

ARTIGO ORIGINAL

Core set da CIF aplicado a pacientes com síndrome pós-terapia intensiva: uma revisão sistemática

Milena Amazonas de Almeida¹, Maria Karoline de França Richtmoc², Daniella Cunha Brandão¹, Wagner Souza Leite², José Cândido de Araújo Filho¹, Cinthia Rodrigues Vasconcelos¹, Wildberg Alencar Lima², Alice Miranda dos Santos¹, Shirley Lima Campos¹

Universidade Federal de Pernambuco¹

Real Hospital Português de Beneficência em Pernambuco²

RESUMO

Fundamentos: O internamento em terapia intensiva está associado ao surgimento de sequelas, como comprometimento da capacidade funcional psicológica, que podem se prolongar por longos períodos, mesmo após a alta, caracterizando a síndrome pós-terapia intensiva. A utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde é uma ferramenta que descreve e organiza informações de funcionalidade e incapacidade e viabiliza uma avaliação mais adequada, auxiliando na tomada de decisões para o processo de reabilitação.

Objetivo: Definir categorias candidatas ao Core Set da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde para pacientes com síndrome pós-terapia intensiva.

Métodos: Revisão sistemática, baseada no método PECOT (População, Exposição, Comparação, Desfecho e Tempo), sem restrição linguística. Foram incluídos artigos observacionais, tendo como população pacientes acima de 18 anos que necessitaram de internamento em unidade de terapia intensiva e descreveram os desfechos relacionados a deficiências físicas, limitações de atividade e restrições na participação.

Resultados: De 6.257 artigos selecionados foram incluídos 22 artigos que descreveram os desfechos avaliados nos pacientes incluídos. Foram encontrados 24 desfechos e codificados em 42 categorias. Os mais avaliados foram qualidade de vida (68,18%), força muscular (50%), depressão (36,36%), ansiedade (31,8%), função cognitiva (27,2%), capacidade funcional (22,72%) e transtorno de estresse pós-traumático (22,72%).

Conclusões: As categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde encontradas nos estudos analisados podem ser utilizadas como categorias candidatas ao core set para pacientes com síndrome pós-terapia intensiva.

Palavras-chave: Estado crítico; resultados de cuidados críticos; avaliação da deficiência; limitação física; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

INTRODUÇÃO

O paciente submetido aos cuidados críticos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pode apresentar grave declínio funcional resultado da associação de medicamentos (sedação, corticosteroide e bloqueadores neuromusculares), imobilismo, tempo de permanência na UTI, sepse e comorbidades

prévias ^{1,2}. Esse declínio funcional pode gerar consequências como a sarcopenia, uma doença sistêmica que acarreta em perda de função muscular e muitas vezes é negligenciada na prática clínica ³ além de implicações na saúde mental, aumentando a propensão a déficits cognitivos, *delirium* e depressão ⁴. Essas consequências podem prolongar-se por anos após a terapia

Autor Correspondente:

Shirley Lima Campos

Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), CEP: 50670-420 – Recife-PE, Brasil

e-mail: shirleylcampos@uol.com.br

<https://jhsc.emnuvens.com.br/revista>

intensiva, interferindo na vida cotidiana e familiar¹.

O termo síndrome pós-terapia intensiva (*Post Intensive Care Syndrome- PICS*) foi criado pela *Society of Critical Care Medicine* para descrever casos novos ou agravamento dos déficits físicos, cognitivos e psicológicos enfrentados por pacientes após internação em UTI⁴. Porém, a maioria dos estudos não relata um mapeamento completo e detalhado desta síndrome, identificando os problemas físicos e psicológicos associados a PICS. Com isso, a utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) possibilita uma caracterização da gravidade de tais problemas associados a PICS e viabiliza uma avaliação mais adequada, além de orientação do processo de reabilitação e melhora dos resultados para essa população².

A CIF é um modelo desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) destinado a constituir uma base conceitual para definição, mensuração e formulação de políticas na área da saúde e incapacidade⁵. A proposta de sua criação está relacionada ao desenvolvimento de uma linguagem unificada e padronizada acerca das informações da saúde, permitindo a comparação de dados entre países em diferentes momentos ao longo do tempo, proporcionando um esquema de codificação para sistemas de informação da saúde, além de uma base científica para futuros estudos^{6,7}.

Esta classificação é um sistema de codificação alfanumérica composta de domínios relacionados com a saúde, baseados na perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade, considerando, portanto, a interação da funcionalidade (função e estrutura corporal), incapacidade

(limitação de atividade e participação) e os fatores ambientais, revelando a influência e o impacto do ambiente na saúde do indivíduo^{5,7}. No entanto, a CIF possui 1.424 categorias para descrever um paciente, tornando-a extensa para ser usada na prática clínica. Em vista disso, os *core sets* da CIF têm sido desenvolvidos⁸.

Os *core sets* são versões curtas da CIF compostos por categorias mais relevantes para populações específicas de pacientes⁹. Na literatura pesquisada até o momento não foi encontrado um *core set* voltado para os pacientes sobreviventes a internação em terapia intensiva. Considerando que o desenvolvimento do *core set* da CIF é processual, incluindo três fases: uma fase preparatória, uma conferência de consenso e uma fase de validação e teste⁸, o objetivo deste estudo restringe-se a primeira fase, com o propósito de definir as categorias candidatas para a elaboração do *Core Set* da CIF em pacientes com síndrome pós-terapia intensiva.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão sistemática dos estudos pesquisados durante o período de julho a novembro de 2018 desenvolvido no Laboratório de Inovação Instrumental e Desempenho Físico-funcional (LinDef) do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Pernambuco (Brasil).

Essa revisão sistemática foi elaborada de acordo com as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-analyses* (PRISMA)¹⁰. A revisão foi submetida ao International Prospective Register of Systematic Review (PROSPERO), sob número do protocolo CRD42020118733.

Foram incluídos estudos observacionais; estudos com adultos acima de 18 anos que tiveram algum episódio de doença grave (condições médicas, procedimentos cirúrgicos gerais, traumas e queimaduras) com necessidade de internação em UTI (tempo mínimo de 24 horas); estudos que relataram os desfechos durante o primeiro ano de cuidados intensivos, descrevendo as deficiências físicas (funções e estruturas do corpo), limitações nas atividades (problemas com a capacidade de executar tarefas ou ações) e restrições de participação (problemas com a capacidade de ser envolvidos em uma situação de vida cotidiana).

Estudos nos quais os participantes obtiveram diagnóstico de câncer, doença neurológica (por exemplo, acidente vascular cerebral, traumatismo cranioencefálico, esclerose múltipla), cirurgias, cardiovasculares ou gravidez foram excluídos.

As bases de dados bibliográficos eletrônicos utilizados foram *MEDLINE*, *Cochrane Library (CENTRAL)*, *CINAHL (EBSCO)*, *Web of Science*, *Scopus* e *LILACS*. A pesquisa foi realizada a partir dos critérios de busca baseados em um PECOT (População, Exposição, Comparação, Resultado e Tempo) exposto no quadro 1. As palavras-chave incluídas foram: *Critical Illness*, *Post-intensive Care Syndrome*, *Intensive Care*, *Impairments*, *Activity Limitations and Participation Restrictions*.

A busca das palavras-chave e seus sinônimos foram realizados junto com os operadores booleanos “OR” e “AND” nas buscas avançadas das bases de dados. Não houve restrição linguística e foram considerados estudos a partir do ano de 2012 devido à primeira descrição do termo

PICS na literatura¹¹. Essa estratégia de pesquisa foi modificada conforme apropriado para cada um dos bancos de dados incluídos na pesquisa (Quadro 2).

Os títulos e resumos de estudos identificados através da pesquisa e aqueles de referências dos artigos de revisão foram inicialmente selecionados de forma independente por dois revisores, que aplicaram os critérios de inclusão e exclusão nesta fase, identificando os estudos potencialmente elegíveis. Desentendimentos ocorridos foram resolvidos por um terceiro revisor. Em seguida, os textos completos dos estudos potencialmente elegíveis foram recuperados e avaliados independentemente por dois revisores, novamente utilizando os critérios de elegibilidade.

