



**KARLA DANIELLE MORETTO**

**DEPOIS DA UTI: PROPOSIÇÃO DE FERRAMENTA DE ORIENTAÇÃO A PACIENTES E FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA II DO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ SOBRE A SÍNDROME PÓS-CUIDADOS INTENSIVOS E SEUS IMPACTOS NA VIDA COTIDIANA APÓS A ALTA HOSPITALAR.**

Trabalho apresentado ao curso MBA em Desenvolvimento Humano de Gestores, Pós-Graduação *lato sensu*, Nível de Especialização, do Programa FGV Management da Fundação Getúlio Vargas, como pré-requisito para a obtenção do Título de Especialista.

**Edmarson Bacelar Mota**

**Coordenador Acadêmico Executivo**

**Gianfranco Muncinelli**

**Orientador**

**Curitiba – Pr**

**2019**

**FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS**  
**PROGRAMA FGV MANAGEMENT**  
**MBA EM DESENVOLVIMENTO HUMANO DE GESTORES**

O Trabalho de Conclusão de Curso,

**“Depois da UTI: proposição de ferramenta de orientação a pacientes e familiares de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva II do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná sobre Síndrome Pós-Cuidados Intensivos e seus impactos na vida cotidiana após a alta hospitalar.”** ,

elaborado por Karla Danielle Moretto e aprovado pela Coordenação Acadêmica, foi aceito como pré-requisito para a obtenção do certificado do Curso de Pós-Graduação *lato sensu* MBA em Desenvolvimento Humano de Gestores, Nível de Especialização, do Programa FGV Management.

Data da Aprovação: Curitiba, 17 de maio 2019.

---

Edmarson Bacelar Mota  
Coordenador Acadêmico Executivo

---

Gianfranco Muncinelli  
Orientador

## **Termo de Compromisso**

A aluna **KARLA DANIELLE MORETTO** abaixo assinado, do curso de MBA em Desenvolvimento Humano de Gestores, Turma DHG8-Curitiba (1/2017) do Programa FGV Management, realizado nas dependências da instituição conveniada ISAE, no período de 07/07/2017 a 17/05/2019, declara que o conteúdo do Trabalho de Conclusão de Curso intitulado **“Depois da UTI: proposição de ferramenta de orientação a pacientes e familiares de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva II do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná sobre Síndrome Pós-Cuidados Intensivos e seus impactos na vida cotidiana após a alta hospitalar.”** é autêntico e original.

Curitiba, 17 de maio de 2019.

---

Karla Danielle Moretto

Dedico esse trabalho a meu  
marido, Adriano; e à minha filha, Alícia.

## **Agradecimentos**

A meu marido, Adriano; e minha filha, Alícia, por compreenderem minhas ausências nos fins de semana e me apoiarem durante a realização deste curso;

A meus pais, Carlos e Edna, que me ensinaram a importância do estudo e criaram em mim a necessidade constante de aprimoramento do meu conhecimento;

A meus amigos, Cláudia e Harry, os designers gráficos deste trabalho, que conseguiram ceder espaço a mim no meio de suas vidas atribuladas.

À Maria José, secretária como Comitê de Ética do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, que me auxiliou pacientemente para a realização da pesquisa realizada na Unidade de Terapia Intensiva II.

Ao meu orientador, Gianfranco Muncinelli, por sempre estar disponível mesmo acompanhando vários alunos concomitantemente.

À ISAE- FGV, por ter propiciado a mim a ampliação de minha visão de mundo, encorajando-me a atuar nele de modo a contribuir para que fique cada vez melhor.

## Resumo

Sobreviver à doença crítica é apenas o começo. Após a recuperação da doença aguda, suas consequências ainda são perceptíveis a pacientes e seus familiares. Prejuízos funcionais, neurocognitivos, psiquiátricos e sociais afetam de modo importante a qualidade de vida dos sobreviventes por tempo prolongado (AZOULAY *et al*, 2017; HERRIDGE *et al*, 2015; HILL, 2016; ORME, 2005). A esse fenômeno dá-se o nome de Síndrome pós Cuidados Intensivos. Fraqueza neuromuscular, desordens de humor e distúrbios cognitivos relacionados à memória, atenção e realização de atividades de vida diária (AZOULAY *et al*, 2017; ORME, 2005; SAKUSIC, 2018) dificultam a independência dos pacientes acarretando, desse modo, sobrecarga de familiares responsáveis (AZOULAY *et al*, 2017; RAWAL *et al*, 2017), maior utilização de serviços de saúde (HILL, 2016) e necessidade de auxílios social e financeiro (KHANDELWAL *et al*, 2018; NEEDHAM *et al*, 2011), já que cerca de 25 % deles não retornam ao trabalho em um ano (HILL, 2016), sendo importante a orientação quanto à consequências da doença crítica após alta da Unidade de Terapia Intensiva a todos envolvidos nos cuidados de pacientes críticos e, no caso deste estudo, a pacientes e seus familiares. O trabalho apresentado consiste em estudo qualitativo com pesquisa de campo através da elaboração de questionário formulado pelo pesquisador com base no livro Métodos e Pesquisa em Administração, o qual foi aplicado a familiares de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva II do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná de 1 de abril a 13 de maio de 2019 visando averiguar o conhecimento dos mesmos sobre a Síndrome Pós-Cuidados Intensivos. A análise estatística dos dados coletados foi realizada com o software Microsoft Excel 2016 para tabulação dos dados e SPSS V. 25 para análise estatística, sendo adotado 5 % de significância em todos os testes aplicados. Os resultados demonstraram que 72,5% dos que responderam ao questionário apresentavam baixo conhecimento sobre a Síndrome Pós-UTI e apenas 38% receberam informações quanto à síndrome quando em contato com Unidade de Terapia Intensiva. Ao serem avaliados os sintomas e sinais associados à doença crítica, sejam eles cognitivos, mentais ou motores, o conhecimento permanece baixo em mais de 50% dos respondentes, demonstrando a necessidade de melhor orientação de tais pessoas sobre a Síndrome Pós-Cuidados Intensivos. Foi então desenvolvida ferramenta de orientação através de métodos de Design gráfico tendo como base princípios de Comunicação Interpessoal, particularmente a Empatia. A doença crítica tem efeito transformador na vida de pacientes e seus familiares. O estresse emocional a que pacientes e familiares são submetidos após a alta da Unidade de Terapia Intensiva pode potencialmente ser reduzido com melhor orientação quanto à Síndrome Pós Cuidados Intensivos, sendo o impacto da ferramenta de orientação elaborada sobre a recuperação de pacientes e o bem-estar destes e de seus familiares tema propício a investigações futuras.

**Palavras Chave:** Doença crítica. Pós UTI. Comunicação. Empatia.

## **Abstract**

Surviving critical illness is just the beginning. After recovery from the acute illness, its consequences are still perceptible to patients and their families. Functional, neurocognitive, psychiatric and social impairments significantly affect the quality of life of survivors over a long period of time (AZOULAY et al, 2017; HERRIDGE et al, 2015; HILL, 2016; ORME, 2005). This phenomenon is called Post Intensive Care Syndrome. Neuromuscular weakness, mood and cognitive disorders related to memory, attention and daily life activities (AZOULAY et al, 2017; ORME, 2005; SAKUSIC, 2018) hamper the independence of patients, thus causing an overload of responsible family members (AZOULAY et al, 2017; RAWAL et al, 2017), increased utilization of health care services (HILL, 2016) and the need for social and financial aid (KHANDELWAL et al, 2018; NEEDHAM et al, 2011), as around 25% of them do not return to work in one year (HILL, 2016), being important the orientation about critical illness consequences after discharge from the Intensive Care Unit and from the hospital to all those involved in the care of critically ill and, in the case of this study, patients and their families. The present work consists of a qualitative study with field research through the elaboration of a questionnaire formulated by the researcher based on the book *Methods and Research in Administration*, which was applied to relatives of patients hospitalized in the Intensive Care Unit II of the Hospital de Clínicas Complejo of Federal University of Paraná from April 1<sup>th</sup> to May 13<sup>th</sup>, 2019, aiming to ascertain their knowledge about the Post Intensive Care Syndrome. Statistical analysis of the collected data was performed with Microsoft Excel 2016 software for data tabulation and SPSS V. 25 for statistical analysis, with 5% of significance being adopted in all applied tests. The results showed that 72.5% of those who answered the questionnaire had low knowledge about Post-ICU Syndrome and only 38% received information about the syndrome when in contact with some Intensive Care Unit. When assessing the symptoms and signs associated with the critical illness, whether cognitive, mental or motor, the knowledge remains low in more than 50% of the respondents, demonstrating the need for a better orientation of such people about Post- ICU Syndrome. A guidance tool was developed through Graphic design based on principles of Interpersonal Communication, particularly Empathy. Critical illness has a transformative effect on the lives of patients and their families. The emotional stress to which patients and relatives are submitted after discharge from the Intensive Care Unit can potentially be reduced with a better orientation regarding the Post- Intensive Care Syndrome, and the impact of the elaborate guidance tool on patient recovery and well-being of these and their families subject to future research.

Keywords: Critical illness. Post ICU. Communication. Empathy.

## **Lista de Figuras**

FIGURA 1 - Recuperação parcial da força muscular após 12 meses da alta da Unidade de Terapia Intensiva.....	7
---	---



## **Lista de Tabelas**

TABELA 1 – Descritivo da amostra.....	17
---------------------------------------	----

**Lista de Gráficos:**

GRÁFICO 1 - Influência do internamento prévio em Unidade de Terapia Intensiva sobre a percepção da ocorrência de sintomas depressivos após a alta da UTI.....18

GRÁFICO 2 - Impacto da explicação sobre a Síndrome Pós- Cuidados Intensivos no conhecimento sobre a mesma relatado pelos respondentes.....19

GRÁFICO 3 - Distribuição percentual das faixas de pontuação (1-3, 4-7, 8-10) por perguntas em escala.....20

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>4</b>
2.1. SÍNDROME PÓS- CUIDADOS INTENSIVOS OU PÓS- UTI (UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA).	4
2.2. COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL, EMPATIA E A ARTE DE CONVIVER.	9
<b>3. METODOLOGIA</b>	<b>13</b>
<b>4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.</b>	<b>17</b>
4.1 ANÁLISE ESTATÍSTICA REFERENTE ÀS RESPOSTAS DE FAMILIARES AO QUESTIONÁRIO APLICADO.	17
4.2 FERRAMENTA DE ORIENTAÇÃO A PACIENTES E FAMILIARES INTITULADA “DEPOIS DA UTI”.	21
<b>5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.</b>	<b>22</b>
<b>6. CONCLUSÕES</b>	<b>26</b>
<b>7. POSSÍVEIS DESDOBRAMENTOS</b>	<b>26</b>
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>27</b>
<b>9. ANEXOS</b>	<b>31</b>
9.1. QUESTIONÁRIO APRESENTADO A FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA II DO COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ	31
9.2. FERRAMENTA DE ORIENTAÇÃO “DEPOIS DA UTI” EM ALTA RESOLUÇÃO.	34

## 1. Introdução

O completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença define Saúde conforme proposição da Organização Mundial da Saúde em 1948. Enfatiza-se nesta definição a possibilidade de prejuízo à saúde mesmo que enfermidades não estejam presentes. No caso dos doentes críticos, após o tratamento da doença que ocasionou o internamento em Unidade de Terapia Intensiva, tais indivíduos podem ser considerados saudáveis após a alta da UTI? Tanto saúde como doença são processos dinâmicos durante a vida do indivíduo, variando desde plenos funcionamento e bem-estar até acometimento por doença severa e evolução a óbito. Dentro deste espectro, sobreviventes de doenças críticas estão incluídos.

