

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO
Curso de Fisioterapia

Bruna Mazzucato Corona

Carolini Pistori

Débora Nivoloni

INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DE PACIENTES COM SEPSE APÓS
ALTA HOSPITALAR

São Paulo
2015

Bruna Mazzucato Corona

Carolini Pistori

Débora Nivoloni

**INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DE PACIENTES COM SEPSE APÓS
ALTA HOSPITALAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Fisioterapia do Centro
Universitário São Camilo, orientado pela
Profa. Dra. Jeanette Janaina Jaber Lucato,
como requisito parcial para obtenção do título
de bacharel em Fisioterapia.

São Paulo

2015

Bruna Mazzucato Corona
Carolini Pistori
Débora Nivoloni

**INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DE PACIENTES COM SEPSE APÓS
ALTA HOSPITALAR**

São Paulo, 27 de novembro de 2015

Professor Orientador

Professor Examinador

Dedicatória

Dedico este trabalho primeiramente à Deus por ter me dado forças para enfrentar este desafio. Em segundo lugar, à minha família que sempre me apoiou, minha bisavó Ana, meus avós Olga e Baby, minha mãe Débora e meu irmão Guilherme, que sempre acreditaram em mim e me incentivaram a acreditar nos meus sonhos. Em terceiro lugar, aos nossos queridos orientadores Jeanette e Thiago por terem confiado em nós e por toda ajuda, sem vocês nada disso seria possível. E uma dedicação extremamente importante e fundamental às minhas amigas e parceiras Débora e Carolini, sem vocês este trabalho não sairia do papel, afinal juntas somos muito melhores.

Bruna Mazzucato

Dedico este trabalho primeiramente aos meus pais, Anizete e Luis, e a minha irmã Bruna, que sempre estiveram presentes me apoiando e me dando forças em cada etapa da minha vida e por me ensinarem a ir atrás dos meus sonhos. As minhas fiéis amigas Bruna e Débora, pelo companheirismo durante os quatro anos de faculdade e por me inspirarem a ser cada dia melhor. E principalmente à Deus, que me ouviu nos momentos difíceis, me confortou e me apoiou para chegar aonde estou.

Carolini Pistori

Dedico este trabalho à toda minha família que sempre esteve nos bastidores oferecendo apoio. A minha mãe Sandra pelos sábios ensinamentos e o enorme carinho de sempre, à minha irmã Flavia por ter ajudado quando foi necessário, ao meu namorado Gabriel pelo amor e pela paciência e as minhas amigas do coração, Bruna e Carolini por tornarem este trabalho possível.

Débora Nivoloni

Agradecimento

Agradecemos primeiramente à Deus por sempre iluminar nosso caminho e através de nossa fé, nunca ter nos feito desistir.

Em segundo lugar, às nossas famílias que sempre estiveram presentes nesse longo processo de nossa formação e na confecção deste projeto. Nada seríamos sem a força e o apoio recebido por cada um, sem o conforto, os conselhos, os ensinamentos e o carinho nos dado para seguirmos sempre em frente.

Em terceiro lugar, agradecemos à todos os pacientes, familiares e cuidadores que aceitaram participar do projeto, sem eles não seria possível a realização deste trabalho.

Agradecemos também aos grandes mestres Jeanette Janaina Jaber Lucato e Thiago Marraccini Nogueira da Cunha por acreditarem em nosso potencial, pelas ideias, pelo apoio e por terem dado início ao nosso sonho. Vocês fazem jus à frase: “Um grande professor inspira”. Obrigada por serem a nossa inspiração.

Bruna Mazzucato, Carolini Pistori e Débora Nivoloni

MAZZUCATO, Bruna; PISTORI Carolini; NIVOLONI, Débora. **Independência funcional de pacientes com sepse após alta hospitalar**. 2015. f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2015.

A sepse é uma condição inflamatória sistêmica com comprometimento de três órgãos ou sistemas com processo infeccioso sugerido ou confirmado, que representa uma das maiores causas de internação nas unidades de terapia intensiva do mundo. Este processo ocorre secundariamente à Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS), que consiste em uma resposta inespecífica do organismo a vários tipos de agressão. Sua evolução pode progredir para sepse grave, choque séptico ou até mesmo óbito. Este trabalho visa analisar a capacidade funcional de pacientes com sepse após alta hospitalar, por meio da escala de medida de independência funcional (MIF) e comparar depois de 12 meses a pontuação da mesma população. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP/HSP nº 1672/11. Foi realizado um estudo de caráter observacional longitudinal com 62 pacientes com sepse que permaneceram internados em um hospital da rede pública do Estado de São Paulo entre janeiro de 2013 e janeiro de 2014. Após alta hospitalar, os pacientes responderam a MIF no primeiro contato telefônico em 2014, seguido de um segundo contato em 2015 para comparação de dados. Dos 62 pacientes selecionados, 32 responderam a escala MIF no primeiro contato telefônico em junho de 2014. No segundo contato telefônico em junho de 2015, 18 pacientes responderam a escala MIF. Houve perda de 14 pacientes, sendo 6 por óbito e 8 por falta de contato telefônico. Os principais itens com declínio da pontuação no primeiro contato foram: “vestir tronco superior”, “andar” e “escadas” e no segundo contato foram os itens: “vestir tronco inferior”, “andar” e “escadas”. Não houve melhora ou piora funcional estatisticamente significativa no estudo. Podemos concluir que mesmo sem a melhora ou piora funcional estatisticamente significativa, os pacientes permanecem com déficits funcionais, o que nos leva a acreditar na importância do acompanhamento multiprofissional ambulatorial ou domiciliar a partir da alta hospitalar.

Palavras-chave: 1. Sepse 2. Qualidade de vida 3. Terapia Intensiva

MAZZUCATO, Bruna; PISTORI, Carolini; NIVOLONI Débora. **Functional independence of patients with sepsis after hospital discharge**. 2015. f. Course Conclusion Thesis (Graduation's degree in Physiotherapy) – Centro Universitário São Camilo, São Paulo, 2015.

Sepsis is a systemic inflammatory condition with involvement of three organs or systems with suggested or confirmed infectious process, which is a major cause of hospitalization in intensive care units of the world. This process occurs secondary to inflammatory response syndrome (SIRS), consisting of a non-specific response of the body to various types of aggression. Its evolution can progress to severe sepsis, septic shock or even death. This study aims to analyze the functional capacity of patients with sepsis after hospital discharge, through the Functional Independence Measure scale (MIF) and compare after 12 months to score the same population. Approved by the Ethics Committee of the UNIFESP / HSP No. 1672/11. A longitudinal observational study of 62 patients with sepsis who remained hospitalized in a public hospital in São Paulo between January 2013 and January 2014. After hospital discharge, patients answered MIF scale in the first telephone contact in 2014, followed by a second contact in 2015 for data comparison. Of the 62 selected patients, 32 responded to MIF scale at first telephone contact in June 2014. In the second telephone call in June 2015, 18 patients responded to MIF scale. There was a loss of 14 patients, 6 per death and 8 for lack of telephone contact. The main items with declining scores on the first contact were "dressed upper torso", "walk" and "stairs" and in the second contact, the items were "dressed lower torso", "walk" and "stairs". There was no statistically significant improvement or functional worsening in the study. We can conclude that even without the functional improvement or functional worsening statistically significant, patients remain with functional deficits, which leads us to believe in the importance of multidisciplinary accompaniment outpatient or home care from the moment of hospital discharge.

Keywords: 1. Sepsis 2. Quality of life 3. Intensive care.

Lista de Siglas

AVD	Atividade de Vida Diária
MIF	Medida de Independência Funcional
PA	Pressão Arterial
PPC	Polineuropatia do Paciente Crítico
SIRS	Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TC6M	Teste de Caminhada de Seis Minutos
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SÚMARIO

Resumo

Abstract

Lista de Siglas

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVO.....	16
3 MATERIAIS E MÉTODOS.....	17
4 RESULTADOS	18
5 DISCUSSÃO	22
6 CONCLUSÃO.....	24
REFERÊNCIAS.....	25
ANEXO	

1 INTRODUÇÃO

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) de todos os hospitais espalhados pelo mundo recebem diariamente pacientes que necessitam de cuidados específicos em saúde. A gravidade do quadro clínico de cada paciente pode fazer com que o mesmo permaneça longos períodos internado, o que pode vir acompanhado de uma série de complicações físicas, psicológicas e sociais. Ainda, imobilismo, uso prolongado de ventilação mecânica, bloqueadores neuromusculares, déficit nutricional, desordens clínicas como a sepse e a síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SIRS), podem resultar na diminuição da independência funcional do paciente (BORGES, et al. 2009, p. 446-52).

A partir do estudo de Petilla; Kaarlola; Mäkeläinen (2000), sobreviventes de um longo período de internação na UTI apresentaram diminuição na qualidade de vida após um ano da alta hospitalar. Segundo Brun-Buisson, et al. (1995), quase 25% desses pacientes desenvolveram a SIRS, sepse ou sepse grave durante o período de internação ou no momento da admissão na unidade.

A sepse é uma condição inflamatória sistêmica de três órgãos ou sistemas com processo infeccioso sugerido ou confirmado, que representa uma das maiores causas de internação nas UTIs de todo o mundo. Este processo ocorre secundariamente à SIRS que consiste em uma resposta inespecífica do organismo a vários tipos de agressão. Sua evolução pode progredir para sepse grave, choque séptico ou até mesmo óbito. Silva, et al. (2004) realizaram um estudo em UTIs brasileiras constatando que aproximadamente 90% dos pacientes apresentaram SIRS em algum momento da internação, desses, 47% foram diagnosticados com sepse, 27% com sepse grave e 23% com choque séptico.

Atualmente, novos estudos estão surgindo com a preocupação de avaliar o comprometimento crônico das capacidades físicas e mentais que deterioram a qualidade de vida e aptidão para o trabalho dos sobreviventes (WESTPHAL, et al. 2012, p. 499-505), tanto para aqueles que apresentaram em algum momento SIRS, sepse, sepse grave ou choque séptico, como para aqueles que permaneceram longos períodos internados nas UTIs sem este diagnóstico específico.

Uma das maneiras de avaliar as condições de independência motora e cognitiva dos pacientes que receberam alta hospitalar é a Medida de Independência Funcional (MIF), que consiste em uma escala de fácil aplicação dividida em 6 domínios com um total de 18 itens a serem respondidos pelo paciente ou por seu cuidador/responsável. A pontuação total é de 126, sendo 1 ponto dependência total e 7 pontos independência completa.

1.1 SEPSE

1.1.1 DEFINIÇÃO

O significado da palavra sepse até a década de 90 ainda não era clara na literatura médica, trazia muitas dúvidas no momento da prática clínica e na produção de material científico. Não existia uma definição objetiva do que era sepse e do que eram as outras síndromes que se assemelham à condição, como a SIRS, sepse grave ou choque séptico. Este fato não permitia comparação de dados em pesquisas e gerava confusão entre as unidades de terapia intensiva (BONE; SIBBALD; SPRUNG, 1992, p. 1481-3).

Frente à necessidade de uma padronização dos termos relativos as condições orgânicas que envolvem a sepse, em 1991 uma definição consensual surgiu para proporcionar um significado específico aos termos de forma individual (BONE et al. 1992, p. 1644-55). Em 2003, um grupo de especialistas revisou as definições já obtidas, mantendo os seus respectivos significados (LEVY et al. 2003, p.1250-6)

DEFINIÇÕES DE SEPSE E SÍNDROMES CORRELATADAS EM 1991
Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS): Manifestação clínica de um estado orgânico inflamatório em resposta à agressões ao organismo. É definida como a presença de dois ou mais dos seguintes critérios: Temperatura corporal $> 38^{\circ}\text{C}$ ou $< 36^{\circ}\text{C}$ Frequência cardíaca > 90 bpm Frequência respiratória < 20 ipm ou $\text{PaCO}_2 < 32$ mmHg Leucograma com > 12.000 ou < 4.000 células/mm³ ou ainda $> 10\%$ de neutrófilos imaturos.
Sepse: SIRS desencadeada por infecção (documentada ou suspeita).
Sepse grave: Sepses associada à disfunção orgânica, hipotensão ou sinais de hipoperfusão. A hipotensão é definida como PA sistólica < 90 mmHg ou queda > 40 mmHg do basal na ausência de outras causas. As disfunções orgânicas incluem hipoxemia, insuficiência renal aguda, coagulopatia, plaquetopenia, íleo paralítico e hiperbilirrubinemia.
Choque Séptico: Hipotensão mantida ou necessidade de inotrópicos-vasopressores, a despeito de ressuscitação volêmica adequada, associadas aos sinais de hipoperfusão orgânica (ex: hiperlactatemia, rebaixamento do nível de consciência, oligúria).

Quadro 1 – Definições de sepsis e síndromes correlatadas em 1991.

Fonte: (DEFINIÇÕES PARA SEPSE E FALÊNCIA DE ÓRGÃOS E GUIDELINES PARA O USO DE TERAPIAS INOVADORAS EM SEPSE, 1992) (Tradução nossa).

1.1.2 FISIOPATOLOGIA

A fisiopatologia da sepsis é algo muito complexo para se explicar e não é o objetivo deste presente trabalho dissertar sobre os detalhes desta condição.

A sepsis está relacionada à resposta inflamatória do sistema imunológico de forma sistêmica a um agente infeccioso. Durante esta resposta, manifestações como o aumento da permeabilidade vascular, lesão tecidual, falência de múltiplos órgãos e

o choque levam o paciente a um estado crítico de saúde. A homeostase celular durante o processo séptico se torna alterada, pois a oferta e demanda de oxigênio ficam prejudicadas.

A reação inflamatória exacerbada repercute em nosso organismo também com a perda de força muscular e perda de massa muscular, consequentemente afetando a função física do doente (EIKERMANN; KOCH, GERWIG, 2006, p. 251-59).

Em resumo, a fisiopatologia da sepse ocorre devido a uma disfunção imune do nosso organismo em conjunto com uma insuficiência bioenergética. Independente de qual seja o agente invasor desencadeante da doença, o paciente sofrerá repercussões clínicas que precisam ser combatidas pela equipe profissional de saúde.

1.1.3 EPIDEMIOLOGIA

A sepse representa uma das principais causas de morte nos Estados Unidos e chega a ser a principal causa de morte nas unidades de terapia intensiva. Através do estudo realizado por Martin et al. (2003), também foram demonstrados dados referentes ao aumento da incidência de óbito de pacientes com sepse no período entre 1979 (82,7/100,000 população) a 2000 (240,4/100,000 população), aumento de 8,7% ao ano.

Outro estudo pioneiro na área de epidemiologia norte-americana das síndromes sépticas foi realizado por Rangel-Frausto et al. (1995). Foi constatado que 68% dos pacientes que estavam internados na enfermaria e na UTI, desenvolveram SIRS, 26% sepse, 18% sepse grave e 4% choque séptico ao longo do período de 28 dias de hospitalização, indicando respectivas mortalidades de 7%, 16%, 20% e 46%. A partir das definições correlatadas em 1991, novos estudos epidemiológicos no Brasil foram surgindo. O estudo de Silva et al. (2004) já citado anteriormente, calculou a taxa de mortalidade para as síndromes sépticas, que foi progressiva de acordo com a gravidade do quadro, sendo 24% para a SIRS, 34% para a sepse, 47% para a sepse grave e 52% para o choque séptico. A densidade da incidência para a sepse chegou a 57/1.000 pacientes-dia ou 30 episódios por 100 admissões

na UTI.

Sales Jr. et al. (2006) realizaram um estudo epidemiológico da sepse em 75 UTIs de todas as regiões brasileiras. Com uma amostra de 3128 pacientes, 521 (16,7%) foram diagnosticados com sepse, sepse grave ou choque séptico. A mortalidade foi, respectivamente, 16,7%, 34,4% e 65,3%. O principal foco infeccioso foi o trato respiratório (69%) e a ventilação mecânica invasiva ocorreu em 82,1% dos casos. Este estudo evidenciou um número de pacientes com sepse grave e choque séptico maior que todos os relatados em publicações norte-americanas e européias.

A taxa de mortalidade das síndromes sépticas no mundo e, especialmente no Brasil, atingem valores altos e que se tornam preocupantes nos últimos anos, sendo possível considerar um problema de saúde pública mundial.

1.2 MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

A MIF (ANEXO A) é um instrumento de avaliação desenvolvido na década de 80 para pontuar o nível de independência. Pode ser utilizada para mensurar a perda funcional de pessoas que sofreram algum processo de saúde-doença, reabilitação ou que apresentem algum tipo de vulnerabilidade.

A independência funcional pode ser definida como a capacidade do indivíduo de desempenhar suas atividades de vida diária (AVD). A autonomia apresentada para a realização de suas tarefas lhe garante a possibilidade de viver em contexto domiciliário sozinho. Esta pode se apresentar diminuída ou, até mesmo, estar perdida em decorrência de alguns tipos de doenças crônicas, de processos patológicos agudos, traumáticos ou cirúrgicos (CURZEL; FORGIARINI; RIEDER, 2013, p. 93)

Esta escala foi validada e traduzida para o português brasileiro em 2000 (RIBERTO, et al. 2000, p. 45-52). Os domínios avaliados são: cuidados pessoais, controle esfinteriano, mobilidade, locomoção, comunicação e cognição social, sendo estes subdivididos em 18 itens de atividade de vida diária. Cada item é pontuado em 1 (dependência total), 2 (máxima assistência), 3 (moderada assistência), 4 (mínima assistência), 5 (supervisão), 6 (independência modificada) ou 7 (independência completa).

Para obter a pontuação final o avaliador deve somar os itens divididos entre

os domínios, pontuação essa que pode variar entre 18 (pontuação mínima) e 126 (pontuação máxima).

De acordo com Riberto et al. (2004) é importante ressaltar que a MIF não é um instrumento de auto aplicação, necessitando de um treinamento prévio para o avaliador ser capaz de reconhecer e classificar a funcionalidade do indivíduo.

2 OBJETIVO

O presente estudo tem como objetivo analisar a capacidade funcional de pacientes com sepse após alta hospitalar, através da escala de Medida de Independência Funcional (MIF) e comparar depois de 12 meses a pontuação da mesma.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo é caracterizado como do tipo observacional longitudinal e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP/HSP nº 1672/11.

Foram selecionados 62 prontuários de pacientes que estiveram internados em um hospital escola do estado de São Paulo, entre os meses de janeiro de 2013 e janeiro de 2014 com diagnóstico de sepse independente da gravidade. Realizou-se uma pesquisa utilizando computadores da Biblioteca Regional de Medicina para acesso aos prontuários dos pacientes em questão.

Utilizamos como critério de inclusão pacientes internados na UTI do Pronto-Socorro deste hospital com diagnóstico de sepse independente da gravidade, entre 18 e 80 anos. Foram excluídos pacientes com disfunções neurológicas graves (Encefalopatia Crônica Não Progressiva da Infância e Tetraplegia), idade superior à 80 anos, recusa a responder a escala MIF, falta de contato telefônico e óbito intra hospitalar. Não foi utilizado o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Após a alta hospitalar, foi aplicado a escala MIF por um único examinador previamente treinado via contato telefônico. O próprio paciente ou seu acompanhante/responsável responderam às perguntas realizadas pelo examinador.

A MIF é dividida em seis domínios e são avaliadas dezoito tarefas. O avaliador explicou à todos os entrevistados os itens que seriam questionados. As respostas foram pontuadas da seguinte maneira: 1 (dependência total) a 7 (independência completa).

O primeiro contato foi realizado em junho de 2014, e após um ano, foi realizado o segundo, em junho de 2015. Ao final da coleta, os dados foram comparados referente ao primeiro e segundo contato telefônico utilizando média e desvio padrão no programa Microsoft Excel 2007 versão 12.0.

Foram usados artigos encontrados nas bases de dados Scielo, Lilacs e Pubmed, através dos descritores *intensive care*, *septicemia*, *sepsis* e *quality of life* e os operadores booleanos *and* e *and not*.

4 RESULTADOS

Durante o período estabelecido para a coleta de dados, 62 pacientes obtiveram alta da UTI após diagnóstico de sepse. Desta amostra, 32 responderam a escala MIF no primeiro contato telefônico em junho de 2014. Houve perda por óbito (7), falta de contato (16) ou recusa à resposta (2). Os dados foram analisados e apresentados a seguir por meio de tabelas e gráficos.

Gráfico 1 – Amostra de 2014

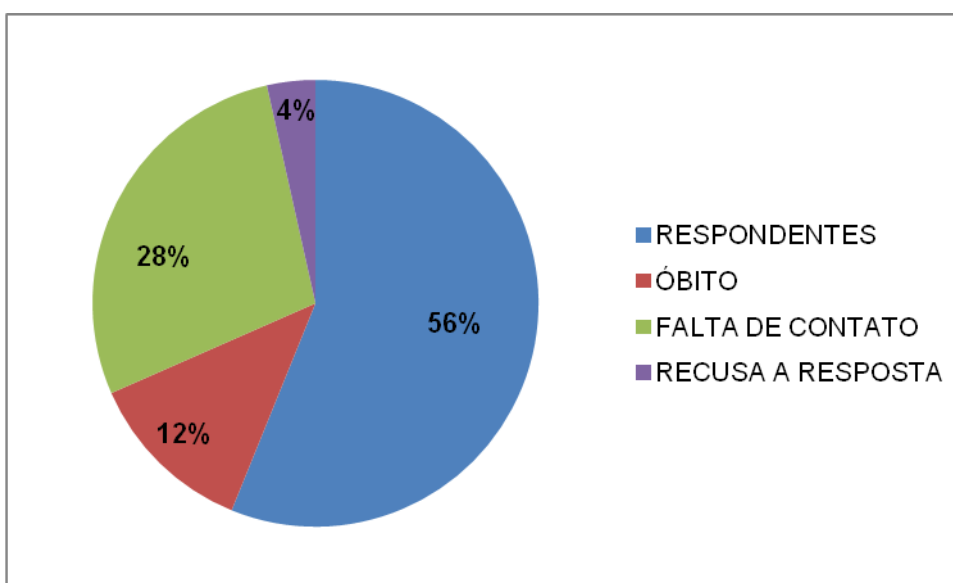


Tabela 1 – Caracterização da amostra

Idade (anos)	49±31
Homens	53%
Mulheres	47%

De acordo com a tabela apresentada acima verificou-se que a amostra foi constituída de pacientes com idade entre 18 e 80 anos. Referindo-se ao gênero, a amostra foi homogênea.

Após o primeiro contato telefônico foi observado que os pacientes com diagnóstico de sepse após alta hospitalar apresentaram perda funcional, sendo os

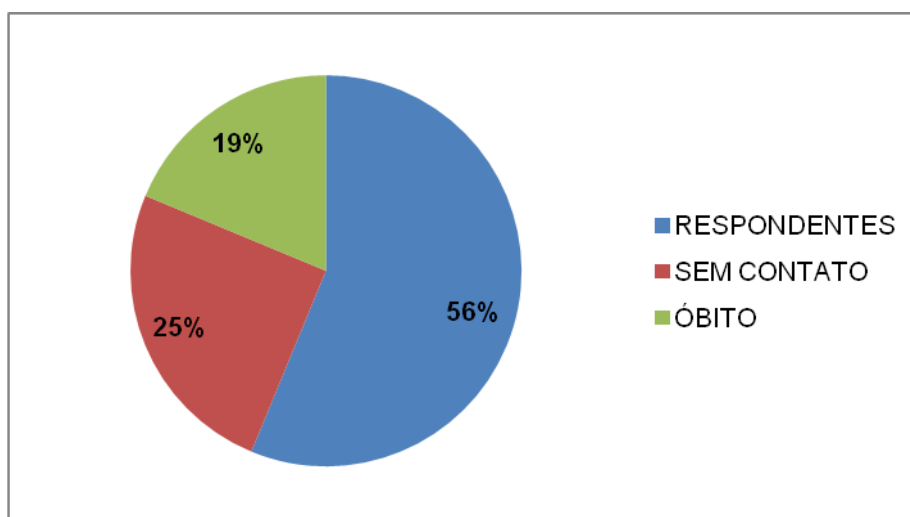
itens mais afetados: “banhar-se”, “vestir tronco superior”, “controle vesical” e “escadas”.

Tabela 2 – Itens mais afetados no primeiro contato em 2014

Banhar-se	5,72±2,14
Vestir tronco superior	5,69±2,26
Controle vesical	6,06±2,00
Escadas	5,19±2,13

Doze meses após os pacientes responderem a MIF, foi realizado o segundo contato, também por telefone. Dos 32 pacientes questionados em 2014, 18 deles responderam novamente a MIF em junho de 2015. Houve perda de 14 pacientes, sendo 6 deles por óbito e 8 por falta de contato. (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Amostra em 2015



Em relação aos 18 pacientes que responderam a MIF novamente, 6 (33,33%) obtiveram piora na pontuação total, 6 (33,33%) apresentaram melhora na pontuação total da MIF e 6 (33,33%) permaneceram com a mesma pontuação do ano anterior.

Os principais itens com declínio da pontuação foram “vestir tronco inferior”, “andar” e “escadas”. (Tabela 3).

Tabela 3 – Domínios mais afetados no segundo contato em 2015

Vestir tronco inferior	6,2±1,71
Andar	6,1±1,84
Escadas	5,7±1,89

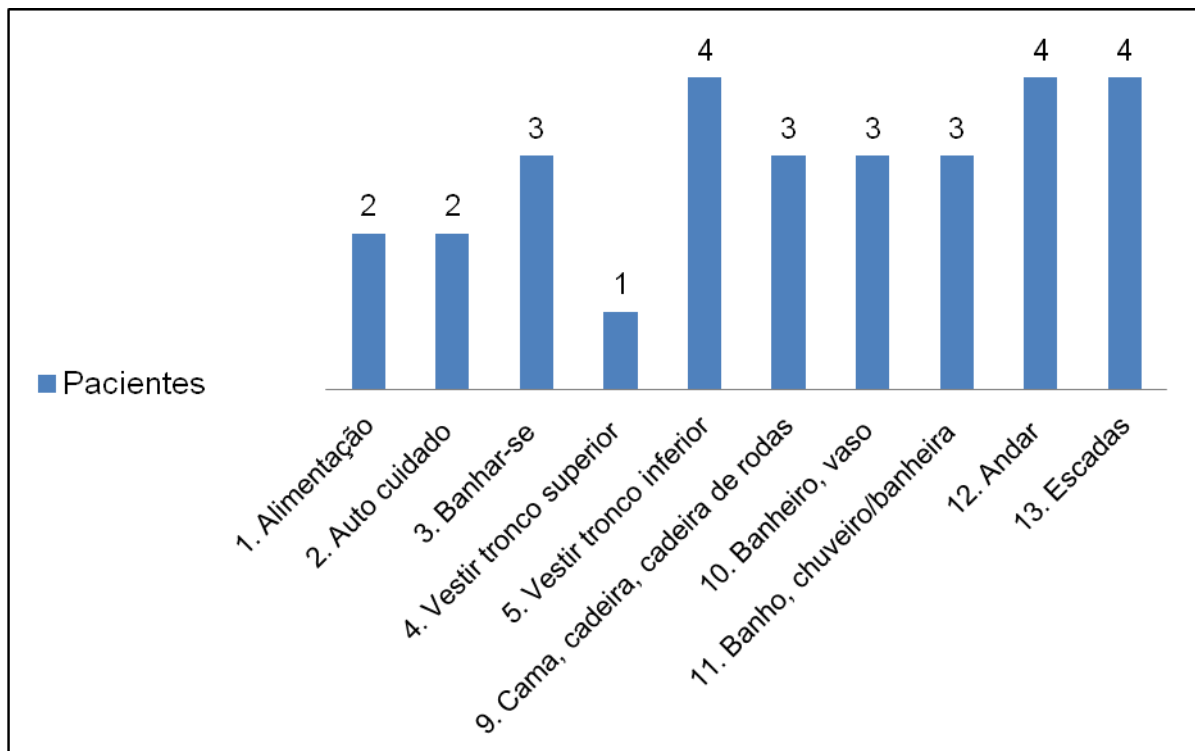
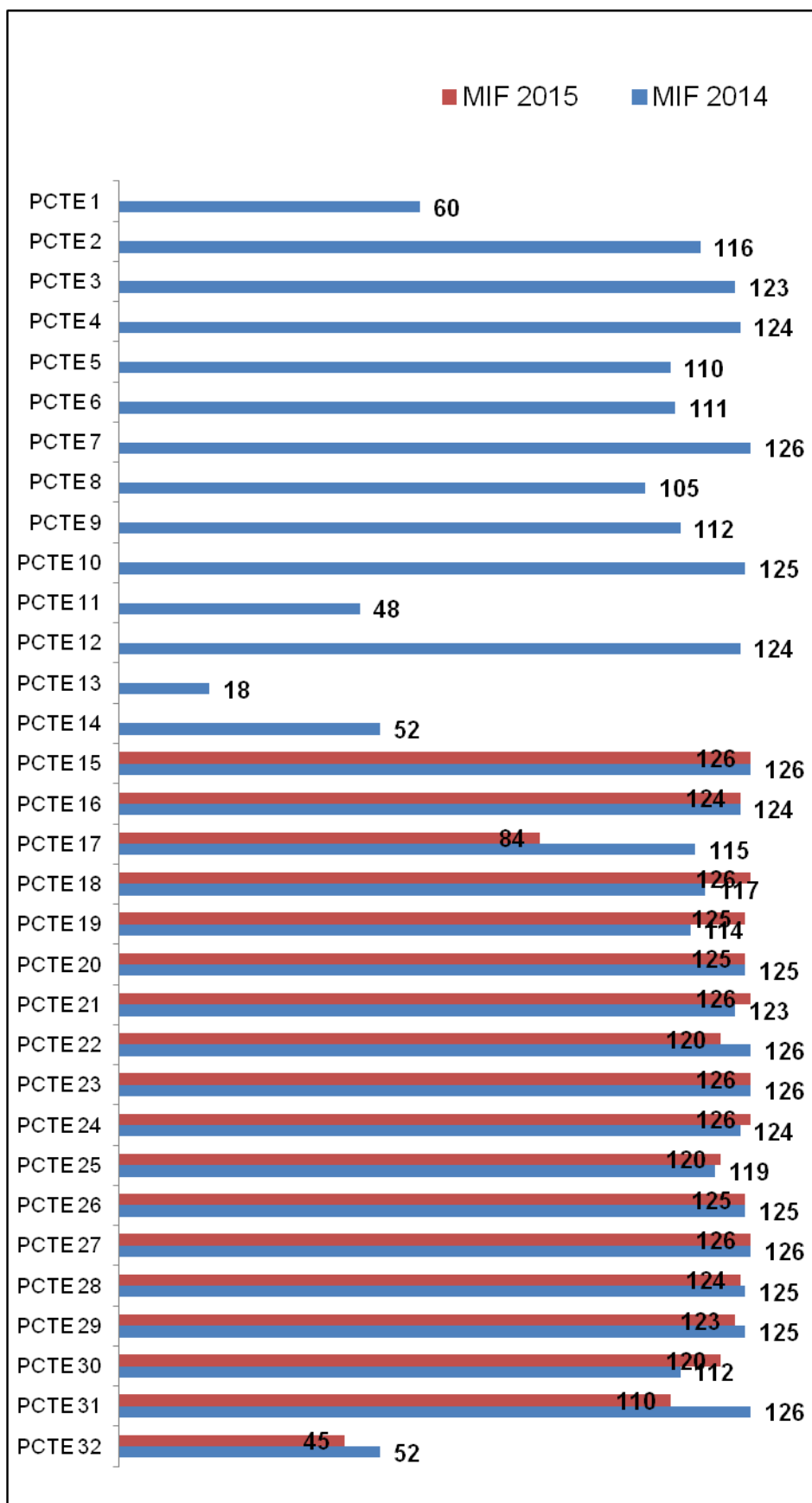
Gráfico 3 – Principais itens com declínio de pontuação

Gráfico – 4 Pontuação MIF 2014/2015



5 DISCUSSÃO

Estudos que visam a funcionalidade e a qualidade de vida de pacientes que permaneceram longos períodos hospitalizados em UTIs, se intensificaram ao decorrer dos anos com a preocupação de avaliar como estes pacientes vivem após a alta hospitalar. Este fato também pode ser aplicado se, durante a internação, o paciente desenvolver o diagnóstico de sepse, sepse grave ou choque séptico.

A resposta inflamatória sistêmica da sepse pode levar a falência de múltiplos órgãos, a qual está relacionada a polineuropatia do paciente crítico (PPC). Esta condição pode ser a principal causa do quadro de declínio da funcionalidade do paciente séptico, sendo caracterizada por perda da massa muscular generalizada ainda no período intra hospitalar (CALLAHAN; SUPINSKI, 2009).

No estudo controlado de Westphal et al. (2012), 217 pacientes apresentaram diagnóstico de sepse grave ou choque séptico durante a internação. Dessa amostra, 112 sobreviveram à doença, porém estão sujeitos a graves comprometimentos da qualidade de vida física e mental, assim como têm a sobrevida limitada em longo prazo, no período pós alta hospitalar. O estudo utilizou o instrumento de avaliação da qualidade de vida Short-Form 36, composto por 36 perguntas relacionadas à capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.

Diferentes tipos de instrumentos de avaliação podem ser utilizados para analisar a indepedência funcional de pacientes no desfecho clínico após a alta. Não existem consensos sobre qual o melhor instrumento para avaliar a independência funcional de pacientes com sepse e/ou de UTI (OEYEN, et al., 2010, p. 2386).

Um estudo realizado por Secombe et al. (2013), utilizou o Teste de Caminhada de 6 Minutos (TC6M) para avaliar pacientes considerados de alto risco na UTI seis meses após a alta hospitalar, relatando que não houve melhora nos resultados do teste, sendo estes valores abaixo do predito para a população.

Curzel, Forgiarini e Rieder (2013, p. 93) realizaram um estudo de coorte-prospectivo com objetivo de avaliar a capacidade funcional através da MIF na alta hospitalar imediata e compará-la 30 dias após este período via contato telefônico. A amostra foi composta por 44 pacientes, destes, 43.2% diagnosticados com sepse. A

partir dos resultados encontrados, houve melhora na pontuação total da MIF ($84,1 \pm 24,2$ para $119,1 \pm 13,1$) exceto no domínio de controle de esfíncteres. A menor pontuação foi no domínio locomoção, itens andar e escadas e a maior pontuação foi no item de atividade de vida diária: autocuidado.

Diferente deste último estudo citado, os nossos resultados não apresentaram dados estatisticamente significativos para a melhora funcional dos pacientes. Encontramos em nosso estudo que os pacientes avaliados em 2014 permaneceram com a mesma pontuação um ano após o contato, ou seja, não houve melhora ou piora funcional significativa.

De acordo com a pontuação da MIF é possível afirmar que os pacientes que responderam a escala nos dois contatos telefônicos, continuam com os mesmos déficits funcionais. Sabemos que os pacientes que desenvolvem sepse durante o período de internação, aumentam o risco de mortalidade nos anos seguintes após a alta (WINTERS, et al., 2010, p. 1276-83).

Optamos por utilizar a escala MIF como instrumento de avaliação por ser de fácil aplicação via contato telefônico. O quesito qualidade de vida, mesmo não sendo nosso objetivo analisar, também vale a pena ser destacado, pois de acordo com Westphal et al. (2012) a sepse pode colocar em risco a qualidade de vida daqueles que sobrevivem à hospitalização em longo prazo.

Os dados obtidos em nosso estudo condizem com a literatura atual sobre o comprometimento no período subsequente a alta hospitalar da funcionalidade dos pacientes que desenvolvem o diagnóstico de sepse. Ressaltamos a importância de um acompanhamento multiprofissional, principalmente do serviço de fisioterapia para este público, que mantém-se prejudicado tanto nos domínios físicos, mentais e sociais.

Um fator que pode modificar o desfecho funcional dos pacientes internados na UTI é a realização de fisioterapia, a qual tem como objetivo a recuperação e preservação da funcionalidade, resultando na redução do tempo de internação e aprimorando a qualidade de vida pós alta (FRANÇA, et al., 2012, p. 6-22).

6 CONCLUSÃO

Com esse estudo podemos concluir que os pacientes que receberam alta da unidade de terapia intensiva após o diagnóstico de sepse apresentam alguns itens da escala MIF alterados, comprometendo a independência funcional a qual perdura por 12 meses ou mais.

Os dados encontrados sugerem que este perfil de paciente deve ser acompanhado em unidades reabilitadoras extra hospitalares a partir do momento pós alta hospitalar. Ressaltamos a importância do serviço de fisioterapia para este público a partir do momento da internação.

Sugerimos novos estudos que avaliem a capacidade funcional de pacientes com o diagnóstico de sepse, independente do instrumento de avaliação, para que seja possível minimizar as complicações em longo prazo.

REFERÊNCIAS

1. Angus, D.C, Carlet J. Surviving intensive care: a report from the 2002 Brussels Roundtable. *Intensive Care Med* 2003;29:368-377.
2. Bone, R.C., Sibbald W.J., Sprung C.L. The ACCP-SCCM consensus conference on sepsis and organ failure. *Chest*. 1992 Jun;101(6):1481-3.
3. Bone, R.C., et al. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. The ACCP/SCCM Consensus Conference Committee. American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine. *Chest*. 1992 Jun;101(6):1644-55.
4. Borges, V. M., et al. Fisioterapia motora em pacientes adultos em terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2009; 21(4):446-25.
5. Brun-Buisson C, Doyon F, Carlet J et al (1995) Incidence, risk factors, and outcome of severe sepsis and septic shock in adults. A multicenter prospective study in intensive care units. *JAMA* 274:968-974.
6. Callahan, L. A., Supinski, G. S. Sepsis-induced myopathy. *Crit Care Med*. 2009; 37(10 0): S354-S367.
7. Curzel, J. Forgiarini, L. A. J; Rieder, M. M. Avaliação da independência funcional após alta da unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 2013. p. 93-9.
8. Eikermann, M., Koch, G., Gerwig, C. Muscle force and fatigue in patients with sepsis and multiorgan failure. *Intensive Care Medicine*, 2006. p. 251-59.
9. Fox, et al. Effectiveness of early discharge planning in acutely ill or injured hospitalized older adults: A systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics* 2013 13:70.

10. França, E. E. T., et al. Fisioterapia em pacientes críticos adultos: recomendações do Departamento de Fisioterapia da Associação de Medicina Intensiva Brasileira. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 24, n. 1, p. 6-22, 2012.
11. Kauss, I. A., et al. The epidemiology of sepsis in a Brazilian teaching hospital. *Braz J Infect Dis*. 2010 May-Jun;14(3):264-70.
12. Kayambu, et al. Early rehabilitation in sepsis: a prospective randomised controlled trial investigating functional and physiological outcomes. The i-PERFORM Trial (Protocol Article). *BMC Anesthesiology* 2011 11:21.
13. Levy M. M., et al. SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS. 2001 SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS International Sepsis Definitions Conference. *Critical Care Medicine*. 2003 Apr;31(4):1250.
14. Martin GS, Mannino DM, Eaton S, et al. The epidemiology of sepsis in the United States from 1979 through 2000. *N Engl J Med*. 2003;348:1546-54.
15. Oeyen, S.G.M.D; Vandijck, D.M; Benoit, D. MD; Annemans, L.; Decruyenaere, J, M. Quality of life after intensive care: A systematic review of the literature. *Critical Care Medicine*. 2010; 38: 2386-2400.
16. Pettilä V, Kaarlola A, Mäkeläinen A. Health-related quality of life of multiple organ dysfunction patients one year after intensive care. *Intensive Care Med*. 2000; 26(10): 1473-9.
17. Rangel-Frausto, M. S., et al. The natural history of the systemic inflammatory response syndrome (SIRS). A prospective study. *JAMA*. 1995 Jan 11;273(2):117-23.
18. Riberto M. Miyazaki MH, Sakamoto H, Jorge Filho D, Battistella LR. *Acta Fisiatr* 2000; 8: 45-52.

19. Riberto, M., et al. Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiátrica*. 2004; 11(2):72-6.
20. Rodriguez, F., et al. The epidemiology of sepsis in Colombia: a prospective multicenter cohort study in ten university hospitals. *Critical Care Med*. 2011 Jul;39(7):1675-82.
21. Sacanella, et al.: Functional status and quality of life 12 months after discharge from a medical ICU in healthy elderly patients: a prospective observational study. *Critical Care* 2011 15:R105.
22. Sales Júnior JAL, David CM et al - RBTI - Revista Brasileira Terapia Intensiva, 2006;18(1):9-17
23. Secombe PJ, Stewart PC, Brown A. Functional outcomes in high risk ICU patients in Central Australia: A prospective case series. *Rural Remote Health*: 2013;13(1):2128.
24. Silva, E., et al. Brazilian Sepsis Epidemiological Study. *Crit Care Med*. 2004 Aug;8(4):R251-60.
25. Winters BD, Eberlin M, Leung J, Needham DM, Pronovost PJ, Sevransky JE. Long-term mortality and quality of life in sepsis: A system-atic review. *Crit Care Med*. 2010;38(5):1276-83.
26. Westphal, G. A., et al. Análise da qualidade de vida após a alta hospitalar em sobreviventes de sepse grave e choque séptico. *Rev. Panam Salud Publica*, 2012. p. 499-505.
27. Zanon, F., et al. Sepse na unidade de terapia intensiva: etiologias, fatores prognósticos e mortalidade. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 2008;20(2):128-134.

ANEXO A – Medida de Independência Funcional (MIF)

	1	2	3	4	5	6	7
CUIDADOS PESSOAIS							
Alimentação							
Auto Cuidado							
Banhar - se							
Vestir tronco superior							
Vestir tronco inferior							
Higiene íntima							
CONTROLE ESFINCTERIANO							
Controle Vesical							
Controle Intestinal							
MOBILIDADE							
Cama, cadeira, cadeira de rodas							
Banheiro, vaso							
Banheiro, chuveiro/banheira							
LOCOMOÇÃO							
Andar							
Escadas							
COMUNICAÇÃO							
Compreensão							
Expressão							
COGNIÇÃO SOCIAL							
Interação social							
Resolução de problemas							
Memória							
TOTAL							