

Prevalência e obstáculos ao retorno ao trabalho três meses após alta da UTI

Prevalence and obstacles to return to work three months after ICU discharge

Vanessa Marcela Lima dos Santos¹ 

Kátia Santana Freitas² 

Aloísio Machado da Silva Filho³ 

Monneglesia Santana Lopes Cardoso⁴ 

Pollyana Pereira Portela⁵ 

Vivian Manuela Lima dos Santos⁶ 

¹Contato para correspondência. Universidade Estadual de Feira de Santana (Feira de Santana). Bahia, Brasil. vanessamlimasantos@gmail.com

²⁻⁶Universidade Estadual de Feira de Santana (Feira de Santana). Bahia, Brasil.

RESUMO | OBJETIVOS: Estimar a prevalência de retorno ao trabalho três meses após a alta da unidade de terapia intensiva (UTI) e caracterizar os obstáculos relacionados a esse retorno. **MÉTODO:** Estudo transversal aninhado a uma coorte prospectiva, conduzido entre 2022 e 2023, em hospital público de grande porte no interior baiano, com adultos três meses após a alta da UTI. Utilizaram-se as informações sociodemográficas e clínicas, bem como o instrumento Obstacles to Return to Work Questionnaire (ORTWQ). Análise realizada pelo SPSS e R, com estatística descritiva e analítica. **RESULTADOS:** Dos 52 participantes, a maioria era do sexo masculino (76,9%), cor de pele preta e parda (96,0%), internamento de natureza clínica (52,1%), classificados como graves (65%). A prevalência de retorno ao trabalho três meses após a alta da UTI foi de 19,2% e, entre os que ainda se encontravam afastados do trabalho, 43,9% por motivos de saúde. Os principais obstáculos percebidos foram o aumento da dor e a necessidade de descanso; as boas relações interpessoais e a autopercepção positiva foram aspectos satisfatórios. **CONCLUSÃO:** Três meses após a alta da UTI, a prevalência de retorno ao trabalho foi baixa. Egressos da UTI enfrentam desafios no domínio físico, mas contam com suporte social, familiar e ocupacional favorável.

PALAVRAS-CHAVE: Unidades de Terapia Intensiva. Cuidados Críticos. Retorno ao Trabalho. Saúde Ocupacional.

ABSTRACT | OBJECTIVES: To estimate the prevalence of return to work three months after discharge from the intensive care unit (ICU) and characterize barriers associated with this return. **METHODS:** This cross-sectional study, nested within a prospective cohort, was conducted between 2022 and 2023 at a large public hospital in the countryside of Bahia, Brazil, including adults assessed three months after ICU discharge. Sociodemographic and clinical data were collected, along with the Obstacles to Return to Work Questionnaire (ORTWQ). Statistical analyses were performed using SPSS and R, including descriptive and inferential analyses. **RESULTS:** Among the 52 participants, most were male (76.9%), identified as Black or mixed-race (96.0%), had medical admissions (52.1%), and were classified as critically ill (65%). The prevalence of return to work three months after ICU discharge was 19.2%. Among those who remained away from work, 43.9% reported health-related reasons. The main perceived barriers were increased pain and the need for rest, whereas positive interpersonal relationships and positive self-perception were identified as favorable aspects. **CONCLUSION:** Three months after ICU discharge, the prevalence of return to work was low. ICU survivors face challenges primarily in the physical domain but benefit from favorable social, family, and occupational support.

KEYWORDS: Intensive Care Units. Critical Care. Return to Work. Occupational Health.

1. Introdução

Os avanços no cuidado intensivo ampliaram substancialmente a sobrevivência de pessoas em situação de adoecimento crítico, tornando a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) um espaço central para o tratamento e a recuperação. No entanto, garantir a sobrevivência não esgota o papel do cuidado intensivo. Os efeitos da hospitalização em ambiente de alta complexidade estendem-se para além da alta hospitalar, impondo desafios funcionais, psíquicos e sociais que podem persistir a longo prazo e demandam atenção científica e assistencial crescente¹⁻³.

A mudança abrupta na dinâmica da vida causada pela hospitalização em UTI pode configurar-se como estressor ambiental imediato e, ainda, como fator de risco para a redução do bem-estar a curto e a longo prazo⁴. Estar vivo após a doença crítica é primordial; no entanto, é substancialmente importante o pleno restabelecimento das funções biológicas e psíquicas, bem como o resgate da vida social para todos os envolvidos no processo de adoecimento, incluindo o retorno às atividades laborais. A garantia da qualidade de vida após o enfrentamento de uma doença grave é um dos grandes desafios da atualidade².

O conjunto de déficits que emergem ou se agravam após a alta da UTI foi sistematizado sob a denominação de Post-Intensive Care Syndrome (PICS), traduzida como síndrome pós-terapia intensiva. A PICS compreende comprometimentos nos domínios físicos, cognitivos, mentais e sociais, que podem persistir por meses ou anos após a alta hospitalar^{2,3}. Embora o retorno ao trabalho venha sendo identificado como um desfecho relevante na recuperação pós-UTI, análises bibliométricas da literatura sobre PICS revelam que os domínios cognitivo, mental e físico concentram a produção científica, enquanto o desempenho de papéis sociais, incluindo o trabalho, permanece sub-representado como objeto de estudo sistemático⁵.

Revisões sistemáticas confirmam que o desemprego é consequência frequente após a internação em UTI⁶⁻⁸, mas apesar das evidências sobre a importância do retorno ao trabalho, esse desfecho necessita receber mais atenção nas pesquisas de caráter interventivo em cuidados críticos⁹⁻¹¹. Essa lacuna é relevante tanto para a produção científica quanto para a prática assistencial,

uma vez que a capacidade de trabalhar representa dimensão central da recuperação funcional e da autonomia social da pessoa^{4,12,13}.

O trabalho ocupa posição estruturante na vida do indivíduo como fonte de identidade, renda, pertencimento social e qualidade de vida⁷. A impossibilidade de retornar às atividades laborais após uma doença crítica não é um desfecho secundário, pois revela, mais uma vez, a incompletude da recuperação. Estimativas indicam que, três meses após a internação na UTI, cerca de dois terços das pessoas ainda se encontram afastadas do trabalho^{6,14} e uma coorte multicêntrica conduzida no Brasil revelou que 61,1% dos trabalhadores não haviam retornado ao trabalho nesse mesmo período¹⁵.