Os aspectos de funcionalidade, atividades e participação social encontrados nos artigos revistos foram associados a categorias da CIF, através de um processo cujas regras estão descritas na literatura¹². As categorias da CIF referentes à qualidade de vida abrangem mobilidade, dor, funções emocionais e cognitivas, relacionamentos sociais, autocuidado, atividade de vida diária, vitalidade, deslocamento, funções da visão e auditivas. Depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático correspondem à categoria de funções emocionais, assim como força muscular e capacidade funcional a funções da força muscular e funções de tolerância ao exercício, respectivamente¹².

Quadro 1. Critérios de busca baseado no método PECOT.

População	Exposição	Comparação	Desfechos	Tempo
Adultos (>18 anos).	Síndrome pós- Terapia intensiva (PICS).	Grupo controle que não desenvolveu PICS; Relatos de atividades e participação prévios ao desenvolvimento da PICS.	Incapacidades físicas; Limitações da atividade; Restrição na participação.	Até 1 ano pós alta da UTI.

Quadro 2. Número de artigos em cada base de dados conforme estratégia de busca.

Base de dados	Estratégia de busca	Nº de artigos
SCOPUS	(TITLE-ABS-KEY ("critical illness" OR "intensive care" OR "Intensive Care Unity") AND TITLE-ABS- KEY ("Post-intensive care syndrome" OR "PICS") AND TITLE-ABS-KEY ("Impairments" OR "participation restrictions" OR "activity limitations" OR "Functioning" OR "Function" OR "Functionality" "Disability"))	406
MEDLINE (PUBMED)	("Post-intensive care syndrome"[All Fields] OR "PICS"[All Fields] OR "critical illness"[All Fields] OR "intensive care"[All Fields] OR "Intensive Care Unity"[All Fields]) AND ("Impairments"[All Fields] OR "participation restrictions"[All Fields] OR "activity	204

	<p>limitations"[All Fields] OR "Functioning"[All Fields] OR "Function"[All Fields] OR "Functionality"[All Fields] AND "Disability"[All Fields]) AND ("2012/01/01"[PDAT]: "2018/12/31"[PDAT])</p>	
COCHRANE	<p>"Post-intensive care syndrome" OR "PICS" OR "critical illness" OR "intensive care" OR "Intensive Care Unity" in Title Abstract Keyword AND "Impairments" OR "participation restrictions" OR "activity limitations" OR "Functioning" OR "Function" OR "Functionality" "Disability" in Title Abstract Keyword - with Cochrane Library publication date Between Jan 2012 and Dec 2018 (Word variations have been searched)'</p>	79

LILACS	<p>("post-intensive care syndrome" OR "pics" OR "critical illness" OR "intensive care" OR "intensive care unity") AND (instance: "regional") AND (instance: "regional") AND (year_cluster: ("2013" OR "2014" OR "2015" OR "2017"))</p>	1
WEB OF SCIENCE	<p>(Post-intensive care syndrome OR PICS OR critical illness OR intensive care OR Intensive Care Unity) AND TOPIC:(Impairments OR participation restrictions OR activity limitations OR Functioning OR Function OR Functionality Disability) Refined by: DOCUMENT TYPES: (ARTICLE) AND [excluding] WEB OF SCIENCE CATEGORIES: (PEDIATRICS) Timespan: 2012-2018. Indexes: SCI-</p>	4.908

No desfecho de função cognitiva, as categorias relacionadas foram funções cognitivas de nível superior (inclui: planejamento, tomada de decisão), funções da percepção (inclui: percepção visoespacial, visual tátil), funções da atenção (concentração e distração), funções da memória, funções mentais da linguagem (inclui: expressão da linguagem e recepção da linguagem) e função da orientação¹².

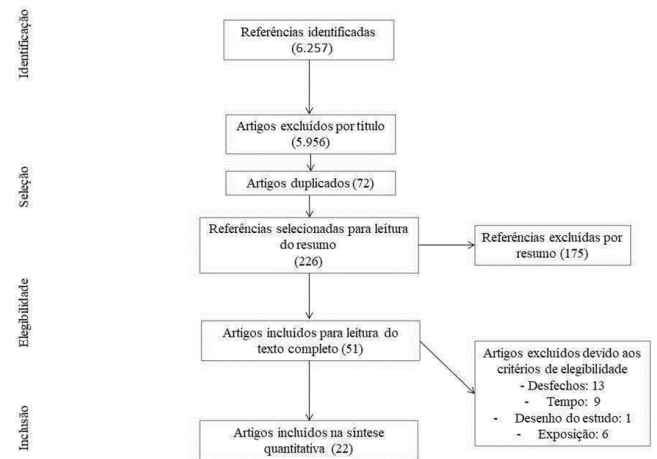
A *Newcastle-Ottawa Scale* (NOS) inclui a avaliação da qualidade de estudos não randomizados, incluindo caso-controle e de coorte. É quantificado por um ‘sistema estelar’, no qual o estudo é julgado em três perspectivas amplas: a seleção dos grupos de estudo, a comparabilidade dos grupos, e a exposição ou desfecho¹³.

A classificação é de acordo com a quantidade de estrela em seleção, comparabilidade e exposição. O artigo é considerado com boa qualidade quando tem 3 ou 4 estrelas no domínio de seleção, 1 ou 2 estrelas em comparabilidade e 2 ou 3 estrelas no domínio de exposição. É considerado qualidade razoável 2 estrelas em seleção, 1 ou 2 em comparabilidade e 2 ou 3 no domínio de exposição. Os artigos com baixa qualidade são os que possuem 0 ou 1 estrela no domínio de seleção, 0 estrelas no domínio de comparabilidade, 0 ou 1 estrelas em exposição¹³.

RESULTADOS

Inicialmente foram selecionados 6.257 artigos nas bases de dados conforme as estratégias de busca. Os artigos passaram por um processo de exclusão de acordo com o PRISMA (figura 1), resultando em 22 trabalhos incluídos no estudo.

Figura 1. Diagrama de busca e seleção dos estudos para a revisão sistemática de acordo com o *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-analyses* (PRISMA).



Os artigos foram então classificados de acordo com a Escala de Newcastle Ottawa (NOS) sendo 59,09% considerados de boa qualidade e 40,90% de qualidade moderada (tabela 1 e 2). Não houve artigos de baixa qualidade.

A maioria dos artigos selecionados foram realizados nos Estados Unidos (54,54%). O desenho mais prevalente foi o coorte, totalizando 18 estudos, além de 2 estudos de caso controle e 1 transversal. Nas amostras estudadas, houve predominância do sexo masculino, abrangendo pacientes com idade a partir de 36 anos. Dentre as doenças causais de admissão na UTI, as mais prevalentes foram sepse (n= 9), insuficiência respiratória (n= 6), lesão pulmonar aguda (n= 5), choque séptico ou cardiogênico (n= 3). O tempo mínimo de permanência na UTI e de ventilação foi de 2 dias (tabela 3).

Dentre os incluídos, 7 artigos apresentaram em porcentagem a quantidade de pacientes que tiveram episódios de *delirium* e o escore máximo da *Sequential Organ Failure Assessment* (SOFA). O tempo mínimo de

follow-up das avaliações foi de aproximadamente 1 mês e o máximo de 12 meses (tabela 3).

Na tabela 4 se encontra uma descrição detalhada dos artigos considerados, com os instrumentos utilizados, além de seus principais desfechos, resultados e conclusões.

Na tabela 5 estão descritos os 24 desfechos encontrados nos artigos e as 42 categorias e códigos da CIF correspondentes, além da frequência dos desfechos citados no total de artigos. Os desfechos mais avaliados foram qualidade de vida (68,18%), força muscular (50%), depressão (36,36%), ansiedade (31,8%), função cognitiva (27,2%), capacidade funcional (22,72%) e transtorno de estresse pós-traumático (22,72%).

Os desfechos foram avaliados por cada domínio dos instrumentos correspondentes, sendo assim, o processo de codificação das categorias da CIF para desfechos amplos, como qualidade de vida e função cognitiva, considerou os domínios de avaliação dos instrumentos.

Na tabela 6 os instrumentos mais utilizados na prática estão detalhados e são associados com os desfechos correspondentes. Na avaliação da qualidade de vida os questionários mais aplicados foram *Short-Form Health Survey - SF-36* (50%) e o *EuroQol-5D* (50%). Na força muscular o dinamômetro foi mais usado (71,42%) que o *Medical Research Council - MRC* (28,57%), enquanto que na capacidade funcional o teste de caminhada de 6 minutos foi usado em 100% dos artigos.