Sobreviver à doença crítica é apenas o começo. Síndrome pós Cuidados Intensivos é o termo que reúne os prejuízos físicos, cognitivos e mentais que surgem após acometimento por doença grave e persistem após a alta da UTI (NEEDHAM *et al*, 2016). Tais disfunções acarretam maior dependência dos pacientes quanto à realização de atividades cotidianas seja pelo prejuízo físico, atrelado ao acometimento neuromuscular secundário à doença crítica (STEVENS *et al*, 2007; van der SCHAAF *et al*, 2009; MAIN *et al*, 2015), bem como pelas consequências cognitivas da enfermidade (AZOULAY *et al*, 2017; ORME Jr., 2005; SAKUSIC e RABINSTEIN, 2018; SVENNINGSEN *et al*, 2015). Unem-se a estas sintomas de depressão, ansiedade e estresse pós-traumático (HOPKINS *et al*, 2010; HUANG *et al*, 2017), todas culminando para a diminuição importante da qualidade de vida dos pacientes e seus familiares. Sim. Familiares também sofrem. Ansiedade e depressão podem acometê-los. Dada a dependência de quem cuidam, tais pessoas podem ser solicitadas de modo que tal demanda as sobrecarregue (AZOULAY *et al*, 2017; RAWAL *et al*).

Informação é capaz de minimizar a incerteza que advém à alta da UTI (GAEENI *et al*, 2015). Compreender os novos desafios e traçar estratégias para suplantá-los requer orientação por parte daqueles que conhecem as consequências da doença crítica. Porém, em geral, tal orientação não é ofertada (GOVIDAN *et al*, 2014). A Sociedade Americana de Terapia Intensiva (SCCM) dispõe de ferramenta de orientação a pacientes e seus familiares após a alta da UTI. No Brasil, não temos este material disponível até o momento.

Para isto, esse trabalho foi delineado, tendo em vista dois questionamentos principais:

- Há falta de conhecimento sobre a Síndrome Pós-Cuidados Intensivos por parte de familiares de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva II do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná?
- O desenvolvimento de ferramenta de orientação sobre a Síndrome Pós- Cuidados Intensivos é necessária a pacientes e familiares de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva II do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná?

E um objetivo principal:

- Proposição de ferramenta de orientação a pacientes e familiares de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva II da Universidade Federal do Paraná sobre a Síndrome Pós-Cuidados Intensivos.

Ferramenta de orientação consiste em modo de comunicação interpessoal. Sendo a comunicação capacidade inerente à vida em sociedade, para comunicarmos melhor uns com os outros é necessário que nos coloquemos por um momento no lugar do outro a fim de compreendê-lo melhor, entender suas perspectivas sobre determinada situação. Empatia é o nome dado a essa capacidade humana. Através dela, um ser humano pode influenciar outro em sua resposta a determinado evento (DECETY e FOTOPOULOU, 2015). Com ela surgem emoções positivas como amor, esperança, alegria, contentamento, interesse, gratidão, as quais são capazes de ampliar repertórios de pensamento e ação frente a alguma decisão a ser tomada (FREDRICKSON, 2001), possivelmente impactando positivamente os sobreviventes da doença crítica bem como seus familiares de modo a traçarem diferentes estratégias para reabilitação.

Após a apresentação deste trabalho, sua perspectiva de como pode ser a vida de uma pessoa que esteve na UTI gravemente enferma e retorna ao lar provavelmente mudará. O conceito de saúde proposto pela Organização Mundial da Saúde não caracteriza o estado de saúde de tais pessoas. A ampliação do debate quanto à Síndrome Pós-Cuidados Intensivos deve ser iniciada. A ferramenta de orientação desenvolvida neste trabalho pode ser o primeiro passo. Os prejuízos físicos, cognitivos e mentais que caracterizam a Síndrome Pós-Cuidados Intensivos não só impactam a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares mas também contribuem para maior necessidade de auxílios social e financeiro (KHANDELWAL *et al*, 2018; NEEDHAM *et al*, 2011), impactando os gastos relacionados à saúde e previdência do Estado, o que, juntamente com o prejuízo ocasionado ao bem-estar dos próprios indivíduos e familiares, pode influenciar o início de investimentos públicos e privados relacionados à reabilitação dessas pessoas no futuro.

A seguir, é apresentada revisão de literatura que explicita os impactos da Síndrome Pós-Cuidados Intensivos no cotidiano de pacientes e familiares após a alta hospitalar e embasa a necessidade do desenvolvimento da ferramenta de orientação quanto aos desafios que poderão ser enfrentados ao retornarem para casa. O caminho para reabilitação pode ser longo. Resiliência é necessária. O esclarecimento quanto às possíveis dificuldades é realizado de modo a demonstrar empatia por parte dos profissionais de saúde bem como a estimular comportamento empático pelas pessoas que assistem o paciente, encorajando-o (a) em sua recuperação.

## 2. Revisão de Literatura

### 2.1. Síndrome Pós- Cuidados Intensivos ou Pós- UTI (Unidade de Terapia Intensiva).

Estar criticamente enfermo, ou seja, ser acometido por doença grave o suficiente que demande suporte avançado de vida realizado em Unidade de Terapia Intensiva, é, por si só, um desafio à sobrevivência. Uma vez que a doença seja controlada ou tratada, minimiza-se a ameaça à vida, mas suas consequências persistem perceptíveis tanto a pacientes como a seus familiares. Dada a diminuição de mortalidade em várias doenças relacionadas à medicina intensiva (ZIMMERMAN *et al*, 2013), é possível visualizar as consequências da doença crítica em grupo cada vez maior de indivíduos, trazendo o questionamento formulado por Wischmeyer (2016) : “ *Are we creating survivors ... or victims in critical care?*”<sup>1</sup>.

Sobreviver à doença crítica é apenas o começo. Prejuízos funcionais e neuropsicológicos afetam de modo importante a qualidade de vida dos sobreviventes por tempo prolongado, sendo, em alguns casos, irreversíveis (AZOULAY *et al*, 2017; HALL *et al*, 2015; HILL, 2016; ORME, Jr., 2015). A esse fenômeno dá-se o nome de Síndrome Pós-Cuidados Intensivos, que consiste na piora ou aparecimento de disfunção física, cognitiva e mental que se inicia após a doença crítica e persiste após a alta da Unidade de Terapia Intensiva (NEEDHAM *et al*, 2016).

No Brasil temos 1961 estabelecimentos com UTI, sendo 50,1% deles concentrados na região Sudeste, particularmente no estado de São Paulo (24,1%). O projeto UTIs Brasileiras, criado pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira em conjunto com a empresa Epimed Solutions com o objetivo de traçar o perfil epidemiológico das UTIs no Brasil, demonstrou taxa de mortalidade média entre as UTIs cadastradas igual a 10,58% em 2018, variando conforme o tipo de UTI e a região em que está localizada. Dos que sobrevivem, alguns portadores de fatores de risco como idade avançada, comorbidades, tempo prolongado de ventilação mecânica e de internação na UTI bem como a gravidade da doença, podem desenvolver a Síndrome Pós-Cuidados Intensivos.

Dentre os prejuízos neuropsicológicos, fazem parte os cognitivos e psiquiátricos. Cognição se refere ao “processo mental em que estímulos internos e externos são

---

<sup>1</sup> “Estamos criando sobreviventes ... ou vítimas da terapia intensiva?”

transformados, reduzidos, elaborados, armazenados, recuperados e utilizados” (NEISSER, 1967, *apud* BRANDIMONTE, 2006, p.3) ou “à atividade de conhecer: a aquisição, organização e uso do conhecimento” (NEISSER, 1976, *apud* BRANDIMONTE, 2006, p.3). Estão intimamente relacionadas a ela determinantes da independência pessoal, como as funções de percepção, atenção, memória, capacidade decisória, ponderação, resolução de problemas, imaginação, planejamento e capacidade executória, influenciando de modo importante a qualidade de vida do indivíduo.

A incidência de disfunção cognitiva após doença crítica varia de 4 a 64 % dependendo da metodologia utilizada para investigá-la (WOLTERS *et al*, 2013) e, embora a fisiopatologia ainda não esteja elucidada, parece estar relacionada a anormalidades de neurotransmissores, particularmente à atividade colinérgica central, e desordens que ocasionam dano cerebral difuso e atrofia cerebral, tais como isquemia, hemorragia e inflamação cerebrais (MILBRANDT e ANGUS , 2006; SAKUSIC e RABINSTEIN, 2018).

Vários são os fatores de risco identificados. Dentre eles a idade do paciente, presença de comorbidades múltiplas, déficit cognitivo prévio, deficiência visual / auditiva, desnutrição, história de abuso de álcool e drogas, desnutrição, influência genética, privação do sono, presença de dor e ansiedade, ambiente não familiar, uso de contenção física e escolha de sedativos e analgésicos durante a internação (MILBRANDT e ANGUS, 2006).

Delirium, uma forma de disfunção cerebral aguda presente em 60-80 % dos pacientes ventilados mecanicamente e 20 a 40% dos pacientes não ventilados, caracteriza-se por forte relação com desordens relacionadas à cognição após a alta da UTI. Mais do que sua presença, sua duração na UTI relaciona-se a prejuízos quanto`a realização de atividades de vida diária, como se vestir, alimentar, banhar, ir ao banheiro, sair da cama ou de cadeira sem assistência e continência urinária e fecal em 3 e 12 meses após a alta da UTI (BRUMMEL *et al*, 201). Pandhanripande *et al* (2013) identificaram a duração do delirium como fator de risco independente para distúrbios cognitivos após a alta da UTI, sendo a intensidade destes similar ao que ocorre a pacientes vítimas de traumatismo cranioencefálico moderado e na Doença de Alzheimer leve.

A persistência de déficit cognitivo após 1 ano da alta hospitalar, dado seu impacto na qualidade de vida do indivíduo, predispõe à ocorrência de sintomas depressivos (HOPKINS *et al*, 2010), sendo depressão e ansiedade complicações psiquiátricas passíveis de ocorrer após a alta da UTI. Huang *et al* (2017) identificaram, através da aplicação de questionários validados, a prevalência de depressão, ansiedade e Transtorno de Estresse Pós-Traumático, respectivamente, em 36 %, 42 % e 24 % dos pacientes vítimas de Síndrome da Angústia



Respiratória do Adulto, injúria pulmonar potencialmente grave causada por variados insultos, após 6 e 12 meses da alta da UTI, destacando-se a prevalência praticamente idêntica após 12 meses do ocorrido (36%, 42% e 23 % respectivamente).

Sintomas relacionados ao Transtorno de Estresse Pós- traumático podem causar importante morbidade e ocorrem em 3,2% a 30% dos pacientes (HUANG *et al*, 2017; RATTRAY, HULL, 2007; SCRAGG *et al*, 2001; JONES *et al*, 2007). Tal desordem apresenta três características principais: reexperimentação do evento, o ato de evitar estímulo que relembre o trauma e manutenção de estado hiperalerta. Memórias vívidas e indesejadas estão relacionadas à lembrança do evento. Pesadelos podem ocorrer em consequência. Distúrbios do sono, dificuldade para concentrar-se e irritabilidade são decorrentes do estado hiperalerta. Isolamento social decorre do ato de evitar estímulos que relembrem o trauma já que inclui o afastamento de pessoas, lugares e conversas que possam trazer qualquer reminiscência. (SCRAAG *et al*, 2001).

