

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

DUANE MOCELLIN

**Síndrome Pós-Cuidados Intensivos em Idosos e seus Cuidadores Familiares: estudo de
coorte prospectivo**

PORTO ALEGRE

2022

DUANE MOCELLIN

**SÍNDROME PÓS-CUIDADOS INTENSIVOS EM IDOSOS E SEUS CUIDADORES
FAMILIARES: ESTUDO DE COORTE PROSPECTIVO**

Dissertação de Mestrado Acadêmico apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Saúde Coletiva

Eixo Temático: Envelhecimento e Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Lisiane Manganelli Girardi Paskulin.

Porto Alegre

2022

CIP - Catalogação na Publicação

Mocellin, Duane

Síndrome Pós-Cuidados Intensivos em Idosos e seus
Cuidadores Familiares: estudo de coorte prospectivo /
Duane Mocellin. -- 2022.

132 f.

Orientador: Lisiane Manganelli Girardi Paskulin.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS,
2022.

1. Idoso. 2. Cuidador familiar. 3. Saúde mental. 4.
Estado funcional. 5. Unidades de Terapia Intensiva. I.
Paskulin, Lisiane Manganelli Girardi, orient. II.
Título.

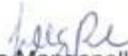
DUANE MOCELLIN

**SÍNDROME PÓS-CUIDADOS INTENSIVOS EM IDOSOS E SEUS CUIDADORES
FAMILIARES: ESTUDO DE COORTE PROSPECTIVO**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 31 de maio de 2022.

BANCA EXAMINADORA


Dra Lisiane Mangelli Girardi Paskulin

Prof^ª. Dr^ª Lisiane Mangelli Girardi Paskulin
Presidente da Banca – Orientador
PPGENF/UFRGS



Prof. Dr. Regis Goulart Rosa
Membro da banca
Hospital Moinhos de Vento



Prof^ª. Dr^ª Karina de Oliveira Azzolin
Membro da banca
PPGENF/UFRGS



Prof^ª. Dr^ª. Idiane Rosset
Membro da banca
PPGENF/UFRGS

Dedico este trabalho a todos os idosos e seus cuidadores familiares que passam por doença crítica.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pelo Seu amor que me impulsiona todos os dias, por me conceder a graça de realizar este sonho e pelas pessoas maravilhosas que colocou em meu caminho (pacientes, colegas, profissionais e professores).

Aos meus amados pais, Delvi e Dilene, por terem me dado a vida, educando e ensinando os valores e o amor. À minha irmã Daiana, por me apoiar e incentivar sempre, além de fazer um maravilhoso café sempre. Eu os amo tanto e, um dia, espero retribuir todo de cuidado que vocês tiveram comigo.

Ao meu namorado, Alberto, por ter sido meu parceiro e apoiado em todos os momentos, permitindo a execução deste trabalho. Te amo.

À minha madrinha Edilse (*in memoriam*) que me ensinou a amar o cuidado, estando sempre disponível para quem mais precisasse. A sua falta ainda dói aqui, mas eu tenho a certeza de um dia nos encontraremos no céu.

Agradeço às minhas amigas, Renata, Paula, Karine e Patrícia que estiveram sempre ao meu lado, me incentivando e apoiando em cada etapa. Obrigada por serem também a minha válvula de escape.

Agradeço às “Lisianetes”, que desde a graduação se fazem presentes, obrigada pelo carinho e amizade. Agradeço o apoio e auxílio no desenvolvimento deste trabalho. Em especial à amiga Ana Cláudia, que me apoiou e auxiliou em diversos momentos no desenvolvimento deste trabalho, além de ser grande amiga estimada por mim e minha família.

À Isadora e Isabel, bolsistas que auxiliaram na coletada de dados e acompanhamento dos participantes do estudo, muito obrigada.

À minha orientadora, Prof.^a Lisiane M. G. Paskulin, por ter me acolhido e ensinado o amor à pesquisa desde a graduação. Obrigada pela paciência, pelas orientações, incentivo e apoio de sempre e por aceitar executar este projeto.

Aos pacientes idosos e seus cuidadores familiares a quem prestei assistência e aos que participaram desta pesquisa, que permitiram que aprendêssemos tanto com suas histórias de vida, muito obrigada!

“Cuidar é mais do que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.”

(BOFF, 1999, p. 33)

RESUMO

MOCELLIN, D. **Síndrome Pós-Cuidados Intensivos em Idosos e seus Cuidadores Familiares: estudo de coorte prospectivo**. 2022. 130f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2022.

Introdução: A hospitalização por doença crítica pode gerar ou agravar problemas na saúde física, cognitiva e psicológica dos pacientes e na saúde psicológica de seus cuidadores, sendo denominada de Síndrome Pós-Cuidados Intensivos (*Post Intensive Care Syndrome - PICS*) e PICS-Family (PICS-F), respectivamente. A identificação destas incapacidades que caracterizam a PICS e a PICSF e fatores associados nos idosos e cuidadores familiares pode auxiliar no planejamento e na implementação de cuidados de enfermagem voltados a essa população. **Objetivo:** Analisar a PICS em idosos e a PICS-F em seus cuidadores familiares e os fatores associados após Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Métodos:** Coorte prospectiva realizada em hospital universitário do Sul do Brasil. Os participantes foram os pacientes idosos após internação na UTI e seus cuidadores familiares. Realizou-se coleta de dados basais em até cinco dias após a alta da UTI. No primeiro (M1) e terceiro (M3) mês após a alta da UTI, avaliou-se a PICS do idoso através da dependência funcional, função cognitiva, sintomas de ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Avaliou-se ainda a PICS-F dos cuidadores através dos sintomas de ansiedade, depressão e TEPT. Realizou-se regressão linear. Considerou-se valor significativo de $p < 0,05$. O projeto teve aprovação ética (parecer nº4.725.268). **Resultados:** Foram incluídos 109 idosos e seus cuidadores familiares e 69 concluíram a avaliação final. *Nos idosos* verificou-se mediana de 70 (65-76) anos, 69 (63,3%) eram do sexo masculino. No M1 e M3, verificou-se: 49,4% e 28,2% de dependência funcional; 28,1% e 11,9% de déficit cognitivo; 19,7% e 12% de sintomas de ansiedade; 19,7% e 14% de sintomas de depressão; e 10,8% e 6% de sintomas de TEPT, respectivamente. Houve redução ao longo do tempo nos escores de dependência funcional ($p < 0,001$), ansiedade ($p = 0,039$) e TEPT ($p = 0,023$). Os fatores associados à PICS no M1 foram: sexo feminino, dias de hospitalização, delirium, ser neurocrítico, internação prévia na UTI, uso de sedativos, déficit cognitivo prévio, problemas pulmonares, cardiovasculares e hipertensão arterial; no M3 foram: anos de estudo, ser neurocrítico, limitação física prévia, auxílio prévio nas atividades instrumentais de vida diária, problemas pulmonares e cardiovasculares, neoplasias e história de tratamento para ansiedade/depressão. *Já para os cuidadores familiares*, verificou-se mediana de 53 (41-61) anos e 93 (85,3%) eram mulheres. No M1 e M3, verificou-se: 39,8% e 14,5% de sintomas de ansiedade; 21,7% e 14,5% de sintomas de depressão; e 28,9% e 11,6% de sintomas de TEPT, respectivamente. Houve redução ao longo do tempo nos escores: ansiedade ($p = 0,002$), depressão ($p = 0,049$) e TEPT ($p < 0,001$). Os fatores associados à PICS-F no M1 foram: status profissional ativo e o escore de depressão do idoso; no M3 foram: quantidade de horas semanais de cuidado prestado, cuidado prévio, escore da cognição e da dependência funcional do idoso. **Conclusões:** Nos idosos, os escores apresentaram redução estatisticamente significativa na dependência funcional, ansiedade e TEPT. As associações diferenciaram-se: em M1 relacionaram-se a aspectos do cuidado intensivo; em M3 associaram-se mais com o status prévio do idoso. Quanto aos cuidadores familiares, os sintomas de PICS-F apresentaram redução estatisticamente significativa. Verificou-se que elementos do idoso e relacionados ao cuidado prestado associaram-se à PICS-F. Os achados apontam para a necessidade de manejo do idoso e cuidador familiar no pós alta da UTI, devendo o enfermeiro atuar na identificação e na elaboração de plano de cuidados, buscando minimizar o impacto da síndrome.

Palavras-chave: Cuidadores; Idoso; Saúde mental; Estado funcional; Cognição; Unidades de terapia intensiva.

ABSTRACT

MOCELLIN, D. **Post-Intensive Care Syndrome in the Elderly and their Family Caregivers: a prospective cohort study.** 2022.130f. Dissertation (Master in Nursing) – School of Nursing, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2022.

Introduction: Hospitalization due to critical diseases can generate or worsen physical, cognitive and mental health conditions of patients and affect their family caregivers' mental health as well, which are called Post Intensive Care Syndrome (PICS) and PICS- Family (PICS-F), respectively. The identification of these disabilities that characterize PICS and PICS-F along with the correlated factors in the elderly and family caregivers can be helpful to plan and implement nursing care aimed at this population. **Objective:** To analyze PICS in the elderly and PICS-F in their family caregivers besides the correlated factors after discharge from the Intensive Care Unit (ICU). **Methods:** A prospective cohort study was carried out at a University Hospital in Southern Brazil. The subjects were elderly patients after ICU admission and their family caregivers. Baseline data collection was performed within five days after discharge from the ICU. In the first (M1) and third (M3) months following discharge from ICU, the PICS of the elderly were evaluated through functional dependence, cognitive impairment, anxiety symptoms, depression and post-traumatic disorder (PTSD). The PICS-F of family caregivers was evaluated through anxiety symptoms, depression and PTSD. Linear regression analysis was performed. A significant value of $p < 0.05$ was considered. This project was approved by the Ethics Committee (position paper No. 4,725,268). **Results:** 109 elderly and their family caregivers were included and 69 of them completed the final assessment. *In the elderly group*, the median age was 70 (65-76), 69 (63.3%) were male. In M1 and M3, 49.4% and 28.2% presented functional dependence; 28.1% and 11.9% of cognitive deficit; 19.7% and 12% of anxiety symptoms; 19.7% and 14% of depression symptoms; and 10.8% and 6% of PTSD symptoms, respectively. There was a reduction over time in the scores of functional dependence ($p < 0.001$), anxiety ($p = 0.39$) and PTSD ($p = 0.023$). The factors associated with PICS in M1 were female gender, hospitalization period, delirium, neurocritical care, and previous hospitalization in the ICU, use of sedatives, previous cognitive deficit, pulmonary and cardiovascular conditions, and arterial hypertension. In M3, the aspects considered were education level, neurocritical care, previous physical impairment, and previous assistance in activity of daily living, pulmonary and cardiovascular conditions, neoplasm and history of treatment for anxiety/depression. *As for family caregivers*, the median age was 53 (41-61) and 93 (85.3%) were women. In M1 and M3, 39.8% and 14.5% presented anxiety symptoms; 21.7% and 14.5% depression symptoms; and 28.9% and 11.6% PTSD symptoms, respectively. A reduction was identified over time in the scores of anxiety ($p = 0.002$), depression ($p = 0.049$) and PTSD ($p < 0.001$). The factor associated with PICS-F in M1 were: active professional status and the elderly's depression score; in M3 they were: number of weekly hours of care provided, previous care, score of cognition and functional dependence of the elderly. **Conclusions:** *In the elderly*, the scores showed a statistically significant reduction in functional dependence, anxiety and PTSD. The correlations differed: in M1, they were related to aspects of intensive care whereas in M3, they were associated with the previous condition of the elderly. *Considering family caregivers*, the symptoms of PICS-F presented a statistically significant reduction. It was found that elements related to the elderly as well as the care provided were associated with PICS-F. The findings point to the need of the handling of the elderly and family caregivers after discharge from ICU. Nurses should act in order to identify and elaborate a care plan to attenuate the impact of the syndrome.

Palavras-chave: Caregivers; Aged; Mental health; Functional status; Cognition; Intensive Care Units.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIVD – Atividade Instrumental de Vida Diária

HADS – *Hospital Anxiety and Depression Scale*

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

IES-R – Escala do Impacto do Evento – Revisada

ILPI – Instituições de Longa Permanência para Idosos

PICS – *Post Intensive Care Syndrome*

PICS-F – *Post Intensive Care Syndrome – Family*

RS – Revisão Sistemática

SAPS III – *Simplified Acute Physiology Score III*

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCUD – Termo de Consentimento de Utilização de Dados

TEPT – Transtorno de Estresse Pós-Traumático

TICS-M – Entrevista Telefônica para Avaliação do Estado Cognitivo – Modificada

UCC – Unidade de Cuidados Coronarianos

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo Geral	15
2.2 Objetivos Específicos.....	15
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
3.1 Síndrome Pós-Cuidados Intensivos.....	16
3.2 Síndrome Pós-Cuidados Intensivos da Família	18
3.3 Síndrome Pós-Cuidados Intensivos na Continuidade do Cuidado	20
4 MÉTODOS.....	22
4.1 Tipo de Estudo	22
4.2 Campo de Estudo.....	22
4.3 Participantes	22
4.4 Logística do Estudo	24
4.5 Instrumentos de Coleta de Dados.....	26
4.5.1 Instrumentos de Coletada de Dados Basais	26
4.5.2 Instrumentos de Coleta de Dados em um e três meses.....	26
4.5.3 Dependência Funcional.....	27
4.5.4 Função Cognitiva	27
4.5.5 Sintomas de Ansiedade e Depressão	27
4.5.6 Estresse Pós-Traumático.....	28
4.6 Análise dos Dados	28
4.7 Considerações Bioéticas	29
REFERÊNCIAS	31
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Idoso	36
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Cuidador	38
APÊNDICE C – Instrumento de Coleta de Dados Basais do Idoso.....	40
APÊNDICE D – Instrumento de Coleta de Dados Basais do Cuidador.....	42
APÊNDICE E – Instrumento de Coleta de Dados em um e três meses do Idoso	44
APÊNDICE F – Instrumento de Coleta de Dados em um e três meses do Cuidador	45
APÊNDICE G – Termo de Compromisso de Utilização de Dados	46

APÊNDICE H – Autorização da Chefia do Serviço de Enfermagem em Terapia (SETI) Intensiva do HCPA.....	47
APÊNDICE I – Autorização da Chefia do Serviço de Enfermagem Cardiovascular, Nefrologia e Imagem (SENCI) do HCPA	48
APÊNDICE J – Autorização da Chefia do Serviço de Enfermagem em Centro Cirúrgico (SECC) do HCPA	49
APÊNDICE K – Autorização da Chefia do Serviço de Enfermagem Clínica (SECLIN) do HCPA.....	50
APÊNDICE L – Autorização da Chefia do Serviço de Enfermagem Cirúrgica (SEC) do HCPA.....	51
APÊNDICE M – Roteiros para Entrevistas Telefônicas de Seguimento	52
ANEXO A – Índice de Barthel	57
ANEXO B – Entrevista Telefônica para Avaliação do Estado Cognitivo – Modificada (TICS-M)	60
ANEXO C – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS).....	62
ANEXO D – Escala do Impacto do Evento – Revisada (IES-R)	63
ANEXO E – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	65

1 INTRODUÇÃO

Este projeto versa sobre a Síndrome Pós-Cuidados Intensivos em idosos e as incapacidades que a caracterizam: dependência funcional, déficit cognitivo, sintomas de ansiedade, depressão e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT); e da Síndrome Pós-Cuidados Intensivos da Família em seus cuidadores familiares, sendo avaliados os sintomas de ansiedade, depressão e TEPT. Trata-se de uma pesquisa vinculada ao Grupo de Pesquisa em Envelhecimento e Enfermagem e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Diante do envelhecimento da população mundial, a demanda por cuidados intensivos de idosos está crescendo rapidamente, chegando a representar mais de 50% das internações em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) segundo estudos internacionais (BALDWIN, 2015; GAYAT *et al.*, 2018). No Brasil, segundo dados atualizados do projeto UTIs Brasileiras, os idosos são responsáveis por 60,2% das internações em leitos de terapia intensiva (UTIS BRASILEIRAS, 2022).

