

CLEYTON DE SOUSA MARGARIDA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE E SATISFAÇÃO DE VIDA
DOS PACIENTES INTERNADOS EM UTI**

**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**

CLEYTON DE SOUSA MARGARIDA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE E SATISFAÇÃO DE VIDA
DOS PACIENTES INTERNADOS EM UTI**

**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. Dr. Fernando Osni Machado

Co-orientador: Prof^ª. Dra. Rachel Duarte Moritz

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2006

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Ramon Dimas Margarida e Marlene de Sousa Margarida, à minha avó Áurea Fortkamp de Souza, por todo o apoio tanto nos bons como nos maus momentos da minha vida e pela tolerância nos meus momentos de estresse.

Ao Dr. Fernando Osni Machado, pela paciência, pela atenção, pela dedicação incomensurável e pelos inúmeros ensinamentos, dos quais este trabalho compreende apenas uma pequena parcela.

À Dra. Rachel Duarte Moritz, por toda a orientação, conhecimento e empenho neste estudo. E por todos os ensinamentos acerca não só do tema deste trabalho como no que tange a profissão médica em si.

À Geovana Basso, pelo companheirismo diário e empenho na realização deste trabalho, sem a ajuda da qual seria muito complicado o desenvolvimento deste estudo.

Ao Dr. Vanir Cardoso, que inicialmente auxiliou-me a escolher o tema deste trabalho e que me indicou aqueles que são, hoje, meus orientadores neste estudo.

Aos amigos, os quais não ousou mencionar os nomes para não esquecer de nenhum, que sempre estiveram comigo, e que me aconselharam ou que me ouviram, no transcorrer desses 6 anos de estudo.

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 qualidade e satisfação de vida (QSV) dos pacientes internados em UTI. Verificar se 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 abril-julho, 2005. Inicialmente, coletaram-se dados referentes à QSV dos pacientes antes da internação na UTI, assim como características demográficas/clínicas/terapêuticas. Posteriormente, aplicou-se, por telefonema, 7, 90 e 180 dias após a alta hospitalar, um questionário que avaliou dados sobre QSV dos pacientes, naqueles momentos. Seqüencialmente, os pacientes foram subdivididos em 2 grupos: QSV melhor/inalterada e 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 21 completaram o estudo. A comparação entre a QSV de 7, 90 e a de 180 dias após a alta hospitalar revelou que a qualidade de vida (QV) dos pacientes apresentou melhora e que a maioria (90,5%) dos mesmos apresentou-se satisfeita com sua vida. Os pacientes cuja QV foi melhor/inalterada foram os de idade ligeiramente maior. Os grupos foram semelhantes, em relação ao sexo, escolaridade, escore APACHE II médio, tempo de internação, uso de ventilação mecânica e droga vasoativa. Mais da metade (60%) retornou ao trabalho após 180 dias.

Conclusão: Houve uma tendência de os pacientes sentirem-se satisfeitos após a alta hospitalar e da sua QV melhorar com o decorrer do tempo. Mesmo referindo piora, os pacientes encontravam-se bem para retomar suas atividades laborativas.

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study was to investigate 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/therapeutic factors.

Design: Prospective cohort study with quali-quantitative approach.

Method: All patients admitted in ICU-HU-UFSC from April-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/therapeutics factors were recorded. Afterwards, by telephone, 7, 90 and 180 days after hospital discharge, patients answered the questionnaires about HRQOL-S. In the sequence, all patients were subdivided into 2 main groups: HRQOL-S same or better, and HRQOL-S worse. Data were analyzed using t Student and χ^2 tests (p-value <0,05).

Results: sixty eight patients were enrolled into the study and completed questionnaires were obtained from 21 of them. A comparison of 7, 90 and 180 days after hospital discharge showed that HRQOL of patients was the same or better at 90 and 180 days after hospital discharge, and the majority expressed more satisfaction in that moment. Factors associated with HRQOL-S same or better were advanced age. However, there were no statistical significant differences in sex, schooling, APACHE II score, length of stay, mechanical ventilation and used drugs. The majority (60%) returned to their previous work.

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 advanced age. Even when patients reported worse HRQOL/S they returned to their previous work.