Sintomas psiquiátricos parecem estar relacionados mais às experiências durante a internação na Unidade de Terapia Intensiva do que à gravidade da doença e tempo de internação na UTI (MAIN *et al*, 2015; HUANG *et al*, 2016; SCRAGG *et al*, 2001). Fatores relacionados ao indivíduo como dependência alcoólica prévia, personalidade pessimista, baixo nível educacional, menor idade e sexo feminino acarretam maior probabilidade de sua ocorrência, sendo potencializada pela falta de lembrança dos acontecimentos na UTI ou pela recuperação de pensamento delirante ou memória da dor ocorridos durante a internação bem como por fatores relacionados ao manejo intensivo, como uso de sedativos e de contenção física em caso de agitação psicomotora (NYHREN *et al*, 2010; JONES *et al*, 2007; DESAI; LAW; NEEDHAM, 2011).

Contribui para o aparecimento de distúrbios psiquiátricos a incapacidade física resultante da doença grave (DESAI; LAW; NEEDHAM, 2011; van der SCHAAF *et al*, 2009), sendo a anormalidade neuromuscular seu principal agente causador, sendo denominada fraqueza neuromuscular associada à doença crítica (conforme demonstrado na FIGURA 1), a qual é caracterizada por lesão neuronal ou muscular, podendo coexistir ambas no indivíduo (MAIN *et al*, 2015).

Stevens *et al* (2007) em revisão sistemática que incluiu 1421 pacientes relataram o diagnóstico de fraqueza neuromuscular associada à doença crítica em 46 % dos pacientes. Nos estudos em que foi realizada a diferenciação entre os componentes muscular e neuronal, 20 % possuíam miopatia, 13% polineuropatia e 9 % ambas. A polineuropatia consiste lesão axonal sensorio- motora relacionada à inflamação presente em insultos como a sepse, ao uso

de medicamentos como corticosteroides e bloqueadores neuromusculares e à presença de hiperglicemia. Acomete tronco, membros e poupa músculos faciais. A miopatia caracteriza-se por degeneração e atrofia de fibras musculares. Inflamação promove catabolismo proteico e menor disponibilidade de substrato energético às células musculares, prejudicando a capacidade de reparo e reposição de fibras musculares (MAIN *et al*, 2015).

FIGURA 1: Recuperação parcial da força muscular em 3 e 12 meses após a alta da Unidade de Terapia Intensiva.



FONTE: Jesse B. Hall, Gregory A. Schimdt, John P. Kress. *Principles of Critical Care*. Ed: Mcgraw- Hill Education. 2015.

Como explanado anteriormente, o impacto da doença crítica proporciona alteração importante do status funcional do indivíduo. Através de resposta a questionários por pacientes que permaneceram por mais de 48 horas na UTI, van der Schaaf *et al* (2009) identificaram que 32 % deles apresentavam status funcional ruim, sendo as categorias mais proeminentes as que dizem respeito ao comportamento social e controle da mobilidade. Mais de 25 % dos pacientes relataram dificuldade para visitar amigos e familiares, execução de atividades sociais, recreacionais e atividade sexual. Mesma proporção relatou a restrição ao andar, necessitando realizar o movimento de modo lento e dificuldade para subir escadas e caminhar por distâncias mais longas. 25 a 27 % dos pacientes apresentavam prejuízos quanto ao raciocínio e resolução de problemas, capacidade de concentração e memória de curto prazo. A qualidade de vida foi menor que a da população em geral, sendo que 14 % apresentavam sintomas de ansiedade e depressão e 18 % de estresse pós-traumático.

Após 12 meses da alta da Unidade de Terapia Intensiva, pacientes estão lutando por sua independência, já que no início necessitam de ajuda para atividades que realizavam de

modo independente antes da internação. O treinamento junto à perseverança e esperança quanto à recuperação foram os principais fatores que propiciaram aos indivíduos a recuperação da força física, o retorno da capacidade funcional e a retomada da execução de atividades domésticas mesmo que de modo parcial após 1 ano da alta da UTI (AGARD *et al*, 2012). A necessidade da manutenção de perseverança e esperança durante o processo denotam que a recuperação pós doença crítica não é fácil e sim repleta de desafios.

Fraqueza neuromuscular, desordens de humor, distúrbios cognitivos relacionados à memória, atenção, capacidade de planejamento e realização de atividades de vida diária tais como sair da cama, levantar de uma cadeira, subir escadas, vestir-se, tomar banho (AZOULAY *et al*, 2017; ORME Jr., 2005; SAKUSIC e RABINSTEIN, 2018; SVENNINGSSEN *et al*, 2015) dificultam a independência dos pacientes acarretando, conseqüentemente, sobrecarga de familiares ( AZOULAY *et al*, 2017; RAWAL *et al*), maior utilização de serviços de saúde ( AZOULAY *et al*, 2017; HILL, 2016) e necessidade de auxílios social e financeiro c já que cerca de 25 % deles não retornam ao trabalho em um ano (HILL, 2016; van der SCHAAF *et al*, 2009).

Desse modo, não apenas pacientes sofrem as conseqüências da doença crítica, mas também seus familiares. Nos primeiros meses após a alta hospitalar de seu ente querido, sintomas relacionados à depressão e ansiedade em familiares são comuns, sendo a comunicação um dos principais fatores para minimizar o risco de Síndrome Pós-Cuidados Intensivos em familiares (DAVIDSON *et al*, 2012).

Estudo brasileiro realizado em São Paulo através da aplicação de questionários a familiares internados na UTI que sintomas de depressão e ansiedade são comuns. Conforme o questionário aplicado, os casos foram considerados como possíveis ou prováveis, sendo prováveis aqueles que apresentaram sinais importantes das alterações com potencial confirmação após investigações complementares. No caso da ansiedade 43,6% foram caracterizados como prováveis e 17,9% considerando depressão (MARUITI; GALDEANO; FARAH, 2008). Suporte informacional é capaz de reduzir tais riscos. O acesso à informação dada por profissionais da saúde ou compartilhada com outras famílias em situação similar promove esperança realística e, quando ofertada de modo honesto, sem omissões, inteligível e detalhada, ocasiona redução da ansiedade em familiares e possibilita maior participação destes no cuidado do paciente, sendo salientado por eles a importância do comportamento gentil e empático por parte dos profissionais, o que propicia atitude positiva frente à situação crítica a que estão submetidos (GAEENI *et al*, 2015).

A Sociedade de Terapia Intensiva Americana (SCCM) recomenda que a assistência à saúde na UTI seja centrada na família, sendo parte dela o paciente e indivíduos que provenham suporte e que tenham íntima relação com a pessoa que está doente. Entre as estratégias sugeridas estão a implementação de programas de educação a familiares e uso de ferramentas estruturadas de comunicação a fim de diminuir a ansiedade e estresse a que são submetidos, contribuindo para maior satisfação dos mesmos nas Unidades de Terapia Intensiva (DAVIDSON *et al*, 2017). No que se refere à Síndrome pós-UTI, dispõem de ferramenta de orientação eletrônica a pacientes e familiares sobre as consequências da internação devido a doença crítica, a Síndrome Pós-Cuidados Intensivos, e o que esperar da mesma após a alta hospitalar. No Brasil, não há, até o momento, ferramenta similar, sendo importante avaliar qual o conhecimento prévio dos familiares sobre a Síndrome Pós-Cuidados Intensivos com posterior desenvolvimento de ferramenta de orientação quanto à mesma, visando melhorar o suporte familiar e do paciente após as altas da Unidade de Terapia Intensiva e hospitalar.

Este é o objetivo primário deste trabalho: desenvolver uma ferramenta de orientação a pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva e seus familiares sobre a Síndrome Pós-Cuidados Intensivos considerando estratégias para comunicação interpessoal efetiva, tendo como foco primordial a empatia.

## 2.2. Comunicação Interpessoal, Empatia e a Arte de Conviver.

O termo Comunicação deriva da palavra latina “ *communis* ”, ou, em português, comum. Consiste no compartilhamento de informações entre os seres vivos e requer que o conteúdo da mensagem transmitida seja compreendido pelo receptor a fim de interpretá-la. Caso contrário, não há comunicação. Para isso, é necessário que sejam comuns entre emissor e receptor os signos utilizados, propiciando interação comunicativa entre eles. Assim sendo, a capacidade de comunicar-se é inerente à vida em sociedade, propiciando troca de informações e ampliação do conhecimento e pode ocorrer, no caso dos seres humanos, através de palavras escritas ou faladas, gestos, expressões faciais, imagens, música ou qualquer outro conjunto de signos interpretáveis pelo receptor.

Resumidamente, o processo da comunicação inclui um emissor, que inicia a comunicação através da codificação de uma mensagem, a qual, através de um meio ou canal, é transmitida a um receptor. Este então a decodifica de modo a atribuir-lhe um significado e

pode, através de *feedback* ao emissor, possibilitar que este averigue se a mensagem foi recebida e compreendida.

O homem utiliza a linguagem para se comunicar. Comunicação e linguagem são conceitos distintos. A primeira ocorre entre as diversas espécies animais, como através da liberação de feromônios, emissão de sons ou instauração de determinado comportamento capaz de desencadear uma ação/reação entre os seres. O desenvolvimento da linguagem, característica exclusiva do ser humano, possibilitou ao homem nomear as coisas ao seu redor, transmitir conhecimento e modificar o meio ambiente de acordo com suas necessidades, adaptando-se ao mundo exterior. Sua complexidade deriva da necessidade de competências diversas para seu funcionamento e não somente do sistema biológico pleno (aparelho fonatório, ouvido, encéfalo). Deve haver reconhecimento e gestão dos sons (competência fonológica), as palavras devem ser encadeadas e dotadas de sentido (competência sintática); a elas, isoladamente ou em frases, deve-se atribuir significado (competência semântica), necessitando incluí-las em contexto próprio, sendo importante neste quesito a influência dos componentes não verbais da comunicação tais como entonação da voz, postura, expressão facial e não apenas a interpretação literal associada a ela (s) atribuída (competência pragmática) (MALDONADO, 2003, p.79). Segundo Maldonado (2003), o homem sempre se comunicou, mesmo que fosse a partir de sinais, signos, gestos e sons prévios ao advento da linguagem. Com seu surgimento o aperfeiçoamento de habilidades técnicas e desenvolvimento de produtos culturais foram incentivados, os quais influenciaram ao mesmo tempo as evoluções biológica e cultural humanas. Tal capacidade comunicativa, a linguagem, tornou-se causa e efeito dessas mudanças segundo o autor.

Como relatado anteriormente, a interpretação da linguagem não depende somente dos elementos verbais, sendo essenciais os não-verbais. Na comunicação não-verbal, o emissor A codifica seu estado, suas emoções e suas intenções interpessoais em um sinal não-verbal (expressão facial, entonação da voz, posição do corpo), que é decodificado por B. (MALDONADO, 2003, p.93; DEZECACHE; MERCIER e PHILLIPS, 2013). Aparecem então as emoções.

Segundo o evolucionista Charles Darwin (1872), as emoções são manifestações automáticas necessárias à sobrevivência da espécie. São sinais que favorecem a cooperação e a reprodução no grupo, consistindo em característica inata que favorece a adaptação ao ambiente. Sendo sinais, Dezecache, Mercier e Phillips (2013) sugerem a impossibilidade de desvincular as emoções da capacidade comunicativa, já que um sinal deve ser endereçado a um receptor para que faça sentido. Sendo a comunicação inerente à vida em sociedade, torna-

se clara a sujeição das emoções à modulação social, a qual é determinada por regras e comportamentos sociais permitidos em cada cultura. Ou seja, a manifestação emocional proveniente de estímulos variados (característica inata) é modulada de acordo com a cultura na qual se insere (característica cultural) e isso requer aprendizagem. Nossas interpretações cotidianas não só dependem de nosso julgamento racional, de nossa história pessoal, mas também de nossa herança ancestral moldada ao longo dos séculos.