Os avanços tecnológicos nos cuidados intensivos possibilitaram o aumento da sobrevivência dos pacientes, provocando a preocupação na equipe multiprofissional sobre como ofertar melhor qualidade de vida aos sobreviventes (NEEDHAM *et al.*, 2012). Em 2010, a Sociedade de Medicina Intensiva estabeleceu o termo Síndrome Pós-Cuidados Intensivos (*Post Intensive Care Syndrome - PICS*) como recomendado para descrever problemas novos ou agravados no estado de saúde física (polineuropatias, miopatias, prejuízo nas atividades de vida diária), cognitiva (comprometimento da memória, função executiva, linguagem, atenção e habilidades visuais-espaciais) ou psicológica (depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático - TEPT) que surgem após uma doença crítica e que persistem além da hospitalização (NEEDHAM *et al.*, 2012; ROBINSON *et al.*, 2018). A PICS ainda é um conceito amplo e as investigações na temática estão em crescimento.

Uma barreira importante na avaliação do PICS é a falta de uma ferramenta clínica única e validada para avaliar rapidamente as incapacidades em todos os três domínios (NEEDHAM *et al.*, 2012). Visando atender a essa necessidade, em 2019, na Coreia do Sul, foi desenvolvida o *Post-Intensive Care Syndrome Questionnaire* com 18 itens que avaliam os três domínios da PICS (físico, cognitivo e psicológico), a confiabilidade foi representada por um α de Cronbach de 0,93, e a consistência interna de cada domínio foi boa (α de Cronbach = 0,84 a 0,90) (JEONG; KANG, 2019). Também o *Healthy Aging Brain Care Monitor Self Report*, um

questionário de 27 itens que avalia os domínios cognitivo, funcional e psicológico, foi validado para uso em pacientes após UTI para rastreamento da PICS e obteve consistência interna de boa a excelente em todos os domínios (α de Cronbach, 0,83-0,92) (WANG *et al.*, 2019a). Os dois instrumentos citados acima ainda não foram adaptados e validados para uso no Brasil e seu uso ainda é escasso internacionalmente. No contexto brasileiro, não há uma escala para avaliação de todos os domínios da PICS e normalmente a síndrome tem sido avaliada por meio de escalas que contemplem seus domínios.

Dois estudos de coorte norte-americanos e um estudo transversal brasileiro identificaram que 30% a 40% dos pacientes pós alta da UTI desenvolveram PICS (JACKSON *et al.*, 2014; FERRANTE *et al.*, 2015; ROSA *et al.*, 2018). A maioria dos estudos abordam um ou dois domínios da PICS, não abordando-a de forma integral (GUERRA; LINDE-ZWIRBLE; WUNSCH, 2012; DAVYDOW *et al.*, 2012; HEYLAND *et al.*, 2015). Há ainda, escassez de estudos com a população idosa e suas particularidades. A temática é recente, com cerca de 10 anos de desenvolvimento, e no Brasil uma investigação sobre qualidade de vida e PICS na população adulta após terapia intensiva teve seus resultados publicados (ROSA *et al.*, 2020; TEIXEIRA *et al.*, 2021). Embora saiba-se da prevalência de PICS, faltam estudos dirigidos à população idosa, dificultando o desenvolvimento de intervenções para esta população. Considerando estes fatos e a ampla gama de incapacidades que podem ser avaliados para identificar a síndrome, neste presente estudo foram consideradas os domínios: físico com avaliação da dependência funcional; cognitivo com avaliação do status cognitivo; e psicológico com avaliação dos sintomas de ansiedade, depressão e TEPT.

A identificação da síndrome também pode ocorrer entre membros da família. A Síndrome Pós-Cuidados Intensivos da Família (*Post Intensive Care Syndrome – Family – PICS-F*) descreve os sintomas psicológicos (depressão, ansiedade, TEPT e luto complicado) que os cuidadores sofrem frequentemente após testemunhar internação e lidar com o ônus de cuidar de pacientes após terapia intensiva (NEEDHAM *et al.*, 2012; DAVIDSON; JONES; BIENVENU, 2012; SERRANO *et al.*, 2019). Uma revisão de literatura com 28 artigos evidenciou que os cuidadores de pacientes aos seis meses após a alta da UTI apresentaram prevalência de ansiedade entre 15% e 24%, depressão entre 4,7% e 36,4% e TEPT entre 35% e 57,1% (VAN BEUSEKOM *et al.*, 2016). No Brasil, estudo em uma UTI privada de São Paulo verificou que entre os cônjuges de pacientes em terapia intensiva 22,9% tinham sintomas de ansiedade, e 6,8% tinham sintomas de depressão na avaliação basal; após 90 dias, a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão foi de 7,4% e 5,3%, respectivamente (OLIVEIRA;

FUMIS, 2018). Na identificação da PICS-F, neste presente estudo foi considerado o domínio psicológico com avaliação dos sintomas de ansiedade, depressão e TEPT.

Embora se conheça que os cuidadores podem desenvolver sintomas de PICS-F após a internação de seu familiar, são escassos os estudos na realidade brasileira em outros contextos e com cuidadores não cônjuges. Nota-se que no estudo brasileiro com cônjuges, a prevalência de sintomas de ansiedade, depressão e TEPT foi mais baixa do que em estudos internacionais ratificando a necessidade de maior investigação da temática. O estudo da PICS-F também é apontado como necessidade, pois pode auxiliar na identificação de cuidadores de risco e implementar intervenções para pacientes e cuidadores no retorno às suas comunidades (SERRANO *et al.*, 2019).

Diante do exposto, identificou-se a lacuna sobre como esta síndrome se manifesta no paciente idoso e seu cuidador familiar. Nos estudos publicados, verifica-se que a idade maior que 65 anos é um fator associado à maior carga de sintomas psicológicos e físicos após a alta da UTI (JACKSON *et al.*, 2014; LEE; KANG; JEONG, 2020) e que mais da metade dos pacientes idosos após internação em terapia intensiva apresenta dependência funcional grave no primeiro ano após retorno ao domicílio (FERRANTE *et al.*, 2015). Quanto à cognição nos pacientes idosos, há escassez de estudos e os que se propõe a analisá-la, acabam por excluir os pacientes que a apresentavam previamente à internação. Destaca-se a importância da realização de coortes com idosos que tenham maior tempo de acompanhamento, incluindo o período pós-alta, pois seria possível avaliar outros desfechos como a qualidade e os anos de vida agregados após o tratamento ofertado ao idoso (GUERRA; LINDE-ZWIRBLE; WUNSCH, 2012; BONFADA *et al.*, 2017).

Nesta condição, é necessário estudar e divulgar a PICS para capacitar o enfermeiro que acompanha o idoso e sua família após a alta hospitalar, seja na Atenção Primária a Saúde ou na Atenção Domiciliar, avaliando o idoso e cuidador familiar. A possibilidade de identificar esta síndrome pode lhe auxiliar a propor intervenções mais direcionadas. O presente estudo fornece subsídios para conhecer como a síndrome se manifesta entre idosos e suas famílias e seus resultados podem ainda apoiar a construção de protocolos para garantir o cuidado a essas necessidades especiais dos idosos e seus cuidadores. Entende-se que as intervenções devem se dar não somente na UTI e que a transição do cuidado do hospital para o domicílio deve ser um processo bem estruturado, apoiando o idoso e minimizando o impacto desta síndrome na qualidade de vida (DAVIDSON; JONES; BIENVENU, 2012; ZURLO; ZULIANI, 2018; WANG *et al.*, 2018; TEIXEIRA; ROSA, 2018).

2 OBJETIVO

A seguir, são apresentados os objetivos que norteiam o presente projeto de pesquisa.

2.1 Objetivo Geral

Analisar as incapacidades após UTI em idosos e seus cuidadores familiares em um e três meses após a alta da UTI do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar os idosos e seus cuidadores familiares após internação em cuidados intensivos quanto às variáveis sociodemográficas e condições de saúde;
- Identificar a dependência funcional, o déficit cognitivo, a presença de sintomas de ansiedade, de depressão e de TEPT no idoso em um e três meses após a alta da UTI;
- Identificar a presença de sintomas de ansiedade, de depressão e de TEPT no cuidador familiar em um e três meses após a alta de seu familiar da UTI;
- Verificar os fatores associados às incapacidades do idoso e do seu familiar em um e três meses após a alta da UTI.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Considerando-se a temática do estudo, esta seção aborda a PICS no idoso, a PICS-F e a continuidade do cuidado.

3.1 Síndrome Pós-Cuidados Intensivos no Idoso

Como já relatado, a PICS é caracterizada por problemas novos ou agravados no estado de saúde física, cognitiva ou psicológica que surgem após uma doença crítica e que persistem além da hospitalização (NEEDHAM *et al.*, 2012). Com os avanços em terapia intensiva, o número de idosos que sobrevivem a uma doença crítica a cada ano é crescente (BRUMMEL *et al.*, 2015; INOUE *et al.*, 2019). Nesta população, soma-se aos efeitos decorrentes de uma internação em terapia intensiva, o declínio das funções físicas e cognitivas do processo natural do envelhecimento, podendo predispor às incapacidades que caracterizam a PICS e uma consequente diminuição na qualidade de vida (YENDE *et al.*, 2016; DANIELS *et al.*, 2018).

Na população em geral após alta da UTI há maior número de publicações sobre a temática. Um estudo norte americano que avaliou a coocorrência de sintomas de PICS em três e 12 meses após a alta hospitalar verificou prevalência de sintomas de 64% e 56%, nos respectivos períodos e que a coocorrência de dois ou mais sintomas foi de 25% e 21%, respectivamente (MARRA *et al.*, 2018). Ainda um estudo multicêntrico no Reino Unido avaliou os sintomas de ansiedade, depressão e TEPT em três meses após a alta e identificou as prevalências de 46%, 40% e 22%, respectivamente, e os sobreviventes que relatam sintomas de depressão têm um risco aumentado de morrer nos dois anos após a alta da UTI (HATCH *et al.*, 2018).

No domínio físico, foi verificada deficiência nas atividades básicas da vida diária em 32% dos pacientes aos três meses e 27% aos 12 meses; e nas atividades instrumentais da vida diária (AIVD), 26% dos pacientes aos três meses e 23% aos 12 meses (JACKSON *et al.*, 2014). Outra investigação brasileira avaliou a dependência funcional dos pacientes quatro meses após a alta da UTI e identificou que 36,6% apresentaram dependência moderada a severa (ROSA *et al.*, 2018). E uma investigação norte-americana com o objetivo caracterizar a saúde mental e as incapacidades funcionais dos sobreviventes de UTI em três e 12 meses após a alta, evidenciou

associação entre idade maior que 65 anos com déficits funcionais e problemas mentais, mas não identificou associação com déficits cognitivos (JACKSON *et al.*, 2014).

Quanto às alterações psicológicas, estudo chinês verificou que os sintomas depressivos estavam presentes em 60% dos pacientes no momento da alta da UTI (CHUNG *et al.*, 2017), e outra investigação norte-americana identificou prevalências mais baixas, 37% e 33%, aos três e 12 meses após a alta, respectivamente (JACKSON *et al.*, 2014). Quanto aos sintomas de TEPT, 7% dos pacientes apresentaram nos dois períodos avaliados, três e 12 meses após a alta (JACKSON *et al.*, 2014) e uma revisão sistemática (RS) com metanálise que incluiu 48 artigos verificou prevalência geral de TEPT de 19,83% após doença crítica (RIGHY *et al.*, 2019). Já no Brasil, um estudo prospectivo longitudinal avaliou o TEPT três meses após a alta da UTI e identificou que 14,5% dos pacientes apresentaram sintomas (COSTA; MARCON; ROSSI, 2012). Quanto à cognição, 43,3% apresentaram resultado positivo para comprometimento cognitivo na alta da UTI (CHUNG *et al.*, 2017).

Nos estudos na população idosa, a maioria avaliou uma ou duas incapacidades, o que não favorece a compreensão total da síndrome. A seguir, apresento a síntese dos achados destes estudos. A função cognitiva foi avaliada em um estudo de coorte norte-americano com uma amostra aleatória de beneficiários idosos do Medicare que receberam tratamento intensivo em 2005 e sobreviveram à alta hospitalar, com três anos de acompanhamento. Foi identificado que 17,8% dos pacientes tiveram diagnóstico de demência no período de acompanhamento e os eventos associados foram infecção ou sepse grave, disfunção neurológica e necessidade de diálise (GUERRA; LINDE-ZWIRBLE; WUNSCH, 2012). Outra coorte norte-americana de idosos com sepse testou a hipótese de que a presença de sintomas depressivos pré-sepse está associada a um risco aumentado de novo comprometimento cognitivo em sobreviventes de terapia intensiva e verificou, após análises ajustadas, que os sintomas depressivos substanciais pré-sepse permaneceram o fator mais forte associado ao comprometimento cognitivo incidente pós-sepse (OR 2,58, IC 95%: 1,45, 4,59) (DAVYDOW *et al.*, 2012).

Quanto à funcionalidade de idosos após UTI, um estudo norte-americano avaliou as trajetórias funcionais de pacientes idosos após terapia intensiva a cada 18 meses e verificou que 53,4% sofreram declínio funcional (FERRANTE *et al.*, 2015). Este estudo verificou ainda que as trajetórias funcionais e a morte no ano seguinte à doença crítica são fortemente influenciadas pela trajetória funcional pré-UTI do idoso (FERRANTE *et al.*, 2015). Outro estudo de coorte canadense descreveu características associadas a um retorno à função física inicial um ano depois da terapia intensiva em idosos mais velhos (>80 anos) e identificou que, 12 meses após a alta, entre os pacientes avaliáveis, somente 26% retornaram aos níveis basais de função física

pré-hospitalização (HEYLAND *et al.*, 2015). Na análise multivariada, a recuperação física foi significativamente associada com idade mais jovem, menor pontuação no *Acute Physiology And Chronic Health Evaluation* - APACHE II, menor pontuação no Índice de Comorbidade de Charlson, menor índice de fragilidade, menor pontuação de função física inicial e diagnósticos de admissão específicos (HEYLAND *et al.*, 2015). Destaca-se a importância da avaliação de rotina da função física inicial e do estado de fragilidade, pois pode auxiliar no prognóstico dos pacientes após terapia intensiva e identificar pacientes que necessitem de maior suporte da rede de atenção no retorno ao domicílio.

