

Síndrome pós-cuidados intensivos em adultos: percepções e práticas de profissionais de saúde em unidades de terapia intensiva na América Latina

Post-intensive care syndrome in adults: perceptions and practices of health professionals in intensive care units in Latin America

Esther Cecilia Wilches-Luna¹ 

Darío Villalba² 

Vilma Eugenia Muñoz-Arcos³ 

María Ángeles de la Torre-Ramos⁴ 

Francisco Luis Pérez-Caballero⁵ 

Agustina Davancens⁶ 

Sebastián Gallegos-Berrios⁷ 

Gladis Mercedes Canchila-Paternina⁸ 

José Julián Bernal-Sánchez⁹ 

¹Grupo de Investigación Ejercicio y Salud Cardiopulmonar – GIESC (Cali). Valle del Cauca, Colômbia.
Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo – AMCI (Bogotá). Distrito Capital, Colômbia.
Universidad del Valle (Cali). Valle del Cauca, Colômbia.

²Hospital Santiago Fornos (Chivilcoy). Buenos Aires, Argentina. Clínica Santa Catalina (Ciudad Autónoma de Buenos Aires). Buenos Aires, Argentina.
Comité de Seguimiento y Rehabilitación Post UCI, FEPIMCTI (Buenos Aires). Buenos Aires, Argentina.
Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (Buenos Aires). Buenos Aires, Argentina.

³Grupo de Investigación Ejercicio y Salud Cardiopulmonar – GIESC (Cali). Valle del Cauca, Colômbia.
Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo – AMCI (Bogotá). Distrito Capital, Colômbia.
Universidad del Valle, Facultad de Salud, Escuela de Rehabilitación Humana (Cali). Valle del Cauca, Colômbia.

⁴Hospital Universitario de Fuenlabrada (Fuenlabrada). Madrid, Espanha.
Comité de Seguimiento y Rehabilitación Post UCI, FEPIMCTI (Buenos Aires). Buenos Aires, Argentina.

⁵Hospital de Mérida (Mérida). Badajoz, Espanha. Comité de Seguimiento y Rehabilitación Post UCI, FEPIMCTI (Buenos Aires). Buenos Aires, Argentina.

⁶Sanatorio Güemes (Ciudad Autónoma de Buenos Aires). Buenos Aires, Argentina.

⁷Universidad de Chile (Santiago). Región Metropolitana, Chile.

⁸Grupo de Investigación MOSABI – Movimiento, Salud y Bienestar (Montería). Córdoba, Colômbia.
Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo – AMCI (Bogotá). Distrito Capital, Colômbia.
Universidad del Sinú (Montería). Córdoba, Colômbia.

⁹Contato para correspondência. Grupo de Investigación Ejercicio y Salud Cardiopulmonar – GIESC (Cali). Valle del Cauca, Colômbia.
Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo – AMCI (Bogotá). Distrito Capital, Colômbia.
Universidad Santiago de Cali (Cali). Valle del Cauca, Colômbia.
Universidad del Valle (Cali). Valle del Cauca, Colômbia. jose.j.bernal@correounivalle.edu.co

RESUMO | OBJETIVO: Explorar as percepções e as práticas relacionadas à síndrome pós-cuidados intensivos entre profissionais de saúde que atuam no cuidado de pacientes em unidades de terapia intensiva na América Latina. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo observacional transversal realizado com profissionais de saúde atuantes em unidades de terapia intensiva de 13 países da América Latina. Os dados foram coletados de forma anônima por meio da aplicação de um questionário validado, distribuído por plataformas digitais e redes profissionais, e analisados por abordagens descritivas e comparativas. As principais variáveis de interesse incluíram o reconhecimento do impacto da síndrome pós-cuidados intensivos, o uso de instrumentos de avaliação e a relação entre formação especializada e reconhecimento percebido. **RESULTADOS:** Obteve-se uma taxa de resposta de 61,9%, totalizando 499 profissionais de saúde. No total, 73,7% dos participantes relataram reconhecer o impacto da síndrome pós-cuidados intensivos, com maiores proporções entre intensivistas (83,8%) e fisioterapeutas (81,9%). Apenas 51,3% relataram utilizar instrumentos para avaliar sequelas pós-UTI. Foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre profissionais com e sem formação especializada, tanto no reconhecimento do impacto da síndrome pós-cuidados intensivos (80,4% vs. 56,2%; $p < 0,05$) quanto no uso de instrumentos para avaliar a funcionalidade física na alta da UTI (40,9% vs. 22,6%; $p < 0,05$). **CONCLUSÃO:** Este estudo exploratório identificou uma lacuna entre o reconhecimento percebido e o uso de instrumentos para a avaliação da síndrome pós-cuidados intensivos entre profissionais de UTI na América Latina. Os achados sugerem variabilidade na formação especializada e nas práticas clínicas entre países e categorias profissionais, indicando o valor deste estudo como referência para pesquisas futuras na região.

PALAVRAS-CHAVE: Unidades de Terapia Intensiva. Pessoal de Saúde. Atitude do Pessoal de Saúde. Inquéritos e Questionários.

ABSTRACT | OBJECTIVE: To explore perceptions and practices related to post-intensive care syndrome among healthcare professionals involved in the care of patients in intensive care units in Latin America. **METHODS:** This was a cross-sectional observational study conducted among healthcare professionals working in intensive care units across 13 Latin American countries. Data were collected anonymously using a validated questionnaire distributed through digital platforms and professional networks and were subjected to descriptive and comparative analyses. The main variables of interest included awareness of the impact of post-intensive care syndrome, use of assessment instruments, and the association between specialized training and perceived level of awareness. **RESULTS:** With a response rate of 61.9% ($n = 499$), the study showed that 73.7% of professionals were aware of the impact of post-intensive care syndrome, with higher proportions among intensive care physicians (83.8%) and physiotherapists (81.9%). The use of assessment instruments was reported by only 51.3% of the sample. Specialized training was associated with greater awareness of the syndrome (80.4% vs. 56.2%; $p < 0,05$) and more frequent use of instruments to assess physical functionality at ICU discharge (40.9% vs. 22.6%; $p < 0.05$). **CONCLUSION:** This study identified a significant gap between awareness of post-intensive care syndrome and the effective use of assessment tools in Latin American ICUs. The variability observed in practices and specialized training across countries and professional groups highlights the relevance of this work as a basis for future multicenter studies and for the standardization of clinical practices in Latin America.

