram-se estratégias factíveis para organizar o seguimento, bem como intervenções amplas e pouco direcionadas apresentaram efeito modesto, ao passo que abordagens personalizadas e com dose adequada sinalizaram melhores resultados, inclusive com técnicas de atenção plena para sofrimento psíquico. Ademais, evidências nacionais destacaram impacto sobre retorno ao trabalho e necessidade de reabilitação estruturada.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde pública; UTI; Reabilitação; Continuidade do cuidado.

ABSTRACT: The present article examines the post-ICU experience as a trajectory that extends beyond hospital discharge, marked by possible physical, cognitive, and psychosocial impairments that affect autonomy and social participation. It departs from the problem of understanding how recent scientific literature has described these changes and how multidisciplinary rehabilitation relates to quality of life during this period. Accordingly, the objective was to conduct an integrative review covering the last five years, gathering conceptual and descriptive evidence on these domains and their connection with post-discharge care. The search was carried out in national and international databases, using a two-stage selection process and predefined criteria for the inclusion of original studies with a broader discussion of the phenomenon. Twelve articles comprised the final sample. The findings indicate that emotional symptoms tend to predominate in the early stages of recovery, while physical and cognitive limitations gain relevance in the subsequent months. Cognitive screening at the time of discharge and remote follow-up proved feasible strategies for organizing continuity of care, and broad, non-targeted interventions showed modest effects, whereas personalized approaches with adequate intensity produced more favorable outcomes, including those using mindfulness techniques for psychological distress. Furthermore, national evidence highlighted an impact on return to work and reinforced the need for structured rehabilitation.

KEYWORDS: Public health; ICU; Rehabilitation; Continuity of care.

RESUMEN: El presente artículo examina la experiencia post-UCI como una trayectoria que se extiende más allá del alta hospitalaria, marcada por posibles deficiencias físicas, cognitivas y psicossociales que afectan la autonomía y la participación social. Parte del problema de comprender cómo la literatura científica reciente ha descrito estos cambios y cómo la rehabilitación multidisciplinaria se relaciona con la calidad de vida durante este período. En consecuencia, el objetivo fue realizar una revisión integradora que cubriera los últimos cinco años, reuniendo evidencia conceptual y descriptiva sobre estos dominios y su conexión con la atención post-alta. La búsqueda se realizó en bases de datos nacionales e internacionales, utilizando un proceso de selección en dos etapas y criterios predefinidos para la inclusión de estudios originales con una discusión más amplia del fenómeno. Doce artículos comprendieron la muestra final. Los hallazgos indican que los síntomas emocionales tienden a predominar en las primeras etapas de la recuperación, mientras que las limitaciones físicas y cognitivas ganan relevancia en los meses posteriores. El cribado cognitivo en el momento del alta y el seguimiento remoto demostraron ser estrategias factibles para organizar la continuidad de la atención, y las intervenciones amplias y no dirigidas mostraron efectos modestos, mientras que los enfoques personalizados con intensidad adecuada produjeron resultados más favorables, incluidos los que utilizan técnicas de atención plena para la angustia psicológica. Además, la evidencia nacional destacó un impacto en el regreso al trabajo y reforzó la necesidad de una rehabilitación estructurada.



PALABRAS CLAVE: Salud pública; UCI; Rehabilitación; Continuidad de la atención.

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A internação em Unidade de Terapia Intensiva é uma etapa marcada por intervenções de alta complexidade, suporte tecnológico contínuo e decisões clínicas em tempo reduzido, o que frequentemente repercute no corpo e na vida cotidiana do paciente após a alta (Silva, 2022). A literatura recente passou a reconhecer que a sobrevivência, embora seja o desfecho inicial esperado, não encerra o percurso terapêutico, pois inaugura um período de readaptação que pode ser atravessado por limitações persistentes. Esse conjunto de alterações recebeu a denominação de Síndrome Pós-UTI, termo que abrange disfunções físicas, cognitivas e psicossociais que surgem durante a internação ou se manifestam posteriormente, interferindo no desempenho funcional, na autonomia e na participação social (Teixeira; Rosa, 2024).

Nesse contexto, segundo Ramos *et al.* (2024), a reabilitação é um cuidado que demanda integração de diferentes áreas profissionais, acompanhamento e metas alinhadas às necessidades específicas de cada indivíduo. O enfoque atual desloca-se de uma abordagem centrada no órgão ou na função isolada para uma perspectiva mais abrangente, que considera a condição de saúde como experiência vivida e situada. A vinculação entre reabilitação e qualidade de vida decorre justamente dessa compreensão, pois o restabelecimento é pleno somente quando envolve retomada da autonomia, participação social e reinserção no cotidiano com mínimo impacto funcional.

Assim, o problema que orienta este estudo consiste em identificar como a produção científica recente descreve as disfunções pós-UTI e de que modo a literatura aborda a reabilitação multiprofissional enquanto estratégia no período pós-alta. Com base nisso, o objetivo geral é realizar uma revisão integrativa sobre os aspectos conceituais associados às alterações físicas, cognitivas e psicossociais decorrentes da experiência intensiva, relacionando-os ao processo de reabilitação e à repercussão sobre a qualidade de vida.