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, 90 E 180 DIAS DA ALTA HOSPITALAR.....	7
FIGURA 2 – COMPARAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES ANTES DA INTERNAÇÃO NA UTI E APÓS 7, 90 E 180 DIAS DA ALTA HOSPITALAR.....	8
FIGURA 3 – EVOLUÇÃO (%) QUANTO À QUALIDADE E SATISFAÇÃO DE VIDA DOS PACIENTES NOS PRIMEIROS 7 E APÓS 90 E 180 DIAS DE ALTA HOSPITALAR.....	8
TABELA 1 – RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS CLÍNICAS E DEMOGRÁFICAS DOS PACIENTES E A SUA QUALIDADE DE VIDA 7, 90 E 180 DIAS APÓS A ALTA HOSPITALAR.....	9
TABELA 2 – RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS CLÍNICAS E DEMOGRÁFICAS DOS PACIENTES E A SUA SATISFAÇÃO DE VIDA 7, 90 E 180 DIAS APÓS A ALTA HOSPITALAR.....	9
TABELA 3 - RELAÇÃO ENTRE A QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES APÓS A ALTA HOSPITALAR E A TERAPÊUTICA INSTITUÍDA DURANTE A INTERNAÇÃO NA UTI.....	10
TABELA 4 – RELAÇÃO ENTRE A SATISFAÇÃO DE VIDA DOS PACIENTES APÓS A ALTA HOSPITALAR E A TERAPÊUTICA INSTITUÍDA DURANTE A INTERNAÇÃO NA UTI.....	10
TABELA 5 – RELAÇÃO DE PACIENTES QUE DESENVOLVIAM ATIVIDADE FORA DE CASA ANTES DA INTERNAÇÃO E QUE RETOMARAM SUAS ATIVIDADES APÓS A ALTA HOSPITALAR QUANTO À QUALIDADE/SATISFAÇÃO DE VIDA.....	11

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO.....	i
FOLHA DE ROSTO.....	ii
AGRADECIMENTOS.....	iii
RESUMO.....	iv
<i>ABSTRACT</i>	v
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	vi
LISTA DE TABELAS.....	vii
SUMÁRIO.....	viii
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVOS.....	4
3. MÉTODO.....	5
3.1. Delineamento da pesquisa.....	5
3.2. Local.....	5
3.3. Amostra.....	5
3.4. Procedimentos.....	5
3.4.1. Elaboração do questionário.....	5
3.4.2. Aplicação do questionário.....	6
3.5. Análise estatística.....	6
4. RESULTADOS.....	7
5. DISCUSSÃO.....	12
6. CONCLUSÕES.....	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18
NORMAS ADOTADAS.....	21
ANEXOS.....	22

1. INTRODUÇÃO

As unidades de terapia intensiva (UTIs) se caracterizam por proporcionarem aos pacientes gravemente enfermos um atendimento de excelência, visando primordialmente à sobrevivência. Essas unidades surgiram a partir da década de 50, pela necessidade de fornecimento de suporte ventilatório aos pacientes vítimas de poliomielite nos Estados Unidos da América e Dinamarca. 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 1968². A UTI do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina deu início às suas atividades no ano de 1983³.

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.

Sabe-se, hoje, que uma das metas das UTIs é reduzir a morbimortalidade, além de tentar manter ou melhorar o estado funcional e a qualidade de vida de seus pacientes⁴. Além disso, os pacientes estão cada vez mais interessados em saber se e como o cuidado intensivo mudará sua qualidade de vida⁵.

No século XX, foi intensificado o tratamento das entidades patológicas no âmbito hospitalar. Após a segunda metade desse século, mais especificadamente após a Segunda Guerra Mundial, o desenvolvimento tecnológico foi exponencial. Em decorrência desse fato houve um crescente aperfeiçoamento tecnológico nas UTIs, bem como no tratamento realizado nas mesmas, 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^{6, 7}. 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 conforto⁸. Além disso, os recursos economicamente limitados e crescentes dessas unidades levam a uma cobrança

sobre o uso racional desses recursos⁴. Como consequência disso, esses profissionais sentem-se angustiados diante da necessidade do uso racional dos leitos nas UTIs^{1, 9, 10, 11}.

Em 2002, a portaria do Ministério da Saúde nº1101, baseada nas recomendações da Organização Mundial de Saúde, definiu que o número de leitos para as UTIs deve ser de 4% a 10% do total de leitos hospitalares¹. Entretanto, esse número é deficiente na maioria das cidades brasileiras, mesmo nos grandes centros urbanos. Cita-se como exemplo, o HU/UFSC, que possui 268 leitos sendo somente 6 leitos destinados a cuidados intensivos.

As decisões médicas têm sido atualmente influenciadas por três grandes tendências sociais: a reivindicação pública sobre o aspecto de o paciente ter autoridade para decidir a respeito do 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 escassos⁷. Cada vez mais, tem sido constatada a falta de leitos de UTI, principalmente em hospitais públicos, como vimos acima.