KEYWORDS: Intensive Care Units. Health Personnel. Attitude of Health Personnel. Surveys and Questionnaires.

1. Introdução

A síndrome pós-cuidados intensivos (PICS) é um problema de saúde cada vez mais reconhecido que afeta um número crescente de pacientes após a admissão na unidade de terapia intensiva (UTI). Ela abrange um espectro de alterações em três domínios centrais: físico, cognitivo e psicológico, que podem comprometer significativamente a qualidade de vida tanto dos pacientes quanto de seus familiares ou cuidadores primários^{1,2}.

As manifestações físicas da PICS comumente incluem fraqueza muscular, perda de massa muscular, diminuição da força e redução da capacidade funcional. Os sintomas psicológicos podem envolver ansiedade, depressão, transtorno de estresse pós-traumático, distúrbios do sono, culpa, medo e isolamento social, enquanto as deficiências cognitivas têm sido relatadas na atenção, memória e funcionamento executivo³. Entre os familiares e/ou cuidadores, os sintomas mais frequentes são distúrbios do sono, ansiedade, depressão, luto e estresse pós-traumático⁴. Desde a sua caracterização inicial, a PICS não tem sido considerada um diagnóstico médico formal, mas sim um conceito codificado que amplia a compreensão e a visibilidade das sequelas de longo prazo após uma internação na UTI².

A prevalência da PICS é variável e influenciada por fatores como o estado de saúde preexistente, a gravidade da doença e a duração da internação na UTI². Três meses após a alta da UTI, alguns pacientes mostraram pelo menos um componente da PICS, com a ansiedade e a depressão emergindo como principais contribuintes para a sobrecarga do cuidador⁵. Outros estudos relataram uma prevalência entre 50% e 70% aos seis meses após a alta da UTI². Após a pandemia da COVID-19, um estudo realizado na Argentina constatou que 66,7% dos pacientes admitidos na UTI por esse motivo desenvolveram PICS⁶.

Apesar do seu crescente reconhecimento, a PICS continua sendo um desafio diagnóstico e terapêutico para os profissionais de saúde. A conscientização insuficiente pode resultar em um manejo clínico abaixo do ideal, afetando negativamente a qualidade de vida dos pacientes⁷.

Na América Latina, as evidências sobre a prevalência e o impacto da PICS em sobreviventes de doenças críticas permanecem limitadas^{1,2,8}. Nesses cenários, onde os recursos para cuidados críticos são frequentemente escassos, o treinamento de profissionais de saúde para reconhecer, prevenir e manejar essa condição é essencial⁴.

Dada a heterogeneidade dos sintomas, o manejo da PICS requer uma abordagem multidisciplinar. Embora haja um debate contínuo sobre as ferramentas de avaliação mais apropriadas, o uso combinado de instrumentos que avaliam os três domínios centrais da síndrome é geralmente recomendado⁹. No entanto, a ausência de consenso sobre o momento ideal e a metodologia de avaliação pode afetar as estimativas de prevalência. A conscientização limitada entre os profissionais de saúde e as restrições de tempo dificultam ainda mais a identificação precoce, aumentando potencialmente a morbidade e a mortalidade associadas⁷.

Associações científicas de terapia intensiva, como a Federação Pan-Americana e Ibérica de Medicina Crítica e Terapia Intensiva (Federación Panamericana e Ibérica de Medicina Crítica y Terapia Intensiva – FEPIMCTI) e a Associação de Medicina Crítica e Cuidado Intensivo (Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo - AMCI), desempenham papéis importantes na divulgação de informações sobre a PICS. Este estudo, apoiado por essas associações, teve como objetivo explorar as percepções, o nível de conscientização e as práticas relacionadas à PICS entre profissionais de saúde latino-americanos para contribuir com melhorias na conscientização regional e orientar estratégias de treinamento e aprimoramento clínico.

Hipotetizou-se que as percepções e práticas relativas à PICS entre os profissionais de UTI na América Latina seriam heterogêneas e influenciadas por fatores como a disciplina profissional e o acesso ao treinamento especializado.

2. Métodos

O presente trabalho consiste em um estudo observacional transversal exploratório. A população de interesse foi composta por profissionais de UTI em países da América Latina, recrutados entre junho e dezembro de 2024. Utilizou-se uma amostragem de conveniência não probabilística, justificada pela natureza exploratória inicial da pesquisa e pela ausência de um banco de dados centralizado ou registro completo de profissionais de UTI na América Latina¹⁰.

Foram incluídos profissionais de saúde, tais como médicos intensivistas, fisioterapeutas/kinesiologistas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, terapeutas respiratórios, enfermeiros e outros que atuam em UTIs de países da América Latina e que forneceram consentimento livre e esclarecido. O único critério de exclusão foi o preenchimento incompleto dos registros da pesquisa. O estudo seguiu as diretrizes do Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) para estudos observacionais¹¹.

Os desfechos primários foram as percepções e práticas autorrelatadas relacionadas à síndrome pós-cuidados intensivos (PICS) entre profissionais de UTI.

Estes foram operacionalizados como: (1) uso de escalas ou instrumentos para avaliar a PICS e (2) conscientização sobre o impacto da PICS na qualidade de vida dos pacientes.

Os desfechos secundários incluíram componentes específicos da prática clínica associados ao manejo e acompanhamento da PICS: (1) uso de instrumentos para avaliar a funcionalidade física na alta da UTI, (2) uso de ferramentas para avaliar a qualidade de vida após a alta da UTI e (3) implementação de estratégias voltadas para a prevenção da PICS.