Sendo racionalidade e emoção complementares e determinantes do modo de agir dos indivíduos, quanto maior a interação entre elas, maior a inteligência emocional dos mesmos (GOLEMAN, 2011. Pg. 42). São os elementos verbais e não verbais da comunicação, principais formas de expressão da racionalidade e das emoções respectivamente, que propiciam a elaboração de informações que influenciam os desenvolvimentos biológico e social dos seres humanos, os quais, capazes de utilizá-las de modo distinto, torna-os diferentes no que se refere à inteligência emocional.

A inteligência emocional surge após a elaboração da teoria das inteligências múltiplas proposta por Gardner. Requer habilidades intrapessoais e interpessoais. São elas: a arte de relacionar-se, a autoconsciência (discernir e compreender sentimentos), o autocontrole (lidar com as emoções), a motivação (colocar as emoções a serviço de uma meta estabelecida) e a empatia (reconhecer as emoções dos outros). (GOLEMAN, 2011. Pg 55-56).

Tais domínios estão interligados. A mim causou interesse particular a empatia. Ao ver a palestra intitulada “*After the ICU*” proferida no TED x Dirigo Generate por Nancy Andrews, a descrição dos desafios enfrentados após a alta da Unidade de Terapia Intensiva e o relato da importância do apoio de sua companheira em sua recuperação, tornou claro a mim a necessidade de maior esclarecimento quanto à Síndrome Pós- Cuidados Intensivos aos pacientes e seus familiares, visando promover maior compreensão quanto aos desafios que poderão enfrentar, bem como estimular empatia naqueles que assistem essas pessoas, inclusive profissionais de saúde, favorecendo comportamento pró- social a fim de auxiliá-las em sua recuperação.

Empatia, por sua vez, consiste na habilidade humana de reconhecer os sentimentos dos outros, participar da experiência emotiva mantendo sua individualidade, sem tornar-se parte dela (IOANNIDOU e KONSTATIKAKI, 2008). Comumente são empregadas para sua melhor compreensão as frases “enxergar o mundo através dos olhos de outra pessoa” e “estar no sapato de outro alguém”, sendo estes enfoques particularmente intrapsíquicos. MAIN *et al* (2017) destaca a empatia como interpessoal. Para uma comunicação empática efetiva, não basta a identificação do sentimento exposto pelo outro, mas a curiosidade quanto à

perspectiva que este tem do que sente, qual a representação que faz, qual seu ponto de vista. Para um mesmo sentimento, as causas e consequências podem ser diferentes, tornando o interesse em aprender sobre o que o outro sente primordial para a perpetuação da comunicação empática, estreitando, desse modo, laços interpessoais, o que possibilita ações relacionadas à compaixão, de ajuda ao próximo.

Todo relacionamento deriva da capacidade de empatia (GOLEMAN, 2011). Através dela são possíveis comunicação efetiva, identificação de problemas, criação de soluções e prevenção de conflitos. Somos seres sociais. Para o estabelecimento de relações saudáveis, três facetas relacionadas à empatia interagem entre si. São elas:

- “*Affective sharing*” ou Compartilhamento afetivo: compartilhar a emoção do outro sem, no entanto, confundir a quem pertence o sentimento.
- “*Empathic Concern*” ou Preocupação empática: motivação para cuidar do bem-estar do outro, e
- “*Cognitive Empathy*” ou Empatia cognitiva: se colocar conscientemente no lugar do outro, compreender o que a outra pessoa está pensando ou sentindo (DECETY, 2015).

A Empatia tem efeito benéfico sobre os outros na saúde humana, na Medicina? Decety e Fotopoulou (2015) sugerem que sim. Em sua publicação, sugerem duas teorias para explicar tais efeitos. Uma delas é a Teoria Básica Social, que sugere, ao considerar a ecologia social como pressuposto básico à atividade cerebral, que a atividade neural e as respostas endócrinas relacionadas ao estresse podem ser minimizadas na presença de suporte social. O indivíduo sente-se mais protegido. A outra diz respeito ao Princípio da Energia Livre, que considera que a atividade cerebral é delineada para lidar com a ambiguidade dos sinais provenientes do meio externo. As percepções e ações são determinadas por inferências cerebrais que visam a menor probabilidade de erro. A integração de informações sociais, motivacionais e contextuais possibilita a consciência das emoções e preparação para ação. Ambas teorias ressaltam a interação social como importante determinante do efeito da empatia sobre a saúde humana.

Comunicação interpessoal e empatia estão intimamente relacionadas e essas influenciam a satisfação da família e do paciente na UTI, o que constitui indicador de qualidade quanto ao atendimento realizado em unidades intensivas. No que diz respeito à comunicação após alta da UTI/hospital, o *National Institute of Health and Care Excellence* (NICE), situado no Reino Unido, orienta em seu guia para reabilitação após doença crítica o fornecimento de informações aos pacientes e seus familiares sobre o que podem enfrentar ao deixarem o hospital, estimulando-os a estabelecerem suas próprias metas para recuperação. No entanto, pesquisa realizada em UTIs da Escócia e Inglaterra, identificou que 58,3% delas

não forneciam tais informações aos seus pacientes (WONG e WICKHAM, 2013). No Brasil, não temos essa informação. Sendo assim, tendo em mente o impacto da Síndrome Pós Cuidados Intensivos sobre a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, o papel primordial da comunicação à vida em sociedade e a empatia como comportamento humano capaz de desencadear ações pró- sociais, de cuidado entre as pessoas, surge a idealização da ferramenta de orientação a pacientes e seus familiares sobre o tema em questão.

### **3. Metodologia**

Trabalho de análise teórico- empírica com paradigma qualitativo consistindo em pesquisa de campo aplicada através da aplicação de questionário a familiares de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva II do Complexo Hospital de Clínicas a fim de verificar o conhecimento de familiares e pacientes sobre a Síndrome Pós-Cuidados Intensivos. O critério de inclusão consiste na presença de familiares na Unidade de Terapia Intensiva, desde que não sejam analfabetos ou analfabetos funcionais, sendo estes os critérios de exclusão. A tabulação dos dados coletados em pesquisa foi feita utilizando-se o software Microsoft Excel 2016. A análise estatística e os resultados foram obtidos por meio do software *IBM SPSS Statistics 25.0*, sendo adotado 5% de significância em todos os testes aplicados. No que tange à retratação da amostra, optou-se por apresentar as variáveis categóricas nominais e ordinais através da distribuição percentual e os dados numéricos através de média e desvio- padrão.

A fim de quantificar o grau de conhecimento a respeito da Síndrome Pós-Cuidados Intensivos e seus sinais e sintomas associados, optou-se por coletar os dados das questões número 9 e 11 em uma escala Likert graduada de 1 a 10 pontos, na qual notas próximas a 1 (um) evidenciam baixo conhecimento e notas próximas a 10 (dez) demonstram alto conhecimento. Além da análise numérica das pontuações, foi também efetuado o agrupamento por faixas, sendo estas 1-3, 4-7, 8-10 representações de baixo, médio e alto conhecimento respectivamente.

Com o objetivo de investigar associações entre a variável numérica conhecimento prévio sobre a Síndrome pós-UTI (questões 9 e 11) e as variáveis dicotômicas: estadia prévia em uti (questões 5, 6), sentimento no momento da alta da UTI(questão 8) e explicação médica sobre a Síndrome Pós- Cuidados Intensivos (questão 10), optou-se por implementar o teste t



de Student e, diante de violações em suas suposições, implementou-se o teste de Mann-Whitney.

Utilizando-se a referência Miot(2011), calculou-se o tamanho de amostra para descrição de variáveis qualitativas, supondo população finita (para fins de cálculo, adotou-se o total populacional  $N=1.000$ ). Como parâmetros necessários para a estimativa, estipulou-se o erro tipo I  $\alpha=5\%$  ( $Z_{\alpha/2}=1,96$ ) e erro absoluto de estimativa em três pontos percentuais ( $E=3P.P.$ ). Após efetuado o cálculo do tamanho de amostra para cada item do questionário, optou-se por adotar uma estimativa conservadora e prosseguir com a maior estimativa de tamanho, que resultou em um total de 31,05, ou seja, a amostra final foi estimada em 32 elementos.

Os dados descritivos foram representados por meio de gráficos de barras (para variáveis descritivas), barras empilhadas (para agrupamento das pontuações referentes ao conhecimento sobre a Síndrome pós-UTI e seus sintomas e sinais associados). Os resultados estatisticamente significativos relacionados ao conhecimento quanto à Síndrome pós-Cuidados Intensivos agrupados por questões dicotômicas foram representados através do diagrama de box-plot.

A ferramenta para orientação de familiares e pacientes sobre a Síndrome Pós-Cuidados Intensivos foi idealizada e confeccionada por métodos de Design Gráfico e a partir de estudos relacionados à Comunicação Interpessoal e Empatia para melhor compreensão do tema proposto por pacientes e familiares/cuidadores de pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva.

Para desenvolvimento da ferramenta de orientação, algumas reuniões foram realizadas entre mim e os designers gráficos Harry Rodrigues Jr e Cláudia Bordim. A idéia do projeto era o desenvolvimento de material explicativo aos pacientes e seus familiares/cuidadores sobre os possíveis desafios a serem enfrentados após o acometimento por doença grave, enaltecendo a possibilidade de recuperação no decorrer do tempo.

Demonstrando empatia em relação ao paciente e seus familiares por parte da equipe de saúde, a ênfase inicial é dada na recuperação do paciente em relação à doença aguda e a possibilidade do retorno para sua casa, tornando-o (a) vitorioso (a) frente ao enfrentamento da enfermidade que o (a) vitimou (é colocada como possibilidade pois os pacientes geralmente têm alta da UTI para a enfermaria e não diretamente para casa. A decisão quanto à alta hospitalar comumente não concerne ao intensivista). Ao parabenizá-los (as) na luta contra a doença reconhece-se a angústia e sofrimento ocasionados por ela, ao mesmo tempo em que se busca apaziguar tais sentimentos dada a abertura de um novo caminho: o do retorno ao lar.

Retorno ao lar em que desafios persistem para pacientes e familiares. A linguagem utilizada é a de comunicação positiva. Evitamos palavras de cunho negativo, que pudessem enfatizar a dificuldade possível de ser encontrada. Contrariamente, a maneira de utilização dos verbos denota ações passíveis de serem realizadas mesmo que com limitação. Por exemplo, ao utilizar a frase: “É possível que você consiga subir um degrau de uma escada” é diferente de dizer “É possível que você NÃO consiga subir degraus de uma escada”, embora a limitação fique evidente, afinal, estamos falando de conseguir subir um degrau e não a escada toda.

O uso da palavra reaprender enfatiza a capacidade de aprendizado e, ao explicitar as atividades diárias básicas afetadas, como vestir-se, alimentar-se, banhar-se, levantar-se sozinho de uma cadeira ou da cama, evita-se a sensação de incompetência, possibilitando a atribuição das limitações ao fato de ter estado doente. Assim como a doença foi erradicada ou controlada, a recuperação também é possível.

A exposição dos sentimentos e distúrbios emocionais que podem aflorar proporciona aos pacientes maior compreensão de suas emoções através da ligação a fatores causais possibilitando auto-conhecimento e auto-controle. Familiares e pessoas mais próximas, ao perceberem a possibilidade de tais manifestações, são incentivados a serem pacientes e empáticos em relação à pessoa acometida, contribuindo para a não estigmatização do sobrevivente.

As ilustrações foram desenvolvidas considerando as mudanças corporais após acometimento por doença grave. A auto-imagem é prejudicada (ICU STEPS, 2019). Desse modo as figuras são bonitas, agradáveis à nossa vista, sem, no entanto, estarem relacionadas à noção de perfeição, valorizando traços mais infantis, propiciando leitura mais lúdica das figuras, a qual é enfatizada pelas cores utilizadas.

