

GEOVANA BASSO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE E SATISFAÇÃO DE VIDA
DOS PACIENTES INTERNADOS EM UTI, 7 e 90 DIAS APÓS A
ALTA HOSPITALAR**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina como requisito
para a conclusão do Curso de Graduação
em Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2006**

GEOVANA BASSO

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE E SATISFAÇÃO DE VIDA
DOS PACIENTES INTERNADOS EM UTI, 7 e 90 DIAS APÓS A
ALTA HOSPITALAR**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina como requisito
para a conclusão do Curso de Graduação
em Medicina.**

Coordenador do Curso: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima

Orientador: Prof^ª. Dra. Rachel Duarte Moritz

Co-orientador: Prof. Dr. Fernando Osni Machado

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2006

*Dedico este trabalho à minha tia e amiga
Luciana Maria Alberton (in memoriam),
a maior responsável pela realização
do meu sonho de ser
Médica.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Geraldo Basso e Rosa Maria Alberton, à minha irmã Rosana Basso e às minhas tias Luci Maria Alberton e Fátima Maria Alberton Varela, pelas tantas coisas que só o amor compreende, e pela tolerância nos meus dias de tempestade.

À Rachel Duarte Moritz, pela paciência, pela atenção, pela dedicação incomensurável, pelos sorrisos e pelos inúmeros ensinamentos, dos quais este trabalho compreende apenas uma pequena parcela.

Ao Fernando Osni Machado, por toda a orientação, conhecimento e empenho neste estudo.

Ao Dhiancarlo Geiser pelo tempero, felicidade e amor que adiciona à minha vida, e pela paciência durante a realização deste estudo.

Ao Cleyton Margarida de Souza, pelo companheirismo diário e empenho na realização deste trabalho.

À minha amiga e fiel dupla Ludmila Barbosa de Souza, pelo ombro amigo que sempre me dispôs.

A todos os pacientes que permitiram a utilização dos dados para a elaboração deste trabalho.

A toda a equipe da UTI deste Hospital Universitário, pelo apoio e acolhimento.

RESUMO

Objetivos: Avaliar a qualidade e satisfação de vida (QSV) dos pacientes internados em UTI. Verificar se as características demográficas/clínicas/terapêuticas interferiram nessa QSV.

Desenho: Coorte prospectivo, com abordagem quanti-qualitativa.

Método: Foram analisados os pacientes internados na UTI do HU-UFSC, por mais de 24 horas, entre os meses de abril-julho, 2005. Inicialmente, foram coletados dados referentes à QSV dos pacientes antes da internação na UTI, assim como suas características demográficas/clínicas/terapêuticas. Posteriormente, foi aplicado, por telefonema, 7 e 90 dias após a alta hospitalar, um questionário que avaliou dados referentes à QSV dos pacientes, naqueles momentos. Seqüencialmente, os pacientes foram subdivididos em 2 grupos: aqueles que apresentaram QSV melhor/inalterada e aqueles que apresentaram piora da QSV. Para a análise estatística foram utilizados os testes t de Student e χ^2 (significante $p \leq 0,05$).

Resultados: Sessenta e oito pacientes preencheram os critérios de admissão e 22 completaram o estudo. A comparação entre a QSV de 7 e a de 90 dias após a alta hospitalar revelou que a qualidade de vida (QV) dos pacientes apresentou melhora ($p < 0,01$) e que a maioria (86,4%) dos mesmos apresentou-se satisfeita com sua vida ($p = NS$). Os pacientes cuja QV foi melhor/inalterada foram os que permaneceram menos tempo internados na UTI/hospital. Os grupos foram semelhantes, em relação ao sexo, idade, escolaridade, escore APACHE II médio, uso de ventilação mecânica e droga vasoativa.

Conclusão: Houve uma tendência de os pacientes sentirem-se satisfeitos após a alta hospitalar e da sua QV melhorar com o decorrer do tempo. O tempo de internação na UTI e no hospital foi inversamente proporcional à QV.

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study was to investigate the health-related quality of life and satisfaction (HRQOL-S) of patients admitted into ICU, and to evaluate the influence of the patient's demographic, clinic and therapeutic factors.

Design: Prospective cohort study with quali-quantitative approach.

Method: All patients admitted to the ICU-HU-UFSC from April to July 2005 period and with an ICU length of stay more than 24 hours were included. Initially, the data of HRQOL/S before ICU admission, patient's demographics, clinics and therapeutics factors were recorded. Afterwards, by telephone, 7 and 90 days after hospital discharge, patients answered the questionnaires about HRQOL-S. In the sequence, all patients were subdivided into 2 main groups: patient HRQOL-S was reported as being the same or better, and patient HRQOL-S was reported as worse. Data were analyzed using t Student e χ^2 tests (p-value <0,05).

Results: Sixty eight patients were enrolled into the study and completed questionnaires were obtained from 22 patients. A comparison of 7 and 90 days after hospital discharge showed that HRQOL of patients was the same or better at 90 days after hospital discharge (p<0,01), and the majority expressed more satisfaction in that moment (p=NS). Factors associated with HRQOL-S same or better were short hospital and ICU length of stay. However, there were no statistical significant differences in age, sex, schooling, APACHE II score, mechanical ventilation and used drugs.