3.2 Síndrome Pós-Cuidados Intensivos da Família

A PICS-F é definida como piora dos resultados mentais a longo prazo entre famílias de pacientes críticos, mesmo por longos períodos após a alta da UTI. Acredita-se que estes problemas psicológicos apresentados, como depressão, ansiedade e TEPT entre as famílias depois de deixar a UTI, se devam em parte ao choque de uma hospitalização aguda, ao caos controlado do ambiente da UTI e à sobrecarga do cuidador, que podem ser universais em certa medida e impactar qualquer família, independentemente da doença exata do paciente (HWANG, 2019).

A necessidade de cuidado ao idoso é comum no envelhecimento e, após a doença crítica, acentua-se devido aos déficits adquiridos na internação. Os responsáveis pelos cuidados de saúde aos idosos são, geralmente, seus familiares ou amigos próximos, podendo haver laços consanguíneos ou não (GOLDFARB; LOPES, 2013). A internação em terapia intensiva determina mudanças na vida do idoso e de sua família, tanto em aspectos biológicos, sociais, emocionais e econômicos, alterando o convívio familiar. Muitos familiares de pacientes em cuidados intensivos acabam por tomar posições de decisão quanto às condutas de cuidado do paciente e um estudo verificou que nestes cuidadores há uma prevalência significativa de sintomas de ansiedade (45,8%), depressão (25%) e TEPT (11,1%) (PETRINEC; MARTIN, 2018),

Muitos pacientes pós-cuidados intensivos tem a necessidade de ter um cuidador e este muitas vezes não é preparado para tal, o que acaba gerando sobrecarga do cuidado. Foi identificado por uma investigação portuguesa que entre os 168 cuidadores, 34,5% apresentaram um baixo grau de sobrecarga e 15,5%, níveis moderados a altos de sobrecarga. A ansiedade e a depressão do paciente três meses após a alta da UTI influenciaram significativamente a

presença de sobrecarga do cuidador ($p = 0,030$ vs $p = 0,008$). Quando os componentes físicos foram avaliados, não foi observada influência na sobrecarga do cuidador (TORRES *et al.*, 2017). No Brasil, um estudo avaliou os cônjuges de pacientes em terapia intensiva na internação, um e três meses após a alta e verificou que o sexo feminino do cônjuge se associou com escores mais elevados para ansiedade ($p = 0,032$) e depressão ($p = 0,034$); ainda verificou que os cônjuges tiveram pontuações mais elevadas do que os pacientes ($p = 0,001$) na avaliação de sintomas de TEPT (OLIVEIRA; FUMIS, 2018).

Quanto aos fatores de risco para sintomas psicológicos do cuidador, uma RS com 40 estudos identificou que o aumento da depressão do cuidador estava associado às seguintes características do paciente: maior tempo de permanência na UTI, idade avançada, sexo masculino, menor nível socioeconômico e menor escolaridade, morte, readmissão, disposição final e má saúde pós-UTI. Por outro lado, para a ansiedade do cuidador, o único fator de risco associado foi a idade mais jovem do paciente. Já para o aumento do TEPT do cuidador, os fatores de risco foram: diagnóstico comórbido de insuficiência cardíaca congestiva, câncer, trauma, idade, estado pós-operatório, pior escore de gravidade *Simplified Acute Physiology Score II*, maior tempo de permanência na UTI. Também, fatores pós-alta estiveram associados ao maior TEPT do cuidador, entre eles: morte, ansiedade, depressão e TEPT do paciente (JOHNSON *et al.*, 2019).

Quanto às variáveis do cuidador associadas à PICS-F, a mesma RS verificou que: maior depressão do cuidador estava associada à idade mais jovem, sexo feminino, etnia indiana, menor escolaridade, cuidador cônjuge ou filho do paciente, ter recebido comunicação insatisfatória na UTI, maior nível de cuidado ao paciente, receber auxílio de cuidador formal, baixo suporte social e menor crescimento pessoal para o cuidador devido às atividades de cuidado. Para o aumento da ansiedade, os fatores de risco foram: sexo feminino, ser filho ou cônjuge do paciente e ter comunicação insatisfatória com médicos na UTI. Já para o aumento do TEPT foram fatores: sexo feminino, menor escolaridade, ser filho, pai ou cônjuge do paciente, tomada de decisão insatisfatória na UTI, maior ansiedade, depressão e baixa percepção de satisfação com o relacionamento com o paciente (JOHNSON *et al.*, 2019).

É necessário realizar triagem de cuidadores familiares de sobreviventes de UTI quanto à ansiedade, depressão e TEPT, pois estes sintomas acabam por diminuir a qualidade de vida dos mesmos (VAN BEUSEKOM *et al.*, 2016). Os cuidados voltados aos problemas psicológicos entre os cuidadores pode ter implicações importantes, não apenas para a família, mas também para a recuperação do paciente, a qual é afetada pela saúde do cuidador (VAN DEN BORN-VAN ZANTEN *et al.* 2016; HWANG, 2019).

3.3 Síndrome Pós-Cuidados Intensivos e Continuidade do Cuidado

A maioria das intervenções estudadas e ofertadas para prevenção e redução das incapacidades da PICS são realizados no ambiente da UTI. Intervenções incluem o uso de diários (BLAIR *et al.*, 2017), flexibilização de horários de visita de UTI (ROSA *et al.*, 2019), manejo do stress familiar (CAIRNS *et al.*, 2019), o pacote ABCDEF (avaliar, prevenir e controlar a dor; protocolos de despertar espontâneo e de respiração espontânea; escolha de analgesia e sedação; Delirium: avaliar, prevenir e manejar; mobilidade precoce e exercício; envolvimento da família) (HWANG, 2019; LEE *et al.*, 2020) entre outros. Ainda na UTI, uma RS buscou verificar o impacto da reabilitação física precoce na PICS e incluiu seis artigos que identificaram impacto somente nos resultados físicos a curto prazo, não impactando sobre os demais sintomas (FUKE *et al.*, 2018). Corroborando estes achados, uma intervenção ofertada por profissionais de reabilitação durante a internação hospitalar após alta da terapia intensiva com maiores cuidados de reabilitação física, avaliação dietética e tratamento, uso de definição de metas individualizadas e maior informação específica sobre a doença, não melhorou a recuperação física ou a qualidade de vida relacionada à saúde, apresentou apenas melhora da satisfação do paciente com aspectos da recuperação (WALSH *et al.*, 2018).

Durante o processo de transição do cuidado do hospital para o domicílio, há poucas opções de acompanhamento dos pacientes e cuidadores, tanto que uma investigação com pacientes pós-cuidados intensivos e que apresentaram necessidade de ventilação mecânica demonstrou que 81% deles consideraram a necessidade de acompanhamento de uma clínica de acompanhamento pós-UTI (FARLEY; EASTWOOD; BELLOMO, 2016), como enfatizado também por outro estudo que reforça que pacientes com declínio funcional pós-terapia intensiva necessitam de mais apoio após a alta (SERRANO *et al.*, 2019). Nesse sentido, outro estudo relatou a implementação do primeiro Centro de Recuperação de Cuidados Intensivos nos Estados Unidos em 2011 e este já demonstrou resultados positivos na função física e cognitiva dos pacientes (WANG *et al.*, 2018; 2019b).

Os ambulatorios pós-UTI são uma estratégia de acompanhamento que tem melhor organização e estudos na temática, mas não parece ser custo-efetivo o acompanhamento de todos os casos que receberam alta. Apenas 15 a 20% dos pacientes pós-UTI preenchem os critérios para participar do ambulatório e menos de 20% destes aderem ao programa e são acompanhados de forma eficaz pelos serviços. Esta baixa assiduidade pode ser atribuída pela inadequação deste modelo a todos os pacientes e as experiências dos profissionais revelam que os pacientes mais dependentes são incapazes de ter acesso ao ambulatório, devido

principalmente ao risco de não serem transportados com segurança (ROSA *et al.*, 2018; TEIXEIRA; ROSA, 2018). Estes profissionais consideram que visitas domiciliares poderiam corrigir este problema, com resultados possivelmente semelhantes aos dos ambulatórios (TEIXEIRA; ROSA, 2018).

Os modelos de clínica e ambulatório pós-UTI são considerados uma oportunidade para oferecer intervenções para a prevenção e gestão dos problemas psicológicos da PICS-F, mas o cuidado centrado na família nessa perspectiva ainda é incipiente. Ainda há falta de uma orientação formal que esclareça quais profissionais de saúde têm a responsabilidade primária de cuidar dos familiares após a UTI e como prestar esse cuidado. Dado que os efeitos dos problemas de saúde mental podem durar anos e impactar profundamente a qualidade de vida desses cuidadores, é urgente desenvolver diretrizes sobre o cuidado neste cenário (TEIXEIRA; ROSA, 2018).

Na realidade brasileira os estudos são incipientes e um estudo multicêntrico para avaliar a qualidade de vida após UTI com mais de 1500 sobreviventes de UTIs das cinco regiões do Brasil teve seus resultados publicados (ROBINSON *et al.*, 2018; ROSA *et al.*, 2020; TEIXEIRA *et al.*, 2021). Ainda na região sul, uma investigação identificou que 22,8% dos pacientes declararam incapacidade de comparecer à consulta na clínica pós-UTI e necessitaram de acompanhamento domiciliar. Esses pacientes eram mais velhos, mais frágeis e tinham maior prevalência de baixa capacidade funcional, dependência física, comprometimento cognitivo e reinternação em comparação com pacientes que compareceram à consulta clínica (ROSA *et al.*, 2018).

Embora o processo de abordagem das incapacidades pós-UTI comece no ambiente hospitalar, os demais níveis devem estar preparados para identificar e intervir nesses casos. Os profissionais intensivistas reconhecem que este cuidado requer comunicação e colaboração com a rede de atenção à saúde, em especial a atenção primária e ambulatório especializado, sendo este fator determinante para se obter melhores resultados para o paciente e família. O sucesso de uma UTI não deve ser avaliado somente pela sobrevivência, e sim pela qualidade de vida que seus pacientes e familiares retornam à comunidade (HARVEY; DAVIDSON, 2016). Comparado com o restante da população, os pacientes pós-UTI têm custo de assistência médica três a cinco vezes maior no ano anterior e o após a internação e os nossos serviços de atenção primária ainda são fragmentados para gerenciar a carga dos sintomas cognitivos, funcionais, psicológicos e das várias condições crônicas apresentadas pelos pacientes idosos (VAN BEUSEKOM *et al.*, 2018).

4 MÉTODOS

A seguir, apresentam-se os aspectos metodológicos do estudo.

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de coorte prospectivo. A longitudinalidade da coleta de dados possibilita a observação dos desfechos ao longo do tempo (HULLEY *et al.*, 2015). A redação do projeto e execução estão de acordo com as recomendações do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) (MALTA *et al.*, 2010).

4.2 Campo de Estudo

Este estudo foi conduzido com os pacientes idosos e seus cuidadores familiares após internação nas UTIs adulto do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), sendo elas a UTI geral (34 leitos), a Unidade de Cuidados Coronarianos (UCC) (8 leitos), a UTI Cardíaca (6 leitos) e a UTI da Sala de Recuperação Pós-Anestésica (8 leitos). Esta instituição é um hospital público e universitário, vinculado a UFRGS, que desde 1971 presta atendimento de excelência a toda comunidade. A instituição possui 919 leitos de internação e na época da realização do estudo contava com cerca de 92 leitos de terapia intensiva.

4.3 Participantes

Foram incluídos neste estudo os pacientes idosos (60 anos ou mais) após alta da UTI com tempo de permanência ≥ 72 horas nos casos de internação clínica ou cirúrgica de urgência, e ≥ 120 horas nos casos de internação cirúrgica eletiva, que não tivessem como motivo de internação a doença por Coronavírus (*Coronavirus disease* - COVID-19) e que possuíssem cuidador familiar. Os critérios foram estabelecidos com base em outros estudos brasileiros (ROSA *et al.*, 2018; ROBINSON *et al.*, 2018). Os cuidadores familiares poderiam ter laços consanguíneos ou não, corresidir ou não, com idade acima de 18 anos, desde que tivessem vivenciado a internação de seu familiar e assumido a maior parte do seu cuidado no retorno ao

domicílio e que possuíssem contato telefônico. Durante o período de acompanhamento, o mesmo cuidador foi avaliado, mesmo que posteriormente à alta tenha deixado de executar parte dos cuidados ao seu familiar idoso. O cuidado poderia ser no âmbito instrumental (provimento de necessidades materiais em geral, ajuda para trabalhos práticos como limpeza de casa, preparação de refeição, provimento de transporte ou a organização deste suporte), emocional (expressões de amor e afeição) ou financeiro.

Os critérios de exclusão dos idosos foram: alta da UTI diretamente para domicílio, para outro hospital ou Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) e impossibilidade de avaliação do paciente nos primeiros cinco dias após a alta da UTI. Foram excluídos os cuidadores que possuíam relação de emprego para a atividade de cuidado ao idoso. Por se tratar de uma instituição de referência para diversas especialidades no Estado, não foram aplicados critérios quanto ao local de residência do paciente.

Devido a pandemia por COVID-19, optou-se por não incluir no estudo os pacientes e familiares após internação na UTI causadas pela COVID-19 devido à gravidade e tempo de internação serem maiores, bem como outras questões relacionadas à família e à necessidade de isolamento, que poderiam gerar sintomas psicológicos diversos no paciente e cuidador (SMITH *et al.*, 2021).

Para os idosos, foi calculado o tamanho de amostra para detectar que a média das diferenças do escore de dependência funcional verificado pelo Índice de Barthel entre as avaliações é diferente de zero, tendo uma média das diferenças de 15 como relevante para o estudo. Considerando poder de 80%, nível de significância de 5% e desvio padrão da diferença esperada de 42 (DIETRICH *et al.*, 2017), chegou-se ao tamanho total de 64 participantes. Acrescentando 40% para possíveis perdas e recusas, o tamanho da amostra era de 90.

Para os cuidadores, também foi realizado o cálculo amostral. Foi calculado o tamanho da amostra para detectar uma média de diferenças da subescala Ansiedade da *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) de 1 ponto. Considerando poder de 80%, nível de significância de 5% e desvio padrão da diferença esperado de 2.6 pontos (OLIVEIRA; FUMIS, 2018), chegou-se ao tamanho total de 56 participantes. Cada idoso incluído no estudo, teve seu respectivo cuidador incluído, obedecendo a proporção de 1:1. Assim sendo, a amostra de cuidadores foi superior à amostra calculada.

