

SÍNDROME PÓS-CUIDADOS INTENSIVOS NA CONTEMPORANEIDADE: CONTRIBUIÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS

POST-INTENSIVE CARE SYNDROME IN CONTEMPORANEITY: PHYSICAL THERAPEUTIC CONTRIBUTIONS

Mariana Louise Gonçalves Machado (ORCID: 0000-0002-4781-0794.)¹
Victoria Batista de Assis (ORCID: 0000-0002-6038-1007.)¹
Nilo Manoel Pereira Vieira Barreto (ORCID: 0000-0002-1397-1362.)²
Soraya Bezerra de Matos (ORCID: 0000-0003-1249-5779.)³
Michelli Christina Magalhães Novais (ORCID: 0000-0001-9970-8225.)²

RESUMO

As particularidades do internamento na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) podem impactar negativamente na qualidade de vida dos pacientes pós-alta, contribuindo para o surgimento da Síndrome Pós-Cuidados Intensivos – do inglês Post-Intensive Care Syndrome (PICS) –, caracterizada pela diminuição do status físico funcional, alterações cognitivas, ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático, trazendo consequências psicossociais em longo prazo. O fisioterapeuta possui as atribuições de prevenir e tratar distúrbios cinético-funcionais na UTI. A partir da avaliação minuciosa e de intervenções como a mobilização precoce, é possível evitar complicações que podem culminar na PICS. Para os pacientes que já apresentam a síndrome, condutas fisioterapêuticas podem reabilitá-los, tornando-os capazes de realizar, de forma independente, suas atividades de vida diária e laborais.

Palavras-chave: Unidades de Terapia Intensiva; Sobrevida; Fisioterapia; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

The particularities of hospitalization in the Intensive Care Unit (ICU) can negatively impact the quality of life of post-discharge patients, contributing to the emergence of the Post-Intensive Care Syndrome (PICS), characterized by decreased functional physical status, cognitive changes, anxiety, depression, and post-traumatic stress disorder, resulting in long-term psychosocial consequences. The physical therapist is responsible for preventing and treating kinetic-functional disorders in the ICU. From the thorough assessment and interventions such as early mobilization, it is possible to avoid complications that can culminate in PICS. For patients who already have the syndrome, physical therapy can rehabilitate and make them able to independently perform their daily living and work activities.

Keywords: Intensive Care Units; Survival; Physical Therapy Specialty; Quality of Life.

Autor Correspondente:
Mariana Louise Gonçalves Machado
E-mail: marianalouise.fisio@outlook.com

¹ Pós-graduação em Fisioterapia Hospitalar, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.

² Programa de Pós-graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, Universidade Federal da Bahia.

³ Hospital da Cidade – BA.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um ambiente de alta complexidade, em que são atendidos pacientes que necessitam de monitorização e assistência constantes¹. O desenvolvimento tecnológico desse setor, juntamente com os avanços no cuidado ao paciente e otimização do trabalho multidisciplinar, resultou na redução da mortalidade em curto prazo dos doentes críticos². Entretanto, algumas particularidades pertinentes ao internamento na UTI podem comprometer a saúde mental e física do paciente internado, como, por exemplo, o afastamento de seus familiares (devido ao fluxo restrito da unidade), a ausência de contato com ambiente externo, a exposição diária a procedimentos dolorosos, a restrição ao leito (necessária em algumas condições clínicas), a interrupção do sono (para a administração de medicamentos e realização de outros procedimentos) e o uso de sedativos³. Tais características da dinâmica da UTI podem implicar sofrimento e sentimento de insegurança, tanto para os pacientes quanto para seus familiares⁴.

O cuidado na UTI requer um olhar integral ao ser humano, considerando que o paciente não se resume apenas à doença em si³. Assim, nos últimos anos, a literatura científica tem apresentado conteúdos sobre a importância da atenção à qualidade da sobrevivência do doente crítico, já que não necessariamente o fato de sobreviver está associado a ter qualidade de vida. Essa abordagem é essencial, uma vez que a incidência de complicações decorrentes do internamento na UTI tem crescido⁵, resultando no aumento de custos assistenciais e em impactos biopsicossociais após a internação⁶.