Conclusion: There was a tendency for patients who felt themselves satisfied after hospital discharge to have their HRQOL improved as time went by. A better HRQOL was associated with short hospital-ICU length of stay.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APACHE II	<i>ACUTE PHYSIOLOGY AND CHRONIC HEALTH EVALUATION II</i>
HU	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
NS	ESTATISTICAMENTE NÃO SIGNIFICANTE
QSV	QUALIDADE E SATISFAÇÃO DE VIDA
UFSC	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
UTI	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

FIGURA 1 – COMPARAÇÃO ENTRE A SATISFAÇÃO DE VIDA DOS PACIENTES ANTES DA INTERNAÇÃO NA UTI E APÓS 7 E 90 DIAS DA ALTA HOSPITALAR.....	6
FIGURA 2 – COMPARAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES ANTES DA INTERNAÇÃO NA UTI E APÓS 7 E 90 DIAS DA ALTA HOSPITALAR.....	7
FIGURA 3 – EVOLUÇÃO (%) QUANTO À QUALIDADE E SATISFAÇÃO DE VIDA DOS PACIENTES NOS PRIMEIROS 7 E APÓS 90 DIAS DE ALTA HOSPITALAR.....	7
TABELA 1 – RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS CLÍNICAS E DEMOGRÁFICAS DOS PACIENTES E A SUA QUALIDADE DE VIDA 7 E 90 DIAS APÓS A ALTA HOSPITALAR.....	8
TABELA 2 – RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS CLÍNICAS E DEMOGRÁFICAS DOS PACIENTES E A SUA SATISFAÇÃO DE VIDA NA PRIMEIRA SEMANA E 90 DIAS APÓS A ALTA HOSPITALAR.....	8
TABELA 3 - RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES APÓS A ALTA HOSPITALAR E A TERAPÊUTICA INSTITUÍDA DURANTE A INTERNAÇÃO NA UTI.....	9
TABELA 4 – RELAÇÃO ENTRE A SATISFAÇÃO DE VIDA DOS PACIENTES APÓS A ALTA HOSPITALAR E A TERAPÊUTICA INSTITUÍDA DURANTE A INTERNAÇÃO NA UTI.....	9

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO.....	i
FOLHA DE ROSTO.....	ii
DEDICATÓRIA.....	iii
AGRADECIMENTOS.....	iv
RESUMO.....	v
<i>ABSTRACT</i>	vi
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	vii
LISTA DE TABELAS.....	viii
SUMÁRIO.....	ix
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVOS.....	3
3. MÉTODO.....	4
3.1. Delineamento da pesquisa.....	4
3.2. Local.....	4
3.3. Amostra.....	4
3.4. Procedimentos.....	4
3.4.1. Elaboração do questionário.....	4
3.4.2. Aplicação do questionário.....	5
3.5. Análise estatística.....	5
4. RESULTADOS.....	6
5. DISCUSSÃO.....	10
6. CONCLUSÕES.....	14
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	15
NORMAS ADOTADAS.....	18
ANEXOS.....	19

1. INTRODUÇÃO

As unidades de terapia intensiva (UTIs) se caracterizam por proporcionarem aos pacientes gravemente enfermos um atendimento de excelência. Essas unidades surgiram a partir de 1950, pela necessidade de fornecimento de suporte ventilatório aos pacientes vítimas de poliomielite. No Brasil, a primeira UTI surgiu no ano de 1967 na cidade de Rio de Janeiro¹. No Estado de Santa Catarina, mais especificadamente na cidade de Florianópolis, a primeira UTI foi inaugurada, no Hospital Governador Celso Ramos, no ano de 1968. A UTI do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina foi iniciada no ano de 1983.²

Como mencionado anteriormente, as primeiras UTIs surgiram para que fosse possível a manutenção do suporte ventilatório em pacientes com insuficiência respiratória aguda. Posteriormente, a abrangência dessas unidades foi alargada para o atendimento pós-operatório de cirurgias de grande porte e para a manutenção clínica de pacientes com instabilidade hemodinâmica.

No século XX, foi intensificado o tratamento das entidades patológicas no âmbito hospitalar. Após a segunda metade desse século, mais especificamente após a Segunda Grande Guerra, o desenvolvimento tecnológico foi exponencial. Em decorrência desse fato houve um crescente aperfeiçoamento do tratamento nas UTIs, o que tem gerado um novo paradigma, já que em muitas ocasiões, o aperfeiçoamento tecnológico tem levado ao prolongamento do processo de morrer do paciente gravemente enfermo, o que é denominado de obstinação terapêutica.^{3, 4} A obstinação terapêutica tem gerado a necessidade de o médico intensivista decidir sobre a recusa ou a suspensão de tratamentos considerados fúteis ou inúteis, o que torna necessária a reformulação quanto às metas dos cuidados em UTI, partindo-se, muitas vezes, da cura para o conforto.

As decisões médicas têm sido atualmente influenciadas por três grandes tendências sociais: a reivindicação pública do paciente ter autoridade para fazer escolhas sobre seu tratamento; a pressão para remodelar o financiamento dos cuidados de saúde e assim limitar o crescimento dos custos desses cuidados e a necessidade da distribuição justa de benefícios e danos, na

alocação dos recursos disponíveis e escassos.⁴ Cada vez mais, tem sido constatada a falta de leitos de UTI, principalmente em hospitais públicos.

Visando a otimização da utilização dos leitos dessas unidades, têm sido desenvolvidos, tanto no âmbito mundial,⁵⁻¹³ quanto nacional,^{2, 14, 15} índices de gravidade e critérios específicos de internação e alta nas UTIs.^{1, 5, 8, 9, 12, 14, 16-18} Cita-se como exemplo o *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE)*,⁵ o *Simplified Acute Physiology Score (SAPS)*,^{8, 9} o *Sequential Organ Failure Assessment Score (SOFA)*^{12, 13} e o UNICAMP II.¹⁴ Entretanto, apesar de tantos índices desenvolvidos, ainda não se conseguiu definir, através de números, quais pacientes deverão ser admitidos em UTI, pois essa é uma definição que envolve aspectos éticos, legais e profissionais, difíceis de serem resolvidos.

Diante dessa realidade, tem havido um interesse crescente da avaliação sobre a qualidade e a satisfação de vida (QSV) do paciente que tenha recebido alta da UTI. Essa avaliação poderá ser importante para futuras tomadas de decisão sobre internações nessas unidades e para a análise da eficácia das mesmas. Estudos demonstram que pacientes com boa qualidade de vida têm maior possibilidade de recuperação. Ao contrário, a falência de múltiplos órgãos e o êxito letal estariam relacionados à baixa qualidade de vida pré-internação na UTI.¹⁹⁻²³

Para a avaliação da QSV após a alta das UTIs, têm sido elaborados questionários.^{20, 24-26} Entretanto, tem sido relatado que, embora a qualidade de vida seja um parâmetro que possa estar relacionado a aspectos demográficos, clínicos e terapêuticos, a satisfação com a vida é um estado individual.²⁰

Tendo em vista o relatado, propôs-se este trabalho que visou a comparação entre a QSV dos pacientes antes e após receberam alta da UTI e do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina.