Familiares e cuidadores são enaltecidos em sua participação durante a convalescência do paciente ao promover a exclamação: “Seu apoio continua sendo fundamental!!!”, empoderando-os como essenciais à recuperação de seu ente querido, cujos esforços persistem.

Familiares e pessoas próximas ao paciente podem esclarecer os acontecimentos durante a internação, facilitando o entendimento por parte dos sobreviventes, já que muitos deles têm memória fragmentada sobre o ocorrido (ANDREWS, 2015). Quanto à necessidade de auxílio, pessoas podem desenvolver comportamento superprotetor (AGARD *et al*, 2012). A ajuda é bem-vinda sem, no entanto, esquecer a autonomia do paciente, que visa a retomada da vida independente e obterá ganhos funcionais no decorrer do tempo.

A explicação do “Porquê isso acontece?” tem a função de embasar a compreensão de que são necessárias metas alcançáveis, e que não conseguir atingir o objetivo naquele dia não significa fracasso, mas sim é consequência da agressão sofrida pelas células do organismo, que demandam tempo para se recuperar (WISCHMEYER e SAN- MILLAN, 2015). A partir dessa compreensão seguem-se as palavras/ frases: “Calma”, “ Um passo de cada vez”, “ Vá devagar”, “seu corpo vai avisá-lo se o limite for ultrapassado”.

As orientações são fornecidas enfatizando a recuperação que não é fácil, mas é possível. A empatia por parte dos profissionais de saúde fica clara e é estimulada nas pessoas mais próximas ao paciente. O paciente, ao definir metas, é o sujeito de sua ação, fortalecendo-o em sua recuperação. Desse modo, são fornecidas as sugestões: estabelecer metas diárias, em que o limite do corpo é considerado. Não há preguiça ou falta de esforço. Os resultados devem ser comemorados porque nunca são pequenos. Conversar sobre o ocorrido com familiares ou pessoas próximas facilita o esclarecimento de lembranças bem como a recuperação da memória (MIKKELSEN *et al*, 2016). Assim como visitar, se assim desejado, a UTI em que ficou internado (a). Grupos com experiência similares trazem a noção de pertencimento em relação a outras pessoas, de que não são estranhos ao meio. E por fim a indicação de procura da Unidade de Saúde em caso de necessidade de auxílio adicional, o que ainda é pouco para tais pacientes e familiares já que ainda não temos estrutura organizada para atendê-los, sendo essa ferramenta de orientação, portanto, o primeiro passo para a ampliação do debate quanto à Síndrome Pós-Cuidados Intensivos.

## 4. Apresentação dos Resultados.

### 4.1 Análise Estatística referente às respostas de familiares ao questionário aplicado.

Um dos objetivos deste trabalho foi identificar o conhecimento de familiares de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva II do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Foram aplicados 32 questionários no período de 1 de abril a 13 de maio de 2019. A amostra populacional, descrita na Tabela 1, constituiu-se por 59 % mulheres e 41 % homens, sendo a idade média 56,8 anos e 78% com escolaridade até o Ensino Médio completo.

Tabela 1 - Descritivo da Amostra

		n	MÉDIA(±DP)	
REGISTRO DO PACIENTE	IDADE	M	14 61,4 (±14,6)	
		F	18 53,2 (±21,9)	
		TOTAL	32 56,8 (±19,2)	
	PROFISSÃO		n %	
	AUTÔNOMO	8 25%		
	EMPREGADO	15 47%		
	DO LAR	6 19%		
	APOSENTADO	3 9%		
	N/A	0 0%		
QUESTIONÁRIO AVALIATIVO	1 - IDADE	18 a 25 anos	1 3%	
		26 a 34 anos	5 16%	
		35 a 49 anos	9 28%	
		50 a 59 anos	8 25%	
		60 anos ou mais	9 28%	
	2 - SEXO	M	13 41%	
		F	19 59%	
	3 - TEMPO DO FAMILIAR NA UTI	24 a 48 horas	16 50%	
		3 a 5 dias	9 28%	
		6 a 10 dias	4 13%	
		> 10 dias	3 9%	
	4 - NÍVEL DE INSTRUÇÃO	Ensino Fundamental (1º grau) completo	3 9%	
		Ensino Fundamental (1º grau) incompleto	5 16%	
		Ensino Médio (2º grau) incompleto	6 19%	
		Ensino Médio (2º grau) Completo	11 34%	
		Superior Incompleto	6 19%	
		Superior Completo	1 3%	
	5 - JÁ ESTEVE INTERNADO EM UTI	Sim	5 16%	
		Não	27 84%	
6 - JÁ TEVE ALGUM CONHECIDO INTERNADO, ALÉM DO ATUAL	Sim	24 75%		
	Não	8 25%		
7 - EM RELAÇÃO À AFIRMAÇÃO, O SENHOR:	Concorda plenamente	8 25%		
	Concorda	10 31%		
	Não concorda nem discorda	9 28%		
	Discorda	4 13%		
	Discorda plenamente	1 3%		
8 - SENTIMENTO NO MOMENTO DA ALTA	Insegurança	10 31%		
	Confiança	22 69%		
10 - HOUVE EXPLICAÇÃO* (1 resposta N/A)	Sim	12 38%		
	Não	19 59%		

Tabela 1: Descritivo da amostra.

Dos respondentes, 84 % nunca estiveram internados em Unidade de Terapia Intensiva e 75 % já tiveram algum conhecido além do internado naquele momento em UTI. Conforme exposto no Gráfico 1, entre aqueles que já estiveram internados em UTI, a avaliação da presença de depressão após internamento por doença grave em Unidade de Terapia Intensiva é estatisticamente diferente daqueles que nunca estiveram internados em uma Unidade de Terapia Intensiva, sendo superior aos últimos. Em relação à percepção dos demais sinais e sintomas relacionados à Síndrome Pós- UTI, não houve influência do internamento prévio em UTI ou de já ter tido algum conhecido internado em Unidade de Terapia Intensiva.

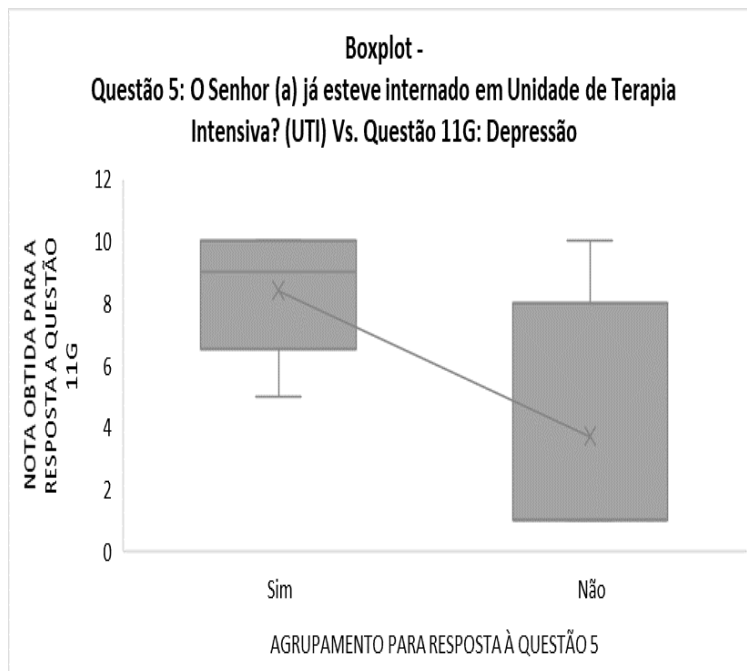


Gráfico 1: Influência do internamento prévio em Unidade de Terapia Intensiva sobre a percepção da ocorrência de sintomas depressivos após a alta da UTI.

Quanto à explicação sobre a Síndrome Pós- Cuidados Intensivos por parte dos profissionais de saúde quando em contato com Unidade de Terapia Intensiva, 59 % afirmam nunca ter recebido tal orientação, enquanto 38 % a receberam, conforme demonstrado na Tabela 1. O Gráfico 2 mostra como a informação impacta o conhecimento dos respondentes quanto à Síndrome em questão, sendo o conhecimento baixo mesmo considerando aqueles em que a explicação foi fornecida ( $3,83 (\pm 2,89)$  vs  $1,53 (\pm 1,31)$  p 0,016).

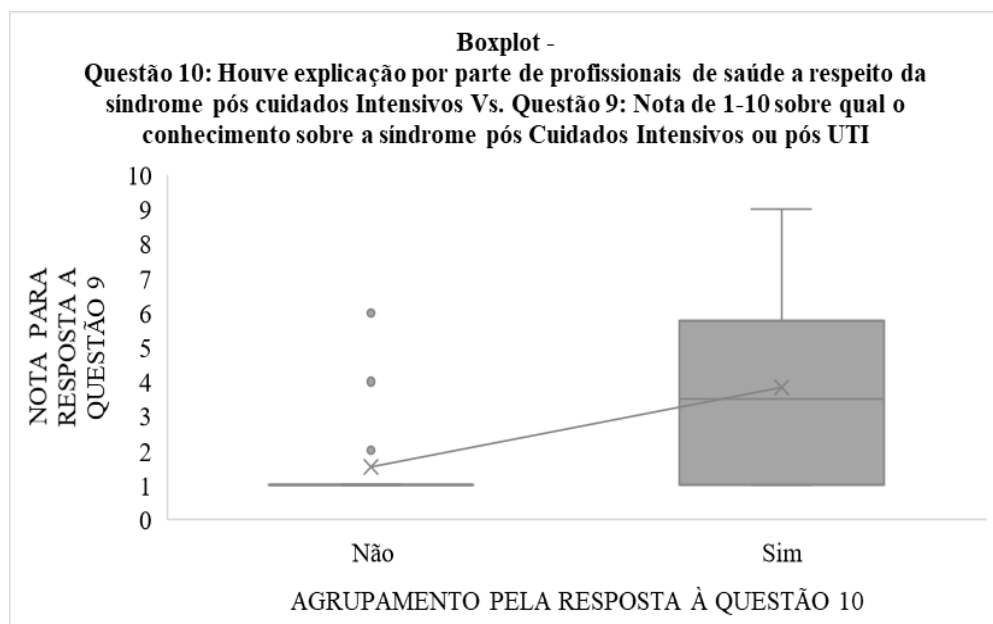


Gráfico 2: Impacto da explicação sobre a Síndrome Pós- Cuidados Intensivos no conhecimento sobre a mesma relatado pelos respondentes.

Quando questionados quanto à possibilidade de alteração da qualidade de vida após alta da UTI, 57 % concordam, plenamente ou não; 27 % não têm opinião formada e 16 % discordam, plenamente ou não, da afirmação: “A internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pode afetar a qualidade de vida do paciente após a alta hospitalar”. Porém, embora façam essa inferência, 72,7% avaliam seu conhecimento quanto à Síndrome Pós- UTI entre 1 e 3, 18,2% entre 4 e 7 e 9,1% entre 8 e 10. Ao se estratificar pelos sintomas e sinais associados à Síndrome Pós- UTI, o conhecimento quanto à possibilidade de prejuízo à memória e dificuldade de compreensão (sintomas cognitivos) é avaliado entre 1 e 3 em 62,5% e 59,4% da população estudada, respectivamente. No que tange ao déficit motor, o conhecimento é baixo (entre 1 e 3) em 50%, 53,1% e 50% dos respondentes quando

questionados quanto à possibilidade de dificuldade para caminhar, para subir escadas e fraqueza muscular importante após internação por doença grave em Unidade de Terapia Intensiva respectivamente. A percepção das consequências da doença grave pelos respondentes se modifica no que se refere ao prejuízo quanto ao retorno ao trabalho e à ocorrência de depressão já que 31,3% e 34,4% avaliam seu conhecimento entre 8 e 10, respectivamente, sendo as maiores porcentagens quando considerado alto conhecimento em relação aos demais sinais e sintomas aferidos. Mesmo assim, quando avaliadas as mesmas questões, 46,9% e 53,1% apresentam baixo conhecimento quanto a tais possibilidades conforme demonstrado no Gráfico 3.