Adicionalmente, análises exploratórias avaliaram a associação entre esses desfechos e variáveis explicativas selecionadas, incluindo disciplina profissional, formação especializada em terapia intensiva, país de atuação e tipo de instituição. Todos os desfechos e variáveis explicativas foram operacionalizados de acordo com os itens correspondentes do questionário, e apenas os registros completos da pesquisa foram incluídos na análise; as respostas incompletas foram excluídas sem imputação.

2.1 Questionário

Para este estudo, utilizou-se um questionário estruturado previamente desenvolvido. Esse questionário foi elaborado e validado em 2022 pelo comitê de especialistas em "Acompanhamento e Reabilitação Pós-UTI" da FEPIMCTI, uma associação que integra sociedades de terapia intensiva da América, Espanha e Portugal, incluindo a AMCI. O questionário ([Apêndice A](#)), que foi desenvolvido com base em estudos sobre a síndrome pós-UTI^{7,12,13}, incluiu 3 domínios e 16 perguntas:

- Informações gerais: sexo, idade, país, profissão, formação em terapia intensiva e experiência em UTI.
- Características da UTI: tipo de UTI, tipo de instituição, número de leitos, pacientes admitidos por ano e pacientes por mês que necessitam de ventilação mecânica invasiva por mais de 72 horas.
- Conscientização sobre a PICS: uso de escalas/instrumentos de avaliação, impacto da PICS na qualidade de vida, uso de escalas/instrumentos para mensurar a funcionalidade física na alta, estratégias para prevenção da PICS e educação continuada em PICS.

Neste questionário exploratório inicial, predominaram perguntas dicotômicas devido à sua simplicidade e eficiência na identificação de tendências e prevalência, estabelecendo assim as bases para pesquisas futuras, particularmente no contexto de acesso limitado a um registro abrangente de participantes.

O instrumento passou por validação de conteúdo por um comitê de especialistas composto por médicos intensivistas e fisioterapeutas especializados em terapia intensiva. Esse processo resultou em um Índice de Validade de Conteúdo (IVC) de 95,1% e um coeficiente Kappa de 94,8%, indicando um alto nível de concordância entre os especialistas quanto à relevância e clareza dos itens do questionário. Adicionalmente, um teste piloto foi realizado antes da aplicação final, o que permitiu ajustes de formatação para melhorar a usabilidade. Não foi realizado um processo de adaptação cultural formal, uma vez que o questionário foi desenvolvido em espanhol e português para uso entre profissionais de UTI em países da América Latina. A confiabilidade interexaminadores não foi aplicável, pois o questionário foi autoaplicável e as respostas foram fornecidas diretamente pelos participantes.^{14,15}

O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética Institucional (023-023) da Universidade del Valle (Universidad del Valle) e foi conduzido de acordo com os princípios descritos na Declaração de Helsinki de 2004.

2.2 Coleta de informações

Uma ampla participação foi promovida por meio de diversos canais, incluindo redes sociais e e-mails. A divulgação do questionário foi apoiada por associações científicas regionais, incluindo a FEPIMCTI e a AMCI, o que facilitou a distribuição da pesquisa por múltiplos países e grupos profissionais através de suas redes. Esse suporte contribuiu para o alcance multipaíses e multidisciplinar do estudo; no entanto, como o recrutamento foi baseado em amostragem de conveniência não probabilística, a amostra não deve ser interpretada como representativa dos profissionais de UTI na América Latina.

O termo de consentimento, disponível em espanhol e português, explicava o projeto em detalhes e

oferecia a possibilidade de contatar os pesquisadores para dirimir quaisquer dúvidas. O questionário, hospedado no SurveyMonkey, levava 10 minutos para ser concluído. Solicitou-se aos participantes que respondessem ao questionário individualmente em um tempo máximo de 10 minutos, e as respostas foram enviadas para os endereços de e-mail dos pesquisadores. Para mitigar o viés de não resposta, após um período de espera predeterminado, os chefes das UTIs em vários países foram contatados para ajudar a aumentar a taxa de resposta.

Os dados foram tratados em conformidade com os princípios éticos de confidencialidade e proteção da informação. As respostas foram enviadas de forma anônima e armazenadas em plataformas seguras e protegidas por senha, acessíveis apenas à equipe de pesquisa. Nenhum dado sensível foi coletado e nenhuma informação de identificação foi solicitada. Os dados foram utilizados exclusivamente para fins de pesquisa.

2.3 Análise dos resultados do questionário

As análises estatísticas foram realizadas utilizando o software Jamovi (versão 2.3.28.0). Estatísticas descritivas foram utilizadas para resumir as variáveis qualitativas. As variáveis categóricas são expressas como frequências absolutas (n) e relativas (%). Não foram coletadas variáveis contínuas; portanto, medidas de tendência central ou dispersão (como média, desvio padrão ou intervalo interquartilico) não foram aplicáveis, visto que as variáveis quantitativas foram categorizadas ordinalmente.

As associações entre variáveis categóricas foram exploradas por meio de análises bivariais com tabelas de contingência. O teste qui-quadrado de independência (χ^2) foi utilizado para avaliar as associações, e o teste exato de Fisher foi aplicado quando as frequências esperadas foram inferiores a cinco. Um valor de $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo. Alguns valores de p são relatados como $< 0,001$ para fins descritivos, mas a significância estatística foi definida como $p < 0,05$ em todo o texto.

Devido à natureza exploratória do estudo e ao uso de amostragem de conveniência não probabilística, os achados devem ser interpretados descritivamente e considerados geradores de hipóteses.

3. Resultados

Um total de 499 profissionais de saúde que atuam em unidades de terapia intensiva (UTIs) em 13 países da América Latina participou do estudo. A maioria dos respondentes era da Argentina (34,5%) e da Colômbia (32,7%), enquanto o Panamá e o Paraguai foram os menos representados (0,4% e 0,6%, respectivamente) (Apêndice B).

