

# **Qualidade de Vida e Performance Status após Ressuscitação Cardiorrespiratória: Casuística da UCI do CHUCB**

**Claudia Raquel Rodrigues Pratas**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
(mestrado integrado)

Orientador: Dra. Cristina Maria Veiga do Coxo

**abril de 2021**

Qualidade de Vida e Performance Status após Ressuscitação Cardiorrespiratória:  
Casuística da UCI do CHUCB

## **Dedicatória**

Aos meus pais e irmã, que sempre me deram apoio incondicional.

Aos meus avós, pelo carinho e cuidado.

Qualidade de Vida e Performance Status após Ressuscitação Cardiorrespiratória:  
Casuística da UCI do CHUCB

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus, em primeiro lugar, porque Ele está sempre ao meu lado.

Aos meus pais, que lutaram e trabalharam com todas as suas forças para que os meus sonhos se concretizassem. Agradeço-lhes pela educação, amor e carinho.

À minha irmã, a minha companheira que está sempre lá.

Ao resto da minha família, que sempre me incentivou e apoiou no meu percurso.

À minha orientadora, Dra. Cristina, que me ajudou e acompanhou nesta investigação em plena pandemia.

À professora Célia Nunes, pela excelência das aulas de bioestatística e das sessões de apoio que me permitiram realizar a análise estatística.

Aos doentes que participaram neste estudo, pelo seu contributo para este trabalho e para a melhoria do seguimento dos restantes doentes.

Às minhas colegas de casa e todos os meus outros amigos, que me suportaram e apoiaram ao longo destes seis anos.

Qualidade de Vida e Performance Status após Ressuscitação Cardiorrespiratória:  
Casuística da UCI do CHUCB

## Resumo

**Introdução:** A paragem cardiorrespiratória (PCR) associa-se a morbilidade e mortalidade elevadas, tendo um vasto espectro de sequelas. Diversos estudos têm foco na sobrevivência, no entanto, para uma ressuscitação bem sucedida é necessário ainda que haja uma qualidade de vida aceitável.

**Objetivo:** Estudar a qualidade de vida e *performance status* dos doentes que sobrevivem a paragem cardiorrespiratória, tal como o tempo de sobrevida e perda de autonomia.

**Métodos:** É um estudo retrospectivo que incluiu os adultos tratados na UCI do CHUCB após PCR entre 2015 e 2019. Procedeu-se à análise de dados do processo clínico de todos os doentes e à aplicação de um questionário aos que estavam vivos, o qual incluiu o questionário EQ-5D-3L da EuroQoL e o score de *performance status* da ECOG.

**Resultados:** Obteve-se um total de 97 doentes, com idade média de 75,74 anos. A taxa de sobrevivência à alta hospitalar foi de 32,0% e a sobrevivência global a um ano foi de 20,6%. O tempo de sobrevida médio nos doentes com alta foi de 31,26 meses, sendo que 64,3% estavam vivos um ano após PCR. Depressão prévia ( $p=0,041$ ), tempo de internamento ( $p=0,030$ ), dependência para atividades da vida diária após PCR ( $p=0,014$ ) e institucionalização após PCR ( $p=0,001$ ) associaram-se a uma menor sobrevivência a um ano. Verificou-se uma mudança significativa no nível de autonomia ( $p=0,000$ ) e institucionalização ( $p=0,004$ ), havendo perda de autonomia em 50% dos previamente autónomos. Na perda de autonomia, destaca-se o papel da diabetes *mellitus* (OR 33,519;  $p=0,012$ ) e tempo de internamento (OR 1,077;  $p=0,073$ ). Já na institucionalização, destaca-se o sexo feminino (OR 19,016;  $p=0,048$ ) e tempo de internamento (OR 1,052;  $p=0,052$ ). Dos doentes com sobrevida superior a um ano, 65% eram autónomos e 88% estavam no domicílio. À data do estudo, 12 doentes estavam vivos e 9 participaram no questionário de qualidade de vida. Apesar da maioria reconhecer uma diminuição da qualidade de vida, o índice EQ-5D era comparável ao da população portuguesa com mais de 30 anos ( $p=0,762$ ). Os domínios mais afetados foram “Dor/mal-estar” e “Ansiedade/Depressão”. A maioria destes doentes (78%) tinha uma boa *performance status*.

**Conclusões:** Apesar da baixa taxa de sobrevivência após ressuscitação, os doentes sobreviventes apresentaram uma qualidade de vida semelhante à da restante população e uma boa *performance status*. Além disso, uma grande porção dos doentes que sobrevivem a longo prazo têm autonomia para as atividades da vida diária.

## **Palavras-chave**

paragem cardiorrespiratória; ressuscitação cardiorrespiratória; perda de autonomia;  
qualidade de vida; performance status

## Abstract

**Background:** Cardiac arrest is associated with high morbidity and mortality, as well as a wide range of sequelae. Many studies focus on survival, but a successful resuscitation may also imply an acceptable quality of life.

**Aim:** To evaluate cardiac arrest survivors' outcomes such as quality of life, performance status, survival curve, and loss of independence.

**Methods:** This study is a retrospective study that includes adults treated in the ICU of CHUCB who survived cardiac arrest from 2015 to 2019. The study has two components: analysis of patient registries and questionnaire application. The last included EuroQoL's EQ-5D-3L questionnaire and ECOG performance status score.

**Results:** We included 97 patients in this study, with a mean age of 75,74 years. Survival to hospital discharge was 32% and overall one-year survival of 20,6%. Those who survived hospital discharge had a mean survival time of 31,26 months and one-year survival of 64,3%. Previous diagnosis of depression( $p=0,041$ ), length of hospital stay( $p=0,030$ ), no independence ( $p=0,014$ ) and living in a long-term care facility( $p=0,001$ ) after cardiac arrest were associated with lower one-year survival. We found a significant loss of independence for daily living activities and admission to long-term care facilities after arrest. For instance, 50% of previously independent patients became dependent. Diabetes mellitus(OR 33,519;  $p=0,012$ ) and length of hospital stay(OR 1,077; $p=0,073$ ) were the most relevant factors in the loss of independence. On the other hand, female gender(OR 19,016; $p=0,048$ ) and length of hospital stay (OR 1,052;  $p=0,052$ ) were the ones with the most impact on the admission to long-term care facilities. Considering those who survived over a year, 65% were independent and 88% lived at home. At the time of this research, 12 patients were alive, and nine participated in our questionnaire. Although most participants reported a reduction in their quality of life, the EQ-5D index did not differ significantly from that of the Portuguese population over 30 years old( $p=0,762$ ). "Pain/discomfort" and "Anxiety/depression" were the most affected domains. Finally, most patients had a good performance status(78%).

**Conclusions:** Despite the low survival rate after cardiac arrest and resuscitation, the survivors end up having a quality of life similar to the rest of the population and good performance status. Furthermore, the majority of long-term survivors have independence for daily living activities.