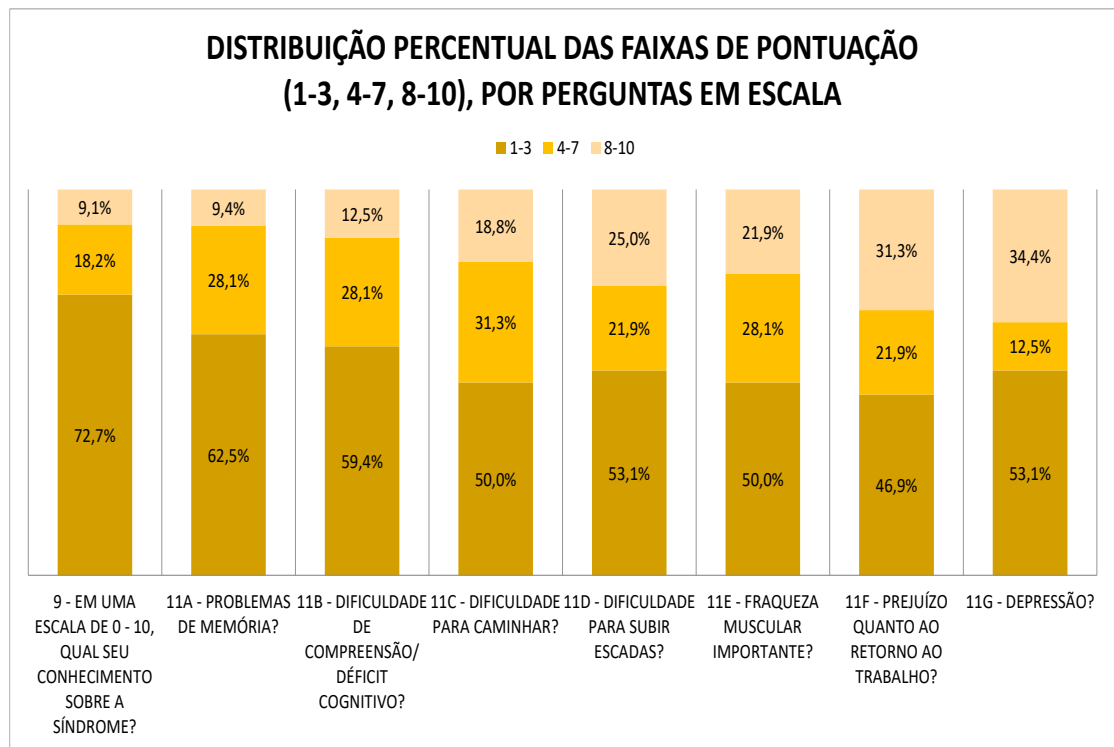


Gráfico 3: Distribuição percentual das faixas de pontuação (1-3, 4-7, 8-10) por perguntas em escala.

## 4.2 Ferramenta de Orientação a pacientes e familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva desenvolvida para impressão intitulada “DEPOIS DA UTI”.

### Sou cuidador/família, o que posso fazer?

**Seu apoio continua sendo fundamental!**

Muitas vezes as lembranças da UTI são nebulosas! Conversar sobre o que aconteceu durante a internação pode tornar essa fase menos traumática a seu ente querido.

Ajude seu familiar/amigo(a) sempre que necessário, respeitando sua autonomia caso ele(a) deseje realizar a atividade sozinho(a).

## CALMA...

**VOCÊ NÃO ESTÁ SOZINHO (A)... UM PASSO DE CADA VEZ... VÁ DEVAGAR...**

Estabeleça pequenas **metas diárias**. Anote-as!

Escute **seu corpo!** Ele avisará quando o limite for ultrapassado! Tente novamente no outro dia!

**Comemore suas conquistas!** São muito importantes!

Visitar a UTI em que esteve internado(a) pode ajudá-lo(a) a compreender melhor o que houve com você.

Converse sobre **suas angústias e expectativas** de recuperação.

Compartilhe **suas experiências** com as pessoas mais próximas ou aquelas que passaram por algo parecido.

Procure a Unidade de Saúde mais próxima de sua casa caso necessite de **auxílio adicional**.

Ilustrações: Kahu Daniela Moretto  
Arte: Zaira Design

**PARABÉNS!!!**  
Agora aproxima-se o momento de **voltar para casa!**



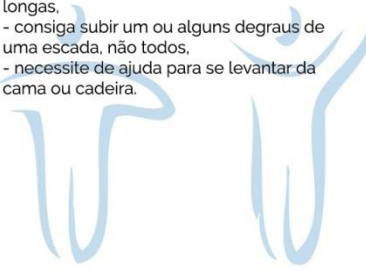
**Algumas orientações podem ajudar você e seus familiares a lidar com o Depois da UTI**

### ALGUNS DESAFIOS PERSISTEM...

motor

É possível que você:

- se sinta cansado,
- se sinta fraco,
- ande mais lentamente,
- caminhe por distâncias mais curtas, não longas,
- consiga subir um ou alguns degraus de uma escada, não todos,
- necessite de ajuda para se levantar da cama ou cadeira.



cognitivo

É possível que:

- suas lembranças da UTI sejam confusas,
- sua memória falhe em alguns momentos,
- sua atenção se dissipe com mais facilidade,
- raciocinar sobre algo se torne mais desafiador,
- necessite reaprender algumas atividades para que possa futuramente realizá-las sozinho (a) novamente, como:
  - Vestir-se,
  - Banhar-se,
  - Alimentar-se,
  - Executar tarefas domésticas.

psicológico

É possível que você se sinta:

- triste/ deprimido(a),
- ansioso (a),
- impaciente/ irritado (a),
- amedrontado (a),
- retraído (a) em relação a outras pessoas.



### PORQUE ISSO ACONTECE?

A doença e os medicamentos utilizados têm efeitos importantes sobre seu corpo! **Suas células sofreram e agora estão se recuperando lentamente!**



## 5. Discussão dos Resultados.

A pesquisa sobre o conhecimento de familiares quanto à Síndrome pós- Cuidados Intensivos evidenciou que 72,4% possuem baixo conhecimento quanto à Síndrome pós- UTI. Conforme demonstrado, o fornecimento de informações impacta o conhecimento dos indivíduos quanto à Síndrome (Gráfico 2), porém 59 % nunca receberam tal orientação por parte de profissionais de saúde quando em contato com Unidade de Terapia Intensiva. A escassez de informações quanto ao impacto da doença crítica após a alta hospitalar está de acordo com o publicado por Govidan *et al* (2014). Nesta publicação realizada no estado de Michigan (EUA), apenas 34 % dos profissionais de saúde participantes relataram que esclareciam os pacientes e seus familiares quanto aos desafios pós UTI. Por se tratar de UTIs relacionadas a projeto de monitoramento e melhora da qualidade de atendimento aos pacientes, há o viés de que o tema em questão é possivelmente mais discutido nestas UTIs, o que pode ter influenciado os resultados. Desse modo, fornecimento de informações sobre as consequências da doença crítica a pacientes e familiares pode ser ainda pior.

Conforme o resultado da pesquisa, o provimento de informações é deficiente. Sinais e sintomas como prejuízo quanto ao retorno ao trabalho e depressão são mais facilmente inferidos pelos familiares, sendo a percepção da possibilidade de sintomas depressivos impactado por história de internação prévia em UTI (Gráfico 1). Mesmo assim, 50 % ou mais dos respondentes apresentam conhecimento baixo (entre 1 e 3) quanto aos possíveis prejuízos ocasionados pela doença crítica sejam eles cognitivos, mentais ou motores (Gráfico 3). A percepção deficiente quanto às consequências da doença crítica junto à falta de informação quanto Síndrome pós- UTI pode ocasionar falhas de interpretação sobre o que está ocorrendo, gerando ansiedade, tristeza e desmotivação. Alguns questionamentos equivocados podem surgir: “Sou fraca?”, “Sou pouco resiliente?”, “Sou muito sensível?”, “Sou louca?” (ANDREWS, 2013. Tradução minha.). Orientações após a alta da UTI potencialmente influenciam respostas a perguntas tais como: “ Porquê é tão difícil realizar as coisas em minha vida como facilmente realizava antes?” ou “ Porquê não consigo seguir em frente?” (ANDREWS, 2013. Tradução minha). Mesmo informando pacientes e familiares quanto à Síndrome Pós-UTI, a realidade se mostra ainda mais desafiadora, conforme testemunhado por Doug, marido de Melissa, acometida por Síndrome da Angústia Respiratória grave, insulto grave e potencialmente fatal: “ Eles (a equipe de saúde) fizeram um bom trabalho ao nos prepararem (para a Síndrome pós UTI), mas a realidade de quão pouco ela podia fazer foi realmente uma surpresa” (CIBS Center, 2019. Tradução minha.).

Prover informação é útil, mas não suficiente. Da parte dos pacientes, perseverança para vencer os desafios e esperança quanto à recuperação relacionam-se à empatia manifestada pelas pessoas que assistem tais pacientes, auxiliando-os (AGARD *et al*, 2012). Afinal, como é agir com empatia? Segundo Rogers (1975. Tradução minha), o modo de ser empático é “adentrar no mundo perceptivo do outro e se ambientar a ele. É ser sensível, momento a momento, aos sentimentos variáveis da outra pessoa, seja ele o medo, a raiva, a ternura, a confusão ou qualquer outro que ele (a) esteja experimentando. Significa viver a vida dele (a) temporariamente, movendo-se nele delicadamente sem fazer julgamentos, sem buscar significados ou desnudar sentimentos dos quais ele (a) tem pouca ou nenhuma consciência, o que poderia ser muito ameaçador. Inclui comunicar seus entendimentos sobre o mundo dele (a) com olhos confiantes sobre elementos que o (a) assustam. Significa checar com ele (a) a acurácia de seus entendimentos e deixar-se guiar pelas respostas que recebe. Você é a companhia de confiança dele (a) em seu mundo interior”. Segundo o mesmo autor, o caráter isento de avaliações e julgamentos do clima empático possibilita à pessoa valorizar-se e cuidar dela mesma (ROGERS, 1975), potencialmente influenciando o paciente em sua própria reabilitação, incentivando-o ao estabelecimento de metas realistas, passíveis de serem alcançadas.

A preservação de autonomia do paciente, presente no folheto explicativo, é essencial à sua recuperação e constitui desafio aos familiares à medida que ela acontece. Alguns deles desenvolvem comportamento superprotetor. Com a melhora progressiva do status funcional e a possibilidade de menor dependência em relação a seus pares, conflitos podem acontecer caso a interferência familiar ocorra no sentido de ajudá-lo (a) e o indivíduo se julgue capaz de realizar determinado feito sozinho, sem auxílio (AGARD, 2012), percepção que pode ser propiciada na presença de empatia. A experiência de ser compreendido e aceito contribui de modo importante para o crescimento pessoal (OSADCHA, 2015). Desse modo, grupos de suporte formados por sobreviventes da UTI (familiares, cuidadores e pacientes) têm sido estudados, particularmente nos Estados Unidos e no Reino Unido, como uma forma de auxiliar na recuperação de tais pessoas. Tais iniciativas ainda não têm comprovação de sua eficácia dada a variabilidade em que são estruturados além da dificuldade quanto à definição de medidas de sucesso (McPEAKE *et al*, 2019), embora o racional para sua existência seja convincente. MIKKELSEN *et al* (2016) caracterizam esses grupos como espaços em que ocorrem o provimento de empatia, aconselhamento e compartilhamento de histórias entre os sobreviventes, partindo do pressuposto de que o ato de dar e receber suporte pode ter função terapêutica. Neste trabalho, essa é uma das razões pela qual as conversas entre pacientes,

familiares, cuidadores e pessoas que tiveram experiências semelhantes são estimuladas. Tais grupos não necessitam estar inseridos em hospitais e ou centros de reabilitação, podem surgir em espaços como centros comunitários, igrejas e cafeterias a fim de promover maior informalidade e proximidade entre os participantes.