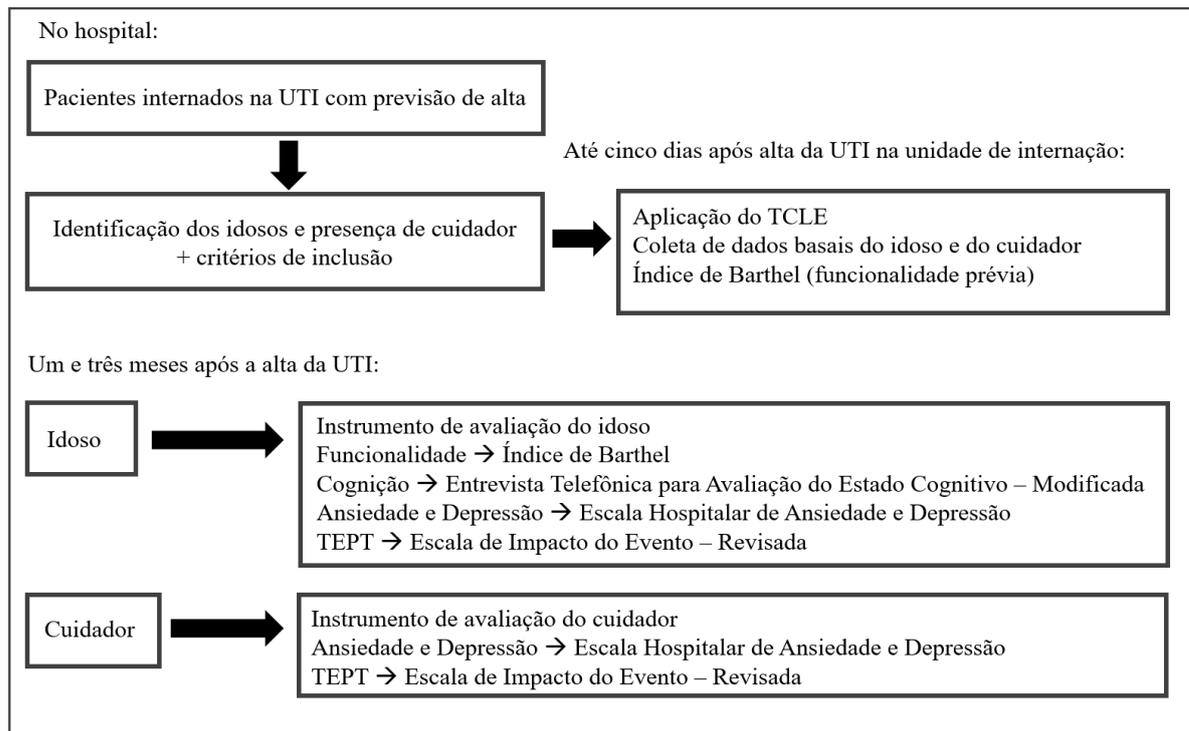
4.4 Logística do Estudo

O estudo iniciou com a identificação dos pacientes idosos internados nas UTIs do HCPA, através do censo diário dos pacientes nos respectivos serviços. Para recrutamento e captação dos participantes, em até cinco dias após a alta para unidade de internação, foi realizada uma visita ao leito com finalidade de verificar a presença de cuidador familiar, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A e B), coleta dos dados basais dos pacientes idosos e cuidadores (APÊNDICE C e D) e a dependência funcional prévia à internação dos idosos. Esta avaliação se deu no pós-alta da UTI, momento em que o paciente podia encontrar-se ainda fragilizado devido às intervenções da terapia intensiva, como disfonia devido ao período em ventilação mecânica, disartria ou afasia, ao uso de traqueostomia, a perda de força e a incoordenação motora (miopatia e polineuropatia) que o incapacitariam a responder adequadamente instrumentos que necessitem de verbalização ou sua subjetividade, como escalas de ansiedade, depressão, TEPT e cognição (SANCHEZ; LOURENÇO, 2013). Devido a isso, optou-se por coletar neste momento somente a dependência funcional prévia e dados basais dos idosos. Nos casos em que o paciente não apresentasse condições cognitivas ou físicas, o consentimento para participar da pesquisa foi solicitado ao cuidador familiar.

No primeiro e terceiro mês (± 10 dias) após a alta da UTI, foi realizado contato telefônico para avaliação dos seguintes desfechos dos idosos: dependência funcional, função cognitiva, ansiedade, depressão, TEPT. Buscando evitar viés na coleta devido ao cansaço do idoso, a coleta pode ser dividida em dois momentos, conforme o avaliador julgasse necessário. Para os cuidadores familiares, foi avaliada ansiedade, depressão e TEPT (Figura 1). Os contatos foram pré-agendados por meio de mensagem telefônica e lembrados antes da entrevista telefônica, visando redução de perdas operacionais. Foram realizadas até 10 tentativas de contato em dias e horários diferentes e pelo menos uma tentativa nos finais de semana. As entrevistas telefônicas foram gravadas. Devido ao momento de captação dos pacientes ter ocorrido ainda na hospitalização e este podendo representar um momento de estresse e tensão, foi realizado o re consentimento no primeiro contato telefônico com envio do TCLE, caso necessário.

Foram tomados todos os cuidados de prevenção da COVID-19 na entrevista presencial com manutenção do distanciamento, uso de equipamentos de proteção individual e higiene de mãos conforme protocolo institucional, e as demais entrevistas se deram por telefone, colaborando com as medidas de distanciamento social.

Figura 1 – Representação gráfica da logística do estudo.



Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

A delimitação do período de um e três meses após a alta da UTI se justifica devido a carga de sintomas ser maior neste momento, à adaptação do paciente e cuidador após alta e por ser o momento mais crítico para a identificação e realização de intervenções (VAN DEN BORN-VAN ZANTEN *et al.*, 2016; TORRES *et al.*, 2017; ROBINSON *et al.*, 2018). Quando a cognição e sintomas de ansiedade, depressão e TEPT não puderem ser coletadas do idoso devido a problemas cognitivos ou barreiras na comunicação (déficits auditivos, pacientes traqueostomizados), foi considerado somente a perda do referido domínio da PICS, sendo avaliados os demais domínios e aplicados os instrumentos de coleta de dados do respectivo período. Os instrumentos de coleta de dados são descritos na subseção seguinte.

Eventualmente, o idoso poderia encontrar-se hospitalizado no momento da coleta de dados do primeiro mês após a alta da UTI, esta coleta também foi realizada por telefone para evitar viés de coleta. Ainda, neste caso, tanto os escores do idoso quanto do cuidador familiar poderiam estar prejudicados, visto que os cuidados estavam sendo prestados pela equipe e o paciente ou familiar teriam tido poucas oportunidades de auto cuidar-se.

4.5 Instrumentos de Coleta de Dados

4.5.1 Instrumentos de Coletada de Dados Basais

Foram coletados os dados sociodemográficos dos idosos como: sexo, idade, estado conjugal, anos de estudo, status profissional, renda familiar, número de pessoas no domicílio e histórico de saúde prévia. Ainda foram coletadas informações no prontuário sobre tipo e motivo da internação; duração da internação na UTI e total de dias da hospitalização; se era paciente neurocrítico, comorbidades, se já teve outras internações em UTI, necessidade e período em ventilação mecânica e ventilação mecânica não invasiva, uso de sedativo, vasopressores, terapia substitutiva renal, necessidade de traqueostomia, presença de delirium e escore de gravidade utilizado pela instituição, *Simplified Acute Physiology Score III* (SAPS III), na admissão do paciente à UTI (APÊNDICE C).

Aos cuidadores familiares foram coletados os dados sociodemográficos de sexo, idade, estado conjugal, anos de estudo, status profissional, renda, coresidência com o idoso, número de pessoas no domicílio, morbidades, histórico de tratamento para ansiedade ou depressão, e questões relacionadas ao cuidado (se reside junto ao idoso, há quanto tempo cuida do familiar, tipo de apoio prestado, se recebe apoio de outras pessoas, classificação do apoio recebido, necessidade de tomada de decisão na internação de seu familiar e parentesco com o idoso) (APÊNDICE D).

4.5.2 Instrumentos de Coleta de Dados em um e três meses

Nas entrevistas telefônicas de um e três meses após a alta da UTI foram questionados se ocorreu óbito no período. Se houvesse ocorrido, eram coletadas as informações de data, causa e local do óbito. Aos demais pacientes eram coletadas informações sobre a ocorrência de alta hospitalar e a data; necessidade e quantidade de reinternações ou de atendimento de emergência; atendimentos ambulatoriais e na atenção primária à saúde; uso de serviços de reabilitação como fisioterapia ou fonoaudiologia; e necessidade de tratamentos psicológicos (APÊNDICE E).

Aos cuidadores foram coletadas as informações referentes a quantidade de horas semanais de cuidado; tipo de cuidado prestado; apoio recebido de outros familiares/amigos e a

sua satisfação; se teve necessidade de algum atendimento de saúde e de tratamento psicológico (APÊNDICE F).

4.5.3 Dependência Funcional

A dependência funcional foi verificada pelo Índice Barthel (ANEXO A) (MAHONEY; BARTHEL, 1965). A escala foi adaptada e validada para uso no Brasil e apresentou alfa de Cronbach de 0,90 (MINOSSO *et al.*, 2010). Esta escala mede a dependência funcional nos domínios de cuidado pessoal e mobilidade e cada item é pontuado de acordo com o desempenho do paciente em realizar tarefas de forma independente, com alguma ajuda ou de forma dependente. A pontuação varia de zero a 100 pontuações mais elevadas indicam menor dependência funcional (MAHONEY; BARTHEL, 1965; MINOSSO *et al.*, 2010). Foi adotado o ponto de corte ≤ 75 para identificar os pacientes com dependência física moderada a severa (ROSA *et al.*, 2020). Após a alta da UTI foi avaliada questionando a funcionalidade do paciente pré internação e em um e três meses após a alta da UTI.

4.5.4 Função Cognitiva

A função cognitiva foi avaliada após um e três meses da alta da UTI pela Entrevista Telefônica para Avaliação do Estado Cognitivo – Modificada (TICS-M) (ANEXO B) (BRANDT *et al.*, 1993). A versão brasileira possui alfa de Cronbach de 0,96 (BACCARO *et al.*, 2015). O instrumento possui 13 itens e leva cerca de cinco a 10 minutos para ser concluído. Inclui quatro domínios: orientação; memória de registro recente e tardia; atenção e cálculo; e linguagem. Cada item com resposta correta recebe um ponto e para resposta incorreta, zero ponto. A pontuação varia de zero a 39. O ponto de corte adotado foi < 14 pontos para identificar déficit cognitivo (BACCARO *et al.*, 2015).

4.5.5 Sintomas de Ansiedade e Depressão

Foram avaliados por meio da versão brasileira da HADS (ANEXO C) no primeiro e terceiro mês após a alta da UTI de idosos e seus cuidadores familiares (ZIGMOND; SNAITH,

1983; BOTEGA *et al.*, 1995). A escala possui duas subescalas: ansiedade e depressão, tendo apresentado alfa de Cronbach de 0,68 e 0,77, respectivamente (BOTEGA *et al.*, 1995). Cada subescala possui escore que varia de zero a 21, quanto maior o escore, maior é a carga de sintomas de ansiedade ou depressão (ZIGMOND; SNAITH, 1983; BOTEGA *et al.*, 1995). Foi adotado o ponto de corte >7 como possível e > 11 pontos como provável ansiedade ou depressão (ZIGMOND; SNAITH, 1983).

4.5.6 Estresse Pós-Traumático

Sintomas de TEPT foram avaliados nos idosos e cuidadores familiares em um e três meses após a alta da UTI do por meio da Escala do Impacto do Evento – Revisada (IES-R) (ANEXO D) (WEISS, 1997; CAIUBY *et al.*, 2012). A escala é de origem inglesa, foi adaptada e validada para uso no Brasil e teve alfa de Cronbach de 0,75 a 0,93 (CAIUBY *et al.*, 2012). Possui três subescalas: evitação, intrusão e hiperestimulação e é composta de 22 itens com respostas do tipo likert que variam de 0 (nada) a 4 pontos (extremamente). O escore total varia entre zero e 88 pontos, maiores valores indicam maior carga de sintomas de TEPT (CAIUBY *et al.*, 2012). Foi adotado o ponto de corte > 20 pontos para presença de sintomas de TEPT e ≥ 33 pontos para presença de transtorno clínico (COSTA; MARCON; ROSSI, 2012; CREAMER; BELL; FAILLA, 2003).

4.6 Análise dos Dados

Os dados coletados foram digitados em planilha do programa Excel[®], armazenados em computador pessoal, e para as análises estatísticas foi utilizado o *software Statistical Package for the Social Sciences* versão 21.0. Em muitos estudos sobre PICS foram excluídos os pacientes com déficits prévios e os pacientes neurocríticos devido aos diferentes mecanismos de lesão e aos comprometimentos apresentados pelo paciente com lesão cerebral primária após alta. Neste estudo, por se tratar da população idosa, entende-se ser necessário incluí-los para auxiliar na continuidade do cuidado e ajudar a elucidar mecanismos de PICS e PICS-F em todos os sobreviventes de doenças críticas (LABUZETTA; ROSAND; VRANCEANU, 2019).

As variáveis contínuas com distribuição normal foram descritas como média e desvio padrão e as assimétricas como mediana e intervalo interquartil. As variáveis categóricas, como

frequências absolutas e relativas. Os desfechos dependência funcional, cognição, ansiedade, depressão e TEPT foram associadas com as variáveis independentes, por meio da análise bivariável e multivariável.

Para as variáveis simétricas foram utilizados os testes t-Student e análise de variância. Em caso de assimetria, foram aplicados os testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para comparar os escores de dependência funcional, cognição, ansiedade, depressão e TEPT entre os diferentes fatores de risco e os testes de Friedman e Wilcoxon para comparações dos escores entre os períodos avaliados. As associações entre as variáveis contínuas e ordinais foram avaliadas pelo coeficiente de Correlação de Spearman.

As variáveis que apresentaram um valor $p < 0,20$ na análise bivariada foram inseridas em um modelo multivariado de regressão linear para controle de possíveis fatores confundidores. O critério de extração do modelo foi o Backward. Foi considerado um valor significativo de $p < 0,05$.

Do idoso, as variáveis independentes foram as características sociodemográficas, condição clínica prévia, dependência funcional pré-hospitalização, características da doença crítica aguda, dias de internação; e as variáveis dependentes foram a dependência funcional, cognição, ansiedade, depressão e TEPT. Do cuidador familiar as variáveis independentes foram as características sociodemográficas, dados sobre o cuidado pré e pós alta da UTI. As variáveis dependentes foram ansiedade, depressão e TEPT.

4.7 Considerações Bioéticas

Os aspectos éticos foram respeitados de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Para abranger o uso de dados de prontuário, foi elaborado o Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) (APÊNDICE G) com a identificação e a assinatura das pesquisadoras responsáveis. Os setores de internação intensiva dos quais os pacientes eram provenientes, UTI geral (APÊNDICE H), UTI cardíaca e UCC (APÊNDICE I), UTI da Sala de Recuperação Pós-Anestésica (APÊNDICE J), bem como os setores de internação clínica (APÊNDICE K) e cirúrgica (APÊNDICE L) aos quais os pacientes foram encaminhados após a alta da UTI, autorizaram a realização do estudo nos respectivos locais.