## **Keywords**

cardiac arrest; cardiopulmonary resuscitation; loss of independence; quality of life;  
performance status

# Índice

Dedicatória .....	iii
Agradecimentos.....	v
Resumo.....	vii
Palavras-chave.....	viii
Abstract.....	ix
Keywords .....	x
Introdução .....	1
Objetivos .....	2
Materiais e Métodos .....	3
Descrição do estudo e considerações éticas.....	3
Participantes .....	3
Informação Clínica.....	4
Questionário .....	4
ED-5D-3L: Descrição e validade para a população portuguesa.....	4
Escala de <i>performance status</i> ECOG.....	4
Análise estatística .....	5
Resultados .....	7
Secção 1   Caracterização, sobrevivência e autonomia .....	7
Caracterização dos participantes .....	7
A Paragem Cardiorrespiratória.....	8
Internamento .....	10
Taxa de sobrevivência à alta hospitalar .....	10
Tempo de sobrevida nos doentes com alta hospitalar .....	11
Autonomia pós-ressuscitação .....	12
Secção 2   Qualidade de Vida e Performance Status .....	15
Participantes no questionário .....	15

Qualidade de Vida e Performance Status após Ressuscitação Cardiorrespiratória:  
Casuística da UCI do CHUCB

Caracterização dos questionados .....	15
Qualidade de Vida.....	16
Performance Status.....	19
Discussão.....	21
Aspetos gerais.....	21
Sobrevivência à alta hospitalar.....	21
Sobrevivência um ano após alta e tempo de sobrevida .....	22
Perda de autonomia e institucionalização.....	23
Qualidade de vida .....	23
Performance status.....	25
Limitações .....	26
Perspetivas futuras .....	26
Conclusões.....	27
Bibliografia.....	29
Apêndices .....	33
Apêndice 1 – Questionário de qualidade de Vida.....	33
Apêndice 2 – Consentimento Informado .....	38
Apêndice 3 – Tabelas suplementares .....	41
Anexos .....	49
Anexo 1 – Aprovação do Estudo .....	49
Anexo 2 – Informação sobre extensão da dissertação .....	50

## Lista de Figuras

Figura 1 Processo de seleção dos participantes .....	3
Figura 2 Distribuição das idades à data da PCR. ....	7
Figura 3 Primeiro ritmo detetado após PCR. ....	9
Figura 4 Prevalência das causas de PCR. ....	9
Figura 5 Curva de sobrevivência de Kaplan-Meier referente à sobrevida após alta. ....	11
Figura 6 Respostas às perguntas dos cinco domínios do questionário EQ-5D-3L.....	17
Figura 7 Respostas à pergunta de comparação da qualidade de vida antes e após PCR ....	18

Qualidade de Vida e Performance Status após Ressuscitação Cardiorrespiratória:  
Casuística da UCI do CHUCB

## Lista de Tabelas

Tabela 1 Antecedentes pessoais dos sobreviventes incluídos no estudo.....	8
Tabela 2 Sistemas de classificação de gravidade.....	10
Tabela 3 Sobrevivência à alta hospitalar e relação com scores gravidade e idade.....	10
Tabela 4 Variáveis com influência na curva de sobrevivência .....	12
Tabela 5 Autonomia após paragem cardiorrespiratória .....	12
Tabela 6 Institucionalização após paragem cardiorrespiratória.....	13
Tabela 7 Modelo de regressão logística para perda de autonomia pós- PCR apenas com as variáveis inseridas no modelo .....	13
Tabela 8 Modelo de regressão logística para a institucionalização pós-PCR apenas com as variáveis inseridas no modelo .....	14
Tabela 9 Dados sociodemográficos dos participantes submetidos a questionário.....	15
Tabela 10 Patologias prévias dos participantes submetidos a questionário .....	15
Tabela 11 Dados relativos à paragem cardiorrespiratória nos questionados .....	16
Tabela 12 Frequência de problemas moderados ou extremos (níveis 2+3) por domínio, género e idade.....	16
Tabela 13 Índice EQ-5D por faixa etária e comparação com a população portuguesa .....	18
Tabela 14 Performance Status e características individuais .....	19
Tabela 15 Performance Status e circunstâncias de PCR.....	19

Qualidade de Vida e Performance Status após Ressuscitação Cardiorrespiratória:  
Casuística da UCI do CHUCB

## Lista de Acrónimos

APACHE, *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation*

AUC, *Area Under the Curve*

AVC, Acidente vascular cerebral

AVD, Atividades da vida diária

CHUCB, Centro Hospitalar e Universitário da Cova da Beira

CPC, Cerebral Performance Category

EAM, Enfarte agudo do miocárdio

ECOG, *Eastern Cooperative Oncology Group*

EQ-5D, Questionário de qualidade de vida da EuroQol

EQ-5D-3L, Versão do questionário da EuroQol com 3 níveis de resposta

EQ-VAS, Escala visual analógica do questionário EQ-5D

HTA, Hipertensão arterial

HUI-3, *Health Utilities Index 3*

ILCOR, *International Liaison Committee on Resuscitation*

mRS, *modified Rankin score*

OMS, Organização mundial de saúde

OR, *Odds ratio*

PCR, Paragem cardiopulmonar

RCE, Recuperação da circulação espontânea

RCAAP, Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal

ROC, *Receiver Operator Characteristics*

SAPS, *Simplified Acute Physiology Score*

SD, *Standard deviation* (desvio-padrão)

SF-12, *12-item Short Form Health Survey*

SF-36, *36-item Short Form Health Survey*

SOFA, *Sequential Organ Failure Assessment*

TC-CE, Tomografia computadorizada crânio-encefálica

TEP, Tromboembolismo pulmonar

UCAD, Unidade de Cuidados Agudos Diferenciados

UCI, Unidade de Cuidados Intensivos

VMER, Viatura Médica de Emergência e Reanimação

## Introdução

A paragem cardíaca associa-se a morbidade e mortalidade elevadas, constituindo uma das principais causas de morte na Europa.(1,2) A síndrome coronária aguda e a falência respiratória são destacadas como as suas principais causas.(3) Todavia, existem inúmeras outras, tais como: cardiomiopatia não isquémica, patologia valvular, doenças cardíacas hereditárias e congénitas, e abuso de substâncias.(3)

Em relação à PCR extra-hospitalar na Europa, o estudo EuReCa TWO verificou uma taxa de sobrevivência à alta hospitalar de 8% num universo de 25 171 doentes, sendo de 26,4% entre aqueles com admissão hospitalar.(4) A PCR intra-hospitalar ainda não foi estudada de forma tão abrangente, contudo, estudos realizados na Suécia e Itália apontam para taxas de sobrevivência entre 15 e 34%.(1) Alguns fatores que influenciam a probabilidade de sobrevivência são a idade, sexo, comorbilidades, tempo até início de manobras, ritmo inicial, local e causa de PCR.(1,5) Nos casos extra-hospitalares, também o início de ressuscitação por uma testemunha tem um papel significativo na sobrevivência e *outcome* neurológico.(1,4)

Após RCE, é importante mitigar as sequelas que podem levar a piores *outcomes* neurológicos e menor qualidade de vida, nomeadamente as lesões resultantes da síndrome pós-paragem cardiorrespiratória. Esta síndrome engloba a lesão cerebral hipóxico-isquémica, disfunção miocárdica, resposta sistémica à isquemia/reperusão e persistência da patologia precipitante.(6) A apresentação clínica é heterogénea e depende da duração e causa de PCR.(6)

O espectro de repercussões neurológicas é vasto e inclui défice de atenção, défice cognitivo, demência e depressão.(2,7,8) O *outcome* neurológico avaliado através do CPC 6 a 12 meses após PCR, em geral, é considerado favorável, principalmente em países com maior prática de decisões de limitação terapêutica.(6,8–10) Apesar dos problemas funcionais e cognitivos, muitos sobreviventes preservam a sua independência, têm capacidade funcional razoável e retornam ao mercado de trabalho.(2,6,10) No entanto, alguns estudos apontam para um *outcome* neurológico desfavorável, nomeadamente em pacientes com diabetes *mellitus*.(5,11) Fatores que influenciam o *outcome* neurológico incluem o local de PCR, tipo de ritmo inicial, tempo até início da ressuscitação, tempo até RCE, e parâmetros analíticos de lesão de órgão.(2) Além destes, há ainda dados que suportam o papel da comorbilidade e da idade como variáveis significativas.(5,12)