2. OBJETIVOS

2.1 Principal

Comparar a QSV dos pacientes antes da sua internação na UTI com a QSV 7 e 90 dias após a alta hospitalar do HU-UFSC.

2.2 Secundário

Avaliar quais aspectos demográficos, clínicos e terapêuticos estão relacionados com a QSV do paciente após a alta hospitalar.

3. MÉTODO

3.1 Delineamento da pesquisa

Este foi um estudo de coorte prospectivo, não controlado, com abordagem qualitativa e quantitativa, que foi realizado após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC.

3.2 Local

A população do estudo foi constituída por pacientes que receberam alta da UTI do HU.

3.3 Amostra

Foram incluídos no estudo todos os pacientes que receberam alta da UTI do HU-UFSC, no período de abril a julho de 2005, maiores de 18 anos, que permaneceram por mais de 24 horas internados nessa unidade e dos quais, ou dos seus representantes legais, foi obtido o consentimento informado livre e esclarecido (anexo I).

Foram excluídos os pacientes cujo motivo de admissão na UTI foi o pós-operatório de cirurgia eletiva ou aqueles que foram transferidos para outros hospitais.

3.4 Procedimentos

3.4.1 Elaboração do questionário

Os dados computados foram obtidos através de um questionário (anexo II) que foi elaborado pelos pesquisadores. Foram anotados aspectos demográficos, clínicos e terapêuticos. Foram também avaliados aspectos referentes à QSV dos pacientes, que foram adaptados do trabalho de Capuzzo *et al.*²⁴ cujos autores foram consultados e permitiram essa adaptação.

O questionário foi previamente validado em um projeto piloto que avaliou uma população em condições semelhantes à deste estudo e que foi realizado no período de dezembro de 2004 a maio de 2005.

3.4.2 Aplicação do questionário

O estudo foi dividido em três etapas.

Inicialmente, nas primeiras 24 horas da admissão na UTI, foram anotados os dados referentes aos aspectos clínicos, demográficos, e foram obtidos, do paciente ou do seu representante legal, dados que permitiram a avaliação da QSV do paciente nos últimos 3 meses que antecederam a sua internação na UTI.

Quanto à qualidade de vida, os dados foram anotados em ordem de complexidade decrescente, sendo considerado somente aquele com maior complexidade de execução. Para a avaliação da satisfação de vida foi solicitado que fosse apontada a resposta dominante. Ao final dos questionamentos, o pesquisador avaliou o grau de comunicação oral do respondedor e o grau de qualidade de vida global do paciente, baseado em uma escala de limitação física para a idade (anexo II).

Posteriormente, na primeira semana após a alta hospitalar e após 3 meses, foram novamente coletados os dados referentes à QSV do paciente, naqueles momentos. O pesquisador entrou em contato, por telefone, com o paciente e/ou com o seu familiar, sendo as perguntas direcionadas de maneira semelhante àquelas efetuadas na admissão na UTI.

3.5 Análise Estatística

Para as variáveis quantitativas foi utilizado o teste t de Student e para as variáveis qualitativas o teste χ^2 , sendo considerado significativo um $p < 0,05$.

4. RESULTADOS

No período maio a julho de 2005, foram internados 99 pacientes na UTI do HU-UFSC, sendo que 68 pacientes preencheram os critérios de admissão no trabalho. Desses pacientes, 34 foram a óbito, 1 não aceitou participar do estudo e 6 pacientes foram transferidos para UTI de outros hospitais. No momento da alta hospitalar, 27 pacientes responderam ao questionário. Após 3 meses, um paciente foi a óbito, e não foi possível contatar com outros 4. Portanto, completaram o estudo 22 indivíduos.

A comparação entre a QSV dos pacientes antes da internação na UTI e após 7 e 90 dias da alta hospitalar é demonstrada nas figuras 1 e 2.

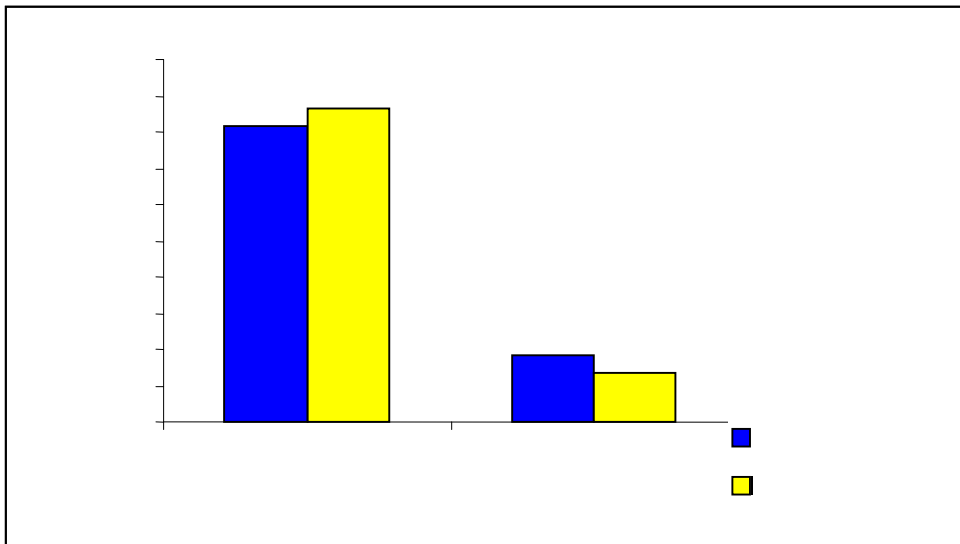


FIGURA 1– Comparação entre a satisfação de vida dos pacientes antes da internação na UTI e após 7 e 90 dias da alta hospitalar.

Na figura 2 pode-se constatar que houve uma melhora percentual na qualidade de vida após 90 dias da alta hospitalar. Essa diferença foi significativa quando as médias foram comparadas através do teste χ^2 ($p=0,001$). A comparação dos valores absolutos pelo teste t de Student não foi significativa.