Depressão e ansiedade teve uma maior porcentagem de uso para o mesmo instrumento, a escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS), sendo utilizada em 50% para depressão e 71,42%

em ansiedade. O transtorno de estresse pós-traumático foi avaliado em 40% dos artigos pelo Checklist de Stress Pós-Traumático (PCL). Na função cognitiva 50% dos artigos utilizaram o *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA) e em 50% a entrevista telefônica modificada para o estado cognitivo (TICS).

DISCUSSÃO

Esse estudo incluiu 22 artigos cujos desfechos foram analisados para sistematização de categorias para um *core set* da CIF voltado para as disfunções da PICS. Os principais desfechos investigados nos estudos foram qualidade de vida (68,18), força muscular (50%), depressão (36,36%), ansiedade (31,8%), função cognitiva (27,27%), capacidade funcional (22,72%) e transtorno de estresse pós-traumático (22,72%).

Os estudos apontam que a maioria da população com doença crítica apresenta redução da qualidade de vida devido a sua relação com as restrições em atividades, principalmente na caminhada, no autocuidado, na realização de atividades habituais e na dor¹⁴. Alguns dados avaliados pela Euroqol-5D demonstram que a maioria dessa população necessita de assistências nas atividades cotidianas e assistência médica depois da alta hospitalar¹⁵.

Os fatores psicológicos e cognitivos também demonstraram impacto na qualidade de vida. No estudo de Thomas *et al* (2018), os pacientes que obtiveram um menor tempo de recuperação na capacidade de andar e um maior escore na avaliação cognitiva atingiram uma boa qualidade de vida aos 12 meses¹⁶. Segundo Semmler *et al* (2012) pacientes com sepse obtiveram

resultados negativamente significativos no domínio de função mental do SF-36 devido a problemas psicológicos que interferiram na capacidade de trabalho e qualidade de vida ¹⁷.

O comprometimento da função cognitiva está relacionado a alguns fatores de risco, como a duração do *delirium* na UTI, hipóxia, hipotensão, sepse grave e comprometimento cognitivo prévio. De acordo com Gunther *et al* (2012), o aumento da duração do *delirium* está associado a atrofia cerebrais em 3 meses após a alta da UTI com consequente disfunção cognitiva aos 12 meses pós-alta ¹⁸. As áreas mais afetadas foram o volume do lobo frontal superior e do hipocampo que contém associação com o funcionamento executivo e memória ¹⁸. No estudo de Mikkelsen *et al* (2012) houve uma associação entre uma menor PaO₂ e maiores comprometimentos cognitivo e psiquiátricos, concluindo que a hipoxemia é um fator de risco para tais disfunções ¹⁹.

O declínio da força física envolve fatores de risco como ventilação mecânica prolongada, sepse, tempo de permanência em UTI, corticosteroide e imobilidade. Em um estudo foi observado que a cada semana adicional de permanência em UTI haveria uma redução de 1,33-4,59% no percentual de força muscular máxima ²⁰. Já no estudo de Fan *et al* (2013), a cada dia adicional de repouso no leito houve um declínio na força muscular de 3 a 11% ²¹.

No estudo de dos Santos *et al* (2016), a fraqueza muscular adquirida na UTI que persiste aos 6 meses após a doença crítica é explicada por uma combinação de atrofia muscular e diminuição da capacidade contrátil voluntária. Foi investigado também o déficit de células satélites no

novo crescimento muscular que progrediu com diminuição da força de contração ²².

A relação do uso de corticosteroide com o declínio físico foi associada de modo que a cada aumento de 10 mg de prednisona, houve uma redução de 2,52% e 4,08% no percentual previsto para o TC6M e SF-36, respectivamente ²⁰. Esse achado não corroborou o estudo de Fan *et al* (2013), que não encontrou relação entre declínio físico e uso de corticosteroide sistêmico e bloqueadores neuromusculares na UTI, evidenciando a necessidade de mais estudos com o controle de dose e duração dos medicamentos para investigação dessa relação ²¹.

Geralmente há uma associação positiva entre função física e desempenho do TC6, todavia, o estudo de Needham *et al* (2014) revelou menor relação entre força muscular e os resultados no TC6 e do SF-36 ²⁰. Esse achado reflete que outros fatores, além da força, podem contribuir para prejuízos no desempenho físico (TC6) e na qualidade de vida (SF-36), incluindo questões de resistência muscular, função cardiopulmonar e estado psicológico.

Os comprometimentos psicológicos da PICS consistem em depressão, ansiedade e estresse pós-traumático. Os pacientes internados na UTI estão susceptíveis a fatores de riscos intrínsecos como uso de sedação e analgesia e tempo de ventilação mecânica. O uso de drogas sedativas e analgésicas está associado a maior chance de desenvolver *delirium* e consequente formação de memórias ilusórias e TEPT ²³. O TEPT foi ainda associado ao uso de lorazepam e teve alta prevalência no sexo feminino, relacionado a traumas como estupro e abuso sexual ^{24,25}.

São desconhecidos os determinantes para ansiedade e depressão, entretanto, há mecanismos potenciais como medicamentos, dor, privação do sono e atrofia cerebral, que podem contribuir para o aumento da prevalência. A ansiedade geral após lesão pulmonar aguda contribui também para o comprometimento da função física e qualidade de vida ²⁶.

Os sintomas depressivos são mais prevalentes no período de recuperação de 3 meses pós-alta da UTI e tendem a persistir em um ano. Um dos fatores de risco que obteve maior significância foi a baixa escolaridade, indicando que o baixo nível socioeconômico é associado a doença depressiva ²⁷. Sintomas depressivos pré-

existentes são fatores de risco para comprometimento físico, ocorrendo devido à diminuição da motivação da recuperação física, a amplificação dos sintomas de doenças médicas gerais afetando o funcionamento e a difícil adesão a medicações ²⁸.

Em conclusão, as categorias mais prevalentes da CIF encontradas em pacientes com síndrome pós-terapia intensiva estão relacionadas a qualidade de vida, força muscular, função cognitiva, depressão, ansiedade, capacidade funcional e estresse pós-traumático. Essas categorias podem ser candidatas à criação de um core set para pacientes com PICS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kiriella JB, Araujo T, Vergara M, et al. Quantitative Evaluation of Muscle Function, Gait, and Postural Control in People Experiencing Critical Illness After Discharge From the Intensive Care Unit. *Physical Therapy*. 2017; 98(1):8-15; doi:10.1093/ptj/pzx102.
2. Ohtake PJ, Lee AC, Scott JC, et al. Physical Impairments Associated With Post-Intensive Care Syndrome: Systematic Review Based on the World Health Organization's International Classification of Functioning, Disability and Health Framework. *Physical Therapy*. 2018; 98(8):631-645; doi: 10.1093/ptj/pzy059.
3. Pontes VCB. Sarcopenia: Rastreo, Diagnóstico e Manejo Clínico. *Journal of Hospital Sciences*. 2022; 2(1):4-14. Disponível em: <https://jhsc.emnuvens.com.br/revista/article/view/32>.
4. Huggins EL, Bloom SL, Stollings JL, et al. A clinic model: Post-intensive care syndrome and post-intensive care syndrome-family. *AACN Adv Crit Care* 2016;27(2):204–211; doi: 10.4037/aacnacc2016611.
5. Rocha FS, Gervásio FM, Gardenghi G. Avaliação Funcional dos Pacientes da Unidade de Terapia Intensiva do Centro Doutor Henrique Santillo. *RESC*. 2016;6(2):9-21. Disponível em: <https://www.resceafi.com.br/vol6/n2/artigo01pags09a21.pdf>
6. Silva BNO, de Souza RC, de Carvalho TPV, et al. Aplicação Da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde Em Unidade de Terapia Intensiva Cardiorácica. *Fisioterapia Brasil*. 2016; 17(2), 107-118; doi: 10.33233/fb.v17i2.196.
7. Organização Mundial Da Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. 1. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2015.
8. Tomandl J, Book S, Gotthardt S, et al. Laying the foundation for a core set of the International Classification of Functioning, Disability and Health for community-dwelling adults aged 75 years and above in general practice: A study protocol. *BMJ Open* 2018;8(8); doi: 10.1136/bmjopen-2018-024274.