Para ser considerada uma ressuscitação bem sucedida, é necessário que haja uma qualidade de vida aceitável.(7,13) Apesar de ser algo subjetivo, existem ferramentas para avaliar, nomeadamente: HUI-3, SF-36, SF-12 e EQ-5D.(2) Revisões sistemáticas e estudos recentes revelam uma qualidade de vida “boa” ou “aceitável” entre os sobreviventes, porém, ressalve-se que a maioria dos estudos incluídos nestes trabalhos consideraram apenas doentes com *outcome* neurológico favorável.(7,14,15) A idade, nível de comorbilidade, sexo, estado civil, défice cognitivo e problemas emocionais são exemplos de variáveis correlacionadas com a qualidade de vida.(1,5,8)

Em Portugal, os dados sobre o *outcomes* pós-ressuscitação são escassos, encontrando-se apenas 6 estudos de investigação nos repositórios RCAAP, PubMed e Scielo.(16–21)

Este estudo contribuirá para o conhecimento da realidade portuguesa ainda tão pouco explorada. Para além disso, será um ponto de partida para uma melhor compreensão do que têm sido os resultados após ressuscitação e das necessidades dos doentes, sendo útil para melhorar o seguimento.

## Objetivos

O principal objetivo consiste em estudar a autonomia, qualidade de vida e *performance status* dos doentes que sobrevivem a PCR. Os objetivos específicos encontram-se enunciados abaixo.

1. Caracterização dos doentes quanto aos antecedentes e autonomia prévia;
2. Identificação de variáveis com impacto na sobrevivência e tempo de sobrevida;
3. Determinar a perda de autonomia e institucionalização pós-PCR;
4. Estudar a qualidade de vida e *performance status* pós-PCR e a sua relação com fatores individuais e relacionados com a PCR;
5. Comparar a qualidade de vida destes doentes com a da população geral.

## Materiais e Métodos

### Descrição do estudo e considerações éticas

Este é um estudo de carácter observacional, transversal e retrospectivo. Foi realizado na UCI do CHUCB e remete para o período entre 1 janeiro 2015 e 31 dezembro 2019.

Para realizar esta investigação, solicitou-se a autorização da Comissão de Ética para a Investigação Clínica do CHUCB, tendo sido obtido um parecer positivo (Anexo 1).

Este estudo tem duas componentes:

1. Análise de dados do processo clínico de todos os participantes, focando-se em *outcomes* como o tempo de sobrevivência e autonomia após alta hospitalar;
2. Aplicação de questionários sobre qualidade de vida e *performance status* aos doentes vivos à data do estudo.

### Participantes

A amostra consiste nos indivíduos com RCE após PCR que cumprem os critérios descritos na figura 1. Obteve-se um total de 97 participantes no estudo e 9 para questionário.

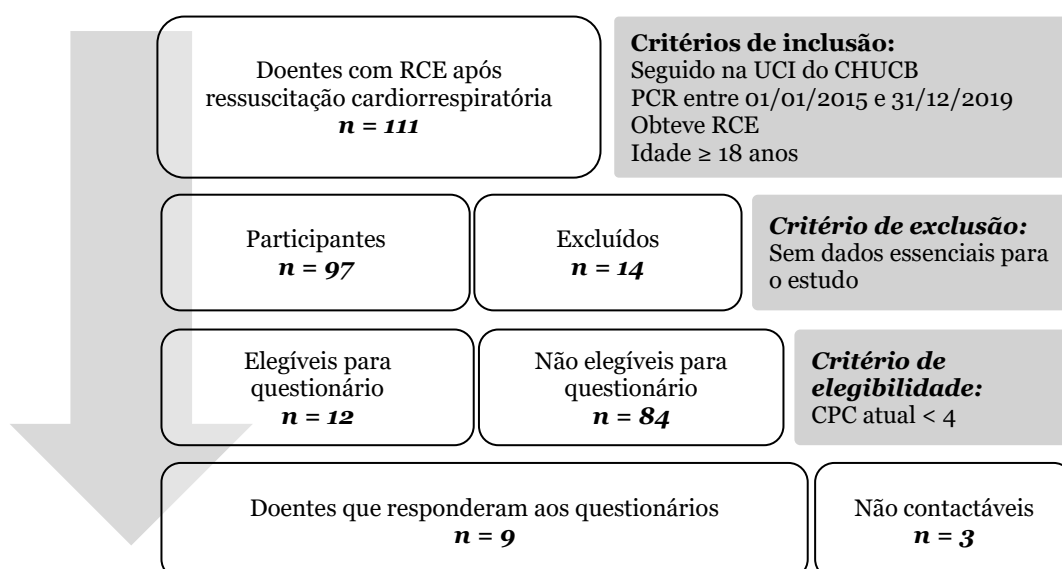


Figura 1 Processo de seleção dos participantes

## Informação Clínica

A informação clínica foi obtida, na sua maioria, por consulta do processo clínico através da plataforma *SClínico*. Outros dados, nomeadamente os *scores* de gravidade, foram obtidos através do *Centricity Critical Care Clinisoft Software*.

## Questionário

O questionário foi aplicado presencialmente a 3 dos doentes e por via telefónica aos restantes, devido às medidas de contingência pela situação de pandemia.

Este é composto por quatro partes: dados sociodemográficos; questionário EQ-5D-3L da EuroQol Group, incluindo a EQ-VAS; comparação subjetiva com qualidade de vida prévia; e escala de *performance status* da ECOG.

### EQ-5D-3L: Descrição e validade para a população portuguesa

O questionário EQ-5D-3L consiste numa ferramenta genérica, tendo cinco perguntas que avaliam os seguintes domínios: mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão. Para além disso, inclui ainda uma escala visual analógica (EQ-VAS) através da qual o doente avalia o seu estado de saúde atual de 0 a 100.(22) Este questionário foi requerido ao EuroQoL Group através do seu *website*.

Daqui, retiramos três tipos de informação acerca da qualidade de vida: um sistema descritivo da sequência de respostas (ex.11231); a EQ-VAS; e um índice de -0,50 a 1,00 que mede a qualidade de vida relacionada com a saúde. O cálculo do índice tem em conta um sistema de valores adaptado à realidade de cada país.(22)

Em Portugal, esta ferramenta já foi validada e já foram definidos o sistema de valores e normas populacionais, sendo indicado o seu uso para fins de planeamento e análise de custo-utilidade.(23,24)

### Escala de *performance status* ECOG

Esta é uma escala largamente utilizada no âmbito da avaliação da capacidade funcional nos doentes oncológicos.(25) Esta é uma alternativa ao CPC que, apesar de largamente utilizado em estudos com doentes pós-PCR, tem sido criticada por se focar apenas em atividades de natureza mental.(2)(6) Por outro lado, a escala da ECOG traduz o grau de impacto da doença nas AVD e o nível de independência de forma clara e simples.

## **Análise estatística**

A análise dos dados e construção de gráficos realizou-se através do software SPSSv.27. Considerou-se um nível de significância de 0,05 e ponderou-se uma tendência para relação para  $p\text{-value} < 0,10$ .