Além dos aspectos organizacionais das UTI, complicações inerentes à doença e aos recursos terapêuticos utilizados para o seu tratamento podem contribuir para o surgimento, em longo prazo, da síndrome pós-cuidados intensivos, do inglês Post-Intensive Care Syndrome (PICS)⁷. Essa síndrome é caracterizada pela diminuição do status físico funcional, alterações cognitivas, ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático. Até o momento, não há estudos que especifiquem a epidemiologia da PICS no Brasil⁷. Todavia, a recente literatura publicada em outros países apresenta dados sobre subpopulações e patologias específicas, como a incidência

da PICS em idosos e pacientes sépticos⁸, o que ainda não é o suficiente para uma avaliação ampla da população de sobreviventes ao internamento na UTI, tampouco da qualidade de vida pós-alta.

É necessário que estratégias de prevenção sejam adotadas para reduzir incidência da PICS. Entende-se como um ambiente ideal de UTI aquele que dispõe de aspectos organizacionais como iluminação individualizada, controle de ruídos e leitos, apresentando janela com capacidade de visualização externa. Tais elementos visam a um atendimento confortável e humanizado para os pacientes³. Entretanto, sem a devida qualificação dos atendimentos prestados, a probabilidade de reduzir a ocorrência de complicações decorrentes do internamento na UTI é reduzida. Além disso, uma vez instaladas essas complicações, elas devem ser tratadas objetivando a melhoria da qualidade de vida pós-alta. Essas considerações ressaltam a importância deste estudo de descrever as possíveis contribuições fisioterapêuticas para prevenção e tratamento da síndrome pós-cuidados intensivos na contemporaneidade.

Estratégias para a melhora da assistência ao doente crítico

Reconhecendo a PICS como um problema decorrente de aspectos estruturais, protocolares e intervencionais da UTI³, é importante explorarmos o Bundle ABCDEFGH, guia baseado em evidências que aborda a necessidade de mudanças nas intervenções e na organização desse setor, a fim de otimizar a recuperação do doente crítico durante o internamento, assim como no pós-alta⁵. Esse Bundle aborda, por exemplo, como prevenir os riscos da sedação, do delírium e da imobilidade⁸, que podem levar a complicações como o maior tempo de uso de ventilação mecânica e de internamento¹⁶, a presença de distúrbios cognitivos e a maior incidência de fraqueza muscular adquirida na UTI⁹.

Ao considerar os riscos e as complicações que ocorrem durante o internamento na UTI, o Bundle ABCDEFGH se mostra uma alternativa para realizar um atendimento de qualidade aos pacientes, constando as seguintes medidas: A – airway management (avaliação e controle da dor); B – breathing trials (teste de respiração espontânea e teste de despertar espontâneo); C – coordination of care and communication (escolha da analgesia e sedação); D – delirium assessment (gerenciamento do delírium); E – early mobility

(mobilização precoce e exercício); F – family and follow-up referrals (engajamento familiar); G – good communication (boa comunicação); H – handout materials (folhetos e materiais informativos sobre a PICS)^{5,8}.

Em um estudo realizado por Balas et al.¹⁰, a aplicação do pacote Bundle ABCDEFGH diminuiu as taxas de delirium e os dias de ventilação mecânica, além de possibilitar a mobilização fora do leito, comprovando a eficiência de uma equipe treinada, que utiliza intervenções de forma protocolada.

Prevenção da PICS: qual o possível papel da fisioterapia?

Como apresentado acima, a mobilização precoce e o exercício fazem parte do Bundle ABCDEFGH, voltado para melhorar qualidade da assistência ao doente crítico⁵. A imobilidade é um dos fatores que podem contribuir para o declínio funcional e clínico dos pacientes, resultando em um maior tempo de internamento e graves déficits motores a curto e longo prazo. Além disso, a fraqueza muscular adquirida na UTI, um evento multifatorial, também tem como um dos fatores associados a imobilidade⁹.

Os pacientes que se encontram internados estão em constante exposição, não só aos sintomas da doença aguda, mas também aos estresses físicos e psicológicos que podem afetá-los negativamente. Aspectos organizacionais da UTI, somados às drogas sedativas e vasoativas em alta vazão, são barreiras que dificultam a saída de pacientes críticos do leito. Assim, grande parte dos doentes se tornam descondicionados após a alta, em que as limitações funcionais podem persistir por meses e/ou anos⁹. Tais complicações podem ser associadas aos sintomas da PICS, devido à redução do status físico-funcional. Além disso, essas repercussões motoras podem promover a redução da capacidade de realizar atividades de vida diária, interferindo em fatores psicológicos e sociais¹¹.