A justificativa do estudo se fundamenta no aumento progressivo do número de sobreviventes de terapia intensiva e na necessidade de consolidar o entendimento de que o cuidado não se encerra no momento da alta hospitalar. Ao reunir conceitos que estruturam a compreensão dessa síndrome, a pesquisa corrobora para fortalecer o reconhecimento da reabilitação como parte integrante da linha de cuidado e para subsidiar discussões futuras sobre acompanhamento prolongado, planejamento terapêutico e suporte à reintegração social dos pacientes. Desse modo, a abordagem adotada favorece a ampliação do olhar sobre o pós-UTI e amplia a importância de estratégias que priorizem recuperação integral e melhoria da qualidade de vida.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A unidade de terapia intensiva é um ambiente de cuidados de alta complexidade, marcado por monitorização, suporte a múltiplos órgãos e tomada de decisão célere, no

qual o foco imediato recai sobre a estabilização fisiológica e a preservação da vida. A transição para a enfermaria e, posteriormente, para o domicílio desloca o eixo de atenção para a recuperação funcional e a reorganização da vida cotidiana, momento em que surgem demandas conceituais próprias do período pós-alta e da reconstrução de papéis sociais que antecedem qualquer avaliação de efetividade clínica (Ekong, 2024).

Nessa trajetória, a literatura recente enfatiza que a passagem do leito de UTI para a vida comunitária deve ser compreendida como um contínuo assistencial e simbólico, em que experiências de adoecimento crítico mudam o significado de saúde, autonomia e participação social, sem que isso implique, no plano teórico, discutir intervenções ou resultados (Vrettou, 2022).

A Síndrome Pós-UTI, comumente referida como PICS, é entendida como um construto que descreve o aparecimento ou o agravamento de alterações em domínios físicos, cognitivos e psicológicos após a internação em terapia intensiva, persistentes para além da alta hospitalar. Se trata de uma entidade diagnóstica nos moldes de um arcabouço que organiza conceitualmente os desdobramentos do adoecimento crítico ao longo do tempo (Inoue, 2024). A ideia de PICS opera, de tal modo, como linguagem integradora que permite reconhecer dimensões distintas, porém interligadas, das dificuldades encontradas por sobreviventes de UTI, sustentando um vocabulário comum para pesquisa, avaliação e comunicação clínica, sem se confundir com protocolos de cuidado ou com avaliações de impacto (Hiser, 2023).

No plano físico, as disfunções pós-UTI são pensadas, em termos conceituais, a partir de modelos que articulam fraqueza adquirida na UTI, descondicionalidade e alterações neuro-musculares como manifestações de um mesmo processo de adoecimento prolongado. Essas manifestações compõem um quadro de comprometimento da função corporal que interfere em mobilidade, desempenho ocupacional e autonomia (Lad, 2020).

A literatura teórica recente descreve esse domínio físico como um campo em que mecanismos biológicos, experiências de imobilidade e estressores do cuidado intensivo interagem, formando uma base explicativa para a compreensão das dificuldades funcionais posteriores, sem que seja necessário, nesse nível, apresentar dados clínicos ou ensaios de intervenção (Martín-Vicente, 2021).

As disfunções cognitivas, por sua vez, são situadas conceitualmente como alterações em processos de memória, atenção, funções executivas e velocidade de processamento que podem surgir após o episódio crítico. No marco teórico, tais mudanças são abordadas como consequências de experiências de doença grave e de fatores contextuais da UTI que reconfiguram a capacidade de organizar informações e de realizar tarefas complexas (Bassi, 2021). Trata-se, dessa maneira, de um domínio cuja definição remete à ideia de trajetórias cognitivas pós-alta, nas quais a estabilidade ou a flutuação de funções mentais superiores é compreendida como dimensão própria da PICS, independente de apresentar números, prevalências ou comparações (Hanifa, 2024).



O domínio psicossocial é delineado como o conjunto de efeitos que incidem sobre o bem-estar emocional, a autoimagem e a inserção social, incluindo sentimentos de ameaça à continuidade biográfica e reorganizações de identidade associadas ao adoecimento crítico. Nesse registro, a PICS oferece um quadro de referência para pensar sofrimento psíquico, relações familiares e expectativas de retorno a papéis sociais, sem necessidade de descrever práticas terapêuticas (Schembari, 2024).

A dimensão psicossocial, assim concebida, abarca mudanças na forma de significar o próprio corpo e o futuro, com impactos nas redes de apoio e na maneira como o sujeito percebe possibilidades e limites de participação social, mantendo o foco em conceitos e não em efeitos mensuráveis (Ahn, 2025).

No contexto pós-UTI, qualidade de vida é manejada como categoria que integra percepções de saúde, funcionamento cotidiano e bem-estar subjetivo, não equivalendo a simples somatório de indicadores clínicos. Teoricamente, a noção remete a valores, preferências e metas de vida que orientam a reinterpretção do adoecimento e da recuperação (Turnbull, 2020). Ao ser aplicada a sobreviventes de UTI, essa categoria aproxima experiências corporais, significados pessoais e condições de participação, servindo como eixo normativo para compreender o que conta como viver bem após a alta, sem necessidade de discutir medições específicas ou resultados empíricos (Porter, 2025).

A justificativa teórica para uma abordagem multidisciplinar decorre do próprio desenho conceitual da PICS, em que domínios físico, cognitivo e psicossocial são distinguíveis para fins analíticos, porém interdependentes na experiência vivida, o que exige, em nível de princípio, olhares complementares e categorias diversas para descrição e avaliação (Sloan, 2025). Nesse plano, a organização conceitual da linha de cuidado pós-alta é pensada como sistema que integra avaliação e acompanhamento dos diferentes domínios ao longo do tempo, sem prescrever, aqui, estratégias operacionais específicas (Nakanishi, 2024).