Em primeiro lugar, recorreu-se a metodologia descritiva para obter as frequências absolutas e relativas para variáveis qualitativas e média e desvio-padrão para variáveis quantitativas. Realizaram-se ainda testes de normalidade, nomeadamente os testes de Kolmogorov-Sminorv e Shapiro-Wilk.

Para verificar a relação entre variáveis nominais, utilizou-se o teste do Qui-Quadrado. Sempre que mais de 20% das células das tabelas de contingência apresentaram frequência esperada inferior a 5, recorreu-se ao teste exato de Fisher. Utilizou-se ainda o coeficiente de contingência V de Cramer como medida de associação, segundo este critério:  $V < 0.1$  significa associação muito fraca;  $0.1 \leq V < 0.3$  associação fraca;  $0.3 \leq V < 0.5$  para associação moderada; e  $V \geq 0.5$  associação forte.(26)

Para verificar a relação entre uma variável dicotómica e uma quantitativa, cumprindo-se o pressuposto de normalidade, utilizou-se o teste t *Student* para amostras independentes. Não se cumprindo, usou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Para averiguar a correlação entre variáveis quantitativas, utilizou-se o coeficiente de Spearman, já que não havia distribuição normal.

Para estudar o tempo de sobrevida após alta, foi traçada uma curva de sobrevivência através do estimador de Kaplan-Meier e aplicou-se o teste de *Log-rank*, sendo apresentadas as conclusões mais relevantes.

No estudo da perda de autonomia e institucionalização, realizou-se o teste de McNemar.

Para estudar a perda de autonomia (variável dependente), ajustou-se um modelo de regressão, incluindo como variáveis independentes aquelas que demonstraram tendência para significância estatística (idade à PCR, diabetes *mellitus* e tempo de internamento). Para a institucionalização pós-PCR (variável dependente), foi ajustado um segundo modelo, inserindo como variáveis independentes aquelas que se demonstraram significativas (tempo de internamento e sexo). Para ambos os modelos, utilizou-se o método *Forward:LR*. Apresentaram-se as *odds ratio* e teste de Wald para avaliar a significância das variáveis, teste de Hosmer&Lemeshow para a qualidade do modelo,  $R^2$  Nagelkerke para a variação explicada, a percentagem global correta e AUC da curva de ROC para avaliar o poder discriminante. Verificou-se que os modelos estavam livres de situações de colinearidade.

Por último, para comparar a média do índice EQ-5D com a média de noutro estudo, utilizou-se o teste t para uma amostra, verificando-se o pressuposto de normalidade.

De ter em conta que, na análise das respostas ao questionário de qualidade de vida, limitou-se a análise inferencial pelo baixo número de observações.

## Resultados

### Secção 1 | Caracterização, sobrevivência e autonomia

Esta secção irá explorar os objetivos 1 a 3, pelo que irá ser analisada a totalidade dos participantes, estejam ou não vivos à data do estudo.

#### Caracterização dos participantes

No total, foram incluídos neste estudo 97 indivíduos com RCE após PCR, dos quais 48 eram do sexo feminino(49,5%) e 49 eram do sexo masculino(50,5%). A idade à data da PCR variou entre 39 e 97 anos, sendo a média de  $75,74 \pm 11,747$  anos. De notar que, a idade não variou significativamente entre os dois sexos ( $p=0,647$ ). (Apêndice 3)

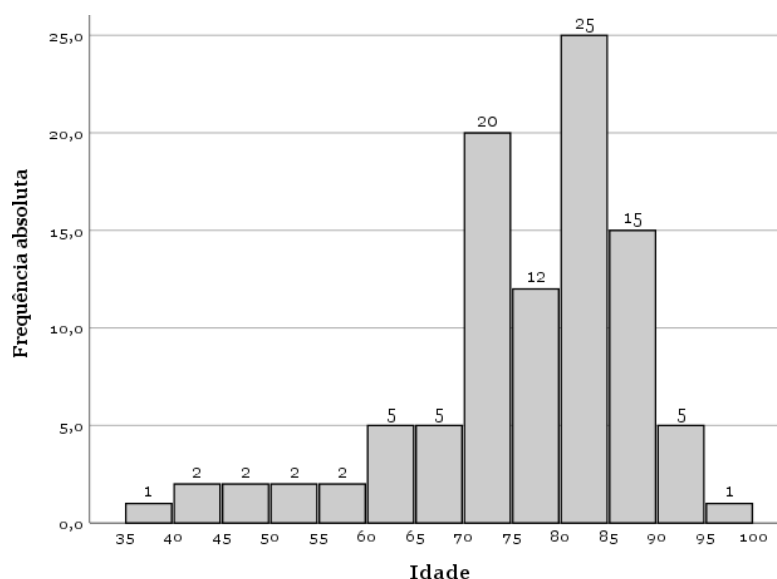


Figura 2 Distribuição das idades à data da PCR.

As suas principais comorbilidades consistiam nos fatores de risco cardiovasculares e a patologia cardíaca. (Tabela 1)

O local de residência antes da PCR era maioritariamente o domicílio próprio ou de um familiar, havendo apenas 10 casos de institucionalização em lar. Nos doentes institucionalizados, evidenciou-se uma idade média superior ( $83,10 \pm 5,607$  vs  $74,83 \pm 11,974$  anos) ( $p=0,014$ ), tal como uma maior prevalência de antecedentes de AVC ( $v$ -Cramer=0,243;  $p=0,039$ ). (Apêndice 3)

Quanto à autonomia prévia para as AVD, 67 participantes eram descritos como “autónomos” nos diários clínicos, o que representa 69,1% do total da amostra e 72,0%

daqueles com registos referentes à autonomia. A diferença de idades entre os doentes previamente autónomos e os previamente dependentes não era significativa ( $74,40 \pm 12,670$  vs  $78,69 \pm 8,361$  anos) ( $p=0,187$ ). Os antecedentes patológicos significativamente mais prevalentes entre indivíduos dependentes foram os antecedentes de EAM ( $v\text{-Cramer}=0,338$ ;  $p=0,002$ ), insuficiência cardíaca ( $v\text{-Cramer}=0,233$ ;  $p=0,035$ ) e dislipidemia ( $v\text{-Cramer}=0,287$ ;  $p=0,010$ ). (Apêndice 3)

Não se observaram outras relações entre antecedentes e autonomia ou institucionalização. (Apêndice 3)

**Tabela 1** Antecedentes pessoais dos sobreviventes incluídos no estudo

<b>Patologia Cardíaca, n (%)</b>	
Enfarte agudo do miocárdio	19 (19,6%)
Insuficiência Cardíaca	41 (42,3%)
Fibrilhação Auricular	27 (27,8%)
Portador de Pacemaker	9 (9,3 %)
Outras arritmias <sup>1</sup>	12 (12,4%)
<b>Patologia pulmonar crónica, n (%)</b>	33 (34,0%)
<b>Antecedentes Neurológicos, n (%)</b>	
AVC prévio	14 (14,4%)
Demência	5 (5,2%)
<b>Diagnóstico de depressão, n (%)</b>	17 (17,5%)
<b>Fatores de risco cardiovascular, n (%)</b>	
Diabetes <i>mellitus</i>	39 (40,2%)
Dislipidemia	45 (46,4%)
Hipertensão Arterial	62 (63,9%)
Pelo menos um dos anteriores	82 (84,5%)

1. Inclui diagnósticos de bloqueio auriculoventricular, bloqueio de ramo esquerdo, flutter auricular.

## A Paragem Cardiorrespiratória

Verificou-se que em 65 (67,0%) dos casos a PCR ocorreu em meio intra-hospitalar, maioritariamente no serviço de urgência (26,8%) e na UCI (19,6%). Nos casos extra-hospitalares, o local mais frequente foi o local de residência (15,5%) e instituições de saúde (6,2%), tais como centros de diagnóstico e de diálise.