Utilizou-se roteiro de ligação telefônica para as avaliações em um e três meses após a alta (APÊNDICE M). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi aplicado aos idosos e aos cuidadores do estudo na visita à unidade de internação, foi realizada a leitura do TCLE junto aos participantes e assinado em duas vias, ficando uma cópia com o participante e outra com o pesquisador. Se o idoso apresentou algum déficit físico ou cognitivo que o impediram de dar o consentimento ou assinar o TCLE, este foi solicitado ao seu cuidador familiar.

Este projeto foi submetido à avaliação Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem e Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre obtendo aprovação (CAAE nº 43233921.4.3001.5327, parecer nº 4.725.268). Todos os materiais do estudo serão guardados por cinco anos pela pesquisadora e o banco de dados será armazenado em planilha do Excel® em computador pessoal e após esse período serão destruídos.

REFERÊNCIAS

- BACCARO, A. et al. Validation of the Brazilian-Portuguese version of the Modified Telephone Interview for cognitive status among stroke patients. **Geriatrics and Gerontology International**, Tokio, v. 15, n. 9, p. 1118-26, 2015.
- BALDWIN, M. R. Measuring and predicting long-term outcomes in older survivors of critical illness. **Minerva Anestesiologica**, Torino, v. 81, n. 6, p. 650-61, 2015.
- BLAIR, K. T. A. et al. Improving the Patient Experience by Implementing an ICU Diary for Those at Risk of Post-intensive Care Syndrome. **Journal of Patient Experience**, Cleveland, v. 4, n. 1, p. 4-9, 2017.
- BOFF, L. **Saber Cuidar: Ética do humano, Compaixão pela Terra**. Petrópolis, RJ, Vozes, 1999. p. 33.
- BONFADA, D. et al. Survival analysis of elderly patients in Intensive Care Units. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 198-206, 2017.
- BOTEGA, N. J. et al. Mood disorders among medical in-patients: a validation study of the hospital anxiety and depression scale (HAD). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 29, n. 5, p. 355-63, 1995.
- BRANDT, J.; WELSH, K. A.; BREITNER, J. C. et al. Hereditary influences on cognitive functioning in older men: a study of 4000 twin pairs. **Archives of Neurology**, Chicago, v. 50, n. 6, p. 599-603, 1993.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012. **Trata de pesquisas em seres humanos**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2020.
- BRUMMEL, N. E. et al. Understanding and reducing disability in older adults following critical illness. **Critical Care Medicine**, Nova York, v. 43, n. 6, p. 1265-75, 2015.
- CAIRNS, P. L. et al. Stress Management Intervention to Prevent Post-Intensive Care Syndrome-Family in Patients' Spouses. **American Journal of Critical Care**, Aliso Viejo, v. 28, n. 6, p. 471-76, 2019.
- CAIUBY, A. V. S. et al. Adaptação transcultural da versão brasileira da Escala do Impacto do Evento - Revisada (IES-R). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 597-603, 2012.
- CHUNG, C. R. et al. Cognitive Impairment and Psychological Distress at Discharge from Intensive Care Unit. **Psychiatry Investigation**, Seoul, v. 14, n. 3, p. 376-79, 2017.
- COSTA, J. B.; MARCON, S. S.; ROSSI, R. M. Transtorno de estresse pós-traumático e presença de registros relacionados à unidade de terapia intensiva. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 1, p. 13-19, 2012.

CREAMER, M.; BELL, R.; FAILLA, S. Psychometric properties of the Impact of Event Scale - Revised. **Behaviour research and therapy**, Oxford, v. 41, n. 12, p. 1489-96, 2003.

DANIELS, L. M. et al. Improving Quality of Life in Patients at Risk for Post-Intensive Care Syndrome. **Mayo Clinic proceedings. Innovations, quality & outcomes**, Holanda, v. 2, n. 4, p. 359-69, 2018.

DAVIDSON, J. E.; JONES, C.; BIENVENU, O. J. Family response to critical illness: postintensive care syndrome-family. **Critical Care Medicine**, Nova York, v. 40, n. 2, p. 618-24, 2012.

DAVYDOW, D. S. et al. Pre-Sepsis Depressive Symptoms Are Associated with Incident Cognitive Impairment in Survivors of Severe Sepsis: A Prospective Cohort Study of Older Americans. **Journal of the American Geriatrics Society**, Nova York, v. 60, n. 12, p. 2290-6, 2012.

DIETRICH, C. et al. Capacidade funcional em idosos e idosos mais velhos após alta da unidade de terapia intensiva. Coorte prospectiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 293-302, 2017. Doi: 10.5935/0103-507X.20170055.

FARLEY, K. J.; EASTWOOD, G. M.; BELLOMO, R. A feasibility study of functional status and follow-up clinic preferences of patients at high risk of post intensive care syndrome. **Anaesthesia and Intensive Care**, Sidney, v. 44, n. 3, p. 413-9, 2016.

FERRANTE, L. E. et al. Functional Trajectories Among Older Persons Before and After Critical Illness. **JAMA Internal Medicine**, Chicago, v. 175, n. 4, p. 523-9, 2015.

FUKE, R. et al. Early rehabilitation to prevent postintensive care syndrome in patients with critical illness: a systematic review and meta-analysis. **BMJ Open**, Londres, v. 8, n. 5, p. e019998, 2018.

GAYAT, E. et al. Determinants of long-term outcome in ICU survivors: results from the FROG-ICU study. **Critical Care**, Londres, v. 22; n. 1, p. 8 telas, 2018.

GOLDFARB, D. C.; LOPES, R. G. C. Avosidade: a família e as gerações. In: FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3ªed. Guanabara Koogan: Rio de Janeiro, 2013.

GUERRA, C.; LINDE-ZWIRBLE, W. T.; WUNSCH, H. Risk factors for dementia after critical illness in elderly Medicare beneficiaries. **Critical Care**, Fullerton, v. 16 n. 6, p. R233, 2012.

HARVEY, M. A.; DAVIDSON, J. E. Postintensive Care Syndrome: Right Care, Right Now...and Later. **Critical Care Medicine**, Nova York, v. 44, n. 2, p. 381-5, 2016.

HATCH, R. et al. Anxiety, Depression and Post Traumatic Stress Disorder after critical illness: A UK-wide prospective cohort study. **Critical Care**, Fullerton, v. 22, n. 1, p. 310, 2018.

HEYLAND, D. K. et al. Recovery after critical illness in patients aged 80 years or older: a multi-center prospective observational cohort study. *Intensive Care Medicine*, v. 41, p. 1911–20, 2015.

HULLEY, S. B. et al. **Delineando pesquisa clínica**. Ed Artmed. 4ª edição, 2015.

HWANG, D. Y. Is Post-Neurointensive Care Syndrome Actually a Thing? – Editorial. *Neurocritical Care*, Singapura, v. 31, n. 3, p. 453-454, 2019.

INOUE, S. et al. Post-intensive care syndrome: its pathophysiology, prevention, and future directions. *Acute Medicine & Surgery*, v. 6, p. 233–46, 2019.

JACKSON, J. C. et al. Depression, post-traumatic stress disorder, and functional disability in survivors of critical illness in the BRAIN-ICU study: a longitudinal cohort study. **The Lancet. Respiratory Medicine**, Kidlington, v. 2, n. 5, p. 369-79, 2014.

JEONG, Y. J.; KANG, J. Development and validation of a questionnaire to measure post-intensive care syndrome. *Intensive & Critical Care Nursing*, Edinburgo, v. 55, p. 102756, 2019.

JOHNSON, C. C. et al. Psychological Sequelae in Family Caregivers of Critically Ill Intensive Care Unit Patients. A Systematic Review. **Annals of the American Thoracic Society**, Nova York, v. 16, n. 7, p. 894-909, 2019. Doi: 10.1513/AnnalsATS.201808-540SR

LABUZETTA, J. N.; ROSAND, J.; VRANCEANU, A. N. Review: Post-Intensive Care Syndrome: Unique Challenges in the Neurointensive Care Unit. *Neurocritical Care*, Totowa, v. 31, n. 3, p. 534-45, 2019.

LEE, Y. et al. Effects of the ABCDE bundle on the prevention of post-intensive care syndrome: A retrospective study. *Journal of Advanced Nursing*, Oxford, v. 76, n. 2, p. 588-99, 2020.

LEE M.; KANG, J.; JEONG, Y. J. Risk factors for post-intensive care syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Australian Critical Care*, North Strathfield, v. 33, n. 3, p. 287-94, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.10.004>.

MAHONEY, F. I.; BARTHEL, D. W. Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, Baltimore, v. 14, p. 61-5, 1965.

MALTA, M. et al. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 559-65, 2010.

MARRA, A. et al. Co-occurrence of Post-Intensive Care Syndrome Problems Among 406 Survivors of Critical Illness HHS Public Access. *Critical Care Medicine*, New York, v. 46, n. 9, p. 1393–401, 2018.

MINOSSO, J. S. M. et al. Validation of the Barthel Index in elderly patients attended in outpatient clinics, in Brazil. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 218-223, 2010.

NEEDHAM, D. M. et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. **Critical Care Medicine**, Nova York, v. 40, n. 2, p. 502-9, 2012.

OLIVEIRA, H. S. B.; FUMIS, R. R. L. Influência do sexo e condição de cônjuge nos sintomas de ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático em pacientes admitidos à unidade de terapia intensiva e em seus respectivos cônjuges. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 35-41, 2018.

PETRINEC, A. B.; MARTIN, B. R. Post-intensive care syndrome symptoms and health-related quality of life in family decision-makers of critically ill patients. **Palliative and Supportive Care**, Cambridge, v. 16, n. 6, p. 719-24, 2018.

RIGHY, C. et al. Prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in adult critical care survivors: A systematic review and meta-analysis. **Critical Care**, Fullerton, v. 23, n. 1, p. 2013, 2019.

ROBINSON, C. C. et al. Quality of life after intensive care unit: a multicenter cohort study protocol for assessment of long-term outcomes among intensive care survivors in Brazil. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 405-413, 2018.

ROSA, R. G. et al. More than the tip of the iceberg: association between disabilities and inability to attend a clinic-based post-ICU follow-up and how it may impact on health inequalities. **Intensive Care Medicine**, Berlin, v. 44, n. 8, p. 1352-4, 2018.

ROSA, R. G. et al. Effect of Flexible Family Visitation on Delirium Among Patients in the Intensive Care Unit: The ICU Visits Randomized Clinical Trial. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 322, n. 3, p. 216-28, 2019.

ROSA, R. G. et al. Early and Late Mortality Following Discharge From the ICU: A Multicenter Prospective Cohort Study. **Critical Care Medicine**, Nova York, v. 48, n. 1, p. 64-72, 2020.

SANCHEZ, M. A. S.; LOURENÇO, R. A. Screening for Dementia: Brazilian Version of the Informant Questionnaire on Cognitive Decline on the Elderly and Its Psychometric Properties. **Geriatrics and Gerontology International**, Tóquio, v. 13, n. 3, p. 687-93, 2013. Doi: 10.1111/j.1447-0594.2012.00966.x.

SERRANO, P. et al. Aging and Postintensive Care Syndrome- Family: A Critical Need for Geriatric Psychiatry. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, Washington, v. 27, n. 4, p. 446-54, 2019.

SMITH, E. M. T. et al. COVID-19 and Post-intensive Care Syndrome: Community-Based Care for ICU Survivors. **Home Health Care Management & Practice**, Tenesee, 2021. Doi: 10.1177/1084822320974956

TEIXEIRA, C. et al. The Burden of Mental Illness Among Survivors of Critical Care-Risk Factors and Impact on Quality of Life: A Multicenter Prospective Cohort Study. **Chest**, Chicago, v. 160, n. 1, p. 157-64, 2021. Doi: 10.1016/j.chest.2021.02.034.

TEIXEIRA, C.; ROSA, R. G. Post-intensive care outpatient clinic: is it feasible and effective? A literature review. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n 1, p. 98-111, 2018.

TORRES, J. The impact of the patient post-intensive care syndrome components upon caregiver burden. **Medicina Intensiva**, Madri, v. 41, n. 8, p. 454-60, 2017.

UTIS BRASILEIRAS. Características Demográficas. **Distribuição das Internações por Faixa Etária**. Atualizado em 30 abr. 2022 [internet]. Disponível em: <http://www.utisbrasileiras.com.br/uti-adulto/caracteristicas-demograficas/#!/distribuicao-das-internacoes-por-faixa-etaria>. Acesso em: 31 mai. 2022.

VAN DEN BORN-VAN ZANTEN, S. A. et al. Caregiver strain and posttraumatic stress symptoms of informal caregivers of intensive care unit survivors. **Rehabilitation Psychology**, Washington. v. 61, n. 2, p.173-8, 2016.

VAN BEUSEKOM, I. et al. Reported burden on informal caregivers of ICU survivors: a literature review. **Critical Care**, Londres, v. 20, n. 1, 8 páginas, 2016.

WALSH, T. S. et al. Increased Hospital-Based Physical Rehabilitation and Information Provision After Intensive Care Unit Discharge: The RECOVER Randomized Clinical Trial. **JAMA Internal Medicine**, v. 175, n. 6, p. 901-10, 2015.

WANG, S. et al. Validation of a New Clinical Tool for Post-Intensive Care Syndrome. **American Journal of Critical-Care Nurses**, Aliso Viejo, v. 28, n. 1, p. 10–18, 2019a.

WANG, S. et al. Critical Care Recovery Center: a model of agile implementation in intensive care unit (ICU) survivors. **International Psychogeriatrics**, Nova York, 10 páginas, 2019b.

WANG, S. et al. Aging and Post-Intensive Care Syndrome: A Critical Need for Geriatric Psychiatry. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, Washington, v. 26, n. 2, p. 212-21, 2018.

WEISS, D. S. M. C. R. Impact of Event Scale (IES-R). In: WILSON, T.; KEANE, T. (edit). *The Impact of event Scale – Revised: assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press; 1997. p. 399- 411.

YENDE, S. et al. Long-Term Quality of Life Among Survivors of Severe Sepsis: Analyses of Two International Trials. **Critical Care Medicine**, Nova York, v. 44, n. 8, p. 1461-7, 2016.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH R. P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta psychiatrica et neurologica Scandinavica**, Copenhagen, v. 67, n. 6, p. 361-70, 1983.

ZURLO, A.; ZULIANI, G. Management of care transition and hospital discharge. **Aging Clinical and Experimental Research**, Milão, v. 30, n. 3, p. 263-70, 2018.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Idoso

CAAE 43233921.4.0000.5347

Título do Projeto: Síndrome pós-cuidados intensivos em idosos e seus cuidadores familiares: estudo de coorte

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é analisar a síndrome pós-cuidados intensivos em idosos e seus cuidadores familiares após internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Esta pesquisa está sendo realizada pelo Serviço de Enfermagem do HCPA.