Em relação às características sociodemográficas, 68,3% dos respondentes eram mulheres e a faixa etária predominante foi de 31–50 anos (65,7%). As profissões mais representadas foram fisioterapia/kinesiologia (50,9%) e enfermagem (14,4%). Além disso, 72,5% dos participantes relataram possuir formação especializada em terapia intensiva (Tabela 1).

Tabela 1. Características dos respondentes

Característica	n	%
Sexo		
Feminino	341	68,3%
Masculino	158	31,7%
Idade, anos		
18-30	114	22,8%
31-40	205	41,1%
41-50	123	24,6%
51-60	50	10,0%
Acima de 60	7	1,4%
Profissão		
Auxiliar de Enfermagem	6	1,2%
Enfermagem	72	14,4%
Fisioterapia/Kinesiologia	254	50,9%
Fonoaudiologia	20	4,0%
Técnico de laboratório	1	0,2%
Estudante de medicina	3	0,6%
Medicina - Terapia Intensiva	74	14,8%
Medicina de emergência	2	0,4%
Medicina geral	14	2,8%
Medicina, outra especialidade	27	5,4%
Nutrição	5	1,0%
Odontologia	1	0,2%
Terapia ocupacional	3	0,6%
Terapia respiratória	16	3,2%
Serviço social	1	0,2%
Formação especializada		
Não	137	27,5%
Sim	362	72,5%

No geral, 51,3% dos profissionais relataram utilizar escalas ou instrumentos para avaliar a síndrome pós-cuidados intensivos. As maiores proporções foram registradas na Colômbia (17,8%) e na Argentina (14,6%), enquanto nenhum uso foi relatado no Panamá ou na Costa Rica. Diferenças estatisticamente significativas foram observadas entre os países ($p < 0,05$) (Tabela 2).

Tabela 2. Uso de escalas e instrumentos de avaliação para PICIS

País	Uso de escalas n (%)		
	n = 499		
	Não	Sim	Total
Argentina	99 (19,8%)	73 (14,6%)	172 (34,5%)
Bolívia	3 (0,6%)	6 (1,2%)	9 (1,8%)
Brasil	2 (0,4%)	11 (2,2%)	13 (2,6%)
Chile	8 (1,6%)	14 (2,8%)	22 (4,4%)
Colômbia	74 (14,8%)	89 (17,8%)	163 (32,7%)
Costa Rica	3 (0,6%)	0 (0,0%)	3 (0,6%)
Equador	37 (7,4%)	26 (5,2%)	63 (12,6%)
El Salvador	5 (1,0%)	2 (0,4%)	7 (1,4%)
México	6 (1,2%)	23 (4,6%)	29 (5,8%)
Panamá	2 (0,4%)	0 (0,0%)	2 (0,4%)
Paraguai	1 (0,2%)	2 (0,4%)	3 (0,6%)
Peru	2 (0,4%)	8 (1,6%)	10 (2,0%)
Uruguai	1 (0,2%)	2 (0,4%)	3 (0,6%)
Total	243 (48,7%)	256 (51,3%)	499 (100,0%)

Nota. $\chi^2 = 36,30$; gl = 12; $p < 0,05$.

Um total de 73,7% dos respondentes relatou estar ciente do impacto da síndrome pós-cuidados intensivos na qualidade de vida dos pacientes. Essa conscientização foi mais frequentemente relatada por profissionais de fisioterapia/quinesioterapia (81,9%) e médicos intensivistas (83,8%), enquanto auxiliares de enfermagem e assistentes sociais demonstraram menores níveis de conscientização (Tabela 3). Além disso, a conscientização foi maior entre os profissionais com formação especializada em comparação àqueles sem especialização (80,4% vs. 56,2%; $p < 0,05$) (Tabela 4).

Tabela 3. Percepção do impacto da síndrome pós-cuidados intensivos na qualidade de vida (continua)

Profissão n (%)	Percepção n (%)		
	n = 499		
	Não	Sim	Total
Auxiliar de enfermagem	5 (1,0%)	1 (0,2%)	6 (1,2%)
Enfermagem	32 (6,4%)	40 (8,0%)	72 (14,4%)
Fisioterapia/Kinesioterapia	46 (9,2%)	208 (41,7%)	254 (50,9%)
Fonoaudiologia	4 (0,8%)	16 (3,2%)	20 (4,0%)
Técnico de laboratório	0 (0,0%)	1 (0,2%)	1 (0,2%)
Estudante de medicina	1 (0,2%)	2 (0,4%)	3 (0,6%)
Medicina - Terapia Intensiva	12 (2,4%)	62 (12,4%)	74 (14,8%)
Medicina de emergência	1 (0,2%)	1 (0,2%)	2 (0,4%)
Medicina geral	7 (1,4%)	7 (1,4%)	14 (2,8%)
Medicina, outra especialidade	15 (3,0%)	12 (2,4%)	27 (5,4%)
Nutrição	1 (0,2%)	4 (0,8%)	5 (1,0%)
Odontologia	0 (0,0%)	1 (0,2%)	1 (0,2%)

Tabela 3. Percepção do impacto da síndrome pós-cuidados intensivos na qualidade de vida (conclusão)

Profissão n (%)	Percepção n (%)		
	n = 499		
	Não	Sim	Total
Terapia ocupacional	0 (0,0%)	3 (0,6%)	3 (0,6%)
Terapia respiratória	6 (1,2%)	10 (2,0%)	16 (3,2%)
Serviço social	1 (0,2%)	0 (0,0%)	1 (0,2%)
Total	131 (26,3%)	368 (73,7%)	499 (100,0%)

Nota. $\chi^2 = 57,81$; gl = 14; $p < 0,05$.

Tabela 4. Conscientização sobre o impacto da síndrome pós-cuidados intensivos na qualidade de vida versus formação especializada

Formação especializada em terapia intensiva	Percepção do impacto da PICS n (%)		
	n = 499		
	Não	Sim	Total
Não	60 (43,8%)	77 (56,2%)	137 (100%)
Sim	71 (19,6%)	291 (80,4%)	362 (100%)
Total	131 (26,3%)	368 (73,7%)	499 (100,0%)

Nota. $\chi^2 = 28,78$; gl = 1; $p < 0,05$. As porcentagens foram calculadas por linha.