Aqueles que conseguem retornar ao trabalho após um período de internação na UTI frequentemente o fazem em condições precárias, com piora do *status* ocupacional ou perda do vínculo empregatício no curto prazo¹⁴. O desemprego pós-UTI repercute na renda familiar, na coesão social e no bem-estar coletivo, afetando de forma desproporcional os trabalhadores informais e as populações em situação de maior vulnerabilidade socioeconômica⁷. Assim, a ausência de programas estruturados de reabilitação pós-UTI transfere o ônus do cuidado para as famílias e, por meio de reinternações e de dependência de longo prazo, retorna ao sistema de saúde sob a forma de custos evitáveis. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), em que há limitação de recursos e algumas vulnerabilidades estruturais, essa lacuna na continuidade do cuidado assume dimensão relevante e demanda atenção científica e política cuidadosa^{6,7,16}.

Socialmente, o trabalho representa um componente valioso para o indivíduo e a família em suas singularidades, bem como para a sociedade em geral⁴. Evidenciar como a doença crítica pode impactar na dimensão social, com destaque para o trabalho, possibilita estender o olhar para o processo de adoecimento enfrentado pelas pessoas, que se estende para além do âmbito hospitalar, fortalecendo a saúde coletiva. Estudos demonstram que o retorno ao trabalho após doença crítica melhora a qualidade de vida e desfechos psicossociais^{6,18}, enquanto o afastamento prolongado impacta negativamente a renda familiar e a saúde física e mental¹⁰.

Nesse cenário, a enfermagem desempenha um papel central e insubstituível. É a equipe de enfermagem que mantém contato contínuo com a pessoa internada em UTI, monitora a evolução clínica ao longo das horas, identifica precocemente sinais de comprometimento funcional e estabelece os primeiros vínculos com a família¹⁹. Reconhecer os obstáculos ao retorno ao trabalho, físicos, psicossociais e relacionados ao contexto laboral, é parte do cuidado integral que a enfermagem deve oferecer, não apenas durante o internamento, mas também em programas de acompanhamento e de transição de cuidado¹², bem como na perspectiva da reabilitação e da reinserção social. A produção científica de enfermagem nessa área é, portanto, condição necessária para fundamentar protocolos, qualificar a assistência pós-alta e influenciar políticas de cuidado continuado a egressos da UTI^{19,20}.

Diante da relevância social do trabalho como desfecho de recuperação e da necessidade de ampliar o conhecimento produzido pela enfermagem sobre os efeitos de longo prazo do cuidado intensivo, este estudo teve como objetivo estimar a prevalência de retorno ao trabalho três meses após a alta da UTI e caracterizar os obstáculos relacionados a esse retorno.

2. Métodos

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, realizado entre janeiro de 2022 e fevereiro de 2023, em um hospital público geral de grande porte do interior da Bahia. Os dados provêm de uma coorte de acompanhamento de pacientes, com recorte temporal de três meses após a alta da UTI. A redação deste manuscrito seguiu as recomendações do guia Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE)²¹.

Participaram do estudo indivíduos que tiveram alta da UTI e atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter no mínimo 18 anos de idade, ter permanecido na UTI por pelo menos 48 horas, estar lúcido e orientado durante a coleta de dados, não ter diagnóstico

prévio de transtorno cognitivo ou psíquico e não estar em uso de medicamentos para transtornos mentais, como ansiedade ou depressão. Foram excluídos participantes que foram transferidos da UTI de outro hospital, aqueles que tiveram alta domiciliar, uma vez que tal condição inviabiliza a coleta de dados na enfermagem, na linha de base, bem como aqueles que estiveram em isolamento de contato ou respiratório, portadores de deficiência física ou cognitiva prévia e aqueles com impossibilidade de contato telefônico.

Para a coleta de dados, procedeu-se a um rastreio diário no sistema hospitalar entre pacientes com alta programada, o que permitiu a identificação e a seleção dos indivíduos elegíveis. As informações sociodemográficas, clínicas e de caracterização social do trabalho foram obtidas durante a internação hospitalar, a partir dos dados registrados no prontuário eletrônico, e complementadas por entrevista estruturada realizada por meio de um questionário multitemático. Destaca-se que antes da entrevista na unidade de internação, todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

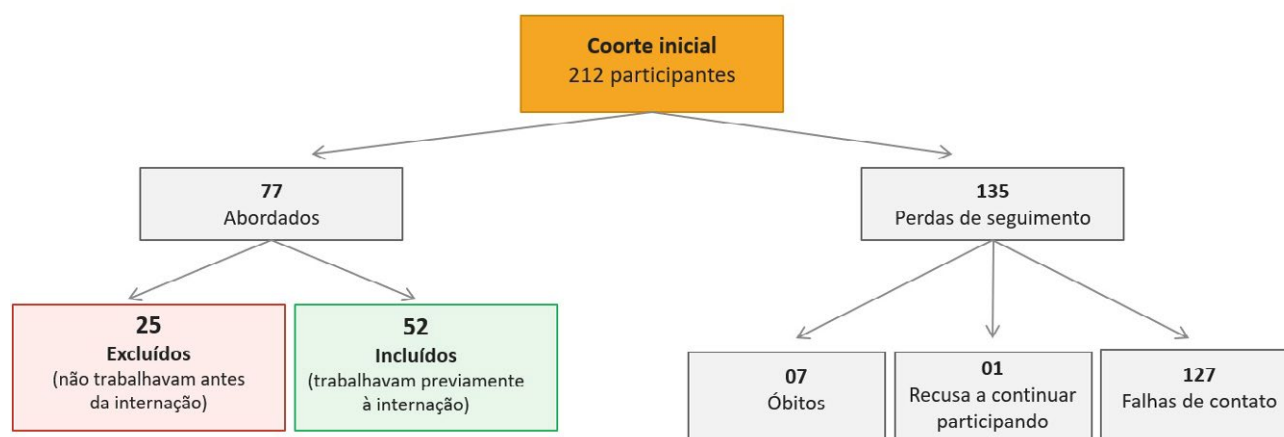
Os participantes foram contactados em dois momentos distintos. Na linha de base, realizou-se entrevista presencial na enfermagem, com duração média de 25 minutos, até o quinto dia após a alta da UTI, assegurando-se as condições de privacidade. Os dados clínicos foram obtidos por meio de consulta ao prontuário eletrônico e houveram variações tamanho amostral em algumas variáveis decorrem da presença de dados ausentes. O seguimento ocorreu três meses após a alta da UTI, por meio de entrevista telefônica com duração média de 16 minutos, orientando-se os participantes a permanecerem em local reservado durante a coleta.