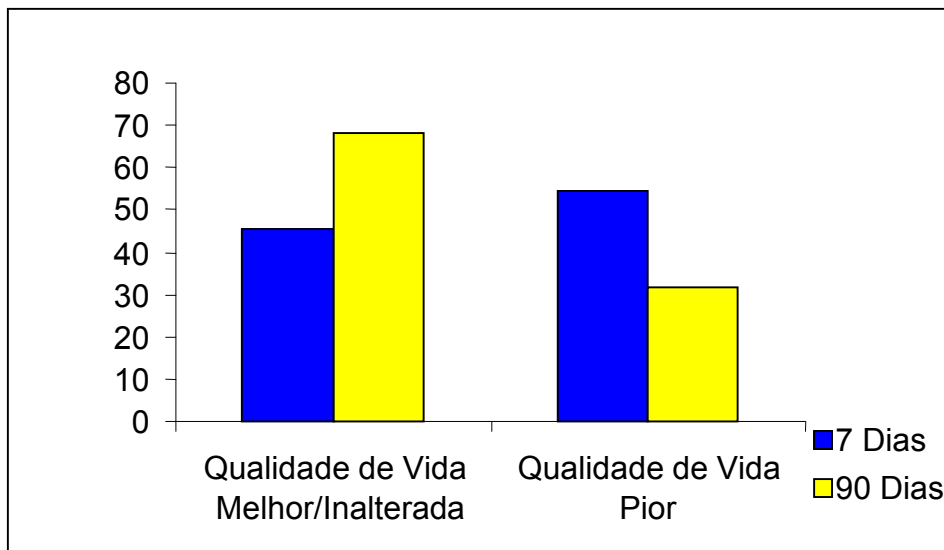


FIGURA 2 – Comparação entre a qualidade de vida dos pacientes antes da internação na UTI e após 7 e 90 dias da alta hospitalar.

Na figura 3 são destacadas a evolução quanto à QSV dos pacientes nos primeiros 7 dias e após 90 dias de alta hospitalar.

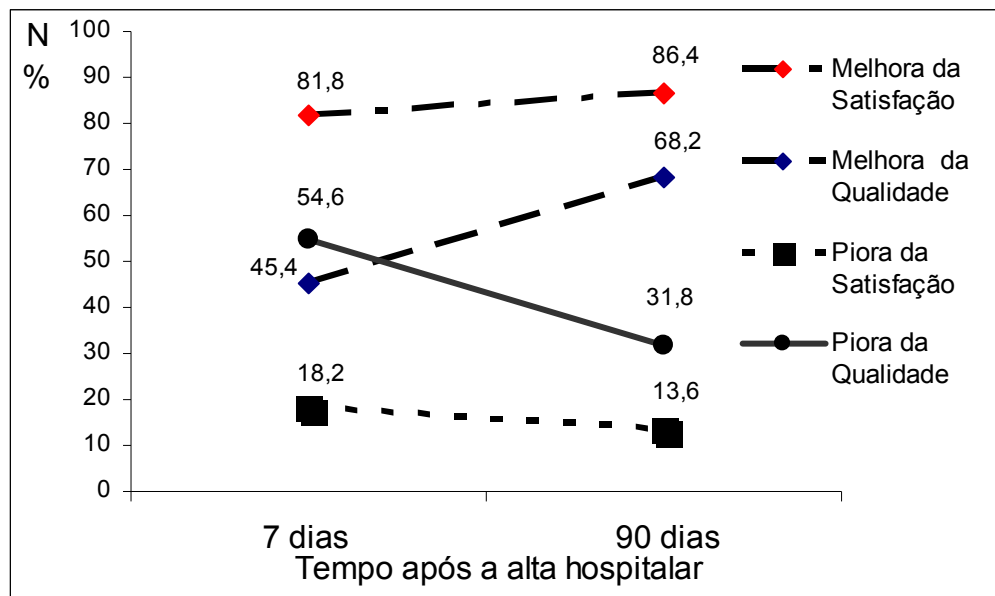


FIGURA 3 – Evolução (%) quanto à qualidade e satisfação de vida dos pacientes nos primeiros 7 e após 90 dias de alta hospitalar.

Na tabela 1 pode ser observada a relação entre as variáveis clínicas e demográficas dos pacientes estudados e a sua qualidade de vida após 7 e 90 dias da alta hospitalar. Essas mesmas variáveis relacionadas à satisfação de vida dos pacientes são destacadas na tabela 2.

TABELA 1 – Relação entre as variáveis clínicas e demográficas dos pacientes e a sua qualidade de vida 7 e 90 dias após a alta hospitalar.

Variáveis clínicas e demográficas	7 dias após alta Qualidade Vida		P*	90 dias após alta Qualidade Vida		P*
	Melhor Inalterada	Pior		Melhor Inalterada	Pior	
Idade média (anos)	51,3	54,9	NS	56,4	46,6	NS
Sexo (masculino/feminino)	8:2	8:4	NS	11:4	5:2	NS
Escolaridade (anos)	8,4	9,1	NS	9,7	6,7	NS
Índice APACHE II médio	16,3	16,4	NS	17	15	NS
Tempo médio de internação na UTI (dias)	5,2	6,2	NS	5,9	6,1	NS
Tempo médio de internação hospital (dias)	18,5	31	P<0,05	23,33	27,6	P<0,05

* Para as variáveis quantitativas foi utilizado o teste t de Student e para as variáveis qualitativas o teste χ^2 , sendo considerado significativo um $p<0,05$. NS= sem significância estatística.

TABELA 2 – Relação entre as variáveis clínicas e demográficas dos pacientes e a sua satisfação de vida na primeira semana e 90 dias após a alta hospitalar.