Se você aceitar o convite, sua participação na pesquisa envolverá uma primeira entrevista no HCPA nos primeiros dias após a alta da UTI, com duração de aproximadamente 30 minutos e realizada em um local reservado. Será necessário que você responda a alguns questionamentos sobre idade, sexo, estado conjugal, escolaridade, ocupação, renda familiar, histórico de saúde prévia, entre outros. Após, no primeiro e terceiro mês após a alta, será realizado contato telefônico com duração aproximada de 40 minutos para avaliação da dependência funcional, função cognitiva, ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático através de instrumentos validados. Também gostaríamos de sua autorização para acessar o prontuário e consultar as informações do seu histórico de saúde e informações sobre o período internado na UTI.

Os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo, mas sempre existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, sendo tomadas todas as medidas para evitá-la. Ademais, durante a aplicação dos questionários, podem ocorrer desconfortos por lembranças desagradáveis e algum constrangimento em relação ao período na UTI. Outro desconforto é relacionado ao tempo dedicado a entrevista/contato telefônico.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa são conhecer melhor a síndrome pós-cuidados intensivos nos pacientes idosos após a alta e poder traçar estratégias de cuidado para minimizar estes sintomas em novos pacientes submetidos à internação em terapia intensiva.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal. A assinatura desse termo não exclui possibilidade de você, participante, buscar indenização diante de eventuais danos decorrentes de sua participação na pesquisa.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

O projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP-UFRGS), órgão colegiado, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, cuja finalidade é avaliar – emitir parecer e acompanhar os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos, em seus aspectos éticos e metodológicos, realizados no âmbito da instituição. Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Duane Mocellin, pelo telefone (51) 992168442, com o pesquisador Lisiane Manganelli Girardi Paskulin, pelo telefone (51) 33598000. Ainda poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, pelo telefone (51) 33597640, e-mail cep@hcpa.edu.br, site <https://www.hcpa.edu.br/pesquisa/pesquisa-comissoes-comites/comite-etica-pesquisa> ou no 2º andar do HCPA na Av. Ramiro Barcelos nº 2350, sala 2229, de segunda a sexta, das 8h às 17h; ou o CEP-UFRGS, pelo telefone (51) 33083738, e-mail: etica@propesq.ufrgs.br, site <http://www.ufrgs.br/cep/> ou na Av. Paulo Gama nº 110, sala 311, Prédio Anexo I da Reitoria - Campus Centro, de segunda a sexta, das 08:30 às 12:30 e das 13:30 às 17:30h

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Cuidador

CAAE 43233921.4.0000.5347

Título do Projeto: Síndrome pós-cuidados intensivos em idosos e seus cuidadores familiares: estudo de coorte

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é analisar a síndrome pós-cuidados intensivos em idosos e seus cuidadores familiares após internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Esta pesquisa está sendo realizada pelo Serviço de Enfermagem do HCPA.

Se você aceitar o convite, sua participação na pesquisa envolverá uma primeira entrevista no HCPA nos primeiros dias após a alta de seu familiar da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com duração de aproximadamente 30 minutos e realizada em um local reservado. Será necessário que você responda a alguns questionamentos sobre idade, sexo, estado conjugal, escolaridade, ocupação, renda familiar, histórico de saúde prévia, entre outros. Após, no primeiro e terceiro mês após a alta, será realizado contato telefônico com duração de aproximadamente 30 minutos para avaliação da ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático através de instrumentos validados.

Os pesquisadores serão os únicos a ter acesso aos dados e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo, mas sempre existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, sendo tomadas todas as medidas para evitá-la. Ademais, durante a aplicação dos questionários, podem ocorrer desconfortos por lembranças desagradáveis e algum constrangimento em relação ao período na UTI. Outro desconforto é relacionado ao tempo dedicado a entrevista/contato telefônico.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa são conhecer melhor a síndrome pós-cuidados intensivos da família nos cuidadores familiares de pacientes idosos após a alta e poder traçar estratégias de cuidado para minimizar estes sintomas em novos cuidadores de pacientes submetidos à internação em terapia intensiva.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você ou seu familiar recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal. A assinatura desse termo não exclui possibilidade de você, participante, buscar indenização diante de eventuais danos decorrentes de sua participação na pesquisa.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

O projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP-UFRGS), órgão colegiado, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, cuja finalidade é avaliar – emitir parecer e acompanhar os projetos de pesquisa envolvendo seres humanos, em seus aspectos éticos e metodológicos, realizados no âmbito da instituição. Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Duane Mocellin, pelo telefone (51) 992168442, com o pesquisador Lisiane Manganelli Girardi Paskulin, pelo telefone (51) 33598000. Ainda poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, pelo telefone (51) 33597640, e-mail cep@hcpa.edu.br, site <https://www.hcpa.edu.br/pesquisa/pesquisa-comissoes-comites/comite-etica-pesquisa> ou no 2º andar do HCPA na Av. Ramiro Barcelos nº 2350, sala 2229, de segunda a sexta, das 8h às 17h; ou o CEP-UFRGS, pelo telefone (51) 33083738, e-mail: etica@propesq.ufrgs.br, site <http://www.ufrgs.br/cep/> ou na Av. Paulo Gama nº 110, sala 311, Prédio Anexo I da Reitoria - Campus Centro, de segunda a sexta, das 08:30 às 12:30 e das 13:30 às 17:30h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____

APÊNDICE C – Instrumento de Coleta de Dados Basais do Idoso

Participante nº _____	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
Iniciais:	
N.º Telefone Residencial:	N.º Telefone Celular:
Data da Internação na UTI: ____/____/____	Data da Alta p/ Enfermaria: ____/____/____
Data da aplicação TCLE: ____/____/____	
Dados sociodemográficos e condição de saúde/doença	
1i) Sexo:	(1) Masculino (2) Feminino
2i) Idade:	_____anos
3i) Estado Conjugal:	(1) Solteiro (2) Casado/com companheiro (3) Divorciado/separado (4) Viúvo
4i) Anos completos de estudo:	_____anos
5i) Status profissional:	(1) ativo (2) desempregado (3) aposentado (4) em benefício
6i) Renda familiar:	_____SM (R\$ 1.292,82)
7i) Nº de pessoas no domicílio:	_____
8i) Comorbidades:	(1) HAS (2) DM (3) Problemas cardíacos (4) Problemas Pulmonares (5) Insuficiência Renal (6) Problemas osteomusculares (7) Demência (8) Depressão (9) Neoplasias (10) Outros: _____
9i) Limitação física prévia:	(0) Não (1) Sim
10i) Se sim, qual?	(1) Hemiplegia (2) Hemiparesia (3) Amputação (4) Uso de órtese (5) Outros: _____
11i) Necessitava de auxílio prévio para realizar AIVDs como ir ao banco, realizar ligações, fazer compras (...)?	(0) Não (1) Sim
12i) Apresentava déficit cognitivo prévio? (Problemas de memória, orientação em	(0) Não (1) Sim

tempo e espaço, atenção, linguagem, cálculo)	
13c) Faz uso de algum medicamento ou realiza algum tratamento para ansiedade e/ou depressão? (terapia, psicanálise...)	(0) Não (1) Sim
Coleta de Dados no prontuário	
14i) Qual o tipo da internação na UTI? Selecione apenas uma opção.	(1) Clínico (2) Cirúrgico de Urgência (3) Cirúrgico Eletivo
15i) Motivo da internação na UTI:	(1) Sepses (2) IRpA (3) Choque (4) PO de grande cirurgia (5) Outros: _____
16i) Paciente neurocrítico (AVC, tumores SNC, meningite, hematomas cerebrais)	(0) Não (1) Sim
17i) Quais as comorbidades listadas em prontuário? (listar todas)	
18i) Dias de internação na UTI:	
19i) Dias de hospitalização total:	
20i) Já teve passagem anterior na UTI nesta mesma internação?	(0) Não (1) Sim
21i) Teve passagem posterior na UTI nesta mesma internação?	(0) Não (1) Sim
22i) Necessitou Ventilação mecânica?	(0) Não (1) Sim
23i) Dias em Ventilação mecânica:	_____ dias
24i) Fez uso de Ventilação mecânica não invasiva?	
25i) Foi traqueostomizado?	(0) Não (1) Sim
26i) Usou de sedativos?	(0) Não (1) Sim
27i) Usou vasopressores?	(0) Não (1) Sim
28i) Usou terapia substitutiva renal?	(0) Não (1) Sim
29i) Presença de Delirium?	(0) Não (1) Sim
30i) SAPS III na admissão:	_____

APÊNDICE D – Instrumento de Coleta de Dados Basais do Cuidador

Participante nº _____	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
Iniciais:	
N.º Telefone Residencial:	N.º Telefone Celular:
Data da aplicação TCLE: ___/___/___	
Dados sociodemográficos e condição de saúde	
1c) Sexo:	(1) Masculino (2) Feminino
2c) Idade:	_____anos
3c) Estado Conjugal:	(1) Solteiro (2) Casado/com companheiro (3) Divorciado/separado (4) Viúvo
4c) Anos completos de estudo:	_____anos
5c) Status profissional:	(1) ativo (2) desempregado (3) aposentado (4) em benefício
6c) Comorbidades:	(1) HAS (2) DM (3) Problemas cardíacos (4) Problemas Pulmonares (5) Insuficiência Renal (6) Problemas osteomusculares (7) Demência (8) Depressão (9) Neoplasias (10) Outros: _____
7c) Faz uso de algum medicamento ou realiza algum tratamento para ansiedade e/ou depressão? (terapia, psicanálise...)	(0) Não (1) Sim
8c) Reside com o idoso:	(0) Não (1) Sim
9c) Se sim, há quanto tempo?	_____anos _____meses
10c) Já desempenhava atividades de cuidado antes da internação na UTI?	(0) Não (1) Sim
11c) Se sim, há quanto tempo?	_____anos _____meses
12c) Que tipo de apoio presta ao idoso? (Pode marcar mais de um)	(1) Instrumental (2) Financeiro (3) Emocional
13c) Recebe apoio de outras pessoas no cuidado ao idoso?	(0) Não (1) Sim
14c) Se sim, como classificaria este apoio?	(0) Inadequado (1) Adequado

15c) Durante a internação, teve que tomar decisões sobre o cuidado de seu familiar?	(0) Não (1) Sim
16c) Caso não resida com o idoso, Renda familiar:	_____SM (R\$ 1.292,82)
17c) N° de pessoas no domicílio	_____
18c) Parentesco	(1) Cônjuge (2) Irmã/Irmão (3) Filho(a) (4) Pai/Mãe (2) Amigo(a) (3) Outro_____

APÊNDICE E – Instrumentos de Coleta de Dados em um e três meses do Idoso

Participante nº _____	
1i) Data da Entrevista:	___/___/___
2i) Foi a óbito:	(0) Não (1) Sim
3i) Data do óbito:	___/___/___
4i) Causa do óbito:	
5i) Local do óbito:	(1) Domicílio (2) Hospital _____ (3) ILPI (4) Outros _____
6i) Já teve alta hospitalar?	(0) Não (1) Sim
7i) Se sim, quando?	_____
8i) Necessidade de reinternação:	(0) Não (1) Sim
9i) Se sim, quantas vezes?	_____
10i) Motivo da reinternação:	(1) ITU (2) Infecção Respiratória (3) Outro _____
11i) Necessidade de serviços de emergência:	(0) Não (1) Sim
12i) Se sim, quantas vezes:	_____
13i) Atendimento na APS:	(0) Não (1) Sim
14i) Tipo:	(1) Acolhimento (2) Consulta (3) Procedimentos (4) VD (5) Outros _____
15i) Serviços de reabilitação:	(0) Não (1) Sim
16i) Qual:	(1) Fisioterapia (2) Fonoaudiologia (3) Terapeuta Ocupacional
17i) Necessitou iniciar uso de medicações para ansiedade ou de atendimento psicológico?	(0) Não (1) Sim

APÊNDICE F – Instrumentos de Coleta de Dados em um e três meses do Cuidador

Participante nº _____	
1c) Em média, quantas horas semanais você dedica ao cuidado de seu familiar?	_____ horas
2c) Quais os tipos de apoio que você presta ao seu familiar?	(1) Instrumental (2) Emocional (3) Financeiro
3c) Você recebe apoio de outros familiares/amigos no cuidado de seu familiar?	(0) Não (1) Sim
4c) Você se sente satisfeito com o apoio recebido:	(0) Não (1) Sim
5c) Necessitou de algum atendimento de saúde para si:	(1) APS (2) Emergência (3) atendimentos de rotina (4) Nova demanda (5) Outros _____
6c) Necessitou iniciar uso de medicações para ansiedade ou de atendimento psicológico?	(0) Não (1) Sim

APÊNDICE G – Termo de Compromisso de Utilização de Dados

Título da pesquisa: Síndrome Pós-Cuidados Intensivos em Idosos e seus Cuidadores Familiares: estudo de coorte

As pesquisadoras do presente projeto, abaixo identificadas, comprometem-se a manter a confidencialidade sobre os dados que serão coletados nos arquivos vinculados ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Informamos que os dados a serem coletados dizem respeito ao objetivo de analisar a síndrome pós-cuidados intensivos em pacientes idosos e seus cuidadores familiares. Ademais, os dados somente poderão ser divulgados em atividades acadêmicas e científicas, no contexto do projeto de pesquisa aprovado.

Porto Alegre, 10 de agosto de 2020.

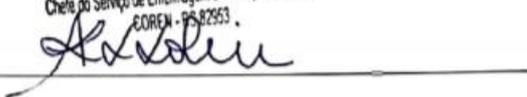
Envolvidas na coleta e manipulação dos dados:

Nome Completo	CPF	Assinatura
Duane Mocellin	024.213.600-13	
Lisiane Manganelli Girardi Paskulin	383.220.210-20	 Dra Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

**APÊNDICE H – Autorização da Chefia do Serviço de Enfermagem em Terapia (SETI)
Intensiva do HCPA**

A Chefia do Serviço de Enfermagem em Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas de Porto Alegre está ciente e autoriza a realização do projeto de pesquisa “Síndrome Pós-Cuidados Intensivos em Idosos e seus Cuidadores Familiares: estudo de coorte”, da pesquisadora responsável Prfo^a Dr^a Lisiane Manganelli Girardi Paskulin em coautoria com Duane Mocellin, desde que o mesmo seja aprovado para ser executado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

HCPA
Prof.^a Dra. Karina de Oliveira Azzolin
Chefe do Serviço de Enfermagem em Terapia Intensiva
COREN - 9582953

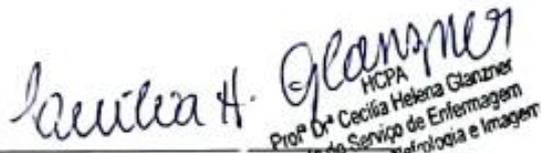


Prof^a Karina de Oliveira Azzolin
Chefe do Serviço de Enfermagem em Terapia Intensiva

Porto Alegre, 23 de março de 2021.