Dos 32 (33,0%) casos de paragem extra-hospitalar, seis tiveram uma testemunha que iniciou manobras de imediato. Estas testemunhas consistiram de uma estudante de medicina, bombeiros voluntários, equipa da VMER e duas pessoas sem formação profissional especificada.

O ritmo inicial foi maioritariamente não desfibrilhável (69,1%), sendo o mais comum a atividade elétrica sem pulso (Figura 3).

Qualidade de Vida e Performance Status após Ressuscitação Cardiorrespiratória:  
Casuística da UCI do CHUCB

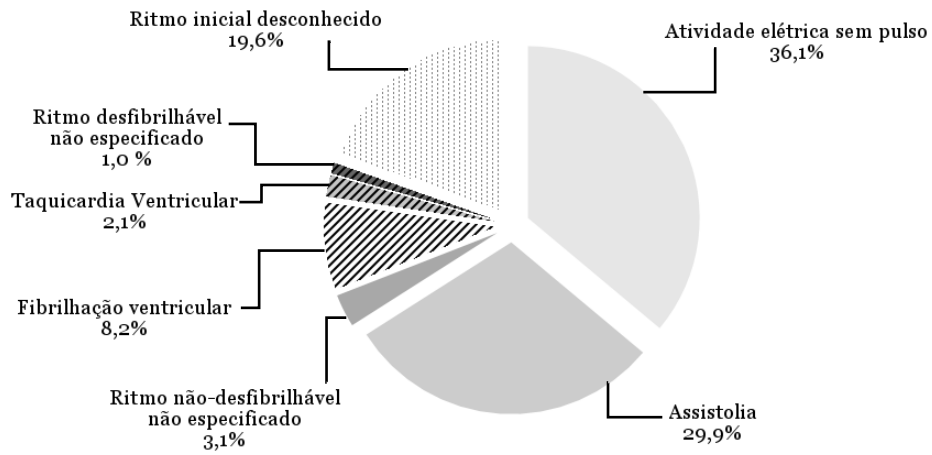


Figura 3 Primeiro ritmo detetado após PCR.

A etiologia específica foi possível apurar em 73 dos participantes, sendo que em 45,2% destes a PCR teve origem cardíaca (Figura 4).

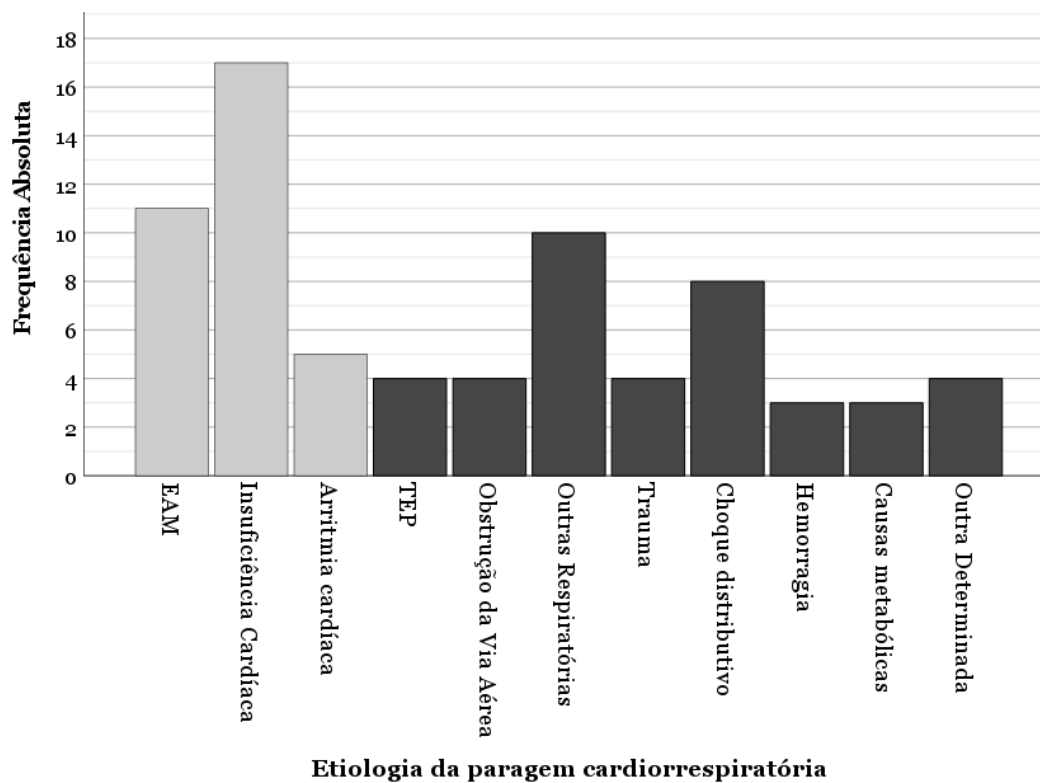


Figura 4 Prevalência das causas de PCR.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Segundo a classificação de Chen et al.(2) A cinza-claro estão as causas que se consideram causas cardíacas.

## Internamento

Os *scores* de gravidade referentes às primeiras 24h após PCR estavam registados para a maioria dos doentes, sendo que 97,8% tinha pelo menos um *score* registado (Tabela 2).

**Tabela 2** Sistemas de classificação de gravidade

	<i>n</i>	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
<b>APACHE II</b>	59	10	43	24,76	8,431
<b>SAPS II</b>	88	18	94	60,11	15,787
<b>SOFA</b>	51	1	19	8,59	4,036

Relativamente a sequelas neurológicas, 31 (63,%) dos 49 doentes que realizaram TC-CE apresentavam lesão hipóxico-isquémica *de novo*. A presença desta lesão não mostrou relação significativa com idade, sexo, comorbilidades, ritmo, local ou causa de PCR. (Apêndice 3) É ainda descrito um estado de coma sem melhoria em 18(18,6%) doentes.

Verificou-se o falecimento de 46 (47,4%) doentes ainda durante o internamento na UCI, destacando-se que 50% das mortes na UCI ocorreram nos primeiros 2 dias. Após excluir um caso de suporte vital prolongado por dilema ético, o seu tempo médio de internamento/sobrevivência na unidade foi de 5,07±6,969 dias.

Dos que tiveram alta da UCI, 14 foram encaminhados para a UCAD, 24 para outro serviço do CHUCB, 9 para outro hospital e 3 para um serviço de medicina paliativa. Entre a alta da UCI e a alta hospitalar, 20 doentes acabaram por falecer. Os 31 sobreviventes estiveram sob internamento hospitalar, em média, 25,28±29,244 dias após a PCR.

## Taxa de sobrevivência à alta hospitalar

A taxa de sobrevivência à alta hospitalar foi de 32,0%, sendo 34,4% nos casos extra-hospitalares e 30,8% nos intra-hospitalares, e a sobrevivência global a um ano foi 20,6%.

A idade e os *scores* de gravidade tiveram impacto significativo na sobrevivência à alta hospitalar (Tabela 3).