Variáveis clínicas e demográficas	7 dias após alta Satisfação de Vida		P*	90 dias após alta Satisfação de Vida		P*
	Melhor Inalterada	Pior		Melhor Inalterada	Pior	
Idade média (anos)	53,0	54,5	NS	55,0	42,3	NS
Sexo (masculino/feminino)	13:5	3:1	NS	14:5	2:1	NS
Escolaridade (anos)	9,4	5,7	NS	9,3	5,3	NS
Índice APACHE II médio	16,6	15,2	NS	16,9	13	NS
Tempo médio de internação na UTI (dias)	6,22	6,11	NS	3,50	3,33	NS
Tempo médio de internação hospital (dias)	25,9	22,7	NS	25,6	23,3	NS

* Para as variáveis quantitativas foi utilizado o teste t de Student e para as variáveis qualitativas o teste χ^2 , sendo considerado significativo um $p<0,05$. NS= sem significância estatística.

Quanto à terapêutica instituída durante a internação na UTI foram analisados, em relação à QSV dos pacientes, o tempo médio de ventilação mecânica (em dias) e a necessidade da administração de drogas vasoativas.

A relação entre a qualidade de vida dos pacientes e a terapêutica instituída na UTI é demonstrada na tabela 3. Na tabela 4 pode ser avaliada essa relação com a satisfação de vida dos mesmos.

TABELA 3 – Relação entre a qualidade de vida dos pacientes após a alta hospitalar e a terapêutica instituída durante a internação na UTI.

Qualidade de Vida	7 dias após a alta		90 dias após a alta	
	Drogas Vasoativas	Ventilação Mecânica	Drogas Vasoativas	Ventilação Mecânica
Melhor/Inalterada	5 (n=10)	4 (n=10)	5 (n=15)	8 (n=15)
Pior	4 (n=12)	7 (n=12)	4 (n=7)	3 (n=7)

TABELA 4 – Relação entre a satisfação de vida dos pacientes após a alta hospitalar e a terapêutica instituída durante a internação na UTI.

Satisfação de Vida	7 dias após a alta		90 dias após a alta	
	Drogas Vasoativas	Ventilação Mecânica	Drogas Vasoativas	Ventilação Mecânica
Melhor/Inalterada	7 (n=18)	9 (n=18)	8(n=19)	11 (n=19)
Pior	2 (n=4)	2 (n=4)	1 (n=3)	0 (n=3)

5. DISCUSSÃO

A insuficiência de leitos nas UTIs, o alto custo financeiro e emocional do tratamento dos pacientes gravemente enfermos e a necessidade de racionalização dos leitos nessas unidades têm levado à necessidade de avaliação da QSV desses pacientes.²⁷ Entretanto, esse tema ainda é pouco debatido no meio médico. Citam-se como exemplo os dados do trabalho de Cuthbertson *et al.*,²⁸ nos quais foi apontado que apenas 2% dos artigos publicados sobre resultados de UTI avaliaram a QSV dos pacientes.

A QSV é um parâmetro individual e subjetivo, sendo fundamental transformá-lo em valores absolutos que possam ser quantificados.²⁴ Este trabalho utilizou uma adaptação do trabalho de Capuzzo *et al.*,²⁴ no qual autores avaliaram as atividades diárias, a capacidade física e a satisfação subjetiva de saúde e felicidade dos indivíduos e constataram que questionários curtos, objetivos e simples de responder são tão sensíveis para a avaliação da QSV quanto os questionários extensos.

Neste estudo o questionário foi respondido pelos pacientes ou por seus familiares. Pode-se perguntar se esse é o melhor método de avaliação. Entretanto, é descrito que tanto o paciente quanto o seu familiar e/ou cuidador podem relatar dados confiáveis sobre a qualidade de vida.²⁶ Quanto ao período em que os questionários devem ser aplicados, a revisão da literatura mostra que o tempo ideal deve ser, no mínimo, após 3 meses da alta hospitalar, para que não haja influência das debilidades causadas pela enfermidade que determinou a internação.^{20,25,27,29,30-32} Neste trabalho o questionário foi aplicado no momento da admissão na UTI e após 7 e 90 dias da alta hospitalar.

Neste estudo foi observado que a qualidade de vida dos pacientes que receberam alta da UTI apresentou um decréscimo na primeira semana da alta hospitalar, situação essa que se inverteu na avaliação de 90 dias, quando grande parte dos pacientes (68%) apresentou uma qualidade de vida melhor. Descrições da literatura mundial corroboram esses mesmos resultados.^{20, 25, 28, 30-33} Esse fato pode ser explicado pelo tempo que é necessário para que o ser humano readquira as suas funções motoras e habilidades prévias e se adapte à nova realidade. Os resultados deste trabalho apontaram que 40.9% dos pacientes retornaram ao emprego após 90 dias da alta hospitalar. Esse é um fato de primordial importância para que a

qualidade da vida seja satisfatória. No estudo de Frick *et al.*²⁵ houve percentualmente um maior número de pacientes que retornaram às suas atividades laborativas (58%). Entretanto, nesse trabalho os resultados foram avaliados após 1 ano da alta hospitalar. Pode-se inferir que, caso haja continuidade do presente estudo, os resultados tornem-se semelhantes.

É relatado que os pacientes, mesmo percebendo um decréscimo na sua qualidade de vida ao receberem alta hospitalar, após terem sido internados em uma UTI, sentem-se satisfeitos. Essa satisfação é demonstrada quando esses pacientes referem que, caso fosse necessário, aceitariam ser novamente internados em UTI.³⁴⁻³⁶ Nesse estudo,³⁵ mais de 80% dos pacientes referiu satisfação. Resultados discretamente superiores foram apontados por Wehler *et al.*³⁶ cujos autores, em um trabalho que avaliou atividades fisiológicas, atividades básicas diárias, vitalidade e bem-estar subjetivo dos pacientes, mostraram que 94% dos mesmos sentiram-se satisfeitos. Merece destaque o fato de que os pacientes sentem-se satisfeitos mesmo apresentando comprometimento na qualidade de vida. Eddelton *et al.*²⁷ mostraram que os pacientes, apesar de referirem fadiga, pobre poder de concentração e distúrbios do sono, sentiam-se satisfeitos. Nesse mesmo estudo foi apontado que esses sintomas desapareceram após 1 ano da alta. No trabalho de Kaarlola *et al.*³² a avaliação foi realizada após 6 anos, e os autores demonstraram que 91% dos pacientes sentiam-se satisfeitos com sua vida. É interessante mencionar que esses pacientes apresentavam mais limitações físicas que distúrbios emocionais.

