

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CIÊNCIAS MÉDICAS**

**QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE DPOC APÓS ALTA DA UTI BASEADO NA
CLASSIFICAÇÃO GOLD: COORTE PROSPECTIVA**

FERNANDA CALLEFE MOREIRA

PORTO ALEGRE

2016

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CIÊNCIAS MÉDICAS**

**QUALIDADE DE VIDA DO PACIENTE DPOC APÓS ALTA DA UTI BASEADO NA
CLASSIFICAÇÃO GOLD: COORTE PROSPECTIVA**

FERNANDA CALLEFE MOREIRA

Orientadora: Prof. Dra. Sílvia Regina Rios
Vieira

Tese apresentada como requisito parcial
para obtenção do título de Doutor em
Medicina: Ciências Médicas, da
Universidade Federal do Rio Grande do
Sul, Programa de Pós-Graduação em
Medicina: Ciências Médicas.

PORTO ALEGRE

2016

BANCA EXAMINADORA

Dra. Alessandra Bombarda Muller

Dra. Juçara Maccari

Dra. José Roberto Goldim

Dr. Carlos Roberto de Melo Rieder

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora Silvia Regina Vieira Rios, pela atenção e incentivo.

Ao meu co-orientador Cassiano Teixeira que em todos os momentos esteve pronto para tirar dúvidas, dar conselhos e ensinar. E que com calma e paciência sempre tinha uma palavra de incentivo.

A Carol que me auxiliou em todas as etapas deste trabalho meu muito obrigada por tudo.

Aos colegas que me ajudaram na coleta deste trabalho, Sheila, Luciane, Bruno e Paula, foram incansáveis e essenciais para que ele se tornasse realidade.

Ao meu professor de inglês Jeff, que me ajudou na tradução do artigo para o inglês, muito obrigada pela amizade.

A meu marido Cristiano e filhos Lorenzo e Enrico que souberam entender os momentos que estava ausente, sempre com compreensão e muito amor.

Aos pacientes voluntários e seus familiares pela colaboração em enriquecer nossa pesquisa.

Aos hospitais participantes, por permitirem a coleta dos nossos dados.

Aos professores do Programa de pós-graduação pelos ensinamentos.

Aos meus pais por sempre acreditarem em mim.

RESUMO

Objetivos: Avaliar a qualidade de vida dos pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica após a alta da UTI baseado na GOLD. **Método:** Coorte prospectiva multicêntrica, onde foram coletados dados referentes à internação na UTI, intervenções e desfechos após a alta hospitalar (pós-alta imediato, após 3 e 6 meses). A qualidade de vida foi avaliada através do questionário SF12v2, a independência funcional através do índice de Barthel; e a presença de ansiedade e depressão através da Escala Hospitalar de ansiedade e depressão (HADS). **Resultados:** Houve uma redução significativa nos escores de Limitação por Aspectos Emocionais ($57,4 \pm 7,2$; $p < 0,046$), Saúde Mental ($49,4 \pm 2,4$; $p < 0,004$) e Componente Mental ($40,8 \pm 2,4$; $p < 0,008$) do SF-12 após 6 meses da alta hospitalar. Quanto ao componente mental, a interação com GOLD foi significativa ($p = 0,013$). Quando avaliadas as diferenças ao longo do tempo conforme GOLD, observa-se que houve diferença significativa entre o índice de Barthel ($p = 0,012$), sendo o grupo de GOLD C/D os que reduziram significativamente o índice de Barthel do basal para os 3m e 6m (que não diferiram entre si). A probabilidade de sobrevivência ao longo do tempo na amostra total de 77 pacientes foi em 15 dias (93,5%), em um mês (90,9%), em três meses (77,9%) e em seis meses (72,7%). **Conclusão:** Os scores de limitação por aspectos emocionais, saúde mental e componente mental do questionário SF-12 apresentaram redução significativa após seis meses da alta hospitalar. O índice de Barthel avaliado ao longo do tempo conforme a GOLD apresentou diferença significativa, sendo o GOLD C/D o que mais apresentou redução.

Palavras-chave: Terapia intensiva. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Qualidade de Vida. Ansiedade. Depressão.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the quality of life of patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease after discharge from the ICU based on GOLD. **Methods:** A multicenter prospective study, which were collected data on ICU admission, interventions and outcomes after hospital discharge (Post-discharge immediately after 3 and 6 months). Quality of life was assessed using the SF12v2 questionnaire, the functional independence through Barthel index; and the presence of anxiety and depression by anxiety and depression scale HADS. **Results:** There was a significant reduction in the Limitations for Emotional Aspects (57.4 ± 7.2 , $p < 0.046$), Mental Health (49.4 ± 2.4 , $p < 0.004$) and Mental Component ($40.8 \pm 2, 4$, $p < 0.008$) of SF-12 after 6 months of hospital discharge. Regarding the mental component, there was a reduction significant Gold ($p = 0.013$). When assessing the differences over time according to Gold, it was observed that there was a significant interaction between the Barthel index ($p = 0.012$), and the Gold C / D group significantly reduced the Barthel index from baseline to 3m and 6m (which did not differ from each other). The probability of survival over time in the 77 patients was 15 days (93.5%), one month (90.9%), three months (77.9%) and six months (72,7%). **Conclusion:** The limitation scores for emotional aspects, mental health and mental component of the SF-12 questionnaire presented a significant reduction after six months of hospital discharge. The barthel index evaluated over time according to Gold presented significant interaction, with Gold C / D the one that presented the most reduction.

Keywords: Intensive Therapy. Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Quality of Life. Anxiety. Depression. Functionally-impaired elderly.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 (ref. teórico)	– Estratégia de busca de referências.....	14
Figura 2 (ref. teórico)	– Esquema marco teórico.....	26
Figura 1 (artigo)	– Pacientes recrutados, elegíveis e incluídos durante a linha de base, e os segmentos de 3 e 6 meses após a alta da Unidade de Tratamento Intensivo	54
Figura 2 (artigo)	– Comparação do índice de Barthel conforme Gold	58
Figura 3 (artigo)	– Comparação do escore de Componente Mental do SF- 12 conforme Gold.....	58
Figura 4 (artigo)	– Probabilidade de sobrevida ao longo do tempo.....	59
Figura 5 (artigo)	– Probabilidade de sobrevida ao longo do tempo conforme GOLD.....	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 (ref. teórico)	– Estudos sobre qualidade de vida pós UTI dos pacientes com DPOC	20
Tabela 1 (artigo)	– Dados demográficos e características clínicas	55
Tabela 2 (artigo)	– Dados sobre a internação na UTI	56
Tabela 3 (artigo)	– Avaliação da funcionalidade (Índice de Barthel), qualidade de vida (SF12v2), escala de ansiedade (HADS-A) e depressão (HADS-D) ao longo do tempo e por gravidade da DPOC.....	57

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APACHE II	– Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II
ATS	– American Thoracic Society IDB
AVDs	– Atividades de Vida Diária
CAOS	– COPD and Asthma Outcome Study
COPD	– Chronic obstructive pulmonary disease
CRQ	– Chronic Respiratory Disease Questionnaire
CTI	– Centro de Terapia Intensiva
DPOC	– Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
GOLD	– Global Initiative for Chronic Obstrutive Lung Disease
GOLD 1/2/3/4	– Classificação da severidade de limitação ao fluxo aéreo
HADS	– Escala hospitalar de Ansiedade e Depressão
HRQOL	_ Health Related Quality of Life
MMRC	– Escala de Dispneia Modificada Medical Research Council
MRADL	– Manchester Respiratory Activities of Daily Living Questionnaire
O2	– Consumo de Oxigênio
P	– Nível de significância estatística
PICS	– Síndrome Pós Tratamento Intensivo
QV	– Qualidade de vida
SF12v	– Short Form 12 health survey
SF-36	– Medical Outcomes Study Short Form 36-item Questionnaire
SGRQ	– St. George's Respiratory Questionnaire,
TCLE	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TEPT	– Transtorno do Estresse Pós-Traumático
UTI	– Unidade de Terapia Intensiva
VEF ₁ pós BD	– Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo pós Broncodilatador
VEF ₁ pós BD %	– Percentual do Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo pós Broncodilatador
VEF ₁	– Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo
VEF ₁ /CVF	– Relação entre Volume Expiratório Forçado no primeiro segundo e Capacidade Vital Forçada
VM	– Ventilação Mecânica
VMI	– Ventilação Mecânica Invasiva
VMNI	– Ventilação Mecânica Não Invasiva
VNI	– Ventilação Não Invasiva

INDICE

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	14
2.1 ESTRATÉGIAS PARA LOCALIZAR E SELECIONAR INFORMAÇÕES	14
2.2 DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA	15
2.2.1 Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica Exacerbada.....	15
2.2.2 Sistema de Estadiamento da DPOC Segundo a Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)	16
2.2.3 Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Mortalidade, Unidade de Terapia Intensiva e Ventilação Mecânica.....	17
2.3 QUALIDADE DE VIDA E O PACIENTE DPOC	18
2.3.1 Ansiedade e o paciente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.....	21
2.3.2 Depressão e o paciente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.....	21
2.3.3 A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)	23
2.3.4 Capacidade Funcional	23
2.3.5 Avaliação da Capacidade Funcional em Ambiente Hospitalar	24
3 MARCO TEÓRICO	26
4 JUSTIFICATIVA	27
5 OBJETIVOS	28
5.1 OBJETIVO PRIMÁRIO	28
5.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS	28
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA REVISÃO DA LITERATURA	29
7 ARTICLE IN ENGLISH	35
REFERENCES	49
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	Erro! Indicador não definido.
9 PERSPECTIVAS FUTURAS	Erro! Indicador não definido.
10 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	Erro! Indicador não definido.
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	64
ANEXO A – NORMAS DE FORMATAÇÃO DO PERIÓDICO	67
ANEXO B – PARECER DO CEP	72
ANEXO C – QUESTIONÁRIO DE LINHA DE BASE	76

ANEXO D – QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE (SF12v2).....	90
ANEXO E – ÍNDICE DE BARTHEL	93
ANEXO F – ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HADS) ...	96
ANEXO G – ROTEIRO DOS ACOMPANHAMENTOS TELEFÔNICOS	99
ANEXO H – CENTROS PARTICIPANTES.....	101
ANEXO I – STROBE STATEMENT	102
ANEXO J - DADOS DA INTERNAÇÃO NA UTI	105

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a American Thoracic Society (ATS), a qualidade de vida (QV) pode ser descrita como a satisfação e/ ou felicidade com a vida frente aos domínios considerados importantes pelo indivíduo (AMERICAN THORACIC SOCIETY STATEMENT, 1999). Sendo, portanto, a QV um conceito multidimensional que abrange todos os aspectos de vida de uma pessoa. Esses incluem: funcionalidade física, capacidade de executar atividades diárias, saúde mental, funcionalidade social, dor, fadiga e energia sono e funcionalidade sexual (HENNESSY et al., 2005).

Com as pesquisas sobre qualidade de vida, se verificou que aumentar quantitativamente a sobrevivência dos pacientes nem sempre produzia um impacto qualitativo que garantisse uma recuperação significativa do seu estado físico, emocional e social. Assim, medir esse impacto passou a ser importante na seleção de tratamentos mais efetivos (CELLA; TULSKY, 1990).

Exacerbações agudas da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), são causas frequentes de admissão no hospital e na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), além de estarem associadas a significativa morbidade, mortalidade, elevada taxa de reinternações e elevado custo ao sistema de saúde. Aproximadamente 1/3 dos pacientes com exacerbação aguda da DPOC morre durante a internação na UTI, e a mortalidade ainda permanece alta no primeiro ano após a alta hospitalar (TEIXEIRA et al., 2011).

Aspectos variados como sensação de dispneia, sintomas de ansiedade e depressão, fatores relacionados à tolerância ao exercício, estado nutricional, frequência de tosse e gravidade da doença podem interferir na QV do paciente com DPOC (JUNIPER, 1998).

Melhorar a qualidade de vida, através da intervenção clínica, tem levado à ampliação dos objetivos do tratamento das doenças pulmonares para além da melhora da função do órgão, procurando atuar também na recuperação dos prejuízos funcionais que têm importância indiscutível para o bem-estar dos pacientes (HENNESSY et al., 2005).

Inúmeras evidências sugerem uma piora da QV nos pacientes sobreviventes da UTI quando comparados a dados populacionais (DESAI, LAW, NEEDHAM, 2011; CUTHBERTSON et al., 2010; DOWDY et al., 2005).

Mesmo com uma redução da mortalidade nas UTI desde 1980 em aproximadamente 2%. Os sobreviventes ficam mais suscetíveis ao desenvolvimento de doenças crônicas (HENNESSY et al., 2005; FLAATTEN, 2010), a altas taxas de mortalidade após a alta da UTI (RIVERA-FERNANDEZ et al., 2006; CUTHBERTSON et al.) e a piora da qualidade de vida (QV) nos meses e anos subsequentes a alta (OEYEN et al., 2010).

Vários relatos descrevem problemas psicológicos (FLAATTEN, 2010; DOWDY et al., 2005; MIRANDA et al., 2011) como ansiedade, depressão (FLAATTEN, 2010; VEST, 2011), distúrbios do sono (ORWELIUS, L. et al., 2008), estresse pós-traumático (ORWELIUS, L. et al., 2008), disfunção cognitiva (HOPKINS; JACKSON, 2006), piora da função pulmonar e desenvolvimento de complicações neuromusculares periféricas (HOUGH, 2006).

A avaliação da QV é um assunto que tem se destacado, mas esta ainda não é rotineiramente avaliada nas UTIs e não é rotineiramente descrita e analisada nas publicações. Este fato se deve a necessidade de aplicação de questionários especializados, longos e às vezes de interpretação ambígua; contrário à facilidade do desfecho dicotômico: vivo ou morto (OEYEN et al., 2010; DOWDY et al., 2005).

2 REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

2.1 ESTRATÉGIAS PARA LOCALIZAR E SELECIONAR INFORMAÇÕES

A estratégia para localizar e selecionar as informações envolveu a seguinte base de dado: Library of Medicine (PubMed). Não foi utilizado nenhum filtro. Como descritores foram utilizados inicialmente os termos “COPD”, “Life Quality”, “Intensive Care Units”, “Anxiety”, “Depression”, “Continuity of patient care”, “ICU”, Global Initiative for chronic obstructive lung disease”. E após esses descritores foram associados entre si. Os resultados desta busca estão apresentados na Figura 1.

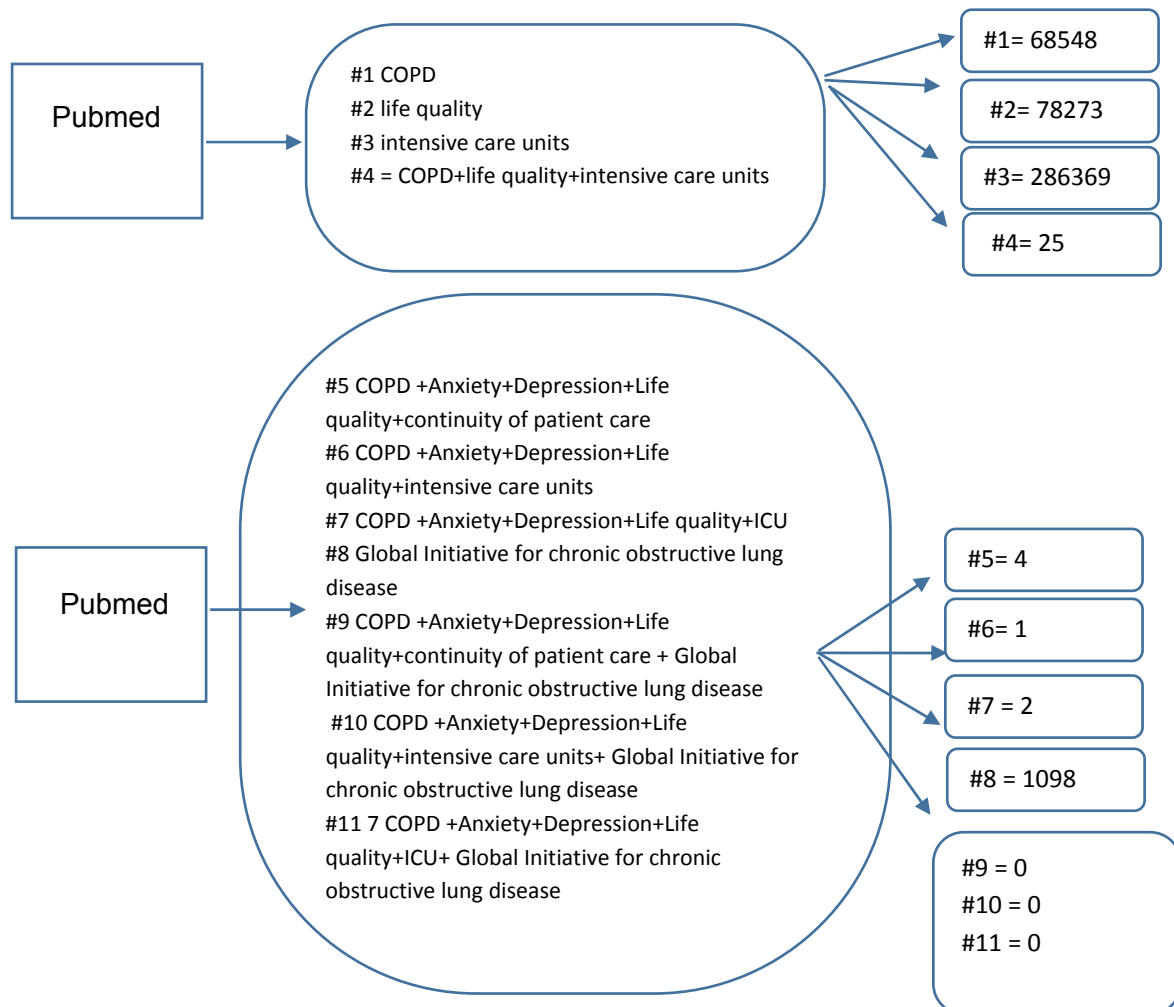


Figura 1. Estratégia de busca de referências.
Fonte: Elaborado pela Autora (2016)

Conforme esta demonstrado na Figura 1 acima. Este é o resultado da busca da combinação dos descritores na base de dados PubMed .

2.2 DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é uma doença altamente incapacitante, capaz de prejudicar o paciente em vários aspectos de sua vida (FRANK, T. L. et al., 2007). Caracteriza-se pela obstrução crônica do fluxo aéreo, que não é totalmente reversível, apesar de ser prevenível e tratável (CONSENSO BRASILEIRO SOBRE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA, 2004).

A limitação ao fluxo aéreo é geralmente progressiva e se associa a uma resposta inflamatória anômala, secundária a partículas e gases inalados, causadas primariamente pelo tabagismo. Embora comprometa os pulmões, a DPOC apresenta consequências sistêmicas significativas. É a sexta causa de óbito no mundo, porém estima-se que alcance o terceiro lugar em 2020 (GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE, 2015; CELLI; MACNEE, 2004).

A DPOC parece ter início em uma etapa precoce da vida, apesar de, usualmente, não causar sintomas antes da quarta década. Ressalte-se a característica bastante frequente de que os pacientes com DPOC apresentam uma importante negação dos sintomas precoces, os quais são atribuídos ao hábito de fumar e aos efeitos do envelhecimento (RABE et al., 2007).

2.2.1 Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica Exacerbada

A DPOC divide-se em períodos estáveis e instáveis, os quais chamamos de DPOC exacerbada. De acordo com a GOLD – The Global Initiative for Chronic Lung Disease –, define-se exacerbação da DPOC como um evento agudo no curso natural da doença, caracterizado por uma mudança na dispnéia basal do paciente, tosse e/ou expectoração e mudança na coloração do escarro que está além das variações normais do dia a dia e que possa justificar uma mudança na medicação habitual do paciente. As exacerbações são categorizadas em termos de apresentação clínica (número de sintomas) e/ou de uso de recursos de saúde (GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE, 2015).

O impacto das exacerbações é significativo e tanto os sintomas quanto a função pulmonar do paciente podem levar várias semanas para retornar aos valores basais, o que afeta a qualidade de vida e o prognóstico dos pacientes com DPOC (GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE, 2015).

2.2.2 Sistema de Estadiamento da DPOC Segundo a Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)

Atualmente, o sistema de estadiamento da DPOC mais aceito é o proposto pela *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)* sendo o principal método utilizado para caracterizar a doença. Em 2012, seu documento estratégico foi revisto substantivamente. Anteriormente, o foco era a importância da espirometria para a classificação da gravidade da doença e a necessidade de tratamento, mas na recente revisão, recomenda-se uma avaliação mais global do efeito da doença, com medição de sintomas (por meio de questionários validados), história de exacerbações, bem como a presença de comorbidades, além de espirometria, necessário para orientar o manejo da doença (VESTBO et al., 2012). Com base no volume expiratório forçado em 1 s (FEV1, % do previsto), as pontuações dos sintomas, a história e exacerbação; os pacientes podem ser classificados em quatro categorias: A (FEV1 maior do que 50% do previsto e alguns sintomas ou exacerbação), B, doença semelhante gravidade, com mais sintomas, C, (FEV1 inferior a 50% do previsto e alguns sintomas ou exacerbações) e D, (FEV1 inferior a 50% do previsto, com mais sintomas e exacerbações)

São utilizados 3 parâmetros importantes para estadiar o doente em 4 grupos - Os sintomas do doente (através das escalas de dispneia CAT e/ou mMRC), O resultado do FEV1 e da relação FEV1/FVC (*índice de Tiffeneau-Pinelli*). Número de exacerbações e/ou internamentos provocados pela DPOC no ano anterior. (GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE, 2015).

A nova estratégia de GOLD também enfatiza a importância da avaliação de co-morbidades, uma vez que estes têm um grande efeito sobre o resultado (DIVO et al., 2012).

2.2.3 Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Mortalidade, Unidade de Terapia Intensiva e Ventilação Mecânica

Pacientes que permanecem internados em UTI por períodos prolongados adquirem fraqueza muscular grave, que levam à dependência funcional. Esta situação é agravada pelo uso da Ventilação Mecânica (VM) que, embora essencial para a reversão da disfunção respiratória, contribui para descondicionamento devido à necessidade de sedação e limitação de movimento (DANIEL et al., 2015).

Dos pacientes com exacerbação aguda da DPOC cerca de 1/3 morre durante a internação na UTI. E quando avaliados após dois anos da alta da UTI, a sobrevida varia de 32% a 51%. A mortalidade intra-hospitalar dos pacientes admitidos por exacerbação hipercápnica com acidose é de aproximadamente 10% e após um ano de alta hospitalar, a mortalidade chega a 40%, para aqueles que necessitaram de assistência ventilatória mecânica, além do importante comprometimento da qualidade de vida. O prognóstico desses pacientes, em médio e longo prazo, tem sido relacionado a múltiplos fatores, incluindo desempenho nos testes de função pulmonar, valores de gasometria arterial, grau de hipertensão pulmonar, idade, estado nutricional, doenças associadas (principalmente, a doença arterial coronariana), necessidade de suporte ventilatório (invasivo ou não invasivo) e escores de gravidade (ex: APACHE II) durante a internação na UTI (TEIXEIRA et al., 2011).

No estudo de Raurich et al. (2004) onde foram avaliados 101 pacientes que necessitaram de suporte ventilatório invasivo por suspeita de DPOC exacerbada, foi demonstrado que a sobrevida em dois anos de acompanhamento foi de 55,4%.

Euteneuer et al. (2006) avaliando uma subpopulação de pacientes dependentes de VM ≥ 14 dias, demonstraram uma marcada redução da sua saúde física, porém com saúde mental relativamente preservada após seis meses da alta da UTI.

Unroe et al. (2010) verificaram em seu estudo que pacientes que fizeram uso de VM prolongada (21 dias ou mais) relatam diminuição da QV, limitações funcionais e cognitivas importantes, necessitando de cuidado assistencial prolongado e, ainda, elevada mortalidade após o primeiro ano da alta hospitalar.

A incidência de fraqueza muscular adquirida na UTI é elevada e está associada ao tempo maior do uso de VM. Esta fraqueza aumenta o tempo de permanência na UTI e também de toda internação hospitalar, resultando em pobre recuperação funcional e, conseqüentemente, redução do número de sobreviventes que retornam ao trabalho após a alta hospitalar (GRACIANI, 2010). Pacientes mecanicamente ventilados por dois dias ou mais apresentam aumento da mortalidade pós-UTI e relevante declínio funcional nos seis meses após alta da UTI (HODGKIN, 1987).

2.3 QUALIDADE DE VIDA E O PACIENTE DPOC

Os termos “condições de saúde”, funcionamento social” e “qualidade de vida” têm sido usados em estudos clínicos como sinônimos e definidos como health-related quality of life (HRQOL). (DANIEL et al., 2015).

A qualidade de vida no âmbito da saúde, pode ser definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com profissionalismo, que tenha em consideração os recursos disponíveis e que consiga a adesão e satisfação dos cidadãos, implicando a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas da população, com o melhor desempenho possível (DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2012).

A valorização do ponto de vista do paciente em relação a sua doença tem crescido enormemente. Sendo que estes pacientes almejam objetivos fundamentais de se prolongar a vida, aliviar o desconforto e a dor, restaurar a função e prevenir a incapacidade (RAURICH et al., 2004).

Existem inúmeros instrumentos que são usados para mensurar os níveis de qualidade de vida de pacientes, eles permitem explorar o efeito de uma doença sobre a vida do indivíduo, avaliando aspectos como as disfunções, desconfortos físicos e emocionais, contribuindo na decisão, planejamento e avaliação de determinados tipos de tratamentos (LEE et al., 2008).

Os mesmos podem ser divididos em questionários genéricos ou específicos, sendo os genéricos multidimensionais, possibilitando a mensuração de diversos aspectos como capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde,

vitalidade, aspectos sociais, emocionais e saúde mental. Geralmente são aplicados em vários tipos de doenças, intervenções médicas, tratamentos e em culturas e lugares diferentes. Por exemplo: The Medical Outcomes Study Short Form-36 (SF-36) (WARE; SHERBOURNE, 1992). E o questionário Short-Form-12 version 2 (SF12v2), que é uma escala amplamente utilizada na avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. Caracteristicamente é uma versão mais curta do SF-36 (36-Item Health Survey Short-Form) e engloba oito escalas de avaliação: capacidade física, limitações devido a saúde física, dor corporal, saúde geral, vitalidade, comportamento social, limitações devido a problemas emocionais e saúde mental (WARE; KOSINSKI; KELLER, 1996).

Esta é uma medida de auto relato relacionada com a saúde e QV concebida para investigar componentes multidimensionais da saúde física e mental para a população em geral e para aqueles com doenças crônicas (DAMÁSIO; ANDRADE; KOLLER, 2015).

E os questionários específicos que tem como característica a maior capacidade para detectar a melhora ou piora de uma população de indivíduos com agravos de saúde bem definidos. Sendo eles: Chronic Respiratory Disease Questionnaire (CRQ) (GUYATT et al., 1987), The St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) (JONES et al., 1992), Breathing Problem Questionnaire (BPQ) (HYLAND et al., 1992), London Chest Activity of Daily Living Scale (LCADL) (GARROD et al., 2000), e The Manchester Respiratory Activities of Daily Living Questionnaire (MRADL) (YOHANNES et al., 2000).

Euteneuer et al. (2006) sugerem que a própria exacerbação aguda da DPOC constitui o principal definidor da QV após a alta da UTI.

Já Quinnell et al. (2006) demonstraram a importância de uma abordagem multidisciplinar e do uso da ventilação não invasiva no desmame desses pacientes, sugerindo que com o emprego dessas ferramentas se é capaz de aumentar sobrevida e melhorar a QV dos pacientes em longo prazo.

Rivera-Fernández et al. (2006) demonstraram que 72% dos pacientes com DPOC sobreviventes a internação na UTI eram autossuficientes quando avaliados seis anos após a alta. A maioria dos pacientes mantinha sua capacidade de mobilização e de execução de tarefas que requeriam precisão de movimentos,

mantinham uma adequada função cognitiva e preservavam suas relações intra e interfamiliar. Porém, no entanto esses pacientes apresentavam uma redução da tolerância aos exercícios e redução da capacidade de executar suas atividades laborais.

Teixeira et al. (2011) relatam em seu estudo que 87,8% dos pacientes, quando avaliados após dois anos da alta da UTI, realizavam adequadamente seu autocuidado, porém, com significativa redução da independência funcional e da capacidade de execução das atividades diárias. Os autores também demonstraram que 18% dos pacientes necessitavam de oxigenoterapia domiciliar e que 6% passaram a necessitar de suporte ventilatório, via traqueostomia ou através de ventilação não invasiva.

Contrário a estes achados, o estudo CAOS (WILDMAN et al., 2007) demonstrou que, após seis meses da alta da UTI, 73% dos pacientes com exacerbação da DPOC ou asma referiam melhora da QV, não necessitando acréscimo de medicações para o manejo da DPOC, quando comparado a antes da internação na UTI. A Tabela 1 mostra alguns estudos importantes nos pacientes com DPOC.

Tabela 1. Estudos sobre qualidade de vida pós UTI dos pacientes com DPOC

Autor, ano	N	Seguimento	Avaliação	Desfecho
Miranda, 2011	126	90 dias	EHAD*	Sintomas psiquiátricos são comuns
Teixeira, 2011	66	2 anos	Karnofsky e Lawton-AVD	Redução do estado funcional e manutenção da autossuficiência
Rivera-Fernández, 2006	107	6 anos	Quality of life score	Redução da QV (AVD e capacidade física)
Euteneuer, 2006	73	6 meses	SF-36 e St.George	Redução da capacidade física e manutenção da saúde mental
Hurel, 1997	223	6 meses	EPQV**	Manutenção da QV

* Escala hospitalar de ansiedade e depressão

** Escala de percepção da qualidade de vida

São poucos os estudos em sobreviventes de internação na UTI que usam questionários específicos (ex: Saint George) para a avaliação da QV de pacientes com DPOC. São escassos também estudos sobre a capacidade funcional relacionada ao exercício (ex: teste de caminhada dos 6 minutos), apesar da sugestão desta, parecer ser uma das maiores perdas dos pacientes com DPOC sobreviventes de uma internação na UTI (TEIXEIRA et al., 2011).

2.3.1 Ansiedade e o paciente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, (DSM-IV-TR) a ansiedade é uma antecipação apreensiva de um futuro infortúnio acompanhada de uma sensação de disforia ou sintomas somáticos de tensão (JORGE, 2002).

Pieron (1996) descreve a ansiedade como um mal-estar ao mesmo tempo psíquico e físico, caracterizado por um temor difuso e sentimentos de desgraça iminente.

Kaplan e Sadock (1998) referem que a ansiedade é uma experiência humana universal, caracterizada por uma antecipação temerosa de um futuro desagradável.

A ansiedade relaciona-se principalmente à intensa dispneia, queixa mais comum dos pacientes que sofrem de DPOC (HODGKIN, 1990). Em função do temor da dispneia, evitam o esforço físico e isso acentua seu descondiçãoamento físico, estabelecendo um ciclo vicioso de agravamento constante da dispneia (LEATHERMAN, 1995).

Segundo Sexton e Neureuter (1991) a resposta instintiva do paciente DPOC a dispneia, é respirar rápido. No entanto, a taquipnéia somente irá agravar o problema, visto que esse modelo de respiração recruta os músculos acessórios da respiração, além do diafragma. Conseqüentemente, há um aumento do trabalho respiratório, do consumo de oxigênio (O₂), da tensão musculoesquelética, da ventilação aumentando assim o nível de ansiedade.

Godoy (2003) relata que há uma relação direta da ansiedade com a exigência física. Os pacientes temem que qualquer atividade física possa precipitar um episódio de falta de ar e a ansiedade aparece quando precisam se empenhar em alguma atividade. Assim como consequência, tornam-se cada vez mais inativos, agravando ainda mais a dispneia.

2.3.2 Depressão e o paciente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

A tristeza é uma reação normal que pode ocorrer em muitos momentos da vida de um indivíduo, principalmente frente a situações que envolvem perda ou frustração. Esse estado de humor não deve ser confundido com a depressão clínica, que traz consequências importantes para a vida da pessoa, interferindo em sua capacidade para trabalhar, se divertir, se relacionar e dormir (EY; BERNARD; BRISSET, 1978).

A depressão é considerada uma resposta psicológica na medida em que o paciente precisa se adaptar a essa nova condição. Alguns pacientes aposentam-se por invalidez; outros precisam mudar de trabalho, as atividades sociais e recreativas tornam-se diminuídas, pois o paciente passa a sentir-se constrangido e estigmatizado devido à sintomatologia tornando-se recluso em sua própria casa (LACASSE; ROUSSEAU; MALTAIS, 2001).

Existem relatos também de mudanças nas relações afetivas, familiares e sexuais. A atividade sexual e os sentimentos que se tem sobre ela, fazem parte dos componentes básicos de identidade e autoestima. Percebe-se que na área sexual, também são sentidos os reflexos da DPOC (LACASSE; ROUSSEAU; MALTAIS, 2001).

Estudos mostram que a depressão é muito comum nesses pacientes. Embora em alguns casos esses níveis não cheguem a se constituir num sintoma psicológico significativo, distúrbios depressivos estão presentes em 27% a 79,1% das pessoas com DPOC (LACASSE; ROUSSEAU; MALTAIS, 2001; MIKKELSEN et al., 2004).

Ries et al. (2007) relatam existir uma associação entre DPOC e a pobre imagem corporal, baixo autoconceito, aumento do sentimento de solidão e insatisfação com o apoio social recebido. Como decorrência de todas essas limitações, os pacientes apresentam sentimentos de tristeza, culpa por não poderem manter suas vidas como antes, medo da morte e sentimentos de desamparo.

No estudo de Omachi et al. (2010) se observou que o desamparo foi fator preditivo no desenvolvimento de exacerbações nos pacientes com DPOC. Sendo que o aumento das dificuldades, faz alguns pacientes começarem a delegar tarefas a terceiros fazendo com que isso contribua, ainda mais, para a perda da autoconfiança e conseqüente aumento da situação de dependência.

Para os pacientes com DPOC superar sentimentos de impotência e desesperança são indispensáveis assim estes podem vislumbrar outras possibilidades, reavaliar seus valores e abrir-se a outras perspectivas que poderá resinificar suas vidas (LACASSE; ROUSSEAU; MALTAIS, 2001).

2.3.3 A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)

A HADS foi desenvolvida por Zigmond e Snaith, do Hospital St. James' University, em Leeds, no Reino Unido, com o intuito de avaliar pacientes na faixa etária de 16 a 65 anos (ZIGMOND; SNAITH, 1983). Inicialmente, o objetivo era avaliar ansiedade e depressão em pacientes clínicos de hospitais não psiquiátricos, sendo posteriormente utilizada em pacientes não internados e em indivíduos sem doença. O instrumento é composto por 14 itens e dois domínios: a subescala ansiedade (HADS- A) e a subescala depressão (HADS- D). As sete perguntas de depressão medem aspectos cognitivos e emocionais da depressão (sintomas depressivos), predominantemente a anedonia (DECRAMER; JANSSENS; MIRAVITLLES, 2012).

É amplamente utilizada em pacientes psiquiátricos e clínicos com doenças crônicas incluindo DPOC entre outras. A HADS pode ser usada também na população geral não somente em populações doentes (BOTEGA et al., 1995).

Foi validada para uso no Brasil em 1995 (BOTEGA et al., 1995). Utiliza uma escala de Likert de 4 pontos, variando de 0 – 3 pontos. O escore geral varia de 0 a 42 com intervalos de 0 a 21 para as subescalas. Pontuações mais altas indicam maior gravidade da depressão. Hoje em dia se utiliza a seguinte classificação: 0 a 7 - normal, 8 a 10 - leve, 11 a 15 - moderada e, ≥ 16 sintomas depressivos graves (McDOWELL, 2006).

2.3.4 Capacidade Funcional

O conceito de capacidade funcional abrange a capacidade do indivíduo em manter as habilidades físicas e cognitivas para viver de forma independente e

autônoma. Em outras palavras, capacidade para realização das atividades básicas e instrumentais da vida diária, ou seja, atividades que fazem parte da rotina do dia-a-dia, como fazer compras, fazer sua contabilidade, manter a continência, banhar-se, deslocar-se e alimentar-se (GUIMARÃES; GALDINO, 2004; ROSA et al., 2003). Além da capacidade de executar as Atividades de Vida diária (AVDs), a capacidade funcional pode ser avaliada como um domínio específico relacionado a um componente físico da QV relacionada à saúde. Em outras palavras, avaliar o quanto o estado físico interfere na QV (CONTI; MERLANI; RICOU, 2012).

A deficiência funcional representa a diferença entre a capacidade de uma pessoa e as exigências de um determinado ambiente físico ou social. Doenças resultam em disfunções sistêmicas que levam à incapacidade de realizar as funções cognitivas e físicas básicas, alterando a capacidade do indivíduo para atender as demandas de seu ambiente (BRUMMEL et al., 2015).

Medidas simples de estado funcional e comorbidade podem ajudar os médicos a tomar decisões relativas a cuidados clínicos e sobre a necessidade de recursos intensivos. Sabe-se que o estado funcional e/ou o estado mental alterados constituem preditores independentes de internações prolongadas em UTI (HUGGAN et al., 2015).

2.3.5 Avaliação da Capacidade Funcional em Ambiente Hospitalar

A equipe multidisciplinar da UTI diante de um novo grupo de pacientes internados a cada dia, enfrenta uma complexa tarefa de reconhecer o potencial de deterioração clínica de cada paciente. A identificação precoce de pacientes suscetíveis à hospitalização prolongada é de grande importância para os médicos e gestores de hospitais (HUGGAN et al., 2015).

O Índice de Barthel pertence ao campo de avaliação de AVDs e mede a independência funcional no cuidado pessoal e mobilidade. Foi desenvolvido para monitorar o desempenho de pacientes internados por um tempo prolongado, com condições de paralisia, antes e depois do tratamento, e para indicar os cuidados de saúde necessários. Na reabilitação, tem sido usado para prever e avaliar o tempo de

internação, estimar prognósticos e antecipar consequências da alta (MINOSSO et al., 2010; MAHONEY; BARTHEL, 1965).

Avalia a independência funcional em dez tarefas: alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, eliminações intestinais, eliminações vesicais, uso do vaso sanitário, passagem cadeira-cama, deambulação e escadas (MINOSSO et al., 2010; LEVINSON, M. et al., 2016).

No índice de Barthel, o sistema de valores do instrumento, em cada item, reflete a importância relativa de cada tipo de incapacidade, de acordo com os cuidados necessários e a capacidade de vivência social da pessoa avaliada. Cada item é pontuado de acordo com o desempenho do paciente em realizar tarefas de forma independente, com alguma ajuda ou de forma dependente (MINOSSO et al., 2010).

A pontuação varia de 0 a 100, em intervalos de cinco pontos, e as pontuações mais elevadas indicam maior independência. O grau de dependência foi estabelecido em cinco categorias de acordo com o escore total alcançado: dependência total (0-24), dependência grave (25-50), dependência moderada (51-75), dependência mínima (76-99) e independente (100) (MINOSSO et al., 2010).

A independência funcional avaliada de forma rápida e fácil possibilita a análise do nível de mobilidade na UTI e pode ser importante, tanto para pesquisa como para prática clínica segura. É plausível que os pacientes que tenham um maior nível da função física na alta da UTI possam ter menor tempo de permanência hospitalar e melhor recuperação funcional após o desenvolvimento da doença crítica (JUNIPER, 1998).

3 MARCO TEÓRICO

Esta é a representação da síndrome pós-tratamento intensivo, demonstrando o quanto passar pela UTI impacta na vida dos pacientes e seus familiares. A síndrome pós- tratamento intensivo gera um conjunto de consequências cognitivas, físicas e psicológicas ao paciente que independem da doença de base. Os transtornos psicológicos tanto comprometem os pacientes como seus familiares, em função da intensidade do manejo. A imobilização prolongada no leito leva a fraqueza adquirida e outras complicações no componente físico deste paciente. Mesmo com a utilização de recursos de saúde, fazemos o questionamento de como estará a qualidade de vida desse paciente, após a alta da UTI e ao retornar a seu domicílio

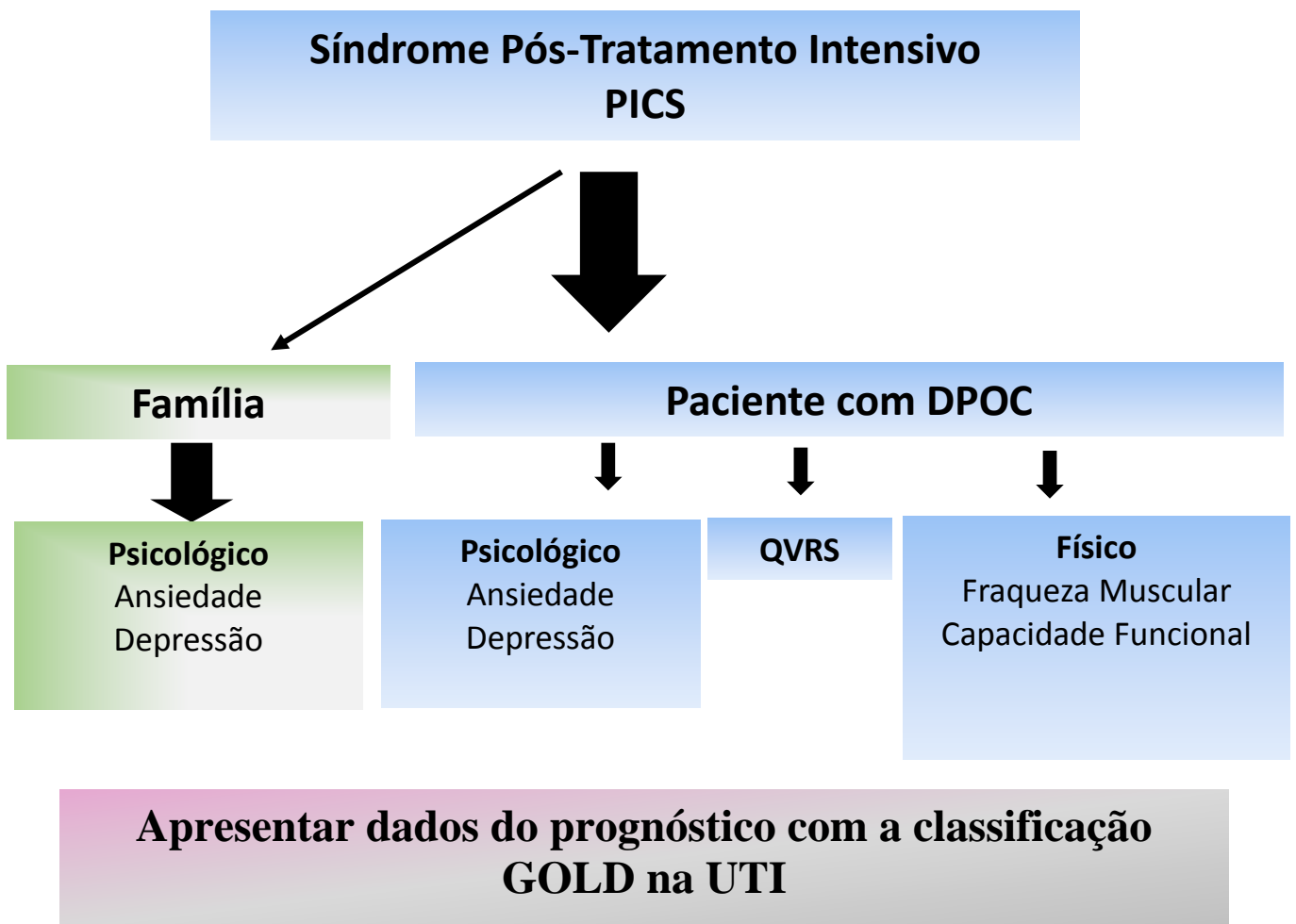


Figura 2. Esquema marco teórico. Fonte: Elaborado pela Autora (2016)

4 JUSTIFICATIVA

São recentes e escassas as iniciativas investigando a qualidade de vida de pacientes DPOC sobreviventes de UTI nos países em desenvolvimento. Tal assunto é de suma importância, visto o impacto da doença crítica e as particularidades implicadas, como diferenças entre sistemas de saúde e modelos de atenção e a existência ou não de acompanhamento pós-UTI para estes pacientes. Além disso, poucos estudos analisaram a qualidade de vida após a alta de UTI no paciente DPOC no Brasil. Adicionalmente, tais estudos contaram com amostras reduzidas e não buscaram esclarecer os seus fatores determinantes e possíveis preditores.

Assim, torna-se imprescindível investigar a qualidade de vida de pacientes DPOC egressos de UTI. Esses dados instrumentalizarão para uma compreensão do potencial impacto da doença crítica e cuidados intensivos na qualidade de vida dos pacientes sobreviventes, bem como seus preditores e fatores determinantes.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

Avaliar a qualidade de vida dos pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica após a alta da UTI baseado na classificação GOLD.

5.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- a) avaliar a taxa de mortalidade dos pacientes com DPOC após a alta da UTI, 3 e 6 meses;
- b) avaliar (a prevalência dos sintomas de ansiedade e depressão de pacientes com DPOC após a alta da UTI, 3 e 6 meses;
- c) avaliar a independência funcional dos pacientes com DPOC após a alta da UTI, 3 e 6 meses.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA REVISÃO DA LITERATURA

AMERICAN THORACIC SOCIETY STATEMENT. Pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med.*, v. 159, p. 1666-1682, 1999.

BOTEGA, N. et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação da escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saude Publica*, v. 29, n. 5, p. 355-363, 1995.

BRUMMEL, N. E. et al. Understanding and reducing disability in older adults following critical illness. *Crit Care Med.* v. 43, n. 6, p. 1265-1275, Jun. 2015.

CELLA, D. F.; TULSKY, D. Measuring quality of life today: methodological aspects. *Oncology* v. 4, p. 28-38, 1990.

CELLI, B. R.; MACNEE, W. ATS/ERS task force. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS? ERS position paper. *Eur Resp J*, v. 23, p. 932-946, 2004.

CLELAND, J. A.; LEE, A. J.; HALL, S. Associations of depression and anxiety with gender, age, health-related quality of life and symptoms in primary care COPD patients. *Fam Pract*, v. 24, n. 3, p. 217-223, 2007.

CONTI, M.; MERLANI, P.; RICOU, B. Prognosis and quality of life of elderly patients after intensive care. *Swiss Med Wkly.* v. 142, p. 13671, Jan. 2012.

CUTHBERTSON, B. H. et al. Quality of life in the five years after intensive care: a cohort study. *Crit Care* v. 14, n. 1, p. R6, 2010.

DAMÁSIO, B. F.; ANDRADE, T. F.; KOLLER, S. H. Psychometric Properties of the Brazilian 12-Item Short-Form Health Survey Version 2 (SF-12v2). *Psicologia (Ribeirão Preto)*. Programa de Pós-graduação em Psicologia - FFCLRP-USP; 2015 Apr v. 25, n. 60, p. 29-37. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2015000100029&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 15 out. 2016.

DANIEL, C. R. et al. Mechanical ventilation and mobilization: comparison between genders. *J Phys Ther Sci.* v. 27, n. 4, p. 1067-1070, Apr. 2015.

DECRAMER, M.; JANSSENS, W.; MIRAVITLLES, M. Chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet* v. 379, n. 9823, p. 1341-1351, 2012.

DESAI, S. V.; LAW, T. J.; NEEDHAM, D. M. Long-term complications of critical care. *Crit Care Med* v. 39, n. 2, p. 371-379, 2011.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Eixo estratégico - qualidade em saúde. Lisboa, 2012, p. 2-24. Disponível em: <<http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/media/1511/plano-nacional-des%C3%BAde-2012-2016-dgs.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2016.

DIVO, M. et al. Comorbidities and risk of mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2012; 186: 155-161.

EUTENEUER, S. et al. Health-related quality of life in patients with chronic respiratory failure after long-term mechanical ventilation. *Respir Med*. v. 100, n. 3, p. 477-486, 2006.

EY, H.; BERNARD, P.; BRISSET, C. Manual de psiquiatria. 5. ed. Rio de Janeiro: Masson: Atheneu, 1978.

FLAATTEN H. Mental and physical disorders after ICU discharge. *Curr Opin Crit Care* v. 16, n. 5, p. 510-515, 2010.

FRANK, T. L. et al. The estimated prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in a general practice population. *Prim Care Respir J*, v. 16, n. 3, p. 169-73, 2007.

GARROD, R. et al. Development and validation of standardized measure of activity of daily living in patients with severe copd: London Chest Activity of Daily Living Scale (LCADL). *Respir Med*, v. 94, p. 589-596, 2000.

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE. Bethesda: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD. 2015. Disponível em: <<http://www.goldcopd.org/Guidelineitem.asp?l1=2&l2=1&intId=989>>. Acesso em: 25 out. 2016.

GODOY, D. V.; GODOY, R. F. A randomized, controlled trial of the effect of psychotherapy on anxiety and depression in chronic obstructive pulmonary disease. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, Philadelphia v. 84, p. 1154-1157. 2003.

GRACIANI, Z. Functional and motor characterization of spastic paraplegia, optic atrophy and peripheral neuropathy. Universidade de São Paulo, 2010.

GUIMARÃES, L.; GALDINO, D. Avaliação da capacidade funcional de idosos em GUYATT, G. H. et al. Quality of life in patients with chronic airflow limitation. Br J Dis Chest, v. 81, p. 45-54, 1987.

HENNESSY, D. et al. Outcomes of Elderly Survivors of Intensive Care: A Review of the Literature. Chest, v. 127, p. 1764-1774, 2005.

HODGKIN, J. E. Chronic obstructive pulmonary disease. Clin Chest Med, v. 11, p. 363-369, 1990.

HODGKIN, J. E. Pulmonary rehabilitation. In: HODGKIN, J. E.; PETTY, T. L. Chronic obstructive pulmonary disease: current concepts. Philadelphia: W.B. Saunders, 154-171, 1987.

HOPKINS, R.O.; JACKSON, J. C. Long-term neurocognitive function after critical illness. Chest, v. 130, n. 3, p. 869-878, 2006.

HOUGH CL. Neuromuscular sequelae in survivors of acute lung injury. Clin Chest Med, v. 27, n. 4, p. 691-703, abstract x, 2006.

HUGGAN, P. J. et al. Measures of acute physiology, comorbidity and functional status to differentiate illness severity and length of stay among acute general medical admissions: a prospective cohort study. Intern Med J. v. 45, n. 7, p. 732-740, Jul. 2015.

HUREL, D. et al. 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. v. 23, n. 3, p. 331-337, 1997.

HYLAND, M. E. et al. Domains, constructs and the development of the Breathing Problem Questionnaire. Qual Life Res, v. 3, p. 245-256, 1994.

CONSENSO BRASILEIRO SOBRE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA, 2. 2004. - DPOC. J Bras Pneumol, v. 30, n. 5, 2004.

JONES, P. W. et al. A self-complete measure of health status of chronic airflow limitation: The St. George's Respiratory Questionnaire. Am Rev Respir Dis; v. 145, p. 1321-1327, 1992.

JORGE, M. R. DSM-IV-TR; Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

JUNIPER, E. F. Effect of asthma on quality of life. *Can Respir J.*, v. 5, suppl A, p. 77A-84A, 1998.

KAPLAN, H.; SADOCK, B. *Manual de psiquiatria clínica*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

LACASSE, Y.; ROUSSEAU, L.; MALTAIS, F. Prevalence of depressive symptoms and depression in patients with severe oxygen-dependent chronic obstructive pulmonary disease. *J Cardiopulmon Rehabil*, v. 21, p. 80-86, 2001.

LEATHERMAN, N. Pulmonary rehabilitation. In: DANTZKER, D.; MACINTYRE, N. R.; BAKOW, E. D. *Comprehensive respiratory care*. Philadelphia: WB Saunders, 1995. p. 925-948.

LEE, E. H. et al. Development and psychometric evaluation of a chronic liver disease-specific quality of life questionnaire. *J Gastroenterol Hepatol*, v. 23, n. 2, p. 231-238, 2008.

LEVINSON, M. et al. The impact of intensive care in a private hospital on patients aged 80 and over: health related quality of life, functional status and burden versus benefit. *Intern Med J.* v. 23, Mar. 2016.

MAHONEY, F. I.; BARTHEL, D. W. Functional evaluation: the barthel index. *Md State J.*, v. 14, p. 61-65, Mar. 1965.

McDOWELL, I. *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires*: Oxford University Press, 2006.

MIKKELSEN, R.L. et al. Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a review. *Nord J Psychiatry*, v. 58, p. 65-70, 2004.

MINOSSO, J. S. M. et al. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. *Acta Paul Enferm.* v. 23, n. 2, p. 218-223, Apr. 2010.

MIRANDA, S. et al. Postintensive care unit psychological burden in patients with chronic obstructive pulmonary disease and informal caregivers: A multicenter study. *Crit Care Med*, v. 39, n. 1, p.112-118, 2011.

OEYEN, S. G. et al. Quality of life after intensive care: a systematic review of the literature. *Crit Care Med*, v. 38, n. 12, p. 2386-2400, 2010.

OMACHI, T. A. et al. The COPD Helplessness Index: a new tool to measure factors affecting patient self-management. *Chest Journal*, Chicago, v. 137, n. 4, p. 823-30, Apr 2010.

ORWELIUS, L. et al. Prevalence of sleep disturbances and long-term reduced health-related quality of life after critical care: a prospective multicenter cohort study. *Crit Care* v. 12, n. 4, p.R97, 2008.

PIÈRON, H. Dicionário de psicologia. 10. ed. São Paulo: Globo, 1996.

QUINNELL, T. G. Prolonged invasive ventilation following acute ventilatory failure in COPD: weaning results, survival, and the role of noninvasive ventilation. *Chest*. v. 129, n. 1, p. 133-139, 2006.

RABE, K. F. et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *Am J Respir Crit Care Med*, v. 176, n. 6, p. 532-555, 2007.

RAURICH, J. M. et al. In-hospital and 2-year survival of patients treated with mechanical ventilation for acute exacerbation of COPD. *Arch Bronconeumol*. v. 40, n. 7, p. 295-300, 2004.

RIES, A.L. et al. Pulmonary rehabilitation: Joint ACCP/AACVPR evidence-based clinical practice guidelines. *Chest Journal*, Chicago, v. 131, n. 5 Suppl, p. 4S-42S. 2007.

RIVERA-FERNANDEZ, R. et al. Six-year mortality and quality of life in critically ill patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Crit Care Med*, v. 34, n. 9, p. 2317-2324, 2006.

ROSA T. E. da C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saude Publica*. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, v. 37, n. 1, p. 40-48, Feb. 2003.

SEXTON, D.; NEUREUTER, A. Relaxation techniques and biofeedback. In: HAAS, F.; AXEN, K. *Pulmonary Therapy and Rehabilitation. Principles and Practice*, 2. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1991. p. 277-288.

TEIXEIRA C. et al. Patients admitted to the ICU for acute exacerbation of COPD: two-year mortality and functional status. *J Bras Pneumol* v. 37, n. 3, p. 334-340, 2011.

tratamento fisioterapêutico. Rev Neurociencias. v. 12, n. 3, 2004.

UNROE, M. et al. One-year trajectories of care and resource utilization for recipients of prolonged mechanical ventilation: a cohort study. *Ann Intern Med.*, v. 153, n. 3, p. 167-175, Aug. 2010.

VEST, M. T. Disability in activities of daily living, depression, and quality of life among older medical ICU survivors: a prospective cohort study. *Health Qual Life Outcomes*, v. 9, n. 9, 2011.

VESTBO, J. et al. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *Am J Respir Crit Care Med*, v. 187, n. 4, p. 347-365, Feb. 2013.

WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): conceptual framework and item selection. *Med Care*, v. 30, p. 473-483, 1992.

WARE, J.; KOSINSKI, M.; KELLER, S. D. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction Of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*; v. 34, n. 3, p. 220-33, 1996. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8628042>>. Acesso em: 15 out. 2016.

WILDMAN, M. J. et al. Implications of prognostic pessimism in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) or asthma admitted to intensive care in the UK within the COPD and asthma outcome study (CAOS): multicentre observational cohort study. *BMJ*. v. 335, n. 7630, p. 1132, 2007.

YOHANNES, A. B. et al. The Manchester Respiratory Activities of Daily Living Questionnaire: Development, reliability, validity, and responsiveness to pulmonary rehabilitation. *J Am Geriatr Soc*, v. 48, p. 1496-1500, 2000.

ZIGMOND, A. S.; SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, v. 67, n. 6, p. 361-370, 1983.

7 ARTICLE IN ENGLISH

PATIENT QUALITY OF LIFE AFTER DISCHARGE ICU BASED ON GOLD

CLASSIFICATION: PROSPECTIVE COHORT

Fernanda Callefe Moreira¹, Sheila Glaeser², Luciane Fraga Gomes², Bruno Herve², Paula Berto², Cassiano Teixeira³, Caroline Robinson³, **Silvia Rios Vieira**²

¹ Federal University of Rio Grande do Sul - UFRGS - Porto Alegre (RS), Brazil

² Hospital of Clinicas de Porto Alegre - Porto Alegre (RS), Brazil

³ Hospital Moinhos de Vento - Porto Alegre (RS), Brazil

The article was directed by Dra. SRV. Data collection was performed by FCM, SG, LFG, BH and PB. Data were organized and tabulated by CR. The article was written by FCM, the data were analyzed by SRV, CT and FCM and finally reviewed by SRV, CT and FCM.

Author's Address: Silvia Regina Rios Vieira, Rua João Ernesto Schimidth 251, apto 303 CEP: 9121-125, Porto Alegre (RS), Brazil, e-mail: fcallefe@yahoo.com.br

Institution: Program Graduate Diploma in Medical Sciences. Federal University of Rio Grande do Sul – UFRGS

SUMMARY

Objective: To evaluate the quality of life of patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease after discharge from the Intensive Care Unit (ICU), based on Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. **Methods:** A multicenter prospective study, which were collected data on ICU admission, interventions and outcomes after hospital discharge (Post-discharge immediately, 3 and 6 months). Quality of life was assessed using the SF12v2 questionnaire, the functional independence through Barthel index; and the presence of anxiety and depression by anxiety and depression scale HAD **Results:** There was a significant reduction in the Limitations for Emotional Aspects (57.4 ± 7.2 , $p < 0.046$), Mental Health (49.4 ± 2.4 , $p < 0.004$) and Mental Component (40.8 ± 2.4 , $p < 0.008$) of SF-12 after 6 months of hospital discharge. Regarding the mental component, the interaction with Gold was significant ($p = 0.013$). In the differences over time according to Gold, it was observed that there was a significant interaction between the Barthel index ($p = 0.012$), and the Gold C / D group significantly reduced the Barthel index from baseline to 3m and 6m (which did not differ from each other). The probability of survival over time in the 77 patients was three months (77.9%) and six months (72,7%). **Conclusion:** The limits for emotional aspects, mental health and mental component of the SF-12 questionnaire showed a significant reduction after six months of hospital discharge. The barthel index evaluated over time according to Gold presented a significant interaction, with Gold C / D which reduced further.

Keywords: Intensive Therapy. Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Quality of Life. Anxiety. Depression. Functionally-impaired elderly.

INTRODUCTION

The hospital mortality of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) exacerbation admitted by hypercapnia is approximately 10% and one year after discharge, reaches 40% for those who required ventilatory support (4). Besides that, almost 50% of patients die within two years of admission. ⁽¹⁻⁴⁾

Although many instruments have been developed in order to evaluate mortality in patients with COPD, less attention has been given to the quality of life (QoL) of survivors. The reintegration of COPD patients into society, their cognitive sequelae, their motor sequelae, their ability to maintain adequate social interaction, and their ability to resume their work activities, as well as the psychological changes that they experience, have yet to be properly studied ^(5,6).

Therefore, important considerations for patients and their relatives are not only survival but also QoL after intensive care. Added to this, there are only a few published reports on HRQL after intensive care in this group of patients ^(2, 3, 5, 6,7, 8). Some authors demonstrated a significant reduction ⁽⁷⁾ in QoL of patients, while others do not. The researchers who constitute the Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) have been standardizing the preventive and treatment practices for COPD; this has greatly benefited patients because the natural history of COPD is chronic and is characterized by a progressive decline in pulmonary function, as well as by recurrent exacerbations and frequent hospitalizations ^(4,8,9).

So, our main objective was to evaluate the QoL of COPD-patients after discharge from the ICU, based on GOLD classification. The secondary objectives were to evaluate the after ICU-mortality, functional dependency, and the prevalence of anxiety and depression in

COPD patients after discharge from the ICU, 3 and 6 months, as well its determinants and predictors.

PATIENTS AND METHODS (Annex I- Strobe)

Study design

A multicenter prospective cohort study

Place of Study

Was conducted in two hospitals in southern Brazil, from May 2014 to December 2015.

Eligibility criteria

Patients older than 18 years of age, who were within 24 to 120 hours of ICU discharge were eligible.

Exclusion criteria

ICU for less than 72 hours when the cause of admission was clinical or surgical emergency; surgery scheduled with recovery protocol in the ICU, whose length of stay in the unit was less than 120 hours; readmission to the ICU in less than 24 hours after discharge from the unit; ICU transfer from another hospital; patients in respiratory isolation after ICU discharge; hospital discharge or transfer from the ICU; lack of telephone contacts.

From these patients, we selected those with a diagnosis of Chronic Obstructive Pulmonary Disease based on the GOLD classification according to severity level.

PROCEDURES OF DATA COLLECTION

Data during hospitalization:

The collection of baseline data was performed between 24 to 120 hours of ICU discharge, with the patient still in hospital. The patient was invited to participate in the study and accepted was given by consent of IC (appendix A). In cases where the patient did not have physical or cognitive conditions for consent, the same was obtained from a first-degree relative, responsible for the patient. Interviews were conducted with sociodemographic questions and information on health and lifestyle habits about the three months prior to admission, obtained from the patient himself or his Family (Annex C). Then the assessment of the functional dependency refers to the three months prior to hospitalization was performed using the Barthel Index ⁽¹⁰⁾, answered by the family when needed. The HADS scale that emphasizes the psychological signs or consequences of anxiety and depression was assessed at baseline and at 6 months.

Data relating to the ICU were collected retrospectively from patient records: reason for admission, severity scores, comorbidities, need for life support (ventilatory support, hemodynamic, dialysis, etc.), time hospitalization, complications and complications during hospitalization. (Annex J)

Telephone follow-up after hospital discharge:

The telephone follow-ups occurred at three and six months after discharge from the ICU and were carried out from the central office located in the Hospital Moinhos de Vento. It was considered loss to follow-ups when telephone numbers provided by the participant were turned off or were non-existent, or after failure in 10 contact attempts made on different days and times within the 25-day window before and 25 days after the date estimated for the follow-up. The estimated date was calculated based on the date of discharge from the ICU. A trained investigator conducted the interview following a structured script containing the

presentation of the interviewer and the collection and the closure tools. All interviews were recorded with the consent of respondents.

In the telephone follow-up three months after discharge from the ICU were questioned occurrences of readmissions and specialized accompaniments maintenance and applied the Barthel index. This information was obtained from the responsible relative when necessary. The shortened version of the Quality of Life questionnaire related to health, SF12v2⁽¹¹⁾ were applied. Within six months after ICU discharge, telephone follow-up was repeated, with the same issues of the period of three months and being added HADS scale that emphasizes the psychological signals or consequences of anxiety and depression.

Losses related to collections made during the three and six months occurred due to unsuccessful telephone contact, the patient or family refusal, the absence of information generated by the patient or family or the patient's inability to answer the questions.

BREAKDOWN OF INSTRUMENTS

The SF12v2⁽¹²⁾ instrument (Annex D), is a scale widely used in the evaluation of quality of life related to health. Characteristically it is a shorter version of the SF-36 (36-Item Health Survey Short-Form) and includes eight assessment scales: physical functioning, limitations due to physical health, body pain, general health, vitality, social behavior, limitations due to emotional problems and mental health⁽¹¹⁾. This is a measure of self-reported health-related and QV designed to investigate multidimensional components of the physical and mental health for the general population and those with chronic diseases⁽¹²⁾.

The Barthel Index⁽¹¹⁾ (Annex E), belongs to the ADL assessment field and measures the functional independence in personal care and mobility. It evaluates the functional independence in ten tasks: feeding, bathing, clothing, personal hygiene, bowel elimination,

bladder elimination, use the toilet, chair bed passage, walking and stairs^(11,13,14). Each item is scored according to the patient's performance to run tasks independently, with some assistance or dependently. The score ranges from 0 to 100 in five-point intervals, and higher scores indicate greater independence⁽¹¹⁾. The degree of dependence was established in five categories according to the total score achieved: total dependence (0-24), severe dependence (25-50), moderate dependence (51-75), minimal dependence (76-99) and independent (100).⁽¹⁵⁾

The HADS was developed in England in 1982⁽¹⁶⁾ and validated for Portuguese in Brazil by Botega et al. 1995⁽¹⁷⁾. The instrument (Annex F) is a scale, filled by interview, preferably answered by the patient and contains 14 questions, of which seven evaluating anxiety (HADS-A) and seven evaluate depressive symptoms (HADS-D). The scale emphasizes the psychological signs or consequences of anxiety and depression, excluding other clinical symptoms (dizziness, headache). The issues alternate, and half of the questions are phrased positively and half negatively. Each question is given a score of zero to three, where three is the state associated with more symptoms of depression and / or anxiety.⁽¹⁷⁾

ASSESSMENT OF RISK OF BIAS

We do not present a selection bias, since all patients admitted to the ICU, being among the inclusion criteria were enrolled in the study. The data for the ICU, such as age, comorbidities, interventions and outcome were removed from the electronic patient record, avoiding confusion bias.

Although not the same appraisers who made the data collection, all were trained in the process. They received the initial instructions, followed collections and were monitored during the first interviews for quality control, reducing measurement bias.

We believe that we have reduced memory bias, since at no time our team made the participants compare previous situations with the current one. We always asked about the previous situation (three months before admission, at discharge from ICU) and in the present (after discharge, at three and six months).

The sample was characterized to evaluate all patients who were hospitalized in the ICU of the two hospitals studied and that met the inclusion criteria. For this study, we evaluated patients diagnosed with Chronic Obstructive Pulmonary Disease based on the GOLD classification according to severity level

STUDY SIZE

The sample size calculation was performed in the WinPEPI program (Programs for Epidemiologists for Windows) version 11.43 and based on the study by Cassiano et al (2011) ⁽⁴⁾. For a significance level of 5%, 90% power and an effect size of 0.6 standard deviations in quality of life scores after discharge from the ICU, at least 32 patients with COPD would be required.

STATISTICAL ANALYSIS

Categorical variables were described by absolute and relative frequencies (percentage) and the continuous variables by average and standard deviation or median and interquartile range. The comparison of the different Golds was performed through the chi-square test for the categorical variables, ANOVA, supplemented by Tukey for continuous variables of symmetric distribution and Kruskal-Wallis for the continuous ones of asymmetric distribution.

For the comparison of the outcomes over time in the total sample and for the severity of COPD by Gold, the model of generalized estimation equations (GEE) with adjustment of multiple comparisons by Bonferroni was applied. This model allows to use the maximum information available at any given time.

The survival time was calculated by the difference between the date of death and the date of ICU discharge. Survival curves were estimated using the Kaplan-Meier method and compared by the log rank test.

The level of significance was 5%. The analyzes were performed through the SPSS program (Statistical Package for the Social Sciences) version 21.0

ETHICAL ASPECTS

This is a study nested in a prospective multicenter cohort Quality of Life after discharge from ICU, approved by the Ethics Committee in Research of the participating institutions on the register number 1.405.592, and is in accordance with Resolution 466/12 of the National Council of health and the Helsinki resolution. All procedures were performed with the participants only after signing the informed consent. All costs related to the execution of the research were in charge of the coordinating center, Hospital Moinhos de Vento. Hospitals did not have any expenditure to carry out the project, however, they made available the access to the medical information and to the place for the evaluations (hospitalization and intensive care units). There was no financial conflict or any other interest among those involved.

RESULTS

In total, 3027 discharges were recorded in the two ICUs from May 2014 to December 2015. Eligible 1.102 patients, 412 of whom were included in the baseline assessment. A total of 77 patients were included in this study. The reasons for ineligibility and non-inclusion were described in the flowchart. (Figure 1). During the follow-up time, there were 21 deaths. In the three-month telephone interview term, we included 51 patients. In this time, 18 patients died. In the six-month term, we included 46 patients and three patients died. There is information that was not valid because of the small "n" because of data inconsistency. Still referring to the six-month term, there were patients that were not found for the interview, due to problems with the telephone contact, did not respond to the telephone contact or refused to continue.

The Socio-demographic data, are presented in (Table 1), we can verify that patients with GOLD C / D are older, internment more for reasons elective surgeon and are the ones that use the most oxygen therapy and corticosteroid at home.

(Table 2) shows data on hospitalization and outcomes in the ICU. A higher percentage of deaths was found in patients with GOLD A / B (35.7%) and C / D (38.5%), but without statistical difference between the groups. Patients with GOLD C / D are those with the highest APACHE II, more respiratory infection and that most used the NIV.

(Table 3) presents the evaluation of the functionality (Barthel Index), quality of life (SF12v2), anxiety scale (HADS-A) and depression (HADS-D) over time. There was a significant reduction in the Limitations for Emotional Aspects, Mental Health and Mental Component of SF-12 after 6 months of hospital discharge.

When assessing the differences over time according to Gold, it was observed that there was a significant interaction between the Barthel index and Gold ($p = 0.012$). In comparisons by Bonferroni, it was identified that the Gold C / D group were those that significantly

reduced Barthel's index from baseline to 3m and 6m (which did not differ from each other) (Figure 2).

When the HADS-D ($p = 0.143$) and HADS-A ($p = 0.991$) were evaluated, the differences were not significantly influenced by Gold. Also, the physical component of the SF-12 did not suffer significant interference of Gold ($p = 0.739$).

Regarding the mental component, the interaction with Gold was significant ($p = 0.013$), as shown in (Figure 3). The patients with undetermined Gold were the ones that reduced the Mental Component score. However, it is important to highlight the low sample size in each group at each time point (3/6 months), in the GOLD A / B group 15/10, in the GOLD group C / D 4/3 and in the group undetermined GOLD 13 / 8.

(Figure 4) presents the probability of survival over time in the total sample of 77 patients. In 15 days, the probability of survival was 93.5%, in one month it was 90.9%, in three months it was 77.9% and in six months it was 72.7%.

When comparing the survival curves according to the severity of COPD by GOLD (Figure 5), there was no statistically significant difference between the survival curves of the different types of GOLD.

DISCUSSION

Our study a significant reduction in the Limitations for Emotional Aspects, Mental Health and Mental Component of the SF-12 after 6 months of hospital discharge, and the Barthel index showed significant interaction over time according to GOLD, being the GOLD C / D patients the ones that showed the greatest reduction.

There was a predominance of males, as corroborated with those found in the international and national literature (Esteban C et al 2006).^(18,19)

The age of patients with GOLD C / D is higher, therefore these are older, than patients with GOLD A / B. Most patients with COPD do not present symptoms before the 4th decade of life. As a result, most of them are diagnosed in later stages of the disease, a characteristic demonstrated in our sample.⁽²⁰⁾

On the use of home oxygen therapy and corticosteroid therapy, patients with GOLD C / D were the ones with the highest use, our data is in agreement with the previous study, which shows that 18% of patients needed home oxygen therapy after hospital discharge and 6% needed ventilatory support by tracheostomy or non-invasive ventilation after hospital discharge⁽⁴⁾. Evidence shows that damages can occur with the use of home oxygen therapy for some patients with COPD. Almagro et al. (2002),⁽²¹⁾ showed that patients submitted to long-term therapy were associated with greater functional dependence and a greater number of comorbidities and had the lowest survival rates.

Interventions at the ICU such as NIV and NIV for COPD (weaning / extubation) were higher in the group of patients with GOLD C / D. Therefore, NIV was a widely-used resource in our population. It is considered the treatment of excellence in these cases and is supported by a wide literature in which it is related: lower rate of tracheal intubation, lower risk of infections, shorter ICU stay, predictor of successful weaning and, consequently, Lower mortality.⁽²²⁻²⁵⁾ Quinnell et al. (2006)⁽²⁶⁾ demonstrated the importance of a multidisciplinary approach and the use of non-invasive ventilation during weaning of these patients, suggesting that with the use of these tools it is possible to increase survival.

During the follow-up period of our study, there were 21 deaths. In the interview of the three-month telephone term, 51 patients were included, in this time 18 patients died. In the six-month late term, 46 patients were included and three patients died. Unexpectedly, the highest percentage of deaths was found in patients with GOLD A / B and C / D. What literature brings are studies such as the Han MK., Et al 2012⁽²⁷⁾ where patients in the GOLD

B category had a higher mortality rate than those in the GOLD C category, despite having a higher FEV1. The shorter survival was associated with deaths from cardiovascular disease and lung cancer in particular.

According to previous studies, approximately 1/3 of patients with acute exacerbation of COPD die during ICU admission, ^(28,29) and mortality still remains high in the first year after hospital discharge ⁽²⁸⁻³⁰⁾. Despite the variability of mortality rates in the ICU, the present study is similar to that reported by other researchers, such as Rivera-Fernández et al.⁽⁷⁾ who reported a mortality rate of 31.8% , Connors et al. Mortality rate of 11% ⁽²⁹⁾; Sennef et al., With 30% mortality ⁽³⁰⁾; Breen et al., With mortality of 20.3% ⁽³¹⁾; And Ai-Ping et al., With mortality of 24.5%. ⁽²⁸⁾

Late mortality is high, varying from the studies, from 43% to 75%. In the study by Rivera-Fernández et al. ⁽⁷⁾ which involved 508 patients with COPD, one can observe that the late mortality rate was directly related to quality of life before hospital admission. Much has been studied about mortality in severe exacerbations of COPD ⁽³²⁻³⁴⁾, however, little attention is given to the quality of life that patients have after hospitalization in the ICU. ⁽²⁸⁾

According to some authors ⁽³⁵⁻³⁷⁾, COPD causes a decrease in quality of life, which does not only include health status (ie good functional status), but psychological factors, social and economic support ⁽³⁸⁾. This is similar in our study where it is possible to observe that there was a significant reduction in the Limitations for Emotional Aspects, Mental Health and Mental Component of SF-12 after 6 months of hospital discharge.

In the mental component, the interaction with Gold was significant, and the indeterminate Gold patients had the most reduction. However, it is important to highlight the low sample size in each group at each time point (3/6 months). We also emphasize that the physical component of SF-12 did not suffer significant interference from Gold. This is different from the results presented in the multicenter study by Camelier, 2004⁽³⁹⁾, where 168

patients with COPD with spirometry performed at home had significantly lower scores on the physical component of SF-12, with dyspnea and exacerbations being the strong markers of this result.

The majority of the sample of our study was formed by patients classified as GOLD Undetermined (n = 36), that is those patients who did not have the classification of the disease by GOLD only the clinical diagnosis of COPD. In summary, the GOLD classification system identifies COPD subcategories that differ in severity of disease as assessed by lung function, symptoms, and frequency of exacerbation.⁽²⁾ It is important to point out that COPD populations are very heterogeneous and when we evaluate retrospective studies, we perceive that there is a bias of poor homogeneity and incompleteness of data due to the difficulty of finding adequately completed medical records and / or simply for not having them analyzed. This is noticed in the present study, especially in relation to the diagnostic confirmation of COPD by the GOLD classification.

The impact of impairment on daily and home living activities is significantly higher in elderly patients with COPD^(40,41). In our study, the evaluation of the functionality performed through the Barthel Index did not present a significant difference over time. However, when assessing the differences over time according to Gold, it is observed that there was a significant interaction between the Barthel index and Gold. It was identified that the Gold C / D group were those that significantly reduced Barthel's index from baseline to 3m and 6m (which did not differ from each other).

Because anxiety is a chronic disease, anxiety, depression, and depreciated self-concept may exist.⁽¹⁷⁾ Anxiety ranges from 21-96% of COPD patients while depressive disorders range from 27 to 79% in these patients⁽¹⁹⁾. In our study the HADS assessments were not significantly influenced by the Gold classification, this may have occurred due to the small number of patients in our sample.

Among the strengths of our study, we highlight being a prospective six-month cohort with evaluations of patients with chronic obstructive pulmonary disease with GOLD disease classification, who were hospitalized for more than 72 hours, ruling out elective surgeries without complications. Detailed evaluations of ICU interventions and main outcomes were performed after immediate and late discharge from the patient. More than one evaluation method (SF-12 questionnaire, HADS anxiety and depression scale and functional capacity assessment through the Barthel Index) were used to evidence quality of life in three moments. The model of generalized estimation equations (GEE) was also applied, in order to allow the maximum amount of information available at each moment.

We found some limitations in the present study as: the lack of information regarding the functional diagnosis of COPD, such as lung function tests, and the lack of use of specific questionnaires for the evaluation of patients with COPD, the not possibility of classification of the patient by GOLD in some medical records and therefore classified as indeterminate GOLD, and in the number of segment losses for lack of telephone contact and patient information.

CONCLUSION

We can conclude that in our study: The percentage of deaths was high; The classification of COPD by GOLD is not done within the ICU; The more severe GOLD C / D patients lose more muscular function and not so much mental component when the quality of life was evaluated by the SF12 questionnaire, and when the probability of survival after discharge from the ICU over time according to GOLD there was not significant.

REFERENCES

1. Frank TL, Hazell ML, Linehan MF, Morris JA, Frank P. The estimated prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in a general practice population. *Prim Care Respir J.* 2007;16(3):169-73.
2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [homepage on the Internet]. Bethesda: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. [cited 2010 Feb 03]. Global Strategy for Diagnosis, Management and Prevention of COPD. Updated 2008. Available from: <http://www.goldcopd.org/Guidelineitem.asp?l1=2&l2=1&intId=989>
3. Celli BR, MacNee W. ATS/ERS task force. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS? ERS position paper. *Eur Resp J.* 2004; 23:932-46.
4. Teixeira C, Cabral CR, Hass JS et al. Patients admitted to the ICU for acute exacerbation of COPD: two-year mortality and functional status. *J BrasPneumol.* 2011;37(3):334-40.
5. Hennessy D, Juzwishin K, Yergens D, Noseworthy T, Doig C. Outcomes of Elderly Survivors of Intensive Care: a review of the literature. *Chest.* 2005;127:1764-74.
6. Flaatten H. Mental and physical disorders after ICU discharge. *Curr Opin Crit Care.* 2010;16(5):510-15.
7. Rivera-Fernandez R, Navarrete-Navarro P, Fernandez-Mondejar E, Rodriguez-Elvira M, Guerrero-Lopez F, Vazquez-Mata G. Six-year mortality and quality of life in critically ill patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Crit Care Med.* 2006;34(9):2317-24.
8. Cuthbertson BH, Roughton S, Jenkinson D, Maclennan G, Vale L. Quality of life in the five years after intensive care: a cohort study. *Crit Care.* 2010;14(1):R6.
9. Oeyen SG, Vandijck DM, Benoit DD, Annemans L, Decruyenaere JM. Quality of life after intensive care: a systematic review of the literature. *Crit Care Med.* 2010;38(12):2386-2400.
10. Minosso JSM, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(2):218-23.
11. Ware J, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care.* 1996 Mar;34(3):220-33.
12. Damásio BF, Andrade TF, Koller SH. Psychometric Properties of the Brazilian 12-Item Short-Form Health Survey Version 2 (SF-12v2). Paid (Ribeirão Preto). 2015 Apr;

25(60):29-37.

13. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the barthel index. *Md State Med J*. 1965 Feb;14:61-5.
14. Levinson M, Mills A, Oldroyd J, Gellie A, Barrett J, Staples M, et al. The impact of intensive care in a private hospital on patients aged 80 and over: health related quality of life, functional status and burden versus benefit. *Intern Med J*. 2016 Jun;46(6):694-702.
15. Graciani Z, Santos S, Macedo-Souza LI, Monteiro CBM, Veras MI, Amorim S, et al. Motor and functional evaluation of patients with spastic paraplegia, optic atrophy, and neuropathy (SPOAN). *Arq Neuropsiquiatr*. 2010 Feb;68(1):3-6.
16. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67(6):361-70.
17. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia C Jr, Pereira WA. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação da escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saude Publica*. 1995;29(5):355-63.
18. Esteban C, Quintana JM, Aburto M, Moraza J, Capelastegui A. A simple score for assessing stable chronic obstructive pulmonar disease. *QJM, Oxford*. 2006;99(11):751-9.
19. de Godoy DV, de Godoy RF. A randomized, controlled trial of the effect of psychotherapy on anxiety and depression in chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Phys Med Rehabil, Philadelphia*. 2003 Aug;84(8):1154-7.
20. Hodgkin JE, Connors GL, Bell CW, editors. *Pulmonary Rehabilitation: guidelines to success*, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott; 1993.
21. Almagro P, Calbo E, Ochoa de Echaguen A. Mortality after hospitalization for COPD. *Chest*. 2002;121:1441-48.
22. Celli BR, MacNee W; ATS/ERS Task Force. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. *Eur Respir J*. 2004;23(6):932-46. Erratum in: *Eur Respir J*. 2006;27(1):242.
23. Jezler S, Holanda MA, José A, Franca S. Ventilação mecânica na doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) descompensada. *J Bras Pneumol*. 2007;33(Suppl 2):S111-S18.

24. Ram FS, Picot J, Lightowler J, Wedzicha JA. Non-invasive positive pressure ventilation for treatment of respiratory failure due to exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(3):CD004104.
25. Lightowler JV, Wedzicha JA, Elliott MW, Ram FS. Non-invasive positive pressure ventilation to treat respiratory failure resulting from exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2003;326(7382):185.
26. Quinnell TG, Pilsworth S, Shneerson JM, Smith IE. Prolonged invasive ventilation following acute ventilatory failure in COPD: weaning results, survival, and the role of noninvasive ventilation. *Chest.* 2006;129(1):133-9.
27. Han MK, Muellerova H, Curran-Everett D, et al. GOLD 2011 disease severity classification in COPD Gene: a prospective cohort study. *Lancet Respir Med* 2012. Available online Aug 18. [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600\(12\)70044-9](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600(12)70044-9).
28. Ai-Ping C, Lee KH, Lim TK. In-hospital and 5-year mortality of patients treated in the ICU for acute exacerbation of COPD: a retrospective study. *Chest.* 2005;128(2):518-24.
29. Connors AF Jr, Dawson NV, Thomas C, Harrell FE Jr, Desbiens N, Fulkerson WJ, et al. Outcomes following acute exacerbation of severe chronic obstructive lung disease. The SUPPORT investigators (Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments). *Am J Respir Crit Care Med.* 1996 Oct;154(4 Pt 1):959-67. Erratum in: *Am J Respir Crit Care Med* 1997;155(1):386.
30. Seneff MG, Wagner DP, Wagner RP, Zimmerman JE, Knaus WA. Hospital and 1 year survival of patients admitted to intensive care units with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *JAMA.* 1995;274(23):1852-7.
31. Breen D, Churches T, Hawker F, Torzillo PJ. Acute respiratory failure secondary to chronic obstructive pulmonary disease treated in the intensive care unit: a long term follow up study. *Thorax.* 2002;57(1):29-33.
32. Pincelli MP, Grumann ACB, Fernandes C, Cavalheiro AGC, Haussen DAP, Maia IS. Characteristics of COPD patients admitted to the ICU of a referral hospital for respiratory diseases in Brazil. *J Bras Pneumol.* 2011;37(2):217-222.
33. Almagro P, Calbo E, Ochoa E, Barreiro B, Quintana S, Heredia JL, Garau J: Mortality after hospitalization for COPD. *Chest* 2002;121:1441-48.
34. Steer J, Gibson GJ, Bourke SC. Predicting outcomes following hospitalization for acute exacerbations of COPD. *QJM* (2010) 103 (11): 817-29.

35. Gomes MS, Gomes BP. A implementação de programas de reabilitação respiratória em pessoas com DPOC: uma revisão sistemática da literatura [Dissertação de Mestrado]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto – ESEP, 2016.
36. Cechetti F, Simioni F, Schimitt G. A influência da fadiga e da dispneia nas atividades de vida diária de portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica: o papel da reabilitação pulmonar. *Revista de Atenção à Saúde*. 2012;10(34):32-40.
37. Silva JRG, Vasconcelos TB, Macena RHM, Bastos VPD, Morano MTAP, Rocha EMM, et al. Análise do índice BODE em pacientes com DPOC severa submetidos a um programa de reabilitação pulmonar. *J Health Biol Sci*. 2013;1(3):108-115.
38. Magnette C, De Saint Hubert M, Swine C, Bouhon S, Jamart J, Dive A, Michaux I. Functional status and medium-term prognosis of very elderly patients after an ICU. *Minerva Anesthesiol*. 2015 Jul;81(7):743-51.
39. Camelier AA. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com DPOC: estudo de base populacional com SF12 na cidade de São Paulo- SP [Tese]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2004.
40. Maillé AR, Kaptein AA, Koning CJM, Zwinderman AH. Developing a quality of life questionnaire for patients with respiratory illness. *Monaldi Arch Chest Dis*. 1994;49:76-78.
41. Maillé AR, Koning CJM, Zwinderman LNAW, Dijkman JH, Kaptein AA. The development of the “Quality of Life for Respiratory Illness Questionnaire (QOL-RIQ)”: a disease specific quality of life questionnaire for patients with mild to moderate chronic non-specific lung disease. *Respir Med*. 1997;91:297-309.

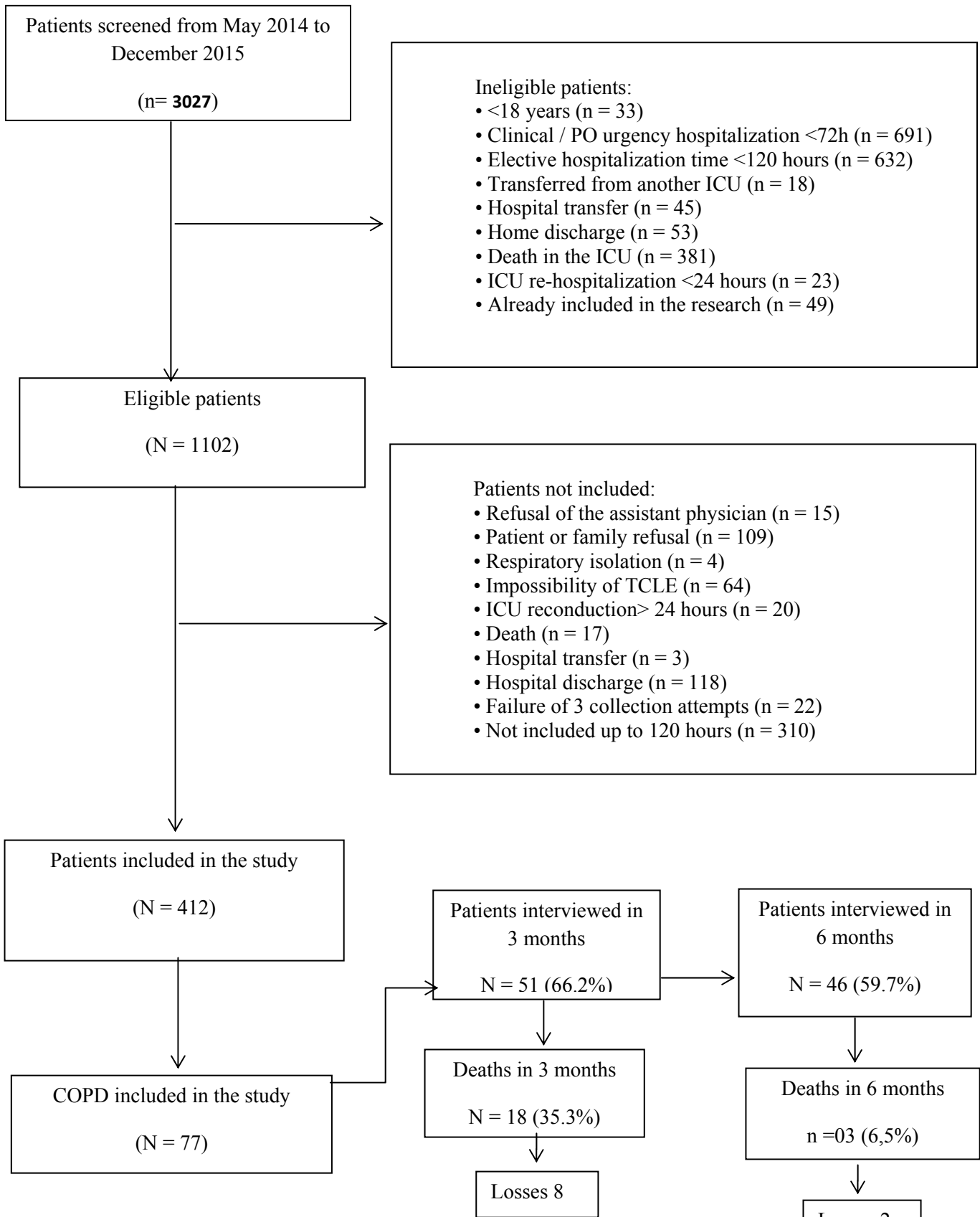


Figure 1 (article) - Patients recruited, eligible and included during the baseline, and 3 and 6 months after discharge from the Intensive Care Unit

Table 1 (article) - Demographic data and clinical characteristics

Variables*	Total sample (n=77)	GOLD A/B (n=28)	GOLD C/D (n=13)	undetermined (n=36)	p
Age(years)	68,1 ± 13,8	63,8 ± 11,6 ^a	75,1 ± 12,7 ^b	68,8 ± 14,8 ^{ab}	0,044
Sex					0,539
Male	50 (64,9)	20 (71,4)	7 (53,8)	23 (63,9)	
Female	27 (35,1)	8 (28,6)	6 (46,2)	13 (36,1)	
Schooling (years)	8 (5 – 11)	8 (5 – 10)	8 (7 – 11)	6 (4 – 11)	0,286
Charlson Index	3 (1 – 5)	2,5 (1 – 6)	4 (3 – 6)	2 (1 – 4)	0,065
Reason for ICU recovery					0,003
Clinical	50 (64,9)	11 (39,3)	12 (92,3)*	27 (75,0)	
elective surgical	20 (26,0)	14 (50,0)*	0 (0,0)	6 (16,7)	
Emergency surgery	7 (9,1)	3 (10,7)	1 (7,7)	3 (8,3)	
From					0,019
Emergency	26 (33,8)	4 (14,3)	6 (46,2)	16 (44,4)	
Sick bay	24 (31,2)	8 (28,6)	6 (46,2)	10 (27,8)	
Surgical ward	26 (33,8)	16 (57,1)*	1 (7,7)	9 (25,0)	
Another hospital	1 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,8)	
Hospitalized in the last 12m	40 (51,9)	17 (60,7)	4 (30,8)	19 (52,8)	0,201
Rehospitalization	7 (9,1)	1 (3,6)	3 (23,1)	3 (8,3)	0,127
Use of O2 Home	3 (3,9)	0 (0,0)	3 (23,1)	0 (0,0)	<0,001
Use of Home NIMV	1 (1,3)	0 (0,0)	1 (7,7)	0 (0,0)	0,083
Use of corticosteroids	19 (24,7)	5 (17,9)	10 (76,9)	4 (11,1)	<0,001
Depression	9 (11,7)	3 (10,7)	4 (30,8)	2 (5,6)	0,052
Patient smokes or has already smoked	71 (92,2)	27 (96,4)	13 (100)	31 (86,1)	0,161
He smoked 3 months before admission	26 (36,6)	10 (37,0)	1 (7,7)	15 (48,4)	0,038
Current smoking					0,014
YES	28 (36,4)	10 (35,7)	1 (7,7)	17 (47,2)	
Ex	43 (55,8)	17 (60,7)	12 (92,3)*	14 (38,9)	
Never smoked	6 (7,8)	1 (3,6)	0 (0,0)	5 (13,9)	
If ex-smoker, time that stopped (years)	13 (3 – 22)	9 (3 – 21)	20 (9 – 30)	13 (2 – 22)	0,155
Amount of cigarettes / day	20 (15 – 40)	20 (20 – 40)	20 (10 – 40)	20 (14 – 40)	0,676
Time you smoked (years)	35 (25 – 47,5)	35 (25 – 41)	30 (25 – 42)	40 (30 – 50)	0,275
Does anyone smoke at home	21 (27,3)	7 (25,0)	4 (30,8)	10 (27,8)	0,924
Has a caregiver	26 (33,8)	9 (32,1)	8 (61,5)	9 (25,0)	0,056

* variables described by mean ± standard deviation, median (25-75 percent) or n(%); ^{a,b} Equal letters do not differ by the Tukey test at 5% significance

Abbreviations: ICU = Intensive Care Unit; O2 = Oxygen; VMNI = Non-Invasive Mechanical Ventilation.

Table 2 (article) - Data on ICU admission.

Variables*	Total sample (n=77)	GOLD A/B (n=28)	GOLD C/D (n=13)	undetermined (n=36)
APACHE II	13,6 ± 4,8	11,3 ± 4,4 ^a	17,3 ± 3,2 ^b	14,2 ± 4,6 ^b
Infection on ICU admission	43 (55,8)	11 (39,3)	9 (69,2)	23 (63,9)
Infection Focus - Respiratory	25/43 (58,1)	1/11 (9,1)	7/9 (77,8)	17/23 (73,9)
ICU interventions				
NIV	24 (31,2)	4 (14,3)	9 (69,2)*	11 (30,6)
NIV for COPD (Weaning / Exacerbation)	14/24 (58,3)	1/4 (25,0)	9/9 (100)*	4/11 (36,4)
IMV	39 (50,6)	12 (42,9)	7 (53,8)	20 (55,6)
Total IMV time (days)	4 (1 – 7)	2,5 (1- 8,5)	2 (1 – 6)	5,5 (1 – 9)
Weaning IMV (n = 39)				
Simple	24 (61,5)	9 (75,0)	5 (71,4)	10 (50,0)
Difficult	5 (12,8)	0 (0,0)	1 (14,3)	4 (20,0)
Prolonged	10 (25,6)	3 (25,0)	1 (14,3)	6 (30,0)
TQT	4 (5,2)	1 (3,6)	0 (0,0)	3 (8,3)
IMV time before TQT (days)	10 (8,5 – 11)	10 (10 – 10)	-	10 (8 – 11)
TQT Reason (n=4)				
Weaning failure	3 (75,0)	1 (100)	-	2 (66,7)
Neurological (Gls≤8)	1 (25,0)	0 (0,0)	-	1 (33,3)
ICU Outcomes				
Infection acquired	20 (26,0)	10 (35,7)	3 (23,1)	7 (19,4)
Infection acquired - Respiratory focus	13/20 (65,0)	7/10 (70,0)	1/3 (33,3)	5/7 (71,4)
Outcome NIV				
Not using	69 (89,6)	27 (96,4)	10 (76,9)	32 (88,9)
with mask	5 (6,5)	1 (3,6)	2 (15,4)	2 (5,6)
In TQT	3 (3,9)	0 (0,0)	1 (7,7)	2 (5,6)
Death	21 (27,3)	10 (35,7)	5 (38,5)	6 (16,7)

* variables described by mean ± standard deviation, median (25-75 percent) or n(%); ^{a,b} Equal letters do not differ by the Tukey test at 5% significance

Abbreviations: APACHE II = Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II; ICU = Intensive Care Unit; NIV = Non-Invasive Ventilation; COPD = Chronic Obstructive Pulmonary Disease; IMV = Invasive Mechanical Ventilation; TQT - Tracheostomy; Gls = Glasgow Coma Scale.

Table 3 (article) - Functional evaluation (Barthel's index), quality of life (SF12v2), anxiety scale (HAD-A) and depression (HAD-D) over time and by severity of COPD

Variables	Basal Mean \pm SD (n=77)	3 months Mean \pm SD (n=51)	6 months Mean \pm SD (n=42)	p
Barthel	85,6 \pm 2,5 (n=77)	77,4 \pm 4,2 (n=51)	77,5 \pm 4,1 (n=42)	0,119
HAD-D	5,29 \pm 0,49 (n=56)	-	5,59 \pm 0,85 (n=22)	0,726
HAD-A	6,35 \pm 0,64 (n=56)	-	6,05 \pm 0,68 (n=22)	0,704
SF-12		n=32	n=22	
Functional capacity	-	35,2 \pm 5,9	38,6 \pm 6,4	0,576
Limitation by Physical Aspects	-	50,8 \pm 5,5	57,4 \pm 7,3	0,333
Pain	-	65,6 \pm 5,8	60,2 \pm 5,9	0,399
General Health Status	-	45,3 \pm 4,9	43,0 \pm 6,0	0,687
Vitality	-	53,9 \pm 5,1	51,1 \pm 6,5	0,658
Social aspects	-	51,6 \pm 6,0	54,5 \pm 7,5	0,745
Limitation by Emotional Aspects	-	70,7 \pm 4,4	57,4 \pm 7,2	0,046
Mental health	-	62,9 \pm 3,7	49,4 \pm 3,8	0,004
Physical Component	-	36,7 \pm 1,9	38,9 \pm 2,2	0,252
Mental Component	-	47,4 \pm 1,6	40,8 \pm 2,4	0,008

Abbreviations: EP = Standard Error; HAD-D:Hospital Anxiety Depression - Depression HAD-A Hospital Anxiety Depression - Anxiety, SF12v2 = Item Health Survey Short-Form second version; HAD-A = Anxiety Scale; HAD-D = Depression Scale

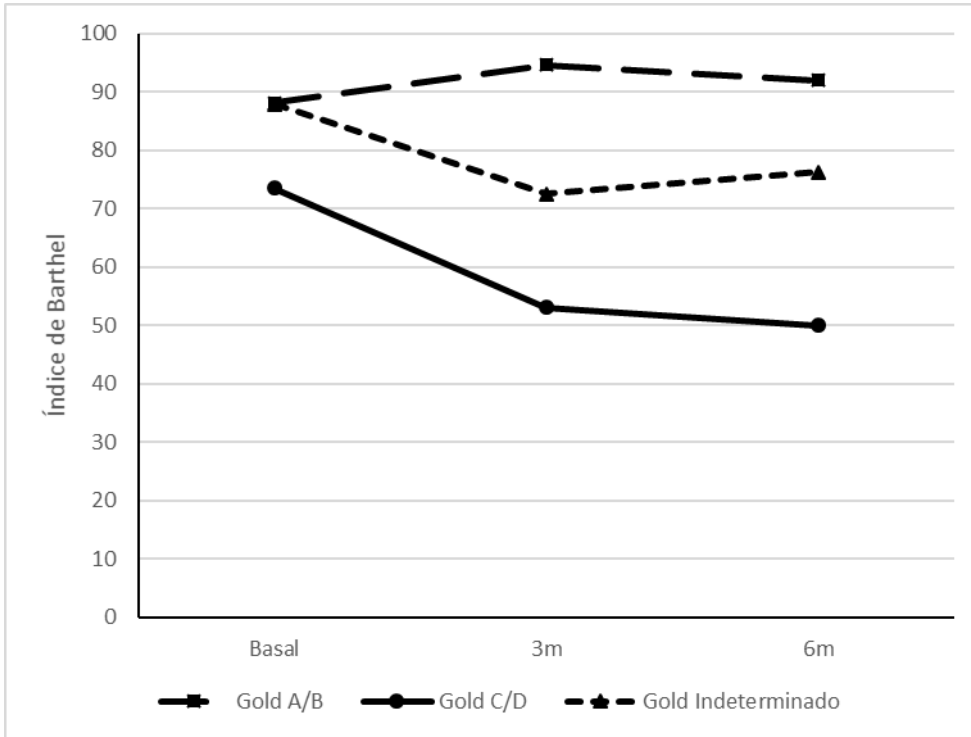


Figure 2 (article) - Comparison of the Barthel index according to Gold

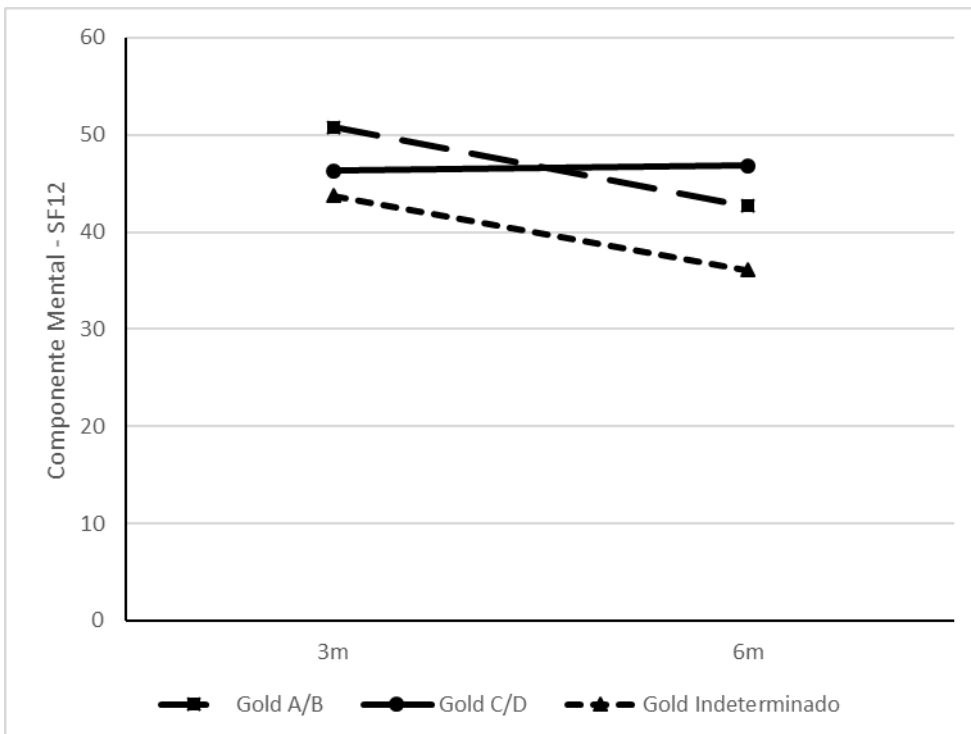
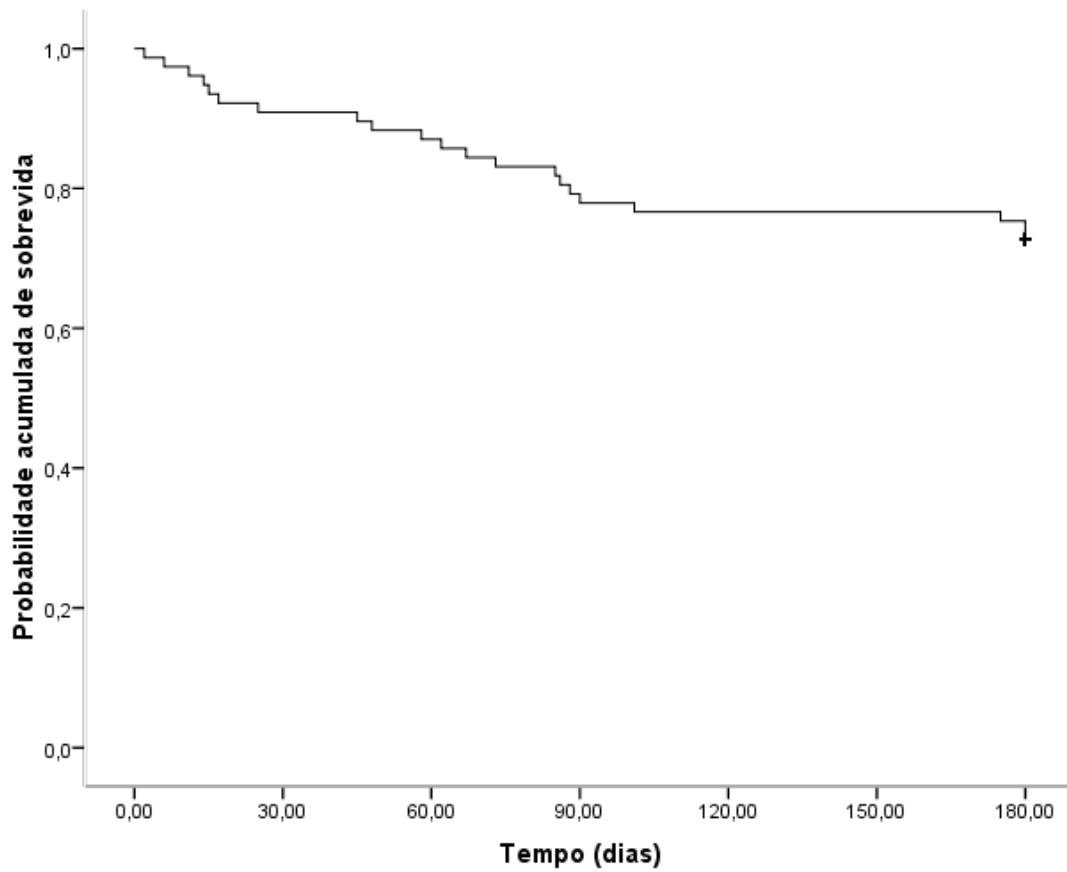
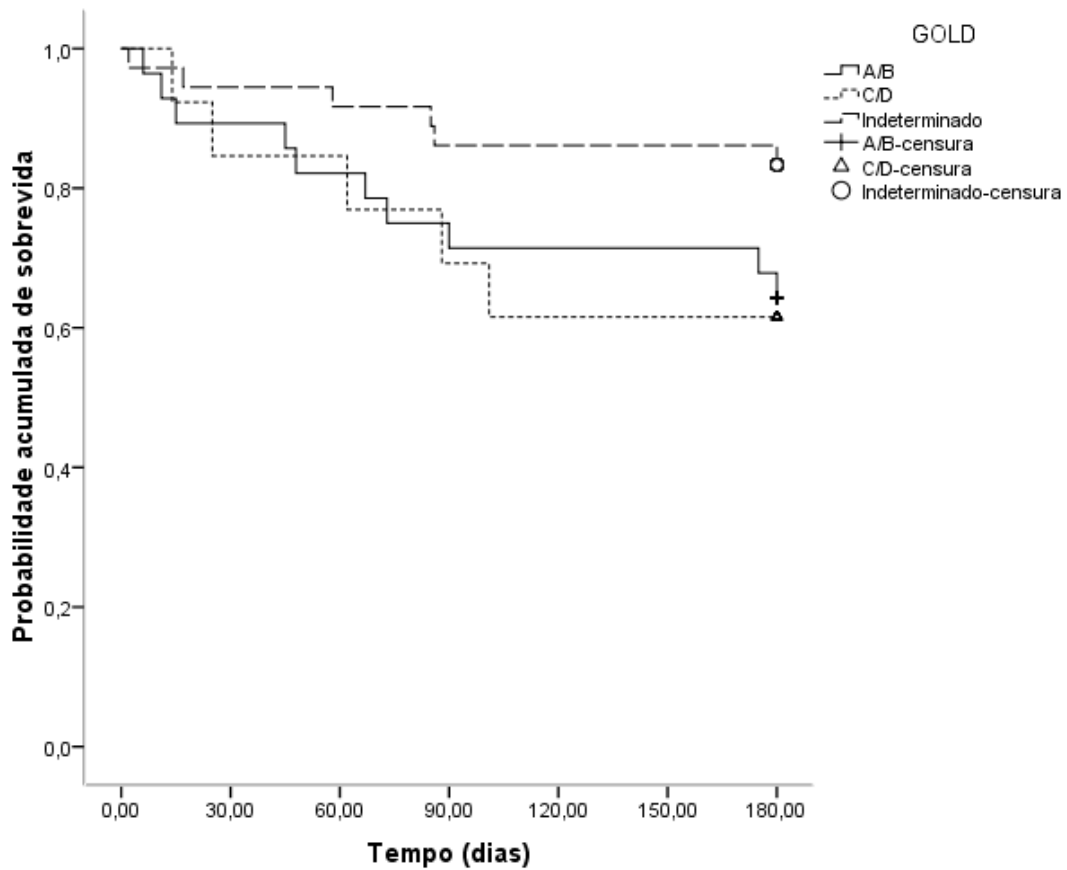


Figure 3 (article) - Comparison of the SF-12 Mental Component score according to Gold



	15 days	1month	3 month	6 months
Probability of survival after ICU discharge	93,5%	90,9%	77,9%	72,7%

Figure 4 (article) - Probability of survival over time



GOLD	Probability of survival (%)			
	15 dias	1 mês	3 meses	6 meses
A/B	89,3	89,3	71,4	64,3
C/D	92,3	84,6	69,2	61,5
Indeterminado	97,2	94,4	86,1	83,3
undetermined				

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo podemos observar que houve redução significativa nos escores Limitação por aspectos emocionais, saúde mental e componente mental do SF12v2. Doentes mais graves GOLD C/D perdem mais função muscular e não tanto componente mental na avaliação da QV pelo SF12v2.

Percentual de óbitos foi alto, no período de acompanhamento, houve 21 óbitos (27,3%), em 3 meses 18 óbitos (35,3%) e em 6 meses 3 óbitos (6,5%).

A prevalência da ansiedade e depressão foi alta, porém próximo dos valores trazidos pela literatura em torno de 30%. A prevalência de depressão no momento basal foi de 13 (23,2) e no seguimento de 6 meses 6 (27,3). E a prevalência de ansiedade no momento basal foi de 17 (30,4) e em 6 meses 9 (40,9).

A avaliação da independência funcional agrupando os Score total Barthel > 75 (dependência mínima 76 a 99 e independência 100), variam ao longo do tempo no momento Basal 62(80,5), em 3 meses 36 (70,6) e 6 meses 29(69,0).

Nosso estudo é o segundo em nosso meio a avaliar a QVRS após alta da UTI no grupo de pacientes com DPOC.

Até onde sabemos, este é o primeiro estudo a apresentar dados sobre o prognóstico DPOC com a classificação GOLD após alta da UTI.

9 PERSPECTIVAS FUTURAS

Dar continuidade a coleta de dados do presente estudo, ampliando o tempo de coleta, analisar outras variáveis que acreditamos ser interessante:

- Avaliar a incidência de ansiedade e depressão de pacientes com DPOC após alta da UTI, e seguir por um período maior de tempo,
- Força Muscular (Medical Research Council) e dinamometria (preensão palmar),
- Necessidade de Traqueostomia,
- Uso de suporte ventilatório invasivo ou não após alta da UTI

10 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As limitações deste estudo incluem a falta de informações sobre a classificação da gravidade do paciente com DPOC segunda a Gold, em uma parte expressiva dos pacientes,

Perdas do segmento telefônico por falta de contato telefônico ou informações do paciente,

O tempo de seguimento dos pacientes.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº do CAAE: 04258312.4.2002.5327

Título do Projeto: Qualidade de vida após alta da UTI

Você ou a pessoa pela qual você é responsável está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é avaliar a qualidade de vida dos pacientes que tiveram alta da Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Esta pesquisa está sendo realizada pelo Serviço de Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). O centro coordenador desta pesquisa, que envolve a participação de outros hospitais, é o Hospital Moinhos de Vento.

Se você concordar com a participação na pesquisa, os procedimentos envolvidos são os seguintes:

Durante a internação hospitalar, após a alta da UTI:

Serão realizadas perguntas ao participante sobre saúde e hábitos de vida antes dessa internação e sobre a capacidade de executar tarefas da vida diária em casa ou no trabalho. Essas informações também poderão ser fornecidas pelo responsável.

Nessa mesma ocasião, serão realizados com o participante três testes que irão avaliar: atenção e memória, sintomas de ansiedade e de depressão e qualidade de vida. Essas avaliações somente serão realizadas caso você ou pessoa pela qual você é responsável estiver em condições de realizar os procedimentos. A realização desses procedimentos terá duração aproximada de 40 minutos.

O prontuário hospitalar será consultado pela equipe de pesquisa para obtenção de informações sobre essa internação. Por isso, aproveitamos para solicitar a autorização para este acesso.

Após três e seis meses da alta da UTI:

Você, ou a pessoa pela qual você é responsável, será acompanhado(a) por telefone. A equipe de pesquisa entrará em contato. O participante ou pessoa autorizada (familiar/cuidador) responderá a alguns questionamentos via telefone.

Em todos os acompanhamentos telefônicos, serão realizadas perguntas sobre: uso de oxigênio, traqueostomia e hemodiálise; retorno ao trabalho, modificações da renda familiar e dos gastos com saúde; reinternações ou atendimentos de emergência; necessidade de cuidadores e adaptações no domicílio; acompanhamentos nutricional, fisioterapêutico e psicológico; capacidade

de executar atividades da vida diária. Essas informações serão preferencialmente obtidas com o participante, porém caso não tenha condições de responder, poderão ser obtidas com a pessoa autorizada.

Nessas ligações telefônicas, também serão aplicados questionários que deverão ser respondidos exclusivamente pelo participante, se estiver em condições de responder ao telefone:

Aos três meses após a alta da UTI: serão aplicados dois questionários. Estes questionários irão avaliar: qualidade de vida e nível de funcionalidade do paciente. O tempo previsto para responder estes questionários é em torno de 20 minutos.

Aos seis meses após a alta da UTI: serão aplicados três questionários. Estes questionários irão avaliar: sintomas de ansiedade e de depressão, qualidade de vida e nível de funcionalidade do paciente. O tempo previsto para responder estes questionários é em torno de 25 minutos.

Os desconfortos decorrentes da participação na pesquisa podem estar associados ao tempo de resposta aos questionários e ao esforço para realizar os testes durante a internação devido ao quadro clínico do participante.

Embora a participação na pesquisa não traga benefícios diretos aos participantes, contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado e, se aplicável, poderá beneficiar futuros pacientes.

A participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não autorizar a participação, ou ainda, retirar a autorização após a assinatura desse Termo, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que o participante da pesquisa recebe ou possa vir a receber na instituição.

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

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante da pesquisa, o participante receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, os nomes não aparecerão na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Dra. Sílvia Regina Rios Vieira, pelo telefone (51) 3223-4256 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

A pessoa autorizada a responder aos questionamentos ao telefone sobre o participante é (nome completo):_____.

() familiar (grau de parentesco:_____)

() Cuidador

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

Nome completo do participante da pesquisa:

Assinatura

Nome completo do responsável (se aplicável)

Assinatura (se aplicável)

ANEXO A – NORMAS DE FORMATAÇÃO DO PERIÓDICO



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Processo de submissão](#)
- [Envio de manuscritos](#)

ISSN 0103-507X versão impressa
ISSN 1982-4335 versão online

A Revista Brasileira de Terapia Intensiva (RBTI), ISSN 0103-507X, publicada trimestralmente, é a revista científica da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) e da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI). Tem como objetivo publicar pesquisas relevantes, que visem melhorar o cuidado dos pacientes agudamente doentes, por meio da discussão, da distribuição e da promoção de informação baseada em evidências, aos profissionais envolvidos com medicina intensiva. Nela, são publicados artigos de pesquisas, revisões, comentários, relatos de casos e cartas ao editor, em todas essas áreas do conhecimento, relacionadas aos cuidados intensivos do paciente grave.

RBTI endossa todas as recomendações da *International Committee of Medical Journal Editors - Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*, atualizada em Abril de 2010 e disponível em http://www.icmje.org/urm_main.html.

Escopo e política

Processo de submissão

Os manuscritos podem ser submetidos em português, inglês ou espanhol. A RBTI é publicada na versão impressa em português e em formato eletrônico em português e inglês.

Os autores não são submetidos à taxa de submissão de artigos e de avaliação.

Os artigos submetidos em português (ou espanhol) serão traduzidos para o inglês e os submetidos em inglês serão traduzidos para o português gratuitamente pela revista. Todos os artigos devem ser submetidos eletronicamente em: <http://mc04.manuscriptcentral.com/rbti-scielo>

Os autores deverão encaminhar à revista:

Carta ao editor - A carta deve conter uma declaração de que o artigo é inédito, não foi ou não está sendo submetido à publicação em outro periódico. Os autores também devem declarar que o estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição onde o mesmo foi realizado (ou o CEP de referência) fornecendo o número de aprovação do mesmo e, caso apropriado, uma declaração de que o consentimento informado foi obtido ou sua não obtenção foi aprovada pelo CEP. Se necessário, durante o processo de revisão, os autores podem ser solicitados a enviar uma cópia da carta de aprovação do CEP.

Declaração de Conflitos de Interesse - Os autores devem obter o formulário apropriado (disponível em: http://www.rbti.org.br/imagebank/pdf/Disclosure_of_Potential_Conflits.pdf) e, depois da assinatura pelos autores, anexá-lo durante o processo de submissão. A Declaração de Conflito de Interesses, segundo Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1595/2000, veda que em artigo científico seja feita promoção ou propaganda de quaisquer produtos ou equipamentos comerciais.

Financiamento - Informações sobre eventuais fontes de financiamento da pesquisa serão requisitadas durante o processo de submissão bem como na página de rosto do artigo.

Transferência de direitos autorais e autorização para publicação - Após aceitação do artigo, uma autorização assinada por todos os autores para publicação e transferência dos direitos autorais à revista deve ser enviada a Revista (disponível em http://www.rbti.org.br/imagebank/pdf/authors_responsability_and_copyright_transfer.pdf).

Informação de pacientes - Para todos os manuscritos que incluem informação ou fotografias clínicas

onde os pacientes possam ser identificados individualmente, deve ser enviado termo de consentimento escrito e assinado de cada paciente ou familiar.

Processo de revisão

Todos os artigos submetidos são objeto de cuidadosa revisão. A submissão inicial será inicialmente revisada pela equipe técnica da revista para garantir que a mesma está em acordo com os padrões exigidos pela revista e ao atendimento de todas as normas requeridas para envio dos originais, incluindo os requisitos éticos para experimentos em humanos e animais. Após essa conferência inicial, o artigo poderá ser devolvido aos autores para readequação.

Posteriormente, os manuscritos submetidos para apreciação serão encaminhados ao Editor, que fará uma análise inicial. Aqueles que não apresentarem mérito, que contenham erros significativos de metodologia, ou não se enquadrem na política editorial da revista, serão rejeitados sem processo formal de revisão por pares. O tempo médio para essa resposta é de uma semana.

Após aprovação pelo Editor chefe ou de um dos editores por ele designados, o artigo será encaminhado para avaliação por dois ou mais revisores. Os revisores serão sempre de instituições diferentes da instituição de origem do manuscrito, sendo o anonimato garantido em todo processo editorial. O prazo para a primeira resposta aos autores é de 30 dias apesar de um tempo mais longo ser por vezes necessário. Os editores podem emitir uma das seguintes opiniões: aceito, revisões mínimas, revisões significativas, rejeição com possibilidade de resubmissão ou rejeição. A taxa de aceitação de artigos é atualmente de 30%. Nos últimos 12 meses, o tempo médio entre submissão a primeira decisão foi de 28 dias.

Após o recebimento dos pareceres dos revisores, os autores terão o prazo de 60 dias para submeter a versão com as modificações sugeridas bem como a resposta ponto a ponto para cada um dos revisores. Os autores podem contatar a revista (rbti.artigos@amib.org.br) solicitando extensão desse prazo. Caso essa submissão não ocorra num período de 6 meses o artigo será retirado do banco de dados e uma eventual re-submissão seguirá os trâmites de uma submissão inicial. Após a resubmissão, os editores podem escolher entre enviar o manuscrito novamente para revisão externa ou decidir com base em sua expertise.

As opiniões expressas nos artigos, inclusive as alterações solicitadas pelos revisores, serão de responsabilidade única dos autores.

Ética

Quando relatando estudos em humanos, os autores devem indicar se os procedimentos do estudo estão de acordo com os padrões éticos definidos pelo Comitê responsável por estudos em humanos (institucional ou nacional, se aplicável) e de acordo com a Declaração de Helsinki de 1975, revisada em 2000. Quando se tratar de estudos em animais, os autores devem indicar se as diretrizes institucionais e/ou nacionais para cuidados e uso de animais de laboratório foram seguidas. Em qualquer pesquisa, clínica ou experimental, em humanos ou animais, essas informações devem constar da sessão Métodos.

Os preceitos éticos da Revista Brasileira de Terapia Intensiva podem ser encontrados em nosso site (<http://www.rbti.org.br/eticas.asp>).

Crítérios para autoria

Somente pessoas que contribuíram diretamente para o conteúdo intelectual do artigo devem ser consideradas autoras, de acordo com os critérios:

1. elaborou a ideia inicial e planejou o trabalho ou interpretou os resultados finais OU
2. escreveu o artigo ou revisou sucessivas versões E
3. aprovou a versão final do artigo.

Posições administrativas, coleta de dados e estímulo não são considerados critérios para autoria e, quando cabível, devem constar apenas na sessão de agradecimentos.

Preparo dos manuscritos

Todos os artigos devem incluir:

Página título:

Título completo do artigo

Nomes completos, por extenso, de todos os autores

Afiliação institucional de cada autor (apenas a principal, ou seja, aquela relacionada à instituição onde o trabalho foi produzido).

O endereço completo (incluindo telefone, fax e e-mail) do autor para correspondência.
 O nome da instituição que deve ser considerada como responsável pelo envio do artigo.
 Fonte financiadora do projeto.

Running title - Deve ser fornecido um título alternativo para o artigo, com no máximo 60 caracteres (com espaços). Esse nome deverá constar no cabeçalho de todas as folhas do artigo.

Título de capa - Nos casos em que o título do artigo tenha mais de 100 caracteres (com espaços), deve ser fornecido um título alternativo, com no máximo 100 caracteres (com espaços) para constar da capa da revista.

Resumo e Abstract

Resumo: O resumo deve conter no máximo que 250 palavras, evitando-se ao máximo o uso de abreviaturas. Deve ser estruturado com os mesmos capítulos usados no texto principal (Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão) refletindo acuradamente o conteúdo do texto principal. Quando se tratar de artigos de revisão e relatos de casos o resumo não deve ser estruturado. Para Comentários o resumo não deve exceder 100 palavras.

Abstract: O resumo em inglês deverá ser feito apenas para aqueles artigos submetidos nessa língua. Artigos submetidos em português terão seu resumo traduzido para o inglês pela revista.

Descritores

Devem ser fornecidos seis termos em português e inglês, que definam o assunto do trabalho. Devem ser, obrigatoriamente, baseados no MeSH (Medical SubjectHeadings) da National Library of Medicine, disponíveis no endereço eletrônico: <http://www.nlm.nih.gov/mesh>.

Texto

Os artigos devem ser submetidos em arquivo Word®, com letra 12 Times New Roman e espaço duplo, inclusive em tabelas, legendas e referências. Em todas as categorias de artigos, as citações no texto devem ser numéricas, sobrescritas e sequenciais.

Artigos originais

Os artigos originais são aqueles que trazem resultados de pesquisas. Devem ter no máximo 3.500 palavras no texto, descontadas folha de rosto, resumo, tabelas e referências. Artigos com maior número de palavras necessitam ser aprovados pelo editor. O número máximo de autores recomendado é de oito. Caso haja necessidade de incluir mais autores, deve vir acompanhado de justificativa, com explicitação da participação de cada um na produção do mesmo. Artigos originais deverão conter: *Introdução* - esta sessão deve ser escrita de forma a se dirigir a pesquisadores sem conhecimento específico na área e deve claramente oferecer - e, se possível, ilustrar - a base para a pesquisa e seus objetivos. Relatos de pesquisa clínica devem, sempre que apropriado, incluir um resumo da pesquisa da literatura para indicar porque o estudo foi necessário e o que o estudo visa contribuir para o campo. Esta sessão deve terminar com uma breve declaração do que está sendo relatado no artigo.

Métodos - Deve incluir o desenho do estudo, o cenário, o tipo de participantes ou materiais envolvidos, a clara descrição das intervenções e comparações, e o tipo de análise usada, incluindo o poder de cálculo, se apropriados.

Resultados - Os resultados devem ser apresentados em sequência lógica e clara. Os resultados da análise estatística devem incluir, quando apropriado, riscos relativo e absoluto ou reduções de risco, e intervalos de confiança.

Discussão - Todos os resultados do trabalho devem ser discutidos e comparados com a literatura pertinente.

Conclusão - Deve discorrer claramente as conclusões principais da pesquisa e fornecer uma clara explicação da sua importância e relevância.

Referências - devem ser ordenadas por sequência de citação no texto e limitar-se a um máximo 40 referências. Ver abaixo normas para elaboração das referências.

Artigos de revisão

Artigo de revisão é uma descrição compreensiva de certo aspecto de cuidado de saúde relevante ao escopo da revista. Deve conter não mais que 4.000 palavras (descontadas folha de rosto, resumo, tabelas e referências) e até 50 referências. Devem ser redigidos por autores de reconhecida experiência na área e o número de autores não deve exceder três, salvo justificativa a ser encaminhada a revista. As revisões podem ser sistemáticas ou narrativas. Nas revisões é recomendado haver, também, o capítulo "Métodos" que relaciona as fontes de evidências usadas e as palavras chave usadas para realizar a busca da bibliografia. Revisões sistemáticas da literatura, que contenham estratégia de busca e resultados de forma apropriada, são consideradas artigos originais.

Relato de casos

Relata casos de uma determinada situação médica, especialmente rara, descrevendo seus aspectos, história, condutas, etc., incluindo resumo não estruturado, breve introdução e revisão da literatura, descrição do caso e breve discussão. Deverá ter no máximo 2.000 palavras, com cinco autores e até 10

referências.

Comentários

São artigos de opinião escritos por especialistas e lidos pela comunidade médica em geral. Usualmente são feitos a convite dos editores, contudo, os não solicitados são bem-vindos e serão rotineiramente avaliados para publicação. O objetivo do comentário é destacar algo, expandindo os assuntos destacados, e sugerir a sequência. Qualquer declaração deve ser acompanhada por uma referência, mas prefere-se que a lista de referências não exceda a 15. Para a leitura, as sentenças devem ser curtas e objetivas. Usar subtítulos para dividir o comentário em sessões. Devem ser curtos, com no máximo 800 a 1.000 palavras, excluindo o resumo e as referências. O número de autores não deve exceder dois, salvo justificativa.

Cartas ao editor

Comentários em qualquer artigo publicado na revista, cabendo geralmente uma resposta do autor ou do editor. Não é permitida tréplica. Devem ter no máximo 500 palavras e até cinco referências. O artigo da RBTI ao qual a carta se refere deve ser citado no texto e nas referências. Os autores devem também enviar seus dados de identificação e endereço completo (incluindo telefone, fax e e-mail). Todas as cartas são editadas e enviadas para os autores antes da publicação.

Diretrizes

A Revista publica regularmente as diretrizes e recomendações produzidas tanto pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) quanto pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI).

Agradecimentos

Os autores devem usar esta sessão para agradecer financiamentos da pesquisa, ajuda de organismos acadêmicos; de instituições de fomento; de colegas ou outros colaboradores. Os autores devem obter permissão de todos os mencionados nos agradecimentos. Devem ser concisos não excedendo a 4 linhas.

Referências

Devem ser atualizadas contendo, preferencialmente, os trabalhos mais relevantes publicados nos últimos cinco anos, sobre o tema. Não devem conter trabalhos não referidos no texto ou não publicados. As referências deverão ser numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas no texto e identificadas com algarismos arábicos. A apresentação deverá seguir o formato denominado "Vancouver Style", conforme modelos abaixo. Os títulos dos periódicos deverão ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela *National Library of Medicine*, disponível em "List of Journal Indexed in Index Medicus" no endereço eletrônico: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>.

Para todas as referências, citar todos os autores até seis. Quando em número maior, citar os seis primeiros autores seguidos da expressão et al.

Artigos em formato impresso

Dellinger RP, Vincent JL, Silva E, Townsend S, Bion J, Levy MM. Surviving sepsis in developing countries. *Crit Care Med*. 2008;36(8):2487-8.

Levy MM, Vincent JL, Jaeschke R, Parker MM, Rivers E, Beale R, et al. Surviving Sepsis Campaign: Guideline Clarification. *Crit Care Med*. 2008;36(8):2490-1.

Artigos em formato eletrônico

Buerke M, Prondzinsky R. Levosimendan in cardiogenic shock: better than enoximone! *Crit Care Med* [Internet]. 2008 [cited 2008 Aug 23];36(8):2450-1. Available from: <http://www.ccmjournal.com/pt/re/ccm/abstract.00003246-200808000-00038.htm>

Hecksher CA, Lacerda HR, Maciel MA. Características e evolução dos pacientes tratados com drotrecogina alfa e outras intervenções da campanha "Sobrevivendo à Sepse" na prática clínica. *Rev Bras Ter Intensiva* [Internet]. 2008 [citado 2008 Ago 23];20(2):135-43. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n2/04.pdf>

Artigo de suplemento

Walker LK. Use of extracorporeal membrane oxygenation for preoperative stabilization of congenital diaphragmatic hernia. *Crit Care Med*. 1993;21 (Supp. I):S379-S380.

Livro

Doyle AC. Biological mysteries solved. 2nd ed. London: Science Press; 1991.

Capítulo de livro

Lachmann B, van Daal GJ. Adult respiratory distress syndrome: animal models. In: Robertson B, van Golde LM. Pulmonary surfactant. 2nd ed. Amsterdam: Elsevier; 1992. p. 635-66.

Resumo publicado

Varvinski AM, Findlay GP. Immediate complications of central venous cannulation in ICU [abstract]. Crit Care. 2000;4(Suppl 1):P6.

Artigo "In press"

Giannini A. Visiting policies and family presence in ICU: a matter for legislation? Intensive Care Med. In press 2012.

Tabelas e figuras

Todas as figuras e tabelas devem ser numeradas e mencionadas no texto na ordem que são citadas. Tabelas e figuras devem ser colocadas ao final do texto, após as referências, uma em cada página, sendo as últimas idealmente feitas em *Microsoft Excel®*, Tif ou JPG com **300 DPI**. Figuras que necessitem melhor resolução podem ser submetidas em arquivos separados. Figuras que contenham textos devem vir em arquivos abertos para que possam ser traduzidas. Caso isso não seja possível, o autor se responsabilizará pela tradução.

As grandezas, unidades e símbolos utilizados nas tabelas devem obedecer a nomenclatura nacional. As figuras devem vir acompanhadas de legenda explicativa dos resultados, permitindo a compreensão sem a consulta do texto.

A legenda das tabelas e figuras deve ser concisa, porém autoexplicativa, permitindo a compreensão sem a consulta do texto. As unidades de medida devem vir no corpo da tabela e os testes estatísticos indicados na legenda.

Fotografias de cirurgia e de biópsias, onde foram utilizadas colorações e técnicas especiais, serão consideradas para impressão colorida, sendo o custo adicional de responsabilidade dos autores. Se as ilustrações já tiverem sido publicadas, deverão vir acompanhadas de autorização por escrito do autor ou editor.

A reprodução de figuras, quadros, gráficos e ou tabelas que não de origem do trabalho, devem mencionar a fonte de onde foram extraídas.

Abreviaturas e siglas

O uso de abreviaturas deve ser evitado no título do trabalho, no resumo e no título das tabelas e figuras. Seu uso deve ser minimizado em todo o texto. Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez no texto. No rodapé das figuras e tabelas devem ser discriminados o significado das abreviaturas, símbolos e outros sinais.

Envio de manuscritos

Os artigos deverão ser submetidos eletronicamente no endereço: <http://mc04.manuscriptcentral.com/rbti-scielo> © 2016 Associação de Medicina Intensiva Brasileira/Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos

ANEXO B – PARECER DO CEP

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Qualidade de vida após alta da UTI
Pesquisador: Sílvia Regina Rios Vieira
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 04258312.4.2002.5327
Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.405.592

Apresentação do Projeto:

Introdução e objetivos: Sobreviventes de UTI são susceptíveis a desenvolvimento de doenças crônicas, a altas taxas de mortalidade e a piora da qualidade de vida nos meses e anos subsequentes. O objetivo do estudo é avaliar a qualidade de vida dos pacientes após a alta da UTI. **Metodologia:** Estudo de coorte prospectiva, com inclusão de pacientes maiores do que 18 anos e entre 24 a 120 horas após a alta da UTI. Serão coletados os dados de internação na UTI (diagnóstico na admissão, escores de gravidade, necessidade de suporte de vida e desfechos), grau de dependência e capacidade funcional, qualidade de vida, sintomas de ansiedade, depressão e estresse pós traumático, nível de atividade física, força muscular e capacidade pulmonar. Os pacientes serão avaliados entre 24 a 120 horas após alta da UTI, em três, seis e 12 meses. O seguimento será realizado por telefone. Estima-se a inclusão de 1.500 participantes até agosto de 2016.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo principal

Avaliar a qualidade de vida dos pacientes após a alta da UTI, seus determinantes e preditores.

Objetivos secundários

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cephcpa@hcpa.edu.br

Continuação do Parecer: 1.405.592

1. Avaliar a taxa de mortalidade dos pacientes após a alta da UTI, seus determinantes e preditores.
2. Avaliar a taxa de reinternação hospitalar e em UTI, seus determinantes e preditores.
3. Avaliar a prevalência de sintomas de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático após a alta da UTI, seus determinantes e preditores.
4. Avaliar a independência funcional dos pacientes após a alta da UTI, seus determinantes e preditores.
5. Avaliar a o impacto da disfagia na qualidade de vida após a alta da UTI, seus determinantes e preditores.
6. Avaliar a capacidade pulmonar dos pacientes após a alta da UTI.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Existe a possibilidade de desconforto ao responder aos instrumentos e cansaço ao realizar as atividades prevista ainda na internação.

Benefícios:

Os resultados do estudo podem trazer acréscimos ao conhecimento na área.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto originário do Hospital Moirhos de Vento e que terá a participação de outros hospitais como centros participantes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta TCLE.

Recomendações:

Nada a recomendar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências emitidas para o projeto no parecer 1.380.168 foram adequadamente respondidas pelos pesquisadores, conforme carta de respostas, nova versão de projeto e de TCLE adicionadas em 20/01/2016. Não apresenta novas pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (versão do projeto de 20/01/2016, TCLE de 20/01/2016 e demais documentos submetidos até a presente data, que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto. Para que possa ser realizado o mesmo

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
 Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-903
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.405.592

deverá estar cadastrado no sistema WebGPPG em razão das questões logísticas e financeiras.

O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica, através do Sistema WebGPPG.

Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada. A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na intranet do HCPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_595700.pdf	20/01/2016 16:13:58		Acelto
Outros	CARTA_AO_CEP_HCPA_PARECER_1380168.docx	20/01/2016 16:08:08	Caroline Cabral Robinson	Acelto
Outros	PROJETO_DE_PESQUISA_NOVA_VE_RSAO_Emenda3_grifos.docx	20/01/2016 16:07:25	Caroline Cabral Robinson	Acelto
Brochura Pesquisa	PROJETO_DE_PESQUISA_NOVA_VE_RSAO_Emenda3.docx	20/01/2016 16:07:00	Caroline Cabral Robinson	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_VERSAO_HCPA_Emenda3.doc	20/01/2016 16:05:29	Caroline Cabral Robinson	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TERMO_ANUENCIA_REPONS_SERVICO_HCPA_Emenda3.pdf	18/11/2015 17:10:27	Caroline Cabral Robinson	Acelto
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DADOS_HCPA_Emenda3.pdf	18/11/2015 17:09:47	Caroline Cabral Robinson	Acelto
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DADOS_INSTITUCIONAIS_HCPA_Emenda3.pdf	18/11/2015 17:09:09	Caroline Cabral Robinson	Acelto
Declaração de Pesquisadores	FORM_DELEG_EQUIPE_HCPA_Emenda3.jpg	18/11/2015 17:08:30	Caroline Cabral Robinson	Acelto
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	18/11/2015 16:38:21	Caroline Cabral Robinson	Acelto
Outros	Carta ao CEP Hospital Moinhos de Vento- Emenda 3.doc	13/08/2015 16:25:43		Acelto
Outros	RELAÇÃO DOS INTEGRANTES DO PROJETO DE PESQUISA (Emenda 2).	17/02/2015 15:48:55		Acelto

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
 Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-903
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Continuação do Parecer: 1.405.592

Outros	pdf	17/02/2015 15:48:55		Aceito
Outros	TERMO DE COMPROMISSO PARA ENTREGA DE RELATÓRIO SEMESTRAL OU FINAL (Emenda 2).pdf	17/02/2015 15:47:20		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ANEXO 1 - TCLE versão HNSC (Emenda 2).doc	17/02/2015 15:46:34		Aceito
Outros	Carta ao CEP Hospital Moinhos de Vento- Emenda 2.docx	17/02/2015 15:43:52		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ANEXO 1 - TCLE_Emenda 1 - 11 de janeiro de 2015.doc	11/01/2015 19:40:59		Aceito
Outros	Carta ao CEP - Emenda 1.docx	11/01/2015 19:38:59		Aceito
Outros	Cassiano Teixeira.pdf	12/09/2012 15:43:00		Aceito
Outros	Formulario de Autorizacao para Submissao de Projeto de Pesquisa ao CEP - qualidade de vida.pdf	26/06/2012 19:23:04		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

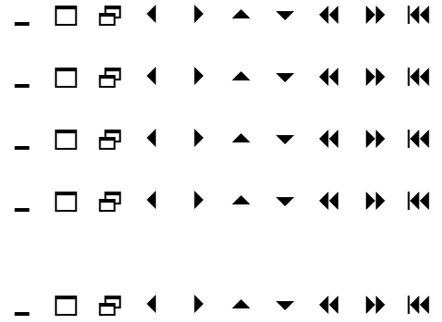
PORTO ALEGRE, 10 de Fevereiro de 2016

Assinado por:
José Roberto Goldim
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.edu.br

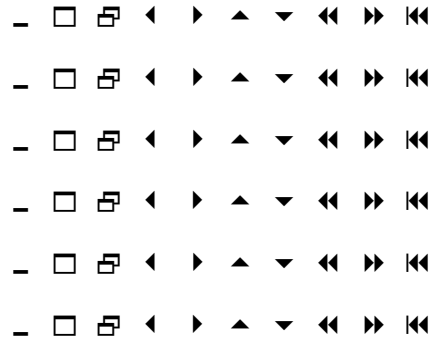
ANEXO C – QUESTIONÁRIO DE LINHA DE BASE

1	ID do paciente
	5 dígitos: xx (código hospital) xxx (ID paciente)



2	Nome completo:
----------	----------------

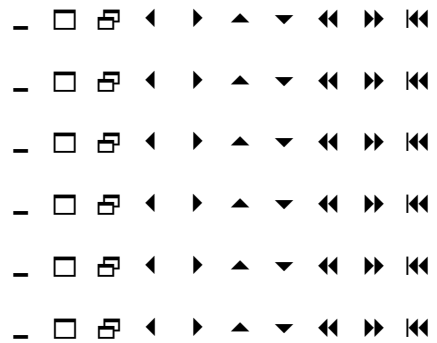
3	Data de nascimento	Dia
		Mês
		Ano



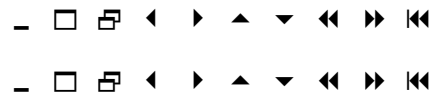
4	Sexo
----------	------



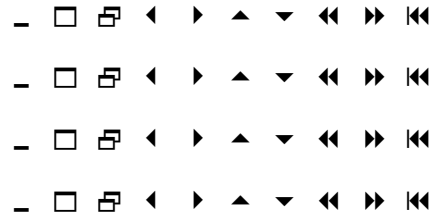
5	Data da alta da UTI	Dia
		Mês
		Ano



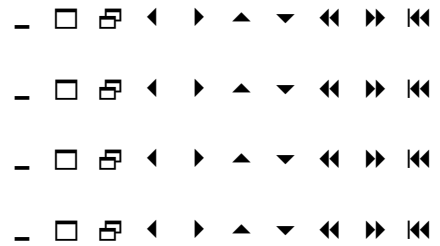
6	Data da entrevista	Dia
----------	--------------------	-----



		Mês
		Ano



7	Horário inicial da entrevista (0-24h)	Hora
		Minuto



8	Regime de internação (pegar informação no prontuário)
	1 = SUS 2 = convênio/particular



9	Observar uso de ventilação não invasiva – durante entrevista:
	0 = não está utilizando 1 = com máscara 2 = na TQT



10	Qual o estado civil do(a) Sr.(a)?
	1 = casado(a)
	2 = separado(a) / desquitado(a) / divorciado(a)
	3 = viúvo(a)
	4 = solteiro(a)



11	O(a) Sr.(a) atualmente vive com companheiro(a)?
	(Sim >> PULE PARA A QUESTÃO 13)



12	O(a) Sr.(a) tem algum(a) parceiro(a) estável sem
----	--



	viver junto com ela(e)?
--	-------------------------

13	Como o(a) Sr.(a) se classificaria a respeito de sua cor ou raça? (LEIA AS ALTERNATIVAS)
	1 = preta
	2 = parda
	3 = branca
	4 = amarela
	5 = indígena
	9 = não sabe/não quer responder



14	Atualmente, o(a) Sr.(a) possui alguma religião ou culto?
	(Não >> PULE PARA A QUESTÃO 17)



15	Qual?
	Se mais de uma: Qual a que o(a) Sr. (a) mais se identifica? (registrar a que pratica com mais frequência no momento):

16	Sem contar com situações como casamento, batizado, ou enterro, nos últimos 12 meses antes da internação hospitalar, com que frequência o(a) Sr.(a) compareceu a atividades da sua religião ou culto?
	(LEIA AS ALTERNATIVAS)
	1 = mais de uma vez por semana
	2 = 1 vez por semana
	3 = 2 a 3 vezes por mês
	4 = algumas vezes no ano
	5 = uma vez no ano
6 = nenhuma vez	



17	<p>Até que série o(a) Sr.(a) estudou com aprovação?</p> <p>(conversão para anos de estudo – não considerar repetências)</p> <p>0 = analfabeto</p> <p>1ª série = 1</p> <p>2ª série = 2</p> <p>3ª série = 3</p> <p>4ª série = 4</p> <p>5ª série = 5</p> <p>6ª série = 6</p> <p>7ª série = 7</p> <p>8ª série = 8</p> <p>1º ano = 9</p> <p>2º ano = 10</p> <p>3º ano = 11</p> <p>Faculdade completa – somar mais 5 anos = 16</p> <p>Pós-graduação – somar mais 2 anos = 18</p> <p>Mestrado – somar mais 2 anos = 20</p> <p>Doutorado – somar mais 4 anos = 24</p>
-----------	---

– □ □ ◀ ▶ ▲ ▼ ◀◀ ▶▶ ◀◀◀ ▶▶▶

– □ □ ◀ ▶ ▲ ▼ ◀◀ ▶▶ ◀◀◀ ▶▶▶

18	O(a) Sr.(a) estava trabalhando até 3 meses antes da internação hospitalar?
-----------	--

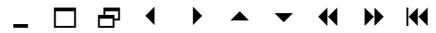
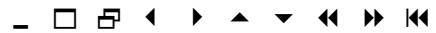
● ?

	(Sim>> PULE PARA A QUESTÃO 21)
--	--------------------------------

19	Por qual motivo o(a) Sr. (a) não estava trabalhando?
	1 = aposentado e/ou pensionista
	2 = desempregado
	3 = do lar e/ou nunca trabalhou
	4 = estudante
	5 = afastado por motivos de saúde



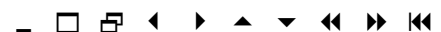
20	Há quanto tempo o(a) Sr.(a) está sem trabalhar?
	(se menor do que 01, marque 00)
	Unidade de tempo:
	1 = meses
	2 = anos
	(Após resposta >> PULE PARA A QUESTÃO 22)



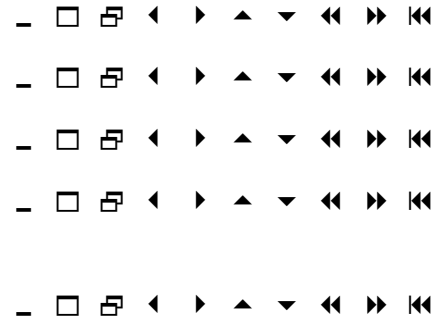
21	Qual o regime de trabalho do(a) Sr.(a)?
	(LEIA AS ALTERNATIVAS)
	1 = empregado
	2 = empregador
	3 = autônomo
	4 = servidor público



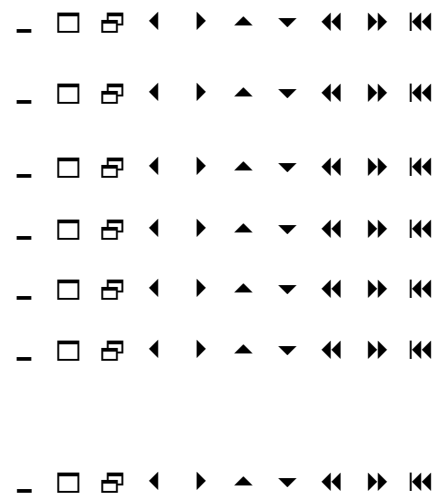
22	Qual é aproximadamente a sua renda familiar,
-----------	--



	<p>isto é,</p> <p>a soma dos rendimentos de todas as pessoas que contribuem para as despesas da casa? (R\$)</p> <p>(exemplo: 100.000 ou 001.000 = 6 dígitos)</p> <p>(Se não sabe informar ou não quer responder = marcar 999999)</p>
--	--



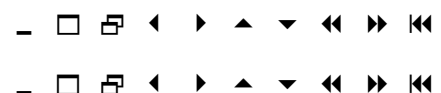
23	<p>Quantas pessoas, incluindo o(a) Sr.(a), dependem dessa renda para viver? (Se for o caso, inclua dependentes que recebem pensão alimentícia)</p>
24	<p>Em média quanto o(a) Sr.(a) gastava mensalmente com sua saúde, incluindo plano de saúde, medicamentos, suplementos alimentares, etc., considerando os 3 meses antes da internação hospitalar? (R\$)</p> <p>(exemplo: 10.000 ou 01.000 = 5 dígitos)</p> <p>(Se não sabe informar ou não quer responder = marcar 99999)</p>



25	<p>O(a) Sr.(a) esteve hospitalizado(a), inclusive na emergência, por uma noite ou mais, em razão de doença ou acidente, nos últimos 12 meses?</p> <p>(no caso das mulheres, não considerar internação para parto)</p> <p>(Não>> PULE PARA A QUESTÃO 28)</p>
-----------	---



26	<p>Quantas vezes o(a) Sr.(a) foi hospitalizado(a) nos últimos 12 meses?</p>
-----------	---



27	<p>Quais foram os motivos dessa(s) hospitalização(s)?</p>
-----------	---

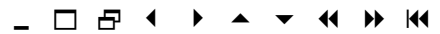
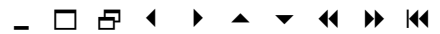
28	<p>O(a) Sr.(a) fuma ou já fumou no passado, ou seja, já fumou pelo menos 100 cigarros ou cinco maços de cigarros ao longo da sua vida?</p> <p>(Não>> PULE PARA A QUESTÃO 33)</p>
-----------	--



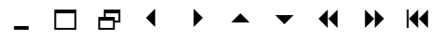
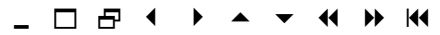
29	<p>O(a) Sr.(a) fumou algum cigarro até 3 meses antes da internação hospitalar?</p> <p>(Sim >>PULE PARA A QUESTÃO 31)</p>
-----------	--



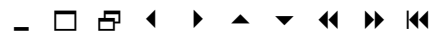
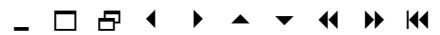
30	<p>Com que idade o(a) Sr.(a) parou de fumar pela última vez? (anos)</p> <p>.</p>
-----------	--



31	<p>Em geral, quantos cigarros por dia o(a) Sr.(a) fuma (ou fumava)?</p> <p>(se menor do que 01, marque 00)</p>
-----------	--



32	<p>Ao todo, durante quantos anos o(a) Sr.(a) fumou ou fuma?</p> <p>Desconte os períodos em que deixou de fumar</p> <p>(se menor do que 01, marque 00)</p>
-----------	---



33	<p>Alguma outra pessoa fuma na casa do(a) Sr.(a) ou no ambiente de trabalho?</p>
-----------	--



34	<p>O(a) Sr.(a) consumiu bebidas alcoólicas, mesmo que socialmente, nos últimos 3 meses antes da internação hospitalar?</p>
-----------	--



35	O(a) Sr.(a) consumiu alguma destas bebidas, nos últimos 3 meses antes da internação hospitalar?	Vinho tinto (Sim >> 36)	● ?
		Vinho branco ou espumante (Sim >> 37)	● ?
		Cerveja ou chopp (Sim >> 38)	● ?
		Destilados, tais como uísque, vodka, tequila, rum ou aguardente ou bebidas misturadas preparadas com estes destilados (caipirinha, coquetéis, drinks) (Sim >> 39)	● ?

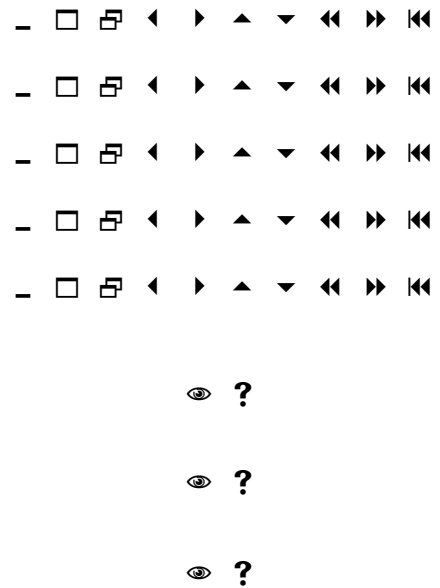
Entrevistador(a): Nas próximas perguntas, se o(a) participante disser que toma pouco, mas toma semanalmente, marque **“Menos de 1 taça de vinho tinto”**; se disser que toma irregularmente, marque **“Tomo de vez em quando”**. Adapte as respostas em função da pergunta (vinho tinto, vinho branco, cerveja, destilados).

36	Quantas taças de VINHO TINTO o(a) Sr.(a) consumia por semana nos últimos 3 meses antes da internação hospitalar? (Marcar apenas 1 alternativa)	Taças de vinho tinto	- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ◀ ▶ ▲ ▼ ◀◀ ▶▶ ◀◀◀ ▶▶▶
		Menos de 1 taça	👁️ ?
		Toma de vez em quando	👁️ ?
		Não sabe	👁️ ?

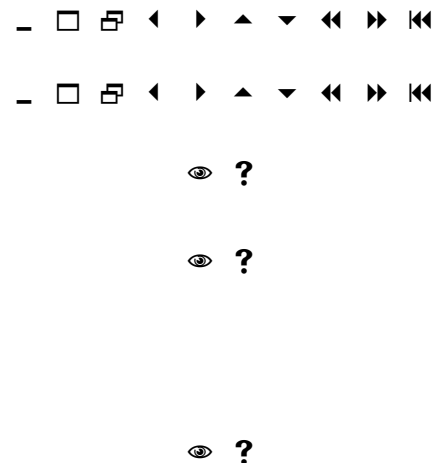
37	Quantas taças de VINHO BRANCO ou ESPUMANTE o(a) Sr.(a) consumia por semana nos últimos 3 meses antes da internação hospitalar? (Marcar apenas 1 alternativa)	Taças de vinho branco ou espumante	- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ◀ ▶ ▲ ▼ ◀◀ ▶▶ ◀◀◀ ▶▶▶
		Menos de 1 taça	👁️ ?
		Toma de vez em quando	👁️ ?
		Não sabe	👁️ ?

38	Quantas latas, garrafas ou	Copos pequenos	- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ◀ ▶ ▲ ▼ ◀◀ ▶▶ ◀◀◀ ▶▶▶
----	----------------------------	----------------	--

	copos de CERVEJA ou CHOPP, o(a) Sr.(a) consumia por semana nos últimos 3 meses antes da internação hospitalar? (Marcar apenas 1 alternativa)	
		Tulipas, latas, long neck
		Garrafas de 600ml
		Menos de 1 copo, lata, garrafa
		Toma de vez em quando
		Não sabe



39	Quantas doses de DESTILADOS (tais como uísque, vodka, tequila, rum ou aguardente) ou bebidas misturadas preparadas com estes destilados (caipirinha, coquetéis, drinks), o(a) Sr.(a) consumia por semana nos últimos 3 meses antes da internação hospitalar? (Marcar apenas 1 alternativa)	Doses de destilados ou bebidas misturadas
		Menos de 1 dose
		Toma de vez em quando
		Não sabe



40	O(a) Sr.(a) tinha cuidador, ou seja, alguém que auxiliava diariamente para atividades do dia-a-dia, como alimentação, higiene pessoal, vestuário, medicamentos, nos últimos 3 meses antes da internação hospitalar? Não>>PULE PARA A QUESTÃO 42
	Se sim, quem cuidava? 1 = Sim, cuidador familiar 2 = Sim, cuidador contratado 3 = Sim, conhecido 4 = Sim, cuidador familiar ou conhecido + contratado
41	Por quantas horas diárias aproximadamente era



	cuidado? (após a resposta, confirmar a alternativa) 1 = 0h-6h 2 = 6h-12h 3 = 12h-18h 4 = 18h-24h
--	---

42	O(a) Sr.(a) sabe qual o seu peso atual (no hospital)? (kg) (exemplo: 100,5 ou 070,0 = 4 dígitos) (Se não sabe informar = marcar 9999)
-----------	---

-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	◀	▶	▲	▼	◀◀	▶▶	◀◀◀	▶▶▶
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	◀	▶	▲	▼	◀◀	▶▶	◀◀◀	▶▶▶
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	◀	▶	▲	▼	◀◀	▶▶	◀◀◀	▶▶▶
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	◀	▶	▲	▼	◀◀	▶▶	◀◀◀	▶▶▶

43	O(a) Sr.(a) sabe qual era o seu peso nos últimos 3 meses antes da internação hospitalar? (kg) (exemplo: 100,5 ou 070,0 = 4 dígitos) (Se não sabe informar = marcar 9999)
-----------	--

-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	◀	▶	▲	▼	◀◀	▶▶	◀◀◀	▶▶▶
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	◀	▶	▲	▼	◀◀	▶▶	◀◀◀	▶▶▶
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	◀	▶	▲	▼	◀◀	▶▶	◀◀◀	▶▶▶
-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	◀	▶	▲	▼	◀◀	▶▶	◀◀◀	▶▶▶

44	Qual a forma de administração da dieta que o(a) Sr.(a) está recebendo no momento? 1 = via oral 2 = sonda 3 = via oral + sonda 4 = NPT
-----------	---

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	◀	▶
--------------------------	--------------------------	---	---

45	Qual a forma de administração da dieta que o(a) Sr.(a) estava recebendo nos últimos 3 meses antes da internação hospitalar? 1 = via oral 2 = sonda (PULE PARA A QUESTÃO 55) 3 = via oral + sonda (PULE PARA A QUESTÃO 54) 4 = NPT (PULE PARA A QUESTÃO 55)
-----------	--

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	◀	▶
--------------------------	--------------------------	---	---

	Nos últimos 3 meses antes da internação hospitalar o(a) Sr.(a) conseguia comer qualquer tipo de alimento como sucos,
--	--

46	<p>cremes, batata e carne?</p> <p>(Não >> PULE PARA A QUESTÃO 51)</p>
-----------	---



47	<p>Nos últimos 3 meses antes da internação hospitalar havia necessidade de triturar ou processar os alimentos?</p> <p>(Sim>> PULE PARA A QUESTÃO 53)</p>
-----------	--



48	<p>Nos últimos 3 meses antes da internação hospitalar havia a necessidade de picar ou amassar os alimentos sólidos como rotina?</p> <p>(Sim >> PULE PARA A QUESTÃO 55)</p>
-----------	--



49	<p>Nos últimos 3 meses antes da internação hospitalar havia a necessidade de colocar espessante em líquidos como rotina?</p> <p>(Sim >> PULE PARA A QUESTÃO 55)</p>
-----------	---



50	<p>Nos últimos 3 meses antes da internação hospitalar havia algum tipo de alimento que o(a) Sr.(a) não ingeria por achar difícil de mastigar ou engolir?</p> <p>(Não ou Sim >>PULE PARA A QUESTÃO 55)</p>
-----------	---



51	<p>Nos últimos 3 meses antes da internação hospitalar o(a) Sr.(a) conseguia ingerir líquidos, como sucos, sopas e água?</p> <p>(Sim >> PULE PARA A QUESTÃO 53)</p>
-----------	--



52	<p>Nos últimos 3 meses antes da internação hospitalar havia necessidade de triturar ou processar os alimentos?</p> <p>(Não ou Sim>>PULE PARA A QUESTÃO 55)</p>
-----------	--



53	Nos últimos 3 meses antes da internação hospitalar havia a necessidade de colocar espessante em líquidos como rotina? (Não ou Sim>>PULE PARA A QUESTÃO 55)
-----------	---



54	Nos últimos 3 meses antes da internação hospitalar o (a) Sr. (a) se alimentava por via oral em todas as refeições, sem exceção?
-----------	---



55	O (a) Sr. (a) fazia acompanhamento nutricional nos últimos 3 meses antes da internação hospitalar?
-----------	--



56	O (a) Sr. (a) fazia algum tipo de dieta por orientação médica ou nutricional nos últimos 3 meses antes da internação hospitalar? (Não >> PULE PARA A QUESTÃO 58)
-----------	---



57	Qual o tipo de dieta o (a) Sr. (a) estava fazendo?
-----------	--

58	O(a) Sr.(a) está fazendo fisioterapia no hospital?
-----------	--



59	O(a) Sr. (a) fazia fisioterapia nos últimos 3 meses antes da internação hospitalar? (Não >> PULE PARA A QUESTÃO 61)
-----------	--



60	Quantas vezes na semana?
-----------	--------------------------



61	O(a) Sr.(a) está fazendo acompanhamento fonoaudiológico no hospital?
-----------	--



62	O(a) Sr.(a) fazia acompanhamento fonoaudiológico nos últimos 3 meses antes da internação hospitalar?
-----------	--



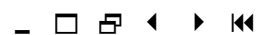
	(Não >> PULE PARA A QUESTÃO 64)
63	Quantas vezes na semana?



64	O(a) Sr.(a) está fazendo acompanhamento psicológico ou psiquiátrico no hospital?
65	O(a) Sr.(a) fazia acompanhamento psicológico ou psiquiátrico nos últimos 3 meses antes da internação hospitalar? (Não >> PULE PARA A QUESTÃO 67)
66	Quantas vezes na semana?



67	<p>Alguma vez um médico lhe disse que o(a) Sr.(a) possui diagnóstico médico de ansiedade? Como por exemplo: transtorno de ansiedade, síndrome do pânico, TOC (transtorno obsessivo-compulsivo), estresse pós-traumático ou fobia</p> <p>0 = Não</p> <p>Se sim, o(a) Sr.(a) estava realizando algum tipo de tratamento medicamentoso ou psicoterápico nos últimos 3 meses antes da internação hospitalar?</p> <p>1 = Sim, sem tratamento 2 = Sim, com tratamento medicamentoso 3 = Sim, com tratamento psicoterápico 4 = Sim, com tratamento medicamento + psicoterápico 9 = Não sabe responder</p>
68	<p>Alguma vez um médico lhe disse que o(a) Sr.(a) possui diagnóstico médico de transtorno do humor? Como por exemplo: depressão, transtorno bipolar, distímia.</p> <p>0 = Não</p> <p>Se sim, o(a) Sr.(a) estava realizando algum tipo de tratamento medicamentoso ou psicoterápico nos últimos 3 meses antes da internação hospitalar?</p> <p>1 = Sim, sem tratamento 2 = Sim, com tratamento medicamentoso 3 = Sim, com tratamento psicoterápico 4 = Sim, com tratamento medicamento + psicoterápico</p>



	9 = Não sabe responder
--	------------------------

69	Respondido por 0 = paciente 1 = familiar/cuidador 2 = paciente com auxílio
-----------	---

- □ □

ANEXO D – QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE (SF12V2)

Sua Saúde e Bem-Estar

Este questionário lhe pergunta sua opinião sobre sua saúde. Esta informação nos ajudará a saber como você se sente, e como você é capaz de desempenhar suas atividades usuais. *Muito obrigado por responder a este questionário!*

1. Em geral, o(a) Sr.(a) diria que sua saúde é:

- 1- Excelente
- 2 - Muito boa
- 3 - Boa
- 4 - Razoável
- 5 - Ruim

2. As seguintes perguntas são sobre atividades que você poderia fazer durante um dia comum.

A sua saúde limita você nestas atividades? Se for o caso, o quanto?

2. a) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, dançar ou nadar?

- 1 - Sim, limita muito
- 2 - Sim, limita um pouco
- 3 - Não, não limita nem um pouco

2. b) Subir vários lances de escada?

- 1- Sim, limita muito
- 2- Sim, limita um pouco
- 3- Não, não limita nem um pouco

3. Nas últimas 4 semanas, durante quanto tempo você teve algum dos problemas abaixo com seu trabalho ou outras atividades diárias regulares por causa de sua saúde física?

3.a) Realizou menos do que gostaria?

- 1-Sempre
- 2-A maior parte do tempo

3-Alguma parte do tempo

4-Uma pequena parte do tempo

5-Nunca

3.b) Esteve limitado(a) no tipo de trabalho ou atividades seu do dia a dia?

1-Sempre

2-A maior parte do tempo

3-Alguma parte do tempo

4-Uma pequena parte do tempo

5-Nunca

4. Nas últimas 4 semanas, durante quanto tempo você teve algum dos problemas abaixo com seu trabalho ou outras atividades diárias regulares, por causa de qualquer problema emocional (como se sentir deprimido/a ou ansioso/a)?

4.a) Realizou menos do que gostaria?

1-Sempre

2-A maior parte do tempo

3-Alguma parte do tempo

4-Uma pequena parte do tempo

5-Nunca

4.b) Trabalhou ou fez qualquer outra atividade sem o cuidado habitual?

1-Sempre

2-A maior parte do tempo

3-Alguma parte do tempo

4-Uma pequena parte do tempo

5-Nunca

5. Nas últimas 4 semanas, o quanto a dor interferiu em seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa quanto dentro de casa)?

- 1-De nenhuma forma
- 2-Um pouco
- 3-Moderadamente
- 4-Bastante
- 5-Extremamente

6. Para cada pergunta a seguir, por favor, escolha a alternativa que mais se aproxime da maneira como o(a) Sr.(a) tem se sentido nas últimas 4 semanas:

6.a) O(a) Sr.(a) se sentiu calmo(a) ou tranquilo(a).

- 1-Sempre
- 2-A maior parte do tempo
- 3-Alguma parte do tempo
- 4-Uma pequena parte do tempo
- 5-Nunca

6.b) O(a) Sr.(a) se sentiu com muita energia/disposição.

- 1-Sempre
- 2-A maior parte do tempo
- 3-Alguma parte do tempo
- 4-Uma pequena parte do tempo
- 5-Nunca

6.c) O(a) Sr.(a) se sentiu desanimado(a) ou deprimido(a).

- 1-Sempre
- 2-A maior parte do tempo
- 3-Alguma parte do tempo
- 4-Uma pequena parte do tempo
- 5-Nunca

7. Nas últimas 4 semanas, durante quanto tempo sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes etc)?

- 1-Sempre
- 2-A maior parte do tempo
- 3-Alguma parte do tempo
- 4-Uma pequena parte do tempo
- 5-Nunca

Muito obrigado por responder a esse questionário!

ANEXO E – ÍNDICE DE BARTHEL

Vou fazer algumas perguntas, para saber o quanto de ajuda o(a) Sr.(a) precisava para realizar algumas atividades do dia-a-dia, nos últimos 3 meses antes da internação hospitalar:

3.1 Em relação à **alimentação**, como cortar alimentos, levar a comida a boca, usar talheres, o(a) Sr.(a):

Era incapaz de se alimentar sozinho (1 ponto)
Precisava de ajuda para cortar os alimentos, espalhar a manteiga, ou precisava de alguma modificação na dieta (2 pontos)
Não precisava de ajuda para se alimentar (3 pontos)

3.2 Para **tomar banho** utilizando chuveiro, ou banheira, o(a) Sr.(a),

Precisava de ajuda (1 ponto)
Não precisava de ajuda (2 pontos)

3.3 Em relação aos **cuidados pessoais**, como lavar o rosto, pentear o cabelo, escovar os dentes, o(a) Sr.(a):

Precisava de ajuda (1 ponto)
Não precisava de ajuda (2 pontos)

3.4 Para **se vestir**, não incluindo calçar sapatos, o(a) Sr.(a):

Precisava de ajuda (1 ponto)
Precisava de ajuda, mas conseguia vestir a metade sem ser ajudado (2 pontos)
Não precisava de ajuda para se vestir, conseguia abotoar a roupa, abrir ou fechar zíper, etc (3 pontos)

3.5 Em relação ao seu **ritmo intestinal**, o(a) Sr.(a):

Era incontinente ou precisava de enemas ou supositório (se paciente pedir esclarecimento: não conseguia segurar o cocô ou precisava de enemas ou supositório) (1 ponto)
Ocasionalmente tinha defecação acidental (se paciente pedir esclarecimento: saia cocô de vez em quando) (2 pontos)
Era continente (se paciente pedir esclarecimento: conseguia segurar o cocô) (3 pontos)

3.6 Em relação ao seu **ritmo urinário**, o(a) Sr.(a):

Era incontinente, ou era cateterizado e incapaz de urinar sozinho (se paciente pedir esclarecimento: não conseguia segurar o xixi ou era sondado e incapaz de urinar sozinho) (1 ponto)
Ocasionalmente tinha micção acidental (se paciente pedir esclarecimento: saia xixi de vez em quando) (2 pontos)
Era continente (se paciente pedir esclarecimento: conseguia segurar o xixi) (3 pontos)

3.7 Em relação ao **uso do banheiro**, para entrar e sair, se vestir, se limpar, o(a) Sr.(a):

Precisava de ajuda ou não desempenhava esta função, utilizando papagaios ou comadres (1 ponto)
Precisava de alguma ajuda, mas podia fazer alguma coisa sozinho (2 pontos)
Não precisava de ajuda para usar o banheiro (3 pontos)

3.8 Em relação à **passagem da cama para a cadeira e vice-versa**, o(a) Sr.(a):

Era incapaz, não tinha equilíbrio para sentar (1 ponto)
Precisava de muita ajuda de uma ou duas pessoas, mas podia se sentar (2 pontos)

Precisava de pouca ajuda, tanto ajuda verbal ou física (3 pontos)
Não precisava de ajuda (4 pontos)

3.9 Em relação à **mobilidade**, ou seja, a capacidade de caminhar, o(a) Sr.(a):

Era acamado ou caminhava menos que 45 metros (1 ponto)
Utilizava cadeira de rodas de forma independente por mais de 45 metros (2 pontos)
Caminhava com ajuda verbal ou física de uma pessoa por mais de 45 metros (3 pontos)
Caminhava sozinho ou com auxílio de uma bengala, muleta ou andador por mais de 45 metros (3 pontos)

3.10 Para **subir escadas** o(a) Sr.(a):

Era incapaz (1 ponto)
Precisava de ajuda verbal, física, ou com ajuda de algum suporte (2 pontos)
Não precisava de ajuda para subir escadas (3 pontos)

4	Respondido por
	0 = paciente 1 = familiar/cuidador 2 = paciente com auxílio

ANEXO F – ESCALA HOSPITALAR DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HADS)

Vou lhe fazer umas perguntas sobre como o(a) Sr.(a) está se sentindo no momento, diga a melhor alternativa que representa o seu estado atual.

3.1A	Eu me sinto tenso ou contraído	3 = A maior parte do tempo
		2 = Boa parte do tempo
		1 = De vez em quando
		0 = Nunca

3.2D	Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes	0 = Sim, do mesmo jeito que antes
		1 = Não tanto quanto antes
		2 = Só um pouco
		3 = Já não sinto mais prazer em nada

3.3A	Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer	3 = Sim, e de um jeito muito forte
		2 = Sim, mas não tão forte
		1 = Um pouco, mas isso não me preocupa
		0 = Não sinto nada disso

3.4D	Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas	0 = Do mesmo jeito que antes
		1 = Atualmente um pouco menos
		2 = Atualmente bem menos
		3 = Não consigo mais

3.5A	Estou com a cabeça cheia de preocupações	3 = A maior parte do tempo
		2 = Boa parte do tempo
		1 = De vez em quando
		0 = Raramente

3.6D	Eu me sinto alegre	3 = Nunca
		2 = Poucas vezes
		1 = Muitas vezes
		0 = A maior parte do tempo
3.7A	Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado	0 = Sim, quase sempre
		1 = Muitas vezes
		2 = Poucas vezes
		3 = Nunca

3.8D	Eu estou lento para pensar e fazer as coisas	3 = Quase sempre
		2 = Muitas vezes
		1 = De vez em quando
		0 = Nunca

3.9A	Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago	0 = Nunca
		1 = De vez em quando
		2 = Muitas vezes
		3 = Quase sempre

3.10D	Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência	3 = Completamente
		2 = Não estou mais me cuidando como deveria
		1 = Talvez não tanto quanto antes
		0 = Me cuido do mesmo jeito que antes

3.11A	Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum	3 = Sim, demais
		2 = Bastante
		1 = Um pouco
		0 = Não me sinto assim

3.12D	Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir	0 = Do mesmo jeito que antes
		1 = Um pouco menos do que antes
		2 = Bem menos do que antes
		3 = Quase nunca

3.13A	De repente, tenho a sensação de entrar em pânico	3 = A quase todo momento
		2 = Várias vezes
		1 = De vez em quando
		0 = Não sinto isso

3.14D	Conseguo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa	0 = Quase sempre
		1 = Várias vezes
		2 = Poucas vezes
		3 = Quase nunca

ANEXO G – ROTEIRO DOS ACOMPANHAMENTOS TELEFÔNICOS

Acompanhamento em três meses após a alta da UTI

- Apresentação: O pesquisador identifica-se (nome do pesquisador, hospital, nome da pesquisa) e solicita falar com o participante. Caso o participante não tenha condições, solicita falar com o responsável designado no momento da inclusão do paciente na pesquisa. Relembra a participação na pesquisa, quanto tempo leva para a realização da entrevista telefônica referente aos três meses após a alta da UTI (20 minutos) e que a entrevista é gravada. Caso o participante não tenha disponibilidade no momento é agendada uma data para realização do acompanhamento dentro da janela de tempo estipulada.

- Instrumentos (realizados sempre na mesma ordem):

Confirmação e atualização de contatos.

Questionário de desfechos (uso de O2, traqueostomia, hemodiálise, retorno ao trabalho, modificação da renda familiar, modificação nos gastos com saúde, reinternações ou atendimentos de emergência, necessidade de cuidadores/homecare, adaptações no domicílio, acompanhamentos nutricionais, fisioterapêutico, psicológico (respondido pelo paciente e na impossibilidade, por familiar responsável).

Índice de Brathel – Independência nas atividades da vida diária (respondido pelo paciente e na impossibilidade, por familiar responsável).

SF12v2 – Qualidade de vida relacionada à saúde (respondido apenas pelo paciente)

- Encerramento: O pesquisador agradece a disponibilidade e informa a data estimada do próximo acompanhamento telefônico.

Acompanhamento em seis meses após a alta da UTI

- Apresentação: O pesquisador identifica-se (nome, hospital, nome da pesquisa) e solicita falar com o participante. Caso o participante não tenha condições, solicita falar com o responsável designado no momento da inclusão do paciente na pesquisa. Relembra a participação na pesquisa, quanto tempo leva para a realização da entrevista telefônica referente aos seis meses após a alta da UTI (25 minutos) e que a entrevista é gravada. Caso o participante não tenha disponibilidade no momento é agendada uma data para realização do acompanhamento dentro da janela de tempo estipulada.

- Instrumentos (realizados sempre na mesma ordem):

Confirmação e atualização de contatos.

Questionário de desfechos (uso de O2, traqueostomia, hemodiálise, retorno ao trabalho, reinternações ou atendimentos de emergência, necessidade de cuidadores/homecare, acompanhamentos nutricionais, fisioterapêutico, psicológico (respondido pelo paciente e na impossibilidade, por familiar responsável).

Índice de Brathel – Independência nas atividades da vida diária (respondido pelo paciente e na impossibilidade, por familiar responsável).

HAD – Sintomas de ansiedade e depressão hospitalar (respondido pelo paciente)

SF12v2 – Qualidade de vida relacionada à saúde (respondido apenas pelo paciente)

- Encerramento: O pesquisador agradece a disponibilidade e informa a data estimada do próximo acompanhamento telefônico.

ANEXO H – CENTROS PARTICIPANTES

CENTRO	COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	LOCAL	PESQUISADOR PRINCIPAL
Hospital Moinhos de Vento (Centro Coordenador)	5330 - Hospital Moinhos de Vento - HMV	Porto Alegre, RS	Cassiano Teixeira
Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre – Pavilhão Pereira Filho	5335 - Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre - ISCOMPA	Porto Alegre, RS.	Daniella Cunha Birriel

ANEXO I – STROBE STATEMENT

STROBE Statement – checklist of items that should be included in reports of observational studies

	Item No	Recommendation
Title and abstract	1	<p>(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract</p> <hr/> <p>(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found</p>
Introduction		
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses
Methods		
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection
Participants	6	<p>(a) <i>Cohort study</i>—Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up</p> <p><i>Case-control study</i>—Give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controls</p> <p><i>Cross-sectional study</i>—Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants</p> <hr/> <p>(b) <i>Cohort study</i>—For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed</p> <p><i>Case-control study</i>—For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case</p>
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias
Study size	10	Explain how the study size was arrived at

Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why
Statistical methods	12	<p>(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding</p> <p>(b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions</p> <p>(c) Explain how missing data were addressed</p> <p>(d) <i>Cohort study</i>—If applicable, explain how loss to follow-up was addressed</p> <p><i>Case-control study</i>—If applicable, explain how matching of cases and controls was addressed</p> <p><i>Cross-sectional study</i>—If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy</p> <p>(e) Describe any sensitivity analyses</p>
Results		
Participants	13*	<p>(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed</p> <p>(b) Give reasons for non-participation at each stage</p> <p>(c) Consider use of a flow diagram</p>
Descriptive data	14*	<p>(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders</p> <p>(b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest</p> <p>(c) <i>Cohort study</i>—Summarise follow-up time (eg, average and total amount)</p>
Outcome data	15*	<p><i>Cohort study</i>—Report numbers of outcome events or summary measures over time</p> <p><i>Case-control study</i>—Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure</p> <p><i>Cross-sectional study</i>—Report numbers of outcome events or summary measures</p>
Main results	16	<p>(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included</p> <p>(b) Report category boundaries when continuous variables were categorized</p> <p>(c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period</p>

Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses
----------------	----	--

Discussion

Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives
-------------	----	--

Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias
-------------	----	--

Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence
----------------	----	--

Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results
------------------	----	---

Other information

Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based
---------	----	---

*Give information separately for cases and controls in case-control studies and, if applicable, for exposed and unexposed groups in cohort and cross-sectional studies.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at www.strobe-statement.org.

ANEXO J – DADOS DA INTERNAÇÃO NA UTI

Os dados aqui contidos serão utilizados para cálculos de indicadores hospitalares.

Certifico que as informações aqui contidas são verdadeiras.

Nome completo

Assinatura

Preencher no momento da alta da UTI

1	ID do paciente – COLAR ETIQUETA AQUI 5 dígitos: xx (código hospital) xxx (ID paciente)
----------	---

2	Nome:
----------	-------

3	Número prontuário:
----------	--------------------

4	Idade (anos)	
----------	--------------	--

5	Sexo	0 = M 1 = F
----------	------	-------------

6	Leito (no momento da alta) (exemplo: 1402 ou 0002 = 4 dígitos)	
----------	---	--

--	--	--

7	Peso (kg) – no momento da internação na UTI (exemplo: 100,5 ou 070,0 = 4 dígitos)	
----------	--	--

8	Altura (metros) (exemplo: 1,55 ou 2,00 = 3 dígitos)	
----------	--	--

9	Data da internação hospitalar	Dia	
		Mês	
		Ano	

10	Data da internação na UTI	Dia	
		Mês	
		Ano	

11	Alta da UTI 1 = sim 2 = transferência hospitalar 3 = óbito na UTI	
-----------	--	--

12	Responder apenas se óbito: Teve medidas de ressuscitação cardiopulmonar?	0 = N 1 = S
-----------	---	-------------

13	Data da alta (alta da UTI / transferência hospitalar /óbito na UTI)	Dia	
		Mês	
		Ano	

14	Causa da admissão na UTI:	
-----------	---------------------------	--

15	Classificação 1 = clínico 2 = cirúrgico eletivo 3 = cirúrgico de urgência	
-----------	--	--

16	Procedência 1 = emergência 2 = enfermagem 3 = bloco cirúrgico 4 = outro hospital 5 = home care 6 = sala de recuperação	
-----------	--	--

17	Esta é uma reinternação na UTI (na mesma internação hospitalar)?	0 = N 1 = S
-----------	--	-------------

Comorbidades (Índice de Charlson – questão 18 a 38)

18	IAM prévio	0 = N 1 = S
19	ICC (FE < 40%)	0 = N 1 = S
20	Doença vascular periférica	0 = N 1 = S

	(ex. bypass para insuficiência arterial, insuficiência arterial aguda, gangrena, aneurisma torácico, aneurisma abdominal)	
21	Demência (déficit cognitivo crônico)	0 = N 1 = S
22	Doença cerebrovascular (ex. AVC leve prévio, AIT prévio)	0 = N 1 = S
23	Hemiplegia	0 = N 1 = S
24	Doença do tecido conjuntivo	0 = N 1 = S
25	DM leve (tto com insulina ou hipoglicêmicos orais)	0 = N 1 = S
26	DM moderada a grave (ex. cetoacidose, coma hiperosmolar, internação para controle prévio, início juvenil, retinopatia, neuropatia, nefropatia)	0 = N 1 = S
27	Úlcera péptica ativa	0 = N 1 = S
28	Doença hepática leve (ex. cirrose sem hipertensão portal, hepatite crônica)	0 = N 1 = S
29	Doença hepática moderada a grave (ex. cirrose com hipertensão portal, com ou sem sangramento de varizes)	0 = N 1 = S
30	Tumor sólido sem metástase (Não >> q32)	0 = N 1 = S

31	Sítio (escrever):
-----------	-------------------

32	Tumor sólido com metástase (Não >> q34)	0 = N 1 = S
-----------	---	-------------

33	Sítio (escrever):
-----------	-------------------

34	Leucemia (ex. leucemia aguda ou crônica, leucemia mieloide aguda ou crônica, leucemia linfocítica, policetemia vera)	0 = N 1 = S
35	Linfoma (ex. linfoma de Hodgkins, linfossarcoma, macroglobulinemia de Waldenstrom, mieloma, etc)	0 = N 1 = S

36	SIDA (definida ou provável)	0 = N 1 = S
37	IRC moderada a grave (ex. creatinina sérica >3mg%, diálise, transplantados, urêmicos)	0 = N 1 = S
38	Doença pulmonar crônica (qualquer)	0 = N 1 = S
39	DPOC (Não >> q41)	0 = N 1 = S
40	DPOC	1 = GOLD A 2 = GOLD B 3 = GOLD C 4 = GOLD D 5 = indeterminado
41	Asma	0 = N 1 = S
42	Uso de O2 domiciliar	0 = N 1 = S
43	VMNI domiciliar	0 = N 1 = S
44	Traqueostomia	0 = N 1 = S
45	Doença neuromuscular crônica	0 = N 1 = S
46	Uso crônico de corticoide	0 = N 1 = S
47	Uso de imunossupressor	0 = N 1 = S
48	Depressão	0 = N 1 = S
49	IRC tto conservador	0 = N 1 = S
50	Gastrostomia	0 = N 1 = S

51	APACHE II (se não aplicável = pintar 888)	
-----------	---	--

52	SAPS 3 (se não aplicável = pintar 888)	
-----------	--	--

53	Sepse grave (na admissão na UTI)	0 = N 1 = S
-----------	----------------------------------	-------------

54	Choque séptico (na admissão na UTI)	0 = N 1 = S
-----------	-------------------------------------	-------------

55	Infecção na admissão na UTI (Não >> q64)	0 = N 1 = S
-----------	--	-------------

Foco da infecção na admissão na UTI

56	Respiratório	0 = N 1 = S
57	Urinário	0 = N 1 = S
58	Abdominal	0 = N 1 = S
59	SNC	0 = N 1 = S
60	Pele / Tecidos moles	0 = N 1 = S
61	Cateter	0 = N 1 = S
62	Outro	0 = N 1 = S

63	Foco: Outro (escrever):
-----------	-------------------------

Intervenções durante UTI

64	Vasopressor (nora/dopa/dobuta)	0 = N 1 = S
65	Vasodilatador (NPS/NTG)	0 = N 1 = S
66	Sedação contínua	0 = N 1 = S
67	Insulina IV contínua	0 = N 1 = S
68	HD convencional	0 = N 1 = S
69	HD contínua	0 = N 1 = S
70	Bloqueio neuromuscular contínuo	0 = N 1 = S
71	Anticoagulação terapêutica	0 = N 1 = S
72	Craniectomia descompressiva	0 = N 1 = S
73	Intervenção cirúrgica de urgência	0 = N 1 = S
74	Balão intra-aórtico	0 = N 1 = S
75	Angioplastia coronariana	0 = N 1 = S
76	Derivação ventricular externa	0 = N 1 = S
77	Monitorização de pressão intracraniana	0 = N 1 = S
78	Nutrição parenteral total	0 = N 1 = S

79	Peritoneostomia	0 = N 1 = S
80	Decisão de limitação de investimento	0 = N 1 = S
81	Sonda nasoenteral	0 = N 1 = S

Ventilação

82	Ventilação não invasiva (Não >> q85)	0 = N 1 = S
83	Indicação de VNI (escolher 1 opção)	1 = Desmame 2 = DPOC (desmame ou exacerbação) 3 = ICC 4 = Imunossupressão 5 = Outra

84	Outra (escrever):
-----------	-------------------

85	Ventilação invasiva (Não >> q88)	0 = N 1 = S
86	Tempo total de VM invasiva (dias – se menos que 24h, marcar 00)	
87	Desmame	1 = simples (< 7 dias em VM) 2 = difícil (até 3 falhas TRE, até 7 dias em VM) 3 = prolongado (> 3 falhas TRE ou > 7 dias em VM)
88	Traqueostomia (Não >> q94)	0 = N 1 = S

89	Data da traqueostomia	Dia	
		Mês	
		Ano	

90	Tempo de VM invasiva antes da TQT (dias)	
91	Motivo TQT (escolher 1 opção)	1 = tempo de VM (≥ 7 dias) 2 = desmame (falha

		desmame/extubação 3= neurológico (glasgow \leq 8) 4= obstrução de VAS 5 = outro
--	--	--

92	Outro (escrever):	
-----------	-------------------	--

93	Tipo de traqueostomia na alta da UTI	0 = sem válvula fonadora 1 = com válvula fonadora
-----------	--------------------------------------	--

Desfechos durante UTI

94	IAM/SCA	0 = N 1 = S
95	PCR	0 = N 1 = S
96	AVC (Não >> q98)	0 = N 1 = S
97	AVC	1 = isquêmico 2 = hemorrágico
98	Fraqueza muscular adquirida na UTI	0 = N 1 = S
99	Convulsões	0 = N 1 = S
100	Transfusão \geq 3U CHAD	0 = N 1 = S
101	Transfusão de plasma e/ou plaquetas	0 = N 1 = S
102	Hemorragia digestiva alta	0 = N 1 = S
103	Hemorragia digestiva baixa	0 = N 1 = S
104	SDRA (Não >> q106)	0 = N 1 = S
105	SDRA 1 = leve 2 = moderada 3 = grave	□□□□□
106	TVP	0 = N 1 = S
107	TEP	0 = N 1 = S
108	Úlcera de decúbito	0 = N 1 = S
109	Delirium	0 = N 1 = S
110	Infecção nosocomial adquirida na UTI	0 = N 1 = S

Foco da infecção nosocomial adquirida na UTI

111	Respiratório	0 = N 1 = S
------------	--------------	-------------

112	Urinário	0 = N 1 = S
113	Abdominal	0 = N 1 = S
114	SNC	0 = N 1 = S
115	Pele / Tecidos moles	0 = N 1 = S
116	Cateter	0 = N 1 = S
117	Outro	0 = N 1 = S
118	Foco: Outro (escrever):	