Ambas as entrevistas foram conduzidas por enfermeiros pesquisadores e por estudantes bolsistas de iniciação científica, previamente capacitados conforme o Manual de Coleta de Dados (ISBN 978-65-01-76027-8). Seguiu-se um roteiro estruturado, com o preenchimento dos instrumentos em tempo real. Os procedimentos foram refinados durante um estudo piloto de três meses.

A supervisão da coleta e a auditoria dos dados ocorreram ao longo de todo o estudo, sob responsabilidade das enfermeiras pesquisadoras. Os dados coletados foram anonimizados, armazenados no Research Electronic Data Capture (REDCap) e acessados exclusivamente pelos pesquisadores responsáveis, sendo utilizados apenas para fins científicos. Para mitigação de vieses, adotaram-se múltiplas tentativas de contato telefônico em dias e horários distintos (viés de atrito) e dupla digitação independente no REDCap com auditorias periódicas de consistência (viés de aferição).

A seleção dos participantes foi realizada por amostragem não probabilística. Inicialmente, utilizou-se uma amostragem consecutiva, na qual todos os pacientes que atendiam aos critérios de elegibilidade durante o período do estudo foram convidados a participar. Abordaram-se os elegíveis durante o internamento na enfermaria, o que resultou em uma coorte inicial de 212 indivíduos. Deste total, foram incluídos apenas os participantes acompanhados por três meses após a alta da UTI, totalizando 77 indivíduos. Ao considerar os que trabalhavam previamente à internação na UTI, 52 foram elegíveis, conforme detalhado na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma de seleção dos participantes do estudo, Feira de Santana, Bahia, Brasil, 2022-2023



Dos 212 participantes da coorte inicial, 135 (63,7%) foram perdidos ao terceiro mês de seguimento: 7 (3,3%) por óbito pós-alta, 1 (0,5%) por recusa e 127 (59,9%) por falha de contato telefônico. As perdas de seguimento são amplamente descritas em estudos com egressos de UTI, com taxas de retenção variando de 18% a 100% conforme o período de acompanhamento, a gravidade clínica e a estrutura de suporte disponível²², o que pode introduzir viés de seleção²³.

A taxa observada neste estudo é consistente com investigações em contextos de recursos limitados, como demonstrado em estudos prévios realizados em um hospital público^{22,24}.

A situação laboral foi avaliada por meio do questionário Caracterização Social do Trabalho, que investiga a renda, o vínculo empregatício pré- e pós-internação, a carga horária e a percepção da capacidade laboral. Os obstáculos ao retorno ao trabalho foram investigados por meio do Obstacles to Return to Work Questionnaire (ORTWQ), instrumento multidimensional validado no contexto brasileiro²⁵, que contém 55 itens em nove domínios. Para este estudo, foram selecionados estrategicamente 27 itens de quatro domínios: dificuldades para o retorno ao trabalho (DRT, 8 itens), suporte social no trabalho (SST, 6 itens), suporte e situação familiar (SSFa, 7 itens) e prognóstico autopercebido de retorno ao trabalho (PaRT, 6 itens).

A seleção parcial dos domínios deste instrumento priorizou o objeto de estudo proposto, bem como as particularidades da população-alvo. Esta decisão não compromete a interpretação, pois a adaptação brasileira recomenda a avaliação por domínios independentes, sem escore total, preservando as propriedades psicométricas de cada subescala, independentemente dos itens não incluídos. Itens formulados negativamente foram invertidos (0=6, 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1, 6=0): itens 5, 18 e 31 (SST); itens 9, 27 e 32 (SSFa); e itens 1, 3, 4, 5 e 6 (PaRT). Escores mais elevados indicam maiores obstáculos ao retorno ao trabalho²⁵.

O instrumento ORTWQ foi aplicado exclusivamente aos 42 participantes que estavam trabalhando antes da internação e que não retornaram após a alta da UTI. Destes, 23 responderam ao instrumento (taxa de resposta: 54,8% e perdas: 45,2%), atribuídas, em parte, à escala Likert de sete pontos (0 a 6), que se mostrou de difícil compreensão, resultando em recusas e na impossibilidade de responder. Entre os respondentes, o número de participantes válidos por item variou de 16 a 23, sendo o menor no item relativo à compreensão do supervisor quanto à dor do trabalhador ($n = 16$), inaplicável aos participantes autônomos sem vínculo hierárquico.

Os dados foram analisados pelo SPSS versão 22.0 e R versão 4.5.0. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas, e as variáveis contínuas, após verificação de não normalidade pelo teste de Shapiro-Wilk, por mediana e intervalo interquartil (IIQ). A comparação entre grupos (retornaram versus não retornaram ao trabalho) utilizou o teste de Mann-Whitney U para variáveis contínuas e o teste Exato de Fisher para categóricas ($\alpha = 0,05$), e as variáveis multicategóricas foram submetidas a teste global seguido de comparações par a par. Os itens dos domínios do ORTWQ foram descritos por mediana e IIQ.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS, parecer consubstanciado nº 3.527.238 (CAAE: 13234419.9.0000.0053), e conduzido em conformidade com as Resoluções CNS nº 466/2012, nº 510/2016 e nº 580/2018, com as diretrizes de Boas Práticas Clínicas e com a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018).

3. Resultados

Dos 52 participantes elegíveis que trabalhavam previamente à internação, a mediana de idade foi de 49,0 anos (IIQ 38,0 – 61,0), maioria do sexo masculino (76,9%), cor de pele preta e parda (96,0%), com maior escolaridade (67,3%), sem companheiro (53,8%), com religião (90,4%), renda de até três salários mínimos (89,6%), internamento de natureza clínica (52,1%) e classificados como graves (65%), conforme explicitado na Tabela 1.