Apenas 35,9% dos profissionais relataram utilizar escalas para avaliar a funcionalidade física na alta da UTI. Essa prática foi mais frequente entre aqueles com formação especializada (40,9% vs. 22,6%; $p < 0,05$) (Tabela 5).

Tabela 5. Uso de escalas/instrumentos para mensurar a funcionalidade física na alta da UTI de acordo com a formação especializada

Formação especializada em terapia intensiva	Uso de escalas n (%)		
	n = 499		
	Não	Sim	Total
Não	106 (77,4%)	31 (22,6%)	137 (100%)
Sim	214 (59,1%)	148 (40,9%)	362 (100%)
Total	320 (64,1%)	179 (35,9%)	499 (100,0%)

Nota. $\chi^2 = 13,62$; gl = 1; $p < 0,05$. As porcentagens foram calculadas por linha.

Finalmente, apenas 15,8% dos participantes relataram utilizar ferramentas para avaliar a qualidade de vida após a alta da UTI, enquanto 84,2% relataram não utilizá-las. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas de acordo com o tipo de instituição ($p > 0,05$) (Tabela 6).

Tabela 6. Uso de escalas/instrumentos para mensurar a qualidade de vida na admissão/alta da UTI de acordo com o tipo de instituição onde o respondente trabalha

Tipo de instituição	Uso de escalas (%)		
	n = 499		
	Não	Sim	Total
Pública	194 (84,0%)	37 (16,0%)	231 (100%)
Privada	174 (83,7%)	34 (16,3%)	208 (100%)
Atua em ambas	52 (86,7%)	8 (13,3%)	60 (100%)
Total	420 (84,2%)	79 (15,8%)	499 (100,0%)

Nota. $\chi^2 = 0,33$; gl = 2; $p > 0,05$. As porcentagens foram calculadas por linha.

4. Discussão

Este estudo pioneiro explorou as percepções e práticas relacionadas à PICS entre profissionais de saúde que atuam em unidades de terapia intensiva na América Latina. Ao reunir dados de múltiplos países da região, este estudo fornece evidências empíricas iniciais em um contexto em que as informações sobre a PICS ainda são limitadas, estabelecendo um ponto de referência regional para futuras pesquisas e iniciativas de treinamento focadas em desfechos de longo prazo após doenças críticas^{1,2}.

Um dos principais achados deste estudo é a discrepância entre a conscientização percebida sobre a PICS e o uso real de ferramentas de avaliação na prática clínica. Embora quase três quartos dos respondentes tenham relatado estar cientes do impacto da PICS na qualidade de vida dos pacientes, apenas cerca de metade indicou utilizar instrumentos para avaliar sequelas pós-UTI, e um número ainda menor relatou avaliar a função física ou a qualidade de vida na alta da UTI. Essa lacuna entre conscientização e prática já foi descrita em outros cenários de cuidados críticos e pode refletir a ausência de protocolos padronizados, o acesso limitado a instrumentos validados ou restrições operacionais dentro das UTIs^{7,13}.

A predominância de respostas da Argentina e da Colômbia, que juntas totalizaram mais de dois terços da amostra, pode refletir uma maior conscientização, envolvimento acadêmico ou articulação profissional relacionada à PICS nesses países. Particularmente, a Argentina desenvolveu iniciativas clínicas e acadêmicas focadas no acompanhamento pós-UTI, o que pode explicar em parte a maior participação observada. No entanto, essa distribuição geográfica desigual e o uso de amostragem de conveniência não probabilística limitam a generalização dos achados, e a amostra não deve ser interpretada como representativa dos profissionais de UTI na América Latina. Em vez disso, o valor do estudo reside no seu escopo exploratório, multipaíses e multidisciplinar, incluindo participantes de 13 países e múltiplas disciplinas profissionais, o que oferece uma visão útil sobre as percepções e práticas atuais relacionadas à PICS na região.

A formação especializada em terapia intensiva emergiu como um fator essencial associado ao maior reconhecimento da PICS e ao uso mais frequente de ferramentas de avaliação. Profissionais com formação especializada foram significativamente mais propensos a relatar conscientização sobre a PICS e a utilizar instrumentos de avaliação funcional na alta da UTI. Esses achados sugerem que o treinamento formal desempenha um papel importante na tradução da conscientização conceitual para a prática clínica, conforme relatado anteriormente em estudos que examinaram a educação e a implementação de estratégias de cuidados pós-UTI^{16,17}. Contudo, a persistência do baixo uso de instrumentos mesmo entre profissionais treinados indica que o treinamento isolado pode ser insuficiente e que fatores institucionais, organizacionais e contextuais também influenciam a implementação.

A predominância de fisioterapeutas e kinesiólogas na amostra deve ser considerada ao interpretar os achados. Esses profissionais estão diretamente envolvidos na mobilização precoce, avaliação funcional, reabilitação e recuperação pós-UTI, o que pode explicar em parte o nível relativamente alto de conscientização relatado sobre a PICS e a ênfase nas práticas de avaliação funcional observadas neste estudo. No entanto, essa distribuição profissional pode limitar a extensão em que os achados podem ser extrapolados para outras disciplinas da UTI, como enfermagem, medicina, terapia respiratória, terapia ocupacional ou fonoaudiologia. Sob uma perspectiva multidisciplinar, esses resultados destacam a necessidade de estudos futuros com uma participação mais equilibrada entre os grupos profissionais envolvidos na prevenção, reconhecimento, avaliação e acompanhamento da PICS^{18,19}.

Os profissionais de enfermagem também podem desempenhar um papel fundamental no reconhecimento e manejo da PICS, dada a sua presença contínua à beira do leito e o monitoramento próximo de pacientes criticamente enfermos. Sua posição dentro da equipe de cuidados permite a identificação precoce de alterações físicas, cognitivas e psicológicas, facilitando potencialmente intervenções oportunas e melhorando os desfechos dos pacientes.