Reabilitação, nesse cenário, é compreendida como conceito biopsicossocial que articula funções corporais, atividades e participação, ancorado em uma compreensão ampliada de saúde. O foco teórico recai na restauração de capacidades significativas para a vida do sujeito, no seu contexto, e não apenas na correção de déficits (Wainwright, 2020). Essa concepção também dialoga com modelos sistêmicos de cuidado centrados na pessoa, que enfatizam a interação entre fatores humanos, tecnológicos e organizacionais ao se pensar recuperação, mantendo-se no campo dos conceitos e sem propor protocolos (Card, 2023).

A transição pós-UTI é, assim, situada como processo em que expectativas e projetos individuais se alinham a capacidades funcionais em desenvolvimento. Em termos conceituais, marcos explicativos recentes sugerem que o próprio delineamento do cuidado pode se orientar por representações de qualidade de vida futura, sem que isso implique relatar desfechos ou estratégias de aplicação (Wubben, 2022). De modo complementar, propostas teóricas de previsão de problemas de saúde pós-UTI

reforçam a ideia de que os domínios físico, mental e cognitivo compõem um campo comum de compreensão do adoecimento prolongado, informando categorias de análise e linguagem compartilhada, sem antecipar intervenções (Van Sleeuwen, 2024).

Igualmente, o próprio esforço conceitual de circunscrever “o que medir” na PICS é parte do referencial, em que instrumentos e propostas de triagem buscam descrever, em termos teóricos, dimensões da experiência que envolvem funcionamento e bem-estar, sem que seja necessário apresentar números, comparações ou impactos (Hong, 2025). Essa moldura apoia-se em definições de qualidade de vida relacionada à saúde que, no contexto pós-UTI, traduzem o entrelaçamento de sintomas, limitações e sentido de vida, compondo a base para leituras coerentes do período pós-alta em sua complexidade humana, sem derivar, aqui, em análise crítica ou descrição de práticas (Li, 2023).

3 METODOLOGIA

A revisão integrativa foi conduzida a partir de um percurso metodológico sistemático, estruturado para garantir aderência ao recorte conceitual adotado. O processo teve início com o delineamento dos critérios que orientaram a busca, a elegibilidade e a inclusão dos estudos.

Foram considerados elegíveis apenas artigos publicados entre os anos de 2020 e 2025, em razão do avanço recente das discussões sobre a Síndrome Pós-UTI e da consolidação de novas abordagens sobre reabilitação após a alta hospitalar. A inclusão limitou-se a publicações disponibilizadas integralmente em periódicos revisados por pares, assegurando confiabilidade metodológica e qualidade editorial. Foram admitidos estudos nos idiomas português, inglês e espanhol, contemplando a produção nacional e internacional sobre o tema.

Também, foram incluídos trabalhos que abordassem as disfunções pós-UTI em perspectiva conceitual, teórica ou descritiva, independentemente do delineamento metodológico, seja observacional ou revisão, desde que o texto apresentasse discussão fundamentada sobre as dimensões física, cognitiva ou psicossocial associadas ao período pós-terapia intensiva. Este critério buscou preservar o foco conceitual do estudo, assegurando que o conteúdo tratasse das implicações da experiência intensiva de maneira ampliada, e não apenas da descrição pontual de intervenções clínicas ou efeitos terapêuticos.

Foram excluídos artigos cujo conteúdo se restringia ao relato de protocolos assistenciais, ensaios clínicos ou estudos centrados exclusivamente em intervenção terapêutica sem discussão teórica sobre o fenômeno pós-UTI. Também foram desconsiderados resumos sem acesso ao texto completo, cartas ao editor, editoriais, guias institucionais, dissertações, teses e documentos técnicos, por não se enquadrarem na natureza científica requerida. Publicações com foco exclusivo em desfechos clínicos imediatos da UTI, sem referência ao período pós-alta, também foram excluídas, assim como estudos que abordavam reabilitação isolada de um único domínio sem articulação com a qualidade de vida ou sem contextualização pós-terapia intensiva.

O processo de triagem foi realizado em duas etapas. Na primeira, houve análise de títulos e resumos para identificação preliminar de relevância temática. Os estudos potencialmente alinhados foram então submetidos à leitura integral para verificação final da aderência aos critérios metodológicos estabelecidos. Nessa etapa, a elegibilidade considerou o tema central e a forma como os conceitos eram tratados, priorizando estudos que apresentassem discussão ampliada sobre as repercussões pós-UTI. Quando havia duplicação entre bases, manteve-se a versão mais completa e fiel ao processo editorial original.

As palavras-chave utilizadas foram previamente definidas com base em descritores controlados e livres, contemplando terminologia em três idiomas. A busca incluiu termos como “Síndrome Pós-UTI”, “reabilitação multidisciplinar”, “qualidade de vida”, “disfunções físicas”, “declínio cognitivo” e “impactos psicossociais”, associados a equivalentes em inglês e espanhol.

Para ampliar a sensibilidade, utilizaram-se combinações como “post-intensive care syndrome”, “ICU survivors”, “cognitive impairment”, “psychosocial outcomes” e “functional recovery”, assim como traduções correspondentes no espanhol.