9. Geerse OP, Wynia K, Kruijer M, et al. Health-related problems in adult cancer survivors: development and validation of the Cancer Survivor Core Set. *Supportive Care in Cancer* 2017;25(2):567–574; doi: 10.1007/s00520-016-3439-0.
10. Galvão TF, Pansani TSA, Harrad D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. Tradução para o idioma português do documento: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. Disponível em: www.prisma-statement.org. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2015;24(2):335–342; doi: 10.5123/s1679-49742015000200017.
11. Needham DM, Davidson J, Cohen H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: Report from a stakeholders' conference. *Crit Care Med* 2012;40(2):502–509; doi: 10.1097/CCM.0b013e318232da75.
12. SELB M. A guide on how to develop an International Classification of Functioning, Disability and Health Core Set. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, [s. l.], v. 51, n. 1, p. 105–17, 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24686893>
13. Wells GA, Shea B, O'Connell D, et al. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for Assessing the Quality of Nonrandomised Studies in Meta-Analyses. n.d. Disponível em: http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.htm.
14. Maley JH, Brewster I, Mayoral I, et al. Resilience in survivors of critical illness in the context of the survivors' experience and recovery. *Ann Am Thorac Soc* 2016;13(8):1351–1360; doi: 10.1513/AnnalsATS.201511-782OC.
15. Griffiths J, Hatch RA, Bishop J, et al. An exploration of social and economic outcome and associated health-related quality of life after critical illness in general intensive care unit survivors: A 12-month follow-up study. *Crit Care* 2013;17(3); doi: 10.1186/cc12745.
16. Thomas S, Mehrholz J. Health-related quality of life, participation, and physical and cognitive function of patients with intensive care unit-Acquired muscle weakness 1 year after rehabilitation in Germany: The GymNAST cohort study. *BMJ Open*. 2018;8(7); doi: 10.1136/bmjopen-2017-020163.
17. Semmler A, Widmann CN, Okulla T, et al. Persistent cognitive impairment, hippocampal atrophy and EEG changes in sepsis survivors. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2012; 84(1), 62-69; doi: 10.1136/jnnp-2012.
18. Gunther ML, Morandi A, Krauskopf E, et al. The association between brain volumes, delirium duration, and cognitive outcomes in intensive care unit survivors: The VISIONS cohort magnetic resonance imaging study. *Crit Care Med* 2012;40(7):2022–2032; doi: 10.1097/CCM.0b013e318250acc0.
19. Mikkelsen ME, Christie JD, Lanken PN, et al. The adult respiratory distress syndrome cognitive outcomes study: Long-term neuropsychological function in survivors of acute lung injury. *Am J Respir Crit Care Med* 2012;185(12):1307–1315; doi: 10.1164/rccm.201111-2025OC.
20. Needham DM, Wozniak AW, Hough CL, et al. Risk factors for physical impairment after acute lung injury in a national, multicenter study. *Am J Respir Crit Care Med* 2014;189(10):1214–1224; doi: 10.1164/rccm.201401-0158OC.
21. Fan E, Dowdy DW, Colantuoni E, et al. Physical complications in acute lung injury survivors: A two-year longitudinal prospective study. *Crit Care Med* 2014;42(4):849–859; doi: 10.1097/CCM.0000000000000040.
22. dos Santos C, Hussain SNA, Mathur S, et al. Mechanisms of chronic muscle wasting and dysfunction after an intensive care unit stay: A pilot study. *Am J Respir Crit Care Med* 2016;194(7):821–830; doi: 10.1164/rccm.201512-2344OC.
23. Caiuby AVS, Andreoli PBDA, Andreoli SB. Transtorno de estresse pós-traumático em pacientes de unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2010; 22: 77-84; doi:10.1590/S0103-507X2010000100013
24. Girard TD, Shintani AK, Jackson JC, et al. Risk factors for post-traumatic stress disorder symptoms following critical illness requiring mechanical ventilation: A prospective cohort study. *Crit Care* 2007;11; doi: 10.1186/cc5708.
25. Joseph S, Mynard H, Mayall M. Life-events and post-traumatic stress in a sample of english adolescents. *J Community Appl Soc*

- Psychol 2000;10(6):475–482; doi: 10.1002/1099-1298(200011/12)10:6<475::AID-CASP578>3.0.CO;2-F.
26. Stevenson JE, Colantuoni E, Bienvenu OJ, et al. General anxiety symptoms after acute lung injury: Predictors and correlates. J Psychosom Res 2013;75(3):287–293; doi: 10.1016/j.jpsychores.2013.06.002.
27. Everson SA, SC Maty, Lynch JW, Kaplan GA. Evidências epidemiológicas para a relação entre status socioeconômico e depressão, obesidade e diabetes. J Psychosom Res 2002; 53 : 891–895; doi: [10.1016/S0022-3999\(02\)00303-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00303-3)
28. Bienvenu OJ, Colantuoni E, Mendez-Tellez PA, et al. Depressive symptoms and impaired physical function after acute lung injury: A 2-year longitudinal study. Am J Respir Crit Care Med 2012;185(5):517–524; doi: 10.1164/rccm.201103-0503OC.



Tabela 1. Avaliação da qualidade metodológica de acordo com o *Newcastle Ottawa Scale* (NOS) para estudos de Coorte.

	Seleção				Comparabilidade	Desfechos			TOTAL
	Representatividade da coorte exposta	Seleção da coorte não exposta	Determinação da exposição	Resultado de interesse não estava presente no início do estudo	Comparabilidade de coortes controlada para fatores de confusão	Avaliação do resultado	Acompanhamento longo o suficiente para que os resultados ocorressem	Adequação do acompanhamento das coortes	
Sevin et al, 2018	★	-	★	★	★	★	★	★	7
Thomas et al, 2018	★	-	★	★	★	★	★	★	7
Altman et al, 2018	★	-	★	★	★	-	★	★	6
Hodgson et al, 2017	★	-	★	★	★	-	★	★	6
Baumbach et al, 2017	★	★	★	★	★	★	★	★	8
Dettling et al, 2017	★	★	★	★	★	-	★	-	6
Duggan et al, 2017	★	-	-	★	★	-	★	★	5
Norman et al, 2016	★	-	-	★	★	-	★	★	5

Maley et al, 2016	★	-	★	★	★	-	★	★	6
Castillo et al, 2016	★	-	★	★	★	★	★	-	6
Dos santos et al, 2016	★	★	-	★	★	★	★	★	7
Solverson et al, 2016	★	-	★	★	★	★	★	★	7
Fan et al, 2014	★	-	★	★	★	-	★	★	6
Needham et al, 2014	★	-	★	★	★	-	★	★	6
Jackson et al, 2014	★	-	-	★	★	★	★	★	6
Stevenson et al, 2013	★	-	★	★	★	★	★	★	7
Davydow et al, 2013	★	★	★	★	★	★	★	★	8
Mikkelsen et al, 2012	★	★	★	★	★	-	★	★	7
Bienvenu et al, 2012	★	-	★	★	★	★	★	★	7
Denehy et al, 2012	★	-	★	★	★	★	★	★	7
TOTAL	22	5	16	22	22	11	22	18	

Tabela 2. Avaliação da qualidade metodológica de acordo com o *Newcastle Ottawa Scale* (NOS) para estudos de Caso Controle.