Apesar do crescente reconhecimento da PICS na literatura internacional, o baixo uso de ferramentas de avaliação padronizadas observado neste estudo evidencia desafios persistentes na tradução da conscientização para a prática clínica rotineira. Nos cenários de UTI da América Latina, essa lacuna pode ser influenciada por restrições institucionais, acesso limitado a ferramentas de avaliação validadas, alta carga de trabalho clínico, tempo insuficiente para um acompanhamento estruturado e heterogeneidade organizacional entre os serviços. Além disso, a ausência de protocolos padronizados sobre quais instrumentos devem ser utilizados, quando devem ser aplicados e como seus resultados devem ser integrados às linhas de cuidado pode contribuir para a variabilidade nas práticas de avaliação e acompanhamento da PICS.

Essas barreiras ajudam a explicar por que o reconhecimento conceitual da PICS não se traduz necessariamente em uma avaliação sistemática ou em cuidados pós-UTI estruturados^{9,20}.

O desenho exploratório e transversal deste estudo limita as inferências causais e impossibilita a avaliação de mudanças temporais. Além disso, a amostragem de conveniência não probabilística resultou em uma representação geográfica e profissional desigual, afetando a validade externa. A predominância de itens dicotômicos no questionário, embora apropriada para uma abordagem exploratória inicial, limitou a granularidade das respostas e pode ter subestimado sutilezas nas percepções e práticas²¹. Ademais, a escassez de estudos publicados sobre a PICS na América Latina limitou as comparações regionais diretas, exigindo uma contextualização cautelosa com o uso da literatura internacional²².

Apesar dessas limitações, este estudo fornece evidências iniciais relevantes sobre a conscientização e as práticas relacionadas à PICS entre profissionais de UTI na América Latina. Ao identificar lacunas entre a conscientização e a aplicação clínica, bem como a influência da formação especializada e do contexto regional, os achados destacam áreas prioritárias para futuras pesquisas e intervenções educacionais. O fortalecimento do treinamento profissional, a melhoria do acesso às ferramentas de avaliação e a promoção de protocolos apoiados institucionalmente e adaptados ao contexto latino-americano podem contribuir para uma avaliação e manejo mais sistemáticos da PICS na região²³.

Estudos futuros devem empregar métodos de amostragem probabilística, ampliar a representação entre países e disciplinas profissionais e incorporar análises multivariadas para compreender melhor os fatores que influenciam as práticas relacionadas à PICS. Desenhos longitudinais e de métodos mistos também podem ajudar a capturar mudanças ao longo do tempo e explorar barreiras contextuais à implementação, apoiando o desenvolvimento de estratégias de cuidados pós-UTI mais abrangentes e padronizadas na América Latina^{7,20}.

5. Conclusões

Os resultados mostram padrões heterogêneos em toda a região, com um nível relativamente alto de conscientização a respeito do impacto da PICS na qualidade de vida dos pacientes, contrastado com um uso limitado e inconsistente de ferramentas de avaliação para a PICS, função física e qualidade de vida. Essas práticas foram mais frequentemente relatadas entre profissionais com formação especializada em terapia intensiva e variaram de acordo com a disciplina profissional e o país de atuação.

Esses resultados destacam uma lacuna entre a conscientização e a implementação clínica. Os achados sustentam a necessidade de fortalecer o treinamento especializado e padronizar as estratégias de avaliação. Apesar de sua natureza exploratória, este estudo serve como uma referência regional para futuras pesquisas e iniciativas voltadas à melhoria dos desfechos de longo prazo após doenças críticas.

Declaração de Inteligência Artificial (IA) generativa e tecnologias assistidas por IA no processo de redação

Os autores utilizaram ferramentas assistidas por inteligência artificial exclusivamente para edição de linguagem na língua inglesa e revisão gramatical, com o objetivo de melhorar a clareza e a legibilidade do manuscrito. Os autores revisaram e editaram o texto resultante e assumem total responsabilidade pelo conteúdo final do manuscrito.

Contribuições dos autores

Os autores declararam ter feito contribuições substanciais ao trabalho em termos da concepção ou desenho da pesquisa; da aquisição, análise ou interpretação de dados para o trabalho; e da redação ou revisão crítica de conteúdo intelectual relevante. Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada e concordaram em assumir a responsabilidade pública por todos os aspectos do estudo.

Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

Indexadores

A Revista Pesquisa em Fisioterapia é indexada no [DOAJ](#), [EBSCO](#), [LILACS](#) e [Scopus](#).



Referências

1. Hiser SL, Fatima A, Ali M, Needham DM. Post-intensive care syndrome (PICS): recent updates. *J Intensive Care*. 2023;11:23. <https://doi.org/10.1186/s40560-023-00670-7>
2. Ramnarain D, Aupers E, den Oudsten B, Oldenbeuving A, de Vries J, Pouwels S. Post intensive care syndrome (PICS): an overview of the definition, etiology, risk factors, and possible counseling and treatment strategies. *Expert Rev Neurother*. 2021;21(10):1159-77. <https://doi.org/10.1080/14737175.2021.1981289>
3. Busico M, Neves A, Carini F, Pedace M, Villalba D, Foster C, et al. Programa de seguimiento al alta de la unidad de cuidados intensivos. *Med Intensiva*. 2019;43(4):243-54. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.12.005>
4. Watland S, Solberg Nes L, Ekeberg Ø, Rostrup M, Hanson E, Ekstedt M, et al. The caregiver pathway intervention can contribute to reduced post-intensive care syndrome among family caregivers of ICU survivors: a randomized controlled trial. *Crit Care Med*. 2024;53(3):e555-66. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000006546>
5. Torres J, Carvalho D, Molinos E, Vales C, Ferreira A, Dias CC, et al. The impact of the patient post-intensive care syndrome components upon caregiver burden. *Med Intensiva*. 2017;41(8):454-60. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2016.12.005>
6. Argento F, Donato M, Villalba D, Sarubbio MG, Giménez A, Ciapponi A, et al. Mortalidad, secuelas clínicas y calidad de vida luego del alta de unidades de cuidados intensivos en pacientes con COVID-19: estudio multicéntrico descriptivo en Argentina. *Value Health Reg Issues*. 2024;42:100989. <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2024.100989>
7. Rousseau AF, Prescott HC, Brett SJ, Weiss B, Azoulay E, Creteur J, et al. Long-term outcomes after critical illness: recent insights. *Crit Care*. 2021;25:108. <https://doi.org/10.1186/s13054-021-03535-3>