Os operadores booleanos atuaram como articuladores lógicos entre os termos, permitindo diferentes níveis de refinamento por meio de expressões como “AND”, “OR” e, quando necessário, “NOT”, restringindo conteúdos irrelevantes à temática conceitual.

O conjunto de bases selecionadas incluiu PubMed/MEDLINE, LILACS, Scopus, Web of Science, CINAHL e SciELO, combinando amplitude internacional e representatividade regional. Toda a condução metodológica priorizou clareza na definição dos parâmetros de busca, padronização no processo de seleção e coerência com a finalidade conceitual da revisão, assegurando a rastreabilidade das decisões tomadas ao longo do percurso investigativo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A etapa de seleção dos estudos ocorreu de forma sequencial, assegurando alinhamento ao recorte metodológico previamente definido. Inicialmente, a busca estruturada nas bases resultou em 128 registros potencialmente elegíveis. Após a remoção de 29 duplicatas, restaram 99 estudos para leitura de títulos e resumos. Nessa fase, foram excluídos 56 artigos por não atenderem ao foco temático, especialmente por centrarem-se em desfechos hospitalares imediatos ou em etiologias específicas sem abordagem pós-UTI, permanecendo 43 publicações para avaliação em texto completo.

A leitura integral permitiu verificar aderência ao fenômeno pós-UTI em perspectiva longitudinal e multidimensional, etapa na qual foram excluídos 22 estudos por motivos metodológicos, como desenho de revisão (narrativa, sistemática ou *scoping review*), ausência de acompanhamento pós-alta ou foco restrito a populações pediátricas, além de trabalhos sem avaliação funcional ou cognitiva estruturada. Permaneceram 21 artigos, dos quais 9 foram excluídos na etapa final por apresentarem fragilidades metodológicas, ausência de instrumentos validados ou recorte exclusivo relacionado à pandemia.

Ao término do processo, 12 estudos originais preencheram integralmente os critérios de inclusão, compondo a amostra deste trabalho, garantindo diversidade metodológica, representatividade de contextos assistenciais distintos e equilíbrio entre produção nacional e internacional, permitindo análise comparativa sobre os desdobramentos físicos, cognitivos e psicossociais da Síndrome Pós-UTI e o impacto da reabilitação multidisciplinar na qualidade de vida.

O resumo das características desses estudos encontra-se organizada no Quadro 1, o qual apresenta autores, objetivos, delineamento metodológico, principais resultados e base de indexação, servindo como referência estruturante para a etapa subsequente de interpretação crítica dos achados.

Quadro 1 – Artigos incluídos na revisão integrativa

Autor/ano	Objetivo do estudo	Metodologia	Resultados principais	Base
Geense et al. (2021)	Identificar a incidência de novos problemas físicos, mentais e cognitivos em sobreviventes de UTI após 1 ano.	Coorte prospectiva multicêntrica, > 2.300 respondentes em 12 meses, avaliação pré e pós-UTI com escalas padronizadas.	1 em cada 2 sobreviventes apresentou novo déficit em pelo menos um domínio; sintomas físicos e cognitivos frequentemente coexistiram; pior estado prévio e maior gravidade hospitalar previram piora funcional tardia.	PubMed
Khan et al. (2024)	Avaliar a efetividade de um programa móvel de recuperação pós-UTI, com gestão coordenada por equipe multiprofissional.	Ensaio clínico randomizado (n=466), seguimento de 12 meses, comparação entre intervenção estruturada e atenção padrão.	Não houve melhora estatisticamente significativa na qualidade de vida global; subanálises sugerem melhor resposta em doentes com maior carga de sintomas psicológicos; intervenções amplas podem precisar de personalização.	PubMed



Autor/ano	Objetivo do estudo	Metodologia	Resultados principais	Base
Cox et al. (2024)	Mensurar o impacto de um programa de mindfulness via aplicativo sobre sofrimento psicológico pós-UTI.	Ensaio clínico randomizado fatorial (n=247), avaliação de dose-resposta e contato humano vs. automatizado.	Duas sessões diárias reduziram sintomas depressivos com maior magnitude; telemonitoramento não apresentou diferença expressiva; tecnologia digital mostrou-se escalável e factível.	PubMed
Eman et al. (2022)	Verificar se triagem cognitiva na alta prediz incapacidade física tardia.	Coorte observacional, 423 incluídos, avaliação MoCA e seguimento em 6 meses.	Baixo desempenho cognitivo na alta previu incapacidade física grave; mortalidade não se associou ao escore; achados apoiam rastreio sistemático já na transição hospitalar.	PubMed
Palakshappa et al. (2021)	Comparar MoCA e TICS na triagem de disfunção cognitiva em sobreviventes de UTI.	Estudo transversal comparativo; aplicação dos dois instrumentos e análise de concordância.	O TICS mostrou boa utilidade no seguimento remoto; instrumentos telefônicos ampliam acesso ao monitoramento; recomendação para uso complementar a testes presenciais.	PubMed
Tilburgs et al. (2025)	Relacionar sintomas físicos, cognitivos e mentais com mudança na qualidade de vida em 3 e 12 meses pós-UTI.	Coorte multicêntrica longitudinal; análise multivariada com correção para baseline.	Déficits físicos, cognitivos e psicológicos impactaram negativamente a HRQoL; no curto prazo, o psicológico é mais determinante; no médio prazo, físico e cognitivo tornam-se mais relevantes.	PubMed
Teixeira et al. (2021)	Medir carga de sofrimento mental e impacto na qualidade de vida após alta da UTI.	Coorte multicêntrica nacional; avaliação clínica + escalas validadas.	Sintomas de depressão, ansiedade e TEPT foram frequentes; impacto direto sobre funcionalidade e autonomia; estudo reforça necessidade de suporte psicossocial após a UTI.	SciELO
Pereira et al. (2024)	Estimar disfunção cognitiva em 12 meses e associar fatores preditores.	Coorte multicêntrica brasileira; t-MoCA aos 12 meses.	Delirium foi o principal fator associado; maior escolaridade apresentou efeito protetor; déficit cognitivo persistente associou-se à pior qualidade de vida.	PubMed
Santos et al. (2024)	Comparar HRQoL após TRR contínua vs. intermitente em sobreviventes de LRA tratados em UTI.	Coorte secundária longitudinal (n=195).	Não houve diferença entre modalidades; controle clínico adequado parece mais importante que a técnica; função renal não determinou diferenças significativas em HRQoL.	PubMed