De acordo com as recomendações da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), cabe ao fisioterapeuta prescrever, executar e interromper as atividades físicas dentro das UTI. Para que isso seja feito com segurança, é necessário que haja uma avaliação funcional regular

e individualizada para cada paciente, por meio de instrumentos como escalas funcionais, levando em consideração o estado clínico e a monitorização dos sinais vitais de forma constante⁶.

A implementação de escalas funcionais pode reduzir os riscos do descondicionamento físico, ao identificar, de forma quantitativa, a eficácia do protocolo utilizado¹². Além disso, são instrumentos com potencial de identificar os doentes mais vulneráveis funcionalmente no momento da admissão, proporcionando o melhor direcionamento terapêutico a fim do alcance de desfechos satisfatórios. Atualmente, diversas escalas são utilizadas nas UTI brasileiras, como, por exemplo, a escala ICU Mobility Scale (IMS), a Functional Status Score for the ICU (FSS-ICU) e o escore Perme, sendo a FSS-ICU uma das mais aplicadas devido a fácil compreensão e objetividade¹².

O cuidado prestado ao paciente durante o internamento pode desencadear futuras consequências que terão relação direta com a qualidade de vida no pós-alta da UTI¹³. Diante do conhecimento das complicações advindas de uma doença crítica, ocorreram mudanças na forma de atendimento a esse paciente, entendendo que prolongar o repouso pode ser prejudicial a longo prazo. É evidenciado que a mobilização precoce iniciada na UTI pode reduzir complicações após a alta, influenciando não somente na função motora, mas também na função cognitiva¹⁴.

Sabendo dos feitos da imobilidade, estudos precursores sobre protocolos de mobilização precoce como o de Morris, et al.¹⁵ trouxeram dados que demonstram a segurança da aplicação de exercícios em doentes críticos, além de benefícios como a redução nos dias de internamento. Em pesquisas recentes, observou-se que intervenções com exercícios passivos e ativos no início da internação na UTI podem minimizar os efeitos sistêmicos da sepse, melhorar a capacidade funcional durante a estadia hospitalar³⁶ e reduzir o tempo de ventilação mecânica¹⁶. Além disso, o exercício físico, associado aos protocolos de interrupção da sedação, pode minimizar o delirium¹⁴, assim como promover melhora da função pulmonar, por meio do fortalecimento da musculatura respiratória, podendo também proporcionar um maior bem-estar durante a estadia no hospital, reduzindo os sintomas de ansiedade¹⁷.

Existem alguns protocolos de intervenção, sendo a mobilização progressiva um deles. Os exercícios são realizados por etapas e demonstram ter uma grande aceitação por parte dos profissionais que os executam, sendo administrados de acordo com as necessidades e respostas do paciente. Desse modo, se o paciente estiver inconsciente, a intervenção é feita passivamente. A partir da sua evolução clínica e funcional, há a progressão dos exercícios: de transferências no leito para permanência em sedestação e, por fim, a realização da deambulação¹⁸.

O profissional da fisioterapia encontra algumas barreiras que dificultam a implementação da mobilização precoce em doentes críticos na UTI. Essas barreiras podem estar relacionadas à gravidade, instabilidade e falta de cooperação do paciente (por motivos como a dor e a sedação profunda), à ausência de protocolos bem estabelecidos e de uma equipe treinada, assim como os aspectos culturais de cada instituição, em que a mobilização precoce pode não ser prioridade e não haver organização no estabelecimento de funções entre os membros da equipe multiprofissional¹⁹.

Apesar dos estudos existentes que evidenciam positivamente a implementação de exercícios precoces em doentes críticos e dos recursos preventivos existentes para a minimização das sequelas remanescentes da UTI²⁰, cabem novas pesquisas que investiguem as repercussões dessas intervenções em longo prazo, verificando a capacidade de redução da incidência da PICS¹³.

Particularidades do contexto atual: covid-19 e seus impactos funcionais

Diversas doenças contemporâneas podem se apresentar com alta gravidade e complexidade, acarretando complicações que necessitam de cuidados intensivos. Recentemente, em dezembro de 2019, surgiram os primeiros casos confirmados da covid-19, causada pelo SARS-CoV-2.