	Seleção				Comparabilidade	Exposição			TOTAL
	A definição do caso é adequada?	Representatividade dos casos	Seleção de controles	Definição de Controles	Comparabilidade de casos e controles com base no projeto ou análise	Determinação da exposição	O mesmo método de verificação para casos e controles	taxa de não-resposta	
Poulsen et al, 2013	★	★	★	★	★	★	★	-	7
Semmler et al, 2012	★	★	★	★	★	★	★	-	7

Tabela 3. Caracterização dos estudos segundo o autor/ano, país, desenho do estudo, número de participantes, idade, doença, permanência na terapia intensiva, permanência na ventilação mecânica, delirium, escala de gravidade, follow-up e escore do *Newcastle Ottawa Scale*

Autor/Ano	País	Desenho do estudo	Número de participantes	Idade (Média ± DP/IQR)	Doença	Permanência na UTI (dias) (Média ± DP/IQR)	Permanência VM (dias) (Média ± DP/IQR)	Delirium	SOFA (Média ± DP/IQR)	Follow-up	Escore NOS
Sevin et al, 2018 ¹⁴	EUA	Coorte	62 (55% homens, 45% mulheres)	49,5 (IQR 36 – 57)	Insuficiência respiratória Sepsé/septico	8 dias (IQR 5-21)	-	81%	10 (IQR, 7 – 12)	1 mês	7
Thomas et al ¹⁵ , 2018	Alemanha	Coorte	150 (70% homens, 30% mulheres)	69,16 ± 9,02	Doença crítica crônica	-	-	-	-	6 meses e 12 meses	7
Altman et al ¹⁶ , 2018	EUA	Coorte	122 (50% homens, 50% mulheres)	65.5 ± 15,6	Sepsé Infecção Pneumonia Problema respiratório	4,2 dias ± 3,4	-	36%	-	3 meses a 12 meses	6
Hodgson et al ¹⁷ , 2017	Austrália	Coorte	262 (67% homens, 33% mulheres)	59 ± 16	Insuficiência respiratória aguda, trauma, sepsé, doença gastrointestinal e cardiovascular	6,7 dias (IQR, 4,2, 10,9)	4 dias (IQR,1,8-8,4)	-	-	6 meses	6
Baumbach et al ¹⁸ , 2017	Alemanha	Transversal	84 (72,6% homens, 27,4%)	64 (IQR 56 - 69,75)	Problemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratório, trauma	4,83 (IQR 3,79 - 12,20)	16,25 horas (IQR 5,48 - 81,33)	-	-	6 meses	8

Dettling et al 19, 2017	Holanda	Coorte	60 (55% homens, 45% mulheres)	65 ± 16	Sepse, Síndrome do desconforto respiratório agudo, Terapia de reposição renal	14 (IQR 9 – 20)	11 (IQR 6–17)	-	12 ± 3	3 meses 6 meses e 12 meses	6
Duggan et al 20, 2017	EUA	Coorte	136 (53 % homens, 47% mulheres)	60 (IQR 50-66)	Insuficiência respiratória, choque cardiogênico ou séptico	4,4 (IQR 2,0-10,0)	1,8 (IQR 0,3-4,8)	68%	4,8 (IQR 3,6-7,0)	3 meses e 12 meses	5
Norman et al 21, 2016	EUA	Coorte	113 (61% homens, 39% mulheres)	53 (IQR 44 a 60)	Insuficiência respiratória Choque cardiogênico e séptico	-	-	-	-	3 meses e 12 meses	5
et al 22, 2016	EUA	Não descrito	43 (41,9% homens, 58,1% mulheres)	59 ± 15	Sepse, síndrome do desconforto respiratório agudo	5,1 dias (IQR, 2,5- 11,3)	-	-	-	6 meses e 12 meses	6
Castillo et al 23, 2016	Austrália	Coorte	92 (70% homens, 30% mulheres)	54 ± 15	Trauma, Cirurgias gerais	4 dias (IQR, 3-7 dias)	-	8%	-	3 meses e 6 meses	6
Dos santos et al 24, 2016	Canadá	Coorte	15 (43% homens, 47% mulheres)	53 (IQR 40-62)	Sepse, Insuficiência renal, Pneumonia, Fascite Necrosante, Parada cardíaca	>7 dias	14 dias (IQR 10-29)	-	-	6 meses	8
Solverson et al 25, 2016	Canadá	Coorte	56 (54% masculino, 46% mulheres)	61 (IQR 41-68)	Parada respiratória, politrauma, infecção intra- abdominal, infecção urológica	11 dias (IQR 6-15)	8 dias (IQR 4-11)	-	11 (IQR 9-14)	3 meses	7

Fan et al²⁶, 2014	EUA	Coorte	222 (55% homens, 45% mulheres)	49 (IQR 40-58)	Lesão pulmonar aguda	14 dias (IQR 10-23)	9 dias (IQR 5-17)	64%	9 (IQR 7-11)	3 meses, 6 meses e 12 meses	6
Needham et al²⁷, 2014	EUA	Coorte	203 (48% homens, 52% mulheres)	48 ± 15	Lesão pulmonar aguda	14 dias ± 11	11 dias ± 9	-	-	6 meses e 12 meses	6
Jackson et al²⁸, 2014	EUA	Coorte	467 (50% homens e 50% mulheres)	59 (IQR 49-69)	Choque cardiogênico ou séptico, insuficiência respiratória	5 dias (IQR 3-10)	2 (IQR 1-6)	75%	9 (IQR 7-12)	3 meses e 12 meses	6
Stevenson et al²⁹, 2013	EUA	Coorte	152 (59% homens, 41% mulheres)	49 (IQR 40-57)	Lesão pulmonar aguda	15 dias (IQR 9-23)	-	-	9 (IQR 7-11)	3 meses	7
Poulsen et al³⁰, 2013	Dinamarca	Caso controle	16 sobreviventes (homens), 15 grupo controle	64 ± 6	Sepse, infecções, trauma, cirurgias abdominais	11 dias	-	-	10 ± 4	12 meses	7
Davydow et al³¹, 2013	EUA	Coorte	120 (57,5% homens, 42,5% mulheres)	49 ± 14,6	Cardiovascular, pulmonar, doença infecciosa, cirurgia vascular	5 dias (IQR 3,0-9,0)	2 dias (IQR 1,0-4,0)	-	-	12 meses	8
Mikkelsen et al³², 2012	EUA	Coorte	122 (43% homens, 57% mulheres)	49 (IQR 40-58)	Lesão pulmonar aguda	-	-	-	-	2 meses e 12 meses	7
Bienvenu et al³³, 2012	EUA	Coorte	186 (56% homens, 44% mulheres)	49 ± 14	Lesão pulmonar aguda	19 dias ± 17	-	64%	-	3 meses, 6 meses, 12 meses	7

Semmler et al³⁴, 2012	Alemanha	Caso controle	Sepse – 25 (13 homens, 2 mulheres) Não séptico – 19 (12 homens, 8 mulheres)	Sepse (55,64 ± 1,995) Não-sépticos (52,15 ± 4,512)	Sepse	Sepse (9,43 ± 3,41 dias) Não-sépticos (18,31 ± 4,14 dias)	Sepse (6,57 ± 3,28 dias) Não-Sépticos (13,75 ± 3,52 dias)	Sepse (7,91 ± 0,76) Não Sépticos (4,20 ± 0,65)	6 meses e 12 meses	7
Denehy et al³⁵, 2012	Austrália	Coorte	49 (69% Homens; 31% Mulheres)	59 (IQR 49-66)	Sepse	7 dias	-	-	6 meses e 12 meses	7

IQR: Intervalo Interquartil; VM: Ventilação Mecânica; SOFA: *Sequential Organ Failure Assessment*; NOS: Newcastle Ottawa Scale

Tabela 4. Descrição dos artigos incluídos com seus respectivos desfechos, instrumentos utilizados, resultado e conclusão.