**Tabela 3** Sobrevivência à alta hospitalar e relação com *scores* gravidade e idade

	Sobreviveu à alta <i>média ± SD</i>	Não sobreviveu à alta <i>média ± SD</i>	CI 95%	<i>p-value</i>
<b>APACHE II</b>	19,85 ±6,218	27,28 ±8,363	[3,183; 11,681]	0,001 <sup>1</sup>
<b>SAPS II</b>	50,71 ±14,062	65,23 ±14,342	[8,199; 20,838]	0,000 <sup>1</sup>
<b>SOFA</b>	6,94 ±3,351	9,48 ±4,139	[0,253; 4,827]	0,030 <sup>1</sup>
<b>Idade, em anos</b>	71,74 ±13,239	77,62 ±10,568	--	0,026 <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Teste T para amostras independentes; <sup>2</sup> Teste de Mann-Whitney

Em relação ao local, apenas o local específico entre os doentes com PCR extra-hospitalar teve relevância para a taxa de alta hospitalar (*v-Cramer*=0,707; *p*=0,001). O grupo de

doentes com PCR em outras instituições de saúde foi aquele com maior percentagem de sobrevivência (83,3%).

Quanto ao ritmo inicial, verificou-se uma tendência para uma maior taxa de sobrevivência entre aqueles cujo ritmo inicial foi desfibrilhável (54,5% vs 26,9%) ( $p=0,084$ ;  $v\text{-Cramer}=0,209$ ).

No que respeita à etiologia, esta mostrou-se significativa quando categorizada como “cardíaca” e “não cardíaca”, sendo que as causas cardíacas se associaram a maior taxa de alta hospitalar que as não cardíacas (47,1% vs 22,5%) ( $v\text{-Cramer}=0,259$ ;  $p=0,030$ ).

Por último, a presença de lesão hipóxico-isquémica também se mostrou significativa, demonstrando uma associação forte com a sobrevivência entre os doentes que realizaram TC-CE (16,1% vs 70,6%) ( $v\text{-Cramer}= 0,512$ ;  $p=0,001$ ).

Não foi possível correlacionar as restantes variáveis com a sobrevivência.(Apêndice 3)

### Tempo de sobrevida nos doentes com alta hospitalar

Entre a alta hospitalar e a realização deste estudo, faleceram ainda 19 doentes, com tempo de sobrevida médio após alta de  $14,46 \pm 15,675$  meses.

Recorrendo à tabela de sobrevivência de Kaplan-Meier e incluindo os doentes vivos à data do estudo, conclui-se que a estimativa para a média de tempo de sobrevida é de 31,26 meses e a mediana de 31,60 meses. Isto significa que 50% dos doentes estavam vivos após 31,60 meses. A estimativa de sobrevivência um ano após alta é de 64,3%.

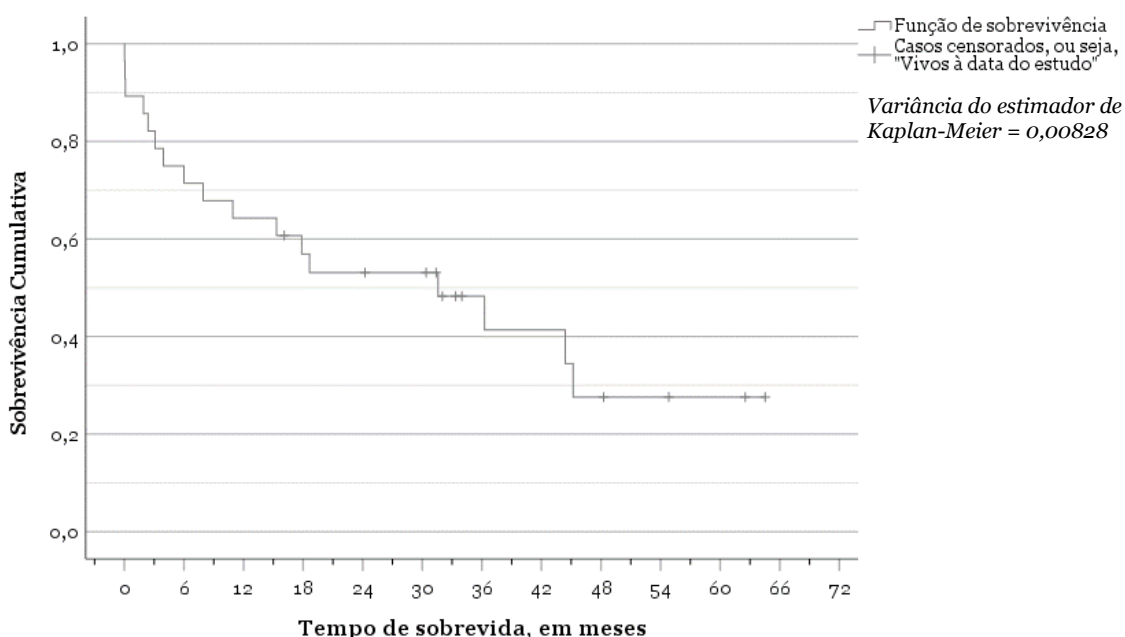


Figura 5 Curva de sobrevivência de Kaplan-Meier referente à sobrevida após alta.

Na tabela 4, observaram-se as informações relevantes acerca dos fatores que se demonstraram significativos para a curva de sobrevivência. (Apêndice 3)

	Tempo de sobrevivência em meses		Sobrevivência a um ano	p-value do teste Log-rank
	Média	Mediana		
<b>Hipertensão arterial</b> (presente/ausente)	23,03/47,71	17,87/--	58,8%/72,7%	0,030
<b>Lesão hipóxico-isquêmica</b> (presente/ausente)	10,36/44,95	2,40/--	40%/72,7%	0,034
<b>Institucionalizado após PCR</b>				
Institucionalizado	11,98	2,40	20,0%	0,001
Não institucionalizado	43,53	44,40	88,2%	
<b>Autonomia após PCR</b>				
Autônomo	50,60	--	91,7%	0,001
Dependente	16,93	7,93	40,0%	

-- Dados em falta por haver um número suficiente de doentes atualmente vivos para impossibilitar o cálculo.

Os fatores associados a menor sobrevivência um ano após alta foram a presença de depressão prévia (20,0% vs 73,9%) ( $p=0,041$ ;  $v\text{-Cramer}=0,431$ ), o tempo de internamento ( $p=0,030$ ), a dependência para as AVD pós-PCR (40,0% vs 91,7%) ( $p=0,014$ ;  $v\text{-Cramer}=0,532$ ) e institucionalização pós-PCR (20,0% vs 88,2%) ( $p=0,001$ ;  $v\text{-Cramer}=0,682$ ). (Apêndice 3)

### Autonomia pós-ressuscitação

Dos 31 doentes que sobreviveram à alta hospitalar, conhece-se a autonomia e local de residência prévias e pós-PCR de 30.

Ao analisar o seu estado antes e após PCR, verificou-se uma mudança significativa no nível de autonomia e institucionalização, sendo que 50,0% dos previamente autônomos perderam a autonomia e 47,4% dos que não estavam institucionalizados previamente passaram a estar (Tabelas 5 e 6). Dos 9 institucionalizados após PCR, 3 ficaram em lar e 6 integraram uma unidade de cuidados paliativos.