Ao final do terceiro mês após a alta da UTI, apenas 19,2% retornaram ao trabalho. A proporção de retorno ao trabalho foi superior entre os participantes do sexo masculino (22,5%), pretos e pardos (20,8%), com maior escolaridade (25,7%), com renda familiar acima de quatro salários mínimos (40,0%). Quanto ao estado de saúde pregressa, a maioria não apresentava problema físico prévio nem internação anterior em UTI, a mediana do tempo de internação hospitalar foi de 9 dias (IIQ 6–15) e a da internação em UTI, de 5 dias (IIQ 3–10). A amostra distribuiu-se de forma equilibrada entre diagnósticos clínicos (52%) e cirúrgicos (48%), com taxas de retorno semelhantes nos grupos (20,0% e 21,7%). Dos participantes considerados graves, 15,4% retornaram ao trabalho.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e clínica de pacientes de acordo com o retorno ao trabalho três meses após a alta da Unidade de Terapia Intensiva, Feira de Santana, Bahia, 2022-2023 (n = 52) (continua)

Variáveis	n (%)	Não retornou n (%)	Retornou n (%)	p-valor**
Características sociodemográficas				
Sexo				
Feminino	12 (23,1)	11 (91,7)	1 (8,3)	0,420
Masculino	40 (76,9)	31 (77,5)	9 (22,5)	
Cor da pele*				
Preta e parda	48 (96,0)	38 (79,2)	10 (20,8)	1,000
Branca	2 (4,0)	2 (100)	0 (0,0)	
Escolaridade				
Fundamental ou menos	17 (32,7)	16 (94,1)	1 (5,9)	0,137
Ensino médio ou mais estudos	35 (67,3)	26 (74,3)	9 (25,7)	
Estado civil				
Sem companheiro(a)	28 (53,8)	21 (75,0)	7 (25,0)	0,309
Com companheiro(a)	24 (46,2)	21 (87,5)	3 (12,5)	
Religião				
Sem religião	5 (9,6)	5 (100)	0 (0,0)	0,569
Com religião	47 (90,4)	37 (78,7)	10 (21,3)	
Renda familiar*				
Até 3 SM	43 (89,6)	35 (81,4)	8 (18,6)	0,276
Acima de 4 SM	5 (10,4)	3 (60,0)	2 (40,0)	
Único provedor da família				
Sim	22 (42,3)	17 (77,3)	5 (22,7)	0,725
Não	30 (57,7)	25 (83,3)	5 (16,7)	
Estado de saúde pregressa				
Problema de saúde físico prévio*				
Sim	8 (16,7)	7 (87,5)	1 (12,5)	1,000
Não	40 (83,3)	31 (77,5)	9 (22,5)	
Internação prévia em UTI *				
Sim	6 (11,8)	4 (66,7)	2 (33,3)	0,584
Não	45 (88,2)	37 (82,2)	8 (17,8)	
Características clínicas				
Natureza do diagnóstico*				
Clínico	25 (52,1)	20 (80,0)	5 (20,0)	1,000
Cirúrgico	23 (47,9)	18 (78,3)	5 (21,7)	
Nível de gravidade*				
Grave	26 (65,0)	22 (84,6)	4 (15,4)	0,640
Não grave	14 (35,0)	13 (92,9)	1 (7,1)	
Ventilação mecânica*				
Sim	17 (33,3)	14 (82,4)	3 (17,6)	1,000
Não	34 (66,7)	27 (79,4)	7 (20,6)	
Uso de medicamentos vasoativos*				
Sim	18 (36,0)	14 (77,8)	4 (22,2)	1,000
Não	32 (64,0)	26 (81,3)	6 (18,8)	
Nutrição parenteral*				
Sim	2 (3,9)	2 (100)	0 (0,0)	1,000
Não	49 (96,1)	39 (79,6)	10 (20,4)	

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e clínica de pacientes de acordo com o retorno ao trabalho três meses após a alta da Unidade de Terapia Intensiva, Feira de Santana, Bahia, 2022-2023 ($n = 52$) (conclusão)

Variáveis	<i>n</i> (%)	Não retornou <i>n</i> (%)	Retornou <i>n</i> (%)	<i>p</i> -valor**
Hemotransfusão*				
Sim	9 (18,0)	6 (66,7)	3 (33,3)	0,358
Não	41 (82,0)	34 (82,9)	7 (17,1)	
Diálise*				
Sim	3 (6,1)	3 (100)	0 (0,0)	1,000
Não	46 (93,9)	36 (78,3)	10 (21,7)	
Sedação*				
Sim	14 (27,5)	11 (78,6)	3 (21,4)	1,000
Não	37 (72,5)	30 (81,1)	7 (18,9)	
Diagnóstico de sepse*				
Sim	5 (9,8)	4 (80,0)	1 (20,0)	1,000
Não	46 (90,2)	37 (80,4)	9 (19,6)	
Diagnóstico de infecção*				
Sim	12 (23,5)	10 (83,3)	2 (16,7)	1,000
Não	39 (76,5)	31 (79,5)	8 (20,5)	
Diagnóstico de choque*				
Sim	8 (15,7)	4 (50,0)	4 (50,0)	0,038
Não	43 (84,3)	37 (86,0)	6 (14,0)	
Alterações glicêmicas *				
Sim	14 (28,0)	10 (71,4)	4 (28,6)	0,245
Não	36 (72,0)	31 (86,1)	5 (13,9)	
Lesão por pressão*				
Sim	3 (6,1)	2 (66,7)	1 (33,3)	0,504
Não	46 (93,9)	37 (80,4)	9 (19,6)	

Nota. SM = salário mínimo. n (%): frequências absolutas e relativas calculadas sobre o total de participantes em cada categoria (total da linha).

* $n < 52$ indica dados ausentes. **Comparações realizadas pelo Teste Exato de Fisher, $p < 0,05$ é considerado estatisticamente significativo.

A primeira categoria de cada variável é a de comparação; a segunda, a de referência.

O nível de gravidade clínica foi classificado conforme Consenso Brasileiro de Monitorização e Suporte Hemodinâmico²⁶.

Ainda na Tabela 1, a maioria dos participantes não foi submetida a intervenções terapêuticas invasivas nem apresentou as complicações clínicas avaliadas. As taxas de retorno foram semelhantes entre os subgrupos, variando de 14% a 22%, independentemente da exposição aos suportes ou da ocorrência de complicações. A exceção foi o choque de qualquer tipo, ausente em 84,3% dos participantes, com taxa de retorno de 14% nesse subgrupo, sendo a única variável clínica com associação estatisticamente significativa ($p = 0,038$).

No que concerne à caracterização da situação de trabalho, elucidada na Tabela 2, todos os 52 participantes exerciam atividade laboral antes da internação, e três meses após a alta da UTI, 19,2% haviam retornado ao trabalho e 80,8% permaneciam afastados. Entre os participantes que informaram a situação laboral no momento da avaliação, a maioria estava em afastamento por doença (43,9%), seguida de desemprego (24,4%). Entre desempregados e afastados por doença, a maioria dos respondentes acredita que o afastamento afetou a qualidade de vida e está relacionado ao estado de saúde (88,9%).