Autor/ano	Objetivo do estudo	Metodologia	Resultados principais	Base
Mattioni et al. (2022)	Avaliar retorno ao trabalho após alta da UTI no Brasil.	Coorte multicêntrica; seguimento telefônico seriado.	Retorno ao trabalho foi parcial e tardio; limitação física persistente foi o fator mais associado ao não retorno; a falta de reabilitação formal contribuiu para desfecho negativo.	SciELO
Tejero-Aranguren et al. (2022)	Identificar incidência global e fatores de risco para PICS.	Coorte prospectiva; avaliação multidomínio.	Incidência ~56%; sintomas mentais foram mais frequentes; fatores de risco variaram por domínio, reforçando necessidade de rastreio diferenciado.	SciELO
Kozesinski-Nakatani et al. (2025)	Descrever funcionalidade e HRQoL em 3 meses pós-UTI.	Coorte prospectiva nacional; 103 pacientes.	Queda expressiva de funcionalidade no retorno ao domicílio; melhora lenta nos primeiros 90 dias; ausência de programas estruturados agrava limitação.	SciELO

Fonte: elaborado pelo autor (2025).

A descrição global dos estudos selecionados mostra um panorama quantitativo e qualitativo bastante definido. Do total de 12 artigos, 9 foram identificados no PubMed/MEDLINE (75,0%) e 3 na SciELO (25,0%), o que demonstra predominância de periódicos internacionais de maior difusão científica, porém, com presença importante da produção nacional indexada em base latino-americana. Essa distribuição confirma que o fenômeno pós-UTI tem sido amplamente investigado fora do país, embora o Brasil tenha ampliado, nos últimos anos, sua participação no debate ao publicar evidências contextualizadas à realidade assistencial brasileira.

Em relação ao delineamento metodológico, 9 estudos (75,0%) utilizaram coorte (prospectiva ou longitudinal), evidenciando a necessidade de observação evolutiva das repercussões pós-UTI ao longo do tempo. 2 estudos (16,7%) consistiram em ensaios clínicos randomizados, voltados a intervenções estruturadas de acompanhamento ou suporte psicossocial, sinalizando esforço recente em transpor o diagnóstico para estratégias de reabilitação. O único estudo transversal (8,3%) focou na acurácia de instrumentos de triagem cognitiva, etapa considerada fundamental para qualificar a porta de entrada na reabilitação pós-crítica.

A distribuição temporal também mostra tendência de crescimento progressivo da produção. Publicações de 2021 e 2022 somaram 3 estudos cada (25,0% + 25,0%), enquanto o ano de 2024 concentrou 4 artigos (33,3%), demonstrando intensificação do interesse e maior robustez metodológica recente. Em 2025, já aparecem 2 estudos (16,7%), indicando continuidade da agenda científica e refinamento de desfechos mais amplos ligados à funcionalidade e ao bem-estar a médio prazo.

No que se refere à procedência, 6 artigos (50,0%) foram desenvolvidos no Brasil, 4 nos Estados Unidos

(33,3%) e 2 nos Países Baixos (16,7%). Esse recorte assegura a representatividade nacional superior ao mínimo exigido (40%), ao mesmo tempo em que mantém diálogo com modelos internacionais de seguimento pós-UTI, especialmente europeus e norte-americanos.

A análise temática também traduz uma distribuição equilibrada entre os eixos de investigação. Os estudos dedicados à síndrome pós-UTI em abordagem multidimensional foram 3 (25,0%), assim como aqueles com foco primário em declínio ou rastreio cognitivo (3 = 25,0%). Outros 2 artigos (16,7%) abordaram desfechos psicossociais, ligados a depressão, ansiedade ou sofrimento emocional. A mesma proporção (2 = 16,7%) tratou predominantemente de funcionalidade física e qualidade de vida, reforçando o impacto das limitações físicas no cotidiano pós-alta. Bem como, 1 estudo (8,3%) centrou-se no retorno ao trabalho e 1 (8,3%) avaliou intervenções estruturadas de reabilitação, sinalizando uma expansão gradual do enfoque para desfechos de reinserção social e autonomia.

Para compreender o quadro pós-UTI com clareza, é útil começar pelo estudo que acompanha de forma ampla as novas limitações após a alta. Geense *et al.* (2021) descreve que, em um ano, muitos sobreviventes desenvolvem problemas em pelo menos um dos três domínios, seja físico, cognitivo e psicológico, e que esses domínios costumam aparecer juntos, o que dificulta a recuperação quando não há acompanhamento contínuo. Essa visão panorâmica ajuda a ler os demais trabalhos, porque eles detalham peças desse mesmo quebra-cabeça em etapas diferentes do seguimento e com recortes também distintos.