Diante do exposto, pode-se inferir que o ser humano deseja, primordialmente, estar vivo. É importante ressaltar que a satisfação com a vida tende a permanecer, mesmo após o paciente ter sido introduzido novamente à sua rotina diária. Nesse momento, é importante para esse indivíduo, a felicidade de estar novamente no seio da família e a sensação da superação de um grande obstáculo que foi a doença.

Neste estudo, a satisfação de vida pareceu estar mais relacionada à idade do paciente que às suas características de internação, pois aqueles que se sentiram insatisfeitos 90 dias após a alta hospitalar, eram jovens. Ressalta-se que esse fato não pode ser considerado como conclusivo, pois somente 3 pacientes sentiram-se insatisfeitos após 90 dias da alta. Essa observação pode ser explicada pelo imediatismo inerente no jovem e pela melhor capacidade de adaptação daquele com maior experiência de vida.

Na Alemanha, em um coorte que acompanhou os pacientes por um período de 3, 6 e 12 meses após a alta da UTI,²⁸ foi encontrado que 1 ano após a alta, os pacientes recuperam a qualidade de vida prévia. Foi também relatado que os pacientes permaneciam, em média, 6,7 dias na UTI, apresentavam idade média de 60,5 anos e escore APACHE II médio de 18. Esses resultados são semelhantes ao deste estudo e ao de Kaarlola *et al.*,³² cujos autores avaliaram os pacientes após 6 anos.

Neste estudo, as características demográficas como idade, sexo e escolaridade não demonstraram correlação com a QSV dos pacientes após a alta hospitalar. Resultados discordantes foram apontados por Dowdy *et al.*³⁷ cujo trabalho demonstrou que os pacientes mais velhos apresentavam menor qualidade de vida. Granja *et al.*²⁰ mostraram que os pacientes com mais idade apresentavam mais dor e desconforto e que a piora da qualidade de vida estaria mais relacionada à causa da internação na UTI do que à idade dos pacientes. Foi também descrito em outro trabalho,³⁸ que a maior mortalidade intra-hospitalar está diretamente relacionada à maior idade dos pacientes. Embora a idade tenha tido influência nesse estudo, tal fato não justificou ou interferiu na disponibilidade dos cuidados intensivos para os enfermos.

Neste trabalho, foi observado que o tempo de internação dos pacientes foi maior do que aquele descrito na literatura revisada, principalmente, em uma meta-análise de 19 artigos.²⁹ Esse fato pode ser justificado pela insuficiência de vagas nas UTIs brasileiras, o que resulta na internação de pacientes mais graves com conseqüente maior tempo de internação. Foi também observado que os pacientes que permaneceram menos tempo internados foram aqueles que apresentaram uma melhor qualidade de vida. Resultados diferentes foram mostrados nos trabalhos de Cuthbertson *et al.*²⁸ e Stricker *et al.*,³⁹ pois os autores não constataram uma associação entre o tempo de internação e a qualidade de vida. Ressalta-se que neste trabalho a satisfação de vida dos pacientes não mostrou relação com o tempo de internação na UTI. É importante adicionar que a maioria dos trabalhos revisados estudou a qualidade e não a satisfação subjetiva de vida o que dificulta a comparação desse parâmetro.

Klave *et al.*³⁰ mostraram que não existe correlação entre a gravidade (APACHE II) e a QSV dos pacientes. Os resultados deste estudo corroboram essa afirmação. Entretanto, outros estudos apontam resultados divergentes.^{20, 28}

Quanto à terapêutica instituída, foram avaliados neste trabalho a necessidade de ventilação mecânica e a administração de drogas vaso-ativas. Observou-se que a assistência ventilatória relacionou-se à pior QSV, o que não ocorreu quanto ao uso de inotrópicos. Esse fato condiz com a literatura na qual é descrito que os pacientes com pior prognóstico são os que mais consomem os recursos oferecidos pela UTI.³³

As UTIs são de fundamental importância para pacientes gravemente enfermos. Entretanto, há uma parcela de pacientes que não se beneficiará dos serviços desse setor. A dificuldade de ser estabelecida qual a parcela que irá ou não se beneficiar do tratamento intensivo é um desafio, pois não existem dados suficientemente sensíveis e específicos que possam prever a mortalidade e a morbidade dos pacientes, após alta dessas unidades.³³ Mesmo não sendo possível identificar qual paciente tem um perfil que se beneficiaria dos cuidados na UTI, dados que corroboram a importância da avaliação da qualidade de vida podem ser observados em estudos de Hofhuis *et al.*²⁶, nos quais a qualidade de vida prévia à internação nessas unidades tem um impacto significativo na mortalidade e na qualidade de vida após a alta da UTI. Outro dado relevante é que a qualidade de vida prévia à internação influi diretamente na qualidade no momento da alta hospitalar.³⁴

Neste estudo pode-se constatar que os pacientes sentiram-se satisfeitos após a alta da UTI, e que a sua qualidade de vida tendeu a melhorar com o passar do tempo. Deve ser ressaltado que o número de pacientes estudados foi pequeno, e que o período do estudo foi limitado o que pode ter causado um viés.

Quanto às implicações deste estudo para a prática clínica e pesquisa científica, o conhecimento das mudanças da qualidade de vida a curto e longo prazo poderão prover, ao médico intensivista e à equipe multidisciplinar da UTI, informações úteis para futuras decisões. Por esse motivo, os autores deste trabalho permitem-se sugerir que haja a continuidade do mesmo.