Tabela 2. Caracterização da situação de trabalho de pacientes três meses após a alta da UTI, em Feira de Santana, Bahia, 2022-2023 (*n* = 42)

Variáveis	N	(%)
Trabalhavam antes da internação (<i>n</i> = 52)	52	100
Não retornaram ao trabalho (<i>n</i> = 42)^a	42	80,8
Situação de trabalho atual (<i>n</i> = 41)^b		
Desempregado	10	24,4
Afastado por doença	18	43,9
Aposentado	6	14,6
Vivendo de rendas	3	7,3
Dona de casa	4	9,8
Acreditam que o afastamento afetou a qualidade de vida (<i>n</i> = 27) ^c	24	88,9
Acreditam que o desemprego está relacionado ao estado de saúde (<i>n</i> = 9) ^d	8	88,9

Nota. ^aDez participantes retornaram ao trabalho (10/52 = 19,2%). ^bUm participante não respondeu à questão sobre a situação de trabalho atual (*n* = 41).

^cSubgrupo composto por desempregados e afastados por doença (*n* = 28), dos quais 1 não respondeu (*n* = 27).

^dSubgrupo dos desempregados (*n* = 10), dos quais 1 não respondeu (*n* = 9).

Os obstáculos ao retorno ao trabalho foram investigados em 42 participantes que ainda estavam afastados no terceiro mês pós-alta da UTI, porém, houve variação no número de respondentes por item do ORTWQ (de 16 a 23), decorrente de perdas parciais. A Tabela 3 apresenta os obstáculos por domínio. No domínio dificuldades para retorno ao trabalho (DRT), verificou-se elevada percepção de obstáculos entre os participantes. As medianas situaram-se entre 3,0 e 5,5 em grande parte dos itens, com destaque para a limitação funcional por dor, a necessidade de repouso e o isolamento social. Itens relativos ao impacto da fadiga sobre o sentido de vida apresentaram medianas menores (2,0–3,5), com ampla variabilidade interquartil.

No domínio suporte social no trabalho (SST), predominaram medianas nulas ou próximas de zero, indicando baixa percepção de obstáculos no trabalho. Itens sobre a relação com o supervisor apresentaram maior variabilidade (medianas de 0,0–1,5; IIQ amplos), sugerindo que, para parte dos respondentes, o suporte da chefia constituiu um obstáculo de maior intensidade. Já no domínio suporte e situação familiar (SSFa), praticamente todos os itens apresentaram mediana igual a zero e IIQ reduzidos, com padrão mais homogêneo entre os quatro domínios.

A exceção foi o item sobre dificuldade de encontrar energia para trabalhar em razão de problemas familiares ou sociais (IIQ 0,00–4,00), que apresentou maior amplitude no domínio, sinalizando que, para uma parcela dos respondentes, essa dimensão teve impacto mais expressivo.

Tabela 3. Obstáculos relacionados ao retorno ao trabalho três meses após a alta da Unidade de Terapia Intensiva, em Feira de Santana, Bahia, 2022-2023 (n = 42)

Itens	n*	Mediana (IIQ)
Domínio - Dificuldades para retorno ao trabalho (DRT)		
3 - Ao retornar ao trabalho, a fadiga será um problema para mim	23	3,0 (0,00-5,00)
8 - O aumento da dor será um problema para mim	21	5,0 (0,00-6,00)
11 - Depois do trabalho, não tenho energia para fazer mais nada, só descansar	20	3,5 (0,00-6,00)
16 - Eu tenho passado tempo com menos amigos e conhecidos desde que fiquei de licença-saúde	22	5,0 (2,25-6,00)
20 - Eu tive que desistir de atividades de lazer por causa da minha dor	23	5,0 (0,00-6,00)
21 - Eu estou doente e/ou incapacitado demais para continuar no meu trabalho	23	5,0 (0,00-6,00)
22 - A vida fica sem sentido quando eu não tenho energia para realizar mais nada após o trabalho	21	2,0 (0,00-5,00)
23 - Eu preciso descansar quando a minha dor aumenta	22	5,5 (0,00-6,00)
Domínio - Suporte social no trabalho (SST)		
5 - O meu supervisor tem compreensão com o meu problema de dor	16	1,5 (0,00-5,50)
6 - No meu local de trabalho existem conflitos frequentemente	22	0,0 (0,00-2,25)
18 - Meu supervisor tenta me apoiar e tornar as coisas mais fáceis para mim no meu local de trabalho	17	0,0 (0,00-3,00)
24 - O meu local de trabalho tem um clima tenso	21	1,0 (0,00-5,00)
31 - Eu tenho um bom relacionamento com meus colegas de trabalho	21	0,0 (0,00-5,00)
40 - É ruim o fato dos meus colegas de trabalho não compreenderem minha dor	20	0,0 (0,00-3,00)
Domínio - Suporte e situação familiar (SSFa)		
9 - Eu consigo suportar a minha dor graças ao apoio dos meus amigos e familiares	23	1,0 (0,00-3,00)
14 - É difícil encontrar energia para trabalhar por causa dos meus problemas familiares ou sociais	23	0,0 (0,00-4,00)
25 - Minha família consome muito da minha energia e por isso é difícil encontrar forças para eu trabalhar	22	0,0 (0,00-0,00)
27 - Eu sinto que meus familiares e amigos têm compreensão com a minha situação	22	0,0 (0,00-2,25)
32 - Quando eu estou sentindo dor, meus familiares e amigos procuram fazer alguma coisa para eu me esquecer da minha dor	22	0,0 (0,00-3,00)
38 - Quando eu estou com dor, meus familiares e amigos não suportam ficar perto de mim	22	0,0 (0,00-3,00)
41 - Eu preciso ficar em casa por causa dos meus problemas familiares	22	0,0 (0,00-0,25)
Domínio - Prognóstico autopercebido de retorno ao trabalho (PaRT)		
1 - Na sua opinião, qual a chance que existe de você conseguir retornar ao trabalho?	18	0,0 (0,00-2,25)
2 - Como você acha que será o seu retorno ao trabalho?	18	1,5 (0,00-6,00)
3 - O quanto convencido você está de que vai se recuperar?	18	0,0 (0,00-1,25)
4 - Quanta chance você acha que existe de você ser capaz de retornar ao trabalho nos próximos seis meses?	18	0,5 (0,00-3,00)
5 - Como você se sente quando pensa sobre suas possibilidades de retornar ao trabalho?	18	0,0 (0,00-2,25)
6 - Como você se sente quando pensa sobre suas possibilidades de viver sem assistência médica no futuro?	18	3,0 (0,00-6,00)

Nota. IIQ = intervalo interquartil. *n = total de participantes difere do número de participantes em cada item devido à ausência de respostas.