Autor/ano	Desfecho	Instrumento	Resultados
Sevin et al, 2018	1. Função física; 2. Função cognitiva; 3. Ansiedade e Depressão; 4. Estresse pós-traumático 5. Atividades de vida diária	1. TC6M; 2. MoCA; 3. HADS; 4. PCL. 5. Não-especificado	1. 66% (41/62) foram capazes de completar TC6M, cuja mediana de distância prevista foi 56 (45-68%); 2. 64% (38/59) tinha déficit cognitivo com mediana 21 (17-25) no escore MoCA, comparável aos escores médios de fase inicial da doença de Alzheimer; 3. 32% (19/59) apresentaram apenas ansiedade. 22% (13/59) apresentaram apenas depressão. 3% (2/62) apresentaram ansiedade e depressão. 4. 5% (3/59) apresentaram estresse pós-traumático. 5. 55% (34/62) não eram capazes de dirigir. 65% (40/62) não eram capazes de voltar ao trabalho. Dentre as dificuldades de realizar atividades de vida diária, as mais relatadas foram: 53% (33/62) para deambulação, 18% (11/62) para alimentação e 16% (10/62) para higiene pessoal.
Thomas et al, 2018	1. Qualidade de vida relacionada à saúde; 2. Participação; 3. Atividade Física; 4. Função cognitiva 5. Dor.	1. EQ-5D-VAS; 2. RNL-Index; 3. PASIPD; 4. MoCA; 5. EVA.	Ao 12º mês de alta da reabilitação de pacientes que tiveram mais de 21 dias em tratamento UTI: 1. 44% dos pacientes apresentaram boa qualidade de vida (≥ 70 no EQ-5D-VAS (0-100)) 2. 38% apresentaram boa participação (≥ 75 pontos no índice RNL (0-100)); 3. 22% apresentaram bom nível de atividade física (≥ 20 pontos no PASIPD (0-100)); 4. 88% apresentaram boa função cognitiva (1 ponto no CDT (1-6)). 5. 33% (50/150) apresentaram média de 3.5 (3.1) de dor

Altman et al, 2018	1. Qualidade do sono; 2. Incapacidades físicas	1. PSQI; 2. BADLs/IADLs.	1. 63% (71/112) prevaleceu má qualidade de sono (distúrbio do sono: escore PSQI > 5 (0-21); 37% 41/110) relataram ser usuários de medicações; 2. 37% (45/121) prevaleceu piora de incapacidade com média 0.15 (2.62) de aumento na razão BADL/IADL.
Hodgson et al, 2017	1. Função, incapacidade global e retorno ao trabalho; 2. Status de saúde; 3. Função cognitiva; 4. Ansiedade e depressão 5. Transtorno de estresse pós-traumático;	1. WHODAS II; 2. EQ-5D-5L; 3. TICS; 4. HADS; 5. IES-R;	Ao 6º mês pós admissão na UTI: 1. 25 (0-4)% relatou nenhuma incapacidade, 50 (5-24)% moderada, 25 (25-95)% moderada a grave. 60% (64/107) não retornaram ao trabalho ou estudos devido a sua condição de saúde, maioria com incapacidade moderada a grave 2. Pior qualidade de vida ($0,8 \pm 0,3$ vs $0,7 \pm 0,3$; p-valor= 0,025) foi referida, acentuada para pacientes com incapacidade moderada a grave; 3. 97% (218/225) tinham função cognitiva preservada, 2% (5/225) levemente comprometida e 0,7% (2/225) gravemente comprometida. Não houve diferença na função cognitiva para os sobreviventes com ou sem incapacidade moderada a grave; 4. 21% (49/238) relataram ansiedade, 17% (41/238) depressão e 22% (53/238) depressão e/ou ansiedade, cujos relatos foram mais acentuados nos pacientes com incapacidade moderada a grave; 5. 8% (22/231) indicaram potencial de estresse pós-traumático, com maior relato aqueles com incapacidade moderada a grave;
Baumbach et al, 2017	Função somatossensorial	1. QST; 2. CPG; 3. SF-36.	Ao 6º mês pós alta da UTI: 1. Aumento significativo do limiar de detecção térmica, indicando deficit de função de fibras pequenas: 45.2% (38/84) em pacientes comparado a saudáveis 20.5% (9/44). 2. 21,4% (18/84) com alta incapacidade/moderadamente limitante (CPG ≥ 3) comparado a saudáveis 2,3%

			<p>(1/44), com piora nos pacientes com deficit de função de fibras pequenas, 35.1% (13/84).</p> <p>3. escores de perda em componentes físico [-0,28 (-0,56 a 0)] e mental [-0,34 (-0,6 a -0,08)] dos pacientes comparado aos escores positivo em físico [0,09 (-0,18 a 0,36)] e menor grau de perda em mental [-0,11 (-0,45 a 0,23)] dos saudáveis, com piores escores naqueles com deficit de função de fibras pequenas tanto em componentes físico [-0,71 (-1,2 a -0,22)] e mental [-0,6 (-0,98 a -0,22)].</p>
Dettling et al, 2017	Status de saúde funcional nos níveis de atividades e participação.	SIP68	<p>Ao 12º mês pós alta da UTI de sobreviventes submetidos ao mínimo de 2 dias em VMI:</p> <p>42 a 63% dos pacientes com fraqueza muscular adquirida na UTI (FMAUTI: $MRC \leq 48$) tinham graves restrições na realização de atividades da vida diária ($SIP68 \geq 20$), comparado com 20- a 35% dos pacientes sem FMAUTI;</p> <p>Os escores indicaram maiores déficits funcionais foram encontrados em: controle de mobilidade, 17 (0-52) dos com FMAUTI (n= 26) vs 0 (0-27) dos sem FMAUTI (n= 30); e em comportamento social 33 (17-58) dos com FMAUTI vs 17 (0-52) dos sem FMAUTI.</p> <p>A maior porcentagem de disfunções foi encontrada nas categorias de dimensão física (controle de mobilidade) e dimensão social (comportamento social);</p> <p>Diferenças significativas foram encontradas apenas na dimensão física em pacientes com FAMUTI (p-valor 0,023).</p>
Duggan et al, 2017	1. Função executiva; 2. Depressão; 3. Qualidade de vida mental	1 BRIEF-A; Trails B; 2. BDI; 3. Componente mental do SF-36	<p>Ao 12º mês pós alta UTI:</p> <p>1. Houve correlação fraca entre BRIEF-A relatado pelo paciente e o informado por familiar. Não houve relato dos escores de função executiva ao 12º mês.</p> <p>2. Apresentaram escore mediano BDI de 9 e 31% (39/126) deles com critério de depressão ($BDI \geq 14$) BDI (0-</p>

			63: leve 14-19; moderado 20-28; grave 29-63) com DMCI= 3) 3. Apresentaram escore mediano de 55 para componente mental do SF-36, 51 para função social, 43 para vitalidade, 53 para saúde mental e 55 para emocional.
Norman et al, 2016	1. Empregabilidade 2. função cognitiva	1. Auto-relato 2. RBANS	Ao 12º mês de alta hospitalar: 1. Dos 94 pacientes anteriormente empregados, 47% estavam desempregados, 45% estavam em empregos integrais, 7% em empregos parciais e 1% sem definição empregatícia. 2. Dos 84 avaliados, 54.76% apresentaram piora em função cognitiva, com escore de 81 (78-100),
Maley et al, 2016	1. Cognição; 2. Ansiedade e depressão; 3. Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT); 4. Resiliência 5. Mobilidade e interação social; 6. Qualidade de vida.	1. HUI3; 2. HADS; 3. PTSS-10; 4. Escala de Resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC 10); 5. Life-Space Questionnaire 6. EQ-5D-5L	Ao 12º mês após hospitalização: 1. 55,8% (24) apresentaram cognição comprometida 2. 44,2% (19) pontuaram positivo para ansiedade e 39,5% (17) para depressão; 3. 44,2% (19) apresentaram sintomas de TEPT, com escore mediano de 32 (20-41) 4. 27,9% (12) apresentaram escore anormal para resiliência, mediana 29 (25-34) 5. 4,6% (2) relataram incapacidade de mobilidade, 18,6% relataram leve incapacidade de mobilidade e 53,48% (23) relataram incapacidade moderada a grave, 6. Apresentaram uma mediana de 11 (8-15) no escore de qualidade de vida (5-25).
Castillo et al, 2016	Ansiedade	HADS	42% relataram sintomas de ansiedade (HADS \geq 8) nas enfermarias do hospital, 26% aos 3 meses e 28% aos 6 meses; 37% relataram sintomas de depressão (HADS \geq 8) nas enfermarias do hospital, 19% aos 3 meses e 23% nos 6 meses;