8. Smith S, Rahman O. Post intensive care syndrome. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
9. Serra AM. De fragilidad, calidad de vida y síndrome post-UCI. *Med Intensiva*. 2024;48(7):375-6. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2024.04.001>
10. Arrogante O. Técnicas de muestreo y cálculo del tamaño muestral: cómo y cuántos participantes debo seleccionar para mi investigación. *Enferm Intensiva*. 2022;33(1):44-7. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2021.03.004>
11. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The strengthening of reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Int J Surg*. 2014;12(12):1495-9. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2014.07.013>
12. Nanwani-Nanwani K, López-Pérez L, Giménez-Esparza C, Ruiz-Barranco I, Carrillo E, Arellano MS, et al. Prevalence of post-intensive care syndrome in mechanically ventilated patients with COVID-19. *Sci Rep*. 2022;12:7977. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-11929-8>
13. Brown SM, Bose S, Banner-Goodspeed V, Beesley SJ, Dinglas VD, Hopkins RO, et al. Approaches to addressing post-intensive care syndrome among intensive care unit survivors: a narrative review. *Ann Am Thorac Soc*. 2019;16(8):947-56. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201812-913FR>
14. Yusoff MSB. ABC of content validation and content validity index calculation. *Educ Med J*. 2019;11(2):49-54. <https://doi.org/10.21315/eimj2019.11.2.6>
15. Boateng GO, Neilands TB, Frongillo EA, Melgar-Quiñonez HR, Young SL. Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: a primer. *Front Public Health*. 2018;6:149. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149>
16. Alger AL, Owens T, Duffy EA. Implementing standardized post-intensive care syndrome education by an advanced practice registered nurse in the pediatric intensive care unit. *AACN Adv Crit Care*. 2022;33(4):368-71. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2022911>
17. Lobos PG, Nairon EB, Denbow M, Olson DWM, Wilson JE. Critical care clinicians' knowledge of post-intensive care syndrome. *AACN Adv Crit Care*. 2024;35(4):300-6. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2024672>
18. Barros-Poblete M, Bernardes Neto SC, Benavides-Cordoba V, Vieira RP, Baz M, Martí JD, et al. Early mobilization in intensive care unit in Latin America: a survey based on clinical practice. *Front Med*. 2022;9:1005732. <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.1005732>
19. Nawaz FA, Deo N, Surani S, Maynard W, Gibbs ML, Kashyap R. Critical care practices in the world: results of the global intensive care unit need assessment survey 2020. *World J Crit Care Med*. 2022;11(3):169-77. <https://doi.org/10.5492/wjccm.v11.i3.169>
20. Nakanishi N, Liu K, Kawauchi A, Okamura M, Tanaka K, Katayama S, et al. Instruments to assess post-intensive care syndrome: a scoping review and modified Delphi method study. *Crit Care*. 2023;27:430. <https://doi.org/10.1186/s13054-023-04681-6>
21. DeCastellarnau A. A classification of response scale characteristics that affect data quality: a literature review. *Qual Quant*. 2018;52:1523-59. <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0533-4>
22. Economic Commission for Latin America and the Caribbean. Estudio económico de América Latina y el Caribe 2023: El financiamiento de una transición sostenible: inversión para crecer y enfrentar el cambio climático. Erscheinungsort nicht ermittelbar: United Nations; 2023.
23. Kim SJ, Park K, Kim K. Post-intensive care syndrome and health-related quality of life in long-term survivors of intensive care unit. *Aust Crit Care*. 2023;36(4):477-84. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.06.002>

Apêndice A



Questionário

Tabela A1. Conocimientos de los profesionales de salud de Latinoamérica sobre el Síndrome Post Cuidado Intensivo en el adulto (continua)

1. Información General.
a. Género:
☐ Masculino
☐ Femenino
☐ Otro:
☐ Prefiero no responder
b. Edad:
☐ 18-30
☐ 31-40
☐ 41-50
☐ 51-60
☐ Más de 60
c. País de residencia actual/donde reside actualmente (marcar solo uno)
☐ Antigua y Barbuda
☐ Argentina
☐ Bahamas
☐ Barbados
☐ Belice
☐ Bolivia
☐ Brasil
☐ Canadá
☐ Chile
☐ Colombia
☐ Costa Rica
☐ Cuba
☐ Dominicana
☐ Ecuador
☐ El Salvador
☐ España
☐ Estados Unidos
☐ Granada
☐ Guatemala
☐ Guyana
☐ Haití
☐ Honduras
☐ Jamaica
☐ México
☐ Nicaragua
☐ Panamá
☐ Paraguay
☐ Perú
☐ Portugal
☐ República Dominicana
☐ San Cristóbal y Nieves
☐ San Vicente y las Granadinas
☐ Santa Lucía.
☐ Trinidad y Tobago
☐ Uruguay
☐ Venezuela

Tabela A1. Conocimientos de los profesionales de salud de Latinoamérica sobre el Síndrome Post Cuidado Intensivo en el adulto (continua)