A infecção pelo vírus desencadeia a liberação exacerbada de citocinas, causando importante resposta inflamatória e, conseqüentes, danos pulmonares²¹. Trata-se de uma doença com complicações potencialmente graves²², tendo em vista que, durante a fase aguda do processo inflamatório, há o comprometimento da função de diversos sistemas, não somente o pulmonar. Desse modo, os doentes infectados podem sofrer grandes impactos cardiovasculares, neurológicos, renais e musculoesqueléticos²², reforçando a necessidade de uma abordagem multidisciplinar de qualidade para reduzir as conseqüências da covid-19 não somente em curto, mas também em longo prazo.

As repercussões que o SARS-CoV-2 causam em cada indivíduo é variável, acarretando de sintomas leves a graves, podendo haver a necessidade de internação em UTI²². Os pacientes críticos da covid-19 comumente requerem vários dias de internamento, permanecendo em isolamento total de seus familiares devido ao alto poder de disseminação do vírus. Além disso, por vezes, esses doentes precisam utilizar ventilação mecânica por período prolongado, tendo a mobilidade prejudicada. Conseqüentemente, após a alta da UTI, há a grande possibilidade de esses pacientes apresentarem comprometimentos psicológicos, como o estresse, a ansiedade e a depressão, além de físico-funcionais, decorrentes da imobilidade e de peculiaridades organizacionais e protocolares do tratamento da covid-19²³. Essas complicações são características da PICS e podem culminar na necessidade de reabilitação pós-UTI²².

Ao longo do internamento, o fisioterapeuta exerce papel fundamental no cuidado ao paciente com covid-19. Atua na prevenção e tratamento de complicações respiratórias, bem como na implementação dos protocolos de exercício e mobilização precoce²⁴. Na ausência de contraindicações, a realização dessas condutas não deve ser negligenciada, pois constituem abordagens importantes para a redução dos impactos do imobilismo e manutenção da funcionalidade²⁵.

É importante salientar que os estudos sobre a COVID-19 e suas repercussões em longo prazo ainda são escassos e de baixa qualidade científica²². Portanto, as recomendações existentes são basicamente baseadas em evidências indiretas de estudos preexistentes que abordam condições clínicas e funcionais que podem estar relacionadas com os pacientes infectados pelo SARS-CoV-2²².

Atuação fisioterapêutica no tratamento da PICS

Alguns fatores traduzem o cenário de adaptação do indivíduo ao período após o internamento em UTI, a exemplo das mudanças na imagem corporal, incapacidades adquiridas, dificuldade na reinserção às atividades laborais e carência em rede de apoio social. Tais condições podem também colaborar, em longo prazo, para a redução do status físico e cognitivo, levando ao surgimento de quadros depressivos e de ansiedade, bem como de estresse pós-traumático²⁶.

Diante do surgimento de casos de PICS e das suas repercussões, os ambulatórios para o seu tratamento vêm sendo propostos como uma forma de reabilitar os sobreviventes da UTI, fornecendo intervenções com a finalidade de tratar as comorbidades físicas e psicológicas adquiridas durante o internamento²⁷. Esses serviços oferecem atendimento multiprofissional de especialidades da fisioterapia, nutrição e psicologia, além da assistência médica e de enfermagem. Apesar do potencial dos ambulatórios de minimizar as sequelas advindas do internamento na UTI, o acesso a estes é limitado, principalmente pelo alto custo de investimento em sua implementação e para a utilização, em um cenário de alta demanda de usuários com baixa condição socioeconômica²⁸.

Os estudos sobre os ambulatórios de tratamento da PICS trazem várias abordagens de atendimento ao paciente, como presenciais ou via teleatendimento²⁷. Jones et al.²⁹ mostraram que pacientes que foram

acompanhados por intermédio de ligações telefônicas, consultas clínicas periódicas e orientação ao autocuidado (recebendo instruções à realização de exercícios físicos mediante uma cartilha informativa) obtiveram melhora significativa na função física e menor tendência a depressão.

Os ambulatórios para o tratamento da PICS já são realidade em alguns países como Estados Unidos da América, Dinamarca, Alemanha e Suécia, apesar de se apresentarem em um quantitativo reduzido no mundo²⁷. O Reino Unido, por exemplo, teve seu primeiro ambulatório direcionado a esse fim em 1985²⁸; desde então, esses locais são reformulados de acordo com as evidências que surgem a partir de novas pesquisas. Porém, na política de saúde brasileira, os ambulatórios não fazem parte das estratégias de saúde, não havendo estudos, até o momento, que analisem a viabilidade desse recurso como parte do tratamento dos sintomas da PICS³⁰. Diante das questões financeiras e culturais de cada país e da baixa qualidade da maioria dos estudos, os ambientes ambulatoriais se apresentam com uma variedade de ferramentas de avaliação e de intervenções, o que dificulta o estabelecimento de diretrizes e protocolos²⁷.

CONCLUSÕES

Diante da relevância da PICS e dos seus impactos biopsicossociais, é fundamental a adoção de estratégias que visem a sua prevenção. Assim, destaca-se a atuação do fisioterapeuta como parte integrante desse processo, sendo responsável pela avaliação funcional e execução de medidas profiláticas durante o internamento, focadas na minimização das repercussões físicas e psicológicas remanescentes da UTI. Em pacientes acometidos pela síndrome, no âmbito ambulatorial, o fisioterapeuta pode atuar na reabilitação física, auxiliando no restabelecimento da função

e, concomitantemente, no retorno à realização, independentemente de atividades de vida diária e laborais. Todavia, tal ambiente ainda não é uma realidade no Brasil.

A realização de estudos que investiguem protocolos de prevenção da PICS durante o internamento na UTI é fundamental. Ademais, cabe acompanhar o paciente após a alta hospitalar, garantindo a identificação do surgimento de sintomas da síndrome, bem como da necessidade de adoção de tratamentos para a reabilitá-lo, promovendo melhor qualidade de vida aos sobreviventes do internamento em UTI.

REFERÊNCIAS

1. Vasconcelos CC. Cuidado humanizado na unidade de terapia intensiva: uma revisão da literatura. *Rev Saúde E Desenvol.* 2013;4(2):184-197-197.
2. Oeyen SG, Vandijck DM, Benoit DD, Annemans L, Decruyenaere JM. Quality of life after intensive care: a systematic review of the literature. *Crit Care Med.* 2010;38(12):2386-400.
3. Backes MTS, Erdmann AL, Büscher A. O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2015;23(3):411-8.
4. Kynoch K, Chang A, Coyer F, McArdle A. The effectiveness of interventions to meet family needs of critically ill patients in an adult intensive care unit: a systematic review update. *JBIC Database Syst Rev Implement Rep.* 2016;14(3):181-234.
5. Marra A, Ely EW, Pandharipande PP, Patel MB. The ABCDEF bundle in critical care. *Crit Care Clin.* 2017;33(2):225-43.
6. França EÉT de, Ferrari F, Fernandes P, Cavalcanti R, Duarte A, Martinez BP, et al. Fisioterapia em pacientes críticos adultos: recomendações do Departamento de Fisioterapia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2012;24(1):6-22.
7. Robinson CC, Rosa RG, Kochhann R, Schneider D, Sganzerla D, Dietrich C, et al. Qualidade de vida pós-unidades de terapia intensiva: protocolo de estudo de coorte multicêntrico para avaliação de desfechos em longo prazo em sobreviventes de internação em unidades de terapia intensiva brasileiras. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2018;30(4):405-13.
8. Inoue S, Hatakeyama J, Kondo Y, Hifumi T, Sakuramoto H, Kawasaki T, et al. Post-intensive care syndrome: its pathophysiology, prevention, and future directions. *Acute Med Surg.* 2019;6(3):233-46.
9. Kress JP, Hall JB. ICU-acquired weakness and recovery from critical illness. *N Engl J Med.* 2014;370(17):1626-35.
10. Balas MC, Vasilevskis EE, Olsen KM, Schmid KK, Shostrom V, Cohen MZ, et al. Effectiveness and safety of the awakening and breathing coordination, delirium monitoring/management, and early exercise/mobility (ABCDE) bundle. *Crit Care Med.* 2014;42(5):1024-36.
11. van der Schaaf M, Beelen A, Dongelmans DA, Vroom MB, Nollet F. Functional status after intensive care: a challenge for rehabilitation professionals to improve outcome. *J Rehabil Med.* 2009;41(5):360-6.
12. Ferreira LL. Escalas de avaliação funcional em terapia intensiva: revisão de literatura. *Rev Atenção À Saúde.* 2018;16(56):108-14.
13. Bemis-Dougherty AR, Smith JM. What follows survival of critical illness? Physical therapists' management of patients with post-intensive care syndrome. *Phys Ther.* 2013;93(2):179-85.
14. Balzer F, Weiß B, Kumpf O, Treskatsch S, Spies C, Wernecke K-D, et al. Early deep sedation is associated with decreased in-hospital and two-year follow-up survival. *Crit Care Lond Engl.* 2015;19:197.

15. Morris PE, Goad A, Thompson C, Taylor K, Harry B, Passmore L, et al. Early intensive care unit mobility therapy in the treatment of acute respiratory failure. *Crit Care Med*. 2008;36(8):2238–43.
16. Pacheco TR, Monte FV do. Os efeitos da mobilização precoce em unidades de terapia intensiva. *Rev Assoc Bras ATIVIDADE Mot Adapt*. 2019;20(1):61-70.
17. Gosselink R, Bott J, Johnson M, Dean E, Nava S, Norrenberg M, et al. Physiotherapy for adult patients with critical illness: recommendations of the European Respiratory Society and European Society of Intensive Care Medicine task force on physiotherapy for critically ill patients. *Intensive Care Med*. 2008;34(7):1188–99.
18. Torres ASC, Sousa CF. Os efeitos e protocolos da mobilização precoce: uma revisão bibliográfica. 2017;4(1):15-22.
19. Dubb R, Nydahl P, Hermes C, Schwabbauer N, Toonstra A, Parker AM, et al. Barriers and strategies for early mobilization of patients in Intensive Care Units. *Ann Am Thorac Soc*. 2016;13(5):724–30.
20. Nordon-Craft A, Schenkman M, Ridgeway K, Benson A, Moss M. Physical therapy management and patient outcomes following ICU-acquired weakness: a case series. *J Neurol Phys Ther JNPT*. 2011;35(3):133–40.
21. Shi Y, Wang Y, Shao C, Huang J, Gan J, Huang X, et al. COVID-19 infection: the perspectives on immune responses. *Cell Death Differ*. 2020;27(5):1451–4.
22. Barker-Davies RM, O’Sullivan O, Senaratne KPP, Baker P, Cranley M, Dharm-Datta S, et al. The Stanford Hall consensus statement for post-COVID-19 rehabilitation. *Br J Sports Med*. 2020;54:949–959.
23. Stam HJ, Stucki G, Bickenbach J. Covid-19 and Post Intensive Care Syndrome: a call for action. *J Rehabil Med*. 2020;52(4):jrm00044.
24. Musumeci MM, Martinez BP, Nogueira IC, Alcanfor T. Recursos fisioterapêuticos utilizados em unidades de terapia intensiva para avaliação e tratamento das disfunções respiratórias de pacientes com covid-19. *ASSOBRAFIR Ciência*. 2020;11(1):73-86.
25. Martinez BP, Andrade FM. Estratégias de mobilização e exercícios terapêuticos precoces para pacientes em ventilação mecânica por insuficiência respiratória aguda secundária à COVID-19. *ASSOBRAFIR Ciência*. 2020;11(1):121-131.
26. Azoulay E, Vincent J-L, Angus DC, Arabi YM, Brochard L, Brett SJ, et al. Recovery after critical illness: putting the puzzle together—a consensus of 29. *Crit Care Lond Engl*. 2017;21(1):296.
27. Schofield-Robinson OJ, Lewis SR, Smith AF, McPeake J, Alderson P. Follow-up services for improving long-term outcomes in intensive care unit (ICU) survivors. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;11(11):CD012701.
28. Griffiths JA, Barber VS, Cuthbertson BH, Young JD. A national survey of intensive care follow-up clinics. *Anaesthesia*. 2006;61(10):950–5.
29. Jones C, Skirrow P, Griffiths RD, Humphris GH, Ingleby S, Eddleston J, et al. Rehabilitation after critical illness: a randomized, controlled trial. *Crit Care Med*. 2003;31(10):2456–61.
30. Teixeira C, Rosa RG. Ambulatório pós-unidade de terapia intensiva: é viável e efetivo? Uma revisão da literatura. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2018;30(1):98–111.

Recebido: 28/10/2019

Aprovado: 01/10/2021