A outra razão provém do fato que compartilhar experiências não só promove a sensação de compreensão e pertencimento a um grupo, mas também auxilia na recuperação de lembranças. As memórias do internamento em Unidade de Terapia Intensiva são muitas vezes vagas e confusas (ANDREWS, 2013). KAHNEMANN (2012. pg 476) aponta que “as lembranças são tudo que temos para reter nossa experiência de viver, e a única perspectiva que podemos adotar quando pensamos em nossas vidas é, portanto, a do eu recordativo”. Segundo o autor, o eu recordativo, em que lembranças relacionam-se mais à intensidade do estímulo que à sua duração, tem grande poder na tomada de decisão. Influência esta maior que a do eu experimental, ligado ao momento em que a experiência acontece. Dada essa influência, é possível que tornar as memórias mais claras, sejam elas ruins ou boas, promova melhor compreensão dos acontecimentos prévios pelo paciente e o (a) auxilie na elaboração de estratégias para sua recuperação.

Uma vez traçadas tais estratégias é necessário que o paciente e as pessoas envolvidas em sua reabilitação saibam que a recuperação na maior parte das vezes é lenta. A presença da exclamação no folheto explicativo: “Suas células sofreram e estão se recuperando lentamente!” faz referência ao que ocorre no metabolismo energético do ser humano ao ficar gravemente enfermo. Somos dependentes de uma organela celular para produção de energia chamada mitocôndria. Na doença crítica ocorre disfunção mitocondrial, o que dificulta a produção de ATP (energia celular) a partir de substratos energéticos como carboidratos, lipídeos e proteínas. Tal distúrbio se inicia na fase aguda da doença e perdura por vários meses durante a fase de reabilitação, conforme ilustrado por Wischmeyer e San Millan (2015). Os pesquisadores acompanharam um homem, aos 49 anos, vítima de queimadura em 35 % da superfície corpórea que previamente era ciclista e maratonista. Após 3 meses da alta da UTI ele tentou retomar seus esportes, mas não conseguia executar 5 minutos das atividades sem ficar exausto. Ao ser avaliado pelos pesquisadores em seu laboratório, foi identificada falha de metabolização de lipídeos pelas mitocôndrias, o que persistiu após 6 meses da alta da UTI, prejudicando o retorno à *performance* prévia (WISCHMEYER e SAN- MILLAN, 2015). O prejuízo ocasionado no metabolismo celular torna a sugestão de traçar pequenas metas e “escutar o corpo quanto ao seu limite” muito importante de modo a evitar insistência e posterior frustração. Não se deve confundir a impossibilidade de alcance do objetivo

naquele dia com preguiça ou falta de esforço. A dificuldade decorre da produção deficiente de energia celular. Tendo em vista a complexidade das disfunções metabólicas ocasionadas pela doença crítica, as conquistas de uma pessoa acometida por doença grave nunca são pequenas e devem sempre ser comemoradas, conforme sugerido na ferramenta de orientação.

Resiliência é necessária durante todo o processo. Pessoas com perfil mais resiliente conseguem gerar emoções positivas frente a situações estressantes e isso possibilita que lidem melhor desafios. Memórias emocionais influenciam tal capacidade. Quando evocadas, o efeito subjetivo e o estado fisiológico são similares aos da experiência que as ocasionou (PHILIPPE *et al*, 2009). Emoções, por sua vez, podem ser positivas ou negativas e levam a processos informacionais distintos, afetando a interpretação de eventos da vida cotidiana. Fredrickson (2001) em sua teoria “*Broaden-and- Build of Positive Emotions*” esclarece o impacto de sentimentos como amor, contentamento, esperança, interesse, gratidão, inspiração e alegria nas atitudes humanas. Conforme a autora, emoções positivas possuem a habilidade de ampliar os repertórios de pensamento e ação relacionados a diferentes situações bem como de permitir a construção de recursos físicos, psicológicos, sociais e fisiológicos para lidar com as mesmas. Já as negativas, como raiva, tristeza, medo, relacionam-se ao estreitamento de tais repertórios, propiciando resolução rápida e decisiva frente a uma ameaça, tendo, portanto, importante função adaptativa no que se refere à sobrevivência da espécie.

Após a alta da UTI, emoções positivas e negativas coexistem. Esclarecimento quanto aos desafios que poderão ser enfrentados demonstra empatia em relação ao sofrimento de pacientes e seus familiares / cuidadores e estimula comportamento empático por parte das pessoas que auxiliarão o paciente. O caráter positivo da orientação a ser ofertada, o respeito à autonomia do indivíduo, o fortalecimento do mesmo como sujeito de sua própria recuperação bem como o enaltecimento da importante função das pessoas que o (a) assistem, pode, potencialmente, fazer com que emoções caracteristicamente positivas preponderem sobre as negativas, propiciando a elaboração de diferentes maneiras de superação das dificuldades, culminando no alcance do objetivo final: sobreviver à doença crítica com boa qualidade de vida depois da UTI!

## **6. Conclusões**

A Síndrome Pós-Cuidados Intensivos ou pós-UTI é de pouco conhecimento entre a população estudada, o que explicita a necessidade de desenvolvimento de ferramenta de orientação quanto ao tema proposto. Objetivo principal deste trabalho, foi realizada de modo a valorizar a luta contra a doença crítica por parte de todos os envolvidos, esclarecer quanto aos desafios que podem advir dela e enaltecer possibilidade de recuperação tendo por base otimização da comunicação interpessoal, priorizando a empatia.

## **7. Possíveis desdobramentos**

Foram realizados dois questionamentos quando da idealização deste trabalho. Um deles se referia ao conhecimento por parte de familiares quanto à Síndrome Pós-Cuidados Intensivos. Como evidenciado, o desconhecimento do tema por tal população existe e responde à segunda questão, que faz referência à necessidade do desenvolvimento de ferramenta de orientação a pacientes e familiares de pacientes internados da Unidade de Terapia Intensiva II do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. É possível realizar a ampliação deste estudo averiguando a compreensão não só de familiares e cuidadores, mas também de profissionais de saúde e dos próprios pacientes e, uma com aprovação do Comitê de Ética do Complexo Hospital de Clínicas, o seguimento dos pacientes e familiares incluídos neste estudo é possível de modo a averiguar quais os desafios enfrentados após a alta da UTI bem como qual o suporte ofertado aos mesmos durante essa fase. Lacunas importantes relacionadas ao atendimento de tais pessoas aparecerão.

Tal ferramenta requer validação para que sua efetividade seja comprovada. Ela pode ser o primeiro passo para elaboração de estratégias de auxílio de pacientes e familiares após a alta da UTI no Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Como demonstrado, os desafios impostos pela Síndrome Pós-Cuidados Intensivos não são poucos e podem prejudicar de modo importante a qualidade de vida dos pacientes, os quais sobreviveram à doença grave e agora necessitam retomar sua vida cotidiana.

## 8. Referências Bibliográficas

1. Agard, A.S. *et al.* **Struggling for independence: a grounded theory study on convalescence of ICU survivors 12 months post ICU discharge.** Intensive and Critical Care Nursing, vol. 28, p.105-113, 2012
2. ANDREWS, Nancy E.. **After the ICU:** 2013 (16:32). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=16FlpZGbfHA>. Acesso em 18/04/2019
3. Azoulay, E. *et al.* **Recovery after Critical Illness: putting the puzzle together.** Critical Care, v. 21, n. 296, p. 1-7, 2017
4. Bradimonte, M.A., Bruno N., Collina S. **Cognition.** In: *Psychological Concepts: An International Historical Perspective.* Hove, UK: Psychology Press. 2006.
5. Brummel, N.E. *et al.* **Delirium in the Intensive Care Unit and subsequent long - term disability among survivors of mechanical ventilation.** Critical Care Medicine, vol. 42, n.2, p. 369-377, Fev 2014.
6. Critical Illness, Brain Dysfunction and Survivorship (CIBS) Center. **Life After ICU:** 2019 (4:07). Disponível em: <https://www.icudelirium.org/patients-and-families/patient-testimonials>. Acesso em: 25 de abril de 2019
7. Davidson, J.E. *et al.* **Family Response to Critical Illness: Post Intensive Care Syndrome- Family.** Critical Care Medicine, v.40, n.2, p. 618-624. 2012.
8. Davidson, J.E. *et al.* **Guidelines for Family- Centered Care in the Neonatal, Pediatric and Adult ICU.** Critical Care Medicine, v.45, n.1, p.103-128. Janeiro, 2017.
9. Decety, J. **The neural pathway, development and function of empathy.** Current Opinion in Behavioral Sciences, vol. 3, pg. 1-6, 2015.
10. Decety, J.; Fotopoulou, A.. **Why empathy has a beneficial impact on others in medicine: unifying theories.** Frontiers in behavioral neuroscience, vol. 8, 457, pg 1-11, 2015.
11. Desai, S. V.; Law, T.J.; Needham, D.M. **Long- term complications of critical care.** Critical Care Medicine, vol. 39, n.2, p 371-378, 2011.
12. Dezechache,G.; Merier, H.; Scott- Phillips, T.C. **An evolutionary approach to emotional communication.** Journal of Pragmatics, 2013.
13. Fredrickon, B.L.. **The Role of Positive Emotions in Positive Psychology.** American Psychologist, vol. 56, n. 3, pg 218-226. 2001

14. FREDRICKSON, B.L.; ISGETT, S.F.. **Broaden- and- Build Theory of Positive Emotions.** In: *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*. USA: Elsevier, 2015. Pg 864-869.
15. Gaeni, M. et al. **Informational Support to family member of Intensive Care Unit patients: the perspectives of families and nurses.** *Global Journal of Health Science*, vol. 7, n.2, p. 8-19, 2015.
16. GOLEMAN, D. Quando o inteligente é idiota. In: *Inteligência Emocional: a teoria revolucionária que ensina o que é ser inteligente*. Daniel Goleman: tradução de *Emotional Intelligence*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. Pg 145-58.
17. Govidan, S. et al. **Issues of Survivorship are rarely adressed during Intensive Care Unit stay.** *Annals of the American Thoracic Society*, vol. 11, n. 4, pg 587-591, 2014.
18. HERRIDGE, M.S.; CAMERON, J.L.; HOPKINS, R.O. **Long Term Outcomes After Critical Illness.** In: HALL, J.B. et al. *Principles of Critical Care*. USA: McGraw- Hill Education, 2015. Cap. 15. Pg 1-49.
19. Hopkins, R.O. et al. **Risk factor for depression and anxiety in survivors of Acute Respiratory Distress Syndrome.** *General Hospital Psychiatry*, vol. 32, p. 147-155, 2010.
20. Hill, A.D. **Long term outcomes and healthcare utilization following critical illness- a population based study.** *Critical Care*, v. 20:76, 2016.
21. Huang, M et al. **Psychiatric Symptoms in Acute Respiratory Distress Syndrome Survivors: a one-year National Multicenter Study.** *Critical Care Medicine*, vol. 44,n. 5, p.954-965, 2016.
22. ICU STEPS. **Effects on your body.** Disponível em: <https://icusteps.org/guide/effects-on-your-body>. Acesso em: 01 de abril de 2019.
22. Ioannidou, F.; Konstantikaki, V.. **Empathy and emotional intelligence: What's really about?** *International Journal of Caring Sciences*, vol.1, n.3, pg 118-123, 2008.
23. Jones, C. et al. **Precipitants of post- traumatic stress disorder following intensive care: a hipotesis generating study of diversity in care.** *Intensive Care Medicine*, vol. 33, p. 978-985, 2007.
24. KAHNEMAN, D.. **Dois eus.** In: *Rápido e Devagar: duas maneiras de pensar*. Daniel Kahneman: tradução Cássio de Arantes Leite. Rio de Janeiro: Objetiva, 2012. Pg: 471-497.
25. Khandelwal, W. et al. **Prevalence, Risk Factors and Outcomes of financial stress in survivals of critical illness.** *Critical Care Medicine*, v.46, n.6, e530-e539, Junho/ 2018.
26. Main, A. et al. **The interpersonal function of Empathy: a relational perspective.** *Emotion Review*, vol.9, n.4, p.358-366, 2017.