Escore dos itens variam de 0 a 6. O menor número de respondentes no item 5 do domínio SST reflete a inaplicabilidade do item aos participantes autônomos.

Distribuição assimétrica verificada pelo teste de Shapiro-Wilk.

Observou-se, ainda, no domínio do prognóstico autopercebido de retorno ao trabalho (PaRT), que a crença na possibilidade de retorno foi predominantemente favorável. Itens sobre percepção de chance e motivação apresentaram medianas nulas ou próximas de zero após reversão, sugerindo ausência de obstáculo nessa dimensão para a maioria. A maior incerteza concentrou-se nos itens sobre dificuldade percebida no processo de retorno (mediana 1,5) e sobre a perspectiva de independência do cuidado médico no futuro (mediana 3,0), ambos com ampla dispersão interquartil.

4. Discussão

A amostra foi composta predominantemente por adultos do sexo masculino, autodeclarados pretos e pardos, com baixo nível educacional e renda mensal entre um e três salários mínimos (SM), perfil consistente com investigações sobre egressos de UTI^{11,15}. A literatura indica que a baixa escolaridade constitui preditor de atraso no retorno ao trabalho^{6,7,15}, por conseguinte, mais anos de estudo estão associados a maiores chances de não desenvolver PICS²⁷. Neste estudo não foram evidenciadas associações estatisticamente significativas entre as características clínicas e o retorno ao trabalho; no entanto, evidências apontam que a gravidade clínica na admissão e as complicações ocorridas durante a internação resultam em incapacidade para o retorno^{3,15}.

A prevalência de retorno ao trabalho três meses após a alta da UTI neste estudo foi de 19,2%. Uma revisão sistemática com meta-análise que reuniu dados de mais de 20 estudos de coorte em diferentes países estimou que aproximadamente um terço dos sobreviventes de UTI retornam ao trabalho nos primeiros três meses após a alta, com variações substanciais de acordo com o período de acompanhamento, a gravidade clínica e o contexto institucional⁶.

Em contextos com maior estrutura de suporte pós-alta e reabilitação organizada, como os descritos em coortes europeias, as taxas de retorno tendem a ser mais elevadas, variando de 30% a 50%^{9,28}, o que pode sugerir que o desfecho laboral após a doença crítica não seja determinado apenas pela gravidade clínica. Porém, de forma relevante, mostram-se a disponibilidade de recursos assistenciais e o contexto socioeconômico do egresso. Deve-se ponderar, adicionalmente, que a elevada taxa de perda de seguimento registrada neste estudo pode ter introduzido viés de seleção, portanto, deve-se interpretar as estimativas considerando esta limitação estrutural²³.

No cenário nacional, uma coorte multicêntrica identificou que 61,1% dos trabalhadores brasileiros internados em UTI não haviam retornado ao trabalho nesse mesmo período, resultado que, embora evidencie a dimensão do problema no Brasil, ainda é proporcionalmente superior ao retorno observado na presente investigação¹⁵. Essa diferença pode refletir, ao menos em parte, as particularidades do cenário estudado, que trata de um hospital público do interior da Bahia, com amostra majoritariamente pequena e

composta por trabalhadores com baixa escolaridade, renda inferior a três SM e vínculos de trabalho precários, características que configuram um perfil de acentuada vulnerabilidade socioeconômica.

Entre os 80,8% que não retornaram ao trabalho ao final do terceiro mês, verificou-se uma distribuição heterogênea de situações, com destaque para o afastamento por doença e o desemprego. O afastamento previdenciário, embora implique interrupção do trabalho, preserva o vínculo formal e a renda temporária, já o desemprego representa ruptura do vínculo, com implicações econômicas e psicossociais mais severas²⁹.

Desfechos de emprego foram investigados no Reino Unido, e identificou-se que uma parcela relevante dos egressos de UTI passou a depender de benefícios sociais após a alta, o que configura uma trajetória de dependência econômica de longa duração¹⁸. Outro estudo de seguimento de 12 meses documentou piora substancial no status ocupacional de egressos de UTI, com redução de renda e agravamento das condições socioeconômicas¹⁰.

O dado de que 88,9% dos indivíduos afastados ou desempregados neste estudo referiram impacto negativo do afastamento na qualidade de vida, bem como o fato de uma proporção equivalente de desempregados atribuir essa condição diretamente ao seu estado de saúde atual, mostram-se consistentes com a literatura. Estudo de revisão sistemática com meta-análise que investigou a associação entre o retorno ao trabalho e desfechos psicossociais evidenciou que o emprego após doença crítica está associado a melhor saúde mental, maior senso de identidade e melhor qualidade de vida percebida⁷.

No que se refere aos obstáculos ao retorno ao trabalho, o domínio DRT apresentou o padrão mais expressivo entre os quatro domínios avaliados, com destaque para o aumento da dor e a percepção de incapacidade para continuar no trabalho. Esse perfil de obstáculos é compatível com o quadro que é evidenciado na PICS, que engloba comprometimentos físicos, cognitivos, psicológicos e sociais persistentes após a alta da UTI^{1,3}. Estudo adicional de revisão sistemática identificou que comprometimentos físicos, incluindo dor, fadiga e redução da capacidade funcional, figuravam entre os preditores mais consistentes da impossibilidade de retorno ao trabalho após a doença crítica, independentemente do contexto e do tipo de desfecho avaliado⁸.

Estudo prospectivo com pacientes acompanhados por um ano após a alta da UTI identificou que fatores físicos e psicossociais influenciam simultaneamente o retorno ao trabalho, sendo as limitações físicas particularmente determinantes nos primeiros meses após a alta¹¹. O isolamento social, como expressão do afastamento laboral, também avaliado pelo domínio DRT, encontra correspondência na literatura que documenta a retração das redes sociais como sequele indireta da PICS^{10,13}, configurando um ciclo em que a limitação física amplifica o isolamento e este, por sua vez, compromete a motivação e a autopercepção de capacidade para o retorno.