Visando a otimização da utilização dos leitos dessas unidades, têm sido desenvolvidos, tanto no âmbito mundial¹²⁻²⁰, quanto nacional^{3, 21, 22}, índices de gravidade e critérios específicos de internação e alta nas UTIs^{1, 10-12, 15, 16, 19-21}. Cita-se como exemplo o *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE)*¹², o *Simplified Acute Physiology Score (SAPS)*^{15, 16}, o *Sequential Organ Failure Assessment Score (SOFAS)*^{19, 20} e o UNICAMP II²¹, dos quais o mais utilizado é o APACHE. 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 na avaliação sobre a qualidade e a satisfação de vida (QSV) do paciente que tenha recebido alta da UTI^{23, 24, 25}, o que também é essencial para justificar os investimentos que devem ser feitos na área²⁶. 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 prévia à internação têm maior possibilidade de recuperação após a alta hospitalar. Ao contrário, a baixa qualidade de vida prévia à internação em UTI estaria relacionada à falência de múltiplos órgãos e à ineficácia do tratamento²⁷⁻³¹.

Para a avaliação da QSV após a alta das UTIs, têm sido elaborados questionários^{5, 28, 32, 33}, que podem ser aplicados, pelos profissionais dessas unidades, no momento da internação e da alta do paciente da UTI³⁴, questionários estes que constituem o padrão ouro para avaliar a

QSV³². 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 individual²⁸.

Tendo em vista o relatado, propôs-se este trabalho que visou à comparação entre a QSV dos pacientes antes da internação e após receberam alta da UTI e do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina, acompanhando-os por um período de 180 dias. Sendo este estudo um seguimento do trabalho de Basso *et al*³⁵, que avaliou a QSV dos pacientes internados em UTI, 7 e 90 dias após a alta hospitalar. O presente estudo terá um período maior de investigação, em decorrência da constatação, por outro estudo, de que a QSV deve ser avaliada com um acompanhamento em longo prazo, pelo fato de alguns aspectos referentes à QSV melhorarem progressiva e lentamente³⁶.

2. OBJETIVOS

2.1 Principal

Comparar a QSV dos pacientes antes da sua internação na UTI com a QSV 7, 90 e 180 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 de seus representantes legais, foi obtido o consentimento livre e esclarecido (anexo I).

Foram excluídos os pacientes cujo motivo de admissão na UTI foi o pós-operatório de cirurgia eletiva, aqueles que foram transferidos para outros hospitais, ou aqueles dos quais não se conseguiu o consentimento livre e esclarecido.

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*⁵. 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 quatro 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 e 6 meses, foram novamente coletados os dados referentes à QSV do paciente, naqueles momentos. Um dos pesquisadores entrou em contato, por telefone, com o paciente e/ou com o seu familiar, sendo as perguntas direcionadas de maneira semelhante às aquelas 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, na UTI do HU-UFSC, 99 pacientes, 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. Após 6 meses, não foi possível contatar 1 paciente. Portanto, completaram o estudo 21 indivíduos.

A comparação entre a QSV dos pacientes antes da internação na UTI e após 7, 90 e 180 dias da alta hospitalar é demonstrada nas figuras 1 e 2.

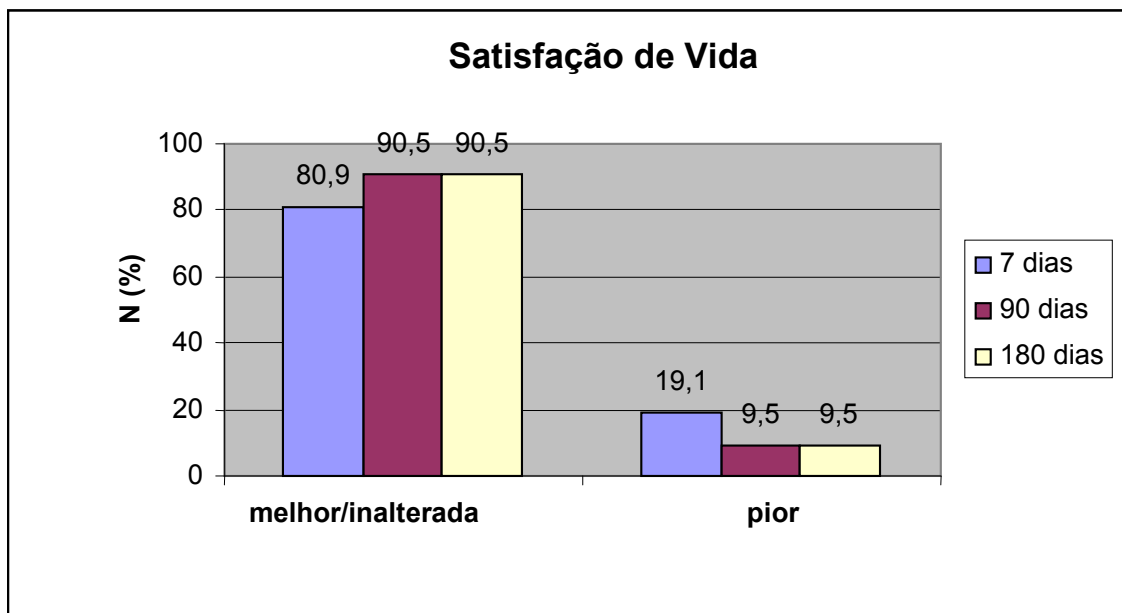


FIGURA 1 – Comparação entre a satisfação de vida dos pacientes antes da internação na UTI e após 7, 90 e 180 dias da alta hospitalar.