**APÊNDICE I – Autorização da Chefia do Serviço de Enfermagem Cardiovascular,
Nefrologia e Imagem (SENCI) do HCPA**

A Chefia do Serviço de Enfermagem Cardiovascular, Nefrologia e Imagem (Senci) do HCPA está ciente e autoriza a realização da pesquisa intitulada “Síndrome pós-cuidados intensivos em idosos e seus cuidadores familiares: estudo de coorte” com os pacientes provenientes da Unidade de Cuidadores Coronarianos. Para a realização do projeto, incluiremos os pacientes idosos e seus respectivos cuidadores familiares após a alta do CTI, sendo prevista a realização da coleta de dados basais dos sujeitos na unidade de internação a que for encaminhado e após, em um e três meses, serão realizadas entrevistas telefônicas. O projeto encontra-se aprovado pelo CEP do HCPA com registro no GPPG nº 2021-0125.

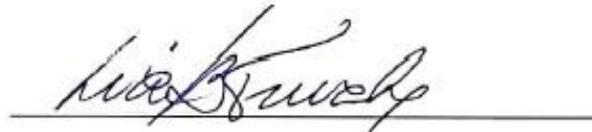

HCPA
Profª Drª Cecilia Helena Glanzner
Chefe do Serviço de Enfermagem
em Cardiologia, Nefrologia e Imagem

Profª Cecilia Helena Glanzner
Chefia do Serviço de Enfermagem Cardiovascular,
Nefrologia e Imagem (Senci)

Porto Alegre, 27 de julho 2021.

**APÊNDICE J – Autorização da Chefia do Serviço de Enfermagem em Centro Cirúrgico
(SECC) do HCPA**

A Chefia do Serviço de Enfermagem em Centro Cirúrgico do HCPA está ciente e autoriza a realização da pesquisa intitulada “Síndrome pós-cuidados intensivos em idosos e seus cuidadores familiares: estudo de coorte” com os pacientes da Unidade de Terapia Intensiva da Sala de Recuperação pós-anestésica. Para a realização do projeto, incluiremos os pacientes idosos e seus respectivos cuidadores familiares após a alta da UTI, sendo prevista a realização da coleta de dados basais dos sujeitos na unidade de internação a que for encaminhado e após, em um e três meses, serão realizadas entrevistas telefônicas. O projeto encontra-se aprovado pelo CEP do HCPA com registro no GPPG nº 2021-0125.



Profª Lia Brandt Funcke

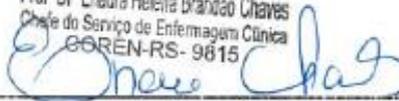
Chefia do Serviço de Enfermagem em Centro Cirúrgico

Porto Alegre, 27 de Junho 2021.

**APÊNDICE K – Autorização da Chefia do Serviço de Enfermagem Clínica (SECLIN)
do HCPA**

A pesquisa intitulada “Síndrome pós-cuidados intensivos em idosos e seus cuidadores familiares: estudo de coorte” que possui como pesquisadora responsável a Prof Lisiane Manganelli Girardi Paskulin, prevê a realização da coleta de dados basais dos sujeitos, paciente idoso e seu cuidador familiar, após a alta do Centro de Terapia Intensiva na respectiva unidade de internação a que for encaminhado. O projeto encontra-se aprovado pelo CEP do HCPA com registro no GPPG nº 2021-0125. Para realização da coleta nas unidades de internação, encaminhamos esta solicitação de liberação e ciência. Destacamos que a equipe de pesquisa já recebeu a imunização para o Covid-19 e que seguirá toda a recomendação vigente quanto ao uso dos equipamentos de proteção individual, distanciamento e estará atenta aos critérios de avaliação dos participantes do estudo quanto aos sintomas respiratórios.

HCPA
Profª Drª Enaura Helena Brandão Chaves
Chefe do Serviço de Enfermagem Clínica
COREN-RS- 9815



Profª Enaura Helena Brandão Chaves
Chefia do Serviço de Enfermagem Clínica (Seclin)

Porto Alegre, 02 de junho de 2021.

**APÊNDICE L – Autorização da Chefia do Serviço de Enfermagem Cirúrgica (SEC) do
HCPA**

A pesquisa intitulada “Síndrome pós-cuidados intensivos em idosos e seus cuidadores familiares: estudo de coorte” que possui como pesquisadora responsável a Prof Lisiane Manganeli Girardi Paskulin, prevê a realização da coleta de dados basais dos sujeitos, paciente idoso e seu cuidador familiar, após a alta do Centro de Terapia Intensiva na respectiva unidade de internação a que for encaminhado. O projeto encontra-se aprovado pelo CEP do HCPA com registro no GPPG nº 2021-0125. Para realização da coleta nas unidades de internação, encaminhamos esta solicitação de liberação e ciência. Destacamos que a equipe de pesquisa já recebeu a imunização para o Covid-19 e que seguirá toda a recomendação vigente quanto ao uso dos equipamentos de proteção individual, distanciamento e estará atenta aos critérios de avaliação dos participantes do estudo quanto aos sintomas respiratórios.


 HCPA
 Profª Drª Daiane Dal Pai
 Chefe do Serviço de Enfermagem
 Cirúrgica


 Profª Daiane Dal Pai
 Chefia do Serviço de Enfermagem Cirúrgica (SEC)


 HCPA
 Profª Drª Silvana Maria Zarth
 Professora Assistente do Serviço
 de Enfermagem Cirúrgica

Porto Alegre, 09 de junho 2021.

APÊNDICE M – Roteiros para Entrevistas Telefônicas de Seguimento

Coleta de dados do primeiro mês após a alta da UTI do Idoso

1. Bom dia/boa tarde. Sou (nome da entrevistadora), pesquisadora do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Há um mês o Sr. (a) _____ esteve internado na UTI do HCPA e, ainda no hospital, você e seu cuidador responderam a um questionário referente à pesquisa SÍNDROME PÓS-CUIDADOS INTENSIVOS EM IDOSOS E SEUS CUIDADORES FAMILIARES. Nessa pesquisa, o(a) senhor(a) e seu familiar serão acompanhados em 1 e 3 meses após a alta da UTI. Este contato refere-se ao acompanhamento após um mês da alta da UTI. A entrevista deste acompanhamento leva em torno de 20 minutos e será gravada. O(a) senhor(a) teria disponibilidade para responder neste momento?

- Se houver recusa inicial devido ao horário, combinar o horário mais adequado para o cuidador/paciente.

- Caso o paciente recuse continuar na pesquisa, insista com educação, salientando a importância da pesquisa para melhorar os serviços de saúde. Se permanecer a negativa, agradecer a disposição.

- Antes de iniciar, confirme os dados de identificação e questione se os telefones de contato ainda são os mesmos.

2. Agradeço a sua disponibilidade. Vamos iniciar com algumas perguntas para avaliar como o(a) senhor(a) passou este período após a alta da UTI [Aplicar Instrumento de Coleta de Dados em um e três meses do Idoso (APÊNDICE E)].

3. Vamos fazer algumas perguntas para avaliar como está a sua memória e o pensamento [Aplicar a Entrevista Telefônica para Avaliação do Estado Cognitivo – Modificada (TICS-M) (Anexo B)].

4. Estas questões são referentes a como o(a) senhor(a) realiza suas atividades do dia a dia [Aplicar o Índice de Barthel (ANEXO A)].

5. A seguir, vou lhe fazer algumas perguntas sobre como o(a) senhor(a) está se sentindo no momento. Diga a melhor alternativa que representa o seu estado atual [Aplicar a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) (ANEXO C)].

6. A seguir, vou ler algumas frases que representam as dificuldades que as pessoas podem apresentar, após passar por eventos estressantes. Com relação às memórias de sua internação, em _____, por favor, escolha a alternativa a seguir que melhor corresponde ao seu nível de estresse nos últimos 7 dias. Algumas questões podem parecer

repetitivas, mesmo assim é importante respondê-las. As alternativas sempre serão: Nem um pouco, Um pouco, Moderadamente, Muito ou Extremamente [Aplicar a Escala do Impacto do Evento – Revisada (IES-R) (ANEXO D)].

7. Finalização: Relembrando que o(a) senhor(a) será acompanhado(a) nessa pesquisa até o terceiro mês após a sua alta da UTI, com mais uma entrevista por telefone. O próximo contato será em torno de 2 meses. Muito obrigada pela sua disposição, desejo melhoras ao(à) senhor(a).

Coleta de dados do terceiro mês após a alta da UTI do Idoso

1. Bom dia/boa tarde. Sou (nome da entrevistadora), pesquisadora do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Há três meses o Sr. (a) _____ esteve internado na UTI do HCPA e, ainda no hospital, você e seu cuidador responderam a um questionário referente à pesquisa SÍNDROME PÓS-CUIDADOS INTENSIVOS EM IDOSOS E SEUS CUIDADORES FAMILIARES. Nessa pesquisa, o(a) senhor(a) e seu familiar já responderam à avaliação de um mês após a alta da UTI. Este contato refere-se ao acompanhamento após três meses da alta da UTI. A entrevista deste acompanhamento leva em torno de 20 minutos e será gravada. O(a) senhor(a) teria disponibilidade para responder neste momento?

- Se houver recusa inicial devido ao horário, combinar o horário mais adequado para o cuidador/paciente.

- Caso o paciente recuse continuar na pesquisa, insista com educação, salientando a importância da pesquisa para melhorar os serviços de saúde. Se permanecer a negativa, agradecer a disposição.

- Antes de iniciar, confirme os dados de identificação e questione se os telefones de contato ainda são os mesmos.

2. Agradeço a sua disponibilidade. Vamos iniciar com algumas perguntas para avaliar como o(a) senhor(a) passou estes últimos dois meses [Aplicar Instrumento de Coleta de Dados em um e três meses do Idoso (APÊNDICE E)].

3. Vamos fazer algumas perguntas para avaliar como está a sua memória e o pensamento [Aplicar a Entrevista Telefônica para Avaliação do Estado Cognitivo – Modificada (TICS-M) (Anexo B)].

4. Estas questões são referentes a como o(a) senhor(a) realiza suas atividades do dia a dia [Aplicar o Índice de Barthel (ANEXO A)].

5. A seguir, vou lhe fazer algumas perguntas sobre como o(a) senhor(a) está se sentindo no momento. Diga a melhor alternativa que representa o seu estado atual [Aplicar a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) (ANEXO C)].
 6. A seguir, vou ler algumas frases que representam as dificuldades que as pessoas podem apresentar, após passar por eventos estressantes. Com relação às memórias de sua internação, em _____, por favor, escolha a alternativa a seguir que melhor corresponde ao seu nível de estresse nos últimos 7 dias. Algumas questões podem parecer repetitivas, mesmo assim é importante respondê-las. As alternativas sempre serão: Nem um pouco, Um pouco, Moderadamente, Muito ou Extremamente [Aplicar a Escala do Impacto do Evento – Revisada (IES-R) (ANEXO D)].
 7. Finalização: Agradecemos a sua participação na pesquisa. Desejamos melhoras ao(à) senhor(a).
-

Coleta de dados do primeiro mês após a alta da UTI do Cuidador Familiar

1. Bom dia/boa tarde. Sou (nome da entrevistadora), pesquisadora do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Há um mês o seu familiar, o Sr. (a) _____ esteve internado na UTI do HCPA e, ainda no hospital, você e seu familiar responderam a um questionário referente à pesquisa SÍNDROME PÓS-CUIDADOS INTENSIVOS EM IDOSOS E SEUS CUIDADORES FAMILIARES. Nessa pesquisa, o(a) senhor(a) e seu familiar serão avaliados em um mês após a alta da UTI. Este contato refere-se ao acompanhamento após um mês da alta da UTI. A entrevista deste acompanhamento leva em torno de 20 minutos e será gravada. O(a) senhor(a) teria disponibilidade para responder neste momento?
 - Se houver recusa inicial devido ao horário, combinar o horário mais adequado para o cuidador/paciente.
 - Caso o familiar recuse continuar na pesquisa, insista com educação, salientando a importância da pesquisa para melhorar os serviços de saúde. Se permanecer a negativa, agradecer a disposição.
 - Antes de iniciar, confirme os dados de identificação e questione se os telefones de contato ainda são os mesmos.
2. Agradeço a sua disponibilidade. Vamos iniciar com algumas perguntas para avaliar como o(a) senhor(a) passou este último mês [Aplicar Instrumento de Coleta de Dados em um e três meses do Cuidador (APÊNDICE F)].

3. A seguir, vou lhe fazer algumas perguntas sobre como o(a) senhor(a) está se sentindo no momento. Diga a melhor alternativa que representa o seu estado atual [Aplicar a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) (ANEXO C)].
 4. A seguir, vou ler algumas frases que representam as dificuldades que as pessoas podem apresentar, após passar por eventos estressantes. Com relação às memórias de sua internação, em _____, por favor, escolha a alternativa a seguir que melhor corresponde ao seu nível de estresse nos últimos 7 dias. Algumas questões podem parecer repetitivas, mesmo assim é importante respondê-las. As alternativas sempre serão: Nem um pouco, Um pouco, Moderadamente, Muito ou Extremamente [Aplicar a Escala do Impacto do Evento – Revisada (IES-R) (ANEXO D)].
 5. Finalização: Relembrando que o(a) senhor(a) será acompanhado(a) nessa pesquisa até o terceiro mês após a alta de seu familiar da UTI, com mais uma entrevista por telefone. O próximo contato será em torno de 2 meses. Muito obrigada pela sua disposição.
-

Coleta de dados do terceiro mês após a alta da UTI do Cuidador Familiar

1. Bom dia/boa tarde. Sou (nome da entrevistadora), pesquisadora do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Há três meses o seu familiar, o Sr. (a) _____ esteve internado na UTI do HCPA e, ainda no hospital, você e seu familiar responderam a um questionário referente à pesquisa SÍNDROME PÓS-CUIDADOS INTENSIVOS EM IDOSOS E SEUS CUIDADORES FAMILIARES. Nessa pesquisa, o(a) senhor(a) e seu familiar já responderam à avaliação de um mês após a alta da UTI. Este contato refere-se ao acompanhamento após três meses da alta da UTI. A entrevista deste acompanhamento leva em torno de 20 minutos e será gravada. O(a) senhor(a) teria disponibilidade para responder neste momento?

- Se houver recusa inicial devido ao horário, combinar o horário mais adequado para o cuidador/paciente.
- Caso o familiar recuse continuar na pesquisa, insista com educação, salientando a importância da pesquisa para melhorar os serviços de saúde. Se permanecer a negativa, agradecer a disposição.
- Antes de iniciar, confirme os dados de identificação e questione se os telefones de contato ainda são os mesmos.

2. Agradeço a sua disponibilidade. Vamos iniciar com algumas perguntas para avaliar como o(a) senhor(a) passou este último mês [Aplicar Instrumento de Coleta de Dados em um e três meses do Cuidador (APÊNDICE F)].
3. A seguir, vou lhe fazer algumas perguntas sobre como o(a) senhor(a) está se sentindo no momento. Diga a melhor alternativa que representa o seu estado atual [Aplicar a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) (ANEXO C)].
4. A seguir, vou ler algumas frases que representam as dificuldades que as pessoas podem apresentar, após passar por eventos estressantes. Com relação às memórias de sua internação, em _____, por favor, escolha a alternativa a seguir que melhor corresponde ao seu nível de estresse nos últimos 7 dias. Algumas questões podem parecer repetitivas, mesmo assim é importante respondê-las. As alternativas sempre serão: Nem um pouco, Um pouco, Moderadamente, Muito ou Extremamente [Aplicar a Escala do Impacto do Evento – Revisada (IES-R) (ANEXO D)].
5. Finalização: agradecemos a sua participação na pesquisa. Este foi nosso último contato. Desejamos melhoras a seu familiar.