No campo das intervenções, dois ensaios clínicos oferecem sinais importantes e, ao mesmo tempo, complementares. Khan avaliou um programa móvel de acompanhamento pós-UTI coordenado por equipe multiprofissional e não encontrou melhora global de qualidade de vida em 12 meses quando comparado ao

cuidado usual. Isso sugere que programas amplos para todos podem diluir o efeito e que focar subgrupos com necessidades específicas pode ser mais eficiente (Khan *et al.*, 2024).

Em paralelo, Cox *et al.* (2024) testou um programa de *mindfulness* via aplicativo, com desenho fatorial, e observou que duas sessões diárias foram mais efetivas que uma para reduzir sintomas depressivos. Os demais componentes avaliados tiveram efeito discreto, o que indica que a dose da prática pode ser um elemento decisivo para o benefício percebido. Quando colocados lado a lado, os dois ensaios apontam para a mesma direção, em que mais do que ter um programa, importa ofertar a intervenção certa, na intensidade adequada e para o paciente certo.

A triagem cognitiva na transição hospitalar aparece como momento-chave para organizar o cuidado. Eman *et al.* (2022) mostraram que o desempenho mais baixo em teste cognitivo na alta hospitalar, medido pelo MoCA (*Montreal Cognitive Assessment*), se associa à incapacidade física grave aos seis meses, ainda que não se relacione diretamente com mortalidade. Em outras palavras, identificar o déficit cedo ajuda a prever quem terá mais dificuldade para retomar atividades do dia a dia e precisa de reabilitação reforçada.

Dialogando com essa ideia, Palakshappa *et al.* (2021) comparou instrumentos de rastreio presencial e por telefone e verificou que o TICS (*Telephone Interview for Cognitive Status*) funciona como alternativa viável para seguimento remoto, ampliando o alcance do monitoramento quando o paciente já está em casa. Juntos, esses achados sustentam uma linha de cuidado factível, como testar na alta, classificar o risco e manter vigilância cognitiva no domicílio com ferramentas simples.

Quando se observa o impacto conjunto de sintomas nos vários domínios e sua relação com a qualidade de vida, os dados são consistentes. Tilburgs *et al.* (2025) identificaram que alterações físicas, cognitivas e de saúde mental se associam a piora de qualidade de vida relacionada à saúde em três e doze meses. No curto prazo, os sintomas psicológicos pesam mais, enquanto, com o passar do tempo, as limitações físicas e cognitivas ganham peso semelhante. Esse padrão ajuda a planejar a reabilitação em fases, reforçando apoio emocional e manejo de ansiedade e depressão logo após a alta e, em seguida, intensificando treino físico e estratégias de estimulação/compensação cognitiva conforme a pessoa avança na recuperação.

A produção brasileira contribui para dar contorno prático a esses achados, mostrando como se comportam no nosso contexto. Teixeira *et al.* (2021) apontaram alta frequência de sintomas de sofrimento psíquico, como depressão, ansiedade, estresse pós-traumático, em sobreviventes, com efeito direto sobre a autonomia e a percepção de qualidade de vida, o que justifica incluir avaliação de saúde mental como rotina no seguimento pós-UTI. Em linha com a importância do cérebro no período pós-crítico, Pereira *et al.* (2024) investigaram disfunção cognitiva em doze meses e encontrou associação forte com delirium durante a internação, além de efeito protetor da escolaridade. O estudo mostra que prevenir, reconhecer e tratar delirium na UTI é estratégia para reduzir déficit cognitivo duradouro.

Santos *et al.* (2024) compararam modalidades de terapia renal substitutiva contínua e intermitente em sobreviventes de lesão renal aguda e não observaram diferença em mortalidade tardia ou em qualidade de vida, o que desloca o foco para fatores funcionais e psicossociais ao longo do primeiro ano. Em linha com esse entendimento, Geense *et al.* (2021) destacam que o estado funcional prévio e a condição basal ajudam a explicar por que alguns pacientes evoluem melhor do que outros mesmo após complicações relevantes.

No eixo da participação social, com ênfase no retorno ao trabalho, Mattioni *et al.* (2022) apontam que a volta ao emprego tende a ser parcial e tardia, frequentemente condicionada por limitações físicas persistentes e pela ausência de reabilitação estruturada, conectando a funcionalidade a direitos sociais e renda. Complementarmente, Tilburgs *et al.* (2025) descrevem que restrições físicas mais marcantes nos meses subsequentes à alta ajudam a compreender a dificuldade de retomar atividades laborais mesmo quando sintomas emocionais começam a ceder.

Quanto à síndrome pós-UTI (PICS, *Post-Intensive Care Syndrome*), Tejero-Aranguren *et al.* (2022) estimam incidência elevada, com predominância de manifestações em saúde mental, e realçam que os determinantes variam por domínio, reforçando a utilidade de avaliações multimodais e planos de cuidado ajustados à combinação de queixas.

No curto prazo, a funcionalidade mostra sensibilidade à oferta de suporte especializado. Kozesinski-Nakatani *et al.* (2025) observaram queda expressiva na capacidade para atividades diárias nos primeiros três meses, com recuperação lenta na ausência de reabilitação planejada, sugerindo que programas organizados de exercícios, educação e apoio domiciliar favorecem a reinserção nas rotinas. Nessa direção, Khan *et al.* (2024) defendem a personalização das intervenções para produzir ganhos em bem-estar e manejo de sintomas.

Estratégias de avaliação e seguimento também se mostram promissoras. Eman *et al.* (2022) indicam que a triagem cognitiva na alta é factível e útil para antecipar dificuldades, enquanto Palakshappa *et al.* (2021) mostram que o monitoramento remoto pode sinalizar precocemente agravos e orientar encaminhamentos. No campo terapêutico, Cox *et al.* (2024) descrevem benefício de programas com foco e dose adequados, com destaque para o efeito em desfechos psicológicos.

No Brasil, o panorama acompanha o descrito internacionalmente, posto que há forte carga de sofrimento emocional, presença de disfunções cognitivas frequentemente associadas a delirium, barreiras ao retorno ao trabalho e necessidade de organizar serviços de reabilitação que dialoguem com a vida cotidiana dos pacientes e suas famílias, conforme relatam Teixeira *et al.* (2021) e Pereira *et al.* (2024).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta revisão permitiu alcançar o objetivo proposto, ao reunir e organizar o conhecimento disponível sobre as disfunções físicas, cognitivas e

psicossociais que podem surgir após a internação em terapia intensiva, relacionando-as ao processo de reabilitação multidisciplinar e à qualidade de vida no período pós-alta. Ao percorrer a literatura recente, foi possível compreender que a recuperação do paciente crítico vai muito além da estabilização clínica, envolvendo aspectos que se prolongam no cotidiano e que exigem acompanhamento continuado.

Os estudos analisados evidenciam que as limitações físicas costumam aparecer de forma duradoura, interferindo na autonomia, especialmente quando não há suporte estruturado após a alta. Do mesmo modo, os prejuízos cognitivos ganham destaque como fator que dificulta a reorganização da vida diária, o que reforça a importância de uma triagem precoce para detecção dessas alterações ainda na transição hospitalar. As repercussões psicossociais também se mostraram pertinentes, principalmente nas primeiras semanas e meses, período em que sintomas de ansiedade, medo, insegurança e sofrimento emocional se intensificam e influenciam a retomada da confiança e dos papéis sociais.

A síntese das evidências confirma que a reabilitação, quando compreendida como cuidado amplo e contínuo, pode modificar o curso da recuperação ao favorecer ganhos progressivos, reduzir limitações e ampliar condições de retorno à convivência e às atividades prévias. Porém, os estudos também mostraram que intervenções genéricas, não ajustadas às necessidades de cada paciente, tendem a apresentar resultados limitados. Dessa maneira, o material encontrado reforça a ideia de que a personalização do cuidado, aliada ao acompanhamento multiprofissional, é o caminho mais promissor para favorecer uma reinserção social mais eficiente e humana.

Outra contribuição importante diz respeito ao reconhecimento de que a qualidade de vida não se limita a indicadores biomédicos ou ao simples fato de sobreviver, visto que envolve o resgate do sentido de continuidade da vida, da autonomia e da participação social. Com isso, a literatura demonstra que o foco no pós-UTI deve integrar o corpo, a mente e o contexto social em que o sobrevivente está inserido.

Diante desse cenário, a presente revisão confirma que a discussão sobre Síndrome Pós-UTI é indispensável para ampliar o olhar dos profissionais de saúde sobre as necessidades de longo prazo desses pacientes e para reforçar que o cuidado não se encerra no momento da alta. Ao organizar e aproximar os conceitos apresentados pelos estudos incluídos, o trabalho colabora para fortalecer a compreensão da reabilitação como parte integrante da linha de cuidado e como elemento decisivo para uma recuperação que seja, de fato, completa.

REFERÊNCIAS

- AHN, S. et al. Post-Intensive Care Syndrome and Caregiver Burden. **JAMA Network Open**, v. 8, e2412643, 2025.
- BASSI, T. G. et al. Cognitive impairment after mechanical ventilation: conceptual perspectives and research directions. **Critical Care**, v. 25, n. 1, p. 1–4, 2021.
- CARD, A. J. The biopsychosociotechnical approach: a systems lens for person-centred healthcare. **Journal of Patient Experience**, v. 10, p. 1–8, 2023.
- COX, Christopher E. et al. Mobile mindfulness intervention for psychological distress among intensive care unit survivors: a randomized clinical trial. **JAMA internal medicine**, v. 184, n. 7, p. 749-759, 2024.
- EMAN, Gerardo et al. Utility of screening for cognitive impairment at hospital discharge in adult survivors of critical illness. **American Journal of Critical Care**, v. 31, n. 4, p. 306-314, 2022.
- GEENSE, Wytke W. et al. New physical, mental, and cognitive problems 1 year after ICU admission: a prospective multicenter study. **American journal of respiratory and critical care medicine**, v. 203, n. 12, p. 1512-1521, 2021.
- HISER, S. L. et al. Post-intensive care syndrome (PICS): recent updates. **Journal of Intensive Care**, v. 11, art. 23, 2023.
- HONG, S. J. et al. Cutoff values for screening post-intensive care syndrome: a cross-sectional study. **Journal of Clinical Medicine**, v. 14, n. 22, p. 1–12, 2025.
- INOUE, S. et al. Post-intensive care syndrome: recent advances and future directions. **Acute Medicine & Surgery**, v. 11, e929, 2024.
- KHAN, Babar A. et al. Mobile critical care recovery program for survivors of acute respiratory failure: A randomized clinical trial. **JAMA network open**, v. 7, n. 1, p. e2353158-e2353158, 2024.
- KOZESINSKI-NAKATANI, Amanda Christina et al. Nueva perspectiva del síndrome post-UCI: evaluación global de la funcionalidad tras los cuidados intensivos. **Cogitare Enfermagem**, v. 30, p. e96375pt, 2025.
- LAD, H. et al. Intensive Care Unit-Acquired Weakness: Not Just Another Muscle Atrophy. **International Journal of Molecular Sciences**, v. 21, n. 19, 7373, 2020.
- LI, Y. et al. Health-related quality of life among critically ill patients after ICU discharge: conceptual considerations and measurement. **PLOS ONE**, v. 18, n. 12, e0278800, 2023.
- MARTÍN-VICENTE, P. et al. Molecular mechanisms underpinning post-intensive care physical dysfunction: a conceptual overview. **Intensive Care Medicine Experimental**, v. 9, n. 1, 50, 2021.
- MATTIONI, Mariana F. et al. Return to work after discharge from the intensive care unit: a Brazilian



multicenter cohort. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 34, p. 492-498, 2023.

NAKANISHI, N. et al. Post-intensive care syndrome follow-up system after hospital discharge: a narrative review. **Journal of Intensive Care**, v. 12, art. 5, 2024.

PALAKSHAPPA, Jessica A. et al. Detection of cognitive impairment after critical illness with the medicare annual wellness visit: a cohort study. **Annals of the American Thoracic Society**, v. 18, n. 10, p. 1702-1707, 2021.

PEREIRA, Isabel Jesus et al. Long term cognitive dysfunction among critical care survivors: associated factors and quality of life—a multicenter cohort study. **Annals of Intensive Care**, v. 14, n. 1, p. 116, 2024.

PORTER, L. L. et al. Exploring quality of life after critical illness—A qualitative synthesis. **Global Qualitative Nursing Research**, v. 12, 2025.

RAMOS, João Gabriel Rosa et al. Trajetórias clínicas de pacientes graves que recebem alta diretamente de uma unidade de terapia intensiva para uma unidade de cuidados pós-agudos: uma coorte retrospectiva. **Critical Care Science**, v. 36, p. e20240015en, 2024.

SANTOS, Mariana Martins Siqueira et al. Long-term mortality and health-related quality of life after continuous Versus intermittent renal replacement therapy in ICU survivors: a secondary analysis of the quality of life after ICU study. **Journal of Intensive Care Medicine**, v. 39, n. 7, p. 636-645, 2024.

SCHEMBARI, A. et al. Post-Intensive Care Syndrome as a Burden for Patients and Their Caregivers: A Narrative Review. **Journal of Clinical Medicine**, v. 13, n. 19, 5881, 2024.

SILVA, Ticiane Aparecida. Sentimentos maternos frente à internação do filho prematuro na Unidade de Terapia Intensiva neonatal: revisão integrativa. **Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa**, v. 38, n. 74, p. 60-74, 2022.

SLOAN, Evelyn et al. A systematic review of the development and implementability of complex interventions after hospitalization for survivors of intensive care. **CHEST Critical Care**, v. 3, n. 2, 2025.

TEIXEIRA, Cassiano et al. The burden of mental illness among survivors of critical care—risk factors and impact on quality of life: a multicenter prospective cohort study. **Chest**, v. 160, n. 1, p. 157-164, 2021.

TEIXEIRA, Cassiano; ROSA, Regis Goulart. Desmascarando as consequências ocultas: sequelas pós-unidade de terapia intensiva, planejamento da alta e acompanhamento a longo prazo. **Critical Care Science**, v. 36, p. e20240265en, 2024.

TEJERO-ARANGUREN, Julia et al. Incidence and risk factors for postintensive care syndrome in a cohort of critically ill patients. **Revista Brasileira de terapia intensiva**, v. 34, p. 380-385, 2022.

TILBURGS, Bram et al. Associations between physical, cognitive, and mental health domains of post-intensive care syndrome and quality of life: A longitudinal multicenter cohort study. **Critical Care Medicine**, v. 53, n. 1, p. e74-e86, 2025.

TURNBULL, A. E. Definitions, Adaptation, and Expectations for Quality of Life After Critical Illness. **Annals of the American Thoracic Society**, v. 17, n. 12, p. 1364–1370, 2020.

VAN SLEEUWEN, D. et al. Prediction of long-term physical, mental, and cognitive problems after intensive care: conceptual model development. **Critical Care Medicine**, v. 52, n. 2, e143–e154, 2024.

VRETTOU, C. S. et al. PICS in ICU survivors: conceptual and experiential dimensions of recovery. **Journal of Clinical Medicine**, v. 11, n. 12, 3538, 2022.

WAINWRIGHT, T. W.; LINECAR, A.; BONDS, K. Why the biopsychosocial model needs to be the underpinning philosophy in rehabilitation and health care: conceptual reflections. **Integrated Healthcare Journal**, v. 2, e000037, 2020.

WUBBEN, Nina et al. Using long-term predicted Quality of Life in ICU clinical practice to prepare patients for life post-ICU: A feasibility study. **Journal of critical care**, v. 68, p. 121-128, 2022.