Em contraposição ao padrão observado no domínio físico, os domínios SST e SSFa apresentaram medianas predominantemente nulas, indicando que conflitos interpessoais, clima organizacional adverso e sobrecarga familiar não foram percebidos como obstáculos relevantes pela maioria dos participantes. Boas relações com colegas de trabalho e suporte familiar foram percebidos como satisfatórios. A literatura identifica o suporte social como facilitador consistente do retorno ao trabalho após hospitalização^{7,11,14} e demonstrou que fatores psicossociais favoráveis, entre os quais o suporte do ambiente de trabalho e familiar, estiveram associados a melhores desfechos ocupacionais no primeiro ano pós-UTI.

O domínio PaRT revelou um perfil predominantemente favorável, com medianas nulas ou próximas de zero nos itens de percepção de chance e de motivação para o retorno, indicando ausência de obstáculos nessa dimensão na maioria dos respondentes. Esse achado contrasta com a baixa prevalência de retorno efetivo observada no estudo e sugere que a autopercepção positiva, embora com valor preditivo reconhecido na literatura, não é suficiente quando barreiras estruturais, como a instabilidade do vínculo empregatício, a ausência de adaptação do posto de trabalho e limitações previdenciárias, se interpõem entre a intenção e o retorno real¹⁴.

A ampla dispersão interquartil observada nos itens sobre a dificuldade percebida no processo de retorno e sobre a perspectiva de independência do cuidado médico no futuro, do domínio PaRT, indica que o grupo não é internamente homogêneo nessa dimensão e que, para uma parcela dos respondentes, a incerteza foi considerável. Esse aspecto tem implicação prática direta, visto que intervenções voltadas ao ajuste

realista de expectativas, conduzidas por equipes de saúde na transição do cuidado, poderiam contribuir para reduzir a discrepância entre o prognóstico auto-percebido e as barreiras reais ao retorno^{12,19}.

A ausência de programas organizados de reabilitação pós-UTI no âmbito do SUS constitui uma lacuna assistencial relevante. Coorte multicêntrica brasileira evidenciou que o não retorno ao trabalho foi frequente mesmo em centros de referência com maior capacidade assistencial¹⁵, sugerindo que o problema não se resolve apenas com a qualidade do cuidado intra-hospitalar, mas também demanda continuidade desse cuidado após a alta. Em estudo de investigação sobre a influência da qualidade do cuidado intensivo no retorno ao trabalho em pacientes vítimas de Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo, identificou-se que a qualidade do cuidado na UTI influencia desfechos a longo prazo²⁸, o que reforça o papel da enfermagem não apenas no manejo agudo, mas também na preparação precoce para a reabilitação e no planejamento da alta¹⁹.

O profissional de enfermagem integrante da equipe de saúde, com presença contínua na UTI, tem responsabilidade central na transição de cuidados, bem como ocupa posição estratégica para identificar precocemente os riscos envolvidos no não retorno ao trabalho, rastrear os comprometimentos físicos e não físicos desde a internação, encaminhar para serviços de reabilitação e acompanhar no pós-alta^{19,20}.

Entre as principais limitações do estudo, destacam-se o tamanho amostral reduzido, a ausência de validação dos instrumentos para a população investigada, dificuldades operacionais na coleta telefônica e dificuldades de compreensão dos itens do ORTWQ, o que resultou em perda de respondentes. Soma-se a isso o impacto emocional do processo de coleta, dado que os participantes foram solicitados a rememorar a experiência de adoecimento crítico e a relatar vulnerabilidades financeiras. O desenho transversal impede inferências causais, e os resultados não devem ser generalizados, considerando o perfil de vulnerabilidade da amostra e a expressiva taxa de perdas. Porém, faz-se necessário destacar as potencialidades deste estudo por meio da abordagem de uma temática em ascensão na agenda científica nacional e do uso de um instrumento multidimensional para a mensuração das barreiras ao retorno ao trabalho.

5. Conclusão

Egressos de UTI apresentaram baixa prevalência de retorno ao trabalho três meses após a alta. Os obstáculos predominantes foram de natureza física, sobretudo a dor e a necessidade de repouso. Os domínios de suporte social (trabalho e família) e de percepção do retorno apresentaram um perfil favorável na maioria dos participantes, sem obstáculos relevantes. Contudo, a ampla dispersão observada em itens sobre dificuldade percebida no retorno e perspectiva de independência indica heterogeneidade interna do grupo, com incerteza considerável em uma parcela dos respondentes.

Os achados evidenciam a necessidade de implementar intervenções de enfermagem precoces e contínuas, iniciadas ainda durante a internação na UTI, considerando que as sequelas físicas, cognitivas, psíquicas e sociais que comprometem o retorno ao trabalho, agrupadas sob o conceito de PICS, têm origem no período crítico da doença. Ademais, recomenda-se o desenvolvimento de investigações multicêntricas, com acompanhamento ao retorno laboral, as quais são fundamentais para compreender as barreiras estruturais e individuais enfrentadas por essa população, bem como para orientar a elaboração de programas de reabilitação e intervenções direcionadas à melhoria da funcionalidade e da qualidade de vida após a alta da UTI.

Contribuições dos autores

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

Conflitos de interesses

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

Indexadores

A Revista *Enfermagem Contemporânea* é indexada no [DOAJ](#) e [EBSCO](#).



Referências

1. Robinson CC, Rosa RG, Kochhann R, Schneider D, Sganzerla D, Dietrich C, et al. Qualidade de vida pós-unidades de terapia intensiva: protocolo de estudo de coorte multicêntrico para avaliação de desfechos em longo prazo em sobreviventes de internação em unidades de terapia intensiva brasileiras. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2018;30(4):405-13. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20180063>
2. Rousseau AF, Prescott HC, Brett SJ, Weiss B, Azoulay E, Creteur J, et al. Long-term outcomes after critical illness: recent insights. *Crit Care*. 2021;25(1):108. <https://doi.org/10.1186/s13054-021-03535-3>
3. Yuan C, Timmins F, Thompson DR. Post-intensive care syndrome: a concept analysis. *Int J Nurs Stud*. 2021;114:103814. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103814>
4. Oliveira RO, Martins AS, Silveira APCM. Registros de memória: um estudo acerca de aspectos cognitivos pós-internação em UTI. *Ciênc Cogn [Internet]*. 2021;26(1):40-50. Disponível em: <http://cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/1655>
5. Paul N, Weiss B. Post-intensive care syndrome after critical illness: an imperative for effective prevention. *J Clin Med*. 2022;11(20):5933. <https://doi.org/10.3390/jcm11206203>
6. Kamdar BB, Suri R, Suchyta MR, Digraide KF, Sherwood KD, Colantuoni E, et al. Return to work after critical illness: a systematic review and meta-analysis. *Thorax*. 2020;75(1):17-27. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2019-213803>
7. McPeake J, Mikkelsen ME, Quasim T, Hibbert E, Cannon P, Shaw M, et al. Return to employment after critical illness and its association with psychosocial outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Ann Am Thorac Soc*. 2019;16(10):1304-11. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201903-248OC>
8. Su H, Dreesmann NJ, Hough CL, Bridges E, Thompson HJ. Factors associated with employment outcome after critical illness: systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *J Adv Nurs*. 2021;77(2):653-63. <https://doi.org/10.1111/jan.14631>