Na figura 2 pode-se constatar que houve uma melhora percentual na qualidade de vida após 90 e também 180 dias da alta hospitalar.

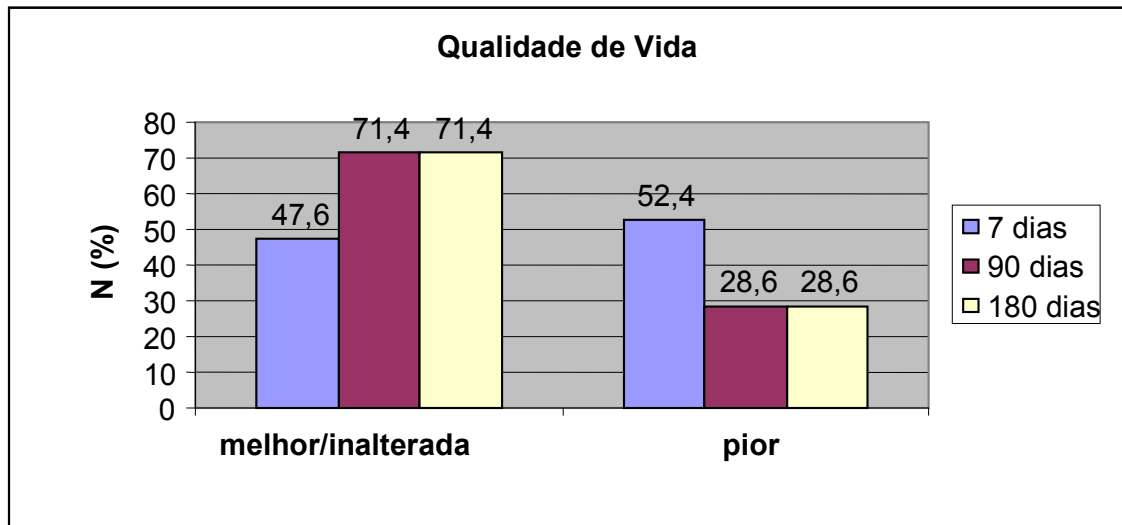


FIGURA 2 – Comparação entre a qualidade de vida dos pacientes antes da internação na UTI e após 7, 90 e 180 dias da alta hospitalar.

Na figura 3 são destacadas a evolução quanto à QSV dos pacientes nos primeiros 7 dias e após 90 e 180 dias de alta hospitalar.

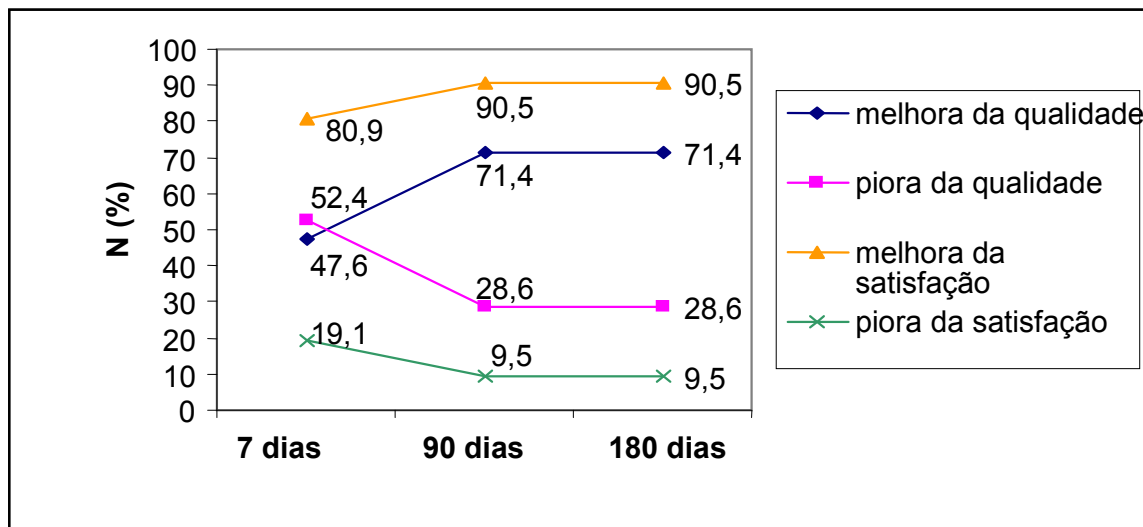


FIGURA 3 – Evolução (%) quanto à qualidade e satisfação de vida dos pacientes nos primeiros 7 e após 90 e 180 dias de alta hospitalar.