1. Información General.
d. Profesión ☐ Anestesiología ☐ Enfermería ☐ Fisioterapia / Kinesiología ☐ Fonoaudiología/logopeda ☐ Terapia ocupacional ☐ Trabajo Social ☐ Nutrición ☐ Otro ¿Cuál?
e. Posee formación especializada en cuidado intensivo. ☐ Sí ☐ No
f. Posee formación especializada en área diferente a cuidado intensivo: ☐ Sí ☐ No ☐ ¿Cuál?
g. Experiencia en Cuidado Intensivo del adulto: ☐ Sí ☐ No
h. Años de experiencia en unidad de cuidados intensivos (UCI): ☐ No trabaja en UCI ☐ Menos de 5 años ☐ Entre 6 y 10 años ☐ Entre 11 y 15 años ☐ Entre 16 y 20 años ☐ Más de 21 años
i. ¿Desempeña su profesión prestando servicios para pacientes o familiares que están o estuvieron internados en UCI? ☐ Sí ☐ No
j. Indique el nombre del área/sector donde más tiempo trabaja con pacientes con riesgo de secuelas de UCI: ☐ UCI ☐ Centro de rehabilitación post UCI ☐ Salas/plantas de hospitalización ☐ Consulta post UCI
2. Caracterización de la UCI.
a. Tipo de UCI o institución en la que trabaja (puede marcar varias opciones) (modificación por sugerencia de experto) ☐ Polivalente ☐ Quirúrgica ☐ Neuroquirúrgica ☐ Oncológica ☐ Trauma ☐ Quemados ☐ Coronaria ☐ Cardiotorácica ☐ Infecciosas ☐ No trabajo en UCI ☐ Otra

Tabela A1. Conocimientos de los profesionales de salud de Latinoamérica sobre el Síndrome Post Cuidado Intensivo en el adulto (continua)

2. Caracterización de la UCI.
b. Tipo de institución: ☐ Pública ☐ Privada ☐ Me desempeño en ambas
c. Cantidad de camas de su UCI donde trabaja la mayor cantidad de horas (Marcar una sola opción): ☐ Menos de 5 ☐ 6 - 10 ☐ 11 - 20 ☐ 21 - 30 ☐ Más de 31
d. Cantidad de pacientes ingresados al año en la UCI donde trabaja mayor cantidad de horas (Marcar una sola opción en la UCI donde trabaja mayor cantidad de horas): ☐ Menos de 100 ☐ Entre 101 - 300 ☐ 301 - 500 ☐ 501 - 700 ☐ 701 - 1000 ☐ Más de 1000
e. Número de pacientes al mes con ventilación mecánica invasiva por más de 72 hs en la UCI donde trabaja la mayor cantidad de horas, este dato no lo van a tener a mano muchos compañeros, yo no lo pondría así. ☐ Menos de 5 ☐ Entre 5 - 10 ☐ Entre 11 - 30 ☐ Entre 31 - 50 ☐ Más de 50
3. Conocimiento sobre Síndrome Post Terapia Intensiva (PICS)
a. Utiliza escalas/instrumentos de evaluación para reconocer las secuelas físicas, psicológicas y/o cognitivas en el paciente que estuvo internado en UCI (determinantes del síndrome de terapia intensiva). ☐ Sí ☐ No
b. ¿Conoce el impacto del síndrome post terapia intensiva sobre la calidad de vida de los pacientes sobrevivientes a una enfermedad crítica? ☐ Sí ☐ No
c. ¿Utiliza escalas/instrumentos para medir funcionalidad física al alta/egreso de UCI? ☐ Sí. ¿Cuáles? _____ ☐ No
d. ¿Utiliza escalas/instrumentos para medir calidad de vida al alta/egreso de UCI? ☐ Sí. ¿Cuáles? _____ ☐ No
e. ¿Conoce el impacto del síndrome post terapia intensiva sobre el regreso al trabajo en los pacientes sobrevivientes de la UCI? ☐ Sí ☐ No

Tabela A1. Conocimientos de los profesionales de salud de Latinoamérica sobre el Síndrome Post Cuidado Intensivo en el adulto (conclusão)

3. Conocimiento sobre Síndrome Post Terapia Intensiva (PICS)
f. ¿Conoce cuales pueden ser las secuelas en la familia del paciente que estuvo internado en UCI?
☐ Sí ☐ No
g. ¿En su lugar de trabajo, existe y se brinda atención a los pacientes y/o familiares con síndrome de post terapia intensiva?
☐ Sí ☐ No
h. ¿Conoce, en el país en el cual está ejerciendo su profesión, centros de atención para los pacientes y/o familiares que evolucionan con síndrome post terapia intensiva?
☐ Sí ☐ No
i. ¿Considera que es prevenible en parte o en su totalidad el síndrome post terapia intensiva?
☐ Sí ☐ No
j. ¿Qué estrategias utiliza para prevenir el síndrome post terapia intensiva? (Puede marcar más de una opción)
☐ Evaluación, prevención y tratamiento del dolor ☐ Valoración de sedación y pruebas de ventilación espontánea ☐ Elección de sedantes y analgésicos ☐ Evaluación, prevención y tratamiento del delirium ☐ Movilización precoz y ejercicio ☐ Evaluación y tratamiento de alteraciones del sueño ☐ Inclusión y empoderamiento de la familia ☐ Diarios de UCI
k. Posee formación formal en el estudio del síndrome post terapia intensiva (curso, jornada, diplomado de más de 8 horas cronológicas).
☐ Sí ☐ No
Comentarios:

Gracias por su tiempo y dedicación para diligenciar esta encuesta. La información suministrada será utilizada exclusivamente con fines investigativos. Si tiene alguna pregunta respecto al cuestionario o quiere conocer los resultados, por favor no dude en contactarnos

Apêndice B

Tabela B1. Distribuição dos respondentes por país de residência

País de residência	<i>n</i>	%
Argentina	172	34,5%
Bolívia	9	1,8 %
Brasil	13	2,6 %
Chile	22	4,4 %
Colômbia	163	32,7 %
Costa Rica	3	0,6 %
Equador	63	12,6 %
El Salvador	7	1,4 %
México	29	5,8 %
Panamá	2	0,4 %
Paraguai	3	0,6 %
Peru	10	2,0 %
Uruguai	3	0,6 %