**Tabela 5** Autonomia após paragem cardiorrespiratória

		Após a PCR		p-value
		Autônomo	Dependente	
<b>Antes da PCR</b>	Autônomo	12	12	0,000 <sup>a</sup>
	Dependente	0	6	
<b>Total</b>		12 (40,0%)	18 (60,0%)	

<sup>a</sup> Teste de McNemar

**Tabela 6** Institucionalização após paragem cardiorrespiratória

		Após a PCR		<i>p-value</i> 0,004 <sup>a</sup>
		Não Institucionalizado	Institucionalizado	
Antes da PCR	Não Institucionalizado	19	9	
	Institucionalizado	0	2	
Total		19 (63,3%)	11 (36,7%)	

<sup>a</sup> Teste de McNemar

Quanto à perda de autonomia, houve tendência para a correlação com a idade à PCR, sendo a idade média de 65,92±15,383 anos para os doentes que se mantiveram autónomos e de 75,17±12,202 anos para os que se tornaram dependentes ( $p=0,091$ ). Foi possível observar ainda uma tendência para a relação com a diabetes *mellitus* ( $v\text{-Cramer}=0,430$ ;  $p=0,089$ ) e tempo de internamento hospitalar ( $p=0,076$ ). Não se demonstrou relação estatística para outras variáveis. (Apêndice 3)

Para explorar o impacto na perda de autonomia das variáveis supramencionadas, ajustou-se um modelo de regressão logística (Tabela 7). Deste, conclui-se que os doentes previamente autónomos com diabetes *mellitus* têm, aproximadamente, 33 vezes mais probabilidade de perda de autonomia em relação aos que não apresentavam esta patologia. Verifica-se ainda que, por cada dia de internamento, a chance de um doente previamente autónomo se tornar dependente aumenta em 7,7%.

**Tabela 7** Modelo de regressão logística para perda de autonomia pós- PCR apenas com as variáveis inseridas no modelo

	<b>B</b>	<b>p-value<sup>1</sup></b>	<b>Odds Ratio</b>	<b>CI 95% OR</b>
<b>Diabetes <i>mellitus</i></b>	3,512	0,012	33,519	[2,145; 523,746]
<b>Tempo de internamento, em dias</b>	0,074	0,073	1,077	[0,993; 1,168]
<b>Constante</b>	-2,693	0,032	0,068	

<sup>1</sup> Teste de Wald

Hosmer & Lemeshow Test  $p\text{-value} = 0,399$ ;

$R^2$  de Nagelkerke=0,588;

Overall Percentage = 82,6%

AUC = 0,905 com CI 95%[0,783; 1,000]

Quanto à institucionalização de doentes previamente no domicílio, houve relação significativa com o sexo ( $v\text{-Cramer}=0,442$ ;  $p=0,039$ ) e tempo de internamento ( $p=0,002$ ). As restantes variáveis não se mostraram significativas. (Apêndice 3)

Tal como para a autonomia, ajustou-se um modelo de regressão logística para estudo do impacto das variáveis significativas na institucionalização pós-PCR (Tabela 8). Segundo este modelo, os doentes do sexo feminino têm, aproximadamente, 19 vezes mais

probabilidade de institucionalização do que os do sexo masculino. Verifica-se ainda que, por cada dia de internamento, a probabilidade de vir a ser institucionalizado é de 5,2%.

**Tabela 8** Modelo de regressão logística para a institucionalização pós-PCR apenas com as variáveis inseridas no modelo

	<b>B</b>	<b>p-value<sup>1</sup></b>	<b>Odds Ratio</b>	<b>CI 95% OR</b>
<b>Sexo Feminino</b>	2,945	0,048	19,016	[1,021; 354,313]
<b>Tempo de internamento, em dias</b>	0,051	0,052	1,052	[1,000; 1,107]
<b>Constante</b>	-4,099	0,017	0,017	

<sup>1</sup>Teste de *Wald*

Hosmer & Lemeshow Test *p-value* =0,067;

R<sup>2</sup> de Nagelkerke=0,509;

Overall Percentage = 85,2%

AUC = 0,898 com CI 95%[0,767; 1,000]

Contudo, salientamos que, daqueles que tiveram sobrevida superior a um ano, 65% eram autônomos e 88% estavam no domicílio.

## Secção 2 | Qualidade de Vida e Performance Status

Nesta secção, irão ser analisadas as respostas aos questionários dos doentes contactáveis e que deram o seu consentimento, com vista ao cumprimento dos objetivos 4 e 5.

### Participantes no questionário

À data do estudo, 12 doentes estavam vivos e 9 participaram no questionário. Nos três doentes que não realizaram o questionário, o motivo foi a impossibilidade de contacto telefónico, tanto com o doente como com um cuidador, e a interrupção de consultas subjacente à presente situação pandémica. Em dois destes casos, as dificuldades foram subjacentes à sua estada em lar, ausência de consultas e inexistência de informações que permitiriam contacto telefónico. No terceiro, não havia qualquer informação de contacto nem registos remetentes ao período pós-PCR.

### Caracterização dos questionados

A idade atual média dos participantes é de 64,89±14,173 anos, sendo semelhante entre ambos os sexos (p=0,367). Os restantes dados sociodemográficos e antecedentes estão descritos nas tabelas 9 e 10.

**Tabela 9** Dados sociodemográficos dos participantes submetidos a questionário

<b>Sexo, n (%)</b>	
Feminino	4 (44,4%)
Masculino	5 (55,6%)
<b>Estado civil, n (%)</b>	
Solteiro	3 (33,3%)
Viúvo	2 (22,2%)
Casado	4 (44,4%)
<b>Escolaridade, n (%)</b>	
1º ciclo	4 (44,4%)
> 1º ciclo	5 (55,6%)
<b>Vive só, n (%)</b>	
	3 (33,3%)

**Tabela 10** Patologias prévias dos participantes submetidos a questionário

<b>Patologia, n (%)</b>	
EAM	1 (11,1%)
Insuficiência Cardíaca	3 (33,3%)
Fibrilhação Auricular	3 (33,3%)
Outras arritmias	2 (22,2%)
Portador de pacemaker	1 (11,1%)
Doença Pulmonar Crónica	2 (22,2%)
Diagnóstico de Depressão	1 (11,1%)
Diabetes mellitus	2 (22,2%)
Dislipidemia	3 (33,3%)
Hipertensão arterial	2 (22,2%)

Nota: Nenhum doente tinha antecedentes de demência ou AVC

Todos os doentes que realizaram questionário vivem em domicílio próprio ou de família, não havendo nenhum participante institucionalizado. Para além disso, todos eles mantiveram a autonomia para as AVD. De destacar ainda que, neste grupo, a idade de

PCR é significativamente inferior à da generalidade dos sobreviventes analisados na secção 1 (CI[-25,88;-2,71];  $p=0,022$ ).

**Tabela 11** Dados relativos à paragem cardiorrespiratória nos questionados

<b>Idade de PCR</b> (anos), <i>média ± SD</i>	61,44±15,076
<b>Tempo desde PCR</b> (anos), <i>média ± SD</i>	3,49±1,367
<b>Local de PCR</b> , <i>n (%)</i>	
Intra-hospitalar	6 (66,7%)
Extra-hospitalar	3 (33,3%)
<b>Tipo de Ritmo</b> , <i>n (%)</i>	
Desfibrilhável	2 (22,2%)
Não desfibrilhável	5 (55,6%)
Desconhecido	2 (22,2%)
<b>Causa</b> , <i>n (%)</i>	
Cardíaca	3 (33,3%)
Não Cardíaca	4 (44,4%)
Desconhecida	2 (22,2%)
<b>Destino pós-UCI</b> , <i>n (%)</i>	
UCAD	2 (22,2%)
Enfermaria	4 (44,4%)
Outro hospital	3 (33,3%)

## Qualidade de Vida

Os domínios que revelaram maior incidência de problemas foram “Mobilidade”, “Dor/mal-estar” e “Ansiedade/Depressão”, sendo que nos últimos dois reportaram-se problemas extremos (nível 3). Por outro lado, o domínio em que se verificaram menos dificuldades foi o de “Cuidados Pessoais”. Os resultados para cada domínio do questionário de qualidade de vida EQ-5D-3L estão representados na tabela 12 e figura 6.

