UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MATHEUS ROZÁRIO MATIOLI

**A experiência da sepse e a qualidade de vida relacionada à saúde: um
diálogo entre a psicanálise e as ciências da saúde**

Ribeirão Preto

2016

MATHEUS ROZÁRIO MATIOLI

A experiência da sepse e a qualidade de vida relacionada à saúde: um diálogo entre a psicanálise e as ciências da saúde

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: “Doenças Infecciosas: problemática e estratégias de enfrentamento”.

Orientadora: Profa. Dra. Angelita Maria Stabile

Ribeirão Preto

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Matioli, Matheus Rozário

A experiência da sepse e a qualidade de vida relacionada à saúde: um diálogo entre a psicanálise e as ciências da saúde. Ribeirão Preto, 2016.

88 f.; 30cm.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP – Área de Concentração: Enfermagem Fundamental – Linha de Pesquisa: Doenças Infecciosas: problemática e estratégias de enfrentamento.

Orientadora: Stabile, Angelita Maria

1. Sepse. 2. Qualidade de vida relacionada à saúde. 3. Psicanálise.

MATIOLI, MATHEUS ROZÁRIO

A experiência da sepse e a qualidade de vida relacionada à saúde: um diálogo entre a psicanálise e as ciências da saúde.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Aprovado em ..... / ..... / .....

Banca Examinadora

Profa. Dra. Angelita Maria Stabile

Instituição: EERP-USP Assinatura: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho à Elian Luiz Rovani (*in memorian*), meu querido “cunhadim”.
“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si,
levam um pouco de nós” – Antoine de Saint-Exupéry.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Angelita Maria Stabile, minha orientadora, pela liberdade e confiança referente a este trabalho, além do enorme aprendizado, apoio, amizade e crescimento acadêmico. Obrigado por sair da sua “zona de conforto”...

À psicanalista Sílvia Sato, pelas pontuações e orientações acerca da teoria e da prática psicanalítica.

Aos meus pais, Venceslau Matioli e Lúcia Maria do Rozário Matioli, pelo carinho, incentivo e ensinamentos que levarei para sempre.

À minha esposa, Érica Aparecida Rovani Matioli, pela paciência, amor, companheirismo e cumplicidade em todos os momentos de nossas vidas.

Ao meu irmão, Felipe Rozário Matioli e à minha cunhada Caroline Yuri Hiasa, pela torcida e incentivo.

À minha tia, Ivone Matioli, pelo carinho, apoio e confiança.

À minha família do Mato Grosso: meu sogro, Nilton João Rovani, minha sogra, Aparecida Souza Rovani, meu cunhado Edgar Antônio Rovani e minha concunhada Keila Mathius Rovani, pelo interesse e preocupação com este trabalho.

À Profa. Dra. Helena Megumi Sonobe, pelas contribuições metodológicas.

À Profa. Dra. Edilaine Cristina da Silva Gherardi Donato e à Profa. Dra. Rosana Aparecida Dantas, pelas opiniões e pontuações durante meu Exame de Qualificação.

Aos participantes deste estudo, Maria, Joana, Sofia e Pedro, por se permitirem falar e serem escutados. Sem vocês esta Dissertação não teria o valor que tem.

RESUMO

MATIOLI, M. R. **A experiência da sepse e a qualidade de vida relacionada à saúde: um diálogo entre a psicanálise e as ciências da saúde.** 2016. 88f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

A sepse é uma condição importante dentre as complicações infecciosas da contemporaneidade, do ponto de vista clínico e da saúde pública, tanto pelo número de casos, quanto pela gravidade e potencial de evolução para óbito. Trabalhos mostraram que a taxa de mortalidade durante a internação é elevada e que permanece alta até cinco anos após a hospitalização. Além disso, estudos apontaram perdas nos aspectos físicos e cognitivos, o que resulta em prejuízos sociais e emocionais que afetam a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) desses indivíduos. A partir da abordagem de pesquisa de desenho misto com estratégia de triangulação concomitante, utilizando-se do instrumento genérico para avaliação da QVRS *Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey* (SF-36) (Versão dois) e de entrevista semiestruturada analisada sob o marco teórico da psicanálise de orientação lacaniana, à luz da técnica de análise de conteúdo indutivo, objetivou-se analisar as interpretações que cada participante faz sobre a experiência da sepse e relacioná-la com a QVRS dessas pessoas. A população estudada foi constituída por quatro indivíduos que passaram pelo evento da sepse no período de junho de 2013 a junho de 2015. Este estudo foi elaborado de acordo com as diretrizes contidas na Resolução CNS 466/2012 para o desenvolvimento de pesquisa com seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. Foi observado, a partir da análise dos resultados do SF-36 (Versão dois), mediana e baixa QVRS dos participantes deste estudo e, a partir da análise das entrevistas, pôde-se observar como cada um, a partir da sua subjetividade, pôde experimentar o evento da sepse, notadamente em aspectos que apontavam para o corpo e o adoecimento. Esses achados possibilitam uma compreensão ampliada que pode contribuir com a prática clínica da equipe de saúde multidisciplinar.

Palavras-chave: Sepse. Qualidade de vida relacionada à saúde. Psicanálise.

ABSTRACT

MATIOLI, M. R. **The experience of sepsis and the health-related quality of life: a dialogue between the psychoanalysis and the health sciences.** 2016. 88p. Thesis (Masters) – Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

The sepsis is an important condition between the infectious complication of contemporaneity, from a clinical point of view and public health, because of the number of cases, the severity and the potential progression to death. Studies showed that the mortality rate during hospitalization is high and remains high until five years after hospitalization. Authors showed losses in physical and cognitive aspects, resulting in social and emotional losses that affect the health-related quality of life (HRQOL) of these individuals. From the mixed research design approach with concurrent triangulation strategy, using the generic instrument to assess HRQOL Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36) (Version two) and the semi-structured interviews analyzed under the theoretical framework of Lacanian psychoanalysis in the light of inductive content analysis technique, this study aimed to analyze the interpretations that each participant makes about the experience of sepsis and relate it to the HRQOL of these people. The study population consisted of four individuals who have gone through sepsis event from June 2013 to June 2015. The study was prepared in accordance with the guidelines contained in Resolution CNS 466/2012 for the development of research with human beings it was approved by the Ethics Committee on Human Research of the Ribeirão Preto College of Nursing-USP. It was observed from the analysis of the results of the SF-36 (Version two), median and low HRQOL of the study participants and from the analysis of the interviews, it was observed how each one, from their subjectivity, could experience the event of sepsis, especially in ways that pointed to the body and illness. These findings allow a broader understanding that way contribute to the clinical practice of multidisciplinary health team.

Keywords: Sepsis. Health-related quality of life. Psychoanalysis.

RESUMEN

MATIOLI, M. R. **La experiencia de la sepsis y la calidad de vida relacionada con la salud: un diálogo entre el psicoanálisis y las ciencias de la salud**. 2016. 88h. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

La sepsis es una condición importante entre las complicaciones infecciosas de la contemporaneidad, del punto de vista clínico y de la salud pública, en el número de casos, la severidad y el potencial de evolución para la muerte. Los estudios mostraron que la tasa de mortalidad durante la hospitalización es alta y se mantiene elevada hasta cinco años después de la hospitalización. Además, los estudios mostraron pérdidas en los aspectos físicos y cognitivos, lo que resulta en pérdidas sociales y emocionales que afectan a la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) de estos individuos. Con el enfoque de investigación de diseño mixto y la estrategia de triangulación concurrente, utilizando el instrumento genérico para evaluar la CVRS *Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36)* (Versión dos) y entrevistas semiestructuradas analizadas bajo el marco teórico del psicoanálisis lacaniano, a la luz de la técnica de análisis de contenido inductivo, el objetivo de este trabajo es analizar las interpretaciones que cada participante hace acerca de la experiencia de la sepsis y relacionarla con la CVRS de estas personas. La población del estudio consistió en cuatro individuos que han pasado por la sepsis en el período de 2013 hasta junio de 2015. El estudio fue preparado de conformidad con las directrices contenidas en la Resolución 466/2012 del CNS para el desarrollo de la investigación con seres humanos y fue aprobado por el Comité de Ética de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto-USP. Se observó, a partir del análisis de los resultados de el SF-36 (Versión dos), mediana y baja CVRS de los participantes del estudio y, del análisis de las entrevistas, se observó cómo cada uno, desde su subjetividad, han experimentado la sepsis, especialmente los aspectos que apuntaban a el cuerpo y la enfermedad. Estos hallazgos permiten una comprensión más amplia que puede contribuir a la práctica clínica del equipo de salud multidisciplinario.

Palabras claves: Sepsis. Calidad de vida relacionada con la salud. Psicoanálisis.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Divisão segundo o sexo dos possíveis participantes e os motivos pelos quais não foram incluídos no estudo	38
Tabela 02 – Caracterização dos participantes do estudo segundo idade; anos de estudo; número de filhos; número de pessoas que moram na residência, incluindo o participante; renda familiar antes e após a doença; contribuição do participante na renda familiar antes e após a doença; tempo de internação no Centro de Terapia Intensiva (CTI) e; tempo de internação total	38
Tabela 03 – Resultados obtidos por cada participante nos oito domínios do SF-36 (Versão dois)	39
Tabela 04 – Resultados obtidos por cada participante nos componentes físico e mental do SF-36 (Versão 02)	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACCP – *American College of Chest Physicians*

ACEP – *American College of Emergency Physicians*

AMP – Associação Mundial de Psicanálise

BASES (*Brazilian Sepsis Epidemiological Study*) – Estudo Brasileiro de Epidemiologia da Sepsis

CTI – Centro de Terapia Intensiva

DMO – Disfunção de Múltiplos Órgãos

EBP – Escola Brasileira de Psicanálise

EQ – Exame de Qualificação

HCFMRP-USP – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

ILAS – Instituto Latino Americano da Sepsis

LMIC (*Low and Middle Income Countries*) – Países de Baixo e Médio Recursos

MEEM – Mini Exame do Estado Mental

OMS – Organização Mundial de Saúde

qSOFA (*Quick Sequential Organ Failure Assessment*) – Avaliação Sequencial de Falência de Órgãos Rápido

QV – Qualidade de Vida

QVRS – Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

SCCM – *Society of Critical Care Medicine*

Sepsis-3 – Terceiro Consenso Internacional de Definições de Sepsis e Choque Séptico

SF-36 – *Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey*

SIRS (*Systemic Inflammatory Response Syndrome*) – Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica

SOFA (*Sequential Organ Failure Assessment*) – Avaliação Sequencial de Falência de Órgãos

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

---

1. Introdução	14
2. Revisão da literatura	17
3. Objetivos	25
3.1. Geral	25
3.2. Específicos	25
4. Percurso metodológico	27
4.1. Delineamento do estudo	27
4.1.1. Psicanálise de orientação lacaniana	27
4.2. Participantes	32
4.3. Coleta de dados	33
4.4. Análise de dados	34
4.5. Considerações éticas	35
5. Resultados e discussão	37
5.1. Dados quantitativos	38
5.2. Dados qualitativos	40
5.2.1. Maria	40
5.2.2. Joana	43
5.2.3. Sofia	46
5.2.4. Pedro	48
5.3. Possíveis relações entre os dados quantitativos e os dados qualitativos	51
6. Considerações finais	54
7. Referências bibliográficas	56

Apêndices

Apêndice A – Roteiro de caracterização sociodemográfica e clínica	64
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Participantes)	66
Apêndice C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Especialistas)	67

Anexos

Anexo A – Mini Exame do Estado Mental (MEEM)	69
Anexo B – <i>Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey</i> (SF-36) (Versão dois)	73
Anexo C – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo	79
Anexo D – Autorização para utilização do MEEM	80
Anexo E – Autorização para utilização do SF-36 (Versão dois)	82

1. INTRODUÇÃO

---

1. INTRODUÇÃO

A sepse, do ponto de vista clínico e da saúde pública, é uma condição extremamente importante entre as complicações infecciosas da contemporaneidade, tanto pelo número de casos, quanto pela gravidade e pelo potencial de evolução para óbito (SIQUEIRA-BATISTA et al., 2012). Acredita-se que 18 milhões de casos ocorram anualmente no mundo (JAIMES, 2005) sendo que a cada quatro pessoas diagnosticadas com sepse, uma é por ela vitimada (DELLINGER et al., 2013).

Apesar de todas as medidas adotadas e dos avanços tecnológicos, a mortalidade por sepse gira em torno de 30 a 50 casos para cada 100.000 habitantes/ano, afetando todas as idades, ocorrendo na comunidade e ambientes hospitalares, estando entre as dez maiores causas de morte no mundo e a primeira em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) (LEVER; MACKENZIE, 2007; MARTIN et al., 2003). O Estudo Brasileiro de Epidemiologia da Sepse (BASES, *Brazilian Sepsis Epidemiological Study*) mostrou que a taxa de mortalidade dos pacientes com sepse e choque séptico é de 33,9% e 52,2%, respectivamente (SILVA et al., 2004).

A partir de pesquisas realizadas por Contrin et al. (2013) observou-se que houve um aumento aproximado, na década passada, de 90% na incidência da sepse e os números continuam a crescer 1,5% ao ano. Esse aumento está relacionado a vários fatores como: o aumento da população com idade superior a 65 anos, o aumento da sobrevida em doenças debilitantes, a maior frequência no emprego de técnicas invasivas e as infecções hospitalares (PEREIRA JÚNIOR et al., 1998).

Os prejuízos decorrentes da sepse vão além da alta mortalidade hospitalar, uma vez que pacientes que sobrevivem ao evento de sepse apresentam risco maior de óbito até cinco anos após a hospitalização (WESTPHAL et al., 2012; JAGODIČ; JAGODIČ; PODBREGAR, 2006; DAVIDSON et al., 1999). Além disso, podem apresentar prejuízos nos aspectos físicos e cognitivos, o que resulta em comprometimento físico, emocional e consequentemente social, que afetam a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) desses indivíduos (SASSE et al., 1995).

Assim sendo, faz-se necessário compreender como a sepse afeta a vida desses indivíduos para além das questões mensuráveis, ou seja, utilizando a entrevista para o

aprofundamento em relação aos aspectos físicos e psíquicos, a partir da singularidade de cada um.

2. REVISÃO DA LITERATURA

---

2. REVISÃO DA LITERATURA

Faz-se necessário, para a compreensão da sepse, apresentar alguns conceitos chave. A partir do consenso proposto no ano de 1991 e revisado no ano de 2001, pelo *American College of Chest Physicians* (ACCP) e pela *Society of Critical Care Medicine* (SCCM), a sepse pode ser caracterizada por uma Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS, *Systemic Inflammatory Response Syndrome*) em face de uma infecção grave, desencadeada por bactéria, vírus, parasita ou fungo (SIQUEIRA-BATISTA et al., 2011). A presença de um agente infeccioso é o principal disparador da SIRS, entretanto podem haver causas não infecciosas, como: queimaduras, traumas ou cirurgias (DELLACROCE, 2009).

Quando a SIRS está associada a um quadro infeccioso suspeito ou confirmado ela é então denominada sepse (BONE et al., 1992). Calandra e Cohen (2005) observaram que dos tipos de infecção que induziam a sepse, 30 a 40% eram provenientes da corrente sanguínea e 40% tinham como origem o trato urinário. Outros focos de infecção eram: endocardite, infecção da ferida operatória e infecções abdominais. Quando a sepse está associada à disfunção de órgãos, hipotensão e hipoperfusão tecidual denomina-se sepse grave. Todos os órgãos, tais como coração, pulmões, fígado, rins e encéfalo podem ser afetados (BONE et al., 1992). Se a hipotensão persiste e não melhora após a reposição volêmica, sendo necessária a administração de agentes vasoativos para manutenção da pressão arterial em níveis compatíveis com a vida, ocorre o choque séptico (BONE et al., 1992). Apesar da definição de sepse e suas complicações possuírem aproximadamente 22 anos, ela é ainda largamente utilizada e indicada como referência pela *Surviving Sepsis Campaign* (DELLINGER et al., 2013).

Recentemente, Singer et al., (2016) publicaram o “Terceiro Consenso Internacional de Definições de Sepse e Choque Séptico (*Sepsis-3*)” referente aos novos critérios diagnósticos para sepse e choque séptico, mas que ainda não foram endossadas por várias instituições. Segundo o estudo, limitações nas definições anteriores incluíam: foco excessivo sobre a inflamação; o modelo equivocado de que a sepse segue fluxo que passa pela sepse grave até atingir o choque séptico e; a especificidade inadequada dos critérios da SIRS. Além disso, várias definições e terminologias estão atualmente em uso para sepse, choque séptico e disfunção de órgãos, levando a discrepâncias na incidência e mortalidade observada. Concluíram, também, que o termo sepse grave era redundante.

Para o novo consenso, conceitualmente, sepse é a disfunção de órgãos com risco de vida devido à resposta desregulada do hospedeiro à infecção. Para operacionalização clínica é a infecção associada ao aumento no escore da Avaliação Sequencial de Falência de Órgãos (SOFA, *Sequential Organ Failure Assessment*) de dois pontos ou mais. O escore SOFA, muito utilizado na medicina intensiva, foi escolhido como marcador de disfunção orgânica por predizer melhor a mortalidade hospitalar do que outros scores como a SIRS. Já o choque séptico é definido por aquele subgrupo de pacientes com sepse no qual há requerimento de vasopressor para manter uma pressão arterial média de 65 mmHg ou superior e, o nível de lactato no soro inferior a 2 mmol/L na ausência de hipovolemia. Houve unanimidade de que o choque séptico deve refletir uma doença mais grave, com uma probabilidade muito maior de morte do que apenas a sepse. Portanto, critérios clínicos de choque séptico foram desenvolvidos com hipotensão e hiperlactatemia em vez de cada um sozinho, porque a combinação engloba tanto a disfunção celular e comprometimento cardiovascular e está associada com uma taxa de mortalidade significativamente mais elevada ajustada ao risco (SINGER et al., 2016; ABRAHAM, 2016).

Em carta aberta, o Instituto Latino Americano da Sepse (ILAS) relatou os motivos do não endosso, juntamente com a ACCP e a *American College of Emergency Physicians* (ACEP): 01. Não envolvimento de Países de Baixo e Médio Recursos (LMIC, *Low and Middle Income Countries*) nas decisões e implicações da nova definição; 02. Novos critérios diminuem a sensibilidade do diagnóstico, o que potencialmente dificulta o manejo em tempo hábil da sepse em locais não privilegiados, onde o maior desafio é reconhecer a doença; 03. Escores SOFA e qSOFA (*Quick Sequential Organ Failure Assessment*), têm limitações de validação, tanto para triagem, quanto para classificação da gravidade e; 04. Retirada da hiperlactatemia como critério de disfunção orgânica (ILAS, 2016).

Simpson (2016) afirmou que mudanças nas definições de critérios diagnósticos poderiam retroceder décadas de trabalho utilizadas para reconhecer a sepse precocemente e intervir de forma ativa. Parece improvável que a simples mudança de definição clínica levará à redução substancial da mortalidade. O que os pacientes necessitam é que os impulsos das últimas duas décadas continuem e não sejam interrompidos por mudanças conflituosas.

Segundo Silva e Otero (2004) a causa mais comum de morte em pacientes com sepse, sepse grave ou choque séptico é a deterioração aguda de dois ou mais órgãos, ou seja, a Disfunção de Múltiplos Órgãos (DMO). Geralmente estão envolvidos: os pulmões, os rins, o coração, incluindo o sistema vascular, o fígado e o sistema nervoso central. Porém, há um

desconhecimento da prevalência deste último, já que os pacientes estão, na maioria das vezes, sedados durante a internação.

Embora os resultados do desfecho do quadro clínico em curto prazo, tais como a mortalidade hospitalar, sejam de extrema importância, eles não são capazes de avaliar como a doença crítica e os cuidados intensivos afetam a saúde e o bem estar após a alta hospitalar. Nos sobreviventes à sepse a taxa de mortalidade permanece elevada no primeiro ano após a alta hospitalar, sendo que o risco aumentado de morte pode persistir por, aproximadamente, cinco anos após a hospitalização (WESTPHAL et al., 2012; JAGODIČ; JAGODIČ; PODBREGAR, 2006; DAVIDSON et al., 1999). A letalidade a curto e em longo prazo parece estar associada às disfunções orgânicas ocorridas na fase aguda da doença. Essas disfunções também podem gerar comprometimentos crônicos nas capacidades física e mental dos pacientes após a alta hospitalar (WESTPHAL et al., 2012).

A perda da função física no paciente crítico, após a alta hospitalar, pode estar relacionada a vários fatores como: imobilização prolongada, inflamação generalizada, nutrição insuficiente e administração de corticoides. Aproximadamente 80% dos pacientes atribuem a piora do *status* físico à perda de massa muscular (POULSEN et al., 2009). Adicionalmente, os sobreviventes à sepse apresentam problemas relacionados à concentração, sono, resolução de problemas, memória e habilidade física, principalmente relacionada ao autocuidado e à mobilidade (LAZOSKY et al., 2010).

As alterações cognitivas, emocionais e sensoriais encontradas nos sobreviventes a um episódio de sepse podem estar relacionadas à encefalopatia observada nesses pacientes. Um estudo clínico-patológico da década de 1980 que avaliou o encéfalo de 12 pacientes que haviam morrido de sepse demonstrou uma série de anormalidades, incluindo: micro abscessos, especialmente no córtex cerebral, petéquias e lesões isquêmicas microscópicas. Além disso, o estudo do fluido cérebro-espinhal desses pacientes demonstrou elevação da concentração proteica, o que é condizente com o rompimento da barreira hematoencefálica (JACKSON, 1985). Wilson e Young (2003) propõem que a sepse pode acarretar danos irreversíveis ao encéfalo devido à morte neuronal decorrente de isquemias regionais, produção excessiva de radicais livres, excitotoxicidade glutamatérgica e apoptose celular.

Em um estudo de caso, o prejuízo cognitivo e o declínio intelectual da paciente pareceram estar relacionados com a sepse. Esse prejuízo resultou em um rompimento clinicamente significativo do seu funcionamento global e levou às dificuldades com organização, multitarefa e eficiência (JACKSON et al., 2009).

Segundo Lazosky et al. (2010) sobreviventes à sepse podem apresentar problemas físicos, sensoriais, emocionais e prejuízo cognitivo que se tornam mais evidentes quando envolvidos em atividades mais desafiadoras, como trabalhar. Na população idosa, a sepse grave foi associada com prejuízo cognitivo substancial e persistente e incapacidade funcional entre os sobreviventes (IWASHYNA et al., 2010). Além disso, sobreviventes à sepse apresentaram prejuízo cognitivo permanente e disfunção cerebral inespecífica que pode resultar da atrofia do hipocampo esquerdo em comparação com controles saudáveis (SEMMLER et al., 2013). A magnitude desses défices foi grande, resultando na incapacidade dessas pessoas viverem independentemente.

Entre os eventos ocorridos com o paciente na unidade de terapia intensiva, infecção ou sepse grave, disfunção neurológica e diálise aguda foram independentemente associadas com diagnóstico subsequente de demência (GUERRA; LINDE-ZWIRBLE; WUNSCH, 2012).

É importante destacar que as consequências da sepse vão além do comprometimento físico e cognitivo do sobrevivente, pois estes e seus cuidadores relataram impacto duradouro do diagnóstico de sepse grave sobre suas vidas. Além disso, há falta de compreensão a respeito do diagnóstico de sepse grave pelos pacientes e cuidadores e dificuldades de acesso a cuidados de saúde adequados e serviços auxiliares após a alta hospitalar (GALLOP et al., 2015).

Portanto, fica claro que o comprometimento da função orgânica, em pacientes que sobrevivem à sepse, resulta em prejuízos físicos, sociais e emocionais que afetam a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) desses indivíduos (SASSE et al., 1995).

Para a compreensão do conceito de QVRS faz-se necessário, primeiramente, a apresentação de alguns pontos sobre Qualidade de Vida (QV), já que é muito utilizada em vários trabalhos relacionados à sepse.

QV é uma expressão largamente utilizada nos dias atuais. É comum ouvir pessoas comentando sobre mudanças em seus estilos de vida na busca por um aumento de sua QV. Proliferam as propagandas dos mais diversificados produtos que tentam seduzir os consumidores com a promessa de aprimoramento da QV. Diversas profissões relacionadas à saúde se especializam na busca pela QV de seus clientes (GIMENES, 2013). Porém, Minayo, Hartz e Buss (2000) afirmam que o termo QV aparece, na maioria das vezes, com sentido genérico, necessitando ser melhor explicado e qualificado.

Já em 1970, Campbell explicitou as dificuldades acerca da conceituação de QV, por ser algo vago, sobre a qual as pessoas falam, mas que ninguém sabe claramente o que é. A citação feita há mais de 40 anos ilustra as controvérsias que aparecem na literatura atual. Há

indícios de que o termo surgiu pela primeira vez na literatura médica na década de 1930, a partir de um levantamento de estudos que objetivavam definir e que faziam referência à avaliação da QV (SEIDL; ZANNON, 2004).

Segundo Minayo, Hartz e Buss (2000) a QV é uma noção humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental, além da própria estética existencial. O termo abrange significados diversos que refletem conhecimentos, experiências e valores tanto individuais, quanto coletivos que a ele se reportam em várias épocas, espaços e histórias, sendo uma construção social, marcada pela relatividade cultural.

De acordo com Seidl e Zannon (2004), há, na área da saúde, duas tendências quanto à conceituação do termo QV: uma mais genérica e outra relacionada à saúde. A primeira, aparentemente influenciada por estudos sociológicos, apresenta uma acepção mais ampla e não faz referência a disfunções ou agravos que podem acometer a saúde de um indivíduo. A definição adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) ilustra essa conceituação quando afirma que QV é “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (SEIDL; ZANNON, 2004, p. 583). Já a QVRS, tem sido usada com objetivos semelhantes à primeira, porém mais associada às enfermidades ou às intervenções em saúde. Neste estudo será utilizada a definição proposta por Wilson e Cleary (1995) que afirmam que QVRS “refere-se aos vários aspectos da vida de uma pessoa que são afetados por mudanças no seu estado de saúde, e que são significativos para a sua QV” (SEIDL; ZANNON, 2004, p. 583).

Para Heyland et al. (2000), a QVRS, também nomeada de estado de saúde percebido, é geralmente definida como um construto que engloba vários aspectos da autopercepção de bem estar que são relacionados ou afetados pela presença de uma doença e do tratamento. Inclui três domínios principais: o físico, que abrange aspectos funcionais e de capacidade para o trabalho; o psicológico, que está relacionado à satisfação, ao bem estar, à autoestima, à ansiedade e à depressão e; o social, referente ao trabalho, ao lazer e às interações familiares e/ou sociais.

Dessotte (2010) afirma que a avaliação da QVRS pode ser realizada por meio das abordagens quantitativa ou qualitativa. Em relação à abordagem quantitativa, há o predomínio do uso de escalas e instrumentos que podem ser genéricos ou específicos. Entre os instrumentos genéricos, ou seja, que podem ser administrados na população geral,

independente da presença de alguma condição ou doença crônica está o *Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey* (SF-36).

O SF-36 é bastante utilizado em diversos estudos para a análise da QVRS em pacientes sobreviventes de sepse grave e choque séptico após a alta hospitalar (WESTPHAL et al., 2012). O SF-36 é um instrumento genérico de avaliação de QVRS, multidimensional, formado por 36 itens divididos em oito escalas e validado para a língua portuguesa. As escalas avaliadas são: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Apresenta um escore de zero a cem, sendo zero equivalente ao pior estado de saúde e cem ao melhor estado de saúde para cada escala avaliada (CICONELLI et al., 1999).

Vários artigos nacionais e internacionais utilizaram o instrumento SF-36 para avaliar a QVRS em pacientes sobreviventes de sepse grave e/ou choque séptico, após alta hospitalar, e observou-se uma diminuição significativa da QVRS, tanto em aspectos físicos, quanto emocionais e consequentemente sociais (HEYLAND et al., 2000; HOFHUIS et al., 2008; WESTPHAL et al., 2012).

Lazosky et al. (2010) observaram que quando comparada a QVRS de pacientes que sobreviveram à sepse, com a de pacientes que tiveram um episódio de doença cardíaca grave, os pacientes com sepse apresentavam mais sintomas sensoriais, físicos e comportamentais do que os pacientes cardíacos.

Resultados parecidos já haviam sido obtidos no estudo de Jagodič, Jagodič e Podbregar (2006) quando a QVRS foi comparada à de pacientes que sofreram trauma e foram internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Nesse, os sobreviventes à sepse apresentaram escores menores nos domínios estado geral de saúde e vitalidade, do SF-36.

Em relação à literatura nacional, após busca de trabalhos científicos em diversas bases de dados (MEDLINE; SCIELO; EMBASE; CINAHL), foi encontrado apenas dois trabalhos (CONTRIN, 2013; WESTPHAL et al, 2012) realizados na região sul do Brasil, que investigaram a QVRS de pacientes sobreviventes à sepse. Ademais, não foram encontrados trabalhos nacionais ou internacionais que propusessem a abertura de escuta para tais pacientes, ou seja, que utilizassem entrevista para o aprofundamento em relação aos aspectos mencionados, a partir da singularidade de cada um.

Uma hipótese para que esta abertura não tenha se dado é o fato do conhecimento referente ao indivíduo com sepse estar atrelado ao saber médico e ambos incluídos no chamado discurso da ciência que privilegia a objetividade e o universal. A ciência moderna surgiu quando observação, experimentação e verificação de hipóteses tornaram-se critérios

decisivos, superando argumentos metafísicos. A medicina passou a seguir os pressupostos da ciência ao localizar a patologia no corpo biológico, cujas observações e investigações poderiam resultar em estudos para sua terapêutica. Os aspectos singulares estão, não apenas na observação do corpo biológico, mas para além deste, incluídos no campo do sujeito, do qual a psicanálise pode transmitir um saber, já que privilegia este singular. Porém, não há intuito de se dividir corpo e mente, já que a singularidade só se enuncia a partir de um corpo real subjetivado singularmente por cada um (ERLICH; ALBERTI, 2008).

Levando-se em consideração a gravidade do quadro de sepse, as sequelas que esses indivíduos podem apresentar, após a alta hospitalar, e as implicações destas na vida das pessoas, pergunta-se: Quais as interpretações dos sobreviventes sobre a experiência da sepse e como é a QVRS deles?

O ineditismo deste estudo se dá justamente por, além de avaliar a questão da QVRS, por meio do SF-36, de pessoas que receberam alta do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) após um evento de sepse, aprofundar nas experiências singulares desses indivíduos através de entrevistas e, buscar uma compreensão ampliada para contribuir na prática clínica da equipe de saúde multidisciplinar.

3. OBJETIVOS

---

3. OBJETIVOS

3.1. GERAL

Analisar as interpretações que cada participante faz sobre a experiência da sepse e relacioná-la com a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) dessas pessoas.

3.2. ESPECÍFICOS

- Avaliar a QVRS de cada participante a partir do *Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey* (SF-36);
- Analisar como cada participante recorda a experiência do evento da sepse e qual a consequência desta em sua vida atualmente e;
- Analisar como as alterações da QVRS dessas pessoas se expressam em seus discursos.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

---

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

Para o desenvolvimento deste estudo, cujo delineamento é transversal e exploratório, foi adotada a abordagem de pesquisa de desenho misto com estratégia de triangulação concomitante.

Segundo Creswell e Clark (2013), a pesquisa de desenho misto se caracteriza pela coleta e análise de dados quantitativos e qualitativos de forma rigorosa, proporcionando um entendimento aprofundado do problema de pesquisa, do que cada uma das abordagens utilizadas isoladamente.

A estratégia de triangulação concomitante é caracterizada pela coleta simultânea de dados quantitativos e qualitativos para posterior comparação dos dados, determinando possíveis convergências, diferenças ou alguma comparação (CRESWELL, 2007).

Como marco teórico para a análise dos resultados qualitativos foi utilizada a psicanálise de orientação lacaniana e, para a apresentação dessa análise, utilizou-se o estudo de caso. Vale ressaltar que não se trata de um caso clínico, mas da análise de entrevistas em torno do tema sepse, circunscrevendo como cada participante experimentou a infecção e como esta afetou sua Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS).

O estudo de caso é a investigação detalhada de uma entidade ou de um pequeno número de entidades, favorecendo a análise e a compreensão de importantes questões para sua história, seu desenvolvimento e suas circunstâncias. A entidade pode ser o indivíduo, a família, a instituição, a comunidade ou outra unidade social. Também é utilizado para a obtenção de ricas informações descritivas, podendo examinar relações entre diferentes fenômenos. Sua grande vantagem é a profundidade que pode ser alcançada quando há um número limitado de entidades investigadas, fornecendo oportunidade de conhecimento íntimo da condição, dos sentimentos, das ações, das intenções e do ambiente da pessoa (POLIT; BECK, 2011).

4.1.1. Psicanálise de orientação lacaniana

Parte da proposta deste trabalho é a análise de entrevistas a partir do saber e dos conceitos teóricos da psicanálise, que se difere de uma pesquisa clínica que parte de um caso clínico. Esse marco teórico permite aprofundar no discurso de cada participante, buscando

apreender o singular da experiência vivida com a sepe a partir do modo como interpretou, pôde falar sobre o que viveu e os efeitos em sua vida atual. Para tanto, faz-se necessário traçar alguns pontos sobre seus conceitos chaves, assim como delimitar alguns limites.

Desde Freud, teoria e prática mantém uma relação de interdependência. Foi a partir da clínica que Freud descobriu que a realidade poderia ser interpretada a partir da incidência da linguagem em cada um, de modo que um mesmo acontecimento poderia produzir sentidos e significados distintos, já que se referiam às influências de experiências vividas anteriormente cujas interpretações permitiriam a criação uma realidade particular.

Em seus “Estudos sobre a histeria”, Freud abandonou sua primeira teoria do trauma, ou seja, que haveria uma cena de sedução sexual real na base dos conflitos neuróticos e observou que essa realidade particular, denominada fantasia, se expressava através de sintomas no corpo de suas pacientes histéricas (desmaios, paralisação de membros, cegueira, entre outros). Esses sintomas portavam uma mensagem cifrada e velada sobre a qual o sujeito não teria consciência. Essas descobertas instigaram o rumo das investigações freudianas para postular a existência do inconsciente (BREUER; FREUD, 1893/1996).

Segundo Freud (1915/1996), o inconsciente é um sistema psíquico com conteúdos, mecanismos e energia específicos. Os conteúdos inconscientes são representantes da pulsão. Esta está na fronteira entre o mental e o somático, ou seja, é o representante psíquico dos estímulos que se originam no corpo, alcançam a mente e são portadores de desejo e de gozo. O conteúdo inconsciente está articulado ao modo de satisfação da pulsão, em forma de desejo, onde a pulsão é investida em um objeto de desejo ou em forma de gozo, modos como a pulsão se satisfaz.

No texto “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, Freud (1905/1996) vai além das questões da sexualidade, que até aquele momento era entendida como restrita à genitalidade, iniciando o entendimento do que é a constituição de um ser, considerando a dimensão da subjetividade. Observou que o desejo é o que faz uma criança tornar-se um sujeito desejante na medida em que foi desejado, introduzindo-a no campo pulsional, onde a palavra representa algo desse desejo que a constitui. Nesse campo pulsional inclui-se o que se mantém fora do alcance da palavra, ou ao seu lado, e que Lacan nomeou como gozo, que se traduz como o modo como cada um se satisfaz ao nível da pulsão, sendo esse o representante psíquico do instinto.

Na “Interpretação dos sonhos”, Freud (1900/1996) escreveu que interpretar o sonho é o caminho que conduz ao inconsciente. É através do relato do sonhador, ou seja, das palavras (significantes) empregadas em seu discurso, que é possível interpretar psicanaliticamente o

sonho. Freud pôde escutar na fala de seus pacientes a função da linguagem, lugar onde as palavras ganham valores distintos e, são índices do conteúdo recalçado.

O recalçamento, ou recalque é o processo de afastamento das pulsões às quais é rejeitado o acesso à consciência. Freud descobriu tratando seus pacientes que os conteúdos recalçados geralmente estão associados a modos de satisfação sexual insuportáveis para a consciência, porém esses se disfarçam e tentam voltar à consciência na forma de sonhos, sintomas e outras formações do inconsciente. Atrelada ao recalçamento, está a denegação, um mecanismo primitivo do aparelho psíquico que expulsa para o exterior do eu as experiências desprazerosas. A denegação aparece na linguagem, como explicita Freud: “O senhor pergunta quem pode ser essa pessoa no sonho. Não é minha mãe”. A ideia pode ser apresentada como “Essa pessoa é minha mãe” (FREUD, 1925/1996, p. 265).

Para Lacan (1964/2008, p. 27), “o inconsciente é estruturado como uma linguagem”, ou seja, a partir da linguística, considerou que o inconsciente obedece às mesmas leis da linguagem, por isso, colocou a fala como o instrumento por onde se podem verificar as manifestações do inconsciente: atos falhos, chistes, sonhos e sintomas.

O linguista Ferdinand de Saussure, em seu “Curso de linguística geral”, dividiu o signo linguístico (palavra) em duas partes: o significante ou representação psíquica do som (imagem acústica) e o significado, que indica o sentido da palavra. Para Saussure, o signo linguístico não une uma coisa a um nome, mas um conceito a uma imagem acústica (DOR, 1989).

Ao repensar a ideia saussuriana, Lacan demonstrou que o significante não serve ao significado, já que o primeiro porta algo, a mais, que o segundo não dá conta. O significante não significa nada, ele representa o sujeito para outro significante (LACAN, 1955-56/1988). Em psicanálise, Freud empregou o termo, mas foi Lacan (1960/1998), em “Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano”, que transformou o sujeito da consciência em sujeito do inconsciente. O sujeito da psicanálise não é o indivíduo biológico, nem o sujeito da compreensão. Mas, o sujeito do inconsciente, produto e efeito da linguagem, que não é senhor de seus próprios pensamentos e que se caracteriza por uma falta central, em cujo centro se aninha o desejo. É na relação com o Outro (grande Outro), intermediada pela linguagem, que o inconsciente de estrutura e promove a constituição subjetiva. O inconsciente é formado pelos representantes psíquicos da pulsão, e é no processo de pulsionalização ou erogeneização do corpo infantil que poderá falar-se de um sujeito em constituição.

Para falar do desejo, retoma-se o escrito “O estádio do espelho” e os três tempos do complexo de Édipo. Em relação ao primeiro, a criança, entre os seis e os 18 meses, forma

uma unidade corporal de si através da identificação com a imagem do outro. Para Lacan, essa é a matriz para um primeiro esboço do ego (eu). Não é o momento da constituição do sujeito, já que ainda se está no registro do imaginário. O que se produz nessa primeira fase é o eu especular, que já conta com o simbólico pela presença do Outro, com o qual poderá separar sua imagem, da imagem do outro. É pelo reconhecimento da própria imagem que o eu se constitui pela apropriação de sua unidade corporal (LACAN, 1949/1998).

O sujeito será produzido na passagem do imaginário para o simbólico, a partir da linguagem. É o complexo de Édipo, num primeiro movimento do ensino de Lacan, escandido em três tempos, que marca a passagem do imaginário para o simbólico e a divisão da subjetividade, ou seja, uma individualidade psíquica, mas com um resto, onde se aloja aquilo que o imaginário e o simbólico não apreendem, mas que se mantém afetando o corpo (LACAN, 1949/1998).

No primeiro tempo do Édipo a criança busca satisfazer o desejo da mãe, ou seja, ser o falo desta. Identifica-se com o que imagina poder desejar a mãe. Nesse momento, a criança se confunde com a mãe, não existindo mediação entre elas. No segundo tempo o pai priva a mãe. Impede a mãe de ser toda para o filho. O pai aparece na posição de lei, constituindo o campo simbólico, que se nomeia Outro. Outro do código linguístico o qual cada um faz uso para aparecer enquanto sujeito. O pai marca a mãe com uma falta, na medida em que barra sua satisfação com o objeto fálico. Extrai-se do Outro um objeto, o falo. Este, enquanto representante da falta, é o objeto faltoso, o objeto de desejo. É ao encontrar essa falta, no Outro, que a criança localiza sua falta. No terceiro tempo, o pai detém um saber sobre o desejo, aparecendo ao filho como capaz de ser desejado, produzindo a identificação do filho com ele, possibilitando ao filho também ser desejado. Ao se perguntar o que o Outro deseja, a criança é tocada por essa questão fundamental em sua estruturação subjetiva, a construção da fantasia, realidade particular como já apresentado, que cada um constrói para si. É nesse laço com o outro e com o Outro que a criança se apropria de seu corpo, marcando uma junção e uma disjunção entre o sujeito e seu corpo, ou seja, num primeiro tempo, com a entrada no campo simbólico, há a separação entre Outro e o sujeito, permitindo à criança, separar-se e apropriar-se de seu corpo (LACAN, 1957-58/1999).

Imersa no mundo da linguagem, para nomear o que a rodeia, o que acontece com ela, a criança utiliza palavras já existentes, ou seja, precisa se encaixar nos significantes dados pelo Outro. Trata-se da passagem da necessidade para a demanda e em seguida para o desejo, quando ocorre a separação. Na relação com os significantes que vêm do Outro, o sujeito se identifica ou é marcado pelo efeito de gozo, ou seja, o modo de satisfação ligado ao que é

inconsciente, de um significante pela incidência da palavra, fora de sentido, não mais pela via do imaginário. Ao se identificar a alguns significantes que vem do Outro, o sujeito é marcado por algo que se transmite da pulsão, ou seja, um modo de satisfação inconsciente, que se dá pela incidência da palavra, do significante, mas que não se materializa em sentido e sim como marca de uma satisfação que incide sobre o corpo. Desta forma, o corpo em questão não é somente o corpo imaginário, mas um corpo real, que se afeta pela linguagem (LACAN, 1964/2008).

O corpo então é marcado pelo significante, no qual as diversas partes podem servir como objetos da pulsão, isto é, ir além de sua função no corpo vivo, para além do organismo. Com a inscrição simbólica o corpo é desnaturalizado e afetado pela pulsão, representante psíquico do instinto, ou seja, faz uma passagem do organismo ao corpo sexualizado e afetado pelo desejo, esse é o registro do simbólico. É o que leva Freud a concluir que um sintoma conversivo, que afeta o corpo na histeria, carrega uma mensagem cifrada no acometimento de corpo, corporizando uma mensagem simbólica, ou seja, o corpo é fragmentado pela incidência da linguagem sobre o corpo, que o desnaturaliza, ao mesmo tempo em que se divide em zonas erógenas, por onde se constroem os circuitos pulsionais (LACAN, 1964/2008). Onde o significante incide pela via da significantização, em seus efeitos de sentido e pela corporização, em seus efeitos de gozo (MILLER, 2001).

É o que faz concluir que nem tudo é nomeado, nem compreendido, mas que não quer dizer que não esteja lá. O que está anterior ao simbólico ou fora dele, Lacan chamou de real, algo distinto da realidade. Esta é a apreensão que o sujeito faz do real, delimitado pela borda do simbólico e do imaginário, ou seja, por sua própria fantasia, que sustenta a subjetividade e indica algo de seu modo de gozo. É o que fica fora de sentido, mas localizável pelo efeito de gozo que produz no corpo. Este, como sinônimo de gozo, definido não como organismo, mas como pura energia psíquica, da qual o corpo orgânico seria apenas a caixa de ressonância atrelada ao seu corpo (LACAN, 1955-56/1988).

Em suma, esses são os conceitos que irão sustentar a análise das entrevistas. É importante salientar que os participantes deste estudo foram escutados de sua posição de sujeitos de seu enunciado e não de sua enunciação. O sujeito do enunciado é o sujeito que fala, que diz “eu” no seu discurso, ou seja, em seu conteúdo manifesto. Já o sujeito da enunciação é o sujeito do inconsciente, que não implica qualquer eu do enunciado. É fato que enunciado e enunciação se entrelaçam e que é a partir do modo de gozo de cada um que uma determinada enunciação gerará certo enunciado. Essa diferenciação é o que difere a psicanálise de uma análise do discurso.

Desse modo, a psicanálise serve neste estudo, para localizar algo da posição particular de cada sujeito, ou seja, o que permitiu a cada um poder falar sobre o acontecimento da sepse. Com base em seu discurso, buscou-se indicar a relação desse modo particular com sua posição subjetiva. Indicando que, o que afeta a cada um, se relaciona às suas experiências anteriores e ao modo que lhe foi possível representar o que lhe afetou.

Portanto, poderão ser analisados, a partir das falas de cada participante, índices do que foi o evento da sepse e algo do que puderam falar sobre o que restou como efeito da experiência e que continua a afetar sua vida.

4.2. PARTICIPANTES

A população estudada foi constituída por pessoas que passaram pelo evento da sepse e que receberam alta do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) no período de seis meses a um ano e meio, de janeiro de 2013 a junho de 2015 e foi estimada em 30 indivíduos de ambos os sexos. Esse número baseou-se em estudos que foram desenvolvidos pelo grupo e que demonstraram taxa de mortalidade de aproximadamente 70% dos pacientes internados com tais diagnósticos no HCFMRP-USP. Além disso, como já apresentado e observado na literatura, a taxa de mortalidade após a alta hospitalar é elevada. Os critérios de inclusão foram: indivíduos com idade superior a 18 anos, diagnosticados com sepse (CID 10: A41.9), que permaneceram internados no Centro de Terapia Intensiva (CTI) do HCFMRP-USP por mais de 24 horas e que residem no município de Ribeirão Preto-SP. Foram excluídos os indivíduos com capacidade de expressão verbal comprometida e/ou com prejuízos cognitivos. Para verificar a ausência destes foi utilizado, antes de qualquer coleta de dados, o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (Anexo A). Desenvolvido por Folstein, Folstein e McHugh (1975), o MEEM é um dos instrumentos mais utilizados como triagem de declínio cognitivo. O instrumento foi adaptado para o Brasil por Bertolucci et al. (1994), em uma pesquisa realizada com 530 participantes. De simples e rápida aplicação, o MEEM é composto por questões agrupadas em sete categorias, planejadas para avaliar funções cognitivas específicas: orientação para tempo (cinco pontos), orientação para local (cinco pontos), registro de três palavras (três pontos), atenção e cálculo (cinco pontos), lembrança das três palavras (três pontos), linguagem (oito pontos) e capacidade construtiva visual (um ponto). O escore do MEEM pode variar de um mínimo de zero até um total máximo de 30 pontos. Mensura a orientação temporal e espacial, registro (memória imediata), cálculo, memória recente e linguagem (agnosia, afasia, apraxia e habilidade construtiva) (BERTOLUCCI et al., 1994).

Para este estudo, os mesmos valores de corte estipulados por Bertolucci et al. (1994) foram utilizados, a saber: 13 para analfabetos; 18 para baixa e média escolaridades e; 26 para alta escolaridade. Também foram excluídos os pacientes poli traumatizados, pois se objetivou focar o evento da sepse e as consequências desta para a vida dos indivíduos.

Para a seleção dos participantes foi realizada revisão dos prontuários dos sobreviventes a um episódio de sepse grave e/ou choque séptico para certificação dos diagnósticos. Devido à coleta de dados ter que ocorrer no período de seis meses a um ano e meio após a alta hospitalar, foram solicitados prontuários de junho de 2013 a junho de 2015. Participaram deste estudo quatro pessoas.

4.3. COLETA DE DADOS

Após a certificação do diagnóstico iniciou-se a coleta dos dados com verificação das variáveis clínicas dos possíveis participantes (diagnóstico da internação, diagnóstico da sepse, data do diagnóstico da sepse, tempo de internação no CTI e tempo de internação total). Para tanto, utilizou-se um roteiro de caracterização sociodemográfica e clínica elaborado para esta finalidade (Apêndice A). Esse instrumento teve a validação de conteúdo e aparência por um comitê de especialistas composto por: um pesquisador com experiência na elaboração de instrumentos de coleta de dados; um enfermeiro com experiência no cuidado do paciente com sepse e; um pesquisador com experiência no tema qualidade de vida.

Em seguida foi realizado contato telefônico para verificar o interesse em participar do estudo. No caso de aceitação, foi agendado um encontro no domicílio ou em local de escolha da pessoa. Foram explicados detalhadamente ao participante os objetivos do estudo, sendo solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B). Em seguida foi aplicado o MEEM. Posteriormente foram coletadas as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, anos de estudo, estado civil, número de filhos, coabitação, religião, ocupação, renda familiar, história de patologias crônicas e hábitos de vida) (Apêndice A), seguido da aplicação da escala *Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey* (SF-36) e da realização da entrevista semiestruturada. Vale ressaltar que foi utilizada a versão dois do SF-36, validada para o Brasil por Laguardia et al. (2011) (Anexo B). Todas as etapas mencionadas foram realizadas pelo pesquisador.

O roteiro da entrevista semiestruturada passou por alterações durante a coleta, início da análise dos dados e após o Exame de Qualificação (EQ). Pensou-se em não utilizar as entrevistas oriundas das primeiras versões do roteiro, porém a banca de EQ sugeriu conservá-las por dois motivos: 01. já traziam informações que atendiam aos objetivos propostos e; 02. o

pequeno número de pessoas que aceitou participar do estudo. O roteiro foi composto das seguintes questões: Como é sua vida hoje?; Como era sua vida até o momento da infecção?; Como foi quando você teve a infecção?; Como você experimentou a infecção?; Você acha que a infecção afetou sua vida? e; Como você percebe seu estado de saúde atual?.

Após o início da análise dos dados foi solicitado a dois participantes o agendamento de novas entrevistas, com o intuito de aprofundar alguns aspectos. Apenas um deles aceitou. Caso o participante quisesse acrescentar algo, poderia requerer outras entrevistas também, porém isso não ocorreu.

As entrevistas foram gravadas, após a concordância do participante, o que também estava explícito no TCLE.

4.4. ANÁLISE DE DADOS

Para a análise dos dados quantitativos, as informações foram inseridas no programa Microsoft Excel 2010, com técnica de dupla digitação das respostas e posterior validação da planilha de dados.

Para a análise dos dados qualitativos foi utilizada a técnica de análise de conteúdo indutivo proposto por Hesse-Biber e Leavy (2006). A análise de conteúdo indutivo tem se mostrado apropriada para estudos com abordagem qualitativa, pois segue um modelo indutivo, em espiral ou cíclico, com a finalidade de interpretar compreensivamente o fenômeno em estudo. Não se segue, portanto, um delineamento linear, no qual o pesquisador adota uma série de passos preconcebidos para cada etapa da coleta de dados. No processo indutivo, o pesquisador coleta e analisa os dados, por meio de entrevistas em profundidade para a obtenção de novas compreensões, que podem gerar novas questões e consequentemente a coleta de novos dados que chegarão a outras compreensões, até que o objetivo proposto seja alcançado. As entrevistas são digitadas e organizadas em um texto (HESSE-BIBER; LEAVY, 2006).

Além disso, foram utilizados diários de campo e observações participantes durante as entrevistas. A interpretação dos dados obtidos, como já indicado, foi realizada na perspectiva do saber e dos conceitos teóricos da psicanálise. Vale ressaltar que a análise dos dados qualitativos foi feita sob supervisão de Sílvia Sato, psicanalista, membro da Escola Brasileira de Psicanálise (EBP) e da Associação Mundial de Psicanálise (AMP).

4.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Anexo C).

Foi elaborado um TCLE para os membros do comitê de especialistas (Apêndice C) e outro para os participantes do estudo, como já mencionado. Optou-se utilizar, nos termos dos participantes, uma linguagem mais acolhedora, porém sem alterar o sentido do objetivo do estudo.

Este projeto foi elaborado de acordo com as diretrizes contidas na Resolução CNS 466/2012 para o desenvolvimento de pesquisa com seres humanos.

Os participantes deste estudo não receberam nenhum benefício direto, porém contribuíram para um melhor entendimento e acompanhamento de futuros pacientes. Os riscos que os participantes correram neste estudo foram mínimos, caso experimentassem algum tipo de desconforto ou sentimentos desagradáveis, por se lembrar da experiência que teve durante a doença, poderiam conversar com o pesquisador ou interromper a participação no estudo.

Vale ressaltar que foram obtidas autorizações para a utilização do MEEM (Anexo D) e do SF-36 (Versão dois) (Anexo E).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

---

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como já apresentado, foram solicitados, a partir dos critérios de inclusão propostos neste estudo, prontuários de pessoas que receberam alta após a experiência da sepse no período de junho de 2013 a junho de 2015, sendo identificados 50 prontuários. Após a análise e tentativas de contato com os possíveis participantes foram incluídas no estudo quatro pessoas, três mulheres e um homem.

Para melhor visualização e discussão dos resultados, optou-se apresentá-los da seguinte forma:

5.1. dados quantitativos:

- divisão por sexo e os motivos pelos quais não foram incluídos no estudo (Tabela 01);
- variáveis numéricas da caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes (Tabela 02);
- resultados obtidos por cada participante nos oito domínios do *Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey* (SF-36) (Versão dois) (Tabela 03);
- resultados obtidos por cada participante nos componentes físico e mental do SF-36 (Versão dois) (Tabela 04) e;
- análise dos dados quantitativos.

5.2. dados qualitativos:

- variáveis categóricas da caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes;
- apresentação das análises das entrevistas semiestruturadas articuladas ao referencial teórico da psicanálise de orientação lacaniana e;
- fechamento da análise dos dados qualitativos.

5.3. possíveis relações entre os dados quantitativos e qualitativos.

Para a apresentação dos resultados serão utilizados nomes fictícios para cada participante presentificando, com isso, o sujeito da fala.

5.1. DADOS QUANTITATIVOS

Tabela 01 – Divisão segundo o sexo dos possíveis participantes e os motivos pelos quais não foram incluídos no estudo.

Motivos da não inclusão	Sexo Feminino (22)	Sexo Masculino (24)
Faleceram após a alta hospitalar	01	06
Sem condições físicas e/ou psíquicas para participar do estudo	10	05
Não foi encontrado diagnóstico de sepse, sepse grave ou choque séptico no prontuário	02	05
Prontuários indisponíveis para consulta	01	01
Prontuários incompletos	02	04
Não foi obtido contato	01	01
Não quiseram participar	05	02

Tabela 02 – Caracterização dos participantes do estudo segundo idade; anos de estudo; número de filhos; número de pessoas que moram na residência, incluindo o participante; renda familiar antes e após a doença; contribuição do participante na renda familiar antes e após a doença; tempo de internação no Centro de Terapia Intensiva (CTI) e; tempo de internação total.

Variáveis	Maria	Joana	Sofia	Pedro
Idade (Anos)	33	67	55	63
Anos de estudo	07	06	02	07
Número de filhos	04	01	05	03
Número de pessoas que moram na residência, incluindo o participante	03	04	02	05
Renda familiar antes da doença (R\$)	800	1.500	900	1.600
Renda familiar atualmente (R\$)	1.200	788	500	1.600
Contribuição do participante na renda familiar antes da doença (R\$)	800	1.000	900	1.600
Contribuição do participante na renda familiar atualmente (R\$)	1.200	788	500	700
Tempo de internação no CTI (Dias)	06	13	08	41
Tempo de internação total (Dias)	22	49	23	71

Tabela 03 – Resultados obtidos por cada participante nos oito domínios do SF-36 (Versão dois).

Domínios	Maria	Joana	Sofia	Pedro
Capacidade funcional	52,8	44,4	40,2	19,2
Aspectos físicos	52,0	27,5	39,7	17,7
Dor	41,4	50,3	37,2	33,0
Estado geral de saúde	25,8	60,1	49,6	28,1
Vitalidade	52,1	64,6	64,6	30,2
Aspectos sociais	40,5	51,4	35,0	18,7
Aspectos emocionais	44,2	44,2	20,9	9,2
Saúde mental	41,6	50,0	33,1	24,7

Tabela 04 – Resultados obtidos por cada participante nos componentes físico e mental do SF-36 (Versão 02).

Componentes	Maria	Joana	Sofia	Pedro
Saúde física	46,2	43,8	47,9	27,8
Saúde mental	41,7	55,2	33,3	20,0

Além de se conhecer os valores obtidos pelos participantes nos domínios e componentes do SF-36 (Versão dois), é importante verificar quais as alterações da QVRS dessas pessoas quando comparadas à população em geral. Em um trabalho realizado por Laguardia et al. (2011), para a validação do SF-36 (Versão dois), no Brasil, foram coletados dados de 12.423 indivíduos e seus cônjuges. Ao comparar as médias nos oito domínios dos participantes do sexo masculino do estudo de Laguardia com este observou-se que Pedro apresentou pontuações menores em todos os domínios. Os domínios Capacidade funcional, Aspectos físicos, Estado geral de saúde, Vitalidade, Aspectos sociais e Saúde mental, variaram entre as participantes deste estudo com a população do sexo feminino observada por Laguardia.

Além do estudo citado, o qual oferece valores de referência para a QVRS na população brasileira, a literatura nacional e, principalmente a internacional, trouxe vários estudos que avaliaram a QVRS, especificamente na população de sobreviventes à sepse. Comparando os resultados deste estudo com os trabalhos de Davidson et al. (1999), Heyland et al. (2000), Whestphal et al. (2012) e Nessler et al. (2013), observou-se que Pedro estava abaixo de todas as médias, e houveram variações entre as mulheres.

Ao comparar os componentes Saúde física e Saúde mental deste trabalho com os estudos citados, Pedro esteve abaixo de todas as médias. No componente Saúde física as participantes deste trabalho ficaram abaixo da média em relação aos estudos de Laguardia et al. (2011), e Whestphal et al. (2012) e, acima dos de Heyland et al. (2000) e Nessler et al. (2013). Já no componente Saúde mental, todas ficaram a baixo, com exceção de Joana que pontuou acima em relação aos estudos de Heyland et al. (2000) e Nessler et al. (2013).

5.2. DADOS QUALITATIVOS

5.2.1. Maria

Maria é solteira; tem 33 anos; mora com dois filhos; foi acompanhada pela mãe, pelas irmãs e pelo cunhado durante o tratamento de saúde, mas não necessita de ajuda para se cuidar atualmente; relatou não ter tido dificuldades para realizar o tratamento de saúde; é Evangélica, desde antes da doença; trabalha desde antes de ficar doente e é a principal responsável pela renda familiar; não apresenta doenças crônicas; não possui atividades de lazer desde antes da doença; não praticava atividade física antes de ficar doente, mas faz caminhada atualmente; não é tabagista e/ou etilista desde antes da doença; foi internada com o diagnóstico: Neoplasia de comportamento incerto ou desconhecido dos corpos aórticos e outros paragânglios (CID-10: D44.7) e; sofreu choque séptico com foco pulmonar.

A entrevista foi realizada na casa de sua irmã, devido à proximidade com seu local de trabalho.

Ao ser questionada sobre como eram sua vida e saúde antes de ser internada, falou que eram boas e estáveis. Percebeu um caroço em seu pescoço por meio do toque de mão, mas por sentir que era pequeno, “não deu atenção”. As pessoas ao seu redor diziam que ela precisava de ajuda, que só foi procurar após um ano, quando notou que o caroço havia aumentado bastante de tamanho. Foi diagnosticado um tumor benigno na carótida que precisou ser retirado com intervenção cirúrgica.

Quanto à internação, que ocorreu em 2013, se lembrava de dois dias: o da cirurgia e o seguinte, quando acordou no CTI. Durante a gravação da entrevista Maria disse não se lembrar deste momento, porém após o gravador ser desligado, retomou a cena:

Acordei no CTI. Tudo fechado, sem janela. Você não sabe quando é dia e quando é noite. Ninguém chegou para mim e falou: “olha, você teve isso, está no CTI e, agora vamos ter que fazer isso e isso”. Não. Eu descobri porque li em um armário. E uma das enfermeiras mora perto da minha casa e eu sabia que ela trabalhava no CTI. Aí descobri (Maria).

Passado algum tempo da alta hospitalar, comentou com sua irmã que não se lembrava de dois dias da internação, o que veio a lembrar-se seis meses antes da entrevista. Conversando com sua irmã lhe contou um sonho no qual estava em um quarto escuro com apenas uma luz, frente ao quê, sua irmã sugeriu que deveria ser o quarto no qual ficou entubada. Ao escutá-la, contestou, se dando conta de que não se lembrava do acontecimento. Dos dois dias esquecidos, lembrava-se, apenas, “do som do carrinho utilizado para levar materiais no hospital”. Som este que ouviu várias vezes.

Considera que sua saúde debilitou e ficou mais limitada após a internação, pois sente que ficou com a resistência muito baixa, apesar de dizer que se sente bem. Soube que teve infecção hospitalar quando recebeu o laudo médico e “foi pesquisar”.

Maria fala do efeito de surpresa que foi a infecção, que poderia acontecer com qualquer pessoa, menos com ela, mas aceitou o que lhe aconteceu, pois entendeu que “se saiu bem” da situação.

No hospital, lhe falaram que teve pneumonia, que sua mãe objetou, mas que ficou como sendo pneumonia. Acredita que sua mãe desconfiava que fosse a infecção, mas ninguém falou nada para ela.

Ter sobrevivido à infecção significou uma nova chance de vida para Maria, que “Deus havia lhe dado uma nova chance” já que pensava, no início, que “não iria resistir”.

Como efeito da experiência da sepse, atualmente, Maria presta mais atenção em sua saúde. Pensa que tem que se cuidar para “não ter que passar por tudo novamente e chegar ao extremo”. Duas semanas antes da entrevista foi ao médico e pediu todos os exames, pois sente que sua imunidade está baixa. Pensa que “já não tinha uma excelente saúde antes, mas que agora está pior”. Perde a coordenação e fica nervosa com mais facilidade. Entende que seu estado emocional não a deixa dormir. Pensa que ficou “mais sensível após a infecção”. Não gosta de se lembrar sobre que lhe aconteceu. “É passado e foi superado”.

Ao ser questionada sobre o que é qualidade de vida, falou que é ter uma boa saúde física e emocional e ter um bom trabalho onde se ganhe bem e esteja bem.

Após desligar o gravador, Maria comentou que “ficou agitada” desde o dia que recebeu o convite para participar do estudo. Que a “incomodou não saber, no hospital, que tinha tido uma infecção, já que aguentaria saber”. Pensa que deveria ter um profissional, no hospital, que avaliasse a pessoa que podia, ou não, saber o que estava acontecendo com ela. Que esse profissional também acompanhasse a pessoa ao sair do CTI, para ajudar no “trauma que viveu”.

Maria é uma pessoa que quer saber o que está acontecendo, para poder enfrentar a situação. Já que não falaram o que ela tinha, não sabia o que mais poderia fazer.

Foi verificada a necessidade de uma segunda entrevista, visando escutar o que aparece no dito, mas que não permite escutar o sentido ou efeitos no sujeito. Contudo, Maria não aceitou participar de mais uma conversa, pois disse que “já havia falado tudo no primeiro encontro”.

Segundo Maria, ela experienciou a sepse como traumática. Isso pôde ser observado quando diz “não saber” e “não se lembrar”. Ao acordar no CTI, momento em que recobrou a consciência, necessitou de referências para localizar onde estava, o que encontrou no “escrito do armário” e em “sua vizinha”, funções desempenhadas pelo simbólico e pela fantasia, ou seja, que permitem uma construção da realidade.

Essa tentativa também retornou no sonho que teve meses após a alta hospitalar, no qual “estava em um quarto escuro com apenas uma luz”. O sonho foi uma tentativa de elaboração de algo que ficou sem saber, ou seja, dar sentido ao que não sabia ou que não se lembrava. Sua irmã fez isso ao interpretar que “deveria ser o quarto no qual ficou entubada”, mas Maria não aceitou, pois até aquele momento, parecia não saber disso.

A repetição do “som do carrinho”, que Maria recordou no mesmo momento em que relatou o sonho, também pareceu entrar como referência ao que ficou por saber. Pelo seu dito, o som pareceu ter sido escutado enquanto ainda estava sedada. Todas essas referências a situavam em um mesmo local, mas não permitiram saber o que estava acontecendo.

A “descoberta” se deu, ou seja, a sepse só pôde ser nomeada quando Maria recebeu o laudo e “foi pesquisar”, posição distinta do momento em que percebeu o caroço no pescoço e “não deu atenção”. Pôde retomar, também, a objeção feita por sua mãe sobre o diagnóstico “pneumonia”, podendo interpretar algo que aconteceu durante o período no hospital, mas que “ninguém falava para ela”. Tentativas de dar sentido ao que ficou e, em alguma medida, se mantém sem sentido, por isso traumático.

Em sua fala pôde-se localizar o primeiro tempo do trauma, do não saber: ter tido sepse, ter sido entubada, ficou sem saber e, o segundo tempo, que caracteriza o trauma: “me incomodou não saber, no hospital, que eu tinha infecção, eu aguentaria saber”.

Ao falar dessa experiência, concluiu que “saiu bem da situação”, onde chegou a pensar que “não iria resistir”, e que para ela, teve o sentido de “uma nova chance”. Diante desse encontro com o real da morte, Maria retomou suas referências e suas crenças, com base religiosa, aquilo que dá sentido à sua vida. É através da subjetivação da realidade perdida, ou

seja, da fantasia, que seu desejo, pautado na crença religiosa, é investido na construção de uma realidade, para dar sentido ao que lhe escapou diante da falha no saber.

Como efeito da experiência da sepse, Maria percebeu uma modificação em sua posição subjetiva, já que percebe que “fica nervosa com mais facilidade” e que sua saúde está “debilitada”. Apesar de ter dito que “foi superado”, falou que ficou “agitada” com o convite para o estudo, indicando que algo ainda a afeta, assim como ficou “mais sensível”, a ponto de alterar seu sono. Essa alteração é o que se pode chamar sintoma, algo que afeta o corpo em suas funções, sem que se tenha consciência do que causa essa alteração. No caso de Maria, ela articula ao seu estado pós-experiência da sepse, da internação, do adoecimento e do trauma, que é índice de que algo se mantém como um resto não tratado.

Apesar dos efeitos que se mantém, afirmou que sua qualidade de vida é boa e acrescentou que modificou sua posição em relação à saúde, que passou a cuidar, não só pelos seus efeitos no corpo e lembra o que seu médico disse: “se tivesse ido do começo, não teria chegado ao estágio da cirurgia”. E concluiu que: “a infecção hospitalar mexeu mais comigo do que o tumor”.

Maria falou disso ao mesmo tempo em que falou de si. Em sua fala é possível verificar uma separação entre o corpo cuidado pelos profissionais de saúde, o corpo que tem, e o corpo definido pelo modo como experimentou subjetivamente a sepse, como um corpo afetado em seu modo de satisfação pulsional.

O modo como se viu ser tratada, como um corpo em detrimento do sujeito, no momento da sepse, que a fez se perguntar quando descobriu o que teve, “por que não lhe disseram?”. Esse foi o ponto traumático que ainda lhe causa mal estar e que sugere que foi a causa de sua agitação, quando soube que falaria novamente do acontecimento. Pode-se dizer que esse ponto traumático está articulado as formações sintomáticas do nervoso e da perturbação do sono que mencionou.

Em seu discurso pôde-se localizar a noção de que não se é um corpo, mas o tem. No momento em que cuidaram de seu corpo, mas não lhe falaram o que estava acontecendo, é o corpo o objeto de cuidado e não o sujeito.

5.2.2. Joana

Joana é viúva; tem 67 anos; mora com a filha e dois netos; foi acompanhada pela filha e pela neta durante o tratamento de saúde, que também a ajudam a se cuidar em casa; relatou não ter tido dificuldades para realizar o tratamento de saúde; é Budista, desde antes da doença; trabalhava antes de ficar doente e está aposentada atualmente; é a principal

responsável pela renda familiar desde antes da doença; é hipertensa, cardiopata e asmática; cuidava das plantas, passeava e ia à igreja como atividade de lazer, atualmente vai à igreja; praticava caminhada como atividade física antes de ficar doente e continua atualmente; não é tabagista e/ou etilista desde antes da doença; foi internada com o diagnóstico: Neoplasia maligna da junção reto sigmoidé (CID-10: C19) e; sofreu sepse com foco pulmonar e sepse grave com foco abdominal.

A entrevista foi realizada em sua casa.

Ao ser questionada sobre como era sua vida e saúde até ser internada, falou que sempre trabalhou e frequentou as reuniões de sua igreja. Tinha uma vida “corrida” e “não parava”. Em 2014 procurou ajuda médica devido a um problema no intestino, que “tinha há dez anos, mas que não estava sabendo”. Foi encaminhada para o Hospital das Clínicas porque seu intestino não estava funcionando direito e estava perdendo sangue.

Joana realizou a primeira cirurgia, mas “não deu certo”. Pensa que ficou com fezes dentro. Teve muita febre e lhe falaram que ela delirou muito. Na sequência foi para o CTI e precisou de uma segunda cirurgia, porque estava com “bactéria”. “Limparam tudo”, mas não foi possível eliminá-la. Começou a melhorar após o terceiro procedimento cirúrgico. Por ter ficado muito tempo deitada, perdeu a firmeza em uma das pernas e não conseguia ir sozinha ao banheiro, precisando de auxílio.

Joana disse que não sentiu dores em nenhum momento. Quando esteve na enfermaria, uma paciente morreu ao seu lado. Não se lembra do CTI, porém lhe contaram que ela delirou muito, tentou bater em uma das enfermeiras e pediu, várias vezes, para ser desamarrada. Ficou “transtornada por ficar amarrada”. Disse que foi “bem tratada e que o médico era brincalhão”.

Na primeira entrevista disse que continuava sem sentir dores. Saiu do hospital com uma úlcera por pressão e precisou fazer debridamento. Tentou andar logo que chegou à sua casa e caiu, se sentia um “bebezão louco”. Fez seis ciclos de quimioterapia, ressonância magnética, tomografia, colonoscopia e todos os “resultados foram negativos”. Porém, diagnosticaram uma lesão em seu fígado. Questionou os médicos, várias vezes: “por que não viram antes?”. Não está “conformada”. Precisa operar, mas “está ressentida”.

Sente “pavor” ao se lembrar do hospital. Uma das enfermeiras fez uma brincadeira com temática sobre morte, algo muito parecido com o que estava vivendo naquele momento, que ela não gostou.

Está feliz consigo mesma, menos com o ambiente em que vive:

É maravilhoso para mim porque eu tenho perna, tenho braço, estou andando e enxergando. Já superei a doença porque determinei. Minha religião fala: ‘determina que não quer’. Quando se determina, todas as leis do universo determinam também. A lei do universo é uma só, Deus (Joana).

Qualidade de vida, para Joana, é a pessoa estar bem consigo mesma e poder fazer as outras pessoas ficarem bem: “mesmo se estiver sofrendo ou tendo problemas, incentivar a outra pessoa, é assim que se cura, incentivando. Incentivando, ela se anima”.

Sua preocupação é ver as outras pessoas felizes: “as pessoas têm que ser felizes, não podem achar que a vida acabou, igual minha religião diz: ‘se cortar um braço, você tem o outro, se cortar uma perna, você tem a outra’”.

Foi verificada a necessidade de uma segunda entrevista, visando escutar algo da experiência da sepse e os efeitos na vida de Joana, atualmente.

A infecção afetou Joana porque “teve que fazer três cirurgias em uma só, além de hemodiálise”. Teve “bactéria” e muita febre. Ficou no CTI e em um quarto isolado. Saiu do hospital sem mexer a perna e com úlcera por pressão, que havia cicatrizado pouco tempo antes da entrevista. Queixou-se da imunidade baixa, de sua barriga estar inchada e dura e, de dores. Sua cabeça “não está boa”. Está em “pânico” sobre a necessidade de operar o fígado. Foi difícil ficar sem andar e depender dos outros. Falou que o médico disse que a operação do fígado será simples: “mas estou estressada por tudo o que passei. Fui judiada. Estou descrente”.

O discurso de Joana enfatizou o corpo e o adoecimento: câncer no intestino, três cirurgias, sepse e “problema” no fígado. Joana se apoia no discurso religioso, sugerindo um apego importante na crença em Deus, como orientador do seu modo de ver os acontecimentos da vida. Em relação ao corpo, toma-o como a si mesma, assim como precisa “determinar”, ou seja, precisa funcionar, mas caso não funcione, que ela possa servir-se do que tem para seguir incentivada: “se cortar um braço, você tem o outro, se cortar uma perna, você tem a outra”.

Disse do seu apego ao Outro, ao localizar, com precisão, as datas dos acontecimentos e os nomes dos profissionais que a acompanharam. A debilidade do corpo a levou demandar e depender do outro, abalando sua realidade. Além disso, o laço com o Outro é evidenciado quando diz de como foi bem tratada em um momento, como os profissionais brincavam para “incentivar”, mas por outro lado, no instante em que se pergunta em relação aos cuidados médicos: “porque não viram lá?”, mostrou uma diferença.

Se na primeira entrevista, ela sabia dizer, em um segundo tempo parece que Joana se deu conta do que se passou e seu afeto se modifica e sua crença não é suficiente. Joana modificou seu discurso, pois começou a ter dores. Passou a se perguntar sobre o que aconteceu e o que levou a ter a “bactéria”, o que lhe causou “pânico”, sentindo-se “judiada” e “ressentida”. Tem receio e não sabe se quer operar, pois teme que lhe aconteça tudo novamente.

Joana fala de seu lugar para o Outro e do laço que faz pela interpretação de que fará o bem, incentivando as pessoas. Através do dito: “incentivando ela se anima”, parece dizer do que Joana faz para ter qualidade de vida, incentivando e sendo incentivada. Contudo, esse apoio simbólico falha ao lembrar-se do risco de morte real que experimentou com a sepse e teme que se repita.

Ao longo de sua fala, Joana localizou a proximidade da morte. Em três falou do temor da internação associado a ela: com a morte da pessoa ao seu lado, quando se viu amarrada e com a brincadeira da enfermeira. Apesar da “brincadeira”, escutou o tom de verdade que sua fala poderia ter e tem receio de voltar ao mesmo andar no hospital.

5.2.3. Sofia

Sofia vive em união consensual; tem 55 anos; mora com o esposo; foi acompanhada pelas filhas durante o tratamento de saúde; seu esposo a ajuda a se cuidar em casa; relatou não ter tido dificuldades para realizar o tratamento de saúde; é Católica, desde antes da doença; trabalhava antes de ficar doente e está aposentada atualmente; é a principal responsável pela renda familiar desde antes da doença; é hipertensa, cardiopata e dislipidêmica; dançava como atividade de lazer, atualmente vai à aniversários; praticava caminhada e frequentava a academia da terceira idade como atividade física antes de ficar doente, mas não pratica atualmente; tabagista até antes da doença; foi internada com o diagnóstico: Carcinoma *in situ* da mama, não especificado (CID-10: D05.9) e; sofreu choque séptico com foco pulmonar.

A entrevista foi realizada em sua casa.

Ao ser questionada sobre como era sua vida até o momento da infecção, falou que tinha mais ânimo, se arrumava mais, estava sempre com os cabelos e as unhas feitas. Há dez anos teve câncer em uma das mamas e retirou um quadrante. Recentemente, havia descoberto novo nódulo e precisou retirar a mama toda.

Sofia narrou vários acontecimentos sobre a internação ao ser questionada sobre a sepse. Salientou que sabia que precisaria tirar a mama toda, pois aconteceu com suas amigas.

Após realizar a cirurgia da mama, começou a ter um inchaço no peito. Sua médica falou que teria que operar novamente. Questionou a médica: “mas por que comigo, doutora?”. Não se lembrava da nova cirurgia, nem do momento em que voltou para o quarto. Lembrava-se, apenas, da enfermeira chamando os médicos, porque ela estava passando muito mal. Foi para o CTI, mas não se lembrava de nada do que havia acontecido com ela.

Sofia ficou sabendo, depois, que havia “dado algo nela”, que não sabia nomear. Durante o período em que ficou em coma, chamaram suas filhas, porque ela estava muito mal. O médico falou que não tinha mais o que fazer e, que ela “estava nas mãos de Deus”. Aos poucos, foi melhorando. Contaram que ela havia sofrido uma infecção muito forte.

Comentaram com Sofia que ela delirou muito, disseram que ela “via o programa do Silvio Santos na televisão desligada” e questionava: “por que eu não estou lá?”. Lembra-se que, quando saiu do CTI, um dos médicos comentou que ela era uma “mulher de sorte” e, que a esperava para um café, quando voltasse para seu retorno. Voltou ao hospital várias vezes, mas “não teve coragem” de voltar ao CTI. Sofia sentiu-se afetada pela infecção. Repetiu várias vezes e, emocionada: “eu mudei muito, meu ânimo”.

Sofia havia feito uma cirurgia do coração pouco tempo antes da entrevista. Disse que chamou uma das filhas para conversar sobre um dinheiro que havia guardado: “passei por tudo aquilo na cirurgia da mama, quase morri, então não sei se volto para casa”.

Atualmente, Sofia “está bem, tirando as dores” que sente. Está “desanimada”, não tem vontade de sair de casa. Queria fazer mais coisas, mas se levanta apenas para tomar banho, fazer a comida e limpar a casa. “Não tem ânimo” para nada. “Não liga” para mais nada, mas acredita que “voltará à ativa, se Deus quiser”.

Qualidade de vida, para Sofia, é comer bem, ter uma família unida e saúde.

Para Sofia, ao ser questionada sobre a sepse, lembrou-se da pergunta que fez à médica: “por que comigo, doutora?”, o que diz da falta de sentido que lhe provocou ter que realizar um novo procedimento cirúrgico. Ao mesmo tempo, demonstrou sua relação ao Outro, o saber está no Outro e, este pode dar um sentido. Essa pergunta, atrelada à: “por que eu não estou lá?”, no momento do delírio, o que ao ser lembrado por ela, diz de como o sujeito se coloca no mundo, seu lugar diante do Outro.

Todos os acontecimentos resultaram no sintoma “desanimada”, algo que lhe produz um mal estar. Sofia começou sua fala localizando que fez uma segunda cirurgia para retirada total de uma das mamas. Não se sabe como foi o primeiro procedimento, nem como foi para ela retirar do corpo algo que pode representar o feminino.

São as outras mulheres que aparecem em seu discurso, quando se coloca no grupo das que “retiraram um quadrante e depois retiraram a mama toda”. O que a surpreende e, pode-se supor, a retira desse grupo, é o momento em que algo inesperado acontece e precisa “abrir seu peito novamente”. Nesse momento, algo abala sua fantasia e perde o sentido, colocando-a de fora do grupo mencionado, ou seja, o encontro com o real, sem sentido.

A experiência com a sepse a fez ter outra posição diante de seu problema do coração. Antes da segunda cirurgia da mama, seu corpo já era limitado pela “falta de ar” e pelo “cansaço”. Ao ver-se com a indicação de uma nova cirurgia, ficou claro o risco que passou e que poderia passar novamente. Pode-se pensar como Sofia lidou com o limite de seu corpo e a forma como encarou o risco de morte na cirurgia do coração.

Ao falar sobre o CTI Sofia se emocionou indicando que algo ainda a afetava, mas que, pelo contexto de pesquisa, só cabia acolher, em silêncio, já que não se trata de um contexto analítico. Foi indicado à Sofia que ela poderia falar sobre isso com um profissional.

Como efeito da experiência com a sepse, Sofia fez sintoma: se “desanima”, “deixa de se cuidar”, mas ao dizer de si, diz que “voltará à ativa”, colocando seu desejo de sair do desânimo.

5.2.4. Pedro

Pedro é viúvo; tem 63 anos; mora com a filha, o genro e dois netos; foi acompanhado pela filha, durante o tratamento de saúde, que também o ajuda a se cuidar em casa com o auxílio do genro atualmente; relatou não ter tido dificuldades para realizar o tratamento de saúde; não possui religião, desde antes da doença; trabalhava antes de ficar doente e está aposentado atualmente; era o principal responsável pela renda familiar antes da doença, papel desempenhado pelo genro atualmente; é diabético; conversava com amigos como atividade de lazer; não pratica atividade física desde antes de ficar doente; etilista e tabagista até antes da doença; foi internado com o diagnóstico: Septicemia não especificada (CID-10: A41.9) e; sofreu sepse com foco pulmonar.

A entrevista foi realizada em sua casa.

Ao ser questionado sobre como era sua vida até o momento da infecção, falou que era “bem boa”, pois trabalhava como cozinheiro, tinha muitos fregueses e amigos. A renda era maior. Andava para todos os lados “Não parava”. Saía com os amigos e era bem animado. Porém, a partir de 2010 “foi piorando”, até chegar ao transplante de fígado.

Ficou três meses em “um lugar para recuperação”, piorou e conseguiu uma vaga no Hospital das Clínicas. Melhorou e tiraram seu nome da lista de transplante, mas voltou a piorar e precisou da cirurgia. Desta, melhorou em um mês, mas “espirrou e estourou tudo”. Operaram novamente e “mais um espirro, tornou a estourar”. Teve uma infecção que “havia saído dela há pouco tempo”. Terá que fazer fisioterapia, pois “está com uma perna morta”, não consegue mexer os dedos. Afirmou que quase morreu. Sente que está “passando por um tris” e que pensa que “o negócio está curto para ele”.

Teve cirrose, nódulo e um tumor no fígado. Despojadamente, falou que “pegaram um defunto, tiraram o fígado dele e agora estava nele” (batendo na barriga). Não sentia nada no começo da doença, mas que depois sua barriga começou a inchar. Pensa que era para ele estar perfeito, mas não sabe “o porquê tudo entortou”. Não se lembra da infecção. Lembra-se, quando ficou em coma, do “seu espírito andando para todos os lados”. Acha “gozado” não se lembrar do que fizeram com ele durante a infecção, mas se lembrar do espírito “voando”.

Falaram para sua filha que ele “não teria jeito”, que iria morrer. Ficou quarenta e sete dias em coma. “Quando acordou”, não acreditava que havia passado tanto tempo. Sua filha lhe contou que ia visitá-lo e “ele estava lá, morto”, mas que ele lembra que o “espírito dele estava andando”. “Criou uma médica, uma médica chefe, no CTI: baixinha, corcunda, com um calombo nas costas, ela colocava um jaleco branco, perguntava como ele estava, tirava e saía”. Sua filha lhe disse que nunca viu a médica e que é a imaginação dele. Ficou “encabulado” com isso.

Quando voltou do coma, tudo estava “embaraçado” para Pedro, pois parecia que estava em um lugar novo. Não se lembrava de nada e ficava nervoso. Sentiu-se como “um ser que não é daqui”.

Atualmente, sua vida é “uma rotina, não é legal como antes”. Demora a dormir. Gostaria de estar andando, mas não consegue. Não consegue ficar em pé por muito tempo. Queixou-se por ter que ficar a maior parte do tempo no quarto e depender dos outros. Fica mal com a situação. No dia anterior à coleta dos dados, saiu de carro e sentiu um “apagão na mente”, não sabia onde estava, mas que depois passou.

Quando encontra um amigo, tem vergonha de falar com a pessoa, vergonha “por estar torto, com a barriga torta, desequilibrado e com um buraco no pescoço”. Não tem “prazer em conversar”. “Não consegue se firmar”. Sente que “ficou aleijado”.

Quando vai para a casa de sua mãe, com os sobrinhos, fica nervoso com o barulho deles, mas tenta ir para se distrair. Nunca gostou de barulho e piorou agora. Enfatizou que há um tempo não conseguia assinar seu “nome próprio”.

Confessou que não gosta de ficar na cama e que, quando não aguenta mais, pega o Anel Viário, coloca cento e quarenta no carro e “vaza para a casa de sua mãe”.

Achou que a entrevista o ajudou, pois desabafou bastante.

Sobre seu estado de saúde percebido pensa que qualquer hora “vai lhe dar algo e ele vai morrer”, porque sente dores pelo corpo. Sente que nunca voltará a ser o que era antes, mas tem esperança de melhorar.

Pedro localizou claramente como ele era antes e como ficou depois do afetamento da sepse, quando falou das perdas que teve: “trabalhava, tinha fregueses e amigos, a renda era maior, andava para todos os lados e era bem animado”. Mostrou como isso afetou sua subjetividade, quando falou da “vergonha por estar torto, com a barriga torta, desequilibrado e com um buraco no pescoço”.

Foi possível escutar em sua fala, quando disse de sua “perna morta” e “andar por todos os lados”, uma separação entre a debilidade do corpo e seu desejo, o que permite dizer do corpo que se tem e de sua posição de sujeito do desejo.

Posição que também pôde ser observada no tom irônico que marcou toda a entrevista, sugerindo um modo de funcionamento como defesa frente ao real de seu corpo, já que apresenta várias dificuldades físicas. Assim como conta com sua mãe, figura de endereçamento e de apoio, com a qual busca “se distrair”.

Em sua fala, Pedro localizou suas perdas e buscou meios para seguir a vida apesar delas. Desse modo tenta fazer algo com suas perdas: “tenta se distrair na casa de sua mãe e sai com o carro”. Parece ter clareza sobre sua condição atual, já que ao falar de si, expõe suas limitações e seu desejo, como quando falou sobre correr antes da sepse: “não parava”, durante a internação: “espírito andando para todos os lados” e atualmente: “pega o Anel Viário, coloca cento e quarenta no carro e vaza”, com isso, antes, durante e depois da experiência com a sepse, inventa um meio de sustentar seu modo particular de satisfação.

Observam-se, também, os efeitos no enquadre da vida, a mudança na imagem de si e consequentemente a relação dele com o Outro. Mudança daquilo que ele era e o que ele passou a ser, produzindo sintomas de insônia e da restrição nas relações, meio pelo qual se protege frente ao real e como lida com sua “vergonha”.

Ao falar de si disse, logo que voltou do coma, que se sentiu “como um cara que não é daqui”, o que indica sua deslocalização após a sepse, a falha em seu mundo simbólico e na fantasia pelos efeitos sobre os pontos de identificação, por exemplo, quando “trabalhava, conversava com os amigos, não parava”.

Pedro também falou de suas debilidades físicas após a afetação da sepse e pode-se supor uma alteração de consciência na cena em que se perdeu, dirigindo. No entanto, mesmo falando das perdas, Pedro aponta para a crença do que pode mudar.

Limite físico que afeta o ânimo e se liga à vergonha, ligada à mudança da imagem de si e à perda dos recursos fâlicos, como quando disse que “não conseguia assinar o nome próprio”.

No final, ao dizer de como foi bom para ele falar, nota-se a função da fala de poder se colocar como ser falante diante de um alguém que escuta.

5.3. POSSÍVEIS RELAÇÕES ENTRE OS DADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS

O uso do método misto neste trabalho permitiu verificar possíveis relações entre os dados quantitativos e qualitativos. Como mencionado anteriormente, o SF-36 (Versão dois) avalia a QVRS e conforme observado, todos os participantes tiveram escores medianos e baixos, o que indicou uma baixa qualidade de vida relacionada à saúde.

A realização das entrevistas possibilitou escutar na fala de cada um como foi o modo particular como experimentou a sepse e suas consequências no modo como falaram da QVRS.

Maria falou que sua QVRS é boa e que passou a se cuidar e prestar mais atenção em sua saúde, porém também se pôde escutar o que restou de sintomático, ou seja, seu nervosismo, sua alteração de sono e sua agitação ao falar sobre o que lhe aconteceu, frente ao que ela chamou de “trauma”, ou seja, não terem falado o que havia acontecido com ela, já que ela suportaria saber e poderia fazer algo com isso.

Já para Joana, observaram-se duas posições distintas em relação à QVRS. Em um primeiro contato se mostrou, tanto no SF-36 (Versão dois), como na entrevista como alguém que, mesmo passando por tudo que lhe aconteceu, dizia que percebia sua qualidade de vida como algo bom, de estar bem consigo mesma e poder fazer os outros ficarem bem, isso através do que para Joana se localizava no significante “incentivo”, marca do modo como se relacionava com o Outro. Maneira como falou do laço com os profissionais e com o que contou para passar pela experiência da sepse. Porém, em um segundo momento, parece que isso cai, não se sabe se por efeito da primeira entrevista, ou por uma evolução de seu problema atual no fígado, mas Joana se queixava, as coisas já não estavam mais bem como uma semana antes. Os médicos, que para Joana, num primeiro momento eram tidos como aqueles que incentivavam, num segundo momento, são aqueles que não viram seu problema no fígado, o que a deixa ressentida e com receio de um novo procedimento cirúrgico. De

modo que, não se sabe se, se o SF-36 (Versão dois) tivesse sido reaplicado, os valores seriam o mesmo.

Sofia fala da QVRS como comer bem, ter uma família unida e ter saúde. Havia acabado de sair de um procedimento cirúrgico, que a fez questionar se voltaria para casa, temendo morrer na cirurgia. Apesar de dizer que está bem, ressalta seu “desanimo”. Algo mudou “muito em seu ânimo”, como disse, mas que não pôde ser aprofundado durante a entrevista, considerando o contexto de pesquisa e o que poderia mobilizar nela. Algo que a emocionou, que provoca o desânimo e a faz se levantar apenas para as atividades básicas do dia a dia. Dentre as mulheres, Sofia é a que pontuou menos nos aspectos emocionais.

De todos os participantes deste estudo, Pedro é o que apresentou os piores escores para o SF-36 (Versão dois). Em sua fala pôde-se localizar suas perdas, talvez o que, dentre todos melhor localizou o antes e o depois após o evento da sepse. Porém, mesmo com suas queixas, parece ser o que mais colocou seu desejo expresso pelo signifiante “não parava”. Era o que fazia antes da experiência com a sepse e o que mantém, mesmo com o seu limite corpóreo que o dificulta andar, sai de carro em alta velocidade. Apresenta um modo irônico de lidar com a vida, que sugere servir como um algo particular de lidar com os efeitos da sepse.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio deste trabalho foi possível caracterizar a sepse e atrelá-la à Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) e o modo como cada participante a experienciou.

Dessa maneira, foi possível cumprir os objetivos propostos, uma vez que se analisaram as interpretações que cada participante fez sobre a experiência da sepse e foi possível relacioná-las com a QVRS dessas pessoas.

A limitação para a realização deste estudo foi a quantidade de participantes, porém pôde-se escutar muito da experiência no caso a caso. Pôde-se observar que o suporte de interpretação do que foi a sepse e suas consequências no corpo passam pela subjetividade, ou seja, pela interpretação possível a cada um daquilo que lê e experimenta subjetivamente em seu corpo. Podendo-se concluir que a QVRS está no próprio sujeito.

A relevância deste estudo se dá para que os profissionais da área da saúde possam compreender como uma experiência que parece ser “igual” para todos, têm suas especificidades e particularidades.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHAM, E. New definitions for sepsis and septic shock. **Jama**, v. 315, n. 08, pp. 757-759, 2016.

BERTOLUCCI, P. H. F.; BRUCKI, S. M. D.; CAMPACCI, S. R.; JULIANO, Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 52, n. 01, pp. 01-07, 1994.

BONE, R. C.; BALK, R. A.; CERRA, F. B.; DELLINGER, R. P.; FEIN, A. M.; KNAUS, W. A.; SCHEIN, R. M. H.; SIBBALD, W. J. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. **Chest**, v. 101, n. 06, pp. 1644-1655, 1992.

BREUER, J.; FREUD, S. Estudos sobre a histeria [1893]. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v. 02, 1996.

CALANDRA, T.; COHEN, J. The international sepsis forum consensus conference on definitions of infection in the intensive care unit. **Crit Care Med**, v. 33, n. 07, pp. 1538-1548, 2005.

CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M. R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36. **Rev Bras Reumatol**, v. 39, n. 03, pp. 143-150, 1999.

CONTRIN, L. M.; PASCHOAL, V. D.; 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**, v. 21, n. 03, pp. Tela 01-08, 2013.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Pesquisa de métodos mistos**. Porto Alegre: Penso, 2013.

DAVIDSON, T. A.; CALDWELL, E. S.; CURTIS, J. R.; HUDSON, L. D.; STEINBERG, K. P. Reduced quality of life in survivors of acute respiratory distress syndrome compare with critically ill control patients. **Jama**, v. 281, n. 04, pp. 354-360, 1999.

DELLACROCE, H. Surviving sepsis: the role of the nurse. **RN**, pp. 16-21, 2009.

DELLINGER, R. P.; LEVY, M. M.; RHODES, A.; ANNANE, D.; GERLACH, H.; OPAL, S. M.; SEVRANSKY, J. E.; SPRUNG, C. L.; DOUGLAS, I. S.; JAESCHKE, R.; OSBORN, T. M.; NUNNALLY, M. E.; TOWNSEND, S. R.; REINHART, K.; KLEINPELL, R. M.; ANGUS, D. C.; DEUTSCHMAN, C. S.; MACHADO, F. R.; RUBENFELD, G. D.; WEBB, S. A.; BEALE, R. J.; VINCENT, J.-L.; MORENO, R. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2012. **Critical Care Medicine**, v. 41, n. 02, pp. 580-637, 2013.

DESSOTTE, C. A. M. **Depressão e estado de saúde percebido por pacientes com primeiro episódio de síndrome isquêmica miocárdica instável**. Ribeirão Preto: EERP-USP, 115 f., 2010.

DOR, J. **Introdução à leitura de Lacan: o inconsciente estruturado como linguagem**. Porto Alegre: Artmed, 1989.

ERLICH, H; ALBERTI, S. O sujeito entre psicanálise e ciência. **Psicologia em revista**, v. 14, n. 02, pp. 47-63, 2008.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiat Res.** v. 12, pp. 189-198, 1975.

FREUD, S. A interpretação dos sonhos [1900]. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v. 05, 1996.

_____. Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade [1905]. In: FREUD, S. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v. 07, 1996.

_____. O inconsciente [1915]. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v. 14, 1996.

_____. A negativa [1925]. In: FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, v. 19, 1996.

GALLOP, K. H.; KERR, C. E. P.; NIXON, A.; VERDIAN, L.; BARNEY, J. B.; BEALE, R. J. A qualitative investigation of patients' and caregivers' experiences of severe sepsis. **Critical Care Medicine**, v. 43, n. 02, pp. 296-307, 2015.

GIMENES, G. F. Usos e significados da qualidade de vida nos discursos contemporâneos de saúde. **Trab Educ Saúde**, v. 11, n. 02, pp. 291-318, 2013.

GUERRA, C.; LINDE-ZWIRBLE, W. T.; WUNSCH, H. Risk factors for dementia after critical illness in elderly medicare beneficiaries. **Critical Care**, v. 16, pp. 01-12, 2012.

HESSE-BIBER, S. N.; LEAVY, P. **The practice of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2006.

HEYLAND, D. K.; HOPMAN, W.; COO, H.; TRANMER, J.; MCCOLL, M. A. Long-term health-related quality of life in survivors of sepsis. Short form 36: a valid and reliable measure of health-related quality of life. **Crit Care Med**, v. 28, n. 11, pp. 3599-3605, 2000.

HOFHUIS, J. G. M.; SPRONK, P. E.; VAN STEL, H. F.; SCHRIJVERS, A. J. P.; ROMMES, J. H.; BAKKER, J. The impact of severe sepsis on health-related quality of life: a long-term follow-up study. **Anesthesia & Analgesia**, v. 107, n. 06, pp. 1957-1964, 2008.

ILAS (Instituto Latino Americano de Sepse). Disponível em: <<http://ilas.org.br/assets/arquivos/upload/declaracao%20sepsis%203.0%20ILAS.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2016.

IWASHYNA, T. J.; ELY, E. W.; SMITH, D. M.; LANGA, K. M. Long-term cognitive impairment and functional disability among survivors of severe sepsis. **Jama**, v. 304, n. 16, pp. 1787-1794, 2010.

JACKSON, A. C.; GILBERT, J. J.; YOUNG, G. B.; BOLTON, C. F. The encephalopathy of sepsis. **Can J Neurol Sci**, v. 12, n. 04, pp. 303-307, 1985.

JACKSON, J. C.; HOPKINS, R. O.; MILLER, R. R.; GORDON, S. M.; WHEELER, A. P.; ELY, W. Acute respiratory distress syndrome, sepsis, and cognitive decline: a review and case study. **South Med J**, v. 102, n. 11, pp. 1150-1157, 2009.

JAGODIČ, H. K.; JAGODIČ, K.; PODBREGAR, M. Long-term outcomes and quality of life of patients treated in surgical intensive care: a comparison between sepsis and trauma. **Critical Care**, v. 10, n. 05, pp. 01-07, 2006.

JAIMES, F. A literature review of the epidemiology of sepsis in Latin America. **Rev Panam Salud Publica**, v. 18, n. 03, pp. 163-171, 2005.

LACAN, J. O estágio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica [1949]. In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. **O seminário, livro 03: as psicoses** [1955-56]. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

_____. **O seminário, livro 05: as formações do inconsciente** [1957-58]. Rio de Janeiro: Zahar, 1999.

_____. Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano [1960]. In: LACAN, J. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

_____. **O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise** [1964]. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

LAGUARDIA, J.; CAMPOS, M. R.; TRAVASSOS, C. M.; NAJAR, A. L.; ANJOS, L. A.; VASCONCELLOS, M. M. Psychometric evaluation of the SF-36 (v.2) questionnaire in a probability sample of Brazilian households: results of the survey Pesquisa Dimensões Sociais das Desigualdades (PDSD), Brazil, 2008. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 09, n. 61, pp. 01-10, 2011.

LAZOSKY, A.; YOUNG, G. B.; ZIRUL, S.; PHILLIPS, R. Quality of life after septic illness. **Journal of Critical Care**, v. 25, pp. 406-412, 2010.

LEVER, A.; MACKENZIE, I. Sepsis: definition, epidemiology, and diagnosis. **BMJ**, v. 335, pp. 879-883, 2007.

MARTIN, G. S.; MANNINO, D. M.; EATON, S.; MOSS, M. The epidemiology of sepsis in the United States from 1979 through 2000. **N Engl J Med**, v. 348, n. 16, pp. 1546-1554, 2003.

MILLER, J.-A. **Elementos de biologia lacaniana**. Minas Gerais: Escola Brasileira de Psicanálise, 2001.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 05, n. 01, pp. 07-18, 2000.

NESSELER, N.; DEFONTAINE, A.; LAUNEY, Y.; MORCET, J.; MALLÉDANT, Y.; SEGUIN, P. Long-term mortality and quality of life after septic shock: a follow-up observational study. **Intensive Care Med**, v. 39, pp. 881-888, 2013.

PEREIRA JÚNIOR, G. A.; MARSON, F.; ABEID, M.; OSTINI, F. M.; SOUZA, S. H.; BASILE-FILHO, A. Fisiopatologia da sepse e suas implicações terapêuticas. **Medicina, Ribeirão Preto**, n. 31, pp. 349-362, 1998.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação da evidências para a prática da enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POULSEN, J. B.; MØLLER, K.; KEHLET, H.; PERNER, A. Long-term physical outcome in patients with septic shock. **Acta Anaesthesiol Scand**, v. 53, p. 724-730, 2009.

SASSE, K. C.; NAUENBERG, E.; LONG, A. Long-term survival after intensive care unit admission with sepsis. **Crit Care Med**, v. 23, pp. 1040-1047, 1995.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad Saúde Pública**, v. 20, n. 08, pp. 580-588, 2004.

SEMMLER, A.; WIDMANN, C. N.; OKULLA, T.; URBACH, H.; KAISER, M.; WIDMAN, G.; MORMANN, F.; WEIDE, J.; FLIESSBACH, K.; HOEFT, A.; JESSEN, F.; PUTENSEN, C.; HENEKA, M. T. Persistent cognitive impairment, hippocampal atrophy and EEG changes in sepsis survivors. **J Neurol Neurosurg Psychiatry**, v. 84, pp. 62-70, 2013.

SILVA, E.; OTERO, J. B. Disfunção de múltiplos órgãos. **RBTI**, v. 16, n. 02, pp. 114-118, 2004.

SILVA, E.; PEDRO, M. A.; SOGAYAR, A. C. B.; MOHOVIC, T.; SILVA, C. L. O.; JANISZEWSKI, M.; CAL, R. G. R.; SOUSA, É. F.; ABE, T. P.; ANDRADE, J.; MATOS, J. D.; REZENDE, E.; ASSUNÇÃO, M.; AVEZUM, Á.; ROCHA, P. C. S.; MATOS, G. F. J.; BENTO, A. M.; CORRÊA, A. D.; VIEIRA, P. C. B.; KNOBEL, E. Brazilian sepsis epidemiological study (BASES study). **Critical Care**, v. 08, n. 04, pp. R251-260, 2004.

SIMPSON, S. Q. New sepsis criteria: a change we should not make. **Chest**, v. 149, n. 05, pp. 1117-1118, 2016.

SINGER, M.; DEUTSCHMAN, C. S.; SEYMOUR, C. W.; SHANKAR-HARI, M.; ANNANE, D.; BAUER, M.; BELLOMO, R.; BERNARD, G. R.; CHICHE, J.-D.; COOPERSMITH, C. M.; HOTCHKISS, R. S.; LEVY, M. M.; MARSHALL, J. C.; MARTIN, G. S.; OPAL, S. M.; RUBENFELD, G. D.; POLL, T.; VINCENT, J.-L.; ANGUS, D. C. The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). **Jama**, v. 315, n. 08, pp. 801-810, 2016.

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. Sepsis: atualidades e perspectivas. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 23, n. 02, pp. 207-216, 2011.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; MENDONÇA, E. G.; GOMES, A. P.; VITORINO, R. R.; MIYADAHIRA, R.; ALVAREZ-PEREZ, M. C.; OLIVEIRA, M. G. A. Atualidades proteômicas na sepsis. **Rev Assoc Med Bras**, v. 58, n. 03, pp. 376-382, 2012.

WESTPHAL, G. A.; VIEIRA, K. D.; ORZECOWSKI, R.; KAEFER, K. M.; ZACLIKIVIS, V. R.; MASTROENI, M. F. Análise da qualidade de vida após a alta hospitalar em sobreviventes de sepsis grave e choque séptico. **Rev Panam Salud Publica**, v. 31, n. 06, pp. 499-505, 2012.

WILSON, I. B.; CLEARY, P. D. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. **JAMA**, v. 273, n. 01, pp. 59-65, 1995.

WILSON, J. X.; YOUNG, G. B. Sepsis-associated encephalopathy: evolving concepts. **Neurol J Southeast Asia**, v. 08, pp. 65-76, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de caracterização sociodemográfica e clínica

---

Identificação: _____ Data de nascimento: _____ Data da entrevista: _____

Sexo: 01. ( ) Feminino 02. ( ) Masculino

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Telefone(s): _____

Naturalidade: _____

Anos de estudo: _____

Estado civil:

01. ( ) Casado 02. ( ) Separado 03. ( ) Solteiro 04. ( ) União consensual 05. ( ) Viúvo

Número de filhos: _____

Quantas e quais pessoas moram na residência: _____

Algum familiar acompanhou você durante o tratamento de saúde?

01. ( ) Não 02. ( ) Sim Quem: _____

Alguém ajuda você a se cuidar em casa?

01. ( ) Não 02. ( ) Sim Quem: _____

Você tem alguma dificuldade para realizar o tratamento de saúde?

01. ( ) Não 02. ( ) Sim Qual: _____

Religião:

- antes da doença: 01. ( ) Não 02. ( ) Sim Qual(ais): _____

- atualmente: 01. ( ) Não 02. ( ) Sim Qual(ais): _____

Trabalho:

- antes da doença: 01. ( ) Não 02. ( ) Sim Qual(ais): _____

- atualmente: 01. ( ) Não 02. ( ) Sim Qual(ais): _____

Renda familiar:

- antes da doença: R\$ _____

- atualmente: R\$ _____

Sua contribuição na renda familiar:

- antes da doença: R\$ _____

- atualmente: R\$ _____

Principal responsável pela renda na família:

- antes da doença: _____

- atualmente: _____

História de patologias crônicas:

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS): 01. ( ) Não 02. ( ) Sim

Diabetes Mellitus: 01. ( ) Não 02. ( ) Sim

Hepatite(s) B e/ou C: 01. ( ) Não 02. ( ) Sim Qual(ais): _____

HIV: 01. ( ) Não 02. ( ) Sim

Doença Renal Crônica: 01. ( ) Não 02. ( ) Sim

Insuficiência Renal Aguda: 01. ( ) Não 02. ( ) Sim

Cardiopatias: 01. ( ) Não 02. ( ) Sim

Outra(s) patologia(s): 01. ( ) Não 02. ( ) Sim Qual(ais): _____

Hábitos de vida:

Atividade(s) de lazer:

- antes da doença: 01. ( ) Não 02. ( ) Sim Qual(ais): _____

- atualmente: 01. ( ) Não 02. ( ) Sim Qual(ais): _____

Atividade(s) física(s):

- antes da doença: 01. ( ) Não 02. ( ) Sim Qual(ais): _____

- atualmente: 01. ( ) Não 02. ( ) Sim Qual(ais): _____

Etilismo atual: 01. ( ) Não 02. ( ) Sim Tempo: _____

Etilismo pregresso: 01. ( ) Não 02. ( ) Sim Parou há quanto tempo: _____

Tabagismo atual: 01. ( ) Não 02. ( ) Sim Tempo: _____ Número de cigarros / dia: _____

Tabagismo pregresso: 01. ( ) Não 02. ( ) Sim Fumou por quanto tempo: _____

Número de cigarros / dia: _____

Diagnóstico da internação: _____

Diagnóstico: 01. ( ) Choque séptico 02. ( ) Sepse 03. ( ) Sepse grave

Data do diagnóstico de sepse: _____

Data de internação inicial: _____

Data de internação no CTI: _____

Data de alta do CTI: _____

Data de internação na enfermaria: _____

Data da alta hospitalar: _____

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Participantes)

Eu, Matheus Rozário Matioli, aluno de Mestrado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, sob orientação da Profa. Angelita Maria Stabile, venho convidá-lo(a) a participar de um estudo que busca conhecer as experiências de pessoas que passaram por uma situação de infecção generalizada (sepse) e qual é a qualidade de vida dessas pessoas.

Você participará respondendo a um primeiro questionário que avaliará sua capacidade de compreensão e memória (realização de alguns testes, cálculo e desenho). Dependendo do resultado obtido, sua participação terminará neste momento, ou poderão ser aplicados mais dois questionários: um que avaliará seus aspectos sociais (idade, sexo, estado conjugal, entre outras) e outro relacionado à sua qualidade de vida. O tempo necessário para responder aos questionários é de 40 (quarenta) minutos. Poderá ser realizada, também, uma entrevista com duração aproximada de 01 (uma) hora para melhor compreensão de como é para você ter passado por essa doença. A entrevista será gravada, se você permitir. O motivo da gravação é para não se perder nada do que for dito, evitando passar despercebido algum detalhe importante. Essa entrevista poderá se repetir, caso haja a necessidade de coletar mais dados ou você precisar acrescentar algo. Tanto os questionários quanto a entrevista poderão ser realizados na sua residência, ou onde você achar mais apropriado.

Garanto que seu nome será mantido em segredo e que as informações obtidas servirão apenas para divulgação em eventos e artigos científicos. Você poderá tirar dúvidas ou desistir da participação em qualquer momento que desejar, sem que isso lhe traga prejuízos. Sua participação neste estudo não lhe trará gastos, você não receberá gratificação por participar e não terá benefícios diretos, porém contribuirá para a compreensão da experiência pela qual passou, o que permitirá um melhor acompanhamento de outros pacientes.

Os riscos que você corre ao participar deste estudo são mínimos, caso experimente algum tipo de desconforto ou sentimentos desagradáveis, por se lembrar da experiência que teve durante a doença, poderá conversar comigo ou interromper sua participação no estudo. Caso você se sinta lesado por algum dano decorrente de sua participação neste estudo, você poderá recorrer às leis de indenização vigentes neste país. Eventuais despesas que você tiver para participar deste estudo serão ressarcidas pelo pesquisador.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, um órgão que acompanha e avalia todas as etapas do estudo, colaborando para o desenvolvimento da competência ética e de uma visão mais ampla dos valores humanos.

O telefone e o endereço para contato com o pesquisador e com o Comitê de Ética em Pesquisa estão no final desta página.

Diante do exposto, declaro que estou ciente das informações recebidas e que concordo voluntariamente em participar deste estudo, recebendo uma cópia desse termo, o que me permitirá entrar em contato com o pesquisador e com o Comitê de Ética em Pesquisa, em algum outro momento, caso eu deseje ou sinta necessidade de obter novos esclarecimentos a respeito deste estudo.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 201__.

Nome do participante	Assinatura do participante
Profa. Angelita Maria Stabile	Matheus Rozário Matioli
Profa. Angelita Maria Stabile Telefone: (16) 3315-4933 E-mail: angelita@eerp.usp.br	Matheus Rozário Matioli Telefone: (16) 3315-4933 E-mail: matheusrozariomatioli@usp.br
Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP: Telefone: (16) 3315-3386 Horário de funcionamento: de segunda a sexta-feira, das 08h às 17h Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP Avenida Bandeirantes, 3.900 – CEP: 14.040-902	

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Especialistas)

Meu nome é Matheus Rozário Matioli, sou aluno de Mestrado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, orientado pela Profa. Dra. Angelita Maria Stabile. Você está sendo convidado a participar do comitê de especialistas que realizará a validação do roteiro sociodemográfico e clínico do estudo acima citado. O objetivo deste estudo é interpretar as experiências subjetivas de pacientes sobreviventes à sepse que podem se articular à qualidade de vida relacionada à saúde ou se diferenciar dela. Sua participação ocorrerá na avaliação de aparência e conteúdo do roteiro sociodemográfico e clínico. Para tanto, anexo a este termo você receberá o resumo do projeto, o roteiro sociodemográfico e clínico e as instruções para a avaliação do mesmo. Sabe-se que o tempo necessário para essa avaliação é variável, mas estima-se que você precisará de 30 (trinta) minutos para realizá-la. Gostaria que a entrega de sua avaliação ocorresse em até 15 (quinze) dias a partir da data de recebimento deste. Você não terá benefícios diretos por participar deste estudo como membro do comitê de especialistas e não receberá benefício econômico, entretanto contribuirá para a compreensão da experiência de pessoas que sobreviveram à sepse, o que permitirá um melhor acompanhamento desses pacientes.

Os desconfortos da sua participação estão relacionados com o tempo que deverá ser destinado para avaliação do roteiro. Se desejar negar-se a participar, pode fazê-lo sem nenhum temor, pois isso não prejudicará seu relacionamento com o pesquisador, a orientadora ou com a instituição a qual o estudo está vinculado. Adicionalmente, você tem direito à indenização conforme as leis vigentes no país caso ocorra dano decorrente de sua participação no estudo, por parte do pesquisador. Você tem a liberdade de desistir de participar do comitê em qualquer momento, retirando seu consentimento em qualquer fase do estudo. Você receberá uma via deste termo assinada pelo pesquisador e pela orientadora onde constam o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sobre a sua participação, a qualquer momento. Adicionalmente, informo o contato do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, o qual tem a finalidade de proteger eticamente os participantes das pesquisas.

Agradeço a sua colaboração.

Eu, _____ concordo em participar do comitê de especialistas, por livre e espontânea vontade, permitindo que as sugestões que eu fizer sejam utilizadas por Matheus Rozário Matioli para aprimorar o roteiro sociodemográfico e clínico.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 201__.

_____
Assinatura do participante

_____
Profa. Dra. Angelita Maria Stabile

_____
Matheus Rozário Matioli

Profa. Dra. Angelita Maria Stabile Telefone: (16) 3315-4933 E-mail: angelita@eerp.usp.br	Matheus Rozário Matioli Telefone: (16) 3315-4933 E-mail: matheusrozariomatioli@usp.br
Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP: Telefone: (16) 3315-3386 Horário de funcionamento: de segunda a sexta-feira, das 08h às 17h Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP Avenida Bandeirantes, 3.900 – CEP: 14.040-902	

ANEXO A – Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

Date of examination ____/____/____ Examiner _____

Name _____ Age _____ Years of School Completed _____

Instruções: As palavras em negrito devem ser lidas em voz alta, clara e devagar para o examinado. Termos de substituição aparecem entre parênteses. A aplicação do exame deve ser feita de maneira individual e na língua materna do examinado. Faça um círculo em volta de 0 se a resposta estiver incorreta, ou em volta de 1 se a resposta estiver correta. Comece fazendo as duas perguntas que se seguem:

Você tem algum problema de memória?

Posso lhe fazer algumas perguntas sobre a sua memória?

ORIENTAÇÃO NO TEMPO	RESPOSTA	PONTOS (Faça um círculo em volta de sua resposta)
Nós estamos em que... ano?	_____	0 1
estação?	_____	0 1
mês do ano?	_____	0 1
dia da semana?	_____	0 1
Qual é a data de hoje?	_____	0 1

ORIENTAÇÃO NO ESPAÇO*

Onde nós estamos agora?

Em que estado?	_____	0 1
Em que cidade?	_____	0 1
Em que bairro (ou parte da cidade)?	_____	0 1
Em que prédio (nome ou tipo)?	_____	0 1
Em que andar do prédio (número da sala/do apartamento ou endereço)?	_____	0 1

*As palavras utilizadas nesta seção podem ser substituídas por palavras alternativas de lugar que sejam apropriadas e mais precisas, as palavras utilizadas devem ser anotadas.

REGISTRO*

Ouçá com atenção. Eu vou dizer três palavras. Você as repete depois que eu acabar. Pronto/a?

Aqui vão elas... **MAÇÃ** [pausa], **CENTAVO** [pausa], **TÁBUA** [pausa]. Agora repita essas palavras para mim.

[Repita até 5 vezes, mas marque somente os pontos da primeira tentativa.]

MAÇÃ	_____	0 1
CENTAVO	_____	0 1
TÁBUA	_____	0 1

Agora guarde essas palavras na memória. Eu vou pedir para você as repetir daqui a alguns minutos.

*Um grupo de palavras alternativas (p. ex.: CAVALO, REAL, LARANJA) pode substituir as palavras desta seção ao testar novamente um examinado. Essas palavras devem ser anotadas.

ATENÇÃO E CÁLCULO [Série 7s]*

Agora eu gostaria que você diminuísse 7 de 100. E que continuasse a diminuir 7 de cada resultado até eu falar para você parar.

Quanto é 100 menos 7?	[93]	_____	0 1
Se preciso, diga: Continue.	[86]	_____	0 1
Se preciso, diga: Continue.	[79]	_____	0 1
Se preciso, diga: Continue.	[72]	_____	0 1
Se preciso, diga: Continue.	[65]	_____	0 1

*O item alternativo (MUNDO subtraído de três para frente) só deve ser aplicado se o examinado se recusar a executar as tarefas da Série 7s. →

PAR Psychological Assessment Resources, Inc. • 16204 N. Florida Avenue • Lutz, FL 33549 • 1.800.331.8378 • www.parinc.com

Reproduzido sob permissão especial da editora, Psychological Assessment Resources, Inc., 16204 North Florida Avenue, Lutz, Florida 33549, a partir do Mini Mental State Examination por Marshall Folstein e Susan Folstein, Direitos Autorais 1975, 1988, 2001 por Mini Mental LLC, Inc. Publicado em 2001 por Psychological Assessment Resources, Inc. A reprodução ulterior é proibida sem a permissão de PAR, Inc. O MMSE pode ser adquirido na PAR, Inc. telefonando para +1 (813) 968-3800.
9 8 7 6 5 Revisor: RKD-4740 Printed in the U.S.A.

MMSE - Brazil/Portuguese - Version of 16 Nov 12 - MAP1 Institute.
00001 / MMSE-AUT 2_por-BR.doc

Substitua a série 7s por este item e marque seus pontos somente se o examinado se recusar a executar as tarefas da Série 7s.

Solete MUNDO do princípio para o fim e depois de trás para frente.

Corrija se for mal soletrado do princípio para o fim, mas marque pontos somente para de trás para frente.

(Q = 1) (D = 1) (N = 1) (U = 1) (M = 1) (0 a 5)

RECORDAÇÃO

RESPOSTA

PONTOS

(Faça um círculo em cada de uma resposta)

Quais foram as três palavras que eu pedi para você se lembrar? [Não dê nenhum auxílio.]

MAÇÃ	_____	0	1
CENTAVO	_____	0	1
TÁBUA	_____	0	1

DENOMINAÇÃO*

O que é isso? [Mostre um lápis ou caneta.]

_____ 0 1

O que é isso? [Mostre um relógio de pulso.]

_____ 0 1

*Objetos comuns alternativos (p. ex.: óculos, cadeira, chaves) podem substituir os objetos utilizados nesta seção. Esses objetos devem ser anotados.

REPETIÇÃO

Agora eu vou pedir para você repetir o que eu digo. Pronto(a)? "NÃO TEM SE, E, OU MAS". Agora você diz isso. (Repita até 5 vezes, mas marque somente os pontos da primeira tentativa.)

NÃO TEM SE, E, OU MAS. _____ 0 1

Destaque a próxima folha ao longo da linha picotada vertical e depois corte-a ao meio ao longo da linha picotada horizontal. Utilize a metade superior da folha (a metade em branco) para os itens de Compreensão, Escrita e Desenho a seguir. Utilize a parte inferior da folha como um estímulo para os itens de Leitura ("FECHE OS OS SEUS OLHOS") e Desenho (pentágonos cruzados).

COMPREENSÃO

Ouçá com atenção o que eu vou lhe dizer porque eu vou pedir para você fazer uma coisa.

Pegue este papel com sua mão direita [pausa], dobre-o no meio [pausa], e coloque no chão [ou na mesa].

PEQUE COM A MÃO DIREITA	_____	0	1
DOBRE NO MEIO	_____	0	1
COLOQUE NO CHÃO [ou NA MESA]	_____	0	1

LEITURA

Por favor, leia isto e faça o que está escrito. [Mostre ao examinado as palavras do formulário de estímulo.]

FECHE OS SEUS OLHOS _____ 0 1

ESCRITA

Por favor, escreva uma frase. [Se o examinado não reagir, diga: Escreva sobre o tempo.]

0 1

Coloque a folha em branco (desdobrada) em frente do examinado e dê a ele uma caneta ou um lápis. Marque 1 ponto se a frase é compreensível e contém um sujeito e um verbo. Ignore erros de gramática ou ortografia.

DESENHO

Por favor, copie este desenho. [Mostre os pentágonos cruzados do formulário de estímulo.]

0 1

Marque 1 ponto se o desenho mostrar 2 figuras de cinco lados que se cruzam para formar uma figura de 4 lados.

Avaliação do nível de consciência.

Total de Pontos = _____
(Some todos os pontos.) (máx. de 36 pts.)

Alerta/ Responsivo	Sonolento	Entorpecido	Comatoso/ Indiferente

---

**FECHE OS SEUS
OLHOS**

**ANEXO B – Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey
(SF-36) (Versão dois)**

Sua Saúde e Bem-Estar

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

Por favor, para cada uma das perguntas a seguir marque com um ☒ o quadrado que melhor corresponde à sua resposta.

1. Em geral, você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito boa	Boa	Razoável	Ruim
▼	▼	▼	▼	▼
☐	☐	☐	☐	☐

2. Comparada a um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

Muito melhor agora do que há um ano	Um pouco melhor agora do que há um ano	Quase a mesma de um ano atrás	Um pouco pior agora do que há um ano	Muito pior agora do que há um ano
▼	▼	▼	▼	▼
☐	☐	☐	☐	☐

3. As seguintes perguntas são sobre atividades que você poderia fazer durante um dia comum. A sua saúde atual limita você nestas atividades? Se for o caso, o quanto?

	Sim, limita muito ▼	Sim, limita um pouco ▼	Não, não limita nem um pouco ▼
i. <u>Atividades vigorosas</u> , tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	☐ 1	☐ 2	☐ 3
ii. <u>Atividades moderadas</u> , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, dançar ou nadar	☐ 1	☐ 2	☐ 3
iii. Levantar ou carregar compras de supermercado	☐ 1	☐ 2	☐ 3
iv. Subir <u>vários</u> lances de escada	☐ 1	☐ 2	☐ 3
v. Subir <u>um</u> lance de escada.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3
vi. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	☐ 1	☐ 2	☐ 3
vii. Andar <u>mais de 1 quilômetro</u>	☐ 1	☐ 2	☐ 3
viii. Andar <u>várias centenas de metros</u>	☐ 1	☐ 2	☐ 3
ix. Andar <u>cem metros</u>	☐ 1	☐ 2	☐ 3
x. Tomar banho ou vestir-se	☐ 1	☐ 2	☐ 3

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

	Sempre	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
	▼	▼	▼	▼	▼
1. Diminuiu o <u>tempo</u> em que você trabalhava ou fazia outras atividades?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. <u>Realizou menos</u> do que você gostaria?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Esteve limitado/a no <u>tipo</u> de trabalho ou em outras atividades?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Teve dificuldade em fazer seu trabalho ou outras atividades (p.ex: necessitou de um esforço extra)?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

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

	Sempre	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
	▼	▼	▼	▼	▼
1. Diminuiu o <u>tempo</u> em que você trabalhava ou fazia outras atividades?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. <u>Realizou menos</u> do que você gostaria?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Trabalhou ou fez qualquer outra atividade <u>sem o cuidado habitual</u> ?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

6. Nas últimas 4 semanas, o quanto sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais normais, em relação a família, amigos, vizinhos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

7. Quanta dor no corpo você teve nas últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Severa	Muito severa
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6

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

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

9. Estas perguntas são sobre como você se sente e como as coisas aconteceram com você nas últimas 4 semanas. Para cada pergunta, por favor dê a resposta que mais se aproxime da maneira como você tem se sentido. Nas últimas 4 semanas, durante quanto tempo...

	Sempre	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
	▼	▼	▼	▼	▼
a. você se sentiu cheio/a de vida?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b. você se sentiu muito nervoso/a?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c. você se sentiu tão deprimido/a que nada podia animá-lo/a?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
d. você se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
e. você se sentiu com muita energia?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
f. você se sentiu desanimado/a e deprimido/a?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
g. você se sentiu esgotado/a?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
h. você se sentiu feliz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
i. você se sentiu cansado/a?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

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

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

11. O quão VERDADEIRA ou FALSA é cada uma das seguintes afirmações para você?

	Definitivamente verdadeira	A maioria das vezes verdadeira	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
	▼	▼	▼	▼	▼
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente do que outras pessoas	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer outra pessoa que conheço	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
c. Eu acho que minha saúde vai piorar.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
d. Minha saúde é excelente.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

Muito obrigado por responder a este questionário!

ANEXO C – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

---

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-900
Fone: 55 16 3602.3362 - 55 16 3602.3361 - Fax: 55 16 3602.6518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 115/2014

Ribeirão Preto, 9 de junho de 2014.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 9 de junho de 2014.

Protocolo CAAE: 28152614.5.0000.5393

Projeto: A experiência de sobreviventes à sepse e sua qualidade de vida relacionada à saúde.

Pesquisadores: Angelita Maria Stabile
Matheus Rozário Mattoli

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

ANEXO D – Autorização para utilização do MEEM

Creating Connections. Changing Lives.

16204 N. FLORIDA AVENUE • LUTZ, FLORIDA 33549
Telephone: 813.968.3003 • Fax: 813.968.2908 • Web: www.parinc.com

Sent Via Email: matheusrozariomatioli@usp.br

April 29, 2014

Matheus R. Matioli
São Paulo University – USP
125, Stélio Machado Laureiro Street
Ribeirão Preto, São Paulo 14.025-470
Brazil

Dear Matheus:

In response to your recent request, permission is hereby granted to you to reproduce up to a total of 49 (paper) copies of the Brazilian Portuguese version of the Mini-Mental State Examination (MMSE) Test Form for use in your research titled, *The experience of survivors of sepsis and their health-related quality of life*. If additional copies are needed, it will be necessary to write to PAR for further permission.

This Agreement is subject to the following restrictions:

- (1) Any and all materials used will contain the following credit line:

"Reproduced by special permission of the Publisher, Psychological Assessment Resources, Inc., 16204 North Florida Avenue, Lutz, Florida 33549, from the Mini Mental State Examination, by Marshal Folstein and Susan Folstein, Copyright 1975, 1998, 2001 by Mini Mental LLC, Inc. Published 2001 by Psychological Assessment Resources, Inc. Further reproduction is prohibited without permission of PAR, Inc. The MMSE can be purchased from PAR, Inc. by calling (800) 331-8378 or (813) 968-3003."
- (2) None of the material may be sold, given away, or used for purposes other than those described above.
- (3) An accurate count of the total number of administrations using the translation will be kept.
- (4) Payment of a royalty/license fee of \$40.18 USD (\$0.82 USD per copy for 49 copies). This fee includes a 40% student discount.

Creating Connections. Changing Lives.

16204 N. FLORIDA AVENUE • LUTZ, FLORIDA 33548
Telephone: 813.968.3003 • Fax: 813.968.2598 • Web: www.parinc.com

- (5) One copy of any of the material reproduced will be sent to the Publisher to indicate that the proper credit line has been used.

TWO COPIES of this Permission Agreement should be signed and returned to me, along with your payment for \$40.18 USD for the royalty/license fee, to indicate your agreement with the above restrictions. I will then sign it for PAR and return a fully executed copy to you for your records.

Sincerely,

Vicki M. McFadden
Permissions Specialist
vmark@parinc.com
1-800-331-8378 (phone)
1-800-727-9329 (fax)

ACCEPTED AND AGREED:

BY:
MATHEUS R. MATIOLI
DATE: 29/04/2014

ACCEPTED AND AGREED:

BY:
VICKI M. MCFADDEN
DATE: April 30, 2014
PAYMENT RECEIVED: VISA
PAR CUSTOMER No.: 70057

SIGNATURE OF PROFESSOR REQUIRED:

I hereby agree to supervise this student's use of these materials. I also certify that I am qualified to use and interpret the results of these tests as recommended in the *Standards for Educational and Psychological Testing*, and I assume full responsibility for the proper use of all materials used per this Agreement.

BY:
Printed Name: Angelita Maria Stabile

ANEXO E – Autorização para utilização do SF-36 (Versão dois)

NON-COMMERCIAL LICENSE AGREEMENT Office of Grants and Scholarly Research (OGSR)

License Number: QM023786

Licensee Name: Angelita Maria Stabile c/o SÃO PAULO UNIVERSITY-USP

Licensee Address: 3900 Bandeirantes Avenue, Ribeirão Preto, São Paulo 14040-902

Approved Purpose: Non-commercial academic research and/or thesis – Unfunded Student.

Study Name: The experience of survivors of sepsis and their quality of life

Study Type: student

Data Collection Method: Paper

Therapeutic Area: Wellness & Lifestyle

Royalty Fee: None, because this License is granted in support of the non-commercial Approved Purpose

Other Definitions: As indicated on Appendix B "License Agreement – Details", including without limitation: Licensed Surveys, Modes of Administration, Fees, Administrations, Services, Approved Languages and (if applicable) Study Term

Licensee accepts and agrees to the terms of this Non-Commercial License Agreement (the "Agreement") from the Office of Grants and Scholarly Research (OGSR) of Optuminsight Life Sciences, Inc. (f/k/a QualityMetric Incorporated) ("Optuminsight") as of the date of last signature below (the "Effective Date").

Subject to the terms of this Agreement, including the Optuminsight Non-Commercial License Terms and Conditions attached as Appendix A: Optuminsight grants to Licensee, and Licensee accepts, a non-exclusive, non-transferable, non-assignable, non-sublicensable worldwide license to use, solely for the Approved Purpose and during the License Term, the Licensed Surveys in the authorized Data Collection Methods, Modes of Administration, and Approved Languages indicated on Appendix B and to administer the Licensed Surveys only up to the approved number of Administrations (and to make up to such number of exact reproductions of the Licensed Surveys necessary to support such Administrations) in any combination of the specific Licensed Surveys and Approved Languages, Data Collection Methods, and Modes of Administration and to use any related software provided by Optuminsight.

Capitalized terms used in this Agreement shall have the meanings assigned to them above, or in Appendices A and B attached hereto. Appendices A and B attached hereto are incorporated into and made a part of this Agreement for all purposes.

EXECUTED, as of the Effective Date, by the duly authorized representatives as set forth below.

Optuminsight Life Sciences, Inc.
[Optuminsight]

Signature: [Signature]
Name: Martha Bayliss
Title: VP Operations
Date: 10 APR 2014

Angelita Maria Stabile c/o SÃO PAULO UNIVERSITY-USP
[Licensee]

Signature: [Signature]
Name: Angelita maria stabile
Title: Professor / doctor
Date: 10/10/2014

APPENDIX A

OPTUMINSIGHT NON-COMMERCIAL LICENSE TERMS AND CONDITIONS

Attached to and Incorporated into License No. QM023786

1. **No Commercial Use of Data** – Licensee agrees to use the data resulting from Licensee's administration of the Licensed Surveys only in connection with the Approved Purpose set forth on Page 1 of this Agreement. Licensee agrees that it shall not use such data for any other purpose, or provide such data to any commercial or non-commercial entity (including without limitation any university or university hospital) for any commercial purpose.
2. **Term and Termination** – This Agreement shall be effective until end of the Study Term reflected in Appendix B, after which this Agreement and the licenses granted here under shall terminate. Notwithstanding the foregoing, Optuminsight may terminate this Agreement at any time upon in the event of a material breach by Licensee or its personnel of this Agreement that is not cured within thirty (30) days following notice to Licensee.
3. **Administration by Third Parties** – A third party service provider may administer the Licensed Surveys on behalf of Licensee, subject to such third party's execution of Optuminsight's Acknowledgement by Agent form, available by request. However, in all such cases, Licensee shall not be relieved of its obligations, and Licensee shall be responsible for any breach hereof by such student or third party.
4. **Trademark and Copyright Notices** – Licensee agrees to reproduce the copyright and trademark notices included with the Licensed Surveys on all reproductions of the Licensed Surveys permitted hereunder, including electronic reproductions and representations. Licensee shall not alter the wording or order of the items or any other part of the Licensed Surveys. Licensee shall not create any derivative work from the Survey Materials (as defined in Section 6(a)).
5. **Records** – Licensee shall maintain accurate records, in all material respects, containing information sufficient to verify Licensee's compliance with this Agreement, including as applicable, but not limited to, records of the number of reproductions of the Licensed Survey(s) made, the location of and/or confirmation of the destruction of such reproductions, the number of administrations of the Licensed Surveys performed, and the use(s) made of the data resulting from Licensee's administration of the Licensed Surveys.
6. **Proprietary Rights** –
  - a. Licensee acknowledges that the Licensed Surveys, copyright in all publications purchased, Software, SMS Scoring Solution or other scoring solution, and all intellectual property rights related thereto ("Survey Materials"), shall be and remain at all times the property of Optuminsight. Licensee shall have no right, title or interest in the Survey Materials except for the limited license described herein. Licensee shall not use, modify, reproduce, or transmit any of the Survey Materials except as expressly provided hereunder in connection with the Approved Purpose. If the Approved Purpose includes administration of the Licensed Surveys in physical form, Licensee is authorized to make exact reproductions of the Licensed Survey(s) sufficient to support such administrations.
  - b. Licensee acknowledges and agrees that the Data Collection Method and Modes of Administration reflected in this Agreement and Appendix B are the only manner in which Licensee may administer the Licensed Surveys. By way of example, if the Mode reflected in Appendix B is "paper", the Licensed Survey(s) shall be used, distributed, and administered via paper only, and shall not be used, distributed, displayed, or administered via any electronic means.
  - c. Licensee acknowledges and agrees that any translations of the Licensed Surveys into any language must be performed by Optuminsight, and Optuminsight retains ownership of any and all translations.

7. **Ownership of Survey Results Data** – Notwithstanding the foregoing, the parties agree that all results of Licensee's administration of the Licensed Survey(s) shall be the property of Licensee.
8. **Confidentiality; Injunctive Relief** – Licensee acknowledges that the Survey Materials are valuable assets of Optuminsight and that the value of the Survey Materials would be significantly impaired by the unauthorized distribution or use of them. Licensee shall ensure that the Survey Materials are not used for unauthorized purposes or by unauthorized persons, and shall promptly report any such unauthorized use to Optuminsight. Licensee acknowledges that, in the event of any material breach of this paragraph by the Licensee, money damages would not be a sufficient remedy, and that Optuminsight shall, to the extent permitted by applicable law, be entitled to equitable relief, including injunction. Such relief shall be in addition to all other remedies available at law or in equity.
9. **Disclaimer of Warranty** – Licensee understands and acknowledges that complex and sophisticated products such as the Survey Materials are inherently subject to undiscovered defects. Optuminsight cannot and does not represent or warrant to Licensee that the Survey Materials are free from such defects, that operation of the Survey Materials will be uninterrupted or error free, or that its results will be effective or suitable with respect to any particular application. SURVEY MATERIALS PROVIDED HEREUNDER ARE PROVIDED AS-IS, AND OPTUMINSIGHT MAKES NO REPRESENTATIONS OR WARRANTIES, EXPRESS OR IMPLIED, ARISING BY LAW OR OTHERWISE WITH RESPECT TO SUCH SURVEY MATERIALS OR THIS AGREEMENT, AND DISCLAIMS ALL WARRANTIES INCLUDING WITHOUT LIMITATION ANY REPRESENTATIONS OR WARRANTIES AS TO MERCHANTABILITY, FITNESS FOR A PARTICULAR PURPOSE, NON-INFRINGEMENT OR OTHERWISE.
10. **Compliance with Law** – Optuminsight and Licensee agree that in performing their respective obligations under this Agreement, each shall conduct business in conformance with sound ethical standards of integrity and honesty and in compliance with all applicable laws, rules and regulations.
11. **LIMITATION OF LIABILITY** – IN NO EVENT SHALL OPTUMINSIGHT BE LIABLE TO LICENSEE OR ANY THIRD PARTY FOR ANY SPECIAL, PUNITIVE, INCIDENTAL, INDIRECT, OR CONSEQUENTIAL DAMAGES, ARISING FROM ANY CLAIMED BREACH OF WARRANTY, BREACH OF CONTRACT, NEGLIGENCE, STRICT LIABILITY IN TORT, OR ANY OTHER LEGAL THEORY, EVEN IF OPTUMINSIGHT HAS BEEN ADVISED OF THE POSSIBILITY OF SUCH DAMAGES. SUCH EXCLUDED DAMAGES INCLUDE, BUT ARE NOT LIMITED TO, LOST PROFITS, COST OF ANY SUBSTITUTE GOODS OR SERVICES, LOST BUSINESS INFORMATION AND DATA, AND BUSINESS INTERRUPTION.
12. **Additional Terms of Use** –
- Optuminsight Software.** The following additional terms apply to any software provided by Optuminsight to Licensee in connection with this Agreement ("Software"). Licensee may install and use one copy of the Software on a single computer, and except for making one back-up copy of the Software, may not otherwise copy the Software; provided, however, that upon execution of an Acknowledgement by Agent form by a clinical research organization or other third party vendor ("Agent"), Licensee shall have the right for the Software to be used by the Agent which is acting on Licensee's behalf, provided that Licensee warrants to Optuminsight that Agent shall abide by all terms and conditions of this Agreement and Licensee shall be responsible for any breach of this Agreement by such Agent. The Software may not be shared or used concurrently on different computers. Licensee may not reverse engineer, decompile, or disassemble the Software, nor attempt in any other manner to obtain the source code. The Software and the algorithms it contains are proprietary information of Optuminsight. Licensee shall not attempt to circumvent any function of the Software that limits its use to a certain number of administrations of the Licensed Surveys or to a certain time period. Licensee may not rent or lease the Software to any other person.
13. **Form Review** – If reflected in Appendix B attached to each SLA that Licensee will administer the Licensed Surveys on an electronic device, Licensee acknowledges that this provision shall be applicable to Licensee's use of the Licensed Surveys. Licensee is required to submit screenshots or a link to the Licensed Surveys for each Approved Language to Optuminsight. Optuminsight shall perform an initial form review to determine whether the Licensed Surveys

have been appropriately migrated to electronic format (the "Initial Review"). Optuminsight will complete its Initial Review of the Licensed Surveys for each Approved Language within two (2) weeks from Optuminsight's receipt of screenshots or website link from Licensee. Upon Optuminsight's completion of the Initial Review, Optuminsight will provide Licensee with a detailed list of revisions that will need to be made before Optuminsight can approve the electronic format. Licensee is required to submit subsequent screenshots or a link to the Licensed Surveys for each Approved Language incorporating any changes required by Optuminsight until Optuminsight provides its final approval of the electronic format. The parties acknowledge and agree that multiple rounds of review and revisions may be necessary prior to Optuminsight being able to provide final approval of the electronic format. Licensee is solely responsible for the electronic creation of the Licensed Surveys. Licensee does not obtain any rights in the Licensed Surveys not otherwise granted in this Agreement due to the administration and/or use of the Licensed Surveys. Nothing in this Agreement prohibits Optuminsight from creating its own electronic forms of Licensed Survey administration. The Licensed Surveys cannot be used in electronic format except as allowed pursuant to the terms and conditions of this Agreement. Licensee acknowledges that there may be response differences due to effects from use of electronic format compared to a static Mode of Administration such as paper/pencil. Licensee assumes any and all risk of differential effects resulting from the use of electronic format.

14. Miscellaneous –

a. This Agreement constitutes the entire and exclusive agreement between the parties and supersedes all previous communications or agreements, either oral or written, with respect to the subject matter hereof. This Agreement may not be modified or amended except by an instrument in writing signed by both parties. The Appendices attached hereto are incorporated into and made a part of this Agreement for all purposes.

b. Notices, copies of notices or other communications shall be sent to a party at the address set forth on the first page of this Agreement. All notices shall be effective upon delivery of the notice at such address.

c. Any waiver of any breach or default under this Agreement must be in writing and shall not be deemed a waiver of any other or subsequent breach or waiver. Failure to delay by either party to enforce compliance with any term or condition of this Agreement shall not constitute a waiver of such term or condition.

d. If any provision in this Agreement is determined to be invalid or unenforceable, the remaining provisions of this Agreement shall not be affected thereby and shall be binding upon the parties hereto, and shall be enforceable, as though the invalid or unenforceable provision were not contained herein.

e. In the event a Licensed Survey or associated Optuminsight intellectual property is exported by Licensee outside of the country in which Licensee is located, both parties agree that Licensee is obligated and solely responsible for ensuring compliance with all applicable import and export laws and regulations of the United States of America and/or any applicable foreign jurisdictions. Licensee shall indemnify, defend and hold harmless

Optuminsight (including payment of all reasonable costs, fees, settlements and damages) with respect to any suits or proceedings brought against Optuminsight arising from Licensee's export of a Licensed Survey.

f. This Agreement and performance hereunder shall be governed in accordance with the laws of the State of New York, but excluding New York choice of law principles. With respect to any dispute arising in connection with this Agreement, Licensee consents to the exclusive jurisdiction and venue in the state and federal courts located in New York City, New York.

g. This Agreement may be executed in multiple counterparts, each of which shall be deemed an original and all of which shall be deemed the same agreement.

h. Licensee, in order to activate Software, may need to click on an "I Agree" radial button included in the End User License Agreement screen in the Software. The parties acknowledge and agree that notwithstanding

Section 12 of the End User License Agreement in the Scoring Software, the terms and conditions of this Agreement shall control. For avoidance of doubt, the parties further acknowledge and agree that the terms and conditions of the End User License Agreement are not applicable to Software despite this radial button requirement.

Very Important - Please Read

NO formatting or editing changes to the survey

In order to obtain licensing from Licensor no changes can be made to the survey forms. Any format and/or language changes have the potential to affect the survey data received. Therefore, to maintain the validation and integrity of the SF Health Surveys, no language or formatting changes are allowed. The format of the survey is scientifically engineered to facilitate accurate and unbiased data, as well as keeping the SF Health Survey in a visual format that is comprehensible to the patient/participant, including those who may be impaired and/or elderly. You should administer the survey in the exact format you will receive it in. The only item Licensee may add is a header with patient identification and / or administration information. If you do wish to add a header please ask for a sample copy of the survey to edit and then submit this to your Account Representative for review prior to signing this License Agreement. Once the licensing process is completed, you will receive a clean set of Survey Forms in a word and .pdf file. These are the forms you will administer. Please do not use any forms you may already have access to as the ones we send you are the most current versions.

* * *

OPTUM™
LICENSE AGREEMENT - DETAILS
APPENDIX B

Licensee: SÃO PAULO UNIVERSITY-USP
 Angelita Maria Stabile
 3900 Bandeirantes Avenue
 Ribeirão Preto, São Paulo 14040-902

License Number: QM023786

Amendment to: N/A

Study Term: 08/01/14 to 05/31/16

Approved Purpose
 The experience of survivors of sepsis and their
 quality of life

Licensed Surveys (Modes) and Services:

Item	Description	Mode of Admin	Quantity
PROJ01	License Fee	Paper	1
ADM012	Patients Enrolled		30
ADMINS	Administrations		90
ES0220	SF-36v2, Standard Recall	Paper	1
Approved Languages: Brazil (Portuguese)			
IS0220	SF-36v2 Interview Script, Std	Interview Script	1
Approved Languages: United States (English)			
SS075	Scoring Software v4.5		1
SS080	SS v4.5 Key: SF-36v2		90
EM020	SF-36v2 Clinical Trial Guide		1

Approved Languages:
 United States (English)

TOTAL FEES: 0.00 USD