6. CONCLUSÕES

Diante dos resultados apontados pode-se concluir que:

1. Houve uma tendência de os pacientes que receberam alta da UTI-HU apresentarem uma QSV melhor/inalterada. Enquanto a satisfação de vida desses pacientes permaneceu semelhante após 90 dias da alta, houve uma melhora significativa da qualidade de vida dos mesmos.
2. Os pacientes que apresentaram uma qualidade de vida melhor/inalterada foram aqueles que permanecerem menos tempo internados na UTI ou no hospital.
3. Os pacientes que apresentaram QSV melhor/inalterada ou aqueles que apresentaram QSV pior, eram semelhantes quanto à idade, sexo, escolaridade, escore APACHE II médio, uso de ventilação mecânica e de droga vasoativa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Costa JL. Falta de Leitos de UTI: a ponta do iceberg. *Atualidades AMIB*. 2003; 28 (2):10-2.
2. Costa NS. Validação do sistema APACHE II na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário – UFSC [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1994.
3. Moritz, RD. O efeito da informação sobre o comportamento dos profissionais de saúde diante da morte [Tese doutorado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
4. Moritz, RD, Pamplona F. Avaliação da recusa ou suspensão do tratamento considerados fúteis ou inúteis. *Rev Bras Ter Intens*. 2003; 15 (1): 40-5.
5. Knaus WA, Zimmerman JE, Wagner DP. APACHE-acute physiology and chronic health evaluation: A physiologically based classification system. *Crit Care Med*. 1981; 9: 591-7.
6. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP. APACHE II: A severity of disease classification system. *Crit Care Med*. 1985; 3 (13): 818-29.
7. Knaus WA, Wagner DP, Draper EA. The APACHE III prognostic system: Risk prediction of hospital mortality for critically ill hospitalized adults. *Chest*. 1991; 100: 1619-36.
8. Le Gall JR, Loirat P, Alperovitch A. A simplified acute physiology score for ICU patients. *Crit Care Med*. 1984; 12: 975-7.
9. Le Gall JR, Lemeshow S, Saulnier F. A new Simplified Acute Physiology Score (SAPS II) based on a European/North American multicenter study. *JAMA*. 1993; 270: 2957-63.
10. Lemeshow S, Teres D, Klar J. Mortality Probability Models (MPM II) based on an international cohort of intensive care unit patients. *JAMA*. 1993; 270: 2478-86.
11. Le Gall JR, Klar J, Lemeshow S. The Logistic Organ Dysfunction system. A new way to assess organ dysfunction in the intensive care unit. ICU Scoring Group. *JAMA*. 1996; 276: 802-10.
12. Marshall JC, Cook DJ, Christou NV. Multiple organ dysfunction score: A reliable descriptor of a complex clinical outcome. *Crit Care Med*. 1995; 23: 1638-52.
13. Ferreira FL, Bota DP, Bross A. Serial evaluation of the SOFA score to predict outcome in critically ill patients. *JAMA*. 2001; 286: 1754-8.
14. Alves CJ, Terzi RGG, Franco GPP, Malheiros WMP. Comparação entre o Modelo UNICAMP II e o APACHE II em uma UTI Geral. *Rev Bras Ter Intens*. 2003; 15 (4): 144-52.

15. Garcia RA. Critérios de Internação e de Alta. In: David CM, Pinheiro CTS, Silva NB, Freddi NA, Neto AR, editores. *Medicina Intensiva / Associação de Medicina Intensiva Brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 2004. p 109-14.
16. Vincent JL. European attitudes towards ethical problems in intensive care medicine: Results of an ethical questionnaire. *Intensive Care Med*. 1990; 16: 256-64.
17. Strauss MJ, LoGerfo JP, Yeltatzie JA. Rationing of intensive care unit services: An everyday occurrence. *JAMA*. 1986; 255: 1143-6.
18. Ferreira FL, Bota DP, Bross A. Serial evaluation of the SOFA score to predict outcome in critically ill patients. *JAMA*. 2001; 286: 1754-8.
19. Wehler M, Hadzionerovic D, Aljukic E, Reulbach U, Hahn EG, Strauss R. Health-related quality of life of multiple organ dysfunction patients: changes and comparison with normative population data. *Crit Care*. 2002; 6 (1): 118-28.
20. Granja C, Pinto AT, Pereira AC. Quality of life after intensive care – evaluation with EQ-5D questionnaire. *Intensive Care Med*. 2002; 28: 898-907.
21. Jacobs CJ, van der Vliet JA, van Roozendaal MT, van der Linden CJ. Mortality and quality of life after intensive care for critical illness. *Intensive Care Med*. 1998; 14:217-20.
22. Capuzzo M, Bianconi M, Contu P, Pavoni V, Gritti G. Survival and quality of life after intensive care. *Intensive Care Med*. 1996; 22: 947-53.
23. Vazquez MG, Rivera FR, Gonzalez CA, Delgado RM, Torres RJM, Raya PA. Factors related to quality of life 12 months after discharge from an intensive care unit. *Crit Care Med*. 1992; 20: 1257-62.
24. Capuzzo M, Grasselli C, Carrer S, Gritti G, Alvisi R. Validation of two quality of life questionnaires suitable for intensive care patients. *Intensive Care Med*. 2000; 26: 1296-1303.
25. Frick S, Uehlinger DE, Zenklusen RMZ. Assesment of former ICU patients' quality of life: comparison of different quality-of-life measures. *Intensive Care Med*. 2002; 28:1405-10.
26. Hofhuis J, Hautvast JLA, Schrijvers AJP, Bakker J. Quality of life to the intensive care: can we query the relatives? *Intensive Care Med*. 2003; 29: 974-9.
27. Eddelton JM, Anaes FRC, White P, Guthrie E. Survival, morbidity, and quality of life after discharge from intensive care. *Crit Care Med*. 2000; 28: 2293-9.
28. Cuthbertson BH, Scott J, Strachan M, Vale L. Quality of life before and after intensive care. *Anaesthesia*. 2005; 60: 332-9.
29. Williams TA, Dobb J, Finn JC, Webb SA. Long-term survival from intensive care: a review. *Intensive Care Med*. 2005; 31 (10): 1306-15.
30. Kvale R, Ulvik A, Flaaten H. Follow-up after intensive care: a single center study. *Intensive care Med*. 2003; 29: 2149-56.

31. Badia X, Diaz-Pietro A, Gorriz MT, Herdmann M, Torrado H, Farrero E et al. Using the EuroQol-5D to measure changes in quality of life 12 months after discharge from an intensive care unit. *Intensive care Med.* 2001; 27: 1901-7.
32. Kaarlola A, Pettilä V, Kekki P. Quality of life six years after intensive care. *Intensive Care Med.* 2003; 29: 1294-9.
33. Lizana FG, Bota DP, Cubber MD, Vincent JL. Long-term outcome in ICU patients: what about quality of life? *Intensive Care Med.* 2003; 29: 2156-69.
34. Hurel D, Loirat P, Saulnier F, Nicolas F, Brivet F. Quality of life 6 months after intensive care: results of a prospective multicenter study using a generic health status scale and a satisfaction scale. *Intensive care Med.* 1997; 23: 331-7.
35. Montlucard L, Orgeas-Garrouste M, Timsit JF, Misset B, Jonhge B, Carlet J. Outcome, functional autonomy, and quality of life of elderly patients with a long-term intensive care unit stay. *Crit Care Med.* 2000; 28 (10): 3389-95.
36. Wehler M, Martus P, Geise A, Bost A, Mueller A, Hahn EG et al. Changes in quality of life after medical intensive care. *Intensive Care Med.* 2001; 27: 154-9.
37. Dowdy WD, Eid MP, Sedrakyan A, Mendez-Telez PA, Pronovost PJ, Herridge MS. Quality of life in adult survivors of critical illness: a systematic review of literature. *Intensive Care Med.* 2005; 31: 611-20.
38. Rellos K, Falaas ME, Vardakas KZ, Sermaides G, Michalopoulos A. Outcome of critically ill-oldest patients (aged 90 and older) admitted to the intensive care unit. *J Am Geriatr Soc.* 2006; 54 (1): 110-14.
39. Stricker KH, Cavegn R, Takala J, Rothen HU. Does ICU length of stay influence quality of life? *Acta Anaesthesiol Scand.* 2005; 49: 975-83.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 17 de Novembro de 2005.

ANEXOS

I. Termo de consentimento livre e esclarecido

AValiação da Qualidade de Vida Antes e Após Internação em UTI

Com a falta de vagas nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e com o desenvolvimento da tecnologia, os médicos intensivistas têm tido uma preocupação crescente no que concerne a quais pacientes devem ser admitidos nessas unidades. Esses profissionais também sofrem o dilema de quando fornecer ou recusar tratamento considerados fúteis ou inúteis, já que a tecnologia atual permite que pacientes com quadro irreversível sejam mantidos vivos dentro de uma UTI por um longo período de tempo.

Outro fato que tem sido abordado de maneira crescente na literatura médica é a qualidade de vida dos pacientes que recebem alta das UTIs. A sobrevivência a uma doença crítica é o principal objetivo da passagem de um paciente pela UTI, mas não basta sobreviver, o paciente deve ter uma qualidade de vida ao menos razoável. Para tanto deve ser feito um acompanhamento tanto no momento da internação como após a saída da UTI.

Diante do exposto, propôs-se este trabalho que visa avaliar a qualidade e a satisfação de vida do paciente no momento da admissão na UTI, da alta hospitalar e 3 meses após a mesma.

Não será realizado nenhum procedimento clínico ou farmacológico que não faça parte da rotina do serviço do HU/UFSC.

Qualquer dúvida que possa advir poderá ser respondida, por um dos pesquisadores, através do telefone (48)3338821 / (48)99678036 com Cleyton ou (48) 2336675 / (48)99311326 com Geovana.

A participação neste estudo não terá nenhum custo para o paciente.

O paciente poderá, em qualquer momento do estudo, negar-se a continuar a participar do mesmo.

Serão garantidos o sigilo e a privacidade da identidade do paciente.

Eu _____, RG _____ após ler e entender o exposto, concordo em participar desta pesquisa.

Assinatura _____

Assinatura de quem colheu o consentimento _____

Data da obtenção do consentimento ____/____/____.

II. Ficha de Coleta de dados

Data...../...../..... **Protocolo** **Prontuário**
Nome **Idade**
Endereço
Telefone **Sexo**()M()F **Respondedor** ()paciente ()outro:.....
Internação:hospital:/...../..... **UTI:**/...../..... **Tempo UTI:**..... **Tempo HU:**.....
Causa de internação hospitalar/UTI:
Internação prévia UTI ()não()sim, número vezes: **APACHE II** score.....
Ventilação Mecânica ()Não()Sim, tempo... houve falha desmame ()IRA ()Não()Sim
Comorbidades.....

ATIVIDADE FÍSICA

	Admissão	7 Dias	90 Dias
7º)Desenvolve atividade de trabalho fora de casa	()	()	()
6º)Sobe uma rampa de escada sem fadiga	()	()	()
5º)Vai fazer compras e segura as sacolas	()	()	()
4º)Sai a passeio	()	()	()
3º)Faz as atividades domésticas	()	()	()
2º)Lava-se e se veste	()	()	()
1º)Está acamado	()	()	()

PSICOSSOCIAL: COMO TRANSCORRE SEU TEMPO LIVRE?

	Admissão	7 Dias	90 Dias
5º)Há hobbies: ocupa-se de horto/jardim ou esporte	()	()	()
4º)Freqüenta ou vê amigos	()	()	()
3º)Lê jornal	()	()	()
2º)Assiste à televisão	()	()	()
1º)Freqüenta apenas os parentes	()	()	()

SATISFAÇÃO DE VIDA: Quanto está satisfeito com sua vida?

	Admissão	7 Dias	90 Dias
Totalmente	()	()	()
Muito	()	()	()
Razoavelmente	()	()	()
Pouco	()	()	()
Insatisfeito	()	()	()

AVALIAÇÃO DA COMUNICAÇÃO ORAL

	Admissão	7 Dias	90 Dias
1º)Normal	()	()	()
2º)Mal audível	()	()	()
3º)Incompreensível	()	()	()
4º)Ausente	()	()	()

QUALIDADE DE VIDA GLOBAL(avaliação subjetiva do pesquisador)

	Admissão	7 Dias	90 Dias
1º)nenhuma limitação para a idade	()	()	()
2º)Modesta limitação para a idade	()	()	()
3º)Grave limitação	()	()	()
4º)Totalmente dependente	()	()	()