

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
CURSO DE ENFERMAGEM**

TAISE MATEUS FERNANDES

ANÁLISE DO PERFIL DE PACIENTES QUE SOBREVIVEM À SEPSE

**CRICIÚMA
2020**

TAISE MATEUS FERNANDES

ANÁLISE DO PERFIL DE PACIENTES QUE SOBREVIVEM À SEPSE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, no Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mágada Tessmann

CRICIÚMA

2020

TAISE MATEUS FERNANDES

ANÁLISE DO PERFIL DE PACIENTES QUE SOBREVIVEM À SEPSIS

Trabalho de Conclusão de Curso, aprovado pela Banca Examinadora para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem, no Curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Criciúma, 12 de junho de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Mágada Tessmann - Doutora - UNESC - Orientadora

Prof.^a Mariana Freitas Comin - Mestra - UNESC

Rivael Marcelino Ribeiro - Especialista – Hospital Unimed Criciúma

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, por ter me dado saúde e sabedoria, me iluminado e abençoado meu caminho durante todo este ciclo.

Agradeço a minha orientadora Mágada Tessmann, que, com empenho, dedicação e responsabilidade, me orientou.

Agradeço a minha mãe Arlete, que entendeu meus momentos de ausência e não mediu esforços para que este sonho se tornasse realidade.

Agradeço ao meu noivo Davi, por ter me dado força, coragem e confiança para seguir em frente, mesmo nos dias mais difíceis, e por ter sido paciente e muito companheiro.

Agradeço a todos os professores do Curso de Enfermagem da UNESC, pelos ensinamentos compartilhados ao longo dos anos.

Agradeço a minha banca, Mariana e Rivaél, por terem aceitado este convite.

Enfim, agradeço às pessoas que contribuíram de alguma forma, direta ou indiretamente, para a realização deste projeto.

RESUMO

O estudo trata de uma pesquisa de abordagem quantitativa, transversal, documental, exploratória e de campo, visando a verificar o perfil dos pacientes que sobreviveram à sepse em um hospital privado do sul catarinense. A coleta de dados aconteceu a partir de dados secundários oferecidos pela instituição de saúde na qual foi realizada a pesquisa. A sepse é definida por ser uma resposta inflamatória sistêmica, causada por um agente agressor (bactérias, fungos, parasitas, vírus). Além disso, ela possui um alto índice de mortalidade dentro das unidades de terapia intensiva e um custeio para tratamentos elevados. O tempo entre o diagnóstico e o início da terapêutica influencia na redução dos óbitos e nas sequelas dos sobreviventes, de forma a afetar o sistema neurológico, com consequências como a falta de memória; o sistema imunológico, no qual o paciente fica mais suscetível a novas infecções; e o sistema cardiovascular, em fornecer fluxo sanguíneo adequado para suprir as necessidades metabólicas dos tecidos e dos órgãos vitais. Decorrente disso, é essencial avaliar a qualidade de vida desses pacientes após sua alta hospitalar, para ter certeza de que o tratamento foi adequado e eficiente, reduzindo, conseqüentemente, os danos originados por essa doença, os quais influenciam diretamente na condição de saúde de cada indivíduo. O presente estudo revelou que a maioria dos pacientes eram mulheres, com sítio infeccioso predominantemente urinários, gastrointestinais e respiratórios, com manifestação da sepse em maio e agosto, com necessidade de reinternação e desenvolvimento de choque séptico.

Palavras-chave: sepse, qualidade de vida, mortalidade.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mecanismos fisiopatológicos da sepse.	20
Figura 2 - Principais mecanismos da disfunção orgânica.	21
Figura 3 - Fluxograma de triagem para pacientes com suspeita de sepse.	27
Figura 4 - Tarefas do dia a dia durante as 4 últimas semanas.	46
Figura 5 - Sentimentos dos pacientes nas últimas 4 semanas	46
Figura 6 - Sentimentos dos pacientes nas últimas 4 semanas	47
Figura 7 - Sentimentos dos pacientes nas últimas 4 semanas.	47
Figura 8 - Presença de dor.....	48

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Escore de avaliação sequencial de falha orgânica.....	25
Quadro 2 - Pacote de 1 hora e de <i>check point</i> da 6ª hora para manejo dos pacientes com sepse ou choque séptico	28
Quadro 3 - Infecção x faixa etária.	42
Quadro 4 - Tabulação cruzada.....	43
Quadro 5 - Desfecho x faixa etária.....	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Conceitos utilizados pelo ILAS na implementação de protocolos gerenciados de sepse.	17
Tabela 2 - Principais manifestações clínicas da sepse.	21
Tabela 3 - Sexo de pacientes sobreviventes à sepse.	39
Tabela 4 - Faixa etária dos sobreviventes à sepse.	39
Tabela 5 - Convênio dos sobreviventes à sepse.	40
Tabela 6 - Período de internação.	40
Tabela 7 - Foco da infecção.	41
Tabela 8 - Presença de choque séptico nos sobreviventes de sepse.	41
Tabela 9 - Reinternações hospitalares nos sobreviventes de sepse.	41
Tabela 10 - Tipo de alta.	42
Tabela 11 - Teste de qui-quadrado.	43
Tabela 12 - Teste de qui-quadrado.	44
Tabela 13 - Reinteranção x sexo.	44
Tabela 14 - Teste de qui-quadrado.	44
Tabela 15 - Teste de qui-quadrado.	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa e Humanos
CSS	Campanha de Sobrevivência à Sepse
ESICM	<i>European Society of Critical Care Medicine</i>
ILAS	Instituto Latino Americano de Sepse
qSOFA	<i>Quick Sequential Organ Failure Assessment</i>
SARA	Síndrome da Angústia Respiratória Aguda
SCCM	<i>Society for Critical Care Medicine</i>
SIRS	Síndrome Inflamatória da Resposta Sistêmica
SOFA	<i>Sequential Organ Failure Assessment</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WHOQOL	<i>The World Health Organization Quality of Life</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 DEFINIÇÕES	18
2.1.1 Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica	18
2.1.2 Infecção Sem Disfunção	19
2.1.3 Sepsis	19
2.1.4 Choque Séptico.....	22
2.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	23
2.3 <i>SURVIVING SEPSIS</i>	24
2.4 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO	25
2.5 REPERCUSSÕES APÓS A ALTA HOSPITALAR.....	29
3 METODOLOGIA	33
3.1 LOCAL DE ESTUDO.....	33
3.2 POPULAÇÃO EM ESTUDO.....	34
3.2.1 Critério de Inclusão	34
3.2.2 Critério de Exclusão	34
3.3 AMOSTRA.....	34
3.4 VARIÁVEIS	34
3.4.1 Dependente	34
3.4.2 Independentes	34
3.5 COLETA DE DADOS	35
3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA	35
3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	38
4 RESULTADOS	39
5 DISCUSSÃO	49
CONCLUSÕES	53
REFERÊNCIAS	55

APÊNDICE A – Roteiro Pré-estabelecido.....	59
ANEXO A – Carta de aceite.....	60
ANEXO B - Termo de Confidencialidade.....	61
ANEXO C – Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida	63
ANEXO D – Termo de Consentimento Livre Esclarecido	67

1 INTRODUÇÃO

Os hospitais são, na atualidade, as instituições sociais responsáveis por garantir a assistência médica, tanto curativa como preventiva, ao alcance da população em geral. As intervenções de saúde que são realizadas podem ser de média e/ou alta complexidade.

As UTIs (Unidades de Tratamento Intensivo) têm por objetivo o atendimento de pacientes em estado crítico, os quais exigem assistência e observação contínua de médicos e enfermeiros. Ainda, foram criadas com o objetivo de concentrar recursos profissionais e humanos aperfeiçoados para o atendimento a pacientes graves, em estado crítico (NASCIMENTO; TRENTINI, 2004).

A equipe de enfermagem possui um papel de suma importância na UTI, que vai além do conhecimento técnico inerente à profissão, abarcando também a necessidade de empatia e cuidado para com paciente e familiares. Em um momento delicado como é o período de permanência na UTI, no qual a fragilidade física e emocional se faz presente, é necessário que o profissional de enfermagem possua ainda mais cuidados no exercício da profissão.

Ainda que a saúde venha apresentado importantes avanços nas últimas décadas, algumas doenças continuam a assolar a população, como é o caso da sepse. Apesar de os números de óbitos devido à sepse terem diminuído nos últimos anos, as sequelas que a doença provoca no organismo, mesmo após a alta do paciente, ainda geram preocupações por parte dos órgãos de saúde pública (LAGO, 2016; ILAS, 2015).

Estudos demonstram que o risco de óbito aumenta nos anos seguintes à alta hospitalar, sendo imprescindível que haja um cuidado e acompanhamento do paciente por parte da equipe de enfermagem (CONTRIN, 2013; LAGO, 2016).

Ainda, as repercussões geradas no organismo do paciente acometido por sepse permanecem durante anos, e causam diversas disfunções orgânicas, físicas, psicológicas e sociais, afetando diretamente na qualidade de vida (LAGO, 2016).

Portanto, o presente estudo se justifica na relevância atual ocasionada pelo alto número de sobreviventes que apresentam complicações após um episódio de sepse, exigindo assim que haja o conhecimento de como a sepse repercute na

qualidade de vida dos pacientes, para que seja possível buscar estratégias que visem à melhoria na sua qualidade de vida pós alta hospitalar.

Mediante o exposto, elencou-se como pergunta de pesquisa: qual é o perfil dos pacientes que sobreviveram à sepse?

As hipóteses foram construídas a partir da exaurida leitura de artigos e da observação durante estágios do curso de graduação e ficaram assim constituídas:

➤ Serão encontrados mais homens que apresentaram sepse, com idade média de 35 anos, casados, com comorbidades, tendo como a principal causa da septicemia a pneumonia.

➤ O escore de pior desempenho será no domínio psicológico e o melhor desempenho no domínio social.

Para que se pudesse atingir e validar as hipóteses, elencou-se como **objetivo geral**: avaliar o perfil dos pacientes sobreviventes à sepse; e como **objetivos específicos**:

- Identificar o perfil dos pacientes que sobreviveram à sepse.

- Avaliar a qualidade de vida dos pacientes pós sepse no domínio físico, psicológico, social e ambiental.

Estabeleceu-se como forma de organização:

Capítulo 1 - Introdução: Nesse capítulo, realizou-se a contextualização da temática e apresentação de pergunta de pesquisa, hipóteses, objetivo geral e objetivos específicos.

Capítulo 2 - Revisão de literatura: apresenta-se a temática a partir dos referenciais consultados.

Capítulo 3 - Metodologia: apresenta-se o itinerário da pesquisa com descrição dos procedimentos metodológicos.

Capítulo 4 - Resultados: apresentam-se aqui os dados da pesquisa e a análise estatística.

Capítulo 5 - Discussão: nesse capítulo, discute-se com autores a temática e compara-se aos resultados apresentados nesta pesquisa.

Capítulo 6 - Conclusões: apresenta-se breve síntese dos resultados e sugestões deixadas à enfermagem no cuidado de pacientes sobreviventes à sepse.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Durante os anos, a definição de sepse passou por revisões, as quais colaboraram para o seu melhor conhecimento. Em janeiro de 2016, a *European Society of Intensive Care Medicine* e a *Society of Critical Care Medicine* reconheceram a necessidade da atualização do entendimento a respeito da sepse, e para isto conduziram uma força-tarefa com especialistas em diversas áreas da saúde, buscando formalizar uma concordância na definição, a qual se tornou a *Sepsis-3* (LAGO, 2016).

De acordo com o Instituto Latino Americano de Sepse, com as mudanças:

A sepse passa a ser definida pela presença de disfunção orgânica ameaçadora à vida secundária à resposta desregulada do hospedeiro a uma infecção. Como pontos positivos das novas definições, os critérios de SIRS passam a não ser mais requeridos para o diagnóstico de sepse. A expressão “sepse grave” foi extinta, simplificando a nomenclatura, sendo que o uso da palavra “sepse” passa a ser restrito aos pacientes já com disfunção orgânica (ILAS, 2015, p. 16).

Devido a serem essas as definições utilizadas atualmente, e tendo elas sido endossadas por diversas sociedades internacionais, serão utilizadas no decorrer deste trabalho.

Ainda, importante ressaltar que o termo “sepse grave” não será utilizado, por estar em desuso conforme o Sepse-3. De acordo com Ferreira *et al.* (2017, p.9): “Este fato refuta a ideia de que o atual conceito de sepse traz consigo a importância desta entidade, ao ponto de necessitar tratamento precoce para evitar suas possíveis complicações, devido sua alta taxa de letalidade no meio hospitalar”.

Para que se torne de fácil compreensão, abordam-se, na tabela 1, as mudanças entre a classificação antiga e a atual.

Tabela 1 - Conceitos utilizados pelo ILAS na implementação de protocolos gerenciados de sepse.

Classificação antiga	Classificação atual	Características
Sepse	Infecção sem disfunção	Infecção suspeita ou confirmada, sem disfunção orgânica, de forma independente da presença de sinais de SIRS.
Sepse grave	Sepse	Infecção suspeita ou confirmada associada a disfunção orgânica, de forma independente da presença de sinais de SIRS.
Choque séptico	Choque séptico	Sepse que evoluiu com hipotensão não corrigida com reposição volêmica (PAM \leq 65 MMHg), de forma independente de alterações de lactato.

Fonte: ILAS, 2018.

Assim sendo, atualmente a sepse é definida como uma disfunção orgânica potencialmente fatal, causada devido a resposta sistêmica do organismo a uma doença infecciosa, podendo ser causada por bactérias, vírus, fungos ou protozoários (ILAS, 2015).

Na normalidade, a resposta do hospedeiro a uma infecção é um processo que visa ao controle da invasão por microrganismos, iniciando a recuperação tecidual. Já no caso da ocorrência da sepse, essa resposta à infecção ocorre de forma desordenada, envolvendo tecidos normais, localizados distantes do local da infecção. Dessa forma, a resposta do organismo pode vir a comprometer o funcionamento de vários órgãos do paciente (ILAS, 2015; COREN, 2016).

2.1 DEFINIÇÕES

Para que seja possível a compreensão dos conceitos utilizados atualmente, realizar-se-á uma abordagem das definições atuais relacionadas ao tema em tela.

2.1.1 Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica

A síndrome inflamatória da resposta sistêmica (SIRS) não faz parte atualmente dos critérios utilizados para a definição da ocorrência da sepse, devido às pesquisas atuais demonstrarem que a maior parte dos pacientes hospitalizados desenvolve SIRS em algum momento. Ainda, os mesmos estudos apontam que a utilização da SIRS como critério pode causar a não identificação de um em cada oito pacientes com sepse (TANIGUCHI *et al.*, 2017).

Ainda assim, seu entendimento se faz necessário devido à sua importância no processo de triagem para a identificação de pacientes com infecção e potencial risco de sepse ou choque séptico (ILAS, 2018).

A SIRS foi definida em 1992 pelo *American College of Chest Physicians Society of Critical Care Medicine Consensus Conference*, e deve apresentar a presença de no mínimo dois dos sinais abaixo:

Temperatura central > 38,3° C ou < 36°C OU equivalente em termos de temperatura axilar;
Frequência cardíaca > 90 bpm;
Frequência respiratória > 20 rpm, ou PaCO₂ < 32 mmHg
Leucócitos totais > 12.000/mm³, ou < 4.000/mm³ ou presença de > 10% de

formas jovens (desvio à esquerda) (ILAS, 2018, p. 2).

Dessa forma, ainda que os critérios de SIRS continuem tendo fundamental importância para triagem de pacientes potencialmente infectados, principalmente ao abordar programas de melhoria de qualidade, eles não são considerados como fundamentais para se definir a presença de sepse, devido ao fato de que vários pacientes graves com sepse não desenvolvem os critérios de SIRS (JORDÃO *et al.*, 2019).

2.1.2 Infecção Sem Disfunção

Há a possibilidade da ocorrência de uma infecção sem a presença da disfunção orgânica. Nesse caso, o paciente pode apresentar ou não os critérios da SIRS, possuir foco infeccioso suspeito ou confirmado, porém a disfunção orgânica característica da sepse não ocorre (ILAS, 2018).

2.1.3 Sepse

A sepse resulta de uma complexa interação entre o microrganismo infectante e a resposta imune, pró-inflamatória e pró-coagulante do indivíduo hospedeiro. A presença de uma infecção no organismo pode acarretar diversos eventos imunológicos, metabólicos e hemodinâmicos que resultam no quadro denominado por sepse (HENKIN *et al.*, 2009).

A sepse é caracterizada pela presença de uma disfunção orgânica, geradora de ameaça à vida devido à resposta desregulada do organismo à infecção. A resposta inflamatória do organismo resulta em alterações circulatórias como a hipotensão e desidratação que podem comprometer a função de oxigenação dos tecidos, a qual deve ser realizada pelo sistema circulatório (JORDÃO *et al.*, 2019; LELIS; AMARAL; OLIVEIRA, 2018).

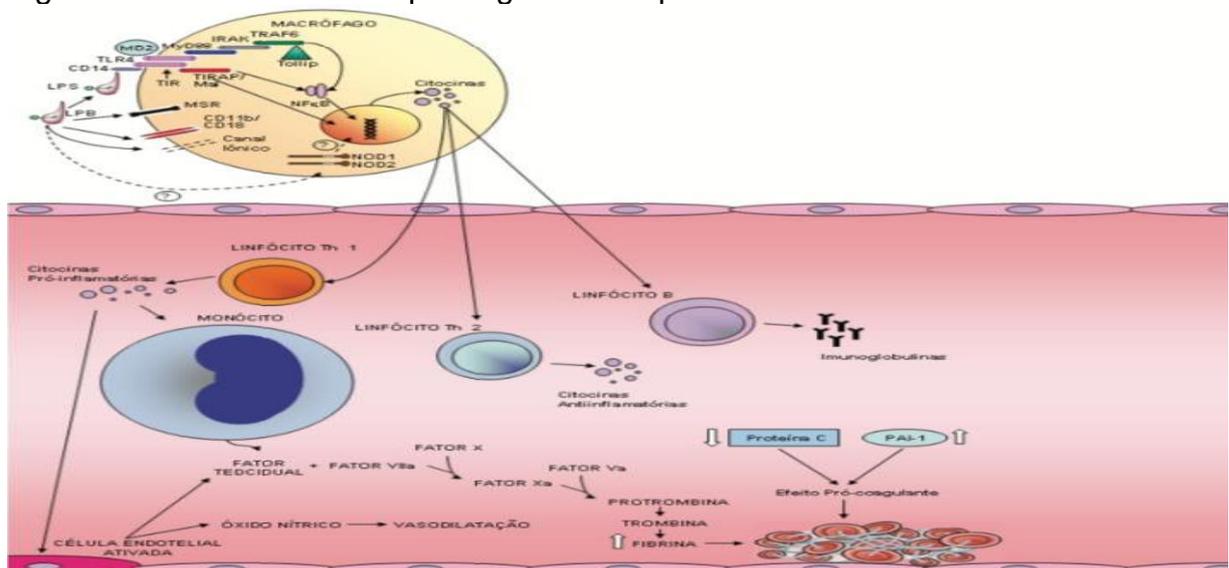
A modificação nos conceitos abordada anteriormente colocou a sepse não apenas como a resposta inflamatória do organismo, mas também como a resposta anti-inflamatória com imunossupressão concomitante (TANIGUCHI *et al.*, 2017).

Ainda que não seja o objetivo do presente trabalho, o conhecimento da fisiopatogenia da sepse se faz necessária, de modo a facilitar a compreensão das

consequências geradas pela doença.

A resposta do hospedeiro à presença de um agente infeccioso trata-se de um mecanismo de defesa natural e básico do organismo. Para a efetivação da resposta, diversos fenômenos inflamatórios ocorrem, além de alterações nos processos de coagulação e fibrinólise. Ao mesmo tempo, o organismo contrarregula essa resposta com o desencadeamento de uma resposta anti-inflamatória, sendo fundamental o equilíbrio entre ambas para a sobrevivência do paciente, sendo o desequilíbrio o causador da sepse, conforme exposto na figura 1.

Figura 1 – Mecanismos fisiopatológicos da sepse.



Fonte: Henkin *et al.* (2019).

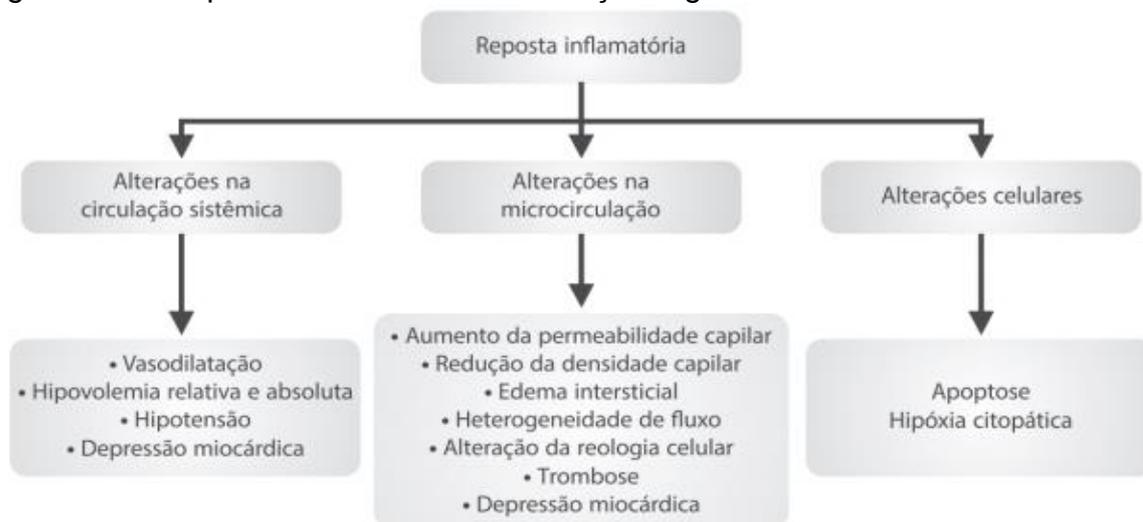
Porém, os mecanismos precisos que levam à disfunção de órgãos na sepse não são completamente conhecidos, pois as células podem modificar seu comportamento, função e atividade, independentemente das alterações na oferta de oxigênio e substratos, as quais foram tidos como causas das disfunções orgânicas por um período de tempo (HENKIN *et al.*, 2019).

Nos últimos anos, houve a revisão dos aspectos da imunopatologia celular e molecular da sepse. Atualmente, acredita-se que o desenvolvimento da sepse após uma lesão orgânica ou infecção não é determinado apenas pelo agressor, mas também pelos caracteres genéticos do indivíduo hospedeiro. Esses fatores desencadeiam uma série de eventos imunológicos, metabólicos e hemodinâmicos que geram o que se conhece por sepse (BOECHAT; BOECHAT, 2010).

Como os principais mecanismos de disfunções orgânicas, cita-se o exposto

na figura 2.

Figura 2 - Principais mecanismos da disfunção orgânica.



Fonte: ILAS (2015).

As manifestações clínicas da sepse são decorrentes dos sinais de disfunção orgânica dos órgãos em disfunção, e podem variar de acordo com o grau de evolução do quadro clínico.

As principais disfunções são cardiovasculares, respiratórias, neurológicas, renais, hematológicas, intestinais e endócrinas (ILAS, 2015). Os sintomas e as alterações laboratoriais correspondentes a cada alteração podem ser conferidos na tabela 2.

Tabela 2 - Principais manifestações clínicas da sepse.

Sistema	Sinais, sintomas e alterações laboratoriais
Cardiovascular	Taquicardia, hipotensão, hiperlactatemia, edema periférico, diminuição da perfusão periférica, livedo, elevação de enzimas cardíacas e arritmias.
Neurológica	Respiratória Dispneia, taquipneia, cianose e hipoxemia. Confusão, redução do nível de consciência, delirium, agitação e polineuromiopatias.
Renal	Oligúria e elevação de escórias.
Hematológica	Plaquetopenia, alterações do coagulograma, anemia, leucocitose, leucopenia e desvio à esquerda.
Gastroenterológicas	Gastroparesia, ileo adinâmico, úlceras de stress, hemorragias digestivas, diarreia e distensão abdominal.
Hepáticas	Colestase, aumento de enzimas canaliculares e elevação discreta de transaminases.
Endócrinas e metabólicas	Hiperglicemia, hipertrigliceridemia, catabolismo protéico, hypoalbuminemia, hipotensão por comprometimento suprarrenal e redução dos hormônios tireoidianos.

Fonte: ILAS (2015).

O impacto que a sepse causa ao organismo é amplo e devastador. Esses fatores comprometem a perfusão tecidual e geram a redução da oferta tecidual de oxigênio, de forma a gerar o desequilíbrio entre a oferta e o consumo de oxigênio nos tecidos, algo comum nos estados de choque (COREN, 2016).

Porém, não há uma certeza de quais serão os órgãos afetados pela sepse. De acordo com Henkin *et. al.* (2009, p. 139):

Os mecanismos órgão-específicos ainda estão na área das conjecturas. Por que uma infecção estimula uma resposta inflamatória sistêmica que afeta alguns órgãos e não outros? Alguns sistemas conseguem escapar com relativa facilidade, enquanto outros são comprometidos de modo grave e precocemente.

Assim sendo, não há como prever quais órgãos serão afetados quando da ocorrência da sepse, variando de acordo com o caso em análise.

Ainda, de acordo com Weis *et al.* (2017, p. 1263):

A patogênese da sepse é apenas parcialmente explicada pela inflamação irrestrita, enquanto a desregulação metabólica, levando à disfunção orgânica e eventualmente à falência orgânica, é cada vez mais reconhecida como um componente importante desse processo. Embora os mecanismos subjacentes à resposta inflamatória que caracteriza a patogênese da sepse sejam razoavelmente bem compreendidos, aqueles que conduzem à desregulação metabólica e à disfunção ou falha de múltiplos órgãos permanecem ilusórios (WEIS *et al.*, 2017, p.1263).

A sepse pode evoluir, passando para o quadro de choque séptico, sobre o qual se discorre a seguir.

2.1.4 Choque Séptico

O choque séptico trata-se do agravamento da situação da sepse. De acordo com Moura *et. al.* (2017, p. 56), o choque séptico é definido como “um subgrupo dos pacientes com sepse que apresentam acentuadas anormalidades circulatórias, celulares e metabólicas e associadas com maior risco de morte do que a sepse isoladamente”.

De acordo com a conceituação atual, é caracterizado pela presença de hipotensão com necessidade de vasopressores para manter a pressão arterial média maior ou igual a 65mmHg, associada a lactato maior ou igual a 2mmol/L, após adequada ressuscitação volêmica (ILAS, 2015).

O choque séptico possui as fases inicial e avançada. Na inicial, conhecida

também por hiperdinâmica, as extremidades do paciente se mantêm aquecidas, existindo baixa resistência vascular periférica, débito cardíaco normal ou elevado, pressão arterial normal e amplitude de pulso aumentada. Os sintomas presentes no paciente são hiperventilação, alcalose respiratória, confusão mental, débito urinário normal e febre (PIRES *et al.*, 2011).

Na fase avançada ou hipodinâmica, o paciente apresenta as extremidades frias, resistência periférica elevada, débito cardíaco reduzido, hipotensão, baixa pressão de pulso e intensa vasoconstrição arterial. Nessa fase, pode ocorrer insuficiência respiratória, obnubilação progressiva e queda na função renal (PIRES *et al.*, 2011).

2.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Nos últimos 30 anos, a incidência mundial de sepse aumentou cerca de 13,7% ao ano (RUIZ; CASTELL, 2016). Já na última década, aumentou aproximadamente 90% e continua a crescer em torno de 1,5% ao ano (CONTRIN *et al.*, 2013).

Ainda que os números reais não sejam conhecidos, sendo provavelmente subestimados, estimativas supõem que ocorram cerca de 17 milhões de casos de sepse anualmente ao redor do mundo (ILAS, 2015). Pesquisas recentes em países de alta renda apontam uma realidade ainda mais assustadora, sugerindo 30 milhões de casos de sepse a cada ano, acarretando 6 milhões de óbitos em todo o mundo (AZEVEDO *et al.*, 2018).

A ocorrência da sepse pode estar relacionada a qualquer foco infeccioso, porém torna-se mais frequentemente associada a pneumonia, infecção intra-abdominal, infecção urinária, infecção relacionada a cateteres, abscessos de partes moles, meningites, endocardites, entre outros. A pneumonia representa a metade dos casos diagnosticados (COREN, 2016).

No Brasil, estudos apontam que aproximadamente 25% dos pacientes internados nas UTIs apresentaram sepse grave, alcançando a taxa variável de mortalidade de 35 a 65%, sendo muito acima da média mundial, ocupando o segundo lugar no ranking dos países participantes da *Surviving Sepsis Campaign* com maior taxa de mortalidade (CONTRIN *et al.*, 2013; LAGO, 2016).

De acordo com Henkin *et al.* (2009, p. 135):

O estudo BASES (Brazilian Sepsis Epidemiological Study), desenvolvido em cinco UTI dos estados de São Paulo e Santa Catarina, mostrou uma incidência de sepse, sepse grave e choque séptico de 46,9%, 27,3% e 23%, respectivamente. A mortalidade nestes pacientes foi 33,9%, 46,9% e 52,2%, respectivamente (HENKIN *et al.* 2009, p. 135).

Ressalta-se que, na contramão da maioria das doenças, o risco de óbito aumenta nos anos seguintes após a alta hospitalar (CONTRIN *et al.*, 2013).

Quando se questiona o porquê de o quadro séptico ser tão comum nas Unidades de Terapia Intensiva, sendo a principal causa de morte dos pacientes nelas internados, tem-se como resposta o fato de que esses pacientes geralmente recebem procedimentos invasivos, apresentando quadros de imunossupressão e estando mais suscetíveis a infecções hospitalares (LELIS; AMARAL; OLIVEIRA, 2018).

De acordo com o COREN (2016) e ILAS (2015), estimativas apontam que o custo de um caso de sepse nos Estados Unidos é de cerca de US\$ 38 mil, enquanto na Europa varia entre US\$ 26 mil e US\$ 32 mil. Dessa forma, a sepse é a destinação de 20 a 40% dos recursos financeiros utilizados pela UTI.

Já no Brasil, os dados apontam para um gasto médio de US\$ 10.595 por paciente, sendo que o gasto diário do paciente não sobrevivente é mais elevado (COREN, 2016; ILAS, 2015).

2.3 SURVIVING SEPSIS

A Campanha de Sobrevivência à Sepse (*Surviving Sepsis Campaign*) é uma iniciativa de onze sociedades mundiais, lançada em 2002, com o objetivo de modificar o comportamento dos profissionais à beira-leito, melhorando os cuidados oferecidos aos pacientes e assim modificando a trajetória da sepse e sua ocorrência letal ao redor do mundo (SILVA, 2006).

Atualmente, mais de 20 países já aderiram à Campanha, sendo que no Brasil o processo é gerenciado pelo ILAS.

Com atualizações ao longo dos anos, sendo a última publicação realizada em 2018, dispõe sobre as diretrizes de tratamento, simplificando os processos complexos existentes, e tendo como objetivo final reduzir o risco relativo de óbito em 25% nos próximos 5 anos (QUINTANILHA, 2018; SILVA, 2006).

Uma das ações da Campanha é a criação de pacotes (*bundles*), visando a normatizar o tratamento dos pacientes. Cada pacote se refere a um conjunto de intervenções, que, segundo evidências, apresentam melhor eficácia quando ministradas em conjunto do que individualmente (SILVA, 2006).

Entre as mudanças propostas pela recente atualização, objetiva-se que a abordagem de tratamento seja iniciada o mais breve possível, devido a ser esse um importante fator determinante da sobrevivência do paciente (ILAS, 2018).

2.4 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Devido à alta incidência e à mortalidade, a sepse representa um grande desafio para os profissionais de saúde. A falta de exames laboratoriais que permitam o diagnóstico apropriado de infecção, na contramão da maioria das doenças, torna o diagnóstico da sepse mais difícil, pois os seus sintomas são comuns a diversas outras doenças (ILAS, 2015).

Dessarte, a avaliação do diagnóstico clínico passou a ser realizado por meio da variação de dois os mais pontos no escore *Sequential Organ Failure Assessment* (SOFA). O escore SOFA é considerado padrão ouro no diagnóstico da sepse, todavia devido aos parâmetros laboratoriais exigidos, não é um procedimento prático (COREN, 2016).

Para a nova definição, a disfunção orgânica se caracteriza pela presença de dois ou mais no score de SOFA, citados no quadro 1.

Quadro 1 – Escore de avaliação sequencial de falha orgânica.

Sistema	Escore				
	0	1	2	3	4
Respiração					
PaO ₂ /FiO ₂ mmHg (kPa)	≥400 (53.3)	< 400 (53.3)	< 300 (40)	< 200 (26.7) com suporte de ventilação	< 100 (13.3) com suporte de ventilação
Coagulação					
Plaquetas x10 ³ /μL	≥ 150	< 150	< 100	< 50	< 20
Fígado					
Bilirrubina, mg/dL (μmol/L)	< 1.2 (20)	1.2-1.9 (20- 32)	2.0-5.9 (33- 101)	6.0-11.9 (102- 204)	> 12.0 (204)

Continua.

Cont. Quadro 1.

Cardiovascular					
	PAM ≥ 70mmHg	PAM < 70mmHg	Dopamina < 5 ou dobutamina (várias doses) ^b	Dopamina 5.1-15 ou Epinefrina ≤ 0.1 ou norepinefrina 0.1b ≤	Dopamina > 15 ou Epinefrina > 0.1 ou norepinefrina 0.1b >
Sistema nervoso central					
Escala de Coma de Glasgow ^c	15	13-14	10-12	6-9	<6
Renal					
Creatinina, mg/dL (μmol/L)	< 1.2 (100)	1.2-1.9 (110-170)	2.0-3.4 (171-299)	3.5-4.9 (300-440)	> 5 (440)
Excreção de Urina, mL/dL				< 500	< 200
Abreviações: FiO ₂ , fração inspirada de oxigênio; PAM, pressão arterial média; PaO ₂ , pressão parcial de oxigênio. b Doses de catecolamina são administradas em μg/kg/min por pelo menos 1 hora. c Escala de Coma de Glasgow varia de 3-15 pontos; pontuação maior indica melhor função neurológica.					

Fonte: FERREIRA *et al.* (2017, p.8).

Ainda, de acordo com Ferreira *et al.* (2017, p.8), a nova definição de sepse

[...] permite identificar a real gravidade da sepse, visto que apenas uma infecção com alterações dos sinais vitais, por exemplo, não é mais determinante de tal entidade, e sim a associação entre infecção e desordem orgânica decorrente de uma resposta inapropriada do organismo; portanto é necessária uma predisposição para que ocorra tal desordem (FERREIRA *et al.* 2017, p.8).

Devido à complexidade para a constatação da sepse por meio do SOFA, a SCCM e a ESICM criaram o escore SOFA simplificado, denominado *quick* SOFA (qSOFA). Essa ferramenta deve ser utilizada à beira do leito para identificar de forma ágil os pacientes adultos com maior probabilidade de serem acometidos pela sepse, sem a necessidade da realização de exames biológicos, devendo, porém, ser utilizada somente para a triagem, e não para o diagnóstico final (MACHADO *et al.*, 2016).

De acordo com Jordão *et al.* (2019, p. 1301-1302):

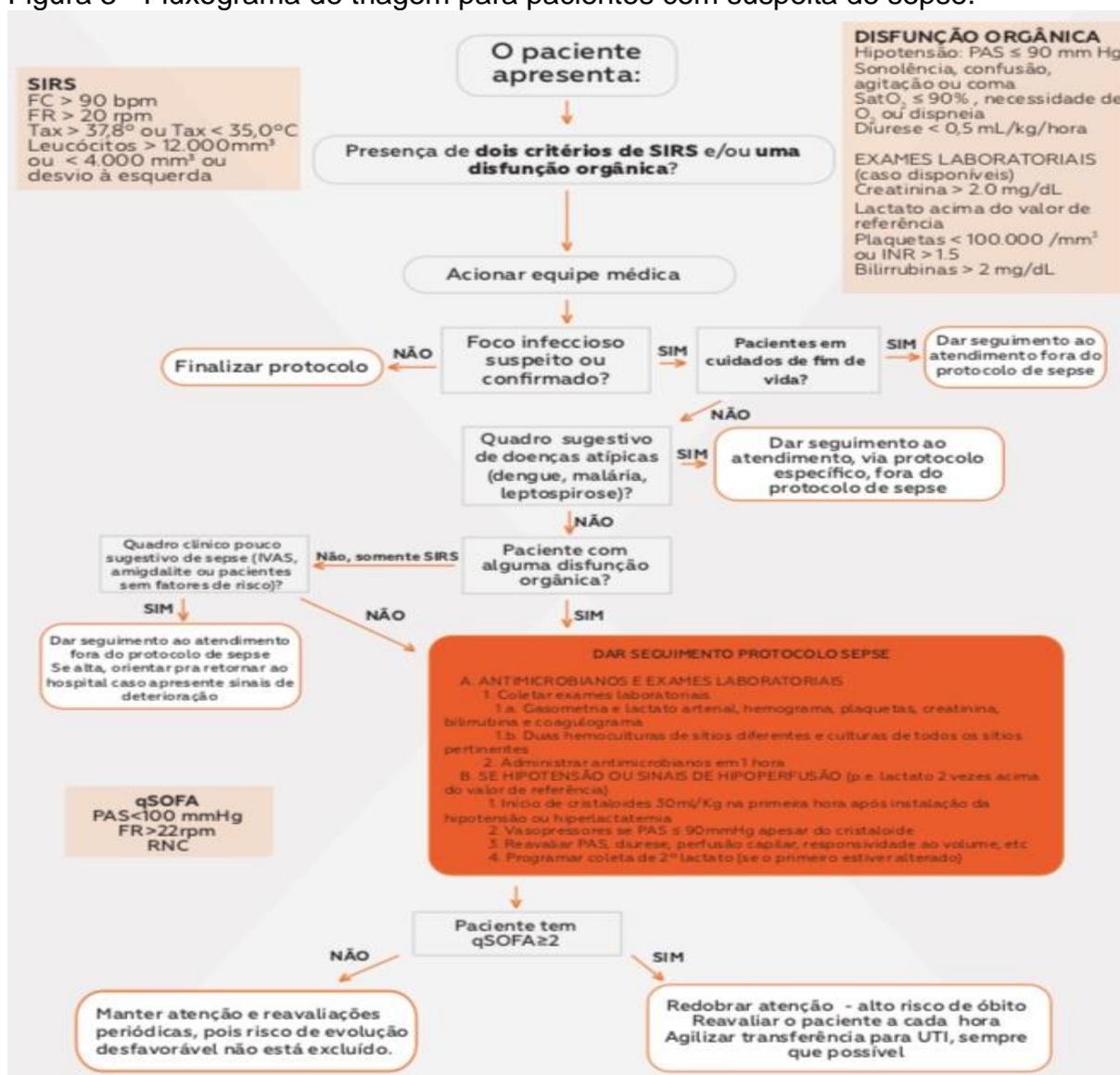
Fora da UTI, o qSOFA demonstrou alta validade preditiva para mortalidade intra-hospitalar e o resultado foi estatisticamente maior do que a validade preditiva do critério SIRS, sugerindo que o qSOFA é útil como critério de triagem clínica para se pensar em sepse, porém nunca como substituindo o SOFA ou o SIRS como um critério diagnóstico. [...] Segundo um estudo realizado com 8.871 pacientes, o qSOFA possui como valores de sensibilidade e especificidade, 29,7% e 96,1% respectivamente. Os critérios propostos pelo Sepsis-2, por sua vez, possuem 72,3% de sensibilidade e 61,1% de especificidade, reforçando os apontamentos já feitos.

Porém, o ILAS recusou o convite para endossar as novas definições, por

defender a tese de que elas não contemplam adequadamente as necessidades de diagnóstico precoce existente em países subdesenvolvidos, que possuem recursos limitados (ILAS, 2019).

O diagnóstico precoce é tido como essencial e determinante na sobrevivência do paciente. Assim sendo, de acordo com o ILAS, a orientação para a triagem no diagnóstico se apresenta na forma do fluxograma exposto na figura 3.

Figura 3 - Fluxograma de triagem para pacientes com suspeita de sepse.



Fonte: ILAS (2019).

A CSS sugere diversas condutas que visam à estabilização do paciente, as quais devem ser tomadas dentro das primeiras horas. As medidas para o controle da sepse incluem “ressuscitação inicial, identificação do agente infeccioso,

antibioticoterapia, controle do sítio de infecção, reposição volêmica, vasopressores, terapia inotrópica, corticoterapia, proteína C ativada e transfusão sanguínea” (HENKIN *et al.*, 2009, p.141).

O tratamento da sepse se baseia em diversos procedimentos, e, apesar da evolução, continua sendo um desafio. Corroborando com a afirmação Siqueira-Batista *et al.* (2011, p. 209):

A abordagem terapêutica do enfermo com diagnóstico de sepse continua a ser um desafio para o médico, a despeito de todo o avanço da ciência contemporânea. O tratamento da sepse, da sepse grave, do choque séptico e da disfunção de múltiplos órgãos e sistemas (DMOS) incluem (1) as manobras de reposição volêmica, (2) a abordagem da infecção, (3) o emprego de corticosteróides, (4) a terapia anticoagulante, (5) o controle glicêmico, (6) o suporte ventilatório e (7) medidas terapêuticas adicionais (SIQUEIRA-BATISTA *et al.*, 2011, p. 209).

A atualização realizada em 2018 na CSS, e adotada pela ILAS, sugere a adoção ao pacote de uma hora, acrescido do check point da 6ª hora, conforme quadro 2 (ILAS, 2015).

Quadro 2 - Pacote de 1 hora e de *check point* da 6ª hora para manejo dos pacientes com sepse ou choque séptico

PACOTE DE 1 HORA	
AÇÃO	OBJETIVO
Medir as concentrações séricas de lactato.	Elevações nessas concentrações sugerem possibilidade de ocorrência de hipóxia tecidual e aceleração da glicólise aeróbica causada pelo excesso de estimulação beta-adrenérgica, que podem estar associados a piores prognósticos.
Obter hemoculturas antes de iniciar antibióticos.	A coleta de hemoculturas é um passo imprescindível na abordagem da sepse. Ela deve ser colhida antes do início da administração dos antibióticos, considerando que pode ocorrer a esterilização de culturas.
Iniciar antibióticos de amplo espectro.	Deve-se iniciar o tratamento com antibióticos de amplo espectro com um ou mais antimicrobianos intravenosos, na tentativa de cobrir os diferentes patógenos. O início deve ser feito imediatamente após a coleta da hemocultura.
Iniciar ressuscitação volêmica com 30 mL/kg de cristalóide para hipotensão ou lactato maior ou igual a 4mmol/L.	A ressuscitação volêmica precoce é extremamente relevante para a estabilização da hipoperfusão tecidual induzida pela sepse ou choque séptico
Iniciar terapia vasopressora se o paciente apresentar hipotensão durante ou após a ressuscitação volêmica, para manter a pressão arterial média maior que 65 mmHg. Se a hipotensão não for controlada após a ressuscitação fluídica inicial, os vasopressores devem ser iniciados dentro da primeira hora para atingir a PAM \geq 65 mmHg	Anteriormente, a terapia vasopressora era iniciada apenas no pacote de seis horas. Entretanto a recuperação urgente da pressão de perfusão é fundamental para o funcionamento adequado dos órgãos vitais, sendo parte importante da ressuscitação e não devendo ser postergado.

Continua.

Cont. Quadro 2.

CHECK POINT DA 6ª HORA	
Reavaliação do status volêmico e da perfusão tecidual	A reavaliação das 6 horas deve ser feita em pacientes que se apresentem com choque séptico, hiperlactatemia ou sinais clínicos de hipoperfusão tecidual.

Fonte: Carnio (2019).

Essa modificação foi realizada com objetivo de proporcionar o início imediato do tratamento, com medidas propostas já na primeira hora.

Sabe-se que o atendimento precoce pode ser importante fator para a sobrevivência do paciente, bem como para amenizar as sequelas e as dificuldades pós alta hospitalar. Conforme Koenig *et al.* (2010, p. 216):

[...] a detecção e tratamento precoce otimizado de pacientes com sepse por meio do uso de protocolos claramente definidos possibilitou uma redução na taxa absoluta de mortalidade de cerca de 18% em ambos os hospitais. Como consequência direta, ocorreu uma queda no número de mortes prematuras e no número de anos de vida produtiva perdidos (KOENIG *et al.*, 2010, p. 216).

Nesse prisma, tem-se a confirmação do quanto o atendimento precoce é determinante para o paciente em estado séptico.

2.5 REPERCUSSÕES APÓS A ALTA HOSPITALAR

Por razão da imunossupressão e outras causas ainda não elucidadas, pacientes que apresentam sepse no hospital possuem risco elevado de morte mesmo após a alta hospitalar (CONTRIN *et al.*, 2013).

De acordo com o ILAS, 40% dos pacientes são readmitidos no hospital devido a complicações desenvolvidas após a alta hospitalar.

Uma das sequelas mais conhecidas da sepse trata-se do comprometimento ao sistema imunológico, o que pode perdurar por até 5 anos após a doença. Esse fato, segundo pesquisas, torna o risco de infecções de três a cinco vezes maior nos sobreviventes à sepse, em comparação aos que nunca tiveram a doença (COREN, 2016).

As principais complicações apresentadas pelos pacientes sobreviventes de sepse são as seguintes:

- Limitações físicas para atividades do dia-a-dia
- Déficit cognitivos
- Comprometimento da saúde mental
- Ansiedade
- Depressão

- Síndrome do estresse pós-traumático
- Exacerbação de doenças crônicas
- Novas infecções
- Dificuldade de deglutição, dor, distúrbios visuais, perda de cabelo e problemas com dentição e unha (ILAS, 2019, p. 37).

Importante ressaltar que as repercussões geradas pela sepse aos pacientes sobreviventes, após a alta hospitalar, referem-se tanto a disfunções orgânicas como físicas, psicológicas e sociais, podendo representar um grande impacto na qualidade de vida (LAGO, 2016).

No entendimento do ILAS (2019, p. 37),

[...] esses pacientes, muitas vezes, requerem reabilitação e acompanhamento contínuo. As instituições devem ter instrumentos definidos de orientação no momento da alta, avaliando individualmente as necessidades de cada paciente em termos de seguimento pós-alta, com orientação adequada aos familiares para adequado seguimento ambulatorial (ILAS, 2019, p.37).

De acordo com Pereira (2014), as complicações desenvolvidas durante a internação associada aos medicamentos prolongados e outras questões causam o desenvolvimento de “dispneia e sequelas como fraqueza muscular, alteração cognitiva, estresse pós-traumático, depressão, ansiedade e diminuição da capacidade funcional” (PEREIRA, 2014, p. 312).

Estudos demonstram que:

(...) a prevalência de disfunção orgânica persistente é alta. Especificamente, as taxas de disfunções orgânicas foram de 12% para Síndrome da Angústia Respiratória Aguda (SARA); 51% para disfunção pulmonar não-SARA; 63% para disfunção renal; 57% para disfunção hepática; 88% para Coagulação Intravascular Disseminada; 70% disfunção do Sistema Nervoso Central e 47% disfunção gastrointestinal, em um mês (LAGO, 2016, p. 19).

Apesar de a definição do conceito de qualidade de vida ser subjetivo, segundo definição da *The World Health Organization Quality of Life assessment* (WHOQOL), entende-se por qualidade de vida a percepção do indivíduo com relação a sua posição na vida, no contexto da cultura e o sistema de valores em que vive, bem como aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (apud PEREIRA *et al.*, 2014).

Para que a qualidade de vida possa ser avaliada, deve-se basear na aplicação de questionários que elucidem acerca dos seguintes aspectos do paciente: capacidade funcional, funções fisiológicas, estados afetivos, comportamentos

emocionais, interações sociais, econômicas e percepção subjetiva quanto à doença (PEREIRA *et al.*, 2014).

Devido ao fato de ser comum que os pacientes acometidos pela sepse grave permaneçam por longos períodos internados na Unidade de Terapia Intensiva, e ainda às complicações e às sequelas posteriores, a preocupação com a qualidade de vida dos sobreviventes vem sendo constantemente abordada por estudos e publicações científicas.

Estudos demonstram que os prejuízos na qualidade de vida do paciente perduram por um longo prazo, apresentando menores escores na função física, na vitalidade, no papel emocional e na saúde mental (LAGO, 2016).

De acordo com Contrin *et al.* (2013, p. 799):

Os resultados principais deste estudo indicam taxa de mortalidade maior para pacientes com sepse que receberam alta hospitalar em um ano, em comparação com aqueles criticamente enfermos, porém, sem sepse. Observa-se, também, prevalência significativamente maior de problemas de moderado a grave em todas as dimensões da vida, avaliada em pacientes mais velhos com sepse.

Assim sendo, os pacientes que apresentam o quadro séptico têm maior chance de apresentar problemas que afetarão diversas áreas da sua vida, quando comparado a pacientes que tiveram doenças consideradas como graves, porém sem a presença de sepse.

De acordo com o ILAS (2015), muitos sobreviventes de sepse apresentam dificuldades para retornar ao trabalho, aos estudos e às suas atividades de lazer. Há algumas estratégias que podem ser colocadas em práticas, visando auxiliar o sobrevivente. Entre elas, destacam-se: a conscientização dos familiares e do próprio paciente sobre as consequências que a sepse pode gerar a longo prazo; o planejamento da alta do paciente deve ser realizada juntamente com a família, para que assim se possa avaliar ajustes de medicações ou necessidades particulares; é necessário conscientizar acerca da importância da manutenção do acompanhamento médico ambulatorial; sempre que necessário, o paciente deverá ser orientado a procurar atendimento multidisciplinar para facilitar o seu retorno às atividades habituais; e orientar sobre a necessidade do paciente procurar auxílio médico se apresentar novos sintomas de infecção.

O atendimento multidisciplinar contribui para desfechos favoráveis, inclusive afetando positivamente o paciente após a alta hospitalar. A equipe de

enfermagem é fundamental para a recuperação funcional do paciente, sendo a sua atuação imprescindível para realizar desde o reconhecimento precoce, até o acompanhamento da alta hospitalar (ILAS, 2019).

Ainda, por ser a equipe de enfermagem a que está mais próxima ao paciente durante todo o período de cuidado, acompanhando desde a admissão até a alta, pode detectar precocemente os sintomas da sepse. Para tanto, deve-se fazer uso dos protocolos existentes, coletando os dados e exames necessários para diagnosticar e dar início aos cuidados (VERAS *et al.*, 2019).

3 METODOLOGIA

A abordagem metodológica optada para o estudo foi quantitativa, transversal, documental, exploratória e de campo.

Segundo Portela (2004), a análise quantitativa de um estudo tem como finalidade identificar os elementos componentes do que vai ser desenvolvido, articulando e estabelecendo as relações entre pesquisador, variáveis e fenômenos. Possui abordagem métrica e empírica, tendo como base a teoria qualificada e explicativa.

Quanto à pesquisa transversal, conforme explicam Hochman *et al.* (2005), ela pode ser abordada em incidência, prevalência, abrangendo casos novos e antigos. Tais estudos descrevem um fenômeno ou situação em um momento não definido, no qual o fator fica exposto no mesmo momento em que se ocorrem as análises. Por oscilar ao decorrer do tempo e em diferentes espaços, esse tipo de pesquisa se torna dinâmico e atualmente tem sido bastante utilizado.

Um estudo documental consiste em produzir novos conhecimentos, e propor criar novas perspectivas a respeito de materiais que são considerados autênticos cientificamente. Dessa forma, ele é diferente de uma pesquisa bibliográfica, apesar de ambas utilizarem documentos, possuindo finalidade de extrair informações de determinado fenômeno, compreendendo técnicas e métodos para análise de dados (KRIPKA; SCHELLER; BONOTTO, 2015).

Quanto ao estudo de campo, conforme explica Gil (2008), implica investigar dados continuamente da população em pesquisa, aprofundando-se nas questões que são propostas, tendo a utilizar técnicas de observação e determinadas variáveis. O pesquisador atua a maior parte do trabalho presencialmente, tendo notoriedade de ele mesmo ter uma experiência diretamente com a situação em investigação.

Ademais, o método exploratório é visa a desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, de forma a ter em vista a elaboração de problemas de forma precisa ou hipóteses passíveis de pesquisa em estudos posteriores (GIL, 2008).

3.1 LOCAL DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada em um hospital privado do sul catarinense.

3.2 POPULAÇÃO EM ESTUDO

Foram utilizados dados secundários oriundos do banco de dados do referido hospital, que desenvolve atividades relativas à qualidade de vida de pacientes com diagnóstico de sepse.

3.2.1 Critério de Inclusão

Os critérios para inclusão no estudo foram:

- Ter sepse durante o período de internação.

3.2.2 Critério de Exclusão

Os critérios para exclusão no estudo foram: não estar no protocolo de sepse e qualidade de vida no período.

3.3 AMOSTRA

Participaram todos os pacientes que apresentaram sepse que sobreviveram do ano de 2019 e constavam no protocolo e banco de dados da sepse do referido hospital.

3.4 VARIÁVEIS

3.4.1 Dependente

A variável dependente é a qualidade de vida de pacientes que sobreviveram à sepse.

3.4.2 Independentes

As variáveis independentes estão identificadas como: idade, sexo, grau de escolaridade, estado civil, causa da internação, comorbidades.

3.5 COLETA DE DADOS

Para coleta de dados, foi solicitada a autorização do hospital, para desenvolvimento da pesquisa, sendo oficializada, mediante assinatura da carta de aceite (Anexo B). Posteriormente, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) e somente após a aprovação foi dado início ao desenvolvimento do projeto. O número da aprovação do CEP foi 3.889.254.

O itinerário seguido foi:

Primeiro momento: reconhecimento do cenário do campo de pesquisa.

Segundo Momento: acesso ao banco de dados da instituição, relacionado ao protocolo de sepse.

Terceiro Momento: identificação dos dados no banco de dados, de acordo com as variáveis mencionadas.

Quarto Momento: análise dos dados condensados do banco de dados referente qualidade de vida dos pacientes referente domínios do WHOQOL-bref (anexo D) – adaptado ao protocolo do hospital.

Quinto momento: foi realizada a análise e a interpretação dos dados estatísticos obtidos e discutidos à luz do referencial obtido em base de dados Lilacs, Scielo e Pubmed.

3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

O módulo WHOQOL-bref é constituído de 26 perguntas (sendo a pergunta número 1 e 2 sobre a qualidade de vida geral), as respostas seguiram a escala de Likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida). Fora essas duas questões (1 e 2), o instrumento tem 24 facetas as quais compõem 4 domínios, que são: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (FLECK *et al*, 2000).

O hospital adaptou o instrumento permanecendo da seguinte forma:

Completar esse breve questionário, vai nos ajudar a obter melhores resultado

1. Como estão as tarefas do seu dia a dia, durante as últimas 4 semanas?

- Não consigo participar de esportes, correr, levantar pesos
- Não consigo subir escadas, caminhar mais que 1km
- Preciso de ajuda para me vestir, tomar banho, preparar a comida
- Me sinto cansado com mais facilidade
- Me sinto limitado para trabalhar ou executar atividades rotineiras
- Não percebi nenhuma modificação ou dificuldade para realizar as tarefas

do dia a dia.

- Outras dificuldades no dia a dia (especifique)

2. Como está seus sentimentos, durante as últimas 4 semanas?

- Estou desanimado sobre meu futuro
- Não tenho interesse em outras pessoas ou outras atividades
- Me sinto ansioso, deprimido
- Me sinto impaciente com os outros
- Me sinto cheio de vitalidade
- Meus sentimentos e emoções estão iguais

3. Como está suas relações sociais, durante as últimas 4 semanas?

- Fiquei mais afastado dos meus amigos
- Tive relações sexuais com menos frequência
- Dediquei menos tempo ao meu lazer
- Minha saúde interferiu na minha vida social
- Minha espiritualidade/crenças pessoais foram afetadas
- Minhas relações sociais permanecem iguais

4. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

- Nenhuma
- Fracas

Moderadas

Fortes

Muito fortes

5. Durante as últimas 4 semanas, de que forma a dor interferiu em seu trabalho normal (tanto doméstico como fora de casa)?

Nada

Pouco

Moderadamente

Bastante

6. Durante as últimas 4 semanas:

Parece que adoeço mais facilmente do que os outros

Sou tão saudável como qualquer outra pessoa

Estou convencido que a minha saúde vai piorar

A minha saúde é ótima

7. Algumas dessas doenças surgiram nas últimas 4 semanas?

Hipertensão

Diabetes

Problemas do coração

Problemas do rim

Problemas do pulmão

Fraqueza muscular

Novas infecções

Nenhuma nova doença

Outras doenças (especifique)

8. Você precisou de reinternações hospitalares, durante as últimas 4 semanas?

Não

Sim.

Motivo:

9. Você participou das decisões quanto ao diagnóstico e tratamento, durante a última internação no Hospital Unimed?

Sim

Não.

Especifique:

10. Qual seu nome?

Concluído

3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Foram respeitados os princípios éticos de acordo com as resoluções 466/2012 e 510/2016. Por se tratar de uma pesquisa documental, o hospital sendo responsável pela guarda dos dados, assinou a autorização.

4 RESULTADOS

Apresenta-se, a partir deste momento, os resultados obtidos a partir do banco de dados secundário de um hospital privado do extremo sul catarinense, a partir de um n.100, construído a partir dos pacientes internados no ano de 2019 sobreviventes de sepse.

Conforme tabela 3, o sexo predominante de pacientes sobreviventes à sepse foi de mulheres com 55% (55), seguidos do sexo masculino com 43% (43).

Tabela 3 - Sexo de pacientes sobreviventes à sepse.

Sexo	Freq.	%
Feminino	55	55,0%
Masculino	43	43,0%
Não preenchido	2	2,0%
TOTAL	100	98,0%

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2020).

Quando avaliada a faixa etária dos pacientes, observou-se, de acordo com tabela 4, que 16% (16) tinham entre 21 e 30 anos e 81 e 90 anos, respectivamente. Entre 61-70 anos; 71-80 anos foram 13% (13); entre 51-60 anos foram 12% (12); entre 41-50 anos 7% (7); 0-10 anos 4% (4); 11-21 anos 3% (3) e entre 91-94 anos 2% (2).

Tabela 4 - Faixa etária dos sobreviventes à sepse.

Faixa Etária	Qt. Cit.	%
De 0 a 10 anos	4	4,0%
De 11 a 21 anos	3	3,0%
De 21 a 30 anos	16	16,0%
De 31 a 40 anos	12	12,0%
De 41 a 50 anos	7	7,0%
De 51 a 60 anos	12	12,0%
De 61 a 70 anos	13	13,0%
De 71 a 80 anos	13	13,0%
De 81 a 90 anos	16	16,0%
De 91 a 94 anos	2	2,0%
Não preenchidos	2	2,0%
Total	100	100,0%

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2020).

Na avaliação sobre os convênios que os pacientes possuíam, por se tratar de uma Instituição privada, observou-se, de acordo com tabela 5, que 67% (67) tinham Unimed, 18% (18) SC Saúde e 1% (12) foi internado como particulares.

Tabela 5 - Convênio dos sobreviventes à sepse.

Convênio	Freq.	%
Particular	12	12,0%
SC Saúde	18	18,0%
Unimed	67	67,0%
Não preenchido	3	3,0%
TOTAL	100	97,0%

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2020).

Quanto aos meses em que os pacientes sobreviventes da sepse foram hospitalizados, observou-se que o mês de julho predominou com 19% (19), seguidos de junho com 11% (11), abril, maio, e outubro com 10%(10), março, novembro e dezembro com 8% (8), janeiro com 7% (7) e agosto com 6% (6).

Quando condensados por período, observou-se, de acordo com a tabela 6, que em maio a agosto predominaram com 46% (46) dos casos, seguidos por janeiro a abril com 27% (27), e setembro a dezembro com 26% (26).

Tabela 6 - Período de internação.

Período	Qt. Cit.	%
Janeiro a abril	27	27,0%
Maio a agosto	46	46,0%
Setembro a dezembro	26	26,0%
Não preenchido	1	1,0%
Total	100	100,0%

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2020).

Ao se avaliar o foco da infecção que deflagrou a sepse nos pacientes sobreviventes, a situação, observou-se, segundo a tabela 7, que predominou infecções do sistema genitourinário predominou com 24% (24), seguidos por sistema gastroabdominal com 23% (23), sistema respiratório com 22% (22), sistema tegumentar e infecções sistêmicas com 3% (3), respectivamente e sistema neurológico 1% (1), sendo identificada como meningite.

Tabela 7 - Foco da infecção.

Foco de Infecção	Frequência	%
Sistema Urinário	24	24,00%
Sistema Respiratório	22	22,00%
Sistema Gastroabdominal,	23	23,00%
Sistema Tegumentar	3	3,00%
Sistêmica	3	3,00%
Sistema Neurológico(meninge)	1	1,00%
Não preenchido / Indeterminado	24	24,00%
Total	100	100%

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2020).

Na avaliação da presença de choque séptico em pacientes sobreviventes de sepse, observou-se que 73% (73) não apresentaram, enquanto 18% (18) apresentaram, conforme apresentado na tabela 8:

Tabela 8 - Presença de choque séptico nos sobreviventes de sepse.

Choque Séptico	Freq.	%
Não	73	73,0%
Sim	18	18,0%
Não preenchido	9	9,0%
TOTAL	100	100,0%

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2020).

Quando avaliada a reinternação hospitalar dos sobreviventes da sepse, observou-se, conforme a tabela 9, que 33% (33) não apresentaram reinternação enquanto 15% (15) apresentaram. Os registros demonstraram que 52% (52) não dos dados relacionados a isso, não estavam preenchidos.

Tabela 9 - Reinternações hospitalares nos sobreviventes de sepse.

Reinternação hospitalar	Freq.	%
Sim	15	15,0%
Não	33	33,0%
Não preenchido / não aplicável	52	52,0%
TOTAL	100	48,0%

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2020).

Foi avaliado o desfecho dos pacientes sobreviventes à sepse, observou-se que 75% (75) tiveram alta por melhora, 15% (15) foram a óbito e 6% (6) foram transferidos, segundo a tabela 10:

Tabela 10 - Tipo de alta.

Desfecho	Freq.	%
Alta por melhora	75	75,0%
Óbito	15	15,0%
Transferência	6	6,0%
Não preenchido	4	4,0%
TOTAL	100	100,0%

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2020).

Ao se observar o quadro 3, percebe-se que a maioria dos pacientes (75%) tiveram alta da UTI por melhora, 15% por óbito e 6% por transferência, demonstrando significância nos resultados.

Quadro 3 - Infecção x faixa etária.

Foco de infecção	Faixa etária em anos de idade										Total (100 %)
	0 a 10	11 a 21	21 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 60	61 a 70	71 a 80	81 a 90	91 a 94	
Sistema urinário	0 0%	0 0%	4 17,4 %	6 26,1 %	0 0%	3 13%	4 17,4 %	2 8,7%	3 13%	1 4,3 %	23
Sistema respiratório	0 0%	2 9,1 %	0 0%	2 9,1%	2 9,1%	3 13,6 %	3 13,6 %	5 22,7 %	5 22,7 %	0 0%	22
Gastroabdominal	1 4,3 %	1 4,3 %	6 26,1 %	3 13%	3 13%	3 13%	1 4,3%	4 17,4 %	1 4,3%	0 0%	23
Cutânea	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 33,3 %	1 33,3 %	0 0%	1 33,3 %	0 0%	3
Sistêmica	0 0%	0 0%	1 33,3 %	0 0%	33,3 %	0 0%	1 33,3 %	0 0%	0 0%	0 0%	3
Neurológica (meninge)	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 100 %	0 0%	1
Não preenchido / indeterminado	3 13 %	0 0%	5 21,7 %	1 4,3%	1 4,3%	2 8,7%	3 13%	2 8,7%	5 21,7 %	1 4,3 %	23
Total	4 4,1 %	3 3,1 %	16 16,3 %	12 12,2 %	7 7,1%	12 12,2 %	13 13,3 %	13 13,3 %	16 16,3 %	2 2%	98 100%

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2020).

A tabela 11 apresenta o teste de qui-quadrado.

Tabela 11 - Teste de qui-quadrado.

	Valor	df	Sig. Assint. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	49,323 ^a	54	,655
Razão de verossimilhança	55,582	54	,415
Associação linear por linear	,104	1	,747
Número de casos válidos	98		

a 70 células (100%) esperam contagem menor do que 5. A contagem mínima esperada é ,02.
Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2020).

Na relação sítio de infecção e faixa etária, há significância e os dados demonstram predominância no sistema urinário com faixa etária de 40 anos em 26,1% (6) dos pacientes, respiratórias com 22,7% (5) com faixa etária entre 70 e 80 anos respectivamente, gastrointestinal com 17,4% (4) com idade em torno de 70 anos, cutânea com 33,3% (1) com faixa etária de 60, 70 e 80 anos e sistêmicas com 33,1% (1), com faixa etária de 30,50 e 70%. O quadro 4 apresenta a tabulação cruzada.

Quadro 4 - Tabulação cruzada.

Reintenção	Faixa etária em anos de idade										Total (100 %)
	0 a 10	11 a 21	21 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 60	61 a 70	71 a 80	81 a 90	91 a 94	
Sim	0 0%	0 0%	3 20%	2 13,3	2 13,3 %	3 20%	1 6,7%	3 20%	1 6,7%	0 0%	15
Não	2 6,1 %	1 3%	6 18,2 %	5 15,2 %	2 6,1%	4 12,1 %	7 21,2 %	1 3%	4 12,1 %	1 3%	33
Não preenchido	2 4,3 %	2 4,3 %	7 14,9 %	5 10,6 %	3 6,4%	5 10,6 %	5 10,6 %	7 14,9 %	10 21,3 %	1 2,1 %	47
Não aplicável	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	2 66,7 %	1 33,3 %	0 0%	3
Total	4 4,1 %	3 3,1 %	16 16,3 %	12 12,2 %	7 7,1%	12 12,2 %	13 13,3 %	13 13,3 %	16 16,3 %	2 2%	98

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2020).

A tabela 12 apresenta o teste de qui-quadrado.

Tabela 12 - Teste de qui-quadrado

	Valor	df	Sig. Assint. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	20,938 ^a	27	,789
Razão de verossimilhança	21,955	27	,740
Associação linear por linear	1,920	1	,166
Número de casos válidos	98		

a 32 células (80%) esperam contagem menor do que 5. A contagem mínima esperada é ,06.
Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2020).

Quando avaliada a reinternação e a faixa etária, observa-se significância após aplicação do qui-quadrado, e evidenciou-se que 20% dos pacientes que apresentaram reinternação hospitalar estavam na faixa etária entre 21 a 30 anos e 51 a 60 anos respectivamente. A tabela 13 apresenta a relação reinternação x sexo.

Tabela 13 - Reinteranção x sexo.

Reinternação	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
Sim	10	5	15
	66,7%	33,3%	100%
Não	16	17	33
	48,5%	51,5%	100%
Não preenchido	26	21	47
	55,3%	44,7%	100%
Não aplicável	3	0	3
	100%	0%	100%
Total	55	43	98
	56,1%	43,9%	100%

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2020).

A tabela 14 apresenta o teste de qui-quadrado.

Tabela 14 - Teste de qui-quadrado.

	Valor	Df	Sig. Assint. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	3,817 ^a	3	,282
Razão de verossimilhança	4,948	3	,176
Associação linear por linear	,031	1	,861
Número de casos válidos	98		

a.2 células (25%) esperam contagem menor do que 5. A contagem mínima esperada é 1,32.
Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2020).

Na avaliação da relação reinternação e sexo, exposta na tabela 13, houve significância e os dados revelaram que as mulheres apresentam mais reinternação sendo 66,7%(10). O quadro 5 apresenta a relação desfecho x faixa etária.

Quadro 5 - Desfecho x faixa etária.

Desfecho	Faixa etária em anos de idade										Total (100 %)
	0 a 10	11 a 21	21 a 30	31 a 40	41 a 50	51 a 60	61 a 70	71 a 80	81 a 90	91 a 94	
Alta por melhora	3 4%	2 2,7%	13 17,3 %	11 14,7 %	6 8%	10 13,3 %	8 10,7 %	9 12%	12 16%	1 1,3 %	75
Não preenchido	0 0%	0 0%	2 66,7 %	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 33,3 %	0 0%	0 0%	33
Óbito	0 0%	0 0%	1 7,1%	0 0%	1 7,1 %	1 7,1%	4 28,6 %	3 21,4 %	3 21,4 %	1 7,1 %	47
Transferência	1 16,7 %	1 16,7 %	0 0%	1 16,7 %	0 0%	1 16,7 %	1 16,7 %	0 0%	1 16,7 %	0 0%	3
Total	4 4,1%	3 3,1%	16 16,3 %	12 12,2 %	7 7,1 %	12 12,2 %	13 13,3 %	13 13,3 %	16 16,3 %	2 2%	98

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2020).

A tabela 15 apresenta o teste de qui-quadrado.

Tabela 15 - Teste de qui-quadrado.

	Valor	Df	Sig. Assint. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	26,383 ^a	27	,497
Razão de verossimilhança	27,113	27	,458
Número de casos válidos	98		

a. 33 células (82,5%) esperam contagem menor do que 5. A contagem mínima esperada é ,06.
Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2020).

Na avaliação da relação entre desfecho e idade, houve significância e os dados demonstraram que 17,3%(13) dos que tiveram alta por melhora 28,6% (4) estavam com faixa etária entre 61-70 anos.

Quando avaliados os dados secundários quanto à qualidade de vida, obteve-se o exposto na figura 4:

Figura 4 - Tarefas do dia a dia durante as 4 últimas semanas.

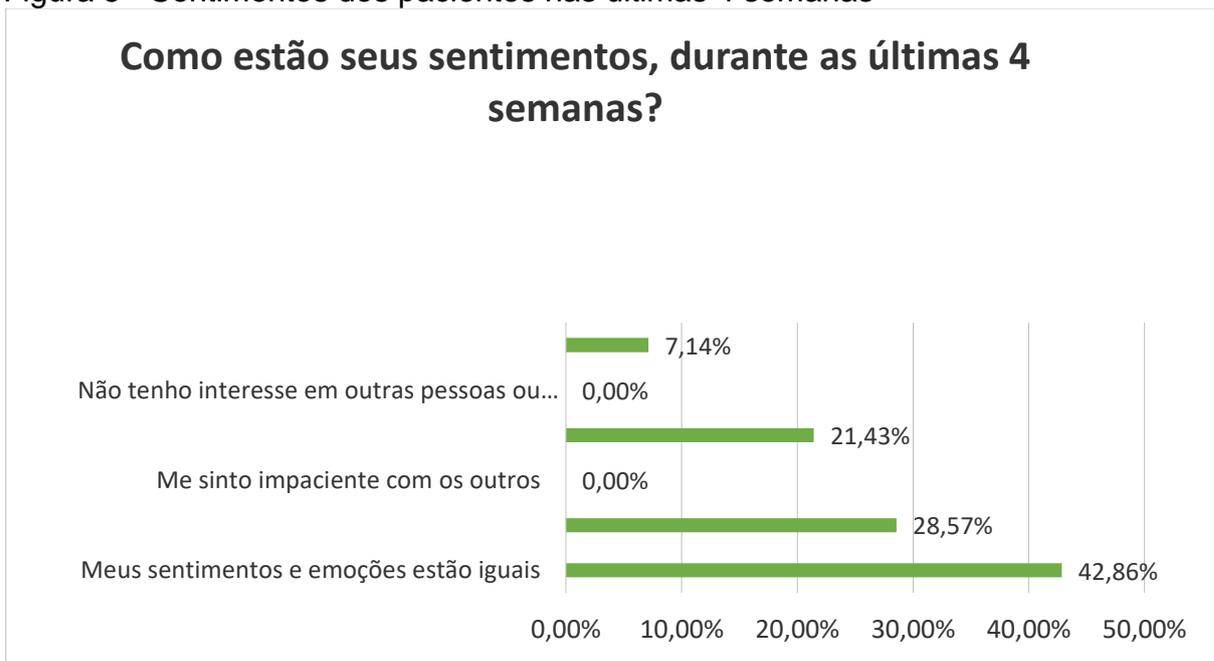


Fonte: Hospital do estudo (2020).

Dessa forma, a figura 4 mostra que 50% dos pacientes não perceberam nenhuma mudança, no entanto, 14,29% se sentem limitados ou cansados.

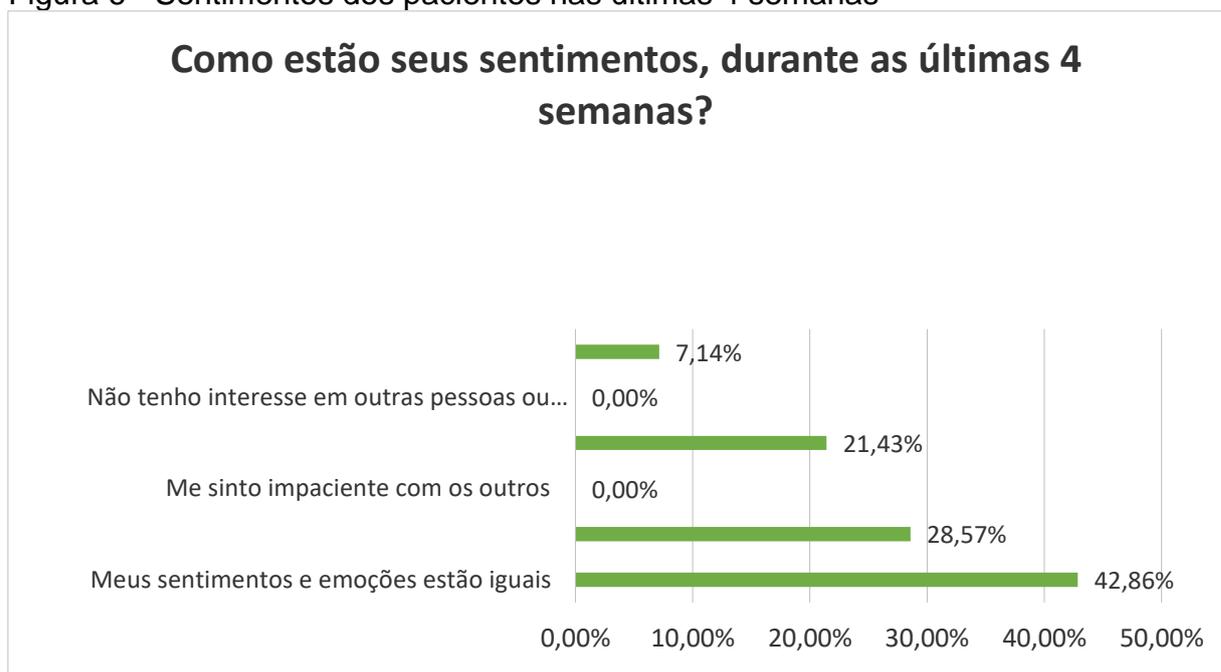
Quando avaliados os sentimentos dos pacientes nas últimas 4 semanas, observou-se, de acordo com a figura 5, 6 e 7, que 42,86% não apresentaram mudanças, e 28,57% encontravam-se cheios de vitalidade.

Figura 5 - Sentimentos dos pacientes nas últimas 4 semanas



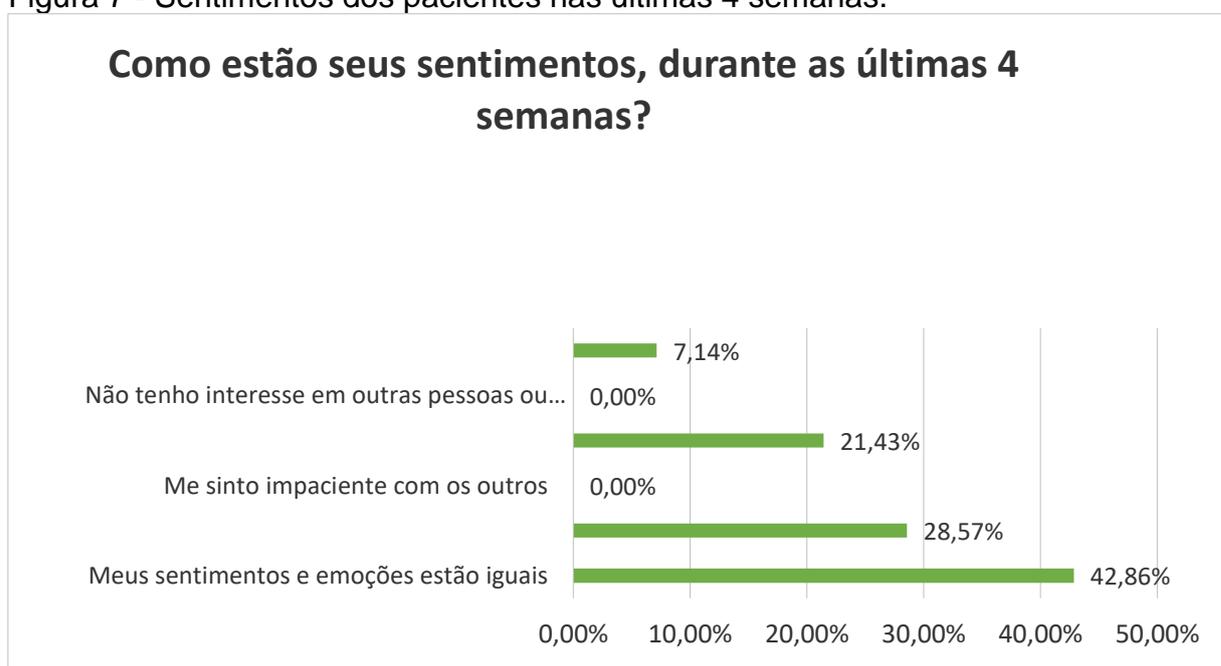
Fonte: Hospital do Estudo (2020).

Figura 6 - Sentimentos dos pacientes nas últimas 4 semanas



Fonte: Hospital do estudo (2020).

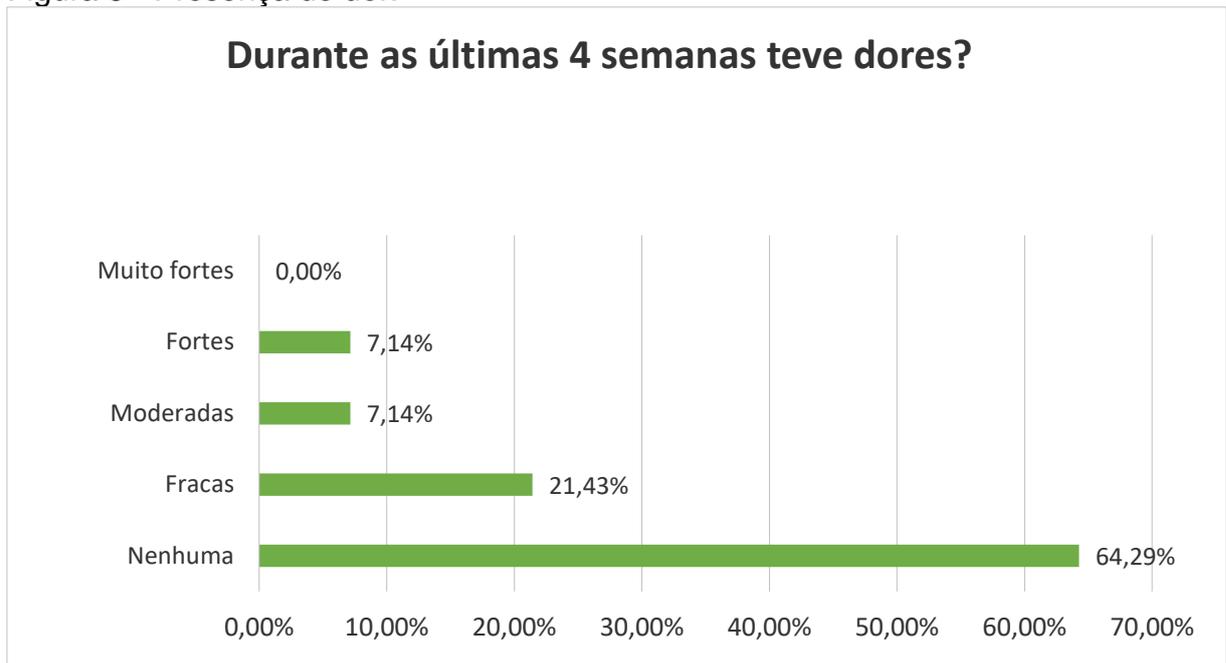
Figura 7 - Sentimentos dos pacientes nas últimas 4 semanas.



Fonte: Hospital do estudo (2020).

Quanto à presença de dor, encontrou-se, conforme exposto na figura 8, em 7,14% dos pacientes, dores fortes e em 64,29% nenhuma dor.

Figura 8 - Presença de dor.



Fonte: Hospital do estudo (2020).

Quanto à participação do paciente nas decisões do tratamento, 78,57% responderam que sim, 57,14% necessitaram de reinternação nas últimas 4 semanas.

5 DISCUSSÃO

A sepse é conceituada como uma resposta inflamatória a uma infecção, que pode ser sistêmica ou localizada e é iniciada pelas endotoxinas liberadas pelo microrganismo infectante. Essas desencadeiam um processo inflamatório sistêmico por meio de mediadores inflamatórios causando alterações microvasculares, lesão endoteliais disseminadas e extravasamento de fluidos, que geram edema intersticial e hipovolemia, afora os distúrbios de coagulação. Esses eventos desencadeiam diminuição do aporte de oxigênio e nutrientes para a célula, acometendo conseqüentemente, as funções de vários órgãos e sistemas. (PEREIRA *et al.*, 2014)

A sepse se configura em um grave problema de saúde pública em Unidade de Terapia Intensiva e um grande desafio para os profissionais da saúde. No Brasil, a sepse é a segunda principal causa de mortalidade em UTI, com incidência de 82,7 casos em 100.000 habitantes em 1979 para 240,4 por 100.000 em 20004, com mortalidade entre 28 a 60% de acordo com a gravidade da doença. Com a evolução da sobrevida de pacientes com doenças crônicas e graves, nota-se maior tempo de hospitalização de pessoas portadoras dessas doenças e aumento da incidência de sepse (BARROS; MAIA; MONTEIRO, 2016).

Farias *et al.* (2013) realizaram um estudo que apresentou perfil dos pacientes com diagnóstico positivo para sepse, que demonstrou que 60,8% eram do sexo feminino com idade média de 51,5 anos.

A média da faixa etária de paciente com sepse encontra-se na quinta década (MENEZES *et al.*, 2019). Outro estudo contrapõe-se e mostra que, em relação ao perfil dos pacientes, a maioria era do sexo masculino (62,2%) enquanto 37,75% era mulheres (MOURA *et al.*, 2017). O presente estudo demonstrou, de um n.100 pacientes, que 55% eram do sexo feminino.

Além disso, Moura *et.al.* (2017) mostraram que a faixa etária onde mais se apresentou sepse, foi de 51 a 70 anos. No estudo de Farias *et al.* (2013), a idade média dos pacientes variou de 17 a 84 anos. No presente estudo, a idade variou de 0-94 anos, prevalecendo em maior número de 61 a 80 anos.

Einloft *et al.* (2002) mostraram que a distribuição uniforme mensal de internações pode ser justificado pela condição clínica individual de evoluir ou não para gravidade e necessidade de cuidados intensivos, não se associando à sazonalidade,

exceto para algumas doenças como bronquiolite, varicela e dengue nos casos de crianças.

Moura *et al.* (2017) desenvolveram uma pesquisa que demonstrou em relação ao perfil dos pacientes, 62,25% são do sexo masculino e 37,75% do sexo feminino. Os autores mencionam ainda que a taxa de letalidade para sepse continua muito elevada. No Brasil, essa realidade fica ainda mais evidente quando são observados dados de estudos que apontam uma importante diferença na letalidade da sepse em outros países do mundo. A idade, o sexo masculino, a raça negra e o aumento do fardo das condições crônicas de saúde são fatores de risco importantes para a sepse. O presente estudo demonstrou que 55% (55) são mulheres, contrapondo-se à pesquisa de Moura *et al.* (2017).

Barros, Maia e Monteiro (2016) realizaram um estudo que demonstrou que o principal foco das infecções de pacientes internados em UTI com sepse foi o pulmonar (43%), seguida do abdominal (30%), e as comorbidades mais frequentes foram a diabetes mellitus (19,9%), a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e as neoplasias (16,3%). No presente estudo, predominaram infecção no sistema urinário, gastroabdominal e respiratório.

Os fatores de risco para sepse grave estão relacionados tanto à predisposição de um paciente para a infecção, quanto à probabilidade de disfunção orgânica aguda, se a infecção se desenvolver. Existem muitos fatores de risco bem conhecidos para as infecções que mais comumente precipitam sepse grave e choque séptico, incluindo doenças crônicas (por exemplo, síndrome da imunodeficiência adquirida, doença pulmonar obstrutiva crônica e muitos cânceres) e o uso de agentes imunossupressores. Entre os pacientes com essas infecções, no entanto, os fatores de risco para disfunção orgânica são menos bem estudados, mas provavelmente incluem o organismo causador e a composição genética do paciente, o estado de saúde subjacente e a função preexistente do órgão, além da oportunidade da intervenção terapêutica (ANGUS *et al.*, 2001). O presente estudo demonstrou que 18% (18) apresentaram choque séptico como complicação do quadro de sepse grave.

Juncal *et al.* (2010) demonstraram, em um estudo, que o tempo prolongado de internação hospitalar dos pacientes sépticos observado nesse estudo ($31,9 \pm 30,0$ dias), pois isso pode indicar possíveis complicações dos pacientes ao saírem da UTI

ou até mesmo a necessidade de reinternação na UTI. No presente estudo 33% dos pacientes sobreviventes de sepse grave tiveram reinternação hospitalar.

O estudo de Juncal *et al.* (2010) mostrou ainda que a mortalidade de pacientes sépticos em UTI, assim como a mortalidade hospitalar, foi superior àquela de pacientes não sépticos, evidenciando o impacto dessa síndrome clínica e reforçando a importância do tratamento precoce para minimizar os efeitos sobre os desfechos clínicos. Constatou-se, também, que a mortalidade hospitalar de pacientes sépticos (60,0%) foi muito maior do que a encontrada na UTI (38,5%). Esse fato pode fundamentar uma abordagem mais cautelosa desses pacientes, já que um estudo mostrou que pacientes com quadros prévios de sepse podem ser ameaçados por suas complicações até 5 anos depois, pois o episódio agudo de sepse pode levar a alterações orgânicas irreversíveis que podem repercutir tardiamente, como, por exemplo, a piora de doenças crônicas. Na presente pesquisa, observou-se que 75% (75) dos pacientes tiveram alta da UTI por melhora.

Westphal *et al.* (2012) identificaram, em seu estudo, 217 pacientes com sepse grave ou choque séptico, dos quais 112 (51,6%) sobreviveram à internação. Desses, 27 (24,1%) faleceram após a alta e 63 (56,3%) foram confirmados como sobreviventes. A probabilidade acumulada de sobrevida associada à sepse grave e ao choque séptico foi de 41,02% (80/195) em 6 meses, 37,4% (73/195) em 12 meses, 34,3% (67/195) em 18 meses e 32,3% (63/195) em 24 meses. Apesar deste estudo não identificar correlação entre tipo de alta e faixa etária, pode-se afirmar que houve grande percentual de sobrevida dos pacientes pós sepse e o presente estudo revelou que 17,7% dos pacientes avaliados que tiveram alta por melhora estava na faixa etária de 21-30 anos.

Zonta *et al.* (2018) mencionam que vários estudos demonstraram que a rápida identificação da sepse, associada à terapêutica adequada, traz resultados adequados para o paciente. O uso de antimicrobianos específicos na primeira hora, logo após o diagnóstico, contribui significativamente para um desfecho favorável ao paciente. Mas, para que a identificação seja precoce e o tratamento adequado, é fundamental para a aplicação efetiva dos protocolos de sepse e o treinamento da equipe multiprofissional, principalmente da equipe de enfermagem, para que os profissionais estejam aptos a identificar os sinais e as manifestações clínicas da sepse, evitando assim sua complicação. Dos prontuários avaliados, 73% dos

pacientes não apresentaram choque séptico, e o hospital no qual foi realizado o estudo tem protocolos específicos, o que pode corroborar com o sugerido por Zonta *et al.* (2018).

A despeito de a sepse poder estar relacionada a qualquer foco infeccioso, as infecções mais comumente associadas à sua ocorrência são a pneumonia, a infecção intra-abdominal e a infecção urinária. Pneumonia, na maior parte dos levantamentos epidemiológicos, é o foco responsável pela metade dos casos. São ainda focos frequentes a infecção relacionada a cateteres, abscessos de partes moles, meningites, endocardites, entre outros. O foco infeccioso tem íntima relação com a gravidade do processo.

O foco de infecção urinário primário à sepse pode ser justificado pelo fato de que a maioria dos pacientes com sepse grave era mulheres e elas apresentam cistite e outras situações de comorbidades do trato geniturinário com mais frequência.

As infecções respiratórias surgiram com maior frequência em pessoas de 70 a 89 anos e a sepse se apresentou entre os meses de maio e agosto, sendo esses, no sul do país, os mais frios, o que podem ocasionar, sobretudo, maior vulnerabilidade a situações do trato respiratório em idosos.

Os dados relacionados à qualidade de vida nas dimensões psicológicas, sociais, espirituais e de meio ambiente revelaram de forma subjetiva que, nos aspectos físicos, os pacientes se mantêm bem de forma geral, na grande maioria, sem dor, cheios de vitalidade e sentindo-se bem e sem limitações.

CONCLUSÕES

Atualmente, a sepse vem acometendo um grande número de pacientes, mas, em contrapartida, essa patologia, apesar de amplamente descrita na literatura, é pouco discutida na prática clínica, e, muitas vezes, a causa de morte é atribuída à patologia de base. Dessa maneira, se torna indispensável aumentar a sensibilização sobre a referida patologia, bem como a realização de novos estudos, a fim de capacitar os profissionais para a implantação de protocolos pertinentes (ZONTA *et al.*, 2018).

O presente estudo revelou que a maioria dos pacientes foram mulheres, com sítio infeccioso predominantemente urinários, gastrointestinais e respiratórios, com manifestação da sepse em maio e agosto, com necessidade de reinternação e desenvolvimento de choque séptico. A grande maioria teve desfecho positivo para alta por melhora, contrapondo-se a várias hipóteses pré-estabelecidas que previam homens, com média de 35 anos tendo a principal causa da sepse a pneumonia (so se confirmou problemas respiratórios em idosos).

A coleta de dados aconteceu a partir de dados secundários oferecidos pela instituição de saúde na qual foi realizada a pesquisa, em meio à pandemia COVID 19, dificultando a pesquisa e a análise dos resultados, uma vez que os dados secundários, quanto à qualidade de vida dos sobreviventes da sepse, não puderam ser avaliados na íntegra pelo instrumento proposto, ficando evidente a necessidade da reprodução deste estudo quanto à qualidade de vida. No entanto, salienta-se que o fato de o paciente e/ou familiar participar da tomada de decisões nos reporta a PNH que preconiza o PTS como sendo uma estratégia de empoderamento e incentivo ao trabalho multiprofissional e ao protagonismo do paciente mediante suas escolhas para a vida e a qualidade de vida pós sepse grave.

A enfermagem tem papel fundamental quando consegue, durante a internação do paciente, identificar de forma precoce sinais e sintomas sugestivos da sepse mediante protocolos, podendo, dessa forma, intervir melhorando sobrevida com qualidade, bem como, evita complicações de desfechos desfavoráveis ao paciente. Para tanto, é necessário que o enfermeiro tenha conhecimento científico profundo, raciocínio clínico e excelente prática profissional no que diz respeito ao uso de tecnologias leve, leve-dura e duras.

Sugere-se novos estudos direcionados a avaliação da qualidade de vida destes pacientes, depressão em familiares dos pacientes que foram a óbito, perfil dos pacientes sobreviventes relacionado este a terapêutica utilizada e tempo entre internação e diagnóstico da sepse, dor no paciente pós sepse, além de estudos que demonstrem o conhecimento dos Enfermeiros sobre sepse e seus protocolos.

REFERÊNCIAS

- ANGUS, D. C.; LINDE-ZWIRBLE, W. T.; LIDICKER, J.; CLERMONT, G.; CARCILLO, J.; PINSKY, M. R. Epidemiology of severe sepsis in the United States: analysis of incidence, outcome, and associated costs of care. **Critical Care Medicina**, v. 29, n. 7, p. 1303-1310, jul. 2001.
- AZEVEDO, L. C. P.; CAVALCANTI, A. B.; LISBOA, T.; PIZZOL, F. D.; MACHADO, F. R. A sepse é um grave problema de saúde na América Latina: uma chamada à ação! **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 402-404, out./dez. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2018000400402&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 out. 2019.
- BARROS, L. L. S.; MAIA, C. S. F.; MONTEIRO, M. C. Fatores de risco associados ao agravamento de sepse em pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 388- 396, 2016.
- BATISTA, N. O. W.; COELHO, M. C. R.; TRUGILHO, S. M.; PINASCO, G. C.; SANTOS, E. F. S.; RAMOS-SILVA, V. Perfil clínica-epidemiológico de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos periódicos. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n. 2, p. 187-193, 2015.
- BOECHAT, A. L.; BOECHAT, N. O. Sepse: diagnóstico e tratamento. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v.8, n.5, p.420-427, 2010. Disponível em: http://www.researchgate.net/profile/Antonio_Boechat/publication/259892187_Sepse_Diagnostico_e_Tratamento/links/0f31752e6f54c627fd000000.pdf. Acesso em: 02 set. 2019
- CÁRNIO, EC. New perspectives for the treatment of the patient with sepsis. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 27, 2019. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3082>>. Acesso em: 07 out. 2019.
- CONTRIN, L. M.; PASCHOAL, V. D. A.; BECCARIA, L. M.; CESARINO, C. B.; LOBO, S. M. A. Qualidade de vida de sobreviventes de sepse grave após alta hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 795-802, jun. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000300795&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 set. 2019.
- COREN, Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Sepse, um problema de saúde pública: a atuação e colaboração da enfermagem na rápida identificação e tratamento da doença**. São Paulo: COREN-SP, 2016.
- EINLOFT, P. R.; GARCIA, P. C.; PIVA, J. P.; BRUNO, F.; KIPPER, D. J.; FIORI, R. M. Perfil epidemiológico de dezesseis anos de uma unidade de terapia intensiva pediátrica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 728-733, dez. 2002.
- FARIAS, L. L.; PINHEIRO JÚNIOR, F. M. L.; BRAIDE, A. S. G.; MACIEIRA, C. L.; ARAÚJO, M. V. U. M.; VIANA, M. C. C.; CORREIA, J. W. Perfil clínico e laboratorial

de pacientes com sepse, sepse grave e choque séptico admitidos em uma unidade de terapia intensiva. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v. 6, n. 3, p. 50-60, jul./set. 2013.

FERREIRA, B.; PINTO, G. L. S.; SILVA, J. A.; DIAS, J. A. F. A.; RAIMUNDO, L. G.; OLIVEIRA, L. S. R.; ALMEIDA, L. G. Sepse: uma revisão de literatura. **Rev. Esfera Acadêmica Saúde**, v. 2, n. 1, p. 6-18, 2017.

FLECK, M. P. A. **O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas.** Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7077.pdf>. Acesso em: 16 out. 2019.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008.
HENKIN, C. S.; COELHO, J. C.; PAGANELLA, M. C.; SIQUEIRA, R. M.; DIAS, F. S.; Sepse: uma visão atual. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 135-145, jul./set. 2009.

HOCHMAN, B.; NAHAS, F. X.; OLIVEIRA FILHO, R. S.; FERREIRA, L. M. Desenhos de pesquisa. **Acta Cir. Bras.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 2-9, 2005.

ILAS, Instituto Latino-Americano para Estudos da Sepse. **Roteiro de Implementação do protocolo assistencial gerenciado de sepse.** 5. ed., 2019.

ILAS, Instituto Latino-Americano para Estudos da Sepse. **Implementação de protocolo gerenciado de sepse:** protocolo clínico. 2018. Disponível em: <http://ilas.org.br/assets/arquivos/ferramentas/protocolo-de-tratamento.pdf>. Acesso em: 07 out. 2019.

ILAS, Instituto Latino-Americano para Estudos da Sepse. **Sepse:** um problema de saúde pública. Brasília: CFM, 2015.

JORDÃO, V. N.; NASCIMENTO, L. A. P.; LIMA, V. G. B.; FARAH, M. C.; GUIMARÃES, H. P. Sepse: uma discussão sobre as mudanças de seus critérios diagnósticos. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 1294-1312, mar./abr. 2019.

JUNCAL, V. R.; BRITTO NETO, L. A.; CAMELIER, A. A.; MESSEDER, O. H. C.; FARIAS, A. M. C. Impacto clínico do diagnóstico de sepse à admissão em UTI de um hospital privado em Salvador, Bahia. **J. Bras. Pneumol.**, v. 37, n. 1, p. 85-92, 2011.

KOENIG, A.; PICON, P. D.; FEIJÓ, J.; SILVA, E.; WESTPHAL, G. A. Estimativa do impacto econômico da implantação de um protocolo hospitalar para detecção e tratamento precoce de sepse grave em hospitais públicos e privados do sul do Brasil. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 213-219, jul./set. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2010000300001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 out. 2019.

KRIPKA, R. M. L.; SCHELLER, M.; BONOTTO, D. L. Pesquisa documental: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa. **Atas – Investigação Qualitativa em Educação**, v. 2, p. 243-247, jul. 2015.

LAGO, L B. **Estado funcional após a alta de UTI em pacientes sobreviventes de sepse**. 2016. 67f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Ciências da Reabilitação, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, 2016.

LELIS, L. S.; AMARAL, M. S.; OLIVEIRA, F. M. As ações de enfermagem frente à sepse, uma abordagem do paciente crítico: uma revisão da literatura. **Revista Científica FacMais**, v. 12, n. 1, p. 60-75, abr. 2018,

MACHADO, F. R.; CESAR, M. S. A.; CAVALCANTI, A. B.; JAPIASSÚ, A. M.; AZEVEDO, L. C. P.; OLIVEIRA, M. C. Chegando a um consenso: vantagens e desvantagens do Sepsis 3 considerando países de recursos limitados. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 361-365, jun. 2016.

MENEZES, L. E. F. J.; NEGREIROS, L. M. V.; MACIEL, L. B. C.; MARQUES, T. A.; ROBALLO, C. A.; BAFFA, A. M. Perfil epidemiológico e análise da efetividade para prevenção de óbitos de pacientes inseridos em protocolo de sepse. **Rev. Soc. Bras. Clin. Med.**, v. 17, n. 1, p. 25-30, 2019.

MOURA, J. M.; BERTOLLI, E. S.; PEREIRA, R. M.; FRUTUOSO, I. S.; WERNECK, A. L.; CONTRIN, L. M. Diagnóstico de sepse em pacientes após internação em unidade de terapia intensiva. **Arq. Ciênc Saúde**, v. 24, n. 3, p. 55-60, jul./set. 2017.

NASCIMENTO, E. R. P.; TRENTINI, M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 250-257, mar./abr. 2004.

PEREIRA, M. C.; CUNHA, T. M. N.; CHIAVEGATO, L.; LUCATO, J. J. J. Qualidade de vida de pacientes sobreviventes a sepse, sepse grave e choque séptico avaliada por meio de duas escalas. **Rev. Fisioterapia Brasil**, v. 15, n. 4, p. 311-317, jul./ago. 2014.

PIRES, C. C. M.; CORRARI, C. G. A.; GRECO, C. V.; AMORIM, D. R.; DUARTE, F. A.; PEREIRA, I. M. F.; KHOURY, J. M.; CASSIANO, T. J. M.; ANDRADE, M. V. Importância do tratamento precoce na sepse grave e choque séptico: impacto no prognóstico. **Rev Med Minas Gerais**, v. 21, n. 4, p. 102-105, 2011.

PORTELA, G. L. **Abordagens teórico-metodológicas**. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2004.

QUINTANILHA, D. O. Surviving Sepsis 2018: o que muda na sepse com essa atualização? **PEBMED**, 2018.

RUIZ, G. O.; CASTELL, C. D. Epidemiologia das infecções graves nas unidades de terapia intensiva latino-americanas. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 261-263, jun. 2016 .

SILVA, E. Surviving sepsis campaign: um esforço mundial para mudar a trajetória da sepse grave. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 325-327, dez. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2006000400001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 out. 2019.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; GOMES, A. P.; CALIXTO-LIMA, L.; VITORINO, R. R.; PEREZ, M. C. A.; MENDONÇA, E. G.; OLIVEIRA, M. G. A.; GELLER, M. Sepse: atualidades e perspectivas. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 207-216, jun. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2011000200014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 out. 2019.

TANIGUSHIM L. U.; AZEVEDO, L. C. P.; BOZZA, F. A.; CAVALCANTI, A. B.; FERREIRA, E. M.; CARRARA, F. S. A.; SOUSA, J. L.; SALOMÃO, R.; MACHADO, F. R. Disponibilidade de recursos para tratamento da sepse no Brasil: uma amostra aleatória de instituições brasileiras. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 31, n. 2, p. 193-201, 2019.

VERAS, R. E. S.; MOREIRA, D. P.; SILVA, V. D.; RODRIGUES, S. E. Avaliação de um protocolo clínico por enfermeiros no tratamento da sepse. **J. Health Biol. Sci.**, v. 7, n. 3, p. 292-297, 2019.

WEIS, S.; CARLOS, A. R.; MOITA, M. R.; SINGH, S.; BLANKENHAUS, S. C.; LARSEN, R.; REBELO, S.; SCHÄUBLE, S.; BARRIO, L. D.; MITHIEUX, G.; RAJAS, F.; LINDIG, S.; BAUER, M.; SOARES, M. P. Metabolic adaptation establishes disease tolerance to sepsis. **Cell**, v. 169, n. 7, p. 1263-1275, jun. 2017.

WESTPHAL, G. A.; VIEIRA, K. D.; ORZECOWSKI, R.; KAEFER, K. M.; ZACLIKEVIS, V. R.; MASTROENI, M. F. Análise da qualidade de vida após a alta hospitalar em sobreviventes de sepse grave e choque séptico. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, n. 6, p. 499-505, 2012

ZONTA, F. N. S.; VELASQUEZ, P. G. A.; VELASQUEZ, L. G.; DEMETRIO, L. S.; MIRANDA, D.; SILVA, M. C. B. D. Características epidemiológicas e clínicas da sepse em um hospital público do Paraná. **R. Epidemiol Control Infec**, Santa Cruz do Sul, v. 8, n. 3, p. 224-231, 2018.

APÊNDICE A – Roteiro Pré-estabelecido

Nome: _____

Telefone: _____

Idade: _____

Sexo () FEMININO () MASCULINOGrau de escolaridade: () Nível Fundamental Completo() Nível Fundamental Incompleto() Nível Médio Completo() Nível Médio Incompleto() Superior() Superior incompleto

Profissão: _____

Estado civil: () SOLTEIRO() CASADO() UNIÃO ESTÁVEL() VIÚVO() DIVORCIADO

Causa da internação: _____

Tempo de internação: _____

Comorbidades: _____

ANEXO A – Carta de aceite.



Plano de Saúde
 Av. Estevão Emílio de Souza, 201
 88815-180, Bairro Ceará, Criciúma - SC
 T. (48) 3431-5919
 0800-645.5919
www.unimed.coop.br

Hospital
 Av. Estevão Emílio de Souza, 101
 88815-180, Bairro Ceará, Criciúma - SC
 T. (48) 3478-2000
www.hospitalunimedcriciuma.com.br



Criciúma, dezembro de 2019

CARTA DE ACEITE

Declaramos, para os devidos fins que se fizerem necessários, que concordamos disponibilizar banco de dados e prontuários eletrônico da Instituição do Hospital Unimed Criciúma, localizado na Avenida Estevão Emílio de Souza nº 101 - Bairro Ceará, Criciúma/SC, para o desenvolvimento da pesquisa intitulada “**ANÁLISE DO PERFIL DE PACIENTES QUE SOBREVIVEM A SEPSE**” sob a responsabilidade dos pesquisadores A Taise Mateus Fernandes e supervisor Prof. (ª) Dra. Magada Tessmann do curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul de Santa de Catarina - Unesc, pelo período de execução previsto no referido projeto

Daniela Loch Gomes

Enfª Daniela Loch Gomes
 Coren-SC 249.075
 Núcleo de Ética em Pesquisa
 Hospital Unimed Criciúma

ANEXO B - Termo de Confidencialidade

Título da Pesquisa: Análise do perfil de pacientes que sobrevivem à sepse

Objetivo: Avaliar o perfil de pacientes que sobreviveram a sepse

Período da coleta de dados: 01/02/2020 à 30/03/2020

Local da coleta: Hospital Unimed Criciúma

Pesquisador/Orientador: Magada Tessmann

Telefone: (48) 99946-0117

Pesquisador/Acadêmico: Taise Mateus Fernandes

Telefone: (48) 99610-6958

9º fase do Curso de Enfermagem da UNESC

Os pesquisadores (abaixo assinados) se comprometem a preservar a privacidade e o anonimato dos sujeitos com relação a toda documentação e toda informação obtidas nas atividades e pesquisas a serem coletados em prontuários e por meio de ligação telefônica do local informado a cima.

Concordam, igualmente, em:

- Manter o sigilo das informações de qualquer pessoa física ou jurídica vinculada de alguma forma a este projeto;
- Não divulgar a terceiros a natureza e o conteúdo de qualquer informação que componha ou tenha resultado de atividades técnicas do projeto de pesquisa;
- Não permitir a terceiros o manuseio de qualquer documentação que componha ou tenha resultado de atividades do projeto de pesquisa;
- Não explorar, em benefício próprio, informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa;
- Não permitir o uso por outrem de informações e documentos adquiridos através da participação em atividades do projeto de pesquisa.
- Manter as informações em poder do pesquisador Taise Mateus Fernandes por um período de 5 anos. Após este período, os dados serão destruídos.

Por fim, declaram ter conhecimento de que as informações e os documentos pertinentes às atividades técnicas da execução da pesquisa somente podem ser acessados por aqueles que assinaram o Termo de Confidencialidade,

excetuando-se os casos em que a quebra de confidencialidade é inerente à atividade ou em que a informação e/ou documentação já for de domínio público.

ASSINATURAS	
Orientador(a)	Pesquisador(a)
_____ Assinatura	_____ Assinatura
Nome: _____ CPF: _____._____._____ - ____	Nome: _____ CPF: _____._____._____ - ____
Orientador(a)	Pesquisador(a)
_____ Assinatura	_____ Assinatura
Nome: _____ CPF: _____._____._____ - ____	Nome: _____ CPF: _____._____._____ - ____

Criciúma (SC), ____ de _____ de 20____.

ANEXO C – Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida

The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada.

Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO D – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Título da Pesquisa: Análise do perfil de pacientes que sobrevivem à sepse

Objetivo: Avaliar o perfil de pacientes que sobrevivem à sepse

Período da coleta de dados: 01/02/2020 a 30/03/2020

Tempo estimado para cada coleta: 15 minutos

Local da coleta: Hospital Unimed Criciúma

Pesquisador/Orientador: Mágada Tessmann

Telefone: (48) 99946-0117

Pesquisador/Acadêmico: Taise Mateus Fernandes

Telefone: (48) 99610-6958

9º fase do Curso de Enfermagem da UNESC

Como convidado (a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado (a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo (a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido (a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA
Será realizada a coleta dos dados existentes no prontuário eletrônico e indicadores do protocolo de sepse, o tempo estimado para a coleta dos dados será de aproximadamente 15 minutos. Posteriormente, será realizada a análise e interpretação dos dados estatísticos obtidos.

RISCOS
Perda da confidencialidade dos dados.

BENEFÍCIOS
Possibilidade de a partir do perfil e da qualidade de vida estabelecer-se protocolo de avaliação contínuo.

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012, item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com o (a) pesquisador (a) Taise Mateus Fernandes pelo telefone (48) 99610-6958 e/ou pelo e-mail taisemateusfernandes@gmail.com

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página).

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

ASSINATURAS	
Voluntário (a)/Participante	Pesquisador (a) Responsável
_____ Assinatura	_____ Assinatura
Nome: _____ CPF: _____ - _____	Nome: _____ CPF: _____ - _____

Criciúma (SC), ___ de _____ de 20__.