			Não houve mudança significativa de sintomas de ansiedade ou depressão observada entre 3 a 6 meses.
Dos santos et al, 2016	1. Capacidade física funcional; 2. Força muscular global; 3. Pico de torque isométrico do quadríceps; 4. Área de secção transversa do quadríceps; 5. Condução nervosa.	1. TC6M; Subscore motor da FIM; 2. MRC-s 3. Dinamômetro; 4. Tomografia computadorizada; 5. Eletromiografia.	1. Fraqueza muscular persistiu aos 6 meses correlacionou com função física comprometida, tanto avaliada pelo subscore FIM quanto TC6M; 2. Força estava reduzida ao 7 dia de alta da UTI, melhorou ao 6º mês porém sem normalizar na maioria dos pacientes. 3. 73% (8/11) manteve atrofia quadriceps aos 6 meses pós alta da UTI. 4. 70% (7/10) teve mesmo padrão de perda de área de secção específica de miofibras; 5. 79% (11/14) apresentaram miopatia e 36% (5/14), neuropatia no 7º dia de alta da UTI. 38% persistiu com miopatia aos 6 meses, porém apenas 1 persistiu com neuropatia.
Solverson et al, 2016	1. Força muscular periférica; 2. Funcionamento físico. 3. Qualidade de vida 4. Ansiedade e Depressão	1. Dinamômetro; 2. TC6M; 3. SF-36 e EQ-5D 4. HADS	1. Mais de 50% não atingiu 80% da força muscular predita para idade e sexo, ao 3º mês de alta hospitalar; 2. 55% não atingiu pelo menos 80% da distância predita para idade e sexo. A força máxima de cada grupo muscular correlacionou com a distância do TC6M. 3. Problemas de mobilidade (p= 0,003), atividades usuais (p= 0,006), dor e desconforto (p= 0,031) foram associadas com redução da distância prevista. 4. Ansiedade foi associada com redução da distância prevista (p= 0,001)
Fan et al, 2014	1. Força muscular periférica; 2. Força de preensão palmar; 3. Força muscular respiratória; 4. Função física.	1. MRC-s; 2. Dinamometria; 3. P _{Imax} ; 4. TC6M; componente físico SF-36	Ao 24º mês pós alta-hospitalar: 1. MRC aumentou de 50 (42-56) da alta hospitalar para 57 (53-60); 2. força de preensão palmar permaneceu comprometida (~60% do predito) nos pacientes com passado de FMAUTI. 3. força inspiratória máxima permaneceu reduzida (60-70% do predito) nos pacientes com passado de FMAUTI. 4. função física permaneceu substancialmente comprometida, atingindo 52-69% da distância prevista para TC6M e 72% do valor basal no componente físico SF-36.

Needham et al, 2014	1. Força muscular generalidade; 2. Performance física; 3. Função física	1. MRC; 2. TC6M; 3. SF-36.	Ao 12º mês pós- início de ALI (<i>acute lung injury</i>), lesão pulmonar aguda; 1. Tiveram 92% ($\pm 8\%$) de força muscular, dada pela proporção do escore máximo do MRC 2. Apresentaram 67% ($\pm 26\%$) de distância predita no TC6M 3. Apresentaram 67% ($\pm 37\%$) de função física predita;
Jackson et al, 2014	1. Depressão; 2. TEPT; 3. Capacidade funcional básica; 4. Atividades instrumentais de vida diária 5. Função física.	1. BDI-II; 2. PCL-S; 3. Katz- ADL; 4. FAQ; 5. SF- 36-PCS;	1. 37% e 33% dos entrevistados relataram sintomas depressivos leves (BDI-II > 13) aos 3º e 12º meses de alta hospitalar, respectivamente. Os sintomas depressivos graves foram relativamente incomuns; 2. 7% tiveram sintomas consistentes com TEPT ao 3º mês (27/415) e ao 6º mês (24/361) 3. 32% (139/428) apresentaram deficiência em capacidade funcional básica ao 3º mês e 27% (102/374), ao 6º mês; 4. 26% (108/422) apresentaram deficiência em atividades instrumentais de vida diária ao 3º mês e 23% (87/372), ao 6º mês; 5. Os 416 avaliados no 3º mês obtiveram escore 29 (22-38) e 361 no 6º mês obtiveram escore 32 (25-43) no componente físico - SF 36. Apenas 2 pontos em desvio-padrão abaixo da média da população geral dos EUA (50 ± 10).
Stevenson et al, 2013	Ansiedade	HAD-A	38% pacientes apresentaram escores indicativos de ansiedade (HAD-A ≥ 8).
Poulsen et al, 2013	1. Contração muscular máxima (flexão/extensão isométrica joelho; preensão palmar) 2. Contração rápida do músculo quadríceps;	Eletromiografia (quadríceps e flexores de quaril); dinamômetro	Aos sobreviventes no 12º mês pós- alta UTI: 1. 22% apresentaram contração máxima para extensão de ambos os joelhos e de preensão palmar reduzidos; 2. 50% tiveram reducao em valores absolutos e 32% de reducao de valores relativos para força na contração rápida;

	3. Resistência do quadríceps.		3. 40% tiveram redução em tempo de resistência.
Davydow et al, 2013	Função cognitiva	TICS	Ao 12º mês pós- alta da UTI, pacientes atingiram escore médio de 23.9 (12-39), dos quais os piores escores foram associados a nível escolar médio e maior número de comorbidades.
Mikkelsen et al, 2012	1. Função cognitiva (memória, fluência verbal, função executiva), 2. Função psiquiátrica (ansiedade, depressão e TEPT) 3. Qualidade de vida	1. NPTB 2. PTSS-10 3. HUI mark 2	1. Funções cognitivas comprometidas: 13% (12/92) em memória com mediana escore 37 (5-63), 16% (15/96) em fluência verbal com mediana escore 19 (4-34), 49% (37/76) em função executiva com mediana escore 5 (<1-25); 2. 55% (41/75) com deficit de função cognitiva; 62% (63/102) com ansiedade; 36% (37/102) com depressão; 39% (40/102) com TEPT. 3. Baixa qualidade de vida (0,67; 0,37-0,9)
Bienvenu et al, 2012	1. Depressão; 2. Atividades instrumentais de vida diária	1. HAD; 2. IADL.	1. 69% tinham sintomas depressivos ao 24º mês pós ALI 2. Escore em torno de 1 IADL para pacientes com deficit de função física revertida, e maior igual a 4 IADL em caso de deficit de função física persistente.
Semmler et al, 2012	1. Capacidade verbal premórbida 2. Cognição 3. Memória 4. Qualidade de vida, saúde psiquiátrica e depressão 5. Imaginologia e Volumetria cerebral 6. atividade cerebral	1. teste de vocabulário alemão; 2. NeuroCogFx 3. AVLT e RCFT; 4. SF36, SCL-90-R; BDI 5. RM, 6. EEG.	1. Apresentaram déficit acentuada nos sobreviventes a sepse para fluencia verbal, atenção e função executiva 2. Função cognitiva reduzida 3. Piora de memória verbal 4. Pior qualidade de vida (SF36, SCI-90-R), sem escore de BDI alto suficiente indicativo de depressivo; 5. Sem sinais lesivos nem diferenças no fluido cerebrospinal e intracranial; 6. Disfunções inespecíficas entre os grupos com maior grau nos sobreviventes de sepse.
Denehy et al, 2012	Níveis de atividade física em dias livres	Acelerômetro AMP 331; PASE.	90% em tempo inativo, 3% do tempo em caminhada. Apenas 37% realizou 30 minutos ou mais por dia, locomovendo. 29% (13/45) auto-reportaram caminhar por menos de 30 minutos. Houve uma modesta correlacao entre numero de passos e distancia caminhada por dia entre o escore relatado e a mensuracao realizada;