27. MALDONADO, M. *O desafio da comunicação*. 1a. Ed. São Paulo: Palas Athena, 2003.
28. Maruiti, M.R.; Galdeano, L.E.; Farah, O.G.D. **Ansiedade e depressão em familiares de pacientes internados em Unidade de Cuidados Intensivos**. Acta Paulista de Enfermagem, vol. 21, n.4, p 636-642, 2008.
29. McPeake *et al.* **Models of Peer Support to remediate Post Intensive Care Syndrome: a report developed by the Society of Critical Care Medicine Thrive International Peer Support Collaborative**. Critical Care Medicine, vol 47, n.1, e21-e27, 2019.
30. Mikkelsen, M.E. et al. **Peer Support as a Novel Strategy to mitigate Post Intensive Care Syndrome**. Advanced Critical Care, vol.27, n.2, p 221-229, 2016.
31. Milbrandt, E.; Angus, D.. **Bench- to- bedside review: Critical Illness- associated cognitive disfunction- mechanisms, markers and emerging therapeutics**. Critical Care, vol. 10: 238, nov 2006
32. Miot, H. **Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais**. J. Vasc. Bras, vol.10, n.4, pg 275-278, 2011.
33. Needham, D.M. *et al.* **The functional costs of ICU survivorship**. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, v. 183, p. 962-963, 2011.
34. Needham, D.M. *et al.* **Improving long term outcomes after discharge from Intensive Care Unit: report from a stakeholder conference**. Critical Care Medicine, vol. 40, n.2, p. 502-509, 2016.
35. NEISSER, U. **Cognitive Psychology**. USA. Printice Hall, 1967.
36. NEISSER U. **Cognition and Reality**. USA. Freeman, 1976.
37. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). **Rehabilitation after critical illness in adults**. 2017. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs158/chapter/Quality-statement-1-Rehabilitation-goals>. Acesso em: 17 de abril de 2019.
38. Nyhren, H. *et al.* **Post- traumatic stress, anxiety and depression symptoms in patients during de first year post intensive care unit discharge**. Critical Care, vol. 14: R14, 2010.
39. Orme, Jr. *et al.* **Two- year cognitive, emotional, and quality of life outcomes in acute respiratory distress syndrome**. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, v.171, p. 340-347, 2005.
40. Osadcha, E.. **Empathic Communication in the process of teaching English**. International Letters of Social and Humanistic Science, vol 58, pg 117-122, 2015.



41. Pandhanrinpande, P.P. *et al.* **Long- Term Cognitive Impairment after Critical Illness.** The New England Journal of Medicine, vol. 369, n.14, p. 1306-1316, oct 2013.
42. Philippe, F. L. *et al.* **Resilience and Positive Emotions: Examining the role of Emotional Memories.** Journal of Personality, vol. 77, n1, pg 139-176. 2009.
43. Projeto UTISBRASILEIRAS. **Taxa de Mortalidade na UTI e no Hospital.** Disponível em: < [www.utisbrasileiras.com.br](http://www.utisbrasileiras.com.br)> Acesso em 16 abril 2019.
44. Rawal, G. *et al.* **Post Intensive Care Syndrome: An overview.** Journal of Translational Internal Medicine, v.5, n. 2, p. 90-92, Abr./Jun. 2017.
45. Rattray, J.E.; Hull, A.M. **Emotional Outcome after intensive care: literature review.** Journal of Advanced Nursing, vol.64, n.1, p 2-13, 2007.
46. Rogers, C. R.. **Empathic: un unappreciated way of being.** The Counseling Psychologist, vol.5, n.2, pg 1-16, 1975.
47. Sakusic, A., Rabinstein, A.A. **Cognitive outcomes after critical illness.** Current Opinion in Critical Care, v. 24, p. 410-414, 2018.
48. Scraag, P. *et al.* **Psychological problems following ICU treatment.** Anaesthesia, vol.56, p. 9-14, 2001.
49. Society of Critical Care Medicine (SCCM). **THRIVE: Redefining recovery.** Disponível em <https://www.sccm.org/MyICUCare/THRIVE>. Acesso em 03 de dezembro de 2018.
50. Stevens, R.D. *et al.* **Neuromuscular dysfunction acquired in critical illness: a systematic review.** Intensive Care Medicine, vo. 33, p. 1876-1891, jul 2007.
51. Van der Schaaf, M. *et al.* **Functional status after intensive care: a challenge for professional rehabilitation to improve outcome.** Journal of Rehabilitation Medicine, vol. 41, p. 360- 366, 2009.
52. Wischmeyer, P.E; San -Millan, I.. **Winning the war against icu- acquired weakness: new innovations in nutrition and exercise physiology.** Critical Care, vol 19: S6, pag 1-14. 2015.
53. Wischmeyer, P.E. **Are we creating survivors... or victims in critical care? Delivering targeted nutrition to improve outcomes.** Current Opinion in Critical Care, vol. 22, p. 279-284, 2016.
54. Wolters, A.E. *et al.* **Cognitive Impairment after Intensive Care Unit admission: a sistematic review.** Intensive Care Medicine, vol. 39, pg 376-386.

55. Wong, D.J.N.; WICKMAN, A.J.. **A survey of intensive care unit discharge communication practices in the UK.** Journal of the Intensive Care Society, vol. 14, n.4, pg 330-333, 2013.

## 9. Anexos

9.1. Questionário apresentado a familiares de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva II do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná



### QUESTIONÁRIO

**Registro Paciente:**

**Idade:**

**Sexo:**

**Registro Geral (RG) do respondente:**

**Profissão:**

**Telefone:**

1) Idade  18 a 25 anos

26 a 34 anos

35 a 49 anos

50 a 59 anos

60 anos ou mais.

2) Sexo  Masculino  Feminino

3) Quanto tempo seu familiar/ conhecido permaneceu internado na UTI?

24 a 48 horas

3 a 5 dias

- 6 a 10 dias
- > 10 dias.

4. Qual seu nível de instrução?

- Sem escolaridade
- Ensino Fundamental (1º grau ) incompleto
- Ensino Fundamental (1º grau ) completo
- Ensino Médio (2º grau) incompleto
- Ensino Médio (2º grau) completo
- Superior Incompleto
- Superior Completo
- Não sei informar.

4) O (A) senhor(a) já esteve internado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)?

- SIM
- NÃO

5) O (A) senhor (a) já teve algum conhecido internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) além do internado atualmente?

- SIM
- NÃO

6) Em relação à afirmação seguinte: “A internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pode afetar a qualidade de vida do paciente após a alta hospitalar.”, o (a) senhor (a)?

- Concorda plenamente
- Concorda
- Não concorda nem discorda
- Discorda
- Discorda plenamente

7) Qual o sentimento que melhor descreve o (a) senhor (a) no momento da alta da Unidade de Terapia Intensiva?

Insegurança     Confiança.

- 8) Numa escala de 1 (um) a 10 (dez), qual seu conhecimento sobre a Síndrome pós-Cuidados Intensivos ou pós-UTI?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- 9) Houve explicação por parte de profissionais de saúde a respeito da Síndrome pós Cuidados Intensivos ao (à) senhor (a) quando em contato com Unidades de Terapia Intensiva (UTI)?

SIM                       NÃO

- 10) Numa escala de 1 a 10, avalie seu conhecimento prévio à internação de seu familiar/ conhecido relacionado à possíveis consequências de uma doença grave. O (A) senhor (a) sabia que após uma internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por doença grave o paciente pode apresentar por dias, meses ou anos:

a) problemas de memória?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

b) dificuldade de compreensão/ déficit cognitivo?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

c) dificuldade para caminhar?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

d) dificuldade para subir escadas?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

e) fraqueza muscular importante?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

f) prejuízo quanto a retorno ao trabalho?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

g) depressão?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**OBRIGADA**

**Assinatura:**

**Curitiba, \_\_\_ de \_\_\_ de 2019**

**Sou cuidador/família,  
o que posso fazer?**

**CALMA...**

**VOCÊ NÃO ESTÁ SOZINHO(A)...  
UM PASSO DE CADA VEZ...  
VÁ DEVAGAR...**

**PARABÉNS!!!**  
Agora aproxima-se o momento de  
**voltar para casa!**

Estabeleça pequenas **metas diárias**. Anote-as!

Escute **seu corpo**: Ele avisará quando o limite for ultrapassado! Tente novamente no outro dia!

**Comemore suas conquistas!**  
São muito importantes!

Visitar a UTI em que esteve internado(a) pode ajudá-lo(a) a compreender melhor o que houve com você.

Converse sobre **suas angústias e expectativas** de recuperação.

Compartilhe **suas experiências** com as pessoas mais próximas ou aquelas que passaram por algo parecido.

Procure a Unidade de Saúde mais próxima de sua casa caso necessite de **auxílio adicional**.

**Seu apoio continua sendo fundamental!**

Muitas vezes as lembranças da UTI são nebulosas! Conversar sobre o que aconteceu durante a internação pode tornar essa fase menos traumática a seu ente querido.

Ajude seu familiar/amigo(a) sempre que necessário, respeitando sua autonomia caso ele(a) deseje realizar a atividade sozinho(a).



**Algumas orientações  
podem ajudar você e seus  
familiares a lidar com o  
Depois da UTI**

Idealizadora: Karla Daniele Moretto  
Arte: Zitra Design

## 9.2. FOLDER EXPLICATIVO DOBRÁVEL “DEPOIS DA UTI” EM ALTA RESOLUÇÃO (EXTERNO E INTERNO)

## ALGUNS DESAFIOS PERSISTEM...

### motor

É possível que você:

- se sinta cansado,
- se sinta fraco,
- ande mais lentamente,
- caminhe por distâncias mais curtas, não longas,
- consiga subir um ou alguns degraus de uma escada, não todos,
- necessite de ajuda para se levantar da cama ou cadeira.

### cognitivo

É possível que:

- suas lembranças da UTI sejam confusas,
- sua memória falhe em alguns momentos,
- sua atenção se dissipe com mais facilidade,
- raciocinar sobre algo se torne mais desafiador,
- necessite reaprender algumas atividades para que possa futuramente realizá-las sozinho (a) novamente, como:
  - Vestir-se,
  - Banhar-se,
  - Alimentar-se,
  - Executar tarefas domésticas.

### psicológico

É possível que você se sinta:

- triste/ deprimido(a),
- ansioso (a),
- impaciente/ irritado (a),
- amedrontado (a),
- retraído (a) em relação a outras pessoas.

## PORQUE ISSO ACONTECE?

A doença e os medicamentos utilizados têm efeitos importantes sobre seu corpo!  
**Suas células sofreram e agora estão se recuperando lentamente!**