9. Beumeler LFE, van Wieren A, Buter H, van Zutphen T, Navis GJ, Boerma EC. Long-term health-related quality of life, healthcare utilisation and back-to-work activities in intensive care unit survivors: prospective confirmatory study from the Frisian aftercare cohort. *PLoS One*. 2022;17(9):e0273348. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273348>
10. Griffiths J, Hatch RA, Bishop J, Morgan K, Jenkinson C, Cuthbertson BH, et al. An exploration of social and economic outcome and associated health-related quality of life after critical illness in general intensive care unit survivors: a 12-month follow-up study. *Crit Care*. 2013;17(3):R100. <https://doi.org/10.1186/cc12745>
11. Austenå M, Rustøen T, Småstuen MC, Valsø Å, Sunde K, Tøien K. Return to work during first year after intensive care treatment and the impact of demographic, clinical and psychosocial factors. *Intensive Crit Care Nurs*. 2023;76:103384. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103384>
12. Inoue S, Nakanishi N, Amaya F, Fujinami Y, Hatakeyama J, Hifumi T, et al. Post-intensive care syndrome: recent advances and future directions. *Acute Med Surg*. 2024;11(1):e929. <https://doi.org/10.1002/ams2.929>
13. Norman BC, Jackson JC, Graves JA, Girard TD, Pandharipande PP, Brummel NE, et al. Employment outcomes after critical illness: an analysis of the bringing to light the risk factors and incidence of neuropsychological dysfunction in ICU Survivors cohort. *Crit Care Med*. 2016;44(11):2003-9. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001849>
14. Hodgson CL, Udy AA, Bailey M, Barrett J, Bellomo R, Bucknall T, et al. The impact of COVID-19 critical illness on new disability, functional outcomes and return to work at 6 months: a prospective cohort study. *Crit Care*. 2021;25(1):382. <https://doi.org/10.1186/s13054-021-03794-0>
15. Mattioni MF, Rodrigues MK, Hoepers A, Nunes DSL, Grumann AC, Ghizoni MS, et al. Retorno ao trabalho após a alta da unidade de terapia intensiva: uma coorte multicêntrica brasileira. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2022;34(1):492-8. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20220169-pt>
16. Kang J, Jeong YJ, Hong J. The effect of postintensive care syndrome on the quality of life of intensive care unit survivors: a secondary analysis. *Aust Crit Care*. 2021;34(3):246-53. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.08.006>
17. Oliveira NR, Santos GM. Trabalho e sentido para a vida: contribuições da logoterapia para encontrar o sentido da vida no exercício da profissão. 2a. ed. Natal: Offset Editora; 2017.
18. Quasim T, Brown J, Kinsella J. Employment, social dependency and return to work after intensive care. *J Intensive Care Soc*. 2015;16(1):31-6. <https://doi.org/10.1177/1751143714556238>
19. Eaton TL, McPeake J, Rogan J, Johnson A, Boehm LM. Caring for survivors of critical illness: current practices and the role of the nurse in intensive care unit aftercare. *Am J Crit Care*. 2019;28(6):481-5. <https://doi.org/10.4037/ajcc2019885>
20. Gutenbrunner C, Stievano A, Stewart D, Catton H, Nugraha B. Role of nursing in rehabilitation. *J Rehabil Med Clin Commun*. 2021;4:1000061. <https://doi.org/10.2340/20030711-1000061>
21. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP; STROBE Initiative. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol*. 2008;61(4):344-9. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.11.008>
22. Young DL, Al-Ani A, Lakhmalla M, Raman V, Fatima A, Friedman LA, et al. Participant retention in follow-up studies of intensive care unit survivors: a scoping review. *Aust Crit Care*. 2024;37(6):964-70. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2024.02.002>
23. Wilcox ME, Ely EW. Challenges in conducting long-term outcomes studies in critical care. *Curr Opin Crit Care*. 2019;25(5):473-88. <https://doi.org/10.1097/MCC.0000000000000650>
24. Duarte PAD, Costa JB, Duarte ST, Taba S, Lordani CRF, Osaku EF, et al. Characteristics and outcomes of intensive care unit survivors: experience of a multidisciplinary outpatient clinic in a teaching hospital. *Clinics*. 2017;72(12):764-72. [https://doi.org/10.6061/clinics/2017\(12\)08](https://doi.org/10.6061/clinics/2017(12)08)
25. Milani D, Souza AC, Hirayama MS, Alexandre NMC. Obstáculos para retorno ao trabalho: tradução e adaptação cultural do questionário para o contexto brasileiro. *Cien Saude Colet*. 2018;23(5):1387-401. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.17152016>
26. Rezende E, Réa-Neto A, David CM, Mendes CL, Dias FS, Schettino G, et al. Consenso brasileiro de monitorização e suporte hemodinâmico - Parte I: método e definições. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2005;17(4):278-81. Disponível em: <https://www.amib.org.br/wp-content/uploads/2021/07/ConsensoMonitorizacaoSuporteHemodinamico.pdf>
27. Marra A, Pandharipande PP, Girard TD, Patel MB, Hughes CG, Jackson JC, et al. Co-occurrence of post-intensive care syndrome problems among 406 survivors of critical illness. *Crit Care Med*. 2018;46(9):1393-401. <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000003218>
28. Apfelbacher C, Brandstetter S, Blecha S, Dodoo-Schittko F, Brandl M, Karagiannidis C, et al. Influence of quality of intensive care on quality of life/return to work in survivors of the acute respiratory distress syndrome: prospective observational patient cohort study (DACAPO). *BMC Public Health*. 2020;20:861. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08943-8>
29. Hauschildt KE, Seigworth C, Kamphuis LA, Hough CL, Moss M, McPeake JM, et al. Financial toxicity after acute respiratory distress syndrome: a national qualitative cohort study. *Crit Care Med*. 2020;48(8):1103-10. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004378>