**Tabela 12** Frequência de problemas moderados ou extremos (níveis 2+3) por domínio, género e idade.

	<b>n</b>	<b>Mobilidade</b>	<b>Cuidados pessoais</b>	<b>Atividades pessoais</b>	<b>Dor/Mal-estar</b>	<b>Ansiedade/depressão</b>
<b>Geral</b> , <i>n (%)</i>	9	6 (66,7%)	3 (33,3%)	4 (44,4%)	6 (66,6%)	6 (66,7%)
<b>Faixa etária</b> , <i>n (%)</i>						
30-49	2	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (50,0%)	2 (100%)
50-69	3	2 (66,7%)	1 (33,3%)	1 (33,3%)	1 (33,3%)	0 (0,0%)
70+	4	4 (100%)	2 (50,0%)	3 (75,0%)	4 (100%)	4 (100%)
<b>Sexo</b> , <i>n (%)</i>						
Feminino	4	3 (75,0%)	2 (50,0%)	3 (75,0%)	3 (75,0%)	4 (100%)
Masculino	5	3 (60,0%)	1 (20,0%)	1 (20,0%)	3 (60%)	2 (40,0%)

Qualidade de Vida e Performance Status após Ressuscitação Cardiorrespiratória:  
Casuística da UCI do CHUCB

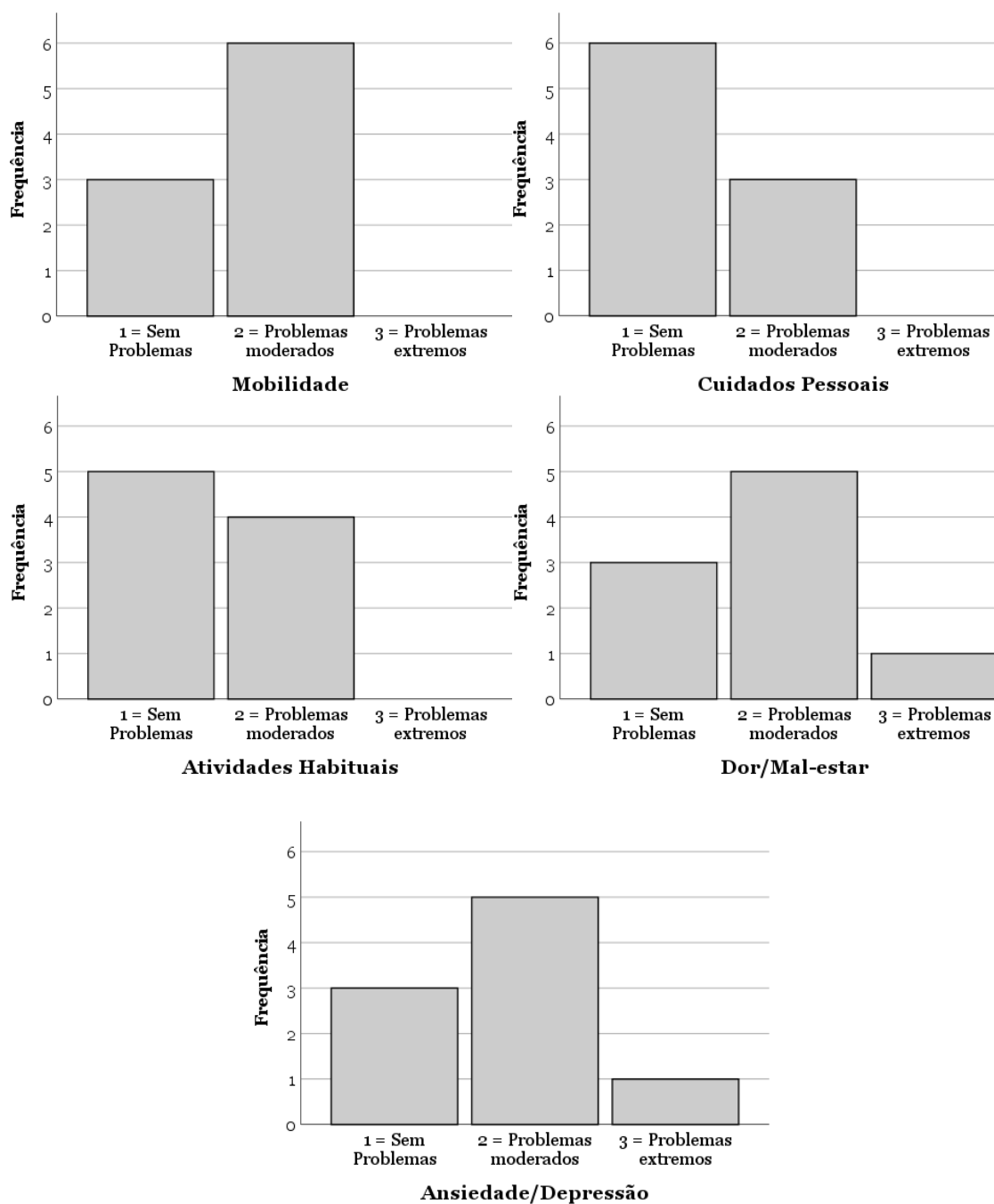


Figura 6 Respostas às perguntas dos cinco domínios do questionário EQ-5D-3L

Na tabela 13, verificamos que há diferença significativa quando comparamos o índice geral da nossa amostra com a totalidade da amostra representativa da população portuguesa e tendência quando comparamos com a da região centro, as quais incluem faixas etárias jovens. Porém, não se verifica essa diferença quando se compara o índice médio da nossa amostra com o índice médio para as faixas etárias >30 anos.

Quanto ao EQ-VAS, a média foi de  $65,00 \pm 20,207$  e é comparável à da população geral (média=74,9) ( $p=0,243$ ).

**Tabela 13** Índice EQ-5D por faixa etária e comparação com a população portuguesa <sup>2</sup>

		Índice EQ-5D, média±SD				
	n	Questionados	População portuguesa	p-value <sup>a</sup>	População da região centro	p-value <sup>a</sup>
<b>Geral</b>	9	0,528 ±0,297	0,758	0,049	0,745	0,060
<b>&gt;30 anos</b>	9	0,528 ±0,297	0,559	0,762	-	-
<b>Faixa Etária</b>						
30-49	2	0,721 ±0,065	0,824	-	-	-
50-69	3	0,673 ±0,338	0,692	-	-	-
70+	4	0,322 ±0,236	0,600	-	-	-
<b>Sexo</b>						
Feminino	4	0,377 ±0,317	0,723 <sup>b</sup>	-	0,709 <sup>b</sup>	-
Masculino	5	0,649 ±0,245	0,796 <sup>b</sup>	-	0,788 <sup>b</sup>	-

a. Teste t para uma amostra; b. População de todas as idades

À questão que se seguiu ao questionário EQ-5D, a maioria dos doