

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

FRANCIANI RODRIGUES DA ROCHA

**FREQUÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS A MORTALIDADE
E DÉFICIT COGNITIVO, SINTOMAS DE DEPRESSÃO E
ANSIEDADE EM SOBREVIVENTES DE UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA: UM ESTUDO DE COORTE
PROSPECTIVO**

CRICIÚMA

2019

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

FRANCIANI RODRIGUES DA ROCHA

**FREQUÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS A MORTALIDADE
E DÉFICIT COGNITIVO, SINTOMAS DE DEPRESSÃO E
ANSIEDADE EM SOBREVIVENTES DE UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA: UM ESTUDO DE COORTE
PROSPECTIVO**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade do Extremo Sul Catarinense para obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria Inês da Rosa

Coorientador: Prof. Dr. Felipe Dal-Pizzol

CRICIÚMA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

R672f Rocha, Franciani Rodrigues da.

Frequência e fatores associados a mortalidade e déficit cognitivo, sintomas de depressão e ansiedade em sobreviventes de unidade de terapia intensiva: um estudo de coorte prospectivo / Franciani Rodrigues da Rocha. - 2019.

149 p. : il.

Tese (Doutorado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Criciúma, 2019.

Orientação: Maria Inês da Rosa.

Coorientação: Felipe Dal-Pizzol.

1. Doença crítica. 2. Cuidados críticos. 3. Disfunção cognitiva. 4. Ansiedade. 5. Depressão. 6. Unidade de Terapia Intensiva. I. Título.

CDD 23. ed. 616.028

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC



UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA - PROACAD
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (Mestrado e Doutorado)
Recomendado pela CAPES – Homologado pelo CNE – Portaria N° 609 de 14.03.2019

PARECER

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado de Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (Mestrado e Doutorado) reuniram-se para realizar a arguição da Tese de **DOUTORADO** apresentada pela candidata **Franciani Rodrigues da Rocha**, sob o título “**FREQUÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS A MORTALIDADE E DÉFICIT COGNITIVO, SINTOMAS DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM SOBREVIVENTES DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UM ESTUDO DE COORTE PROSPECTIVO**” do Curso de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC.

Após haver analisado o referido trabalho e arguido a candidata, os membros são de parecer pela “**APROVAÇÃO**” da Tese.

Criciúma, SC, 01 de novembro de 2019.

Profa. Dra. JOSIANE BUDNI
Membro Relator – UNESC

Profa. Dra. SAMIRA DA SILVA VALVASSORI
Membro Interno – UNESC

Profa. Dra. FABRICIA CARDOSO PETRONILHO
Membro Externo – UNISUL

Profa. Dra. TALITA TUON
Membro Externo – UFSC

Prof. Dr. Felipe Dal Pizzol
Coordenador PPGCS

Profa. Dra. Maria Inês da Rosa
Orientadora

Prof. Dr. Felipe Dal Pizzol
Coordenador do PPGCS

FOLHA INFORMATIVA

Este trabalho foi realizado nas instalações do Hospital São José – HSJ de Criciúma, nas Clínicas Integradas da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC no Albulatório de Medicina, no Laboratório de Biomedicina Translacional e no Laboratório de Fisiopatologia Experimental do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – PPGCS da UNESC.

**Dedico esta tese ao meu filho
Luís Felipe!**

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer ao ser superior que me conduziu durante todo esse percurso da minha tese, que conseguiu me guiar para ter forças para superar todos os desafios advindos desde o meu egresso ao doutorado.

Ao meu filho Luís Felipe que mais uma vez “aceitou” subir outro degrau do conhecimento na minha vida. Foi a finalização do mestrado com ele recém-nascido e agora nos seus 4 anos a defesa do doutorado.

Ao meu esposo Luís Alexandre que desde sempre esteve ao meu lado em todas as minhas conquistas profissionais. Foi a graduação, residência, mestrado e doutorado. Acredito eu que um amor que supere tudo isso é amor para a vida toda (risos).

Aos meus pais que foram o alicerce para dar conta de mais esta etapa. Que muitas vezes foram pais do Luís Felipe, que cuidaram, ampararam, trocaram fraldas, brincaram, o fizeram dormir em momentos de minha ausência.

À minha orientadora Dra Maria Inês da Rosa que tanto me instigou e me desafiou nos conceitos de bioestatística e epidemiologia. Que não destistiu de elaborar estratégias para que esta tese fosse concretizada. Que conversou com o professor Felipe Dal-Pizzol para me “adotar” neste novo desafio. Foi uma grande honra esta com este pesquisador que de pequeno de tamanho (assim como eu) possui um conhecimento imensurável e plausível de orgulho. Obrigada a vocês que tanto me incentivaram, que criticaram afim de construir um conhecimento de significância. Foram 2 anos e meio de muito aprendizado!

Agradeço a UNESC por conseguir construir uma história desde a graduação, após a residência e uma pós-graduação. Ao PPGCS pelo programa de mestrado e doutorado de excelência. Foram 14 anos de muito aprendizado nesta instituição. À FAPESC pela oportunidade em receber o incentivo da bolsa em parte do mestrado assim como no doutorado.

À Danusa Damásio e Tainá Lemos que tão bem me receberam no Centro de Pesquisas do HSJ. Gratidão aos IC's do laboratório que sempre se colocaram disponíveis quando necessário em

especial a Laura Colonetti, Sarah Dagostin Ferraz e Rudielly Marques. Gratidão a Fernanda Matias (biomédica) que quando IC esteve comigo nas coletas do HSJ.

Ao PROADI do HVM que me receberam com tanto carinho para conhecer o acompanhamento da coorte pelo telefone. Agradecimento em especial ao Daniel Sganzerla pelos conceitos aprendidos em estatística, a Camila Dietrich pela sua receptividade, a Évelin Carneiro Sanches pelo empenho nas ligações.

Ao professor Kristian Madeira por mais uma vez responder as minhas dúvidas sobre estatística.

Enfim, a todos que estiveram presentes de alguma forma no percurso deste doutorado, as doutorandas do laboratório de Fisiopatologia pelas análises: Andriele Vieira, Renata Gonçalves e Monique Michels.

Aos outros IC's que também estiveram comigo nesta trajetória com maior ação no projeto dos idosos: Marina da Costa Rocha, Gustavo Ferreira e Alice Sachet Coral. Agradecimento também pela parceria do laboratório as doutoras: Daniela Vicente Bavaresco e Tamy Colonetti. Aos mestres, Eduardo Ronconi e Cecília Manenti e doutoranda, Carla Simon.

Agradecimento em especial às professoras membro desta banca de doutorado: Dra Talita Tuon, Dra. Samira da Silva Valvassori, Dra Josiane Budni e Dra. Fabrícia Cardoso Petronilho.

Enfim, o meu muito obrigada a todos que de alguma forma torceram para eu chegar aqui!

**É muito melhor arriscar coisas grandiosas,
alcançar triunfos e glórias, mesmo
expondo-se a derrota, do que formar fila
com os pobres de espírito que nem
gozam muito nem sofrem muito, porque
vivem nessa penumbra cinzenta que não
conhece vitória nem derrota”.**
(Theodore Roosevelt)

RESUMO

A sobrevivência dos pacientes que necessitaram de cuidados intensivos tem aumentado nos últimos anos, todavia, apesar da melhora dos prognósticos destes pacientes, é crescente a preocupação com as consequências a longo prazo. Pacientes sobreviventes a uma doença crítica são constantemente confrontados com desfechos indesejáveis e duradouros, pois além do comprometimento físico, os danos cognitivos e neuropsicológicos são cada vez mais reconhecidos. Neste sentido o presente estudo pretende avaliar a frequência e os fatores associados a mortalidade e ao déficit cognitivo, sintomas de depressão e ansiedade nos pacientes sobreviventes de UTI. Foi realizado um estudo de coorte prospectivo com pacientes sobreviventes de cuidados intensivos em três Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital no sul do Brasil. Estes pacientes foram avaliados no hospital e acompanhados durante os quatro meses após a alta hospitalar sobre os seguintes aspectos: saúde prévia, percurso hospitalar e assistência, características da doença crítica pós-alta da UTI, marcadores bioquímicos e consequências pós-alta hospitalar. Para a avaliação dos desfechos deste estudo foi realizada a avaliação cognitiva através do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e a avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão através da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD). Estes achados foram investigados no período hospitalar e após 4 meses pós-alta da UTI. A análise estatística foi realizada no software SPSS, utilizando-se como medidas de associação a regressão de Poisson e a Regressão de Cox. Para a análise multivariada foram elencadas todas as variáveis preditoras com $p < 0,25$ descrito por Hosmer e Lemeshow. O nível de significância estatística considerado foi $p < 0,05$. Foram abordados 162 pacientes, com média de idade de 55 ± 17 anos, sendo 63% masculinos. A incidência de mortalidade durante a internação hospitalar foi de 9,9% e no decorrer do acompanhamento passou para 17,3%. Para o desfecho mortalidade, no modelo final, observa-se como variáveis de risco ter sepse (RR:5,16; $p < 0,01$) e a necessidade de utilização de

traqueostomia (RR:2,7; $p<0,05$). Quanto a incidência dos desfechos avaliados aos 4 meses, houve uma incidência de 50,0% de disfunção cognitiva, 63,6% sintomas de depressão e 52,3% para os sintomas de ansiedade. No desfecho disfunção cognitiva, no modelo final, possuir um trabalho prévio foi um fator de proteção (HR: 0,26; $p<0,05$) e os fatores de risco foram: infecção na admissão da UTI (HR: 4,79; $p<0,05$), necessidade da realização de hemodiálise (HR: 231,74; $p<0,01$), e acompanhamento com fonoaudióloga no hospital (HR: 4,87; $p<0,05$). Como fatores de risco para os sintomas de depressão, foram: gastos com saúde mensal \geq R\$ 647,00 (HR: 5,44; $p<0,05$), não receber assistência do SUS (HR: 17,1; $p<0,05$) e dosagem sérica de fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF) \leq 0,09 pg/mL (HR: 1,01; $p<0,01$). Para o desfecho ansiedade, os fatores de risco foram: realização de hemodiálise (HR: 8,18; $p<0,01$) e renda *Per Capita* \leq R\$ 836,00 (HR: 8,18; $p<0,01$). Através destes achados foi possível constatar que diferentes preditores podem ser fatores de risco para a disfunção cognitiva assim como para a os sintomas de depressão e ansiedade após a alta da UTI.

Palavras-chave: Doença Crítica; Resultados de cuidados críticos; Disfunção Cognitiva, Ansiedade; depressão; Unidade de Terapia Intensiva

ABSTRACT

The survival of patients requiring intensive care has increased in recent years, however, despite the improved prognosis of these patients, concern about the long-term consequences are increasing. Patients surviving a critical illness are constantly confronted with undesirable and lasting outcomes, as in addition to physical impairment, cognitive and neuropsychological damage is increasingly recognized. In this sense, the present study aims to evaluate the frequency and factors associated with mortality and cognitive impairment, symptoms of depression and anxiety in ICU surviving patients. A prospective cohort study was conducted with survivors of intensive care at three intensive care units (ICU) of a hospital in southern Brazil. These patients were evaluated at the hospital and followed up for four months after hospital discharge on the following aspects: prior health, hospital course, and care, characteristics of critical ICU post-discharge disease, biochemical markers and post-discharge consequences. To assess the outcomes of this study, a cognitive assessment was performed through the Mini-Mental State Examination (MMSE) and the evaluation of anxiety and depression symptoms through the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). These findings were investigated in the hospital and after 4 months after discharge from the ICU. Statistical analysis was performed using the SPSS software, using Poisson regression and Cox regression as association measures. For the multivariate analysis, all predictor variables were listed with $p < 0.25$ described by Hosmer and Lemeshow. The level of statistical significance considered was $p < 0.05$. A total of 162 patients were approached, with a mean age of 55 ± 17 years, 63% male. The incidence of mortality during hospitalization was 9.9% and during follow-up increased to 17.3%. For the mortality outcome, in the final model, the risk variables were sepsis (RR: 5.16; $p < 0.01$) and the need for tracheostomy (RR: 2.7; $p < 0.05$). Regarding the incidence of outcomes assessed at 4 months, there were a 50.0% incidence of cognitive dysfunction, 63.6% symptoms of depression and 52.3% for anxiety symptoms. In the outcome cognitive dysfunction, in

the final model, having previous work was a protective factor (HR: 0.26; $p < 0.05$) and the risk factors were: infection at ICU admission (HR: 4.79; $p < 0.05$), need for hemodialysis (HR: 231.74; $p < 0.01$), and follow up with a speech therapist at the hospital (HR: 4.87; $p < 0.05$). Risk factors for symptoms of depression were: monthly health care expenses \geq R\$ 647.00 (HR: 5.44; $p < 0.05$), not receiving SUS assistance (HR: 17.1; $p < 0.05$) and brain-derived neurotrophic factor (BDNF) serum dosage ≤ 0.09 pg / mL (HR: 1.01; $p < 0.01$). For the outcome anxiety, the risk factors were: hemodialysis (HR: 8.18; $p < 0.01$) and Per Capita income \leq R\$ 836.00 (HR: 8.18; $p < 0.01$). These findings show that different predictors may be risk factors for cognitive dysfunction as well as for symptoms of depression and anxiety after ICU discharge.

Keywords: Critical Illness; Critical care outcomes; Cognitive dysfunction; Anxiety; Depression; Intensive Care Unit

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma das possíveis consequências pós-alta do paciente sobrevivente de uma doença crítica após cuidados intensivos.	36
Figura 2 – Etapas do Acompanhamento da Coorte. Adaptado de Robinson et.al, (2018).	47
Figura 3 – Planilha de Rastreamento Mensal (Parte 1).....	48
Figura 4 – Planilha de Rastreamento Mensal (Parte 2).....	48
Figura 5 – Fluxograma de Seleção e Acompanhamento da Coorte.	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características Sócio-demográficas	61
Tabela 2 - Características da Doença Crítica Aguda (n=162).....	64
Tabela 3 - Estado de Saúde Pós-Alta Imediata UTI (24 a 120 horas)...	66
Tabela 4 – Assistência à Saúde	67
Tabela 5 – Fatores Associados ao Desfecho Mortalidade no Período Baseline (n=162)	69
Tabela 6 – Características das Variáveis Desfecho Pós-Alta.....	72
Tabela 7 – Fatores Associados ao Desfecho Disfunção Cognitiva Reavaliado aos 4 meses Pós-Alta da UTI (n=44).....	74
Tabela 8 - Fatores Associados ao Desfecho Sintomas de Depressão Reavaliado aos 4 meses Pós-Alta da UTI (n=44).....	79
Tabela 9 - Fatores Associados ao Desfecho Sintomas de Ansiedade Reavaliado aos 4 meses Pós-Alta da UTI (n=44).....	83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMIB	Associação de Medicina Intensiva Brasileira
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BDNF	Fator Neurotrófico Derivado do Encéfalo, do inglês: <i>brain-derived neurotrophic factor</i>
β-A	Beta-Amilóide, do inglês: <i>Beta Amyloid</i>
DA	Doença de Alzheimer
DC	Doença Crítica
DCA	Doença Crítica Aguda
DCC	Doença Crítica Crônica
DRC	Doença Renal Crônica
EAS	Encefalopatia Associada a Sepsis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FC	Frequência Cardíaca
FISIOPAT	Laboratório de Fisiopatologia Experimental
FR	Frequência Respiratória
HAD	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
HR	Taxa de Risco, do inglês: <i>Hazard Ratio</i>
HMV	Hospital Moinhos de Vento
HSJ	Hospital São José
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IC	Intervalo de Confiança
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
MEEM	Mini-Exame do Estado Mental, do inglês: <i>Mini- Mental State Examination</i>
MS	Ministério da Saúde
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PCR	Parada Cardiorespiratória
PIC	Pressão Intracraniana
PROADI	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional
QV	Qualidade de Vida
RR	Risco Relativo
SARA	Síndrome da Angústia Respiratória Aguda
SNC	Sistema Nervoso Central

SPSS	do inglês: <i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SPTI	Síndrome Pós Terapia Intensiva
SPTI-F	Síndrome Pós Terapia Intensiva Familiar
STROBE	do inglês: <i>Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	Transtorno do Estresse Pós-Traumático
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VM	Ventilação Mecânica
VMI	Ventilação Mecânica Invasiva
VMNI	Ventilação Mecânica Não Invasiva

SUMÁRIO

RESUMO.....	14
1 INTRODUÇÃO.....	32
1.1 DOENÇA CRÍTICA.....	32
1.1.2 DEFINIÇÃO.....	32
1.1.3 FISIOPATOLOGIA.....	33
1.1.4 CONSEQUÊNCIAS PÓS-ALTA HOSPITALAR.....	35
1.1.4.1 DISFUNÇÃO COGNITIVA.....	37
1.1.4.2 SINTOMAS DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE.....	39
1.1.5 TRATAMENTO E ASSISTÊNCIA AO PACIENTE CRÍTICO.....	41
1.2 JUSTIFICATIVA.....	42
2 OBJETIVOS.....	43
2.1 OBJETIVO GERAL.....	43
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	43
3 METODOLOGIA.....	44
3.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	44
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	44
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	44
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	45
3.5 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO.....	45
3.6 ETAPAS DO ACOMPANHAMENTO DA COORTE.....	46
3.7 DESCRIÇÃO DAS ETAPAS.....	48
3.8 INSTRUMENTOS DE PESQUISA.....	50
3.9 ANÁLISES BIOQUÍMICAS.....	52
3.10 ASPECTOS ÉTICOS.....	52
3.11 VARIÁVEIS.....	53
3.11.1 VARIÁVEIS DEPENDENTES (DESFECHOS).....	53
3.11.2 VARIÁVEIS INDEPENDENTES.....	54
3.11 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	55
4 RESULTADOS.....	57
4.1.1 BASELINE: ELEGIBILIDADE DA AMOSTRA.....	58
4.1.3 BASELINE: CARACTERÍSTICAS DA dca.....	63
4.1.4 BASELINE: CARACTERÍSTICAS DO ESTADO DE SAÚDE PÓS-ALTA IMEDIATA.....	66
4.1.5 BASELINE: CARACTERÍSTICAS DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....	67
4.1.6 BASELINE: DESFECHO MORTALIDADE.....	68
4.2 COMPARAÇÕES: BASELINE E 4 MESES.....	72

4.2.1 CARACTERÍSTICAS DOS DESFECHOS PÓS-ALTA:	
BASELINE E 4 MESES.....	72
5 DISCUSSÃO.....	87
6 CONCLUSÃO	98
REFERÊNCIAS.....	99
APÊNDICES.....	112
APÊNDICE A – CARTA DE ACEITE DO AMBULATÓRIO DA MEDICINA	113
APÊNDICE B – TERMO DE ESCLARECIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	114
APÊNDICE C – PACIENTES ELEGÍVEIS LINHA DE BASE.....	117
APÊNDICE D – GERENCIAMENTO DE LIGAÇÕES.....	118
APÊNDICE E – FORMULÁRIO: LINHA DE BASE	119
APÊNDICE F– GERENCIAMENTO DO PACIENTE INCLUIDO .	133
APÊNDICE G – DADOS DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR E UTI	134
APÊNDICE I – ENCAMINHAMENTO AOS SERVIÇOS	142
APÊNDICE J – DECLARAÇÃO	143
APÊNDICE K – QUADRO DAS VARIÁVEIS DICOTOMIZADAS PARA A REGRESSÃO DE COX E POISSON.....	144
ANEXOS.....	147
ANEXO A – TERMO DE ACEITE DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO HSJ.....	148
ANEXO B – TERMO DE ACEITE DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UNESC	149

1 INTRODUÇÃO

1.1 DOENÇA CRÍTICA

1.1.2 DEFINIÇÃO

Apesar de ainda não existir uma definição precisa sobre a doença crítica (DC), esta representa uma síndrome caracterizada por múltiplas condições clínicas (Boniatti et al., 2011; Wintermann et al. 2019). Compõe um grupo heterogêneo de condições e distúrbios que compartilham um risco de disfunções orgânicas tanto em curto quanto à longo prazo (Watson e Hartman, 2009; Loss et al., 2013).

Estas condições clínicas pós-alta são advindas de uma prolongada permanência hospitalar onde parte ocorreu em ambiente intensivo (Watson e Hartman, 2009; Loss et al., 2013; Turnbull et al., 2016) tendo a necessidade de uma dependência prolongada de suporte de vida: uso da ventilação mecânica (VM) e da realização da traqueostomia (Boniatti et al., 2011; Wintermann et al. 2019).

A DC passa da fase aguda, denominada doença crítica aguda (DCA) para a fase crônica (DCC) tendo um percurso desta patogênese muitas vezes imperceptível nos pacientes gravemente enfermos (Boniatti et al., 2011; Vicent, 2019). A sepse é um dos motivos mais comuns de admissão em uma UTI, é dispendiosa e mórbida na DC (Dal-Pizzol et al., 2014; Loftus et al., 2016). A cada ano milhões de pacientes desenvolvem sepse, dependendo da casuística 50 a 70% deles sobrevivem, tendo prognósticos variáveis (Prescott e Angus, 2018).

Estima-se que os sobreviventes de uma DC são repetidamente confrontados com desfechos indesejáveis e duradouros trazendo consequências significativas à longo prazo (Davydow et al., 2009; Ehlenbach et al., 2010; Desai et al., 2011; Dettling-Ihnenfeldt et al., 2016). Estes pacientes sobreviventes frequentemente apresentam disfunção cognitiva prolongada (Jackson et al., 2003; Ehlenbach et al., 2010; Iwashyna et al., 2010) podendo ser caracterizada por novos déficits ou a exacerbação dos déficits leves preexistentes (Adhirkari et al., 2010). Além da disfunção cognitiva, o comprometimento físico, os danos neuropsicológicos são cada vez mais reconhecidos nos sobreviventes de DC (Ehlenbach et al., 2010; Iwashyna et al., 2010; Jackson et al., 2010; Girard et al., 2010; Desai et al., 2011). E, estes

possuem um risco aumentado para desenvolver prejuízos relacionados a estas morbidades (Proffit e Menzies, 2019).

O termo “sobreviventes de UTI” é aplicado aos pacientes que sobrevivem a uma DC onde uma parte da sua hospitalização ocorreu no ambiente intensivo (Turnbull et al., 2016).

1.1.3 FISIOPATOLOGIA

A sepse, sendo a causa comum de admissão na UTI, acaba sendo a mais elucidada na literatura quanto a fisiopatologia da DC (Dal-Pizzol et al., 2014; Loftus et al., 2017; Prescott e Angus, 2018). Diante dos avanços recentes na melhoria de estratégias ao paciente sobrevivente de sepse geralmente entram no estado da DCC (Prescott e Angus, 2018), impulsionada por um insulto inicial desencadeado pela inflamação sistêmica persistente que pode estar associada a maior mortalidade a longo prazo (Marchioni et al., 2015; Loftus et al., 2017; Maciel et al., 2018).

O sistema nervoso central (SNC) é um dos primeiros órgãos afetados durante a sepse (Dal-Pizzol et al., 2014). Logo, os pacientes podem adquirir danos neurológicos durante a hospitalização por sepse através de uma variedade de mecanismos, incluindo a isquemia cerebral, distúrbios metabólicos e a neuroinflamação (Annane e Sharshar, 2015). Supõe-se também que a inflamação possa afetar os neurotransmissores, principalmente a acetilcolina, os quais estão associados ao desenvolvimento da encefalopatia associada à sepse (EAS) (Dal-Pizzol et al., 2014).

A EAS associada à sepse é uma manifestação precoce e frequente no paciente sobrevivente de UTI e tem sido subdiagnosticada devido a ausência de biomarcadores específicos e a fatores de confusão (Bozza et al., 2013).

Os mecanismos da EAS envolvem disfunções mitocondriais e vasculares, estresse oxidativo, disfunção imune, infecções secundárias, distúrbios de neurotransmissão, inflamação e morte celular (Bozza et al., 2013; Genga e Russel, 2017). Quanto aos marcadores inflamatórios, não se sabe se podem estar associados a outras disfunções observadas em sobreviventes (Maciel et al., 2018), assim como não se sabe se o nível do fator neurotrófico derivado do encéfalo (BDNF) pode ser um marcador de disfunção cerebral e, portanto, prever a mortalidade em pacientes críticos (Ritter et al., 2012).

O BDNF tem sido considerado como um possível biomarcador para monitorar o início, a progressão e o tratamento de patologias cerebrais, assim, tem sido considerado um alvo potencial para novas estratégias de tratamento nestas diferentes disfunções (Lima Giacobbo et al., 2019). É um membro importante da família das neurotrofinas e entre os efeitos no SNC, encontra-se: crescimento neuronal e proteção de lesões inibindo a apoptose (Kochanek et al., 2008; Ritter et al., 2012).

Pacientes com distúrbios psiquiátricos e neurodegenerativos geralmente, apresentam concentrações reduzidas de BDNF no sangue e no cérebro (Lima Giacobbo et al., 2019). No estudo conduzido por Lu, Nagasppan e Lu (2014), foi observado baixos níveis de BDNF no soro em patologias como a Doença de Alzheimer (DA), Doença de Huntington e também na depressão (Lu, Nagasppan e Lu, 2014).

Os sobreviventes de sepse e outras formas de doenças críticas frequentemente sofrem de distúrbios cognitivos incapacitantes. A inflamação, isquemia e disfunção das células da glia contribuem para que essa disfunção cerebral seja persistente (Singer, 2019). Esta disfunção é uma complicação frequente nestes pacientes e manifesta-se principalmente como coma, *delirium* e possui um grande impacto na morbimortalidade (Van Eijk et al., 2011). Além do mais os níveis plasmáticos de BDNF estão associados à mortalidade destes pacientes, mesmo na ausência de lesão cerebral (Ritter et al., 2012).

Estima-se que os níveis aumentados do peptídeo β -Amilóide (β A) no SNC dos pacientes sobreviventes de sepse pode estar associada com a inflamação sistêmica o que pode levar a déficits cognitivos a longo prazo (Schwalm et al., 2014).

Na DA, assim como as evidências existentes quanto as dosagens de BDNF, evidencia-se um acúmulo do peptídeo β A no cérebro, juntamente com as formas hiperfosforiladas e clicadas da proteína tau caracterizando a disfunção cognitiva (O'Brien e Philip, 2011). Em modelo animal séptico, constataram alterações semelhantes nas observadas na DA onde os peptídeos β -Amilóide (β A) são capazes de induzir mudanças neurodegenerativas nos terminais colinérgicos (Schliebs e Arendt, 2011). Os peptídeos β A são gerados em várias isoformas, das quais as mais pronunciadas são β A-40 e β A-42, sendo os principais constituintes das placas amilóides encontradas nos cérebros dos pacientes com DA (Korabecny et al., 2018).

Assim a busca de biomarcadores de disfunção cerebral é um campo importante na pesquisa em terapia intensiva (Ritter et al., 2012).

1.1.4 CONSEQUÊNCIAS PÓS-ALTA HOSPITALAR

O contexto da DCC tem direcionado os profissionais a diagnosticar e tratar uma “nova doença” causada por complicações relacionadas à UTI e ao longo período de internação hospitalar (Robinson et.al, 2018). As consequências pós-alta do paciente sobrevivente de uma DCC são descritas pelo termo "Síndrome Pós-Terapia Intensiva" (SPTI). Esta síndrome envolve os diferentes “problemas adicionais” ou residuais frequentemente visualizados no paciente sobrevivente de uma DC. Esses problemas incluem, entre outros, aspectos físicos, cognitivos, psicológicos e existenciais (Loss, et al. 2017; Fuke et al., 2017; Brown et al., 2019).

Estima-se que metade dos pacientes sobreviventes da DC irá ter pelo menos uma comorbidade relacionado a SPTI, descrito pela *Society of Critical Care Medicine*. As comorbidades incluem, comprometimento cognitivo (função executiva, memória, atenção, orientação espaço temporal), comprometimento físico (diminuição da funcionalidade, força e resistência muscular e maior dependência funcional), danos neuropsicológicos (depressão, ansiedade e transtorno do estresse pós-traumático (TEPT). Estes fatores associados afetam significativamente a diminuição na qualidade de vida (QV) do paciente (Figura 1) (Needham et al., 2012; Hofhuis et al., 2015; Loss, et al. 2017; Fuke et al., 2017; Koester et al. 2018).

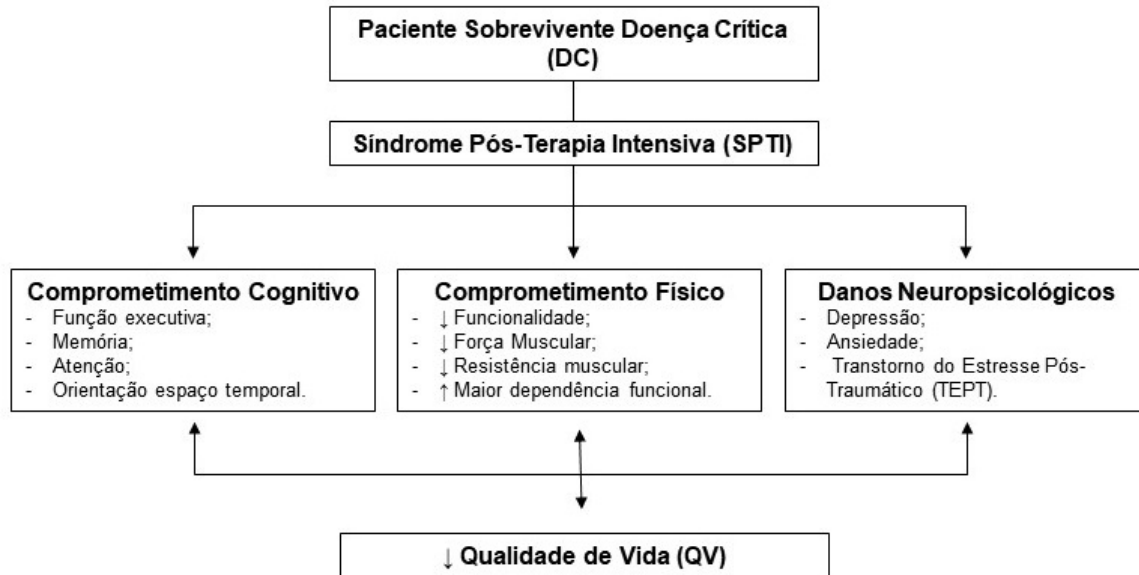


Figura 1 – Fluxograma das possíveis consequências pós-alta do paciente sobrevivente de uma doença crítica após cuidados intensivos.

Legenda: ↓: diminuição; ↑: aumento. Adaptada: (Davydow et al., 2009; Needham et al., 2012; Hofhuis et al., 2015; Loss, et al. 2017; Koester et al. 2018).

Evidências apontam que estas comorbidades podem ser potencialmente modificáveis, e por consequência, levar a uma melhora na QV destes pacientes (Jackson et al., 2003; Ehlenbach et al., 2010; Girard et al., 2010; Iwashyna et al., 2010; Desai et al., 2011). Independente de existir algumas evidências, ainda há muito que se investigar, pois a maioria destas pesquisas são desenvolvidas na Europa, Estados Unidos e Canadá. Além do mais, os dados sobre as alterações relacionadas ao paciente sobrevivente de uma DC e que recebeu cuidados intensivos são geralmente pontuais, restringindo a investigação a uma doença isoladamente (Hopkins et al., 2005; Ehlenbach et al., 2010; Iwashyna et al., 2010; Herridge et al., 2012).

No Brasil, pesquisas estão sendo implementadas, a exemplo têm-se o estudo de coorte multicêntrico conduzido em dez UTI adulto brasileiras representando cinco regiões geropolíticas, no qual esta pesquisa está agregada. Esta coorte possui como objetivo: “Avaliar a prevalência de incapacidades físicas, cognitivas e psiquiátricas, fatores associados e sua relação com qualidade de vida em pacientes sobreviventes de internação em UTI” (Robinson et al., 2018). Ademais, têm-se o projeto denominado UTIs Brasileiras, criado pela Epimed Solutions®, em conjunto com a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) que possui como objetivo de caracterizar o perfil epidemiológico das UTI brasileiras e compartilhar informações epidemiológicas que possam ser úteis para orientar políticas de saúde pública afim de desenvolver estratégias de assistência e pesquisa para melhorar o cuidado dos pacientes críticos no Brasil (Lobo et al., 2019).

Estima-se que metade dos pacientes que recebem alta da UTI possuem, pelo menos, uma manifestação clínica relacionada a SPTI (Needhan et al., 2012; Azeredo et al., 2017).

1.1.4.1 DISFUNÇÃO COGNITIVA

A disfunção cognitiva é uma importante complicação em longo prazo do paciente sobrevivente de DC e está relacionada a diminuição da QV, aumento dos custos com a assistência médica e posteriormente a institucionalização do paciente sobrevivente de uma DC além de estar inserida no contexto mais amplo já mencionado anteriormente: SPTI (Azevedo et al., 2017; Kimberly et al., 2019).

Estudos sugerem que estes pacientes podem à longo prazo apresentar disfunção cognitiva, caracterizada por novos déficits ou até mesmo a

exacerbação dos pré-existentes. Estes estão relacionados a memória, cognição global, atenção e concentração (Jackson et al., 2003; Ehlenbach et al., 2010; Iwashyna et al., 2010). A etiologia desse declínio cognitivo é multifatorial, advinda de condições pré-morbidas que estão associadas a DC, como: hipóxia, desregulação glicêmica, hipotensão, *delirium*, sedação e uso de analgésicos (Hopkins et al., 2006; Sonnevile, 2015; Pereira et al., 2018).

Quanto a epidemiologia das alterações cognitivas após a alta da UTI, os achados relacionados aos pacientes submetidos a cuidados intensivos, em sua maioria, advêm de pequenos estudos de coorte que acabam restringindo a investigação de uma doença isoladamente, como a síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA) (Hopkins et al., 2005; Herridge et al., 2012). Ou ainda, estes estudos podem ter base em grandes coortes que relacionam fatores de riscos intra-hospitalares com dano cognitivo à longo prazo (Ehlenbach et al., 2010; Iwashyna et al., 2010). Estima-se que o déficit cognitivo afeta mais de 70% dos sobreviventes da UTI e esse comprometimento pode envolver déficits por mais de um ano (Girard et al., 2010; Pandharipande et al., 2013).

A disfunção cerebral é uma complicação frequente dos pacientes críticos e manifesta-se principalmente como coma e *delirium* e possui um grande impacto na morbimortalidade de pacientes críticos (Ritter et al., 2012). Evidências trazem que o *delirium* pode estar associado ao dano cognitivo destes pacientes à longo prazo (Ely et al., 2004; Pisani et al., 2009; Girard et al., 2010). Além disso, podem estar associadas a fatores inflamatórios, apoptose neuronal, e por consequência a atrofia cerebral (Van Gool et al., 2010; Cunningham, 2011; Gunther et al., 2012; Morandi et al., 2012).

O dano cognitivo à longo prazo após doença aguda grave é uma crescente preocupação para a saúde pública (Adhikari et al., 2010). Estima-se que pacientes que desenvolveram *delirium*, mesmo após 18 meses, apresentam disfunção cognitiva e também enfrentam dificuldades relacionadas a capacidade motora e disfunção sensorial (Van Den Boogaard et al., 2012). Além do mais, a persistência destes déficits afeta negativamente na capacidade funcional e psicológica destes pacientes (Pereira et al., 2018).

A disfunção cognitiva está associada a outras comorbidades orgânicas destes pacientes, que em conjunto caracterizam a SPTI. Os transtornos psiquiátricos (ansiedade e depressão) são um dos exemplos destas comorbidades dos pacientes sobreviventes de uma DC. A morbidade

psicológica é persistente e vista em estados depressivos e de ansiedade destes pacientes e isto impacta diretamente na QV destes indivíduos que estiveram sob cuidados intensivos (Azevedo et al., 2017, Pereira et al., 2018).

1.1.4.2 SINTOMAS DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE

Os sintomas de depressão e ansiedade são uma preocupação em potencial do paciente sobrevivente da UTI. Reconhecer estes sintomas tornam-se importantes por impactar diretamente na QV dos pacientes (Daydow et al., 2009). Muitos destes pacientes trazem memórias paranóicas, fobias e ataques de pânico relacionadas ao tempo de internação na UTI (Dettling-Ihnenfeldt et al., 2016). Estas comorbidades associadas podem desenvolver o TEPT, uma complicação psiquiátrica comum para estes pacientes (Desai et al., 2011). Em um estudo realizado por Wang et al. (2017), foi estimada uma prevalência de 17% a 44% de sintomas psiquiátricos em pacientes sobreviventes de UTI, dentre os quais estavam os sintomas depressivos, de ansiedade e TEPT. Estas comorbidades psiquiátricas representam um problema clínico significativo.

A percepção da QV do indivíduo é particular e subjetiva, e inclui a observância em diferentes aspectos relacionados, incluindo eventos da vida pessoal, estilo de vida, *status* econômico e pessoal, fatores sócio-demográficos, ambiente em que reside, cultura, capacidade física, características psicológicas entre outros fatores inter-relacionados (Dowdy et al. 2005; Dettling-Ihnenfeldt et al., 2016; Pereira et al., 2018).

O *The Whoqol Group* (1995) em seus protocolos de avaliação, investiga os aspectos relacionados a QV que envolvem, a saúde física, independência funcional, capacidade mental, crenças, as suas relações pessoais e com o meio ambiente. Ainda define a QV como sendo a percepção do indivíduo acerca da “sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Conforme estudo realizado por Dowdy et al. (2005), há estimativa de que o declínio da QV após a alta hospitalar destes pacientes tende a ter uma melhora ao longo do tempo em alguns domínios. Todavia, em relação às alterações mentais, quando ocorrem, advêm de forma mais

lenta, mas os aspectos relacionados a capacidade física tendem a melhorar na maioria dos casos (Dowdy et al., 2005).

No estudo realizado por Davydow et al. (2009), evidenciou que os sintomas depressivos são comumente relatados pelos sobreviventes à UTI e estão relacionados a um impacto negativo na QV. Além do mais, este estudo destaca que a depressão é uma preocupação potencial nestes pacientes (Davydow et al., 2009).

Diante de todos os aspectos envolvidos na melhor QV destes pacientes, ressalta-se que muitos dos sobreviventes de cuidados intensivos possuem memórias paranóicas, ataques de pânico e fobias relacionadas as intervenções hospitalares que inter-relacionados com os fatores psicológicos (ansiedade e depressão) podem levar ao TEPT, também denominado como Síndrome Pós-Traumática. Por conseqüência, dificulta a recuperação deste paciente após a alta e reduz consideravelmente a sua QV (Caiuby, Andreoli e Andreoli, 2010; Jones, 2012; Dettling-Ihnenfeldt et al., 2016). Estes pacientes possuem uma pior QV quando comparada com a população em geral (Herridge e Cox, 2012; Hough e Herridge, 2012; Phandaripande et al., 2013).

Em muitos casos, não só o paciente, mas os familiares destes podem ter uma piora da QV, assim como o desenvolvimento de ansiedade e depressão. Além do pouco que é sabido atualmente sobre os impactos aos pacientes sobreviventes de cuidados intensivos muito menos se sabe sobre os familiares envolvidos no cuidado dos gravemente doentes pós-alta (Petrinec, 2017; Petrinec e Martin, 2017). Este conjunto de danos neuropsicológicos que ocorrem nos membros da família pode caracterizar-se como a Síndrome Pós-Terapia Intensiva Familiar (SPTI-F) (Wintermann et al., 2019).

Estima-se que 70% dos familiares cuidadores apresentam sintomas de ansiedade e 33% depressão e TEPT nesta mesma proporção. Estes sintomas podem persistir por 4 anos ou mais (Harvey, 2012).

Wintermann et al. (2016), demonstraram em sua pesquisa, que pacientes cronicamente críticos apresentam sintomas relacionados ao TEPT em até 6 meses pós-alta hospitalar e os membros da família envolvidos, apresentaram uma pior QV relacionada à saúde significativamente menor.

1.1.5 TRATAMENTO E ASSISTÊNCIA AO PACIENTE CRÍTICO

Anteriormente o sucesso das intervenções terapêuticas eram justificadas pela diminuição das taxas de mortalidade (Azevedo et al., 2017). Loss et al., (2013) em seu estudo estimou taxas de mortalidade de 32% durante a internação na UTI e 56% na mesma internação hospitalar. Hofhuis et al., (2015) observou que as morbidades relacionadas a DC assim como a mortalidade pode ocorrer em até quinze anos pós-alta. Com o avanço dos cuidados ao paciente crítico, houve uma diminuição das taxas mortalidade dos pacientes (Davydow et al., 2009; Desai et al., 2011; Rawal et al., 2017).

Esta sobrevida aumentou nos últimos anos supostamente devido o avanço tecnológico e terapêutico relacionados à terapia intensiva diminuindo significativamente a incidência de mortalidade. Diante destes avanços, houve uma melhora no prognóstico dos pacientes criticamente enfermos tanto em curto quanto em longo prazo (Vincent et al., 2004; Davydow et al., 2009; Pereira et.al.,2018; Rosenthal et al., 2018; Proffitt e Menzies, 2019).

Apesar da melhora significativa da sobrevida destes pacientes, os desfechos negativos e as suas conseqüências à longo prazo são uma preocupação cada vez mais relevante, para os profissionais da saúde, os pacientes, os seus familiares, assim como para os gestores de saúde (Herridge e Cox, 2012; Hough e Herridge, 2012; Phandaripande et al., 2013; Hofhuis et al., 2015). O crescente interesse em melhorar os resultados a longo prazo para os sobreviventes da UTI conduziu uma série de intervenções em potencial para melhorar os resultados associados a SPTI (Brown et al., 2019).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Portaria nº 1071 de 04 de julho de 2005 sobre a Política Nacional ao Paciente Crítico, que dispõe sobre a necessidade de ampliar o acesso aos cuidados em terapia intensiva, assim como considera uma necessidade de atenção ao paciente crítico não só na rede hospitalar, mas também extra-hospitalar tendo em vista um cuidado integral e um serviço humanizado e assistencial. Considera necessário estabelecer mecanismos de regulação, fiscalização e controle da assistência prestada a este usuário (Brasil, 2005). As conseqüências da DC é uma preocupação dos gestores de saúde, pois os pacientes que receberam um tratamento em uma UTI já estavam mais doentes dentre os demais internados (Hofhuis et al., 2015).

A complexidade dos estados de saúde associados a SPTI sugere a necessidade de uma avaliação cuidadosa e rigorosa de intervenções multidisciplinares (Brown et al., 2019). Em muitos países já foram implantados ambulatórios para o acompanhamento de pacientes que receberam alta da UTI, alguns já possuem mais de 20 anos de experiência. Estas experiências demonstraram uma satisfação dos pacientes, assim como dos seus familiares, o que sugerem resultados mais animadores do que os representados por desfechos quantitativos (Teixeira e Rosa, 2018).

1.2 JUSTIFICATIVA

Como advento da tecnologia houve um aumento na sobrevida destes pacientes e por consequência uma diminuição da mortalidade. Todavia, houve um aumento das comorbidades associadas ao longo período de internação hospitalar onde parte aconteceu em ambiente intensivo.

Esta sobrevida desencadeou uma “nova doença” associada a diferentes aspectos clínicos da SPTI que podem estar relacionados a disfunção cognitiva, sintomas de depressão e de ansiedade, TEPT, comprometimento físico e que associados podem suscitar a uma pior QV. Estima-se que o paciente sobrevivente pós-alta possui pelo menos uma comorbidades associada a SPTI e que as consequências advindas do período de internação podem perdurar por meses e até mesmo por anos na vida deste paciente assim como dos seus familiares.

Pretende-se com este estudo contribuir para o conhecimento acerca das consequências advindas desta “nova condição de saúde” relacionada aos desfechos: mortalidade, comprometimento cognitivo, sintomas de depressão e ansiedade relacionadas às condições advindas da sobrevivência a uma DC e às comorbidades da SPTI. Em associação, pretende-se explorar as variáveis causais destes desfechos e as consequências pós-alta destes pacientes.

Com os achados deste centro e dos demais centros desta coorte multicêntrica será possível elucidar melhores evidências do contexto pós-alta do paciente sobrevivente de unidades de terapia brasileiras sendo estes achados um subsídio significativo para a melhoria das práticas durante a internação hospitalar e pós-alta com o intuito de melhorar as complicações destes pacientes à longo prazo e uma melhor QV.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a frequência e os fatores associados a mortalidade e o déficit cognitivo, sintomas de depressão e ansiedade nos pacientes sobreviventes de UTI.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a doença crítica aguda e o estado de saúde pós-alta imediata da UTI;
- Caracterizar a assistência à saúde durante a internação hospitalar e nos três meses prévios a internação;
- Verificar a taxa de mortalidade de pacientes internados em UTI durante a internação hospitalar e aos quatro meses;
- Verificar as variáveis associadas ao desfecho mortalidade durante a internação hospitalar;
- Verificar as variáveis associadas ao desfecho disfunção cognitiva aos quatro meses pós-alta da UTI;
- Verificar as variáveis associadas ao desfecho sintomas de depressão aos quatro meses pós-alta da UTI;
- Verificar as variáveis associadas ao desfecho sintomas de ansiedade aos quatro meses pós-alta da UTI;
- Quantificar os marcadores sanguíneos BDNF e β -Amilóide na inclusão do estudo e correlacionar com a presença de alterações sustentadas;
- Avaliar a necessidade de encaminhamento do paciente aos serviços de saúde especializados aos quatro meses pós-alta da UTI;

3 METODOLOGIA

3.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

O presente estudo caracteriza-se por ser um estudo observacional do tipo coorte prospectivo, seguindo as diretrizes do *strengthening the reporting of observational studies in epidemiology* (STROBE).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

Esta pesquisa faz parte de um estudo de coorte multicêntrico, coordenado pelo Escritório de Projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional/Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) do Hospital Moinhos de Vento (HMV) de Porto Alegre/RS.

Este estudo foi implementado em hospitais que continham UTI clínico-cirúrgicas de cinco regiões geo-políticas brasileiras. Que manifestaram o interesse e apresentaram disponibilidade para implementar o protocolo, e o Hospital São José (HSJ) foi um destes centros participantes.

Para este estudo, foram utilizados dois locais de estudo (quadro 1).

Quadro 1 – Locais da Realização do Estudo por Período

<i>Baseline Abordagem Presencial</i>	<i>4 Meses Abordagem Presencial</i>
Após a elegibilidade, a abordagem inicial se deu nos setores da enfermaria do HSJ.	A abordagem presencial após os 4 meses de alta da UTI foi realizada pela pesquisadora nas Clínicas Integradas na Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC no Ambulatório da Medicina (Carta de Aceite – APÊNDICE A).

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Todos os pacientes que foram internados na UTI do HSJ no período do estudo entre 01 de janeiro de 2017 a 31 de dezembro de 2018. Foram rastreados 2082 pacientes e considerados elegíveis 509.

Nesta pesquisa não foi realizado cálculo amostral por se tratar de um estudo censitário, no qual todos os pacientes que preencherem os critérios de inclusão foram inclusos neste estudo.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Pacientes maiores de 18 anos de idade;
- Sobreviventes da UTI e que permaneceram internados no ambulatório entre 24 a 120 horas pós-alta da UTI;
- Pacientes internados na UTI em um período superior a 72 horas se admitidos por urgência clínica ou cirúrgica;
- Se admitidos por cirurgia eletiva (cirurgia programada e sem complicações clínicas) precisavam ter um período de internação na UTI superior a 120 horas;
- E que aceitem participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

3.5 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

- Pacientes que vieram de origem direta de outra UTI;
- Que tiveram alta para o domicílio ou transferência hospitalar diretamente da UTI;
- Transferência hospitalar, alta para domicílio ou reinternação na UTI até 24 horas pós-alta da UTI;
- Que estavam em isolamento respiratório na unidade de internação;
- Que estavam impossibilitados de realizar o convite para participar do estudo e aplicar o TCLE por presença de barreira de linguagem ou realizar a entrevista com familiares após três tentativas em dias e horários variados;
- Que se negaram a assinar o TCLE;
- Caso inexistência de contato telefônico;
- Se internados em UTI para cuidados paliativos exclusivos;
- Quando tinham um comprometimento crônico neurodegenerativo prévio e quando a internação primária tenha sido por causa neurológica.

3.6 ETAPAS DO ACOMPANHAMENTO DA COORTE

As etapas do acompanhamento da coorte foi baseada no artigo do protocolo utilizado pelos centros participantes: “QV pós-unidade de terapia intensiva: protocolo de estudo de coorte multicêntrico para avaliação de desfechos em longo prazo em sobreviventes de internação em unidades de terapia intensivas brasileiras (Robinson et.al., 2018) e pelo Manual de Procedimentos do Centro Participante: QV Pós-Alta UTI, versão 3 de 15 de outubro de 2016.

Para melhor entendimento desta pesquisa, foi realizada uma subdivisão metodológica em 3 etapas representadas na figura 2.

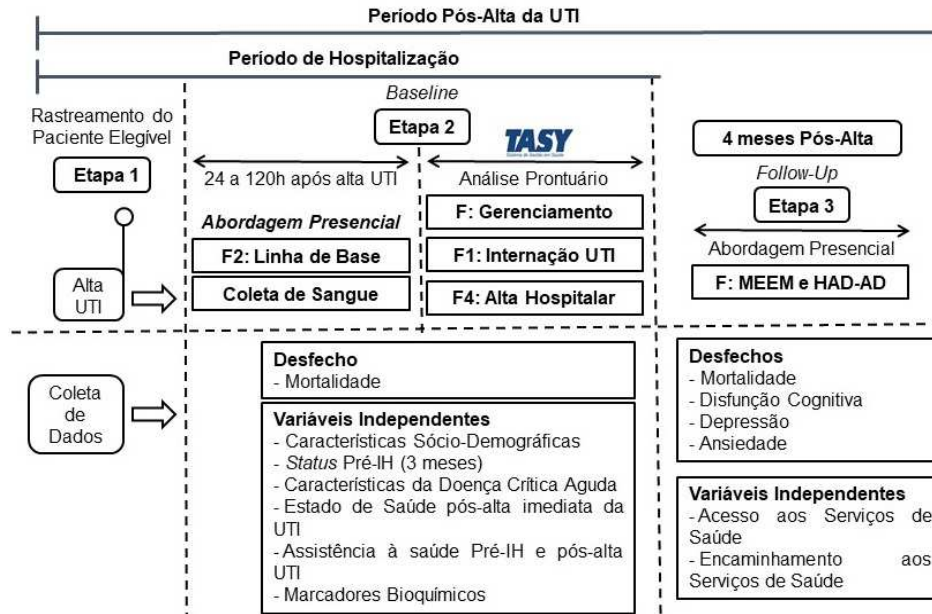


Figura 2 – Etapas do Acompanhamento da Coorte. Adaptado de Robinson et.al, (2018).

Legenda: F: Formulário; IH: Internação Hospitalar; MMEM: Mini-Exame do Estado Mental; HAD-AD: Escala Hospitalar de Depressão e Ansiedade. UTI: Unidade de Terapia Intensiva; TASY: Sistema de Informação Hospitalar.

3.7 DESCRIÇÃO DAS ETAPAS

Etapa 1: Esta etapa refere-se ao período de hospitalização do paciente que ocorreu de 24 a 120 horas após a alta do paciente da UTI. Nesta etapa os pacientes foram rastreados diariamente no Sistema de Informação do Hospital: TASY para verificar a sua elegibilidade ao estudo. Assim, os pacientes que tiveram alta das 3 (três) UTI do Hospital São José (Cardiologia, Cirúrgica e Geral), independente da causa, foram analisados e se elegíveis foram convidados a participar da pesquisa.

Todos os pacientes que receberam alta foram incluídos na planilha de rastreamento mensal e foram analisados. Nesta planilha foram transcritas todas as altas com as seguintes informações: nome do paciente; número do prontuário; data da internação na UTI e data da alta (Figura 3).

A	B	C	D	E	F	G
resp	ID	Nome paciente internado	idade	prontuário	Data internação UTI	Data Alta UTI

Figura 3 – Planilha de Rastreamento Mensal (Parte 1)

Para cada paciente rastreado nesta planilha foram observados os critérios de inclusão do estudo para observar se o paciente preencheu os critérios de elegibilidade (Figura 4). O paciente foi considerado elegível se todos os critérios foram preenchidos com 0 (zero=não) e assim se considerado elegível e recebeu a pontuação 1 (um=sim).

<18 anos	Clínico/PO urgência internação <72h	PO eletivo internação <120h	Transferido outra UTI	Transferência hospitalar	Alta para domicílio	Óbito UTI	Reinternou UTI < 24h	Já incluído na pesquisa	Elegível

Figura 4 – Planilha de Rastreamento Mensal (Parte 2)

Etapa 2: Esta etapa também corresponde ao período de hospitalização do paciente. Após a elegibilidade do paciente, foi preenchido o formulário: Pacientes Elegíveis Linha de Base (APÊNDICE C) para assim ser realizado a visita presencial na enfermaria do hospital.

Nesta etapa, o paciente foi convidado a participar do estudo através do aceite do TCLE, este pôde ser assinado pelo paciente ou por um responsável pelo mesmo; preferencialmente um familiar. O TCLE foi lido na íntegra e explicado sobre os procedimentos a serem realizados tanto no período *baseline* quanto após os 4 meses de alta. Foi também especificado ao paciente tanto descrito no TCLE quanto verbalmente sobre a coleta de sangue que seria realizado posteriormente por um profissional especializado.

Foram utilizados instrumentos de pesquisa específicos para esta fase que foi subsídio para as etapas seguintes da pesquisa que será explicado a seguir. Estes instrumentos referem-se às variáveis independentes do período *baseline* deste estudo e caracterizam a DCA. Além da abordagem presencial, foi realizado a análise do prontuário do paciente para a inclusão de outras possíveis variáveis preditoras.

Ao término da aplicação destes protocolos, a pesquisadora foi responsável por entregar para a equipe de Enfermagem do setor, um tubo para coleta de sangue, para posterior coleta. As amostras foram encaminhadas ao laboratório do HSJ onde foram centrifugadas, e o soro armazenado em freezer convencional. Ao término da pesquisa, as amostras foram transportadas para o Laboratório de Fisiopatologia Experimental (Fisiopat) da UNESC, onde foram armazenadas em freezer -80°C até a realização das dosagens (BDNF e β -A 1-40 e β -A 1-42).

Etapa 3: O seguimento da coorte após 4 meses de alta foi um atendimento presencial realizado no ambulatório das Clínicas Integradas da UNESC pela pesquisadora. Os pacientes foram contactados por até 10 vezes em dias e horários alternados para o agendamento das consultas. Além do contato telefônico foi utilizado o recurso de mensagens do *WhatsApp* para enviar informações sobre o local e horário da consulta um dia antes do agendado. Todas estas informações foram preenchidas no formulário: gerenciamento das ligações (APÊNDICE D).

3.8 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Os instrumentos utilizados nas etapas desta pesquisa estão incluídos nos formulários localizados no apêndice desta tese. O momento da aplicação de cada instrumento foi especificado na figura 2.

Os questionários utilizados na abordagem presencial dos pacientes estão inclusos no formulário linha de base (APÊNDICE E), composto por:

Características Sócio-demográficas: sexo, idade, estado civil, escolaridade, raça, religião, profissão, renda familiar, gastos com saúde, hábitos de vida, necessidade de cuidador e assistência à saúde. Essas informações foram obtidas pelo paciente ou através do seu responsável e referem-se ao *status* de saúde do paciente em até 3 meses prévios a internação hospitalar.

Assistência Durante a Internação Hospitalar: No formulário linha de base estavam inclusas questões relacionadas a necessidade da realização de fisioterapia, acompanhamento de psicólogo, fonaudiólogo, assistência da nutrição entre outras variáveis.

Para a caracterização da DCA e o *status* de saúde pós-alta imediata da UTI foram utilizados os demais instrumentos de pesquisa:

Avaliação Déficit Cognitivo: A avaliação cognitiva foi realizada através da aplicação do Mini-Exame do Estado Mental (Mini-Mental – MEEM). Esse instrumento só poderia ser respondido pelo paciente caso o mesmo tivesse condições de comunicar-se e ouvir e que não apresentasse barreiras de linguagem como afasia ou afonia. Este instrumento de pesquisa possui como escore máximo de 30 pontos (Bertolucci et al., 1994). Neste estudo foi classificado como déficit cognitivo os seguintes escores (Rosa et al., 2018).

- Escore < 24 e com ensino superior;
- Escore < 23 com 6 a 12 anos de estudo;
- Escore < 22 com menos de 6 anos de estudo;
- Escore < 21 para analfabetos.
- Para a dicotomização das variáveis foi considerado: possuir ou não o déficit cognitivo conforme o ponto de corte acima determinado.

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD): A Avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão foi avaliada através da Escala HAD. Esse instrumento só poderia ser respondido pelo paciente. Caso o mesmo não tivesse compreensão sobre qualquer uma das questões em até três tentativas a aplicação do questionário era finalizada e registrado no campo apropriado como não capacitado para responder.

Este instrumento possui 14 itens no qual investiga como o paciente sentiu-se na última semana e subdivide-se em sete questões voltadas para a avaliação da ansiedade (HADS-A) e sete questões relacionadas a depressão (HADS-D). Cada um dos itens é pontuados de zero a três tendo uma pontuação máxima de 21 pontos (Zigmond e Snaith; 1983; Botega et.al, 1995; Marcolino et al., 2007).

As questões relacionadas a Ansiedade (HADS-A), são:

- 1) Eu me sinto tenso ou contraído;
- 3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer;
- 5) Estou com a cabeça cheia de preocupações;
- 7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado;
- 9) Eu tenho uma sensação ruim de medo; como um frio na barriga ou aperto no estômago;
- 11) Eu me sinto inquieto; como se não conseguisse ficar parado em lugar nenhum.

As questões relacionadas a Depressão (HADS-D), são:

- 2) Eu ainda sinto que gosto das mesmas coisas de antes;
- 4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas;
- 6) Eu me sinto alegre;
- 8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas;
- 10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência;
- 12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir;
- 14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão; de rádio ou quando leio alguma coisa.

Para HADS-A e HADS-D foi considerado como ponto de corte (Botega et.al, 1995):

- 0 – 7 pontos: ansiedade ou depressão improvável;
- 8 – 11 pontos: ansiedade ou depressão possível – (questionável ou duvidosa);
- 12 – 21 pontos: ansiedade ou depressão provável.
- Para a dicotomização das variáveis para os sintomas de ansiedade e depressão e foi considerado: ≥ 8 como ponto de corte.

Após a avaliação presencial foi realizado o preenchimento dos demais formulários de pesquisa, que foram:

Gerenciamento do Paciente Incluído: Neste formulário foram preenchidas informações como: nome completo, data da alta da UTI e linha de base, endereço completo, telefones (estas informações foram coletadas no Sistema de Informação do Hospital). Também algumas

informações preenchidas nos formulários anteriores foram acrescidas neste formulário (APÊNDICE F).

Dados da Internação da UTI: Neste formulário foram preenchidas as informações referentes a internação na UTI (APÊNDICE G), nos quais envolvia a causa da admissão da UTI, classificação da procedência, comorbidades prévias.

Também era avaliado o risco de morte na admissão do paciente na UTI através dos Índices de Prognóstico (IP): APACHE II e do SAPS 3. Ambos são utilizados para estimar a gravidade da doença e o risco de morte do paciente admitido à UTI. Estima-se através do escore final que escores mais altos correspondem uma maior gravidade da doença e por consequência um maior risco de morte.

– O cálculo do escore APACHE II foi realizado através do AppStore APACHE II Calculator. O escore final varia de 0 a 71 (Cardoso e Chiavone; 2013; Dietrich et al.; 2014).

– O cálculo do escore SAPS 3 foi realizado online através do link: <http://www.somiama.org/SAPS3SOMIAMA/>. O escore varia de 16 a 217 pontos (Junior et.al.; 2010).

Alta Hospitalar: Neste formulário foram preenchidas informações relacionadas a alta hospitalar (APÊNDICE H). Se houve mais alguma reinternação na UTI após a inclusão do estudo e o motivo da reinternação, data da alta hospitalar e o destino do paciente (domicílio, transferência ou óbito).

3.9 ANÁLISES BIOQUÍMICAS

As concentrações de β -A: β -A 1-40 e β -A 1-42) e BDNF foram medidas através da técnica de ELISA sanduíche, de acordo com os procedimentos fornecidos pelo fabricante (R & D System). A unidade de medida utilizada foi de pg/ml.

3.10 ASPECTOS ÉTICOS

A abordagem hospitalar foi realizada por quatro pesquisadores treinados pela equipe do H MV e a coleta de amostra de sangue periférico foi realizada por uma técnica de enfermagem dos setores da unidade de internação do HSJ. Tanto a abordagem, quanto a coleta, só foram realizadas após assinatura do TCLE. No termo estava explícito aos participantes informações acerca dos objetivos da pesquisa, da metodologia do processo de coleta e registro das informações,

assegurando-lhes o sigilo e o anonimato. Também foi assegurada a possibilidade de desistência de participação em qualquer momento da realização da pesquisa. Na tentativa de diminuir o desconforto associado ao procedimento a coleta de sangue foi sempre que possível, realizada utilizando a mesma punção venosa da coleta de exames de rotina do paciente durante a IH. Foi esclarecido que todo material seria utilizado somente para fins de pesquisa. Caso necessário, diante dos achados da pesquisa o participante da pesquisa foi encaminhado aos serviços do ambulatório de medicina da UNESC ou até mesmo para a atenção primária (APÊNDICE I). Caso não tivesse necessidade, o participante assinava a declaração de que não houve a necessidade de encaminhamento aos serviços (APÊNDICE J).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos do Hospital São José (HSJ) sob o parecer N° 1.824.369 (ANEXO A) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC sob o protocolo N° 1.993.271 (ANEXO B) com base nas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Desde o período *baseline* os voluntários da pesquisa receberam códigos conforme o seu ID de rastreamento para garantir o seu anonimato. Só tiveram acesso aos dados da pesquisa e identificação dos pacientes os pesquisadores envolvidos. Os formulários de coleta foram mantidos em armário com chave no Centro de Pesquisas do HSJ. Também todos os formulários estão escaneados e armazenados no Google Drive (hsjqvcti@gmail.com) sendo acessado somente pelos pesquisadores autorizados.

Diante dos formulários e instrumentos de pesquisa acima segue abaixo as variáveis desfecho e preditoras desta pesquisa.

3.11 VARIÁVEIS

3.11.1 VARIÁVEIS DEPENDENTES (DESFECHOS)

Os seguintes desfechos exploratórios foram avaliados durante o seguimento dos pacientes (Quadro 2):

Quadro 2 – Desfechos do Estudo por Período

Período	Variáveis Desfechos
<i>Baseline</i>	<i>Status Vital (Mortalidade)</i>
4 Meses	Disfunção Cognitiva Sintomas de Depressão Sintomas de Ansiedade <i>Status Vital (Mortalidade)</i>

3.11.2 VARIÁVEIS INDEPENDENTES

As variáveis independentes dependeram do período do estudo (Quadro 3):

Quadro 3 – Variáveis Independentes (Preditoras) por Período do Estudo

Período	Variáveis Independentes
<i>Baseline</i>	<p><i>Características Sócio-demográficas</i> Sexo; idade; estado civil; religião; renda familiar; gastos com saúde, religião; trabalho; consumo de álcool; necessidade de cuidador. <i>Status Vital (Mortalidade)</i></p> <p><i>Características da DCA</i> Tipo de admissão na UTI; procedência do paciente; regime de internação hospitalar; Comorbidades orgânicas na UTI – Índice de Charlson; risco de mortalidade hospitalar na admissão da UTI (score APACHE II e SAPS 3); intervenções durante a internação na UTI; disfunções orgânicas/desfechos durante a internação na UTI; dias de internação hospitalar e dias de internação na UTI.</p> <p><i>Estado de Saúde Pós-Alta Imediata</i> Sintomas de ansiedade e depressão, disfunção cognitiva.</p> <p><i>Assistência à Saúde</i> Utilização dos serviços de saúde: fisioterapia, fonoaudiologia, acompanhamento psicológico ou psiquiátrico 3 meses antes da admissão da UTI e <i>Status</i> de saúde prévio relacionado a: diagnóstico de ansiedade e transtorno de humor.</p> <p><i>Análises Bioquímicas</i></p>

	Concentrações de β -A: β -A 1-40 e β -A 1-42) e BDNF
4 Meses	As variáveis do período <i>baseline</i> se mantiveram como variáveis independentes e as demais foram acrescidas: <i>Status Vital</i> Acesso aos serviços de saúde Necessidade de encaminhamento aos serviços de saúde

3.11 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise inferencial dos dados foi realizada utilizando-se o software *IBM Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0.

As variáveis contínuas foram inicialmente averiguadas a distribuição de normalidade através do teste de *Komogorov Smirnov* e foram apresentadas na forma de média \pm desvio padrão. Na caracterização da amostra foi inicialmente avaliada a homogeneidade das variâncias e foi utilizado o teste de *Levene*. Já para as variáveis qualitativas utilizou-se o teste *Qui-Quadrado* de *Pearson* como medida de associação.

Para as comparações entre os achados das variáveis qualitativas do período *baseline* e a os quatro meses foi utilizado teste paramétrico t de *Student* para amostras pareadas ou o correspondente não-paramétrico: teste t de *Wilcoxon*.

Para as comparações entre os desfechos e as variáveis preditoras no período *baseline* foi utilizada a Regressão de Poisson – risco relativo (RR). Já para averiguar o tempo entre a alta da UTI e a abordagem dos 4 meses utilizou-se o tempo de sobrevivência computado em dias utilizando-se a regressão de Cox – taxa de risco = *Hazard Ratio* (HR) como medida de associação. As variáveis qualitativas que não eram dicotômicas foram dicotomizadas para serem utilizadas como possíveis variáveis Preditoras do modelo, tanto na regressão tanto de Cox quanto de Poisson. As descrições das novas variáveis estão demonstradas no quadro do APÊNDICE K.

O método adotado para a construção do modelo de regressão multivariável tanto de *Poisson* quanto de *Cox* foi o *backward*, de acordo com a metodologia de Hosmer e Lemeshow. Nesta metodologia todas as variáveis nas análises univariadas com $p < 0,25$ entram no modelo multivariável e a seleção é feita pela retirada da variável menos significativa, uma de cada vez, de modo sequencial e automático, com base em critérios estatísticos. Permaneceram no modelo final apenas as variáveis com valor de $\alpha = 0,05$ ($p < 0,05$). Em todas as análises, foi adotado como nível para significância estatística um p-valor $\alpha = 0,05$

($p < 0,05$). As construções das tabelas foram realizadas no *Software Microsoft Excel*.

4 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa serão apresentados por períodos de acompanhamento dos pacientes sobreviventes pós-alta da UTI seguindo o quadro abaixo:

Quadro 5 – Períodos de Acompanhamento da Pesquisa

Período	Resultados
<i>Baseline</i> (n=162)	<ul style="list-style-type: none"> – Elegibilidade da Amostra – Características Sócio-demográficas (<i>Baseline</i> e 4 Meses) – Características da DCA – Características de Saúde Pós-Alta Imediata (24 a 120 horas) – Assistência à Saúde Pré Internação Hospitalar e Durante a Internação – Análises Bioquímicas – Regressão de <i>Poisson</i> do Desfecho: <ul style="list-style-type: none"> • Mortalidade
4 Meses (n=44)	<ul style="list-style-type: none"> – Análises Bioquímicas; – Regressão de <i>Cox</i> dos Desfechos: <ul style="list-style-type: none"> • Disfunção Cognitiva • Sintomas de Depressão • Sintomas de Ansiedade

4.1 PERÍODO BASELINE

4.1.1 *BASELINE*: ELEGIBILIDADE DA AMOSTRA

A população do presente estudo foi composta por 2082 pacientes advindos das UTI cardiológica, geral e cirúrgica do HSJ entre o período de janeiro de 2017 a dezembro de 2018. Destes pacientes, 1573 foram excluídos por não preencherem os critérios de inclusão/exclusão do estudo. Foram considerados elegíveis 509 pacientes, porém 347 não foram incluídos no estudo diante de diferentes justificativas, citadas na Figura 5. Por fim, a amostra no período *Baseline* foi de 162 pacientes. Após a alta da UTI, ainda durante a internação hospitalar, houve a incidência de 16 óbitos e entre o período *Baseline* e até os 4 meses a incidência foi de 12 óbitos. Para o seguimento dos 4 meses seriam acompanhados 131 pacientes (80,7%) da amostra elegível. Diante das perdas por mortalidade e outros motivos justificados para não comparecerem no ambulatório presencial, no seguimento de 4 meses foram avaliados 44 pacientes (27,1%).

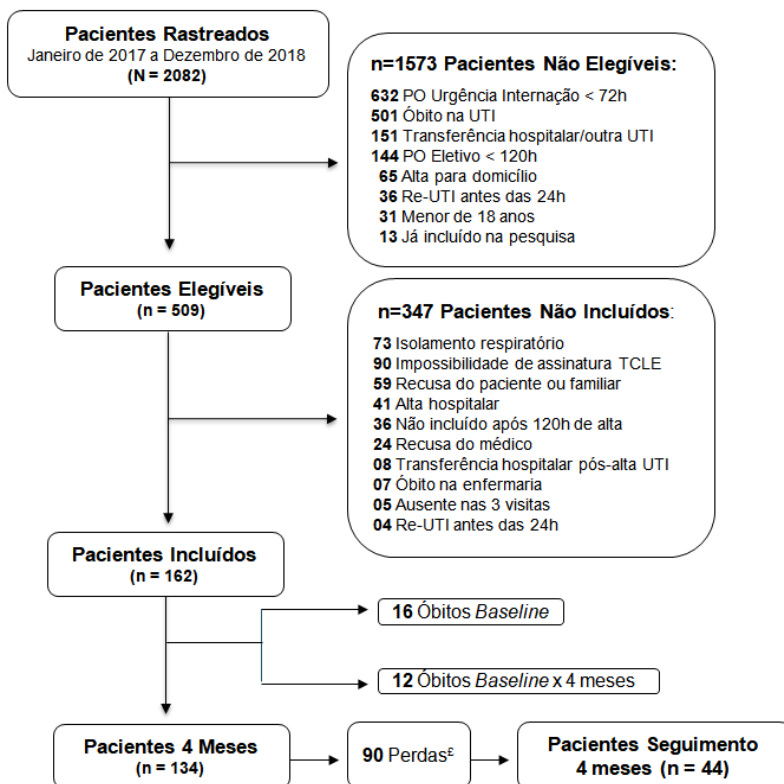


Figura 5 – Fluxograma de Seleção e Acompanhamento da Coorte.

Legenda: N: número da população; n: número da amostra; %: porcentagem; h: horas; PO: Pós-Operatório; UTI: Unidade de Terapia Intensiva; TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; h: horas; Re-IH: Reinternação Hospitalar; Re-UTI: Reinternação Unidade de Terapia Intensiva. [£]: 3 Re-IH ou Re-UTI; 54 Recusa ou Impossibilidade de contato telefônico após 10 tentativas; 12 Impossibilidade (Transporte); 11 Não compareceu, ou reagendeu; 08 Impossibilidade (Físico); 02 Impossibilidade (Horário).

4.1.2 *BASELINE*: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra na linha de base foi composta por 162 pacientes (tabela 1), a média de idade foi de 55 ± 17 anos, tendo o predomínio do gênero masculino com 103 (63,0%), 100 (61,7%) casados, sendo predominantemente caucasianos 122 (75,3%). Em média, estudaram $7,1 \pm 3,5$ anos, possuem uma renda mensal familiar em torno de R\$2.510,00 \pm 1.635,60 reais tendo uma mediana de 2 dependentes e gastam com saúde mensalmente, R\$647,30 \pm 1.342,30 reais.

Tabela 1 - Características Sócio-demográficas

Características Sócio-demográficas	Baseline (n=162) Média±DP ou n (%)	IC 95%	4 Meses (n=44) Média±DP ou n (%)	IC 95%	Valor p
Idade (anos)	55±17	53,0-58,2	57±15,9	52,1-61,8	0,474 ^a
≥55 anos	96 (59,3)	-	24 (4,5)	-	0,513 ^b
18 - 49 anos	48 (29,6)	-	12 (27,3)	-	
50 - 64 anos	61 (37,7)	-	17 (38,6)	-	0,991 ^b
≥65 anos	53 (32,7)	-	14 (21,5)	-	
Gênero - Masculino	103 (63,6)	-	27 (61,4)	-	0,792 ^b
Estado Civil - Estável	100 (61,7)	-	27 (61,4)	-	0,506 ^b
Raça - Caucasiano	122 (75,3)	-	31 (70,5)	-	0,734 ^b
Escolaridade (anos)	7,1±3,5	6,6-7,7	7,0±3,3	6,1-8,0	0,422 ^a
≤ 7 anos	98 (60,5)	-	26 (59,1)	-	0,731 ^b
Renda Familiar^b					
R\$ Renda Mensal Familiar,	2.510,00±1.635,60	148,70-2.216,30	2.392,20±1.474,30	1.867,70-2.930-70	0,528 ^a
Número de Dependentes	2,6±1,3	2,4-2,8	2,9±1,5	2,3-3,4	0,178 ^a
Renda Familiar Per					
Capita	836,90±545,20	738,80-935,00	799,70±491,40	622,60-976,90	0,528 ^a
Renda Mensal Familiar,					
≤R\$ 2.509,00	81 (65,9)	-	25 (73,5)	-	0,763 ^b
Renda Familiar Per					
Capita, ≤R\$ 836,00	39 (31,7)	-	12 (35,3)	-	0,849 ^b

Gastos com Saúde Mensal^p	647,30±1.342,30	386,20-908,30	613,30±919,30	281,80-944,70	0,924 ^a
Gastos com Saúde Mensal, ≥R\$ 647,00	24 (23,1)	-	8 (25,0)	-	0,486 ^b
Religião	153 (94,4)	-	43 (97,7)	-	0,580 ^b
Trabalhava	62 (38,3)	-	39 (37,1)	-	0,803 ^b
Fuma ou Fumou[‡]	81 (50,0)	-	22 (52,4)	-	0,905 ^b
Etilismo[£]	57 (35,6)	-	13 (30,2)	-	0,613 ^b
Necessidade de Cuidador em Domicílio[^]	19 (11,7)	-	6 (16,2)	-	0,430 ^b

Legenda: ±DP – Desvio-padrão; IC: Intervalo de Confiança; <: menor ou igual; ≥: maior ou igual; n: número absoluto; %: porcentagem. **Nota:** Variáveis apresentadas na forma n/total (%) ou conforme indicado. ^B: 123/162 (75,9); ^P: 104/162 (64,2); [‡]: 160/162 (98,8); [£]: 158/162 (97,5); [£]: 160/162 (98,8); [^]: 134/162 (82,7). **Método Estatístico Empregado:** ^a: p-value para teste de Levene para Homogeneidade das Variâncias; ^b: p-value para Teste Qui-Quadrado de *Pearson*.

4.1.3 BASELINE: CARACTERÍSTICAS DA DCA

Com relação as características da DCA (tabela 2), pode-se observar que quanto ao tipo de admissão na UTI 76 (46,9%) foram admitidos por algum critério clínico, sendo que 76 (46,9%) tiveram como procedência da unidade de emergência do hospital. Com relação as comorbidades orgânicas avaliadas através do índice de Charlson, pode-se observar que a média foi de $1 \pm 1,06$ comorbidade e 46 (28,4%) tiveram duas ou mais comorbidades. Quanto ao risco de morte avaliado pelo APACHE II o escore médio foi de $16,35 \pm 11,36$ pontos e o risco avaliado pelo SAPS3 de $39,8 \pm 16,94$.

No que se refere as intervenções realizadas durante o período de internação da UTI 83 (51,1%) necessitaram do uso de vasopressor, 33 (20,4%) foram submetidos a sedação contínua, 115 (71,0%) utilizaram Ventilação Mecânica Não Invasiva (VMNI), 53 (32,7%) utilizaram Ventilação Mecânica Invasiva (VMI).

A cerca dos desfechos durante o período de internação da UTI 3 (1,9%) sofreram infarto agudo do miocárdio ou síndrome coronária aguda, 5 (3,1%) tiveram parada cardíaco-respiratória, 12 (1,2%) acidente vascular cerebral, 7 (4,3%) adquiriram fraqueza muscular, 14 (18,6%) tiveram crises convulsivas, 14 (8,60%) portaram trombose venosa profunda, 13 (8,0%) tiveram trombo embolia pulmonar, 12 (7,4%) possuíram úlcera de decúbito, 16 (9,9%) sofreram *delirium*, 16 (9,9%) necessitaram de transfusão de sangue e de hemoderivados, 12 (7,4%) portaram infecção nosocomial adquirida na UTI. Quanto aos dias de internação hospitalar a média foi de $25,9 \pm 33,2$ dias e de internação de UTI a média foi de $6,3 \pm 4,2$ dias.

Tabela 2 - Características da Doença Crítica Aguda (n=162)

Características da Doença Crítica Aguda	Baseline (n=162) Média±DP ou n (%)
Tipo de Admissão na UTI	
Clínico	76 (46,9)
Cirúrgico, eletivo	27 (16,7)
Cirúrgico, Emergência	59 (36,4)
Procedência do Paciente - n (%)	
Emergência	76 (46,9)
Enfermaria	44 (27,2)
Bloco Cirúrgico	31 (19,1)
Outro Hospital	9 (5,6)
Sala de Recuperação	2 (1,2)
Regime de Internação - n (%)	
SUS	147 (90,7)
Convênio/Particular	15 (9,3)
Comorbidades Orgânicas na UTI	
Índice de Comorbidade de Charlson	1±1,06
Índice de Comorbidade de Charlson - ≥1	96 (59,3)
Índice de Comorbidade de Charlson - ≥2	46 (28,4)
	16,35±11,3
APACHE II	6
SAPS 3	39,8±16,94
Sepses	10 (6,2)
Choque Séptico	5 (3,1)
Infecção na Admissão da UTI	22 (13,6)
Intervenções UTI	
Necessidade de Vasopressor	83 (51,2)
Necessidade de Vasodilatador	13 (8,0)
Necessidade de Sedação Contínua	33 (20,4)
Necessidade de HD Convencional	15 (9,30)
Necessidade de Craniectomia Descompressiva	7 (4,3)
Necessidade de Intervenção Cirúrgica de	
Emergência	13 (8,0)
Necessidade de Monitoração da PIC	10 (6,2)
Necessidade de Nutrição Parenteral	12 (7,4)
Necessidade de Sonda Nasoenteral	61 (37,7)

Necessidade de VMNI	115 (71,0)
Necessidade de VMI	53 (32,7)
Necessidade de Traqueostomia	18 (11,1)
Desfechos durante a UTI	
Infarto Agudo do Miocárdio/Síndrome Coronariana	
Aguda	3 (1,9)
Parada Cárdio-Respiratória	5 (3,1)
Acidente Vascular Cerebral	2 (1,2)
Fraqueza Muscular Adquirida na UTI	2 (1,2)
Crises Convulsivas	7 (4,3)
Trombose Venosa Profunda	14 (8,6)
Trombo Embolia Pulmonar	13 (8,0)
Úlcera de Decúbito	14 (8,6)
<i>Delirium</i>	13 (8,6)
Necessidade de transfusão de sangue ou hemoderivados	20 (12,3)
Infecção Nosocomial Adquirida na UTI	12 (7,4)
Dias Internação Hospitalar	25,9±33,2
Dias Internação Hospitalar - \geq 26 dias	46 (28,4)
Dias Internação UTI	6,3±4,2
Dias Internação UTI - \geq 6 dias	54 (33,3)

Legenda: \pm DP – Desvio-padrão; HD: hemodiálise; PIC: Pressão Intracraniana; SUS: Sistema Único de Saúde; UTI: Unidade de Terapia Intensiva; VMNI: Ventilação Mecânica Não Invasiva. VMI: Ventilação Mecânica Invasiva.
Método Estatístico Empregado: Análise Descritiva de Frequências.

4.1.4 BASELINE: CARACTERÍSTICAS DO ESTADO DE SAÚDE PÓS-ALTA IMEDIATA

Com relação ao estado de saúde dos pacientes pós-alta imediata da UTI que foi entre 24 a 120 horas, observa-se na tabela 3, que: 82 (50,6%) dos pacientes apresentaram déficit cognitivo com média de escore de $20,2 \pm 5,6$ pontos. Relacionado aos sintomas de depressão e ansiedade avaliado através da escala de ansiedade e depressão hospitalar, 84 (51,9%) dos pacientes apresentavam sintomas depressivos e 71 (43,8%) sintomas de ansiedade. Tendo um escore para depressão de $5,7 \pm 3,8$ e ansiedade de $7,2 \pm 3,9$. Quanto as análises bioquímicas, a média do BDNF foi de $0,09 \pm 0,03$ pg/mL, da β -A 1-42 foi de $39,7 \pm 26,0$ pg/mL e da β -A 1-40 foi de $10,3 \pm 9,1$ pg/mL.

Tabela 3 - Estado de Saúde Pós-Alta Imediata UTI (24 a 120 horas)

Estado de Saúde Pós-Alta Imediata UTI (24 a 120 horas)	Baseline (n=162) Média \pm DP ou n (%)
Disfunção Cognitiva^a	82 (50,6)
Escore	20,2 \pm 5,6
Sintomas Depressão^b	84 (51,9)
Escore	5,7 \pm 3,8
Sintomas Ansiedade^b	71 (43,8)
Escore	7,2 \pm 3,9
Análises Bioquímicas	
BDNF	0,09 \pm 0,03
BDNF: $\leq 0,09$ pg/ml ^c	29 (17,9)
β -A 1-42	39,7 \pm 26,0
β -A 1-42: $\geq 39,7$ pg/ml ^d	10 (6,2)
β -A 1-40	10,3 \pm 9,1
β -A 1-40: $\geq 10,3$ pg/ml ^c	10 (6,2)

Legenda: \pm DP – Desvio-padrão; β -A: Beta Amilóide; BDNF: Fator de Crescimento Neurotrófico Derivado do Encéfalo; pg/ml: Picograma/mL. **Nota:** Variáveis apresentadas na forma n/total (%) ou conforme indicado. ^a: 131/162 (80,9); ^b: 127/162 (78,3); ^c: 50/162 (30,9); ^d: 54/162 (33,3) **Método Estatístico Empregado:** Análise descritiva de frequências.

4.1.5 BASELINE: CARACTERÍSTICAS DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Sobre a assistência à saúde até 3 meses antes da internação hospitalar e durante o período de internação, observa-se na tabela 4, que 11 (6,8%) dos pacientes já realizavam fisioterapia antes da internação hospitalar, 1 (0,6%) tratamento com fonodiologia; 14 (8,6%) faziam acompanhamento com o psicólogo e/ou psiquiatra; também foi observado que 36 (22,2%) já tinham tido em algum momento de sua vida o diagnóstico de ansiedade, como: transtorno de ansiedade, síndrome do pânico, transtorno obsessivo compulsivo (TOC) estresse pós-traumático ou TOC e 28 (17,3%) de algum tipo de transtorno de humor, como: depressão, transtorno bipolar ou distímia. Com relação a assistência hospitalar destes pacientes observa-se que: 119 (73,5%) dos pacientes realizaram fisioterapia hospitalar; 26 (16,0%) foram atendidos pela fonodíloga e 9 (5,6%) foram acompanhamentos pelos serviços de psicologia.

Tabela 4 – Assistência à Saúde

Assistência à Saúde	Baseline (n=162) n (%)
<i>Assistência Pré Internação Hospitalar</i>	
Realização de Fisioterapia ^a antes IH	11 (6,8)
Acompanhamento com Fonodíloga ^b antes IH	1 (0,6)
Acompanhamento Psicológico ou Psiquiátrico antes	
IH	14 (8,6)
Diagnóstico de Ansiedade Prévio	36 (22,2)
Diagnóstico de Transtorno de Humor Prévio	28 (17,3)
<i>Assistência Internação Hospitalar</i>	
Realização de Fisioterapia no Hospital	119 (73,5)
Acompanhamento com Fonodíloga ^c no Hospital	24 (14,8)
Acompanhamento Psicológico no Hospital	9 (5,6)

Legenda: IH: Internação Hospitalar. **Nota:** Variáveis apresentadas na forma n/total (%) ou conforme indicado. ^a: 160/162 (98,8); ^b: 161/162 (99,4); ^c: 161/162 (99,4). **Método Estatístico Empregado:** Análise Descritiva de Frequências.

4.1.6 **BASELINE: DESFECHO MORTALIDADE**

Nesta etapa dos resultados serão apresentadas as tabelas de regressão de *Poisson* para o desfecho do *baseline*. Conforme mencionado anteriormente, houve a incidência de 16 óbitos de pacientes inclusos ainda durante a internação hospitalar. A tabela 5, apresenta os achados das possíveis variáveis preditoras associadas com o desfecho de mortalidade.

Observa-se que na análise univariada que os pacientes que obtiveram o escore de APACHE maior que 16 tiveram um risco maior de 2,9 de irem a óbito (RR:2,89; $p<0,05$). Dos pacientes que tiveram como comorbidade orgânica a sepse tiveram 5 vezes de chances a mais de irem a óbito (RR:5,07; $p<0,01$) e 2,9 vezes para infecção (RR:2,89; $p<0,05$). Na análise multivariada, observa-se que a sepse se manteve no modelo final (RR:5,16; $p<0,01$) e a necessidade de utilização de traqueostomia (RR:2,7; $p<0,05$) foi observada somente na multivariada.

Tabela 5 – Fatores Associados ao Desfecho Mortalidade no Período Baseline (n=162)

Variáveis	n (%)	RR Bruto	p	RR Ajustado	p
Características Sócio-demográficas					
Idade - ≥55 anos	76 (46,9)	1,89	0,20 [£]	-	-
Gênero - Masculino	103 (63,6)	0,74	0,52	-	-
Estado Civil - Estável	100 (61,7)	0,80	0,64	-	-
Raça - Caucasiano	122 (75,3)	0,98	0,98	-	-
Escolaridade, ≤ 7 anos	98 (60,5)	2,83	0,09	-	-
Renda Familiar Mensal Familiar, ≤R\$ 2.509,00	81 (65,9)	0,52	0,19 [£]	-	-
Renda Familiar Mensal Per Capita, ≤R\$ 836,00	39 (31,7)	1,20	0,73	-	-
Gastos com Saúde Mensal, ≥R\$ 647,00	24 (23,1)	1,11	0,87	-	-
Trabalhava	62 (38,3)	0,73	0,55	-	-
Fuma ou Fumou	81 (50,6)	1,63	0,32	-	-
Etilismo	57 (35,6)	1,41	0,48	-	-
Necessidade de Cuidador em domicílio	19 (13,9)	1,43	0,54	-	-
Características da Doença Crítica Aguda					
Tipo de Admissão na UTI					
Clínico	76 (46,9)	2,49	0,08 [£]	-	-
Cirúrgico, eletivo	27 (16,7)	0,33	0,28	-	-
Cirúrgico, Emergência	59 (36,4)	0,58	0,33	-	-
Procedência do Paciente					
Emergência	76 (46,9)	0,88	0,79	-	-
Enfermaria	44 (27,2)	0,89	0,84	-	-
Bloco Cirúrgico	31 (19,1)	0,28	0,21 [£]	-	-

Regime de Internação

SUS	146 (90,7)	1,53	0,67	-	-
Particular	15 (9,3)	0,65	0,67	-	-

Comorbidades Orgânicas na UTI

Índice de Comorbidade de Charlson - ≥ 1	96 (59,3)	2,06	0,19 [£]	-	-
Índice de Comorbidade de Charlson - ≥ 2	46 (28,4)	0,84	0,75	-	-
APACHE II - ≥ 16	70 (43,2)	2,89	0,04 ^{*£}	-	-
SAPS 3 - ≥ 40	16 (9,9)	2,11	0,20 [£]	-	-
Sepse	10 (6,2)	5,07	0,01 ^{*£}	5,16	0,01 ^{**}
Infecção na Admissão da UTI	22 (13,6)	2,89	0,03 ^{*£}	-	-

Intervenções UTI

Necessidade de Vasopressor	83 (51,2)	0,57	0,26	-	-
Necessidade de Vasodilatador	13 (8,0)	0,76	0,79	-	-
Necessidade de Sedação Contínua	33 (20,4)	2,35	0,08 [£]	-	-
Necessidade de Monitoração da PIC	10 (6,2)	1,01	0,99	-	-
Necessidade de Nutrição Parenteral	12 (7,4)	2,89	0,06 [£]	-	-
Necessidade de Sonda Nasoenteral	61 (37,7)	1,66	0,29	-	-
Necessidade de VMNI	115 (7,1)	1,23	0,71	-	-
Necessidade de VMI	53 (32,7)	1,60	0,32	-	-
Necessidade de Traqueostomia	18 (11,1)	2,67	0,06 [£]	2,73	0,04 [*]

Desfechos durante a UTI

Parada Córdio-Respiratória	5 (3,1)	2,09	0,43	-	-
Fraqueza Muscular Adquirida na UTI	2 (1,2)	5,33	0,03 ^{*£}	-	-
Crises Convulsivas	7 (4,3)	1,48	0,68	-	-
Úlcera de Decúbito	14 (8,6)	1,51	0,56	-	-
<i>Delirium</i>	13 (8,6)	0,76	0,79	-	-

Necessidade de transfusão de sangue ou hemoderivados	20 (12,3)	1,79	0,40	-	-
Infecção Nosocomial Adquirida na UTI	12 (7,4)	1,01	0,98	-	-
Dias Internação Hospitalar - ≥ 26	46 (28,4)	1,96	0,15 [£]	-	-
Dias Internação UTI - ≥ 6	54 (33,3)	2,00	0,14 [£]	-	-
Estado de Saúde Pós-Alta Imediata UTI					
Disfunção Cognitiva	82 (50,6)	2,09	0,35	-	-
Sintomas Ansiedade	71 (43,8)	1,59	0,48	-	-
Sintomas Depressão	84 (51,9)	2,44	0,17 [£]	-	-
Assistência à Saúde					
Assistência Pré Internação Hospitalar					
Diagnóstico de Ansiedade Prévio	36 (22,2)	1,59	0,36	-	-
Diagnóstico de Transtorno de Humor Prévio	28 (17,3)	1,10	0,88	-	-
Assistência Durante a Internação Hospitalar					
Realização de Fisioterapia no Hospital	119 (73,5)	0,60	0,30	-	-
Acompanhamento com Fonoaudióloga no Hospital	24 (14,8)	1,90	0,23 [£]	-	-
Acompanhamento Psicológico no Hospital	9 (5,6)	2,43	0,19 [£]	-	-
Análises Bioquímicas					
BDNF: $\leq 0,09$ pg/mL	13 (25,5)	2,92	0,26	-	-
β -A 1-42: $\geq 39,7$ pg/mL	20 (12,3)	1,50	0,67	-	-
β -A 1-40: $\geq 10,3$ pg/mL	25 (15,4)	0,29	0,25	-	-

Legenda: β -A: Beta Amilóide, BDNF: Fator de Crescimento Neurotrófico Derivado do Encéfalo, HD: hemodiálise, RR: Risco Relativo, IC: Intervalo de Confiança, PIC: Pressão Intracraniana, UTI: Unidade de Terapia Intensiva, VMI: Ventilação Mecânica Invasiva, VMNI: Ventilação Mecânica Não Invasiva, <: menor ou igual, \geq maior ou igual, pg/mL: picograma/mililitro. **Método Estatístico Empregado:** Regressão de Poisson, sendo: * $p < 0,05$ na análise Univariada; [£]: todas as variáveis que obtiveram $p < 0,25$; Modelo Final Multivariada: * $p < 0,05$; $p < 0,01$.

4.2 COMPARAÇÕES: *BASELINE* E 4 MESES

4.2.1 CARACTERÍSTICAS DOS DESFECHOS PÓS-ALTA: *BASELINE* E 4 MESES

Observa-se na tabela 6 as características dos desfechos deste estudo, onde: aos 4 meses houve a incidência de 12 (27,3%) pacientes com disfunção cognitiva, 6 (13,6%) com sintomas de depressão e 8 (18,2%) com sintomas de ansiedade.

Tabela 6 – Características das Variáveis Desfecho Pós-Alta

Variáveis	<i>Baseline</i>	4 Meses	P
	(n=162) Média±DP ou n (%)	(n=44) Média±DP ou n (%)	
Diferença em Dias[§]	-	134,6±19,4	-
Incidência de Mortalidade	16 (9,9)	12 (7,4) ^b	-
Acompanhamento 4 Meses			
Incidência de Disfunção Cognitiva	-	12 (27,3)	-
Prevalência de Disfunção Cognitiva	82 (50,6) ^c	22 (50,0)	-
Escore Disfunção Cognitiva	21,2±4,3	24,3±3,3	0,01** ‡
Incidência Sintomas de Depressão	-	6 (13,6)	-
Prevalência dos Sintomas de Depressão	84 (51,9) ^d	28 (63,6)	-
Escore Sintomas Depressão	5,2±3,4	5,4±4,3	0,76 [‡]
Incidência Sintomas de Ansiedade	-	8 (18,2)	-
Prevalência a dos Sintomas Ansiedade	71 (43,8) ^d	23 (52,3)	-
Escore Sintomas Ansiedade	7,2±3,9	7,1±4,4	0,76 [£]
Não Recebe Assistência do SUS pela UBS ou ESF	-	11 (25,0)	-
Houve a Necessidade de Encaminhamento aos Serviços	-	13 (29,5)	-

Legenda: [§]: Data Alta UTI x Acompanhamento; DP: Desvio-Padrão; ESF: Estratégia de Saúde da Família; UBS: Unidade Básica de Saúde; SUS: Sistema Único de Saúde; <: menor; <=: menor ou igual; ≥ maior ou igual. **Nota:** Variáveis apresentadas na forma n/total (%): ^a: n=146 ^b: n=134; ^c: 131/162 (80,9%); ^d: 111/162 (80,9%). **Método Estatístico Empregado:** [£] *p-value* para teste t de Student; [‡] *p-value* para teste t de Wilcoxon. **p*<0,05; ***p*<0,01.

4.4 DESFECHOS PÓS-ALTA: 4 MESES

Os desfechos avaliados aos 4 meses foram: disfunção cognitiva, sintomas de depressão e de ansiedade que serão apresentados a seguir.

4.4.3 DESFECHO 4 MESES: DISFUNÇÃO COGNITIVA

Na tabela 7 observa-se os achados relacionados ao desfecho: disfunção cognitiva. No modelo final permaneceu o trabalho como um fator de proteção (HR: 0,26; $p < 0,05$). Já como fatores de risco, têm-se: ter infecção na admissão da UTI (HR: 4,04; $p < 0,05$) na univariada e (HR: 4,79; $p < 0,05$) na multivariada; ter tido a necessidade da realização de Hemodiálise (HD) convencional durante a internação da UTI evidencia-se na univariada (HR: 39,21; $p < 0,01$) e na multivariada o risco aumenta em 192 vezes (HR: 231,74; $p < 0,01$); e ter a necessidade de acompanhamento com fonaudióloga (HR: 4,87; $p < 0,05$) foi firmado apenas na multivariada.

Tabela 7 – Fatores Associados ao Desfecho Disfunção Cognitiva Reavaliado aos 4 meses Pós-Alta da UTI (n=44)

Variáveis	n (%)	HR Bruto	p	HR Ajustado	p
Características Sócio-demográficas					
Idade - ≥55 anos	22 (50,0)	1,77	0,26	-	-
Gênero - Masculino	27 (61,4)	0,70	0,47	-	-
Estado Civil - Estável	27 (61,4)	0,63	0,35	-	-
Raça - Caucasiano	31 (70,5)	1,94	0,30	-	-
Escolaridade, ≤ 7 anos	26 (59,1)	1,96	0,19 [‡]	-	-
Renda Familiar Mensal Familiar, ≤R\$ 2.509,00	25 (56,8)	2,20	0,31	-	-
Renda Familiar Mensal Per Capita, ≤R\$ 836,00	12 (27,3)	1,56	0,42	-	-
Gastos com Saúde Mensal, ≥R\$ 647,00	8 (18,2)	1,68	0,41	-	-
Trabalhava	16 (36,4)	0,41	0,13 [‡]	0,26	0,05*
Fuma ou Fumou	22 (50,0)	1,25	0,67	-	-
Etilismo	13 (29,5)	0,26	0,04 * [‡]	-	-
Necessidade de Cuidador em Domicílio	6 (13,6)	1,89	0,28	-	-
Características da Doença Crítica Aguda					
Tipo de Admissão na UTI					
Clínico	20 (45,5)	1,45	0,46	-	-
Cirúrgico, Eletivo	7 (15,9)	0,47	0,34	-	-
Cirúrgico, Emergência	17 (38,6)	1,02	0,98	-	-
Procedência do Paciente					
Emergência	16 (36,4)	1,22	0,68	-	-
Enfermaria	15 (34,1)	2,10	0,18 [‡]	-	-

Bloco Cirúrgico	12 (27,3)	0,38	0,14 [€]	-	-
Regime de Internação					
SUS	39 (88,6)	0,72	0,66	-	-
Convênio/Particular	5 (11,4)	1,39	0,66	-	-
Comorbidades Orgânicas na UTI					
Índice de Comorbidade de Charlson - ≥ 1	26 (59,1)	1,47	0,48	-	-
Índice de Comorbidade de Charlson ≥ 2	12 (27,3)	1,20	0,73	-	-
APACHE II - ≥ 16	23 (52,3)	2,59	0,10 [€]	-	-
SAPS 3 - ≥ 40	40 (90,9)	0,78	0,74	-	-
Sepses	2 (4,5)	0,86	0,89	-	-
Choque	1 (2,3)	0,76	0,80	-	-
Infecção na Admissão da UTI	4 (9,1)	4,04	0,04^{*€}	4,79	0,03 [*]
Intervenções UTI					
Necessidade de Vasopressor	24 (54,5)	0,98	0,97	-	-
Necessidade de Sedação Contínua	5 (11,4)	1,00	1,00	-	-
Necessidade de HD Convencional	1 (2,3)	39,21	0,01^{*€}	231,74	0,01 ^{**}
Necessidade de Intervenção Cirúrgica de Emergência	2 (4,5)	0,94	0,95	-	-
Necessidade de Nutrição Parenteral	3 (6,8)	1,67	0,50	-	-
Necessidade de Sonda Nasoenteral	12 (27,3)	1,14	0,81	-	-
Necessidade de VMNI	32 (72,7)	0,92	0,88	-	-
Necessidade de VMI	17 (38,6)	1,25	0,65	-	-
Necessidade de Traqueostomia	4 (9,1)	1,42	0,74	-	-
Desfechos durante a UTI					
Crises Convulsivas	2 (4,5)	0,65	0,68	-	-
Úlcera de Decúbito	3 (6,8)	2,84	0,19 [€]	-	-
<i>Delirium</i>	3 (6,8)	2,33	0,27	-	-

Necessidade de transfusão de sangue ou hemoderivados	3 (6,8)	0,90	0,92	-	-
Infecção Nosocomial Adquirida na UTI	3 (6,8)	0,58	0,59	-	-
Dias Internação Hospitalar - \geq 26	13 (29,5)	0,77	0,62	-	-
Dias Internação UTI - \geq 6	11 (25,0)	1,17	0,77	-	-
Estado de Saúde Pós-Alta Imediata UTI (24 a 120 horas)					
Disfunção Cognitiva	22 (50,0)	1,00	0,12 [£]	-	-
Sintomas Ansiedade	23 (52,3)	0,51	0,39	-	-
Sintomas Depressão	28 (63,6)	0,57	0,47	-	-
Assistência à Saúde					
<i>Assistência Pré Internação Hospitalar</i>					
Realização de Fisioterapia antes IH	5 (11,4)	0,61	0,52	-	-
Diagnóstico de Ansiedade Prévio	9 (20,5)	1,34	0,59	-	-
Diagnóstico de Transtorno de Humor Prévio	6 (13,6)	1,66	0,38	-	-
<i>Assistência Durante a Internação Hospitalar</i>					
Realização de Fisioterapia no Hospital	37 (84,1)	2,92	0,30	-	-
Acompanhamento com Fonaudióloga no Hospital	7 (15,9)	2,67	0,10 [£]	4,87	0,02*
Consequências Pós-Alta - Acompanhamento 4 Meses					
Não Recebe Assistência do SUS pela UBS ou ESF	11 (25,0)	2,57	0,06 [£]	-	-
Houve a Necessidade de Encaminhamento aos Serviços de Saúde	13 (29,5)	1,27	0,64	-	-
Análises Bioquímicas					
BDNF: \leq 0,09 pg/ml	29 (65,9)	1,00	0,88	-	-
β -A 1-42: \geq 39,7 pg/ml	11 (25,0)	0,73	0,66	-	-
β -A 1-40: \geq 10,3 pg/ml	11 (25,0)	9,6	0,04[£]	-	-

Legenda: β -A: Beta Amilóide, BDNF: Fator de Crescimento Neurotrófico Derivado do Encéfalo, ESF: Estratégia de Saúde da Família, HD: hemodiálise, HR: Hazar Ratio, IC: Intervalo de Confiança, IH: Internação Hospitalar, PIC: Pressão Intracraniana, SUS: Sistema Único de Saúde, UBS: Unidade Básica de Saúde, UTI: Unidade de Terapia Intensiva, VMI: Ventilação Mecânica

Invasiva, VMNI: Ventilação Mecânica Não Invasiva, $<$: menor ou igual, \geq maior ou igual, pg/mL: picograma/mililitro. **Método Estatístico Empregado:** Regressão de Cox, sendo: * $p < 0,05$ na análise Univariada; £: todas as variáveis que obtiveram $p < 0,25$; Modelo Final Multivariada: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

4.4.5 DESFECHO 4 MESES: SINTOMAS DE DEPRESSÃO

Na tabela 8 observam-se os achados relacionados ao desfecho: sintomas de depressão, como fatores de risco têm-se: gastos com saúde mensal \geq R\$ 647,00 reais mensais (HR: 2,80; $p < 0,05$) na univariada e na multivariada o risco passa para 5,44 (HR: 5,44; $p < 0,05$). Não receber a assistência do SUS pela UBS ou ESF do seu bairro em até 4 meses de alta foi um risco na univariada (HR: 5,34; $p < 0,01$) e na multivariada este risco aumentou em 12 vezes (HR: 17,1; $p < 0,05$) a dosagem sérica de BDNF $\leq 0,05$ pg/mL foi um risco na univariada (HR: 1,01; $p < 0,01$), mantendo a mesma proporção de risco na multivariada (HR: 1,01; $p < 0,01$).

Tabela 8 - Fatores Associados ao Desfecho Sintomas de Depressão Reavaliado aos 4 meses Pós-Alta da UTI (n=44)

Variáveis	n (%)	HR Bruto	p	HR Ajustado	p
Características Sócio-demográficas					
Idade - ≥55 anos	22 (50,0)	2,14	0,21 [£]	-	-
Gênero - Masculino	27 (61,4)	0,95	0,93	-	-
Estado Civil - Estável	27 (61,4)	0,73	0,58	-	-
Raça - Caucasiano	31 (70,5)	1,40	0,61	-	-
Escolaridade, ≤7 anos	26 (59,1)	1,71	0,35	-	-
Renda Familiar Mensal Familiar, ≤R\$ 2.509,00	25 (56,8)	3,80	0,21 [£]	-	-
Renda Familiar Mensal Per Capita, ≤R\$ 836,00	12 (27,3)	1,61	0,44	-	-
Gastos com Saúde Mensal, ≥R\$ 647,00	8 (18,2)	2,80	0,11 [£]	5,44	0,03*
Trabalhava	16 (36,4)	0,82	0,73	-	-
Fuma ou Fumou	22 (50,0)	0,82	0,72	-	-
Etilismo	13 (29,5)	0,31	0,09 [£]	-	-
Necessidade de Cuidador em Domicílio	6 (13,6)	2,12	0,28	-	-
Características da Doença Crítica Aguda					
Tipo de Admissão na UTI					
Clínico	20 (45,5)	1,61	0,40	-	-
Cirúrgico, eletivo	7 (15,9)	0,23	0,17 [£]	-	-
Cirúrgico, Emergência	17 (38,6)	1,27	0,69	-	-
Procedência do Paciente					
Emergência	16 (36,4)	0,63	0,45	-	-
Enfermaria	15 (34,1)	2,58	0,15 [£]	-	-

Bloco Cirúrgico	12 (27,3)	0,51	0,32	-	-
Regime de Internação					
SUS	39 (88,6)	0,49	0,37	-	-
Convênio/Particular	5 (11,4)	2,03	0,37	-	-
Comorbidades Orgânicas na UTI					
Índice de Comorbidade de Charlson - ≥ 1	26 (59,1)	1,05	0,94	-	-
Índice de Comorbidade de Charlson ≥ 2	12 (27,3)	1,07	0,92	-	-
APACHE II - ≥ 16	23 (52,3)	1,89	0,30	-	-
SAPS 3 - ≥ 40	40 (90,9)	0,57	0,59	-	-
Sepses	2 (4,5)	0,04	0,51	-	-
Infecção na Admissão da UTI	4 (9,1)	0,04	0,56	-	-
Intervenções UTI					
Necessidade de Vasopressor	24 (54,5)	0,21	0,02^z	-	-
Necessidade de Sedação Contínua	5 (11,4)	0,65	0,68	-	-
Necessidade de Intervenção Cirúrgica de Emergência	2 (4,5)	1,33	0,79	-	-
Necessidade de Sonda Nasoenteral	12 (27,3)	0,60	0,45	-	-
Necessidade de VMNI	32 (72,7)	0,59	0,36	-	-
Necessidade de VMI	17 (38,6)	0,89	0,83	-	-
Necessidade de Traqueostomia	4 (9,1)	2,01	0,51	-	-
Desfechos durante a UTI					
Infarto Agudo do Miocárdio/Síndrome Coronariana Aguda	3 (6,8)	1,68	0,63	-	-
Úlcera de Decúbito	3 (6,8)	0,04	0,57	-	-
<i>Delirium</i>	3 (6,8)	0,05	0,61	-	-
Necessidade de transfusão de sangue ou hemoderivados	3 (6,8)	0,04	0,51	-	-
Infecção Nosocomial Adquirida na UTI	3 (6,8)	0,84	0,87	-	-
Dias Internação Hospitalar - ≥ 26	13 (29,5)	0,64	0,49	-	-

Dias Internação UTI - ≥ 6	11 (25,0)	1,07	0,91	-	-
Estado de Saúde Pós-Alta Imediata UTI (24 a 120 horas)					
Disfunção Cognitiva	22 (50,0)	1,00	0,89	-	-
Sintomas Ansiedade	23 (52,3)	3,10	0,08 [£]	-	-
Sintomas Depressão	28 (63,6)	2,45	0,16 [£]	-	-
Assistência à Saúde					
<i>Assistência Pré Internação Hospitalar</i>					
Realização de Fisioterapia antes IH	5 (11,4)	1,27	0,72	-	-
Acompanhamento Psicológico ou Psiquiátrico antes IH	2 (4,5)	11,12	0,01 ^{*£}	-	-
Diagnóstico de Ansiedade Prévio	9 (20,5)	2,01	0,23 [£]	-	-
Diagnóstico de Transtorno de Humor Prévio	6 (13,6)	2,81	0,09 [£]	-	-
<i>Assistência Durante a Internação Hospitalar</i>					
Realização de Fisioterapia no Hospital	37 (84,1)	0,52	0,33	-	-
Acompanhamento Psicológico no Hospital	1 (2,3)	5,75	0,11 [£]	-	-
Consequências Pós-Alta - Acompanhamento 4 Meses					
Não Recebe Assistência pelo SUS pela UBS ou ESF	11 (25,0)	5,34	0,01 ^{*£}	17,1	0,05 [*]
Análises Bioquímicas					
BDNF: $\leq 0,09$ pg/ml	29 (65,9)	1,01	0,01 ^{*£}	1,01	0,01 ^{**}
β -A 1-42: $\geq 39,7$ pg/ml	11 (25,0)	0,78	0,76	-	-
β -A 1-40: $\geq 10,3$ pg/ml	11 (25,0)	2,93	0,22 [£]	-	-

Legenda: β -A: Beta Amilóide, BDNF: Fator de Crescimento Neurotrófico Derivado do Encéfalo, ESF: Estratégia de Saúde da Família, HD: hemodiálise, HR: Hazard Ratio, IC: Intervalo de Confiança, IH: Internação Hospitalar, PIC: Pressão Intracraniana, SUS: Sistema Único de Saúde, UBS: Unidade Básica de Saúde, UTI: Unidade de Terapia Intensiva, VMI: Ventilação Mecânica Invasiva, VMNI: Ventilação Mecânica Não Invasiva, <: menor ou igual, \geq maior ou igual, pg/mL: picograma/mililitro. **Método Estatístico Empregado:** Regressão de Cox, sendo: * $p < 0,05$ na análise Univariada; £: todas as variáveis que obtiveram $p < 0,25$; Modelo Final Multivariada: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

4.4.6 DESFECHO 4 MESES: SINTOMAS DE ANSIEDADE

Na tabela 9 observam-se os achados relacionados ao desfecho: sintomas de ansiedade, como fatores de risco foi evidenciado na análise univariada e multivariada: a necessidade de realizar HD convencional durante a internação da UTI (HR: 19,99; $p < 0,01$) tendo uma diminuição do risco na multivariada (HR: 8,18; $p < 0,01$); sintomas de ansiedade após a alta imediata da UTI (HR: 3,38; $p < 0,05$) tendo um aumento do risco na multivariada (HR: 8,20; $p < 0,01$). Já renda *Per Capita* inferior a R\$ 836,00 (HR: 8,18; $p < 0,01$) foi evidenciada a inferência estatística na análise multivariada.

Tabela 9 - Fatores Associados ao Desfecho Sintomas de Ansiedade Reavaliado aos 4 meses Pós-Alta da UTI (n=44)

Variáveis	n (%)	HR Bruto	P	HR Ajustado	P
Características Sócio-demográficas					
Idade - ≥55 anos	76 (46,9)	0,78	0,59	-	-
Gênero - Masculino	103 (63,6)	1,20	0,71	-	-
Estado Civil - Estável	100 (61,7)	1,15	0,78	-	-
Raça - Caucasiano	122 (75,3)	0,67	0,40	-	-
Escolaridade, ≤ 7 anos	98 (60,5)	2,12	0,14 [£]	-	-
Renda Familiar Mensal Familiar, ≤R\$ 2.509,00	81 (65,9)	1,42	0,60	-	-
Renda Familiar Mensal Per Capita, ≤R\$ 836,00	39 (31,7)	2,58	0,08 [£]	8,18	0,01**
Gastos com Saúde Mensal, ≥R\$ 647,00	24 (23,1)	1,61	0,45	-	-
Religião	43 (97,7)	0,23	0,16 [£]	-	-
Trabalhava	62 (38,6)	0,85	0,75	-	-
Fuma ou Fumou	81 (50,6)	1,10	0,84	-	-
Etilismo	57 (35,6)	0,95	0,92	-	-
Necessidade de Cuidador em Domicílio	19 (13,9)	1,06	0,94	-	-
Características da Doença Crítica Aguda					
Tipo de Admissão na UTI					
Clínico	76 (46,9)	0,68	0,45	-	-
Cirúrgico, eletivo	27 (16,7)	0,39	0,23 [£]	-	-
Cirúrgico, Emergência	59 (36,4)	2,43	0,07 [£]	-	-

Procedência do Paciente

Emergência	76 (46,9)	0,55	0,26	-	-
Enfermaria	44 (27,2)	1,44	0,52	-	-
Bloco Cirúrgico	31 (19,1)	1,12	0,82	-	-

Regime de Internação

SUS	146 (90,7)	1,49	0,70	-	-
Convênio/Particular	15 (9,3)	0,67	0,70	-	-

Comorbidades Orgânicas na UTI

Índice de Comorbidade de Charlson - ≥ 1	96 (59,3)	0,99	0,98	-	-
Índice de Comorbidade de Charlson ≥ 2	46 (28,4)	0,46	0,22 [£]	-	-
APACHE II - ≥ 16	70 (43,2)	0,84	0,71	-	-
SAPS 3 - ≥ 40	16 (9,9)	0,39	0,36	-	-
Sepses	10 (6,2)	0,04	0,44	-	-
Choque	1 (2,3)	0,71	0,75	-	-
Infecção na Admissão da UTI	22 (13,6)	0,04	0,50	-	-

Intervenções UTI

Necessidade de Vasopressor	83 (51,2)	0,48	0,15 [£]	-	-
Necessidade de Sedação Contínua	33 (20,4)	0,04	0,33	-	-
Necessidade de HD Convencional	1 (2,3)	19,99	0,01 ^{*£}	8,18	0,01 ^{**}
Necessidade de Intervenção Cirúrgica de Emergência	2 (4,5)	0,89	0,91	-	-
Necessidade de Nutrição Parenteral	3 (6,8)	0,04	0,43	-	-
Necessidade de Sonda Nasoenteral	12 (27,3)	0,58	0,35	-	-
Necessidade de VMNI	32 (72,7)	0,74	0,55	-	-
Necessidade de VMI	17 (38,6)	2,19	0,11 [£]	-	-

Necessidade de Traqueostomia	4 (9,1)	2,67	0,20 [£]	-	-
Desfechos durante a UTI					
Infarto Agudo do Miocárdio/Síndrome Coronariana Aguda	3 (6,8)	3,16	0,15 [£]	-	-
Crises Convulsivas	2 (4,5)	0,04	0,41	-	-
Úlcera de Decúbito	3 (6,8)	1,07	0,95	-	-
<i>Delirium</i>	3 (6,8)	1,08	0,94	-	-
Necessidade de transfusão de sangue ou hemoderivados	3 (6,8)	0,75	0,78	-	-
Dias Internação Hospitalar - ≥ 26	13 (29,5)	0,56	0,29	-	-
Dias Internação UTI - ≥ 6	11 (25,0)	0,70	0,54	-	-
Estado de Saúde Pós-Alta Imediata UTI (24 a 120 horas)					
Disfunção Cognitiva	22 (50,0)	1,00	0,31	-	-
Sintomas Ansiedade	23 (52,3)	3,38	0,02^{*£}	8,20	0,01 ^{**}
Sintomas Depressão	11 (25,0)	0,63	0,47	-	-
Assistência à Saúde					
<i>Assistência Pré Internação Hospitalar</i>					
Realização de Fisioterapia antes IH	5 (11,4)	0,25	0,18 [£]	-	-
Acompanhamento Psicológico ou Psiquiátrico antes IH	2 (4,5)	3,40	0,25 [£]	-	-
Diagnóstico de Ansiedade Prévio	9 (20,5)	0,66	0,51	-	-
Diagnóstico de Transtorno de Humor Prévio	6 (13,6)	0,35	0,31	-	-
<i>Assistência Durante a Internação Hospitalar</i>					
Realização de Fisioterapia no Hospital	37 (84,1)	0,86	0,81	-	-
Acompanhamento com Fonaudióloga no Hospital	7 (15,9)	2,79	0,06 [£]	-	-
Acompanhamento Psicológico no Hospital	1 (2,3)	4,40	0,16 [£]	-	-
Consequências Pós-Alta - Acompanhamento 4 Meses					

Não Recebe Assistência do SUS pela UBS ou ESF	11 (25,0)	1,97	0,19 [£]	-	-
Houve a Necessidade de Encaminhamento aos Serviços	13 (29,5)	0,87	0,80	-	-
Análises Bioquímicas					
BDNF: $\leq 0,09$ pg/ml	29 (65,9)	1,01	0,02 ^{*£}	-	-
β -A 1-42: $\geq 39,7$ pg/ml	11 (25,0)	0,72	0,62	-	-
β -A 1-40: $\geq 10,3$ pg/ml	11 (25,0)	1,83	0,43	-	-

Legenda: β -A: Beta Amiloide, BDNF: Fator de Crescimento Neurotrófico Derivado do Encéfalo, ESF: Estratégia de Saúde da Família, HD: hemodiálise, HR: Hazard Ratio, IC: Intervalo de Confiança, IH: Internação Hospitalar, PIC: Pressão Intracraniana, SUS: Sistema Único de Saúde, UBS: Unidade Básica de Saúde, UTI: Unidade de Terapia Intensiva, VMI: Ventilação Mecânica Invasiva, VMNI: Ventilação Mecânica Não Invasiva, <: menor ou igual, \geq maior ou igual, pg/mL: picograma/mililitro. **Método Estatístico Empregado:** Regressão de Cox, sendo: * $p < 0,05$ na análise Univariada; £: todas as variáveis que obtiveram $p < 0,25$; Modelo Final Multivariada: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

5 DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo avaliar a frequência e os fatores associados a mortalidade e ao déficit cognitivo, sintomas de depressão e ansiedade nos pacientes sobreviventes de UTI.

Os achados neste estudo observaram que os pacientes sobreviventes possuem idade superior a 55 anos, casados em sua maioria, predominantemente masculinos, a renda mensal média em torno de 2,5 salários mínimos. Os gastos de saúde inferem mensalmente em torno de 25% da renda familiar, muitos possuíam como hábito de vida o etilismo e o tabagismo. Mais de 45% dos pacientes foram admitidos por algum critério clínico e procederam da emergência do hospital pelo regime de internação SUS para mais de 90%. Em um estudo realizado por McKinley et al. (2013), na Austrália, com pacientes com permanência na UTI por mais de 48 horas, foi observado uma média de idade de $57,2 \pm 17,2$ anos, sendo 65% do gênero masculino. No estudo de coorte de Wolters et al., (2014), com pacientes internados por mais de 24 horas de internação na UTI, observou-se também uma prevalência maior para o gênero masculino, sendo 66% para os pacientes com *delirium* e 59% para pacientes sem *delirium* com idade de $60,5 \pm 16,7$ e $59,4 \pm 16,6$, respectivamente, corroborando com os achados deste estudo.

O número de pacientes sobreviventes de uma DC pós-alta da UTI tem aumentando nos últimos anos e, por consequência, um aumento do risco para desfechos negativos pós-alta hospitalar (Herridge e Cox, 2012; Hough e Herridge, 2012; Phandaripande et al., 2013; Hofhuis et al., 2015). Podem incorrer novos agravamentos ou a piora dos já existentes relacionados a capacidade cognitiva, função física e ou saúde psicológica (ansiedade, depressão e TEPT). Estas comorbidades são atualmente identificadas como SPTI, que incluem os diferentes “problemas adicionais” ou residuais frequentemente visualizados no paciente sobrevivente de uma DC (Needham et al., 2012; Fuke et al., 2017; Proffitt e Menzies, 2019). No estudo de coorte prospectivo realizado por Marra et al. (2018), com 406 pacientes sobreviventes de UTI, foi observa que aos três e doze meses, um ou mais problemas relacionados a SPTI estiveram presentes em mais de 50% dos pacientes sobreviventes após um ano de alta. Ter mais tempo de escolaridade foi associado como fator de proteção para SPTI ($p < 0,01$ aos 3 e 12 meses

pós-alta) e fragiidade um fator de risco da SPTI ($p < 0,01$ aos 3 e $p < 0,05$ aos 12 meses pós-alta) (Marra et al., 2018).

Por muito tempo, o sucesso das intervenções terapêuticas dos pacientes gravemente doentes era avaliada pela taxa de mortalidade (Azevedo et al., 2017). No entanto, devido as elevadas taxas de sobrevivência, tornou-se cada vez mais evidente analisar as comorbidades pós-alta do paciente sobrevivente de uma DC, pois estima-se que metade dos pacientes sobreviventes terá pelo menos uma comorbidade relacionada a SPTI (Needham et al., 2012; Fuke et al., 2017). Além do mais, este paciente irá demandar uma considerável carga de trabalho dos seus cuidadores e podem vir a apresentar elevadas taxas de mortalidade à longo prazo (Loss et al., 2013; Loss et al., 2017).

Quanto ao desfecho mortalidade, no decorrer do acompanhamento da coorte foi observado que 28 (17,3%) da amostra foi a óbito até os 4 meses pós-alta da UTI, sendo que 16 (9,9%) destes óbitos foram durante a internação hospitalar, após a inclusão no estudo. Em conformidade com outros estudos, um número considerável de pacientes que receberam cuidados intensivos apresentou elevadas taxas de mortalidade durante a internação na UTI. Todavia, muitos pacientes acabam falecendo nas enfermarias dos hospitais logo após a alta da UTI (Cardoso e Chiavone, 2013; Wintermann et al. 2019). Resultados desta coorte multicêntrica evidenciou frequência de mortalidade precoce (30 dias pós alta da UTI) de 7,9% (123 mortes) e a frequência de mortalidade tardia (31 a 365 dias) foi de 22,3% (316 mortes) o que corresponde a 28,2% as taxas de mortalidade (Rosa et al., 2019). No estudo de coorte conduzido por Loss et al., (2013) demonstrou taxas de mortalidade de 32% na UTI, e durante a internação hospitalar de 56%. A mortalidade decorrente da DC excede a maioria dos tumores malignos e o custo para tratar estes doentes já ultrapassam USD\$ 20 bilhões nos Estados Unidos (Nelson et al, 2010). Possivelmente, o aumento da mortalidade pode estar associado a dispensação prematura do paciente levando em muitos casos uma readmissão na UTI (Renton et.al, 2011). A mortalidade no primeiro ano pós-alta da UTI é alta e sugere-se que exista uma mortalidade e morbidade relacionada a doença crítica por um período de até 15 anos pós-alta da UTI (Hofhuis et al., 2015). Além do mais, os sobreviventes de UTI possuem uma taxa de morbidade excessiva nos anos pós-alta hospitalar tornando muitas vezes o diagnóstico de DCC como vitalício (Heydon et al., 2019).

O APACHE II é uma medida utilizada para a predição de mortalidade (Cardoso e Chiavone, 2013). Neste estudo foi observado uma média para o escore de risco de mortalidade APACHE II superior a 16 pontos. Estes dados são semelhantes aos achados de Hofhuis et al. (2011) que observou uma média de 20 (IC 17-40) para os 620 pacientes admitidos na UTI na Holanda por mais de 48 horas de internação e com idade inferior a 80 anos. Bagshaw et al. (2015), em estudo de coorte multicêntrico observacional, com pacientes com 50 anos ou mais, que estiveram na UTI por mais de 24 horas, a média do APACHE II foi de $18,6 \pm 7,1$ para pacientes não frágeis e $21,6 \pm 6,5$ para os pacientes classificados como frágeis. O escore do APACHE II, pode variar de 0-71 pontos, sendo que quanto maior o escore, proporcionalmente maior é o risco de mortalidade (Cardoso e Chiavone, 2013). Relacionado as possíveis variáveis preditoras para o desfecho mortalidade deste estudo, durante a internação hospitalar, foi observado na análise univariada que escores de APACHE maior do que 16 foi um fator de risco para mortalidade, assim como, ter tido sepse e infecção na admissão da UTI, fraqueza muscular adquirida na UTI. A necessidade da realização de traqueostomia durante a internação na UTI foi evidenciado no modelo final e sepse manteve como fator de risco corroborando com achados da literatura.

A sepse é a causa mais comum de admissão na UTI e nos últimos anos teve uma diminuição simultânea da mortalidade a curto prazo. Diante do aumento da sobrevida, estes pacientes recebem alta com mais frequência e acabam a longo prazo apresentando disfunções imunológicas, infecções secundárias e readmissões hospitalares não planejadas (Genga e Russel, 2017). Dependendo da casuística 50-70% dos pacientes com sepse sobrevivem, tendo prognósticos variáveis, mas aproximadamente 30% morrem no ano seguinte (Prescott e Angus, 2018)

Em estudo realizado no Brasil com pacientes sobreviventes de sepse observaram que a taxa de mortalidade em um ano pós-alta hospitalar da UTI foi quase duas vezes mais elevada para pacientes com sepse do que para pacientes criticamente enfermos sem sepse (Contrin et al., 2013).

O estudo conduzido no Brasil por Loss et al. (2013) buscou avaliar a incidência, os custos e a mortalidade associados à DCC e procurou identificar os preditores clínicos em uma UTI. Evidenciaram que o tempo de IH, custos e mortalidade foram significativamente maiores nestes pacientes. Observou também que o uso da traqueostomia foi altamente prevalente e que o desmame foi difícil e escores maiores de

APACHE foi um preditor de mortalidade (Loss et al., 2013) corroborando aos nossos achados. No estudo de Boniatti et al. (2011) e Loss et al. (2013) a média de dias do uso de VM ou traqueostomia foi de 21 dias. Associado ao uso da VM, estima-se que cerca de 25 a 50% dos pacientes que a utilizaram durante a internação na UTI evoluem para fraqueza muscular (Desai et.al., 2011). A fraqueza muscular é uma complicação frequente da DC e esta pode afetar músculos e órgãos e impactar significativamente na funcionalidade (Hermanns et.al., 2014; Fuke et al., 2017). Os pacientes que sobrevivem a uma DC grave comumente desenvolvem complicações físicas substanciais e persistentes, dentre os quais inclui fraqueza muscular (Fan et.al, 2012). Kress e Hall (2014), estimaram em sua pesquisa que 65% dos sobreviventes a DC relataram diminuição de força muscular e limitação na capacidade funcional pós-alta hospitalar. Embora a incidência de sepsis seja alta e crescente, a longo prazo ainda é desconhecida a magnitude da limitação do funcionamento cognitivo e funcional após sepsis (Iwashyna et al., 2010).

São várias as comorbidades no paciente sobrevivente de uma DCA (Heydon et al., 2019), e a disfunção cognitiva é uma comorbidade associada dos pacientes sobreviventes de doenças agudas graves. Esta disfunção pode estar caracterizada por novos déficits ou até mesmo a exacerbação dos já existentes (Ehlenbach et al., 2010; Iwashyna et al., 2010). Os domínios cognitivos afetados incluem: memória, atenção e velocidade do pensamento (Rengel et al., 2019). A etiologia da disfunção cognitiva é multifatorial, e pode estar associada à hipóxia, desregulação glicêmica, hipotensão, *delirium*, sedação e uso de analgésicos (Hopkins et al., 2006; Sonnevile, 2015; Pereira et al., 2018). Quanto aos mecanismos fisiopatológicos envolvidos nas alterações neurocognitivas tardias podem citar a inflamação e a apoptose neuronal e conseqüentemente ocasionar a atrofia cerebral (Van Gool et al., 2010; Cunningham, 2011; Gunther et al., 2012; Morandi et al., 2012; Rengel et al., 2019).

Nesta pesquisa, a disfunção cognitiva foi observada em mais de 50% dos pacientes avaliados no *baseline* assim como aos quatro meses. Como medidas preditoras de risco para o desfecho disfunção cognitiva constatou-se no modelo final: infecção na admissão da UTI, necessidade de HD convencional e a necessidade de acompanhamento com fonoaudióloga durante a internação hospitalar. Já, ter um trabalho prévio, foi um fator de proteção para a disfunção cognitiva.

Needham et.al. (2013), observaram em seu estudo que 25% dos sobreviventes da UTI possuem comprometimento cognitivo. No estudo de coorte, multicêntrico, realizado com pacientes sobreviventes de UTI por Pandharipande et al. (2013) foi observada uma prevalência de 40% de disfunção cognitiva após três meses de alta, sendo este déficit semelhante a pacientes com lesão cerebral traumática moderada e 26% tinham déficits semelhantes à demência leve (Pandharipande et al., 2013). No estudo realizado por Azevedo et al. (2017) com 417 pacientes constataram o comprometimento cognitivo em 206 pacientes (49,9%), sendo que 120 (29,1%) tinham comprometimento cognitivo leve ou moderado e 86 (20,8%) disfunção cognitiva grave (Azevedo et al., 2017).

Na revisão integrativa realizada por Rengel et.al. (2019) demonstraram como fatores de risco para o comprometimento cognitivo de pacientes sobreviventes de DC a idade avançada, menor escolaridade, comprometimento cognitivo basal e maior número de comorbidades (fatores estes relacionados a pré-admissão na UTI) e maior duração de *delirium*, maior tempo em VM e sepse (Rengel et.al., 2019).

No estudo conduzido por Wang et al., (2019) com 1347 pacientes sobreviventes de UTI na China entre 2012 e 2015 evidenciou que a prevalência de infecção na admissão da UTI foi de 43,1% relacionadas a infecção do trato respiratório, 26,5% ao trato urinário e 20,6% da corrente sanguínea (Wang et al., 2019).

Nesta pesquisa a necessidade da realização da HD foi uma variável de risco para a disfunção cognitiva. O comprometimento cognitivo está associado com a gravidade da doença renal associada aos pacientes que necessitam da realização da hemodiálise, englobando até 60% (Murray et al., 2006; Kurella et al., 2012). Etgen et al., (2012) firmou na sua pesquisa que a doença renal crônica (DRC) é um fator de risco para a disfunção cognitiva.

Outro achado desta pesquisa foi a necessidade da realização das sessões de fonoaudiologia como fator de risco para a disfunção cognitiva. Esta evidência pode estar relacionada ao uso da traqueostomia, o desmame difícil, pior quadro clínico do paciente sobrevivente da DC (Boniatto et al., 2011; Loss et al., 2013). Estas consequências são advindas de uma intubação prolongada que pode ser um fator de risco de disfagia nestes pacientes. E assim, a medida que aumenta a sobrevivência do paciente crítico os profissionais de saúde

enfrentam o manejo das sequelas a longo prazo sendo o fonodólogo inserido na UTI e nas unidades de internação do hospital para diminuir as sequelas advindas deste período e das intervenções invasivas (Célin et al., 2012; Silva et al., 2015; Kimberly et al., 2019)

Relacionados ao desfecho disfunção cognitiva outros estudos trazem outras possíveis associações para este desfecho. Pandharipande et al. (2013) constatou que o uso de medicamentos sedativos ou analgésicos não foram consistentemente associado ao comprometimento cognitivo durante o período de acompanhamento. Todavia evidenciou que a maior duração de *delirium* no hospital está associado a piores escores globais da cognição em três e doze meses pós-alta.

No estudo de coorte realizado entre 1994-2007 em Seattle (WA) conduzido por Ehlenbach et al. (2010), observaram 2.929 indivíduos, destes, 1.601 não hospitalizados, 1.287 indivíduos com um ou mais hospitalizações por doença não crítica e 41 indivíduos com uma ou mais hospitalizações por DC. Evidenciaram uma taxa de risco ajustada para o incidente de demência de 1,4 quando hospitalizado por doença não crítica ($p < 0,001$) e 2,3 após hospitalização por DC ($p < 0,05$).

Outros autores trazem associações semelhantes que podem estar relacionadas com a disfunção cognitiva. No estudo conduzido por Hopkins et al (2010), evidenciaram a depressão como um fator preditivo de comprometimento cognitivo aos dois anos pós-alta hospitalar. Mikkelsen et al. (2012), observaram comprometimento cognitivo significativamente associado a sintomas de ansiedade, mas não com sintomas depressivos, TEPT ou QV relacionada à saúde. Corroborando com esses achados, Desai et al. (2011) evidenciaram que traços de personalidade pré-existent, como a ansiedade e morbidades psiquiátricas podem influenciar na ocorrência do declínio cognitivo após cuidados intensivos.

Estudo realizado por Pereira et al. (2018) investigou os desfechos à longo prazo pós-alta da UTI (6 meses e 5 anos). Foram avaliados 267 indivíduos com média de idade de 62 ± 16 . Destes inicialmente abordados, 25 foram avaliados após 6 meses de alta, no qual 48% apresentaram comprometimento cognitivo e aos 5 anos pós-alta houve um declínio deste déficit para 18% evidenciando uma melhora no decorrer do tempo (Pereira et al., 2018).

A DC e a permanência na UTI podem ser experiências traumáticas que causam sofrimento psicológico e podem ir além da doença inicial e de qualquer tratamento em curto prazo (Schofield-Robinson et al.,

2018). Os sintomas de depressão e ansiedade são desfechos preocupantes pois impactam diretamente na QV do paciente sobrevivente (Azevedo et al., 2017; Pereira et al., 2018). Associada a estes sintomas podem incorrer, memórias paranóicas, ataques de pânico e estas comorbidades associadas podem desenvolver o TEPT (Daydow et al., 2009; Desai et al., 2011; Dettling-Ihnenfeldt et al., 2016). A recuperação psicológica após um período de DC é lenta e muitas vezes incompleta (Herridge et al., 2016).

Relacionado aos sintomas de depressão e ansiedade, desfecho deste estudo, foi observado que mais de 40% dos pacientes durante a internação hospitalar possuíam sintomas de ansiedade e após os 4 meses de alta esse número passou a ser superior a 50%. O mesmo ocorreu com os sintomas depressivos, onde na abordagem hospitalar mais de 50% apresentaram sintomas depressivos e após passou a ser 63% demonstrando uma piora destes sintomas após os 4 meses de alta.

Esses achados corroboram com Wang et al. (2017) que estimaram uma prevalência de 17% a 44% de sintomas psiquiátricos em pacientes sobreviventes a cuidados intensivos. Associa-se também aos achados de Huang et al. (2016), estudo de coorte multicêntrico, observaram os sintomas de depressão, ansiedade e TEPT aos 6 e aos 12 meses pós-alta da UTI. Constataram que após os 12 meses, 66% dos pacientes com pelo menos um desfecho psiquiátrico apresentou sintomas substanciais, sendo 36% para depressão, 42% ansiedade e 24% para TEPT. Para a ocorrência dos sintomas estiveram significativamente associadas a idade jovem, desempregado previamente a internação, sexo feminino, uso indevido de álcool e maior uso de opióides na UTI. Vesz et al. (2013) observaram incidência de sintomas de depressão, ansiedade e distúrbios do sono nos pacientes sobreviventes a UTI. Um estudo transversal realizado por Paparrigopoulos et al. (2014) com pacientes sobreviventes de UTI, os autores relataram que 31% dos participantes tinham sintomas depressivos e 25% sintomas de TEPT.

No estudo randomizado multicêntrico realizado por Cuthbertson, (2009) com 286 pacientes sobreviventes de UTI, com idade mediana de 59 (IIQ: 46-49) anos, predominantemente masculinos (n=86/60%) apresentaram uma mediana para o escore de ansiedade 7 (IIQ: 7-10) e para depressão de 5 (3-9) utilizando-se da escala HADS para investigação. Esses achados corroboram com esta pesquisa onde o escore da depressão foi inferior ao da ansiedade no período hospitalar.

No estudo de coorte prospectiva realizado por Duggan et al., (2017), observaram que a disfunção executiva aos três meses pós-alta da UTI estava associada a sintomas depressivos (Inventário de Beck = 4,3 pontos IC95%: 1,3-7,4; $p < 0,05$) e pior QV aos 12 meses pós-alta (IC 95%: 1,7-8,3; $p < 0,05$). A disfunção executiva foi encontrada em 26% aos três meses pós-alta e 31% com sintomas depressivos aos doze meses pós-alta (Duggan et al., 2017).

Sobre os fatores de risco para o desfecho de depressão deste estudo foi evidenciado no modelo final ajustado que possuir gasto mensal com saúde $\geq R\$ 647,00$, não receber assistência do SUS pela UBS ou a ESF e dosagens séricas de BDNF $\leq 0,09\text{pg/mL}$. Nesta pesquisa 29,5% dos pacientes que foram avaliados aos quatro meses pós-alta não recebem assistência do SUS e 29,5% tiveram a necessidade de serem encaminhados aos serviços de saúde ambulatoriais da universidade.

Ao pensar na piora deste desfecho diante a falta de assistência dos serviços assim como o elevado custo com a saúde, faz-se necessário refletir sobre os princípios que norteiam o sistema de saúde brasileiro, no qual firma que: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições do seu exercício” (Brasil, 1990). Especificamente para estes pacientes, sobrevivente de DC, existe a Portaria 1071 de 04 de julho de 2005 no qual dispõe sobre a assistência extra-hospitalar destes pacientes tendo em vista um cuidado integral e humanizado (Brasil, 2005). Neste sentido questiona-se: qual a efetividade desta assistência? De que forma esta abordagem e assistência pós-alta está acontecendo na atenção primária? Como está a referência e contra-referência?

Sobre as baixas dosagens séricas de BDNF como fator de risco dos sintomas de depressão dos pacientes deste estudo corrobora com os achados de Lu, Nagasppan e Lu (2014), que observaram baixos níveis de BDNF no soro em patologias como: doença de Alzheimer, Doença de Huntington e também na depressão.

O BDNF é um membro importante da família das neurotrofinas e tem muitos efeitos no SNC, como: crescimento neuronal, proteção de lesões inibindo a apoptose. Pela sua relevância no funcionamento no SNC, as dosagens séricas de BDNF tem sido utilizado como biomarcador de danos neuronais em pacientes de diferentes doenças psiquiátricas, entre elas, a depressão e a esquizofrenia (Kochanek et al., 2008; Ritter et al., 2012).

Os sobreviventes de sepse e outras formas de doenças críticas frequentemente sofrem de distúrbios cognitivos incapacitantes. A inflamação, isquemia e disfunção das células da glia contribuem para que essa disfunção cerebral seja persistente (Singer, 2019). Esta disfunção é uma complicação frequente nestes pacientes e manifesta-se principalmente como coma, *delirium* e possui um grande impacto na morbimortalidade (Van Eijk et al., 2011). Além do mais os níveis plasmáticos de BDNF estão associados à mortalidade destes pacientes, mesmo na ausência de lesão cerebral (Ritter et al., 2012).

Estima-se que os níveis aumentados do peptídeo β -Amilóide (β A) no SNC dos pacientes sobreviventes de sepse pode estar associada com a inflamação sistêmica o que pode levar a déficits cognitivos a longo prazo (Schwalm et al., 2014).

Na DA, assim como as evidências existentes quanto as dosagens de BDNF, evidencia-se um acúmulo do peptídeo β A no cérebro, juntamente com as formas hiperfosforiladas e clicadas da proteína tau caracterizando a disfunção cognitiva (O'Brien e Philip, 2011). Em modelo animal séptico, constataram alterações semelhantes nas observadas na DA onde os peptídeos β -Amilóide (β A) são capazes de induzir mudanças neurodegenerativas nos terminais colinérgicos (Schliebs e Arendt, 2011).

Nesta pesquisa além dos sintomas de depressivos foi observado os preditores para os sintomas de ansiedade, constatou-se no modelo final ajustado como fatores de risco possuir uma renda familiar mensal *per capita* \leq R\$ 836,00, ter a necessidade de realizar HD convencional e possuir sintomas de ansiedade após a alta imediata da UTI.

No estudo conduzido por Stevenson et al. (2013), observaram a permanência dos sintomas de ansiedade em 38% dos sobreviventes de UTI em três meses pós-alta. Recentemente, Schofield-Robinson et al. (2018) conduziram uma revisão sistemática e encontraram que mais de 30% dos pacientes sobreviventes de uma DC sofrem problemas psicológicos, sintomas de ansiedade e depressão no ano seguinte pós-alta da UTI (Schofield-Robinson et al., 2018).

Na revisão sistemática conduzida por Davydow et al. (2009) com pacientes de SDRA sobreviventes a UTI, observaram que certas condições clínicas, como a estudada nesta pesquisa (depressão e ansiedade), podem aumentar a probabilidade do risco em desenvolver os sintomas de depressão e ansiedade. A incidência da depressão variou de 17% a 43% e da ansiedade foi de 23% a 48% (Davydow et al., 2009)

Estudo de coorte realizado na Suécia conduzido por Milton et al. (2017) com pacientes adultos que permaneceram na UTI por mais de 24 horas avaliaram os sintomas de depressão e ansiedade através da escala HAD-DA durante o período de internação e após 3 meses de alta e constaram que pacientes que tinham escore de depressão e ansiedade superior a 7 na internação hospitalar implicou clinicamente para permanecer com os sintomas após 3 meses corroborando com esta pesquisa. Desai et al. (2011) em seu estudo constataram que de 10 a 50% dos pacientes sobreviventes de UTI possuem sintomas de depressão e ansiedade e TEPT pós-alta.

A medida que aumenta a sobrevivência da DC, os pacientes e os profissionais da saúde enfrentam o manejo das sequelas a longo prazo. Muitos esforços para aliviar o fardo das deficiências incluem estratégias de prevenção e intervenções de reabilitação após a alta (Kimberly et al., 2019).

A prevalência das morbidades relacionadas ao paciente crítico torna-se uma preocupação aos gestores de saúde (Hofhuis et al., 2015). Serviços de acompanhamento pós-alta da UTI também são desenvolvidos para potencializar a abordagem e amparar os pacientes sobreviventes de SPTI afim de direcionar as necessidades de saúde não atendidas durante a internação (Robinson et al., 2018). Nesta pesquisa houve o acompanhamento presencial aos 4 meses pós-alta, todavia, este acompanhamento é um forte viés deste estudo, pois os pacientes que possuíam condições físicas, financeiras e de transporte a vir ao ambulatório estiveram presentes, diferente dos que não possuíam condições e estavam em piores condições clínicas. Dos pacientes que não compararam aos atendimentos 60,2% possuíam idade superior a 55 anos, 28,8% separados ou solteiros, 61% possuíam menos que 7 anos de estudo, 62,5% possuíam renda inferior a R\$ 2.509,00 reais e 13,4% necessitavam de cuidador em seu domicílio. Estes achados corroboram com outros achados desta corte multicêntrica conduzido por Rosa et al., (2018), observou que os pacientes que não puderam comparecer ao atendimento ambulatorial pós-alta da UTI eram mais velhos, frágeis e apresentaram maior prevalência de baixa capacidade funcional, comprometimento cognitivo e re-hospitalizações comparado aos pacientes que compareceram à consulta clínica.

Loss et al. (2017) fazem a seguinte questionamento em seu estudo: estamos salvando ou criando vítimas? Evidenciando achados acerca dos avanços tecnológicos que permitem a sobrevivência destes pacientes e em

contrapartida as consequências decorrentes da sua disfunção orgânica (Loss et. al., 2017)

Na revisão sistemática realizada recentemente por Schofield-Robinson et al. (2018) mencionam que ainda as evidências são incertas acerca dos serviços de acompanhamento que possam monitorar efetivamente os pacientes sobreviventes de uma DC, SPTI. Afirma também que os serviços específicos de acompanhamento é algo recente nos serviços de saúde (Schofield-Robinson et al., 2018).

Diante da não adesão do paciente e seus familiares para a realização da reavaliação e acompanhamento pós-alta torna-se reflexiva a real necessidade de atender em ambulatorios, pois o paciente crítico que necessita de uma maior assistência multiprofissional e transdisciplinar encontra-se internado em seu domicílio. A sobrevivência do paciente de uma DCA grave é um problema de saúde pública no Brasil e precisa ser melhor amparado. Com esta pesquisa e os demais achados que estão por vir deste estudo multicêntrico poderá evidenciar as verdadeiras necessidades para este paciente e será firmado as complicações relacionadas à saúde física, cognitiva, mental e social destes pacientes e familiares e o seu impacto na QV em curto e a longo prazo.

6 CONCLUSÃO

O presente trabalho buscou avaliar a frequência da mortalidade e constatou que a taxa de mortalidade foi de 17,3% até os quatro meses pós-alta da UTI. Relacionados a este desfecho sepse e a necessidade da utilização de traqueostomia durante a internação na UTI foram fatores de risco para a mortalidade. Outros desfechos como a disfunção cognitiva, sintomas de depressão e ansiedade foram avaliados no paciente sobrevivente.

Relacionada a disfunção cognitiva a prevalência no período *baseline* foi de 50,6% e aos 4 meses foi de 50,0% e a incidência de 27,3%. Como variáveis risco foram evidenciadas ter algum tipo de infecção na admissão na UTI, ter a necessidade de realizar a HD convencional durante a internação da UTI e a necessidade de atendimento com a fonoaudióloga durante a internação hospitalar. Já ter um trabalho prévio foi um fator de proteção para a disfunção cognitiva. A prevalência dos sintomas de depressão no período *baseline* foi de 51,9% e aos quatro meses foi de 63,6% e a incidência de 13,6%. Como fatores de risco para este desfecho foi evidenciado que ter gastos com saúde superiores a R\$ 647,00 assim como não receber assistência do SUS e baixas dosagens de BDNF. Para os sintomas de ansiedade observou-se a prevalência de 43,8% no período *baseline* e 52,3% aos 4 meses pós-alta e a incidência foi de 18,2%. Como fatores de risco para este desfecho foi evidenciado possuir renda inferior a R\$ 836,00, ter a necessidade da realização da HD convencional durante a internação da UTI e sintomas de ansiedade prévio.

Como limitação deste estudo pode-se considerar a perda de pacientes no seguimentados quatro meses, os instrumentos de pesquisa utilizados para avaliar os desfechos não são “padrão ouro”. As evidências aqui apresentadas é de apenas um centro de pesquisa e pode-se considerar um baixo número de desfechos diante de tantas comorbidades que estes pacientes podem ter.

Os dados deste estudo sugerem que os pacientes sobreviventes de UTI possuem comorbidades orgânicas advindas do período de internação hospitalar que podem perdurar aos 4 meses pós-alta. Estes achados corroboram com os achados da literatura científica sobre os pacientes sobreviventes possuir pelo menos um sintoma relacionado a SPTI.

REFERÊNCIAS

Adhikari NK, Fowler RA, Bhagwanjee S, Rubenfeld GD. Critical care and the global burden of critical illness in adults. *Lancet* 2010 Oct;16;376(9794):1339-46.

Annane D, Sharshar T. Cognitive decline after sepsis. *Lancet Respir Med.* 2015; 3(1):61–69.

Andrade TL; Camelier AA; Rosa FW; Santos MP; Jezler S; Silva JLP. Aplicabilidade do questionário de qualidade de vida relacionada à saúde - the 12-Item Short-Form Health Survey - em pacientes portadores de esclerose sistêmica progressiva. *J. bras. pneumol.* 2007;33(4):414-22.

Azevedo JR, Montenegro WS, Rodrigues DP, de C Souza SC, Araujo VF, de Paula MP1, Prazeres PH, da Luz Leitão A, Mendonça AV. Long-term cognitive outcomes among unselected ventilated and non-ventilated ICU patients. *J Intensive Care.* 2017 Feb 17;5:18.

Bagshaw SM, Stelfox HT, Johnson JA, McDermid RC, Rolfson DB, Tsuyuki RT, Ibrahim Q, Majumdar SR. Long-term association between frailty and health-related quality of life among survivors of critical illness: a prospective multicenter cohort study. *Crit Care Med.* 2015;43(5):973-82.

Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq NeuroPsiquiatr* 1994 Mar;52(1):1-7.

Boniatti MM, Friedman G, Castilho RK, Vieira SR, Fialkow L. Characteristics of chronically critically ill patients: comparing two definitions. *Clinics (São Paulo).* 2011;66(4):701-4.

Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia JR C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública* 1995 Oct;29(5): 355-63.

Bozza FA, D'Avila JC, Ritter C, Sonnevile R, Sharshar T, Dal-Pizzol F. Bioenergetics; mitochondrial dysfunction; and oxidative stress in the pathophysiology of septicencephalopathy. *Shock*. 2013;39 Suppl 1:10-6.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.071; de 4 de julho de 2005. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. Brasília; 2005.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

Brown SM, Bose S, Banner-Goodspeed V, Beesley S, Dinglas VD, Hopkins RO, Jackson JC et al. Addressing Post Intensive Care Syndrome 01 (APICS-01) study team. Approaches to Addressing Post-Intensive Care Syndrome among Intensive Care Unit (ICU) Survivors: A Narrative Review. *Ann Am Thorac Soc*. 2019.

Caiuby AVS; Andreoli PBA; Andreoli SB. Transtorno de estresse pós-traumático em pacientes de unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2010; 22(1):77-84.

Cardoso JH, Costa JSD. Características epidemiológicas; capacidade funcional e fatores associados em idosos de um plano de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(6):2871-8.

Cardoso LGS, Chiavone PA. APACHE II medido na saída dos pacientes da Unidade de Terapia Intensiva na previsão da mortalidade. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2013 May;21(3):811-819.

Contrin LM, Paschoal VD, Beccaria LM, Cesarino CB, Lobo SM. Qualidade de vida de sobreviventes de sepse grave após alta hospitalar. *Rev Latino Am Enfermagem* 2013;21(3):8

Cruz JN, Tomasi CD, Alves SC, Macedo RC, Giombelli V, Cruz JG; Dal-Pizzol F; Ritter C. The incidence of delirium in patients pretreated with statins who rema

in an intensive care unit after cardiac surgery. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2012;24(1):52-7.

Cunningham C. Systemic inflammation and delirium: important co-factors in the progression of dementia. *Biochem Soc Trans*. 2011;39:945-53.

Cuthbertson BH, Rattray J, Campbell MK, Gager M, Roughton S, Smith A, Hull A, et al. The Practical study of nurse led, intensive care follow-up programmes for improving long term outcomes from critical illness: a pragmatic randomised controlled trial. *BMJ*. 2009 Oct 16;339:b3723.

Dal-Pizzol Felipe, Tomasi Cristiane D., Ritter Cristiane. Septic encephalopathy: does inflammation drive the brain crazy?. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2014 Sep; 36(3): 251-258.

Davydow DS, Gifford J,; Desai SV, Bienvenu OJ, Needham DM. Depression in general intensive care unit survivors: a systematic review. *Intensive Care Med*. 2009;35:796–809.

Desai S, Lawa T, Needham DM. Long-term complications of critical care. *Crit Care Med*. 2011;39:371–9.

Dettling-Ihnenfeldt DS, de Graaff AE, Beelen A, Nollet F, van der Schaaf M. Coping style and quality of life in Dutch intensive care unit survivors. *Rehabil Psychol*. 2016;61(2):165-72.

Dowdy DW, Eid M, Sedrakyan A, Mendez-Tellez PA, Pronovost PJ, Herridge MS, Needham DM. Quality of life in adult survivors of critical illness: a systematic review of the literature. *Intensive Care Med*. 2005;31(5):611-20. Epub 2005 Apr 1. Review. Erratum in: *Intensive Care Med*. 2005;31(7):1007.

Duggan MC, Wang L, Wilson JE, Dittus RS, Ely EW, Jackson JC. The relationship between executive dysfunction, depression, and mental health-related quality of life in survivors of critical illness: Results from the BRAIN-ICU investigation. *J Crit Care*. 2017 Feb;37:72-79.

Dietrich C, Leães CGS, Veiga GM, Rodrigues CS, da Cunha LS, dos Santos LJ. Funcionalidade e qualidade de vida de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva. *ASSOBRAFIR Ciência*. 2014;5(1):41-51.

Ehlenbach WJ, Hough CL, Crane PK, Haneuse S, Carson SS, Curtis JR et al. Association between acute care and critical illness hospitalization and cognitive function in older adults. *JAMA* 2010 Feb;24;303(8):763–70.

Ely EW, Shintani A, Truman B; Speroff T, Gordon SM, Harrell FE Jr et al. Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *JAMA*. 2004;291:1753-62.

Etgen T, Chonchol M, Förstl H, Sander D. Chronic kidney disease and cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. *Am J Nephrol* 2012;35:474-82.

Fan E. Critical illness neuromyopathy and the role of physical therapy and rehabilitation in critically ill patients. *Respir Care* 2012;57:933–46.

Fuke R, Hifumi T, Kondo Y, Hatakeyama J, Takei T, Yamakawa K et al. Early rehabilitation to prevent postintensive care syndrome in patients with critical illness: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2018 May;5;8(5):e019998.

Genga KR1, Russell JA. Update of Sepsis in the Intensive Care Unit. *J Innate Immun*. 2017;9(5):441-455.

Girard TD, Jackson JC, Pandharipande PP, Pun BT, Thompson JL, Shintani AK, Gordon SM et al. Delirium as a predictor of long-term cognitive impairment in survivors of critical illness. *Crit Care Med* 2010 Jul;38(7):1513–20.

Gunther ML, Morandi A, Krauskopf E, Pandharipande P, Girard TD, Jackson JC et al. The association between brain volumes; delirium duration; and cognitive outcomes in intensive care unit survivors: the

Visions cohort magnetic resonance imaging study. *Crit Care Med* 2012 Jul;40 (7):2022-32.

Harvey MA. The truth about consequences--post-intensive care syndrome in intensive care unit survivors and their families. *Crit Care Med*. 2012;40(8):2506-7.

Hermans G, Van Mechelen H, Clerckx B, Vanhullebusch T, Mesotten D, Wilmer A, Casaer MP et al. Acute Outcomes and 1-Year Mortality of Intensive Care Unit-acquired Weakness. A Cohort Study and Propensity-matched Analysis. *Am J Respir Crit Care Med*. 2014;190(4):410-20.

Herridge M, Cox C. Linking ICU practice to long-term outcome: fostering a longitudinal vision for ICU-acquired morbidity. *Am J Respir Crit Care Med*. 2012;186(4):299-300.

Herridge MS, Moss M, Hough CL, Hopkins RO, Rice TW, Bienvenu OJ, Azoulay E. Recovery and outcomes after the acute respiratory distress syndrome (ARDS) in patients and their family caregivers. *Intensive Care Med*. 2016;42:725-38.

Heydon E, Wibrow B, Jacques A, Sonawane R, Anstey M. The needs of patients with post-intensive care syndrome: A prospective, observational study. *Aust Crit Care* 2019 May;31.

Hermans G, Van den Berghe G. Clinical review: intensive care unit acquired weakness. *Crit Care*. 2015;19:274

Hofhuis JG, van Stel HF, Schrijvers AJ, Rommes JH, Spronk PE. Changes of health-related quality of life in critically ill octogenarians: a follow-up study. *Chest*. 2011;140(6):1473-83.

Hofhuis JG, van Stel HF, Schrijvers AJ, Rommes JH, Spronk PE. ICU survivors show no decline in health-related quality of life after 5 years. *Intensive Care Med*. 2015 Mar;41(3):495-504.

Hopkins RO, Weaver LK, Collingridge D, Parkinson RB, Chan KJ, Orme JF Jr. Two-year cognitive; emotional; and quality-of-life outcomes in acute respiratory distress syndrome. *Am J Respir Crit Care Med.* 2005;171(4):340-7.

Hopkins RO, Jackson JC. Long-term neurocognitive function after critical illness. *Chest.* 2006;130(3):869-78.

Huang M, Parker AM, Bienvenu OJ, Dinglas VD, Colantuoni E, Hopkins RO, Needham DM et al. Psychiatric Symptoms in Acute Respiratory Distress Syndrome Survivors: A 1-Year National Multicenter Study. *Crit Care Med.* 2016 May;44(5):954-65.

Hughes CG, Patel MB, Brummel NE, et al. Relationships between markers of neurologic and endothelial injury during critical illness and long-term cognitive impairment and disability. *Intensive Care Med.* 2018;44:345–355.

Hough CL; Herridge MS. Long-term outcome after acute lung injury. *Curr Opin Crit Care.* 2012 Feb;18(1):8-15.

Iwashyna TJ, Ely EW, Smith DM, Langa KM. Long-term cognitive impairment and functional disability among survivors of severe sepsis. *JAMA* 2010 Oct 27;304(16):1787-94.

Jackson JC, Hart RP, Gordon SM, Shintani A, Truman B, May L et al. Six-month neuropsychological outcome of medical intensive care unit patients. *Crit Care Med* 2003 Apr;31(4):1226-34.

Junior JMS, Malbouisson LMS, Nuevo HL, Barbosa LGT, Marubayashi LY, Teixeira IC et al. Aplicabilidade do escore fisiológico agudo simplificado (SAPS 3) em hospitais brasileiros. *Rev. Bras. Anestesiol.* [Internet]. 2010; 60(1): 20-31.

Kochanek PM, Berger RP, Bayir H, Wagner AK, Jenkins LW, Clark RS. Biomarkers of primary and evolving damage in traumatic and ischemic brain injury: diagnosis, prognosis, probing mechanisms, and therapeutic decision making. *Curr Opin Crit Care* 2008;14:135-41.

Korabecny BJ, Spilovska K, Soukup O, Dolezal R, Kuca K. Amyloid Beta Hypothesis: Attention to β - and γ -Secretase Modulators. *Alzheimer's Disease - The 21st Century Challenge*. 2018.

Kurella Tamura M, Unruh ML, Nissenson AR, Larive B, Eggers PW, Gassman J, et al.; Frequent Hemodialysis Network (FHN) Trial Group. Effect of more frequent hemodialysis on cognitive function in the frequent hemodialysis network trials. *Am J Kidney Dis* 2013;61:228-37.

Lima Giacobbo B, Doorduyn J, Klein HC, Dierckx RAJO, Bromberg E, de Vries EFJ. *Mol Neurobiol*. 2019 May;56(5):3295-3312.

Lobo SM, Rezende E, Mendes CL, Oliveira MC et al. Mortalidade por sepsis no Brasil em um cenário real: projeto UTIs Brasileiras. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2019;31(1):1-4

Loftus TJ, Mira JC, Ozrazgat-Baslanti T, et al. Sepsis and Critical Illness Research Center investigators: protocols and standard operating procedures for a prospective cohort study of sepsis in critically ill surgical patients. *BMJ Open* 2017;7:e015136.

Loss SH, Marchese CB, Boniatti MM, Wawrzyniak IC, Oliveira RP, Nunes LN, et al. Prediction of chronic critical illness in a general intensive care unit. *Rev Assoc Med Bras* 2013 May-Jun;59(3):241-7.

Loss SH, Nunes DSL, Franzosi OS, Salazar GS, Teixeira C, Vieira SRR. Chronic critical illness: are we saving patients or creating victims? *Rev Bras Ter Intensiva*. 2017 Jan-Mar;29(1):87-95.

Lu B, Nagappan G, Lu Y. BDNF and synaptic plasticity, cognitive function, and dysfunction. *Handb Exp Pharmacol*. 2014;220:223-50.

Maciel M, Benedet SR, Lunardelli EB, Delziovo H, Domingues RL, Vuolo F, Tomasi CD, Walz R, Ritter C, Dal-Pizzol F. Predicting Long-term Cognitive Dysfunction in Survivors of Critical Illness with Plasma Inflammatory Markers: a Retrospective Cohort Study. *Mol Neurobiol*. 2019 Jan;56(1):763-767.

- Marcolino JAM, Mathias LAST, Piccinini Filho L, Guaratini AA, Suzuki FM, Alli LAC. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão: Estudo da Validade de Critério e da Confiabilidade com Pacientes no Pré-Operatório. *Rev Bras Anesthesiol* 2007;57(1):52-62.
- Marra A, Pandharipande PP, Girard TD, Patel MB, Hughes CG, Jackson JC, Thompson JL, Chandrasekhar R, Ely EW, Brummel NE. Co-Occurrence of Post-Intensive Care Syndrome Problems Among 406 Survivors of Critical Illness.
- McKinley S, Fien M, Elliott R, Elliott D. Sleep and psychological health during early recovery from critical illness: an observational study. *J Psychosom Res.* 2013;75(6):539-45.
- Marchioni A, Fantini R, Antenora F, Clini E, Fabbri L. Chronic critical illness: the price of survival. *Eur J Clin Invest.* 2015 Dec;45(12):1341-9.
- Mikkelsen ME, Christie JD, Lanken PN, Biester RC, Thompson BT, Bellamy SL, et al. The Adult Respiratory Distress Syndrome Cognitive Outcomes Study: long-term neuropsychological function in survivors of acute lung injury. *Am J Respir Crit Care Med.* 2012;185:1307–1315.
- Milton A, Brück E, Schandl A, Bottai M, Sackey P. Early psychological screening of intensive care unit survivors: a prospective cohort study. *Crit Care.* 2017;21(1):273.
- Morandi A; Rogers BP; Gunther ML; Merkle K; Pandharipande P; Girard TD; Jackson JC; Thompson J; Shintani AK et al. The relationship between delirium duration; white matter integrity; and cognitive impairment in intensive care unit survivors as determined by diffusion tensor imaging: the VISIONS prospective cohort magnetic resonance imaging study. *Crit Care Med.* 2012;40:2182-9.
- Murray AM, Tupper DE, Knopman DS, Gilbertson DT, Pederson SL, Li S, et al. Cognitive impairment in hemodialysis patients is common. *Neurology* 2006;67:216-23.
- Needham DM, Davidson J, Cohen H, Hopkins RO, Weinert C, Wunsch H et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive

care unit: Report from a stakeholders' conference. *Crit Care Med* 2012 Feb;40(2):502-9.

Nelson JE, Meier DE, Litke A, Natale DA, Siegel RE, Morrison RS. The symptom burden of chronic critical illness. *Crit Care Med*. 2004 Jul;32(7):1527-34.

Nelson JE, Cox CE, Hope AA, Carson SS. Chronic critical illness. *Am J Respir Crit Care Med*. 2010 Aug 15;182(4):446-54.

O'Brien RJ, Wong PC. Amyloid precursor protein processing and Alzheimer's disease. *Annu Rev Neurosci*. 2011;34:185–204.

Pandharipande PP, Girard TD, Jackson JC, Morandi A, Thompson JL, Pun BT et al. Long-term cognitive impairment after critical illness. *N Engl J Med* 2013 Oct;369(14):1306-16.

Paparrigopoulos T, Melissaki A, Tzavellas E, Karaiskos D, Ilias I, Kokras N. Increased co-morbidity of depression and post-traumatic stress disorder symptoms and common risk factors in intensive care unit survivors: a two-year follow-up study. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2014 Jan;18(1):25-31.

Pereira S, Cavaco S, Fernandes J, Moreira I, Almeida E, Seabra-Pereira F et al. Long-term psychological outcome after discharge from intensive care. *Rev Bras Ter Intensiva* 2018 Mar;30(1):28-34.

Petrinec A. Post-Intensive Care Syndrome in Family Decision Makers of Long-term Acute Care Hospital Patients. *Am J Crit Care*. 2017;26(5):416-22.

Petrinec AB; Martin BR. Post-intensive care syndrome symptoms and health-related quality of life in family decision-makers of critically ill patients. *Palliat Support Care*. 2018;16(6):719-24.

Pisani MA; Kong SY; Kasl SV; Murphy TE; Araujo KL; Van Ness PH. Days of delirium are associated with 1-year mortality in an older intensive care unit population. *Am J Respir Crit Care Med*. 2009;180:1092-7.

Prescott HC, Angus DC .Enhancing Recovery From Sepsis: A Review. JAMA. 2018 Jan 2;319(1):62-75.

Proffitt T, Menzies V.Relationship of symptoms associated with ICU-survivorship: An integrative literature review. Intensive Crit Care Nurs. 2019 Aug;53:60-67

Rawal G, Yadav S, Kumar R. Post-intensive Care Syndrome: an Overview. J Transl Int Med 2017 Jun;30;5(2):90-92.

Rengel KF, Hayhurst CJ, Pandharipande PP, Hughes CG. Long-term Cognitive and Functional Impairments After Critical Illness. Anesth Analg. 2019 Apr;128(4):772-780.

Renton J, Pilcher DV, Santamaria JD, Stow P, Bailey M, Hart G, Duke G. Factors associated with increased risk of readmission to intensive care in Australia. Intensive Care Med. 2011;37(11):1800-8.

Ritter C, Miranda AS, Giombelli VR, Tomasi CD, Comim CM, Teixeira AL, Quevedo J, Dal-Pizzol F. Brain-derived neurotrophic factor plasma levels are associated with mortality in critically ill patients even in the absence of brain injury. Crit Care. 2012 Dec 17;16(6):R234.

Robinson CC, Rosa RG, Kochhann R, Schneider D, Sganzerla D, Dietrich C et al. Quality of life after intensive care unit: a multicenter cohort study protocol for assessment of long-term outcomes among intensive care survivors in Brazil. Rev Bras Ter Intensiva 2018 Oct-Dec;30(4):405-413

Rosa RG, Kochhann R, Berto P, Biason L, Maccari JG, De Leon P et al. More than the tip of the iceberg: association between disabilities and inability to attend a clinic-based post-ICU follow-up and how it may impact on health inequalities. Intensive Care Med. 2018 Aug;44(8):1352-1354.

Rosa, et al. Early and Late Mortality Following Discharge From the ICU: A Multicenter Prospective Cohort Study. Crit Care Med. 2019 Oct 11.

- Rosenthal MD, Kamel AY, Rosenthal CM, Brakenridge S, Croft CA, Moore FA. Chronic Critical Illness: Application of What We Know. *Nutr Clin Pract*. 2018;33(1):39-45.
- Schliebs R, Arendt T. The cholinergic system in aging and neuronal degeneration. *Behav Brain Res [Internet]*. 2011;221(2):555–63.
- Schofield-Robinson OJ, Lewis SR, Smith AF, McPeake J, Alderson P. Follow-up services for improving long-term outcomes in intensive care unit (ICU) survivors. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;11:CD012701.
- Schwalm MT, Pasquali M, Miguel SP, et al. Acute brain inflammation and oxidative damage are related to long-term cognitive deficits and markers of neurodegeneration in sepsis-survivor rats, *Mol. Neurobiol*. 49 (2014) 380–385
- Singer BH. The vasculature in sepsis: delivering poison or remedy to the brain? *J Clin Invest*. 2019 Mar 18;130:1527-1529.
- Sonneville R; Vanhorebeek I; den Hertog HM; Chrétien F; Annane D; Sharshar T; Van den Berghe G. Critical illness-induced dysglycemia and the brain. *Intensive Care Med*. 2015;41(2):192-202.
- Stevenson JE, Colantuoni E, Bienvenu OJ, Sricharoenchai T, Wozniak A, Shanholtz C, Mendez-Tellez PA, Needham DM. General anxiety symptoms after acute lung injury: predictors and correlates. *J. Psychosom. Res*. 2013;75(3):287-93.
- Teixeira C, Rosa RG. Post-intensive care outpatient clinic: is it feasible and effective? A literature review. *Ambulatório pós-unidade de terapia intensiva: é viável e efetivo? Uma revisão da literatura. Rev Bras Ter Intensiva*. 2018 Mar;30(1):98-111.
- Turnbull AE, Davis WE, Needham DM, White DB, Eakin MN. Intensivist-reported Facilitators and Barriers to Discussing Post-Discharge Outcomes with Intensive Care Unit Surrogates. A Qualitative Study. *Ann Am Thorac Soc*. 2016 Sep;13(9):1546-52.

Van Gool WA; Van de Beek D; Eikelenboom P. Systemic infection and delirium: when cytokines and acetylcholine collide. *Lancet*. 2010;375:773-5.

Van Den Boogaard M, Schoonhoven L, Evers AW, van der Hoeven JG, van Achterberg T, Pickkers P. Delirium in critically ill patients: impact on long-term health-related quality of life and cognitive functioning. *Crit Care Med*. 2012;40(1):112-8.

Van Eijk MM, Van Den Boogaard M, Van Marum RJ, Benner P, Eikelenboom P, Honing ML, van der Hoven B, Horn J, Izaks GJ, Kalf A, Karakus A, Klijn IA, Kuiper MA, de Leeuw FE, de Man T, van der Mast RC, Osse RJ, de Rooij SE, Spronk PE, van der Voort PH, van Gool WA, Slooter AJ: Routine use of the confusion assessment method for the intensive care unit: a multicenter study. *Am J Respir Crit Care Med* 2011, 184: 340-344.

Vesz PS; Costanzi M; Stolnik D; Dietrich C; Freitas KL; Silva LA; Almeida CS; Souza CO; Ondere J; Souza DL; Neves TE; Meister MV; Barbosa ES; Paiva MP; Carvalho TS; Savi A; Maccari JG; Cremonese RV; Ribeiro MC; Teixeira C. Functional and psychological features immediately after discharge from an intensive care unit: prospective cohort study. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2013;25(3):218-224

Vincent JL. Evidence-based medicine in the ICU: important advances and limitations. *Chest*. 2004;126:592–600.

Vincent JL. The continuum of critical care. *Crit Care*. 2019;23(Suppl 1):122.

Wang S, Mosher C, Perkins AJ, Gao S, Lasiter S, Khan S et al. Post-Intensive Care Unit Psychiatric Comorbidity and Quality of Life. *J Hosp Med* 2017 Oct;12(10):831-835.

Wang et al. Epidemiology and risk factors for nosocomial infection in the respiratory intensive care unit of a teaching hospital in China: A prospective surveillance during 2013 and 2015. *BMC Infectious Diseases* (2019) 19:145

Watson, RS; Hartman ME. Epidemiology of Critical Illness. Science and Practice of Pediatric Critical Care Medicine, DOI 10.1007/978-1-84800-921-9_2

Wintermann GB, Weidner K, Strauß B, Rosendahl J, Petrowski K. Predictors of posttraumatic stress and quality of life in family members of chronically critically ill patients after intensive care. *Ann Intensive Care*. 2016;6(1):69.

Wintermann GB, Petrowski K, Weidner K, Strauß B, Rosendahl J. Impact of post-traumatic stress symptoms on the health-related quality of life in a cohort study with chronically critically ill patients and their partners: age matters. *Crit Care*. 2019;23(1):39.

Wolters AE, van Dijk D, Pasma W, Cremer OL, Looije MF, de Lange DW et al. Long-term outcome of delirium during intensive care unit stay in survivors of critical illness: a prospective cohort study. *Crit Care* 2014 Jun;18(3):R125.

Zigmond AS; Snaith RP - The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*; 1983;67:361-70.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CARTA DE ACEITE DO AMBULATÓRIO DA MEDICINA



Carta de Aceite

Declaramos, para fins de pesquisa acadêmica, que concordamos em disponibilizar temporariamente duas salas do Serviço de Medicina das Clínicas Integradas da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), localizada na Avenida Universitária, 1105 – Bairro Universitário, CEP 88806-000 – Criciúma-SC, para o desenvolvimento da pesquisa intitulada "**Sequelas Físicas e Cognitivas dos Pacientes Sobreviventes de Unidade de Terapia Intensiva: Um Estudo de Coorte Prospectivo**" sob a responsabilidade da professora orientadora Profª Drª Maria Inês da Rosa (48 99974-1974) e prof Dr Felipe Dal Pizzol (48 99185-2300) e pesquisadora Mestre Franciani Rodrigues da Rocha (48 99646-6902) do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCS), da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, pelo período de execução previsto no referido projeto, esclarecendo que procedimentos invasivos não são permitidos no Serviço de Medicina, em obediência a normas do Conselho Federal de Medicina. Outrossim, informamos que a coleta de dados somente poderá ser iniciada após comprovada a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC.

Criciúma, 10 de março de 2017.

Profª Lêda Soares Brandão Garcia

Coordenadora dos Serviços de Medicina da UNESC
(Portaria 55/2017/REITORIA)

FUCRI - FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE CRICIÚMA (MANTENEDORA)

APÊNDICE B – TERMO DE ESCLARECIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO (TCLE)

Eu; _____; natural de _____; nascido em _____; estado civil: _____; profissão: _____; residente em _____;

portador do documento de identidade: _____; estou sendo convidado(a) a participar de um estudo denominado SEQUELAS FÍSICAS E COGNITIVAS EM SOBREVIVENTES DE UTI que pretende avaliar as sequelas físicas e cognitivas observadas em longo prazo em pacientes admitidos em UTI pós-alta hospitalar.

A minha (do meu representado legal) participação no referido estudo será no sentido de permitir o fornecimento de amostras de sangue para análise do comportamento do meu sistema imunológico (sistema de defesa contra infecções) e marcadores de lesão neuronal (morte de neurônios). Fui alertado de que; da pesquisa a se realizar; o benefício será o aumento do conhecimento acerca das sequelas existentes em quem sobrevive a internação na UTI e a relação disto com sistema imunológico e a possível lesão neuronal com possibilidade deste conhecimento servir como base para um melhor entendimento e tratamento da doença no futuro.

Recebi; por outro lado; os esclarecimentos necessários sobre os possíveis desconfortos e riscos decorrentes do estudo; levando-se em conta que é uma pesquisa; e os resultados positivos ou negativos somente serão obtidos após a sua realização. Para participar deste estudo o participante será avaliado logo após a alta de UTI e será necessária a coleta de sangue neste momento. Este procedimento; como qualquer outra coleta de sangue; pode cursar com desconforto da picada; além de hematomas na região. Normalmente as pessoas toleram bem ambos os procedimentos. Após a alta hospitalar os participantes da pesquisa serão acompanhados por contato telefônico para consulta de seguimento no prazo de até 12 meses; e a qualquer momento podem entrar em contato com a equipe de pesquisa para dirimir dúvidas sobre a sua participação. Além disto dados de meu prontuário médico serão pesquisados para caracterizar a doença que levou minha internação na UTI. Os dados dos prontuários serão mantidos confidenciais e na ficha de coleta de dados não existirão informações que possam diretamente reconhecer o paciente.

Estou ciente de que minha privacidade será respeitada; ou seja; meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa; de qualquer forma; me identificar; será mantido em sigilo. Os resultados deste estudo serão tornados públicos por meio de publicação mediante relatórios técnico-científicos; artigos publicados em periódicos nacionais ou internacionais; inclusive com apresentações em eventos científicos da área médica.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Dr. Felipe Dal Pizzol e Dr. Marcus Vinicius Maciel e com eles poderei manter contato pelos telefones (48) 9185-2300 (Dr. Felipe). O (s) pesquisador (es) responsável (is); que também assina esse documento; compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012; que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa em nosso país. Com isto; também fui informado de que posso me recusar a participar do estudo; ou retirar meu consentimento a qualquer momento; sem precisar justificar; e de; por desejar sair da pesquisa; não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo. Receberei uma via assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; elaborado em acordo com a RESOLUÇÃO Nº 466 do Conselho Nacional de Saúde; de 12 de dezembro de 2012. Foi assegurada a assistência durante toda pesquisa; bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas conseqüências; enfim; tudo o que eu queira saber antes; durante e depois da minha participação.

Enfim; tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo; manifesto meu livre consentimento em participar; estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico; a receber ou a pagar; por minha participação. No entanto; caso eu tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa; haverá ressarcimento na forma de dinheiro. De igual maneira; caso ocorra algum dano decorrente da minha participação no estudo; serei devidamente indenizado; conforme determina a lei.

Em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo devo ligar para o O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP-UNESC) no telefone (48) 3431.2606 ou mandar um *email* para cetica@unesc.net. O CEP SH-UFSC está localizado na UNESC; Av. Universitaria; 1105 - Bairro Universitário - Bloco

Administrativo - Sala 16. Criciúma - Santa Catarina Brasil. CEP.:
88.806-000.

_____ ; ____ de _____ de 20 ____ .

Nome e assinatura o participante da pesquisa

Nome e assinatura do representante legal do participante da pesquisa

*Nome(s) e assinatura(s) do(s) pesquisador(es)
responsável(responsáveis)*

APÊNDICE C – PACIENTES ELEGÍVEIS LINHA DE BASE

PACIENTES ELEGÍVEIS LINHA DE BASE

1 ID do paciente - 5 dígitos: xxx (código hospital) xxxx (ID paciente):				
2 Nome completo:				
3 Data de nascimento: / /			4 Idade:	
5 Sexo: () Masculino () Feminino				
6 Data da alta da UTI: / /20				
7 Leito na internação:			Prontuário:	
Visita	Data	Hora	Pesquisador	Evento
1				
2				
3				
8 Paciente incluído: () Não () Sim >>> pule para a questão 11.				
9 Motivos da não inclusão: () 01 Recusa do TCLE (paciente/familiar) >>> pule para a questão 11. () 02 Recusa do TCLE (médico assistente) >>> pule para a questão 11. () 03 Impossibilidade de TCLE >>> pule para a questão 11. () 04 Ausente nas 3 visitas >>> pule para a questão 11. () 05 Reinternação na UTI até 24h >>> pule para a questão 11. () 06 Reinternação na UTI após 24h >>> pule para a questão 11. () 07 Paciente já incluído >>> pule para a questão 11. () 08 Óbito >>> preencha questão 10. () 09 Transferência hospitalar >>> preencha questão 10. () 10 Alta hospitalar >>> preencha questão 10. () 11 Isolamento respiratório >>> pule para a questão 11. () 12 Não incluído em 120 horas após a alta da UTI >>> pule para a questão 11. () 13 Transferido de outra UTI >>> pule para a questão 11.				
10 Data da alta (óbito / transferência hospitalar / alta hospitalar): / /20				
11 Dados digitados na planilha RASTREAMENTO MENSAL em:				_____ / _____ /20
Código do pesquisador:			Rubrica do pesquisador:	

APÊNDICE D – GERENCIAMENTO DE LIGAÇÕES



UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE
HOSPITAL SÃO JOSÉ
 SEQUELAS FÍSICAS E COGNITIVAS EM SOBREVIVENTES
 DE UTI



GERENCIAMENTO DAS LIGAÇÕES PARA A AVALIAÇÃO DOS 4 MESES

		Motivo Internação UTI:
Resp.	ID	

Gerenciamento das Ligações

1ª Ligação – Data: ____/____/19. Horário:	4ª Ligação – Data: ____/____/19. Horário:
2ª Ligação – Data: ____/____/19. Horário:	5ª Ligação – Data: ____/____/19. Horário:
3ª Ligação – Data: ____/____/19. Horário:	6ª Ligação – Data: ____/____/19. Horário:

APÊNDICE E – FORMULÁRIO: LINHA DE BASE

41

2

1

2 QUESTIONÁRIO DE LINHA DE BASE

1	ID do paciente 5 dígitos: xx (código hospital) xxx (ID paciente)	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9						
2	Nome completo:							
3	Data de nascimento	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">Dia</td> <td> <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Mês</td> <td> <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Ano</td> <td> <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 </td> </tr> </table>	Dia	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9	Mês	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9	Ano	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9
Dia	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9							
Mês	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9							
Ano	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9							
4	Sexo							
5	Data da alta da UTI	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">Dia</td> <td> <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Mês</td> <td> <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Ano</td> <td> <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 </td> </tr> </table>	Dia	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9	Mês	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9	Ano	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9
Dia	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9							
Mês	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9							
Ano	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9							
6	Data da entrevista	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">Dia</td> <td> <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Mês</td> <td> <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Ano</td> <td> <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 </td> </tr> </table>	Dia	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9	Mês	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9	Ano	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9
Dia	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9							
Mês	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9							
Ano	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9							
7	Horário inicial da entrevista (0-24h)	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">Hora</td> <td> <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Minuto</td> <td> <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 </td> </tr> </table>	Hora	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9	Minuto	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9		
Hora	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9							
Minuto	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9							

42

2

2

8	Regime de internação (pegar informação no prontuário) 1 = SUS 2 = convênio particular	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
9	Observar uso de ventilação não invasiva – durante entrevista: 0 = não está utilizando 1 = com máscara 2 = na TQT	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2
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)	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4
11	O(a) Sr.(a) atualmente vive com companheiro(a)? (Sim => PULE PARA A QUESTÃO 13)	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B
12	O(a) Sr.(a) tem algum(a) parceiro(a) estável sem viver junto com ela(e)?	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B
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	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 9
14	Atualmente, o(a) Sr.(a) possui alguma religião ou culto? (Não => PULE PARA A QUESTÃO 17)	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B
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	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6

42

2

4

23	Quantas pessoas, incluindo o(a) Sr.(a), dependem dessa renda para viver? (Se for o caso, inclua dependentes que recebem pensão alimentícia)	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9
24	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\$) (exemplo: 10.000 ou 01.000 = 5 dígitos) (Se não sabe informar ou não quer responder = marcar 99999)	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9
25	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? (no caso das mulheres, não considerar internação para parto) (Não -> FULE PARA A QUESTÃO 28)	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1
26	Quantas vezes o(a) Sr.(a) foi hospitalizado(a) nos últimos 12 meses?	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9
27	Quais foram os motivos dessa(s) hospitalização(s)?	
28	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? (Não -> FULE PARA A QUESTÃO 33)	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1
29	O(a) Sr.(a) fumou algum cigarro até 3 meses antes da internação hospitalar? (Sim -> FULE PARA A QUESTÃO 31)	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1
30	Com que idade o(a) Sr.(a) parou de fumar pela última vez? (anos)	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9
31	Em geral, quantos cigarros por dia o(a) Sr.(a) fumava (ou fumava)? (se menor do que 01, marque 00)	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9
32	Ao todo, durante quantos anos o(a) Sr.(a) fumou ou fumava? Desconte os períodos em que deixou de fumar (se menor do que 01, marque 00)	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9
33	Alguma outra pessoa fuma na casa do(a) Sr.(a) ou no ambiente de trabalho?	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1
34	O(a) Sr.(a) consumiu bebidas alcoólicas, mesmo que socialmente, nos últimos 3 meses antes da internação hospitalar?	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1

42

2

5

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

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 "Toma 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="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
		Menos de 1 taça	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
		Toma de vez em quando	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
		Não sabe	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
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="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
		Menos de 1 taça	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
		Toma de vez em quando	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
		Não sabe	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
38	Quantas latas, garrafas ou copos de CERVEJA ou CHOPP, o(a) Sr.(a) consumia por semana nos últimos 3 meses antes da internação hospitalar? (Marcar apenas 1 alternativa)	Copos pequenos (100-150ml)	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
		Tulipas, latas, long neck	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
		Garrafas de 600ml	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
		Menos de 1 copo, lata, garrafa	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
		Toma de vez em quando	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
		Não sabe	<input type="radio"/> <input type="radio"/>

39	<p>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)</p>	<p>Doses de destilados ou bebidas misturadas</p> <p>Menos de 1 dose</p> <p>Toma de vez em quando</p> <p>Não sabe</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>H 0</p> <p>H 0</p> <p>H 0</p>
40	<p>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</p>		<p>0 1 2 3 4</p>
41	<p>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</p>		<p>0 1 2 3 4</p>
42	<p>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)</p>		<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p>
43	<p>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)</p>		<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p>
44	<p>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</p>		<p>0 1 2 3 4</p>
45	<p>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 56)</p>		<p>0 1 2 3 4</p>
46	<p>Nos últimos 3 meses antes da internação hospitalar o(a) Sr.(a) conseguia comer qualquer tipo de alimento como sucos, cremes, batata e carne? (Não >>> PULE PARA A QUESTÃO 51)</p>		<p>H 0</p>

42

2

7

47	Nos últimos 3 meses antes da internação hospitalar havia necessidade de triturar ou processar os alimentos? (Sim => PULE PARA A QUESTÃO 53)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
48	Nos últimos 3 meses antes da internação hospitalar havia a necessidade de picar ou amassar os alimentos sólidos como rotina? (Sim => PULE PARA A QUESTÃO 55)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
49	Nos últimos 3 meses antes da internação hospitalar havia a necessidade de colocar espessante em líquidos como rotina? (Sim => PULE PARA A QUESTÃO 55)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
50	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? (Não ou Sim => PULE PARA A QUESTÃO 55)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
51	Nos últimos 3 meses antes da internação hospitalar o(a) Sr.(a) conseguia ingerir líquidos, como sucos, sopas e água? (Sim => PULE PARA A QUESTÃO 55)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
52	Nos últimos 3 meses antes da internação hospitalar havia necessidade de triturar ou processar os alimentos? (Não ou Sim => PULE PARA A QUESTÃO 55)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
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)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
54	Nos últimos 3 meses antes da internação hospitalar o (a) Sr. (a) se alimentava por via oral em todas as refeições, sem exceção?	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
55	O (a) Sr. (a) fazia acompanhamento nutricional nos últimos 3 meses antes da internação hospitalar?	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
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)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
57	Qual o tipo de dieta o (a) Sr. (a) estava fazendo?	
58	O(a) Sr.(a) está fazendo fisioterapia no hospital?	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
59	O(a) Sr. (a) fazia fisioterapia nos últimos 3 meses antes da internação hospitalar? (Não => PULE PARA A QUESTÃO 61)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
60	Quantas vezes na semana?	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7
61	O(a) Sr.(a) está fazendo acompanhamento fonoaudiológico no hospital?	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
62	O(a) Sr.(a) fazia acompanhamento fonoaudiológico nos últimos 3 meses antes da internação hospitalar? (Não => PULE PARA A QUESTÃO 64)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
63	Quantas vezes na semana?	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7

64	O(a) Sr. (a) está fazendo acompanhamento psicológico ou psiquiátrico no hospital?	(R) (S)
65	O(a) Sr. (a) fazia acompanhamento psicológico ou psiquiátrico nos últimos 3 meses antes da internação hospitalar? (Não -> PULE PARA A QUESTÃO 67)	(R) (S)
66	Quantas vezes na semana?	(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
67	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 0 = Não Se sim, o(a) Sr. (a) estava realizando algum tipo de tratamento medicamentoso ou psicoterápico nos últimos 3 meses antes da internação hospitalar? 1 = Sim, sem tratamento 2 = Sim, com tratamento medicamentoso 3 = Sim, com tratamento psicoterápico 4 = Sim, com tratamento medicamento + psicoterápico 9 = Não sabe responder	(0) (1) (2) (3) (4) (9)
68	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. 0 = Não Se sim, o(a) Sr. (a) estava realizando algum tipo de tratamento medicamentoso ou psicoterápico nos últimos 3 meses antes da internação hospitalar? 1 = Sim, sem tratamento 2 = Sim, com tratamento medicamentoso 3 = Sim, com tratamento psicoterápico 4 = Sim, com tratamento medicamento + psicoterápico 9 = Não sabe responder	(0) (1) (2) (3) (4) (9)
69	Respondido por 0 = paciente 1 = familiar/cuidador 2 = paciente com auxílio	(0) (1) (2)

5 MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

Vou lhe fazer umas perguntas para que o(a) Sr.(a) responda sozinho, sem ajuda (não dar dicas)

Legenda: errado certo

Orientação temporal

1	Em que ano nós estamos?	<input type="radio"/> E <input type="radio"/> C
2	Em que estação do ano nós estamos?	<input type="radio"/> E <input type="radio"/> C
3	Em que dia da semana nós estamos?	<input type="radio"/> E <input type="radio"/> C
4	Em que dia do mês nós estamos?	<input type="radio"/> E <input type="radio"/> C
5	Em que mês nós estamos?	<input type="radio"/> E <input type="radio"/> C

Orientação espacial

6	Em que país o(a) Sr.(a) está?	<input type="radio"/> E <input type="radio"/> C
7	Em que estado o(a) Sr.(a) está?	<input type="radio"/> E <input type="radio"/> C
8	Em que cidade o(a) Sr.(a) está?	<input type="radio"/> E <input type="radio"/> C
9	Em que local o(a) Sr.(a) está?	<input type="radio"/> E <input type="radio"/> C
10	Em que andar o(a) Sr.(a) está?	<input type="radio"/> E <input type="radio"/> C

Registro

11	Vou lhe dizer 3 palavras. Preste atenção, pois mais tarde pedirei para que o(a) Sr.(a) repita estas palavras (fale pausadamente e com diction clara): PENTE – RUA – AZUL	Pente	<input type="radio"/> E <input type="radio"/> C
	Quais são as 3 palavras? (pontue esta resposta apenas se respondeu na 1ª evocação)	Rua	<input type="radio"/> E <input type="radio"/> C
	(se não respondeu na 1ª evocação): Preste bem atenção e repita: PENTE – RUA – AZUL (repita até 5 vezes se necessário, e pontue como errado)	Azul	<input type="radio"/> E <input type="radio"/> C

12	Anotar o número de vezes repetidas	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5
----	------------------------------------	---

Atenção e cálculo

13	<p>Quanto é 100 menos 7? E menos 7? (não repetir o resultado da subtração -> 5 tentativas: 93 – 86 – 79 – 72 – 65)</p> <p>(Alternativo: é usado quando o entrevistado erra JÁ na primeira tentativa, OU acerta na primeira e erra na segunda. SEMPRE que o alternativo for utilizado, o escore do item será obtido com ele. Não importa se a pessoa refere ou não sabe fazer cálculos, de qualquer forma se inicia o teste pedindo que faça a subtração inicial. A ordem de evocação tem que ser exatamente a da apresentação para ser considerado correto. Na forma alternativa a pontuação máxima é de 5 pontos. Para se obter a pontuação máxima é necessário que a pessoa avaliada evoque os cinco primeiros números na ordem correta, sendo que o sexto e o sétimo número, mesmo que evocados corretamente, não serão pontuados)</p> <p>Alternativo: Vou lhe falar alguns números, preste atenção e repita na mesma ordem que eu disser: 5 8 2 6 9 4 1</p>	93
		86
		79
		72
		65
		Alternativo: 5 8 2 6 9 4 1

E C

E C

E C

E C

E C

0 1 2 3 4 5

Evocação

14	Quais são as 3 palavras que o(a) Sr.(a) repetiu?	Pente
		Rua
		Azul

E C

E C

E C

Linguagem

15	Qual o nome disto? (mostrar um lápis) Qual o nome disto? (mostrar um relógio de pulso)	Lápis
		Relógio de pulso

E C

E C

16	Vou lhe dizer uma frase para o(a) Sr.(a) repetir: "Nem aqui, nem ali, nem lá"
----	---

E C

17	Preciso que o(a) Sr.(a) leia em voz alta e execute o que está escrito (entregar a página 14 escrita: FECHE OS OLHOS)
----	--

E C

18	Preciso que o(a) Sr.(a) "pegue o papel com a mão direita, dobre ao meio e ponha na mesa" (entregar página 14)	Pegar o papel com a mão direita
		Dobrar ao meio
		Colocar na mesa

E C

E C

E C

19	Gostaria que o(a) Sr.(a), escrevesse uma frase, ou um pensamento, algo que tenha início, meio e fim (entregar a página 15)
----	--

E C

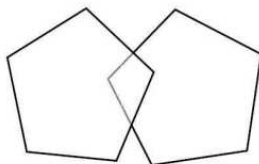
20	Gostaria que o(a) Sr.(a), copiasse este desenho (página 15)
----	---

E C

FECHE OS OLHOS

Escreva uma frase:

Copie o desenho:



6 ESCALA DE ANSIEDADE DE DEPRESSÃO HOSPITALAR (HAD)

6.1	Paciente compreendeu as questões (repetidas até 3 vezes) <i>Caso resposta "não" >> encerrar questionário</i>
------------	---

(N) (S)

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.

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	ⓓ
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	ⓓ
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	ⓓ
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	ⓓ
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	ⓓ
6D	Eu me sinto alegre	3 = Nunca	ⓐ
		2 = Poucas vezes	ⓑ
		1 = Muitas vezes	ⓒ
		0 = A maior parte do tempo	ⓓ
7A		0 = Sim, quase sempre	ⓐ

	Consigno ficar sentado à vontade e me sentir relaxado	1 = Muitas vezes	①
		2 = Poucas vezes	②
		3 = Nunca	③
8D	Eu estou lento para pensar e fazer as coisas	3 = Quase sempre	③
		2 = Muitas vezes	②
		1 = De vez em quando	①
		0 = Nunca	④
9A	Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago	0 = Nunca	④
		1 = De vez em quando	①
		2 = Muitas vezes	②
		3 = Quase sempre	③
10D	Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência	3 = Completamente	③
		2 = Não estou mais me cuidando como deveria	②
		1 = Talvez não tanto quanto antes	①
		0 = Me cuido do mesmo jeito que antes	④
11A	Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum	3 = Sim, demais	③
		2 = Bastante	②
		1 = Um pouco	①
		0 = Não me sinto assim	④
12D	Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir	0 = Do mesmo jeito que antes	④
		1 = Um pouco menos do que antes	①
		2 = Bem menos do que antes	②
		3 = Quase nunca	③
13A	De repente, tenho a sensação de entrar em pânico	3 = A quase todo momento	③
		2 = Várias vezes	②
		1 = De vez em quando	①
		0 = Não sinto isso	④
14D	Consigno sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa	0 = Quase sempre	④
		1 = Várias vezes	①
		2 = Poucas vezes	②
		3 = Quase nunca	③

7 ENCERRAMENTO ENTREVISTA

1	Horário final da entrevista (0-24h)	Hora	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Hora	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Minuto	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Minuto	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

2	Código do pesquisador	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Orientação quanto ao seguimento e agradecimento:

“Relembrando que em outro momento, virá uma fisioterapeuta para fazer os testes para avaliar a força muscular, e apenas os pacientes que podem caminhar, o teste de caminhada de 20 metros onde marcamos o tempo. Se possível, já deixem separado um sapato fechado para o teste de caminhada. E vamos fazer o acompanhamento do paciente ao longo de 1 ano. Quando completar 3 meses, 6 meses e 12 meses da alta da UTI, entraremos em contato por telefone, para fazer apenas a entrevista. Caso o paciente não consiga se comunicar adequadamente, não tem problema, pois podemos aplicar apenas alguns questionários que o familiar poderá responder.

“Muito obrigada pela disposição e desejo uma boa recuperação”.

APÊNDICE G – DADOS DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR E UTI

1 DADOS DA INTERNAÇÃO NA UTI

Os dados aqui contidos serão utilizados para pesquisa.
Certifico que as informações aqui contidas são verdadeiras.

Nome completo

Assinatura

Preencher no momento da alta da UTI

1	ID do paciente: 5 dígitos: xx (código hospital) xxx (ID paciente)	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																											
2	Nome completo:																																																			
3	Número prontuário:																																																			
4	Idade (anos)	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																														
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																											
5	Sexo	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F																																																		
6	Leito da UTI (no momento da alta) (exemplo: 1402 ou 0002 = 4 dígitos)	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																									
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																									
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																											
7	Peso (kg) – no momento da internação na UTI (exemplo: 100,5 ou 070,0 = 4 dígitos)	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																									
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																									
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																											
8	Altura (metros) (exemplo: 1,55 ou 2,00 = 3 dígitos)	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																									
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																									
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																											
9	Data da internação hospitalar	Dia	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																													
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																									
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																									
Mês	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																															
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																											
Ano	<table border="1"> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td></tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																															
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																											

10	Data da internação na UTI	Dia	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9
		Mês	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9
		Ano	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9
			<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9
			<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9
			<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9

--	--	--

--	--	--

13	Data da alta (alta da UTI / transferência hospitalar / óbito na UTI)	Dia	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9
		Mês	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9
		Ano	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9
			<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9
			<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9
			<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 8	<input type="radio"/> 9

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

15	Classificação 1 = clínico 2 = cirúrgico eletivo 3 = cirúrgico de urgência	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3
----	--	---

16	Procedência 1 = emergência 2 = enfermaria 3 = bloco cirúrgico 4 = outro hospital 5 = home care 6 = sala de recuperação	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6
----	--	---

17	Esta é uma reinternação na UTI (na mesma internação hospitalar)?	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
----	--	---

Comorbidades (Índice de Charlson – questão 18 a 38)

18	IAM prévio	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
19	ICC (FE < 40%)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
20	Doença vascular periférica (ex. bypass para insuficiência arterial, insuficiência arterial aguda, gangrena, aneurisma torácico, aneurisma abdominal)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
21	Demência (déficit cognitivo crônico)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
22	Doença cerebrovascular (ex. AVC leve prévio, AIT prévio)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
23	Hemiplegia	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
24	Doença do tecido conjuntivo	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
25	DM leve (tto com insulina ou hipoglicêmicos orais)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S

26	DM moderada a grave (ex. cetoacidose, coma hiperosmolar, internação para controle prévio, início juvenil, retinopatia, neuropatia, nefropatia)	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
27	Úlcera péptica ativa	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
28	Doença hepática leve (ex. cirrose sem hipertensão portal, hepatite crônica)	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
29	Doença hepática moderada a grave (ex. cirrose com hipertensão portal, com ou sem sangramento de varizes)	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
30	Tumor sólido sem metástase (Não >> q32)	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
31	Sítio (escrever):	
32	Tumor sólido com metástase (Não >> q34)	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
33	Sítio (escrever):	
34	Leucemia (ex. leucemia aguda ou crônica, leucemia mieloide aguda ou crônica, leucemia linfocítica, policitemia vera)	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
35	Linfoma (ex. linfoma de Hodgkins, linfossarcoma, macroglobulinemia de Waldenstrom, mieloma, etc)	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
36	SIDA (definida ou provável)	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
37	IRC moderada a grave (ex. creatinina sérica >3mg%, diálise, transplantados, urêmicos)	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
38	Doença pulmonar crônica (qualquer)	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
39	DPOC (Não >> q41)	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
40	DPOC 1 = GOLD A 2 = GOLD B 3 = GOLD C 4 = GOLD D 5 = indeterminado	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
41	Asma	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
42	Uso de O2 domiciliar	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
43	VMNI domiciliar	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
44	Traqueostomia	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
45	Doença neuromuscular crônica	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
46	Uso crônico de corticoide	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
47	Uso de imunossupressor	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
48	Depressão	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
49	IRC tto conservador	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
50	Gastrostomia	<input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S
51	APACHE II (se não aplicável = pintar 888)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9
52	SAPS 3 (se não aplicável = pintar 888)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9

53	Sepse grave (na admissão na UTI)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
54	Choque séptico (na admissão na UTI)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
55	Infecção na admissão na UTI (Não >> q64)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S

Foco da infecção na admissão na UTI (Preencher apenas se q55 for SIM)

56	Respiratório	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
57	Urinário	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
58	Abdominal	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
59	SNC	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
60	Pele / Tecidos moles	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
61	Cateter	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
62	Outro	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
63	Outro (escrever):	

Intervenções durante UTI

64	Vasopressor (nora/dopa/dobuta)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
65	Vasodilatador (NPS/NTG)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
66	Sedação contínua	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
67	Insulina IV contínua	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
68	HD convencional	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
69	HD contínua	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
70	Bloqueio neuromuscular contínuo	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
71	Anticoagulação terapêutica	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
72	Craniectomia descompressiva	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
73	Intervenção cirúrgica de urgência	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
74	Balão intra-aórtico	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
75	Angioplastia coronariana	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
76	Derivação ventricular externa	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
77	Monitorização de pressão intracraniana	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
78	Nutrição parenteral total	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
79	Peritoneostomia	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
80	Decisão de limitação de investimento	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
81	Sonda nasoenteral	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S

Ventilação

82	Ventilação não invasiva (Não >> q85)	(N) (S)	
83	Indicação de VNI (escolher 1 opção) 1 = Desmame 2 = DPOC (desmame ou exacerbação) 3 = ICC 4 = Imunossupressão 5 = Outra	(1) (2) (3) (4) (5)	
84	Outra (escrever):		
85	Ventilação invasiva (Não >> q88)	(N) (S)	
86	Tempo total de VM invasiva (dias – se menos que 24h, marcar 00)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
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)	(1) (2) (3)	
88	Traqueostomia (Não >> q94)	(N) (S)	
89	Data da traqueostomia	Dia	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Mês	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
		Ano	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
			0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
90	Tempo de VM invasiva antes da TQT (dias)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
91	Motivo TQT (escolher 1 opção) 1 = tempo de VM (≥ 7 dias) 2 = desmame (falha desmame/extubação) 3 = neurológico (glasgow ≤ 8) 4 = obstrução de VAS 5 = outro	(1) (2) (3) (4) (5)	
92	Outro (escrever):		
93	Tipo de traqueostomia na alta da UTI 0 = sem válvula fonadora 1 = com válvula fonadora	(0) (1)	
Desfechos durante UTI			
94	IAM/SCA	(N) (S)	
95	PCR	(N) (S)	
96	AVC (Não >> q98)	(N) (S)	
97	AVC 1 = isquêmico 2 = hemorrágico	(1) (2)	
98	Fraqueza muscular adquirida na UTI	(N) (S)	
99	Convulsões	(N) (S)	
100	Transfusão ≥ 3U CHAD	(N) (S)	
101	Transfusão de plasma e/ou plaquetas	(N) (S)	

102	Hemorragia digestiva alta	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
103	Hemorragia digestiva baixa	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
104	SDRA (Não >> q106)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
105	SDRA 1 = leve 2 = moderada 3 = grave	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3
106	TVP	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
107	TEP	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
108	Úlcera de decúbito	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
109	Delirium	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
110	Infeção nosocomial adquirida na UTI	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S

Foco da infeção nosocomial adquirida na UTI (**Preencher apenas se q110 for SIM**)

111	Respiratório	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
112	Urinário	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
113	Abdominal	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
114	SNC	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
115	Pele / Tecidos moles	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
116	Cateter	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S
117	Outro (Preencher q118)	<input type="radio"/> N <input type="radio"/> S

118	Outro (escrever):	
-----	-------------------	--

APÊNDICE H - FORMULÁRIO: ALTA HOSPITALAR

«resp»

4

1

12 FORMULÁRIO DE ALTA HOSPITALAR

1	ID do paciente 5 dígitos: xx (código hospital) xxx (ID paciente)	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9						
2	Nome completo:							
3	Data de nascimento:	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">Dia</td> <td> <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Mês</td> <td> <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Ano</td> <td> <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 </td> </tr> </table>	Dia	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9	Mês	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9	Ano	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9
Dia	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9							
Mês	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9							
Ano	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9							
4	1ª reinternação na UTI (Não => PULE PARA A QUESTÃO 6)							
4.1	Data da 1ª reinternação na UTI:	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9						
4.2	Motivo: _____							
4.3	Data da alta da UTI: (referente à 1ª reinternação)	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9						

«resp»

4

2

	2ª reinternação na UTI (Não >> PULE PARA A QUESTÃO 6)
--	---

⑩ ⑪

5.1	Data da 2ª reinternação na UTI:	Dia
		Mês
		Ano

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

5.2	Motivo: _____
-----	---------------

5.3	Data da alta da UTI: (referente à 2ª reinternação)	Dia
		Mês
		Ano

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

6	Data da alta hospitalar: (Pular para questão 9, caso o paciente continue internado desde a inclusão no estudo)	Dia
		Mês
		Ano

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

7	Destino: 1 = domicílio 2 = transferência 3 = óbito
---	---

① ② ③

8	Código do pesquisador: _____
---	------------------------------

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Preencher quando completar 3 meses após data da alta da UTI:

9	Paciente não recebeu alta hospitalar desde a inclusão no estudo: Data de verificação da informação: ____ / ____ / ____
---	---

APÊNDICE I – ENCAMINHAMENTO AOS SERVIÇOS



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
Ciências da Saúde
 unesc

ENCAMINHAMENTO

Declaramos que _____
 esteve presente nas Clínicas Integradas da UNESCO no dia ____ do mês de
 _____ de 201__ participou como voluntário (a) da pesquisa
 Sequelas Físicas e Cognitivas em Sobreviventes de Unidade De Terapia
 Intensiva: Um Estudo de Coorte Prospectivo.

Após a aplicação dos procedimentos descritos e apresentados no Termo de
 Consentimento Livre e Esclarecido com base na resolução nº 466 de 2012, o
 paciente demonstrou interesse e/ou necessidade de encaminhamento para
 atendimento

Criciúma, ____ de _____ de 201__

Acadêmico responsável

Voluntário

 Professor Responsável

APÊNDICE J – DECLARAÇÃO



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
Ciências da Saúde
 unesc

DECLARAÇÃO

Declaramos que _____
 esteve presente nas Clínicas Integradas da UNESCO no dia ____ do mês de
 _____ de 201__ participou como voluntário(a) em pesquisa
 Sequelas Físicas e Cognitivas em Sobreviventes de Unidade De Terapia
 Intensiva: Um Estudo de Coorte Prospectivo. Após a aplicação dos
 procedimentos descritos e apresentados no Termo de Consentimento Livre e
 Esclarecido, o paciente não apresentou necessidade de encaminhamento ou
 abordagem emergencial, com base na resolução nº 466 de 2012.

Criciúma, ____ de _____ de 201__.

Acadêmico responsável

Voluntário

 Professor Responsável

APÊNDICE K – QUADRO DAS VARIÁVEIS DICOTOMIZADAS PARA A REGRESSÃO DE COX E POISSON

Variáveis	Formulário de Pesquisa	Dicotomização
Caracterização da Amostra		
Idade	Idade em anos	Pela Média: 55 anos 0 = ≤ 54 anos 1 = ≥ 55 anos
Estado Civil	1 = casado 2 = separado(a)/desquitado(a)/divorciado(a) 3 = viúvo(a) 4 = solteiro(a)	0 = Não Estável (separado(a), desquitado(a)/divorciado(a); viúvo(a) e solteiro(a)) 1 = Estável (casado(a))
Raça	1 = preta 2 = parda 3 = branca 4 = amarela 5 = indígena 9 = não sabe/não quer responder	0 = Não Caucasiano (preta, parda, amarela, indígena ou não sabe/não quer responder) 1 = Sim caucasiano (branca)
Escolaridade	Escolaridade em Anos	Pela Média: 7,1 anos 0 = ≥ 8 anos de estudo 1 = ≤ 7 anos de estudo
Renda Familiar	Renda Familiar aproximada em reais	Pela Média: R\$2.510,00 0 = \geq R\$2.511,00 1 = \leq R\$2.510,00
Renda	Renda Familiar dividida pelo número de	Pela Média: R\$836,90

Familiar Per Capita	dependentes	0 = \geq R\$837,00 1 = \geq R\$836,00
Gastos com Saúde Mensal	Valores gastos, em média, com saúde mensalmente	Pela Média: R\$647,30 0 = \leq R\$646,00 1 = \geq R\$647,00
Caracterização da DCA		
Índice de Comorbidade de Charlson	Comorbidades (Índice de Charlson)	Pelo menos 1 comorbidade de Charlson 0 = zero comorbidades 1 = \geq 1 comorbidade ou Pelo menos 2 comorbidades de Charlson 0 = \leq 1 comorbidade 1 = \geq 2 comorbidades
APACHE II	Escore APACHE	Pela Média do escore: 16,35 pontos 0 = \leq 15 pontos 1 = \geq 16 pontos
SAPS	Escore SAPS	Pela Média do escore: 39,8 pontos 0 = \leq 39 pontos 1 = \geq 40 pontos
Dias Internação Hospitalar	Período de internação hospitalar em dias (Relação entre a data da alta hospitalar e a data da entrada hospitalar)	Pela Média: 25,9 dias 0 = \leq 25 dias 1 = \geq 26 dias
Dias Internação	Período de internação na UTI em dias (Relação entre a data da alta da UTI e a data da	Pela Média: 6,3 dias 0 = \leq 5 dias

UTI	entranha na UTI)	1 = ≥ 6 dias
Desfechos deste Estudo		
Disfunção Cognitiva	Foi considerado ter disfunção cognitiva, se: Escore < 24 e com ensino superior; Escore < 23 com 6 a 12 anos de estudo; Escore < 22 com menos de 6 anos de estudo; Escore < 21 para analfabetos.	0 = Não possui disfunção cognitiva (ter escore superior ao determinado pelo tempo de estudo) 1 = Possui disfunção cognitiva (ter escore inferior ao determinado pelo tempo de estudo)
Sintomas de Depressão e Ansiedade	0 – 7 pontos: ansiedade ou depressão improvável; 8 – 11 pontos: ansiedade ou depressão possível – (questionável ou duvidosa); 12 – 21 pontos: ansiedade ou depressão provável.	Considerado escore relacionado a depressão improvável ou possível, sendo: 0 = Não possui sintomas de ansiedade ou depressão (escore ≤ 7 pontos) 1 = Sintomas de depressão e ansiedade (≥ 8 pontos)
Sintomas de Ansiedade		
Dosagens Bioquímicas		
BDNF	Achados das dosagens deste marcador por paciente	Pela Média: 0,09pg/ml 0 = $\geq 0,10$ pg/ml 1 = $\leq 0,09$ pg/ml
β-A 1-40 e β-A 1-42	Achados das dosagens deste marcador por paciente	Pela Média: 39,7 0 = $\leq 39,6$ 1 = $\geq 39,7$

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE ACEITE DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO HSJ



Carta de Aprovação

Resolução

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São José, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo.

Projeto: 36/09 (2016)

CAAE: 61541616.7.0000.5364

Número do Parecer: 1.824.369

Pesquisadores:

Franciani Rodrigues da Rocha

Título:

“SEQUELAS FÍSICAS E COGNITIVAS EM SOBREVIVENTES DE UTI”

Este projeto *foi aprovado* em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 466/12 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. O parecer substanciado do projeto de pesquisa encontra-se anexo.

Criciúma, 24 de abril de 2019.

Coordenadora do CEP

Ana Paula Ronzani Panato

ANEXO B – TERMO DE ACEITE DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UNESC



RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) / Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo.

Parecer nº: 1.993.271

CAAE: 24376414.3.0000.0119

Pesquisador (a) Responsável: Felipe Dal Pizzol

Título: "DESAFIOS FRENTE AO CRESCIMENTO DAS INTERNAÇÕES EM UTI: SEQUELAS FÍSICAS E COGNITIVAS EM SOBREVIVENTES DE UTI UM ESTUDO DE COORTE MULTICENTRICO".

Este projeto foi **Aprovado** em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 31 de março de 2017.

Renan Antônio Ceretta
Coordenador do CEP