ABVD /AIVD: Atividades básicas e instrumentais da vida diária; BAI: *Beck Anxiety Inventory*; BDI: O Inventário de Depressão de Beck-II; BRIEF-A: O Inventário de Avaliação do Comportamento da Função Executiva- Adulto; CAMICU (Confusion Assessment Method for the ICU): Método de avaliação de confusão para UTI; CD-RISC 10: *The Connor-Davidson Resilience Scale*; CDT: *Clock Drawing Test*; COWAT: *Controlled Oral Word Association Test*; CPG: *Chronic Pain Grade Questionnaire*; DCMI= diferença mínima clinicamente importante; EEG: Eletroencefalograma; EQ-5D- *EuroQol 5 Dimensions*; EVA: Escala visual analógica; FAQ: Questionário de Atividades Funcionais *Pfeffer*; FIM (*Functional Independence Measure*): Medida de Independência Funcional; HAD: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; HSCT: *Hayling Sentence Completion Test*; HUI3: *Health Utilities Index Mark 3*; IADL: *Dependencies in instrumental activities of daily living*; IES-R: Impacto da Escala de Eventos (Revisado); Katz-ADL: Escala de Atividades de Vida Diária; MCS: Inquérito de Saúde- *Mental Component Score*; MoCA: *Montreal Cognitive Assessment*; MRC: Escala *Medical Research Council*; MWT-B: *Multiple Choice Word Test-B*; NeuroCogFx: *Neuro Cognitive Effects*; PASE: Escala de Atividade Física para o Idoso; PASIPD: Escala de Atividade Física para Indivíduos com Deficiência Física; PCL: Check list de stress pós-traumático; PCS: *Physical Component Score*; PImax: Pressão inspiratória máxima; PSQI: Índice de Qualidade do sono de *Pittsburgh*; PTSS-10: *Post-Traumatic Stress Symptoms 10-Question Inventory*; QST: *Quantitative Sensory Testing*; QVRS: Qualidade de vida relacionada a saúde; RBANS (Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status): Bateria repetível para avaliação do status neuropsicológico; RCFT: *Rey Complex Figure Test*; RM: Ressonância Magnética; RNL-Index: Reintegração do Índice de Vida Normal; SCL-90-R: *Symptom Check List- 90-R*; SDS: *Zung Self-Rating Depression Scale*; SF-36: *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey*; SIP68: *Sickness Impact Perfil 68*; TC6M: Teste de caminhada de 6 minutos; TEPT: Transtorno de estresse pós-traumático; TICS: *Telephone Interview for Cognitive Status*; Trilhas B- Teste de Trilhas B; UTI: Unidade de Terapia Intensiva; WHODAS: *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0*; WMS III: Escala de Memória de *Wechsler*.

Tabela 5. Frequência de investigação dos desfechos nos artigos selecionados e categorias e códigos da CIF correspondentes.

Desfechos	N (%) (N artigos= 22)	Categorias da CIF	Códigos da CIF
Qualidade de vida	15 (68,18%)	Sensação de dor	b280
		Andar	d450
		Funções cognitivas de nível superior	b164
		Funções emocionais	b152
		Lavar-se (inclui: tomar banho)	d510
		Vestir-se	d540
		Relacionamentos familiares	d760
		Relacionamentos sociais informais	d750
		Utilização de movimentos finos da mão	d440
		Funções da energia e dos impulsos	b130
		Funções da visão	b210
		Funções auditivas	b230
		Falar	d330
		Deslocar-se	d455
Levantar e transportar objetos	d430		

Força muscular periférica	11 (50%)	Funções da força muscular (inclui: fraqueza)	b730
Depressão	8 (36,36%)	Funções emocionais	b15 2
Ansiedade	7 (31,8%)		
Função cognitiva	6 (27,27%)	Funções cognitivas de nível superior	b164
		Funções da percepção	b156
		Funções da atenção (inclui: concentração e distração)	b140
		Funções da memória	b144
		Funções mentais da linguagem	b167
		Funções da orientação	b114
Capacidade funcional	5 (22,72%)	Funções de tolerância ao exercício	b455
Transtorno do estresse pós-traumático	5 (22,72%)	Funções emocionais	b152
Atividade de vida diária	4 (18,18%)	Executar a rotina diária	d230
Memória	3 (13,63%)	Funções da memória	b144
Mobilidade	3 (13,63%)	Andar	d450
		Deslocar-se por diferentes locais	d460

Atividade física	2 (9,09%)	Recreação e lazer (inclui: programas de exercício físico)	d920
Participação social	2 (9,09%)	Relacionamentos familiares	d760
		Recreação e lazer	d920
		Relacionamentos sociais informais	d750
Fluência verbal	2 (9,09%)	Funções da fluência e do ritmo da fala	b330
Empregabilidade	2 (9,09%)	Obter, manter e sair de um emprego	d845
Atenção	2 (9,09%)	Funções da atenção (inclui: concentração e distração)	b140
Distúrbio do sono	1 (4,54%)	Funções do sono	b134
Função somatossensorial	1 (4,54%)	Funções sensoriais relacionadas com a temperatura e outros estímulos	b270
Morfologia cerebral	1 (4,54%)	Estrutura do cérebro	s110
Endurance muscular	1 (4,54%)	Funções da resistência muscular	b740
Força dos músculos respiratórios	1 (4,54%)	Funções dos músculos respiratórios	b445
Área de secção transversa do quadríceps	1 (4,54%)	Estruturas musculoesqueléticas adicionais relacionadas com o movimento	s770

		(atrofia muscular)	
Antropometria	1 (4,54%)	Funções de manutenção do peso	b530
		Estrutura do membro superior	s730
Dirigir	1 (4,54%)	Utilização de movimentos finos da mão	d440
Resiliência	1 (4,54%)	Lidar com o <i>estresse</i> e outras exigências psicológicas	d240
		Estrutura do membro superior	s730

Tabela 6. Frequência de investigação dos instrumentos avaliados de acordo com cada desfecho encontrados do total de estudos.

Desfechos avaliados	Instrumento de avaliação	Total de estudos	Frequência relativa / total de estudos (%)
Qualidade de vida (6)	SF-36	6	50%
	EuroQol-5D	6	50%
Força muscular (7)	Dinamômetro	7	71,42 %
	Medical Resource Council (MRC)	7	28,57 %
Depressão (8)	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)	8	50%
	Escala de Depressão Beck-II (BDI)	8	37,5%
Ansiedade (7)	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)	7	71,42 %
Função cognitiva (4)	Montreal Cognitive Assessment (MoCA)	4	50%
	Entrevista telefônica modificada para o estado	4	50%

Autor Correspondente:

Shirley Lima Campos

Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), CEP: 50670-420 –

Recife-PE, Brasil

e-mail: shirleylcampos@uol.com.br

<https://jhsc.emnuvens.com.br/revista>

	cognitivo (TICSm)		
TEPT (5)	Checklist de Stress Pós-Traumático (PCL)	5	40%
Capacidade funcional (5)	Teste de caminhada de 6 minutos	5	100%
Atividade de vida diária (4)	Escala de Atividades de Vida Diária (Katz- ADL)	4	25%
	EuroQol-5D	4	25%
	Questionário de Atividades Funcionais Pfeffer (FAQ)	4	25%
	Dependencies in instrumental activities of daily living (IADL)	4	25%
Memória (3)	WMS – III: Logical Memory I	3	33,33 %
	Rey Auditory Verbal Learning Test	3	33,33 %
	Rey Complex Figure Test (RCFT)	3	33,33 %
Mobilidade (5)	Questionário life-Space	5	20%
	EuroQol-5D	5	20%
	Sickness Impact Perfil 68 (SIP68)	5	20%

	Health Utilities Index Mark 3 (HUI3)	5	20%
	Acelerômetro AMP 331	5	20%
Função executiva (4)	Inventário de Avaliação do Comportamento da Função Executiva- Adulto (BRIEF-A)	4	25%
	Testes de Trailmaking A e B	4	50%
	Montreal Cognitive Assessment (MoCA)	4	25%
Atividade física (2)	Escala de Atividade Física para Indivíduos com Deficiência Física (PASIPD)	2	50%
	Escala de Atividade Física para o Idoso (PASE)	2	50%
Participação social (2)	Reintegração do Índice de Vida Normal (RNL-Index)	2	50%
	Sickness Impact Perfil 68 (SIP68)	2	50%
Fluência verbal (1)	Controlled Oral Word Association Test (COWAT)	1	100%
Empregabilidade (2)	Auto relato	2	100%
Atenção (2)	Testes de Trailmaking A e B	2	50%
	Multiple Choice Word Test-B (MWT-B)	2	50%
Distúrbio do sono (1)	Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI)	1	100%
Função	QST	1	100%

somatossensorial (1)			
Resiliência (1)	Escala de Resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC 10)	1	100%
Endurance muscular (1)	Eletromiografia (1)	1	100%
Força dos músculos respiratórios (1)	Manovacuômetro (1)	1	100%
Dirigir (1)	Auto relato	1	100%
Área de secção transversa do quadríceps (1)	Tomografia computadorizada	1	100%
Antropometria (1)	Antropometria Balança de peso e fita métrica	1	100%
Morfologia cerebral (1)	Ressonância magnética RNM	1	100%
Pensar claramente (1)	Health Utilities Index Mark 3 (HUI3)	1	100%
Resolver problemas(1)	Health Utilities Index Mark 3 (HUI3)	1	100%