ANEXO A – Índice de Barthel

Pontos	Âmbito de avaliação
Alimentação	
10	Independente: capaz de utilizar qualquer instrumento necessário, alimenta-se em um tempo razoável, capaz de cortar o alimento, usar temperos, passar manteiga no pão, etc., sozinho.
05	Necessita de ajuda: por exemplo, para cortar o alimento, passar manteiga no pão, etc.
0	Dependente: necessita ser alimentado.
Banho	
05	Independente: capaz de lavar-se por inteiro, usando o chuveiro ou banheira, permanecendo em pé e se ensaboando com a esponja por todo o corpo. Inclui entrar e sair do chuveiro/banheira sem a necessidade de uma pessoa presente.
0	Dependente: Incapaz de lavar-se.
Arrumar-se	
10	Independente: capaz de vestir-se e arrumar-se. Amarra os sapatos, abotoa os botões, etc. Coloca coletes e cintas inguinais.
5	Necessita de ajuda: faz metade das tarefas em um tempo razoável.
0	Dependente: incapaz de arrumar-se, sem assistência maior.
Asseio pessoal	
5	Independente: realiza todas as tarefas (lavar as mãos, rosto, cabelo, etc.). Inclui barbear-se e escovar os dentes. Não necessita de nenhuma ajuda. Inclusive pluga o barbeador elétrico na tomada se for o caso.
0	Dependente: necessita de alguma ajuda.
Evacuação	
10	Continente: nenhum acidente; se necessita de enema ou supositórios pode fazer por si mesmo.
5	Acidente ocasional: raro (menos de uma vez por semana), ou necessita de ajuda com supositório.
0	Incontinente.

Micção	
10	Continente: nenhum acidente, seco durante o dia e a noite. Capaz de usar qualquer dispositivo (cateter). Se necessário, será capaz de trocar a bolsa coletora de urina.
5	Acidente ocasional: menos de uma vez por semana. Necessita de ajuda com fraldas.
0	Incontinente.
Uso do vaso sanitário	
10	Independente: entra e sai sozinho. É capaz de tirar e colocar as roupas, limpar-se e prevenir manchas nas roupas, esvaziar e limpar a comadre. Capaz de sentar-se e levantar-se sem ajuda ou pode usar barras de suporte.
5	Precisa de ajuda: necessita de ajuda para manter-se em equilíbrio, limpar-se ou tirar e colocar a roupa.
0	Dependente: incapaz de manejar-se sem assistência maior.
Transferência para cadeira/poltrona	
15	Independente: não necessita de ajuda. Se utilizar cadeira de rodas, faz de forma independente.
10	Mínima ajuda: inclui supervisão verbal e pequena ajuda física (por exemplo, oferecido(a) pelo(a) cônjuge).
5	Grande ajuda: capaz de sentar-se sem ajuda, mas necessita de muita assistência para sair da cama.
0	Dependente: necessita de apoio completo para levantar-se com a ajuda de duas pessoas. Incapaz de permanecer sentado.
Deambulação	
15	Independente: pode utilizar qualquer tipo de auxílio para marcha (próteses, bengalas, muletas, etc.) exceto andador. A velocidade não é importante. Pode caminhar pelo menos 50 metros ou equivalente sem supervisão ou ajuda.
10	Necessita de ajuda: supervisão verbal ou física, incluindo instrumentos ou outras formas de ajuda para permanecer de pé. Deambula por 50 metros.
5	Independente em cadeira de rodas: impulsiona sua cadeira de rodas pelo menos 50 metros. Vira a cadeira em cantos apenas.
0	Dependente: requer ajuda maior.

Degraus	
10	Independente: capaz de subir/descer um andar de escadas sem ajuda ou supervisão mesmo utilizando o corrimão ou outros instrumentos de apoio.
5	Necessita de ajuda: supervisão verbal ou física.
0	Dependente: necessita de ascensores (cadeira elevador), não pode subir degraus.
Total	Soma simples do resultado de cada item.

**ANEXO B – Entrevista Telefônica para Avaliação do Estado Cognitivo – Modificada
(TICS-M)**

Pontuar '1' para cada resposta correta e '0' para incorreta

Orientação

1. (i) Que dia da semana é hoje?	<i>Dia</i>	
(ii) Qual a data de hoje?	<i>Dia</i>	
	<i>Mês</i>	
	<i>Ano</i>	
(iii) Em qual estação nós estamos?	<i>Estação</i>	
2. Qual é sua idade?	<i>Idade</i>	
3. Qual é o seu número de telefone?	<i>Número</i>	

Registro / Memória imediata

4. Eu vou ler uma lista de 10 palavras. Por favor, ouça com atenção e tente gravar estas palavras na sua memória. Quando eu terminar, você tem que me dizer todas as palavras que você lembrar, não importa a ordem. Você está pronto(a)?

Agora, me diga todas as palavras que você conseguir lembrar.

	<i>Cabana</i>	
	<i>Cachimbo</i>	
	<i>Elefante</i>	
	<i>Peito</i>	
	<i>Seda</i>	
	<i>Teatro</i>	
	<i>Relógio</i>	
	<i>Chicote</i>	
	<i>Travesseiro</i>	
	<i>Gigante</i>	

Atenção / Cálculo

5. Por favor, quanto é 100 menos 7?	93	<input type="checkbox"/>
Agora continue diminuindo 7 do número que sobrar até que eu peça para você parar.	86	<input type="checkbox"/>
	79	<input type="checkbox"/>
	72	<input type="checkbox"/>
	65	<input type="checkbox"/>
6. Por favor, conte de 1 a 20, só que de trás para frente.	<i>Sem erros</i>	<input type="checkbox"/>

Memória de compreensão, semântica e episódica recente

7. O que as pessoas geralmente utilizam para cortar papel?	<i>Tesoura</i>	<input type="checkbox"/>
8. Qual é a planta verde cheia de espinhos encontrada no deserto?	<i>Cactus, macambira, mandacaru, palma ou similar</i>	<input type="checkbox"/>
9. Quem é o atual presidente do Brasil?	<i>Nome completo</i>	<input type="checkbox"/>
10. Quem é o atual governador de São Paulo? (<i>adaptar pergunta conforme Estado</i>).	<i>Nome completo</i>	<input type="checkbox"/>
11. Qual é o oposto de Leste?	<i>Oeste</i>	<input type="checkbox"/>

Linguagem / Repetição

12. Por favor, repita isso: Igreja Presbiteriana.	<i>Exatamente correto</i>	<input type="checkbox"/>
---	---------------------------	--------------------------

Evocação tardia

13. Por favor, repita a lista de 10 palavras que eu li anteriormente.

<i>Cabana</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Peito</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Relógio</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Cachimbo</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Seda</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Chicote</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Elefante</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Teatro</i>	<input type="checkbox"/>	<i>Travesseiro</i>	<input type="checkbox"/>
				<i>Gigante</i>	<input type="checkbox"/>

Máximo de 39 pontos

ANEXO C - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponderá como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão.

A 1) Eu me sinto tenso ou contraído:

- | | |
|------------------------------|------------------------|
| 3 () A maior parte do tempo | 1 () De vez em quando |
| 2 () Boa parte do tempo | 0 () Nunca |

D 2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 0 () Sim, do mesmo jeito que antes | 2 () Só um pouco |
| 1 () Não tanto quanto antes | 3 () Já não sinto mais prazer em nada |

A 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 3 () Sim, e de um jeito muito forte | 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa |
| 2 () Sim, mas não tão forte | 0 () Não sinto nada disso |

D 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- | | |
|---------------------------------|----------------------------|
| 0 () Do mesmo jeito que antes | 2 () Atualmente bem menos |
| 1 () Atualmente um pouco menos | 3 () Não consigo mais |

A 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- | | |
|------------------------------|------------------------|
| 3 () A maior parte do tempo | 1 () De vez em quando |
| 2 () Boa parte do tempo | 0 () Raramente |

D 6) Eu me sinto alegre:

- | | |
|--------------------|------------------------------|
| 3 () Nunca | 1 () Muitas vezes |
| 2 () Poucas vezes | 0 () A maior parte do tempo |

A 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

- | | |
|-------------------------|--------------------|
| 0 () Sim, quase sempre | 2 () Poucas vezes |
| 1 () Muitas vezes | 3 () Nunca |

D 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- | | |
|--------------------|------------------------|
| 3 () Quase sempre | 1 () De vez em quando |
| 2 () Muitas vezes | 0 () Nunca |

A 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- | | |
|------------------------|--------------------|
| 0 () Nunca | 2 () Muitas vezes |
| 1 () De vez em quando | 3 () Quase sempre |

D10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- | | |
|---|---|
| 3 () Completamente | 1 () Talvez não tanto quanto antes |
| 2 () Não estou mais me cuidando como deveria | 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes |

A11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| 3 () Sim, demais | 1 () Um pouco |
| 2 () Bastant | 0 () Não me sinto assim |

D12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| 0 () Do mesmo jeito que antes | 2 () Bem menos do que antes |
| 1 () Um pouco menos do que antes | 3 () Quase nunca |

A13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- | | |
|----------------------------|------------------------|
| 3 () A quase todo momento | 1 () De vez em quando |
| 2 () Várias vezes | 0 () Não sinto isso |

D14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 0 () Quase sempre | 2 () Poucas vezes |
| 1 () Várias vezes | 3 () Quase nunca |

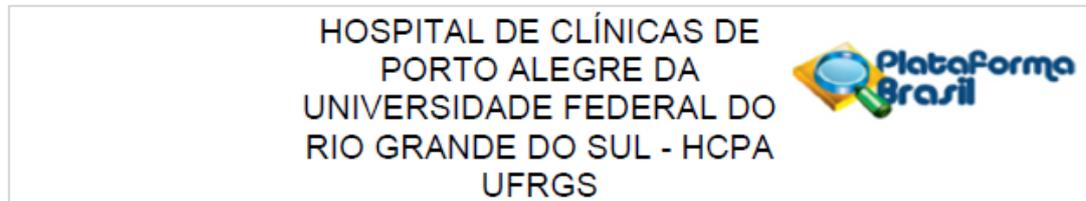
ANEXO D - Escala do Impacto do Evento – Revisada (IES-R)

Listamos abaixo as dificuldades que as pessoas algumas vezes apresentam, após passar por eventos estressantes. Com relação às memórias do evento estressor _____, por favor, leia cada item abaixo e depois marque com um X a coluna que melhor corresponde a seu nível de estresse, nos últimos 7 dias.

	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
1. Qualquer lembrança trazia de volta sentimentos sobre a situação	0	1	2	3	4
2. Eu tinha problemas em manter o sono	0	1	2	3	4
3. Outros acontecimentos faziam com que eu ficasse pensando sobre a situação	0	1	2	3	4
4. Eu me sentia irritável e bravo	0	1	2	3	4
5. Eu evitava ficar chateado quando pensava sobre a situação ou era lembrado dela	0	1	2	3	4
6. Eu pensava sobre a situação mesmo quando não tinha intenção de pensar	0	1	2	3	4
7. Eu sentia como se não tivesse passado pela situação ou como se não fosse real	0	1	2	3	4
8. Eu me mantive longe de coisas que pudessem lembrar a situação	0	1	2	3	4
9. Imagens sobre a situação saltavam em minha mente	0	1	2	3	4
10. Eu ficava sobressaltado e facilmente alarmado	0	1	2	3	4
11. Eu tentei não pensar sobre a situação	0	1	2	3	4
12. Eu sabia que ainda tinha muitas emoções ligadas à situação, mas as evitei	0	1	2	3	4
13. Meus sentimentos sobre a situação estavam como que entorpecidos	0	1	2	3	4
14. Eu me peguei agindo ou sentindo como se estivesse de volta à situação	0	1	2	3	4
15. Eu tive problemas para dormir	0	1	2	3	4
16. Eu tive ondas de fortes emoções relativas à situação	0	1	2	3	4
17. Eu tentei retirar a situação da minha memória	0	1	2	3	4

18. Eu tive problemas de concentração	0	1	2	3	4
19. Lembranças da situação faziam com que eu tivesse reações físicas, como suores, problemas para respirar, náuseas ou coração disparado	0	1	2	3	4
20. Eu tive sonhos sobre a situação	0	1	2	3	4
21. Eu me sentia atento ou na defensiva	0	1	2	3	4
22. Eu tentei não falar sobre a situação	0	1	2	3	4

ANEXO E – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Síndrome pós-cuidados intensivos em idosos e seus cuidadores familiares: estudo de coorte

Pesquisador: Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 43233921.4.3001.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.725.268

Apresentação do Projeto:

Introdução: Diante do envelhecimento da população mundial, a demanda por cuidados intensivos de idosos está crescendo rapidamente. A Síndrome Pós-cuidados Intensivos (Post Intensive Care Syndrome - PICS) descreve problemas novos ou agravados no estado de saúde física, cognitiva ou psicológica que surgem após uma doença crítica e que persistem além da hospitalização. Os cuidadores familiares que vivenciam a internação em Centro de Terapia Intensiva (CTI) também podem apresentar os sintomas psicológicos da PICS devido ao estado emocional, à tomada de decisões, ao ambiente e ao lidar com o ônus de cuidar de seu familiar após a alta. **Objetivo:** Analisar a PICS em idosos e seus cuidadores familiares após internação no CTI. **Método:** Estudo de coorte analítico. O campo de estudo será o CTI do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Os sujeitos serão os pacientes idosos após alta do CTI com tempo de permanência 72 horas nos casos de internação clínica ou cirúrgica de urgência, e 120 horas nos casos de internação cirúrgica eletiva; e seus cuidadores familiares com idade acima de 18 anos, que vivenciaram a internação de seu familiar e que assumirão a maior parte de seu cuidado no retorno ao domicílio, seja no âmbito instrumental, emocional ou financeiro. Na coleta de dados serão identificados os pacientes idosos com alta do

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL - HCPA
UFRGS



Continuação do Parecer: 4.725.268

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_cuidador.pdf	25/03/2021 17:57:04	Lisiane Manganelli Girardi Paskulin	Aceito
Parecer Anterior	Aprovacao_COMPESQ_UFRGS.PNG	12/02/2021 11:51:31	Lisiane Manganelli Girardi Paskulin	Aceito
Parecer Anterior	Parecer_Consubstanciado_Qualificacao.pdf	10/02/2021 23:12:22	Lisiane Manganelli Girardi Paskulin	Aceito
Parecer Anterior	Ata_Exame_Qualificacao_Mestrado.pdf	10/02/2021 23:11:36	Lisiane Manganelli Girardi Paskulin	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 21 de Maio de 2021

Assinado por:
Têmis Maria Félix
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br