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, 90 e 180 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, 90 e 180 dias após a alta hospitalar.

Variáveis clínicas e demográficas	7 dias após alta		P*	90 dias após alta		P*	180 dias após alta		P*
	Qualidade Vida			Qualidade Vida			Qualidade Vida		
	Melhor Igual	Pior		Melhor Igual	Pior		Melhor Igual	Pior	
Idade média (anos)	51,3	52,6	NS	56,4	41	P<0,05	56,4	41	P<0,05
Sexo (M:F)	8:2	8:3	NS	11:4	5:1	NS	11:4	5:1	NS
Escolaridade (anos)	8,1	10,3	NS	9,8	7,8	NS	9,8	7,8	NS
Índice APACHE II médio	16,3	16,8	NS	17	15,5	NS	17	15,5	NS
Tempo médio de internação na UTI (dias)	5,2	6,4	NS	5,9	5,7	NS	5,9	5,7	NS
Tempo médio de internação hospital (dias)	18,5	30,5	NS	27,1	19	NS	27,1	19	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.

TABELA 2 – Relação entre as variáveis clínicas e demográficas dos pacientes e a sua satisfação de vida 7, 90 e 180 dias após a alta hospitalar.

Variáveis clínicas e demográficas	7 dias após alta		P*	90 dias após alta		P*	180 dias após alta		P*
	Satisfação Vida			Satisfação Vida			Satisfação Vida		
	Melhor Igual	Pior		Melhor Igual	Pior		Melhor Igual	Pior	
Idade média (anos)	51,4	54,5	NS	53,3	39,5	NS	51,8	53,5	NS
Sexo (M:F)	13:4	3:1	NS	14:5	2:0	NS	14:5	2:0	NS
Escolaridade (anos)	9,4	8,5	NS	9,7	5	NS	8,7	14	NS
Índice APACHE II médio	16,9	15,3	NS	16,4	18,5	NS	16,9	13,5	NS
Tempo médio de internação na UTI (dias)	6,4	3,5	NS	6,1	3,5	NS	6,1	3	NS
Tempo médio de internação hospital (dias)	25,2	22,8	NS	25,8	14,5	NS	25,6	16,5	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.

Generalizando os dados das tabelas acima, não relacionando com QSV, temos uma média de idade de 52 anos, escolaridade média de 9,2 anos, tempo de internação na UTI de 5,8 dias e no hospital de 24,8 dias, em média; o índice APACHE II médio obtido foi de 16,6. O estudo contou com a participação de 16 homens e 5 mulheres.

Quanto à terapêutica instituída durante a internação na UTI foram analisados, em relação à QSV dos pacientes, o uso ou não de ventilação mecânica 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		180 dias após a alta	
	Droga Vasoativa	Ventilação Mecânica	Droga Vasoativa	Ventilação Mecânica	Droga Vasoativa	Ventilação Mecânica
Melhor igual	5 (n=10)	4 (n=10)	5 (n=15)	8 (n=15)	5 (n=15)	8 (n=15)
Pior	4 (n=11)	7 (n=11)	4 (n=6)	3 (n=6)	4 (n=6)	3 (n=6)

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		180 dias após a alta	
	Droga Vasoativa	Ventilação Mecânica	Droga Vasoativa	Ventilação Mecânica	Droga Vasoativa	Ventilação Mecânica
Melhor igual	7 (n=17)	9 (n=17)	8 (n=19)	10 (n=19)	8 (n=19)	11 (n=19)
Pior	2 (n=4)	2 (n=4)	1 (n=2)	1 (n=2)	1 (n=2)	0 (n=2)

Também foi analisado o percentual de pacientes que trabalhavam anteriormente à internação e que retomaram suas atividades após a alta hospitalar. Observou-se que 15, dos 21 pacientes estudados, exerciam alguma atividade fora de casa. Na primeira semana após a alta, 2 (13,3%) referiram ter voltado ao emprego; após 90 dias, 7 pacientes (46,7%) retornaram ao

emprego; após 180 dias esse número subiu para 9 (60%). A tabela 5 mostra a relação desses pacientes com a sua qualidade e satisfação de vida.

TABELA 5 – Relação de pacientes que desenvolviam atividade fora de casa antes da internação e que retomaram suas atividades após a alta hospitalar quanto à qualidade/satisfação de vida.

Qualidade/Satisfação de vida	Volta ao trabalho		
	7 dias após a alta	90 dias após a alta	180 dias após a alta
Melhor igual	2	7	8
Pior	0	0	1

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 pacientes²⁶. Entretanto, esse tema ainda é pouco debatido no meio médico. Cita-se como exemplo o trabalho de Cuthbertson *et al*³⁷, em cujos dados 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 quantificados⁵. Este trabalho utilizou uma adaptação do trabalho de Capuzzo *et al*⁵, 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, além de serem mais facilmente aplicáveis aos pacientes.

Neste estudo o questionário foi respondido pelos pacientes ou por seus familiares. Pode-se perguntar se esse é o melhor método de avaliação, segundo estudo, os questionários são o padrão ouro para essa avaliação³². Além disso, é descrito que tanto o paciente quanto o seu familiar e/ou cuidador podem relatar dados confiáveis sobre a qualidade de vida³³. 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, preconizando-se 6 meses, para que não haja influência das debilidades causadas pela enfermidade que determinou a internação^{26, 28, 32, 36, 38-40}. Neste trabalho o questionário foi aplicado no momento da admissão na UTI e também após 7, 90 e 180 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 (52,4% referiram piora), situação essa que se inverteu na avaliação de 90 dias, quando grande parte dos pacientes (71,4%) apresentou uma qualidade de vida melhor que previamente à internação, situação que se manteve na avaliação de 180 dias. Dados esses corroborados por outros estudos^{4, 26, 28, 32, 36, 37, 39-41}, que também apresentaram esse decréscimo inicial. 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.

O marcador não biológico mais aceito para verificar o nível de saúde é o retorno ao trabalho, que sofre a influência de idade, fatores sócio-econômicos e tipo de emprego⁴. Os resultados deste trabalho apontaram que 46,7% dos pacientes que trabalhavam, anteriormente à internação, retornaram ao emprego após 90 dias da alta hospitalar, e que 60% retornaram após 180 dias da mesma. Esse é um fato de primordial importância para que a qualidade da vida seja satisfatória. No estudo de Frick *et al*³² houve percentualmente um número semelhante de pacientes que retornaram às suas atividades laborativas (58%); entretanto, nesse trabalho os resultados foram avaliados após 1 ano da alta hospitalar, assim como no trabalho de Cuthbertson *et al*³⁷. Já nos estudos de Hurel *et al*⁴², Kvale *et al*³⁹ e de Lizana *et al*⁴, resultados semelhantes foram obtidos após 6 meses, 7-8 meses e 18 meses da alta da UTI, respectivamente. Um dado curioso observado neste estudo é que dos 9 pacientes que retornaram ao trabalho após 180 dias, 1 pertencia ao grupo que referia piora da satisfação com a vida, porém pertencia ao grupo com melhor qualidade de vida; neste caso, há influência da idade do paciente, 48 anos, e do tipo de emprego, trabalhava como autônomo. Pode-se inferir que esse paciente possuía uma elevada expectativa de recuperação, o que justifica sua insatisfação, porém como apresentou melhora da qualidade de vida, ele pode voltar a exercer suas atividades laborativas; além disso, esse paciente em específico apresentou piora da satisfação apenas na entrevista de 180 dias após a alta hospitalar, o que provavelmente deve-se a uma outra condição, que não aquela que o levou à internação em UTI. Dessa forma, infere-se que pessoas que apresentam uma alta expectativa de recuperação, mesmo não alcançando a recuperação esperada, podem voltar ao convívio social, pois há um retorno da qualidade de vida global.

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 UTI⁴¹⁻⁴³. No presente estudo, bem como no de Montuclard *et al*⁴³ mais de 80% dos pacientes referiu satisfação. Resultados discretamente superiores foram apontados por Wehler *et al*⁴¹, cujos autores, em um trabalho que avaliou atividades fisiológicas, atividades básicas diárias, vitalidade e bem-estar subjetivo dos pacientes, mostraram que 94% dos mesmos sentiam-se satisfeitos. Merece destaque o fato de que os pacientes sentem-se satisfeitos mesmo apresentando comprometimento na qualidade de vida. Eddleston *et al*²⁶ 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*³⁶ 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 vivo²⁶. 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.

No estudo de Basso *et al*³⁵, 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; embora no presente estudo, com 180 dias, essa situação não tenha se mantido e a idade tenha sido semelhante entre os que se referiram satisfeitos e os que se referiram insatisfeitos. Ressalta-se que esse fato não pode ser considerado como conclusivo, pois somente 2 pacientes sentiram-se insatisfeitos após 90 dias da alta; após 180 dias de alta, também foram 2 os insatisfeitos, porém não os mesmos que assim estavam após 90 dias de alta. Essa observação pode ser explicada pelo imediatismo inerente no jovem e pela melhor capacidade de adaptação, além da maior aceitabilidade da limitação, por parte daquele com maior experiência de vida⁴⁴. Esses dados também são confirmados por outros estudos^{26, 43}. Porém, há estudos^{27, 28} que mostram um quadro inverso, onde os pacientes idosos apresentam pior qualidade de vida após a alta hospitalar.

Na Alemanha, em um coorte que acompanhou os pacientes por um período de 3, 6 e 12 meses após a alta da UTI³⁷, 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, excetuando-se a média de idade, e ao de Kaarlola *et al*³⁶, e Granja *et al*²⁸, cujos autores avaliaram os pacientes após 6 anos. Um outro estudo⁴⁵ encontrou um tempo médio de internação no hospital de 23,3 dias, dado semelhante ao deste estudo.

Neste estudo, as características demográficas como sexo e escolaridade não demonstraram correlação com a QSV dos pacientes após a alta hospitalar. Já a idade, foi significativamente diferente com 90 e 180 dias após a alta, quando os pacientes mais jovens apresentaram uma pior qualidade de vida. Resultados discordantes foram apontados por Dowdy *et al*⁴⁶ cujo trabalho demonstrou que os pacientes mais velhos apresentavam menor qualidade de vida. Granja *et al*²⁸ 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 e a uma baixa qualidade de vida prévia, do que à idade dos pacientes. Foi também descrito em outro trabalho⁴⁵, 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 ligeiramente maior do que aquele descrito na literatura revisada, como mostrado em uma meta-análise de 19 artigos, onde o tempo médio de internação foi de 5,3 dias³⁸. 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 após 7 dias da alta hospitalar³⁵, resultado que não se manteve com 90 e 180 dias quando se percebeu que o tempo de internação em UTI foi semelhante nos dois grupos. Resultados parecidos foram mostrados nos trabalhos de Cuthbertson *et al*³⁷ e Stricker *et al*⁴⁴, que também não constataram uma associação entre o tempo de internação e a qualidade de vida, porém, nesses estudos não houve a associação em nenhum momento do estudo. 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.

Kvale *et al*³⁹ 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^{28, 37}.

Quanto à terapêutica instituída, foram avaliados neste trabalho a necessidade de ventilação mecânica e a administração de drogas vasoativas. Observou-se no estudo de Basso *et al*³⁵, que a assistência ventilatória relacionou-se à pior QSV após 7 dias de alta hospitalar, não se mantendo, nesse estudo, o mesmo resultado após 90 e 180 dias da alta, quando as percentagens de pacientes que estiveram em assistência ventilatória foram semelhantes entre os grupos referentes à QSV. Quanto ao uso de inotrópicos, seu uso ocorreu em maior percentagem entre os pacientes com pior qualidade de vida após 90 e 180 dias da alta hospitalar. 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 UTI⁴.

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 unidades⁴. 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*³³, 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 hospitalar⁴².

Neste estudo pode-se constatar que os pacientes sentiram-se satisfeitos após a alta da UTI, e que a sua qualidade de vida melhorava 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 erro sistemático.

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 fornecer, 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 e 180 dias da alta, houve uma melhora significativa da qualidade de vida dos mesmos.
2. Os pacientes que apresentaram uma satisfação de vida melhor/inalterada foram, surpreendentemente, aqueles que permanecerem mais tempo internados na UTI ou no hospital. Quanto à qualidade de vida, esta não sofreu interferência do tempo de internação na UTI ou Hospital ao longo do estudo, pois o quadro sofreu uma inversão durante o estudo.
3. Os pacientes que apresentaram QSV melhor/inalterada ou aqueles que apresentaram QSV pior, eram semelhantes quanto a sexo, escolaridade, escore APACHE II médio, uso de ventilação mecânica e de droga vasoativa.
4. A idade influenciou a qualidade de vida após 90 dias. Os pacientes mais idosos apresentaram uma melhor QSV a partir de 90 dias da alta, enquanto os jovens queixavam-se de piora na sua QSV.
5. Após 180 dias da alta hospitalar, 60% dos pacientes retornaram ao trabalho, mesmo aquele paciente que referiu insatisfação, retornou ao emprego, pois se encontrava com uma qualidade de vida suficientemente boa para retomar suas atividades cotidianas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Costa JL. Falta de Leitos de UTI: a ponta do iceberg. *Atualidades AMIB*. 2003;28(2):10-2.
2. Araújo Neto JP. Centro de tratamento intensivo e anestesiologia. *Rev Bras Anesthesiol*. 1983;33 (1):63-5.
3. Costa NS. Validação do sistema APACHE II na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário – UFSC [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina;1994.
4. 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.
5. 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;26:1296-303.
6. 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.
7. Moritz, RD, Pamplona F. Avaliação da recusa ou suspensão do tratamento considerados fúteis ou inúteis. *Rev Bras Ter Intens*. 2003;15(1):40-5.
8. Machado FO, Moritz RD. Critérios de admissão e alta em Unidade de Terapia Intensiva. In: Corrêa Neto Y, Sobierajski A, Valin RC. *Manual de Terapêutica Clínica/Associação Catarinense de Medicina*. 2ª ed. Florianópolis: Expert Cópias & Gráfica Expressa; 1999. p504-6.
9. Kalb Pe, MillerDH. Utilization strategies for intensive care units. *JAMA*. 1989;261:2389-95.
10. Vincent JL. European attitudes towards ethical problems in intensive care medicine: Results of an ethical questionnaire. *Intensive Care Med*. 1990;16:256-64.
11. Strauss MJ, LoGerfo JP, Yeltatzie JA. Rationing of intensive care unit services: An everyday occurrence. *JAMA*. 1986;255:1143-6.
12. 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.
13. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP. APACHE II: A severity of disease classification system. *Crit Care Med*. 1985;3(13):818-29.
14. 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.
15. Le Gall JR, Loirat P, Alperovitch A. A simplified acute physiology score for ICU patients. *Crit Care Med*. 1984;12:975-7.

16. 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.
17. 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.
18. 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.
19. 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.
20. Ferreira FL, Bota DP, Bross A. Serial evaluation of the SOFA score to predict outcome in critically ill patients. *JAMA*. 2001;286:1754-8.
21. 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.
22. 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. p109-14.
23. Thibault GE, Mulley AG, Barnett GO, Goldstein RL, Reder VA, Sherman EL, *et al*. Medical intensive care: indications, investigations, and outcomes. *N Engl J Med*. 1980;302:938-42.
24. Patrik DL, Danis M, Southerland LI, Hong G. Quality of life following intensive care. *J Gen Intern Med*. 1988;3:218-23.
25. Lofland JH, Schaffer M, Goldfarb N. Evaluating Health-Related Quality of Life: Cost Comparison of Computerized Touch-Screen Technology and Traditional Paper Systems Pharmacotherapy. 2000;20(11):1390-5.
26. Eddleston 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.
27. 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.
28. Granja C, Pinto AT, Pereira AC. Quality of life after intensive care – evaluation with EQ-5D questionnaire. *Intensive Care Med*. 2002;28:898-907.
29. 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.
30. 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.
31. 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.

32. Frick S, Uehlinger DE, Zenklusen RMZ. Assessment of former ICU patients' quality of life: comparison of different quality-of-life measures. *Intensive Care Med.* 2002;28:1405-10.
33. 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.
34. Griffiths RD, Jones C. *Intensive care aftercare.* Butterworth Heinemann, Oxford. 2002;p1-170.
35. Basso G. Avaliação da Qualidade e Satisfação de Vida dos Pacientes Internados em UTI, 7 e 90 dias após a Alta Hospitalar [Trabalho de Conclusão de Curso]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.
36. Kaarlola A, Pettilä V, Kekki P. Quality of life six years after intensive care. *Intensive Care Med.* 2003;29:1294-9.
37. Cuthbertson BH, Scott J, Strachan M, Vale L. Quality of life before and after intensive care. *Anaesthesia.* 2005;60:332-9.
38. Willians TA, Dobb J, Finn JC, Webb SA. Long-term survival from intensive care: a review. *Intensive Care Med.* 2005;31(10):1306-15.
39. Kvale R, Ulvik A, Flaaten H. Follow-up after intensive care: a single center study. *Intensive care Med.* 2003;29:2149-56.
40. 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.
41. 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.
42. 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.
43. Montuclard 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.
44. Stricker KH, Cavegn R, Takala J, Rothen HU. Does ICU length of stay influence quality of life? *Acta Anaesthesiol Scand.* 2005;49:975-83.
45. 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):110-4.
46. 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.

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	180 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?

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

SATISFAÇÃO DE VIDA: Quanto está satisfeito com sua vida?

Totalmente	()	()	()	()
Muito	()	()	()	()
Razoavelmente	()	()	()	()
Pouco	()	()	()	()
Insatisfeito	()	()	()	()

AVALIAÇÃO DA COMUNICAÇÃO ORAL

1º)Normal	()	()	()	()
2º)Mal audível	()	()	()	()
3º)Incompreensível	()	()	()	()
4º)Ausente	()	()	()	()

QUALIDADE DE VIDA GLOBAL(avaliação subjetiva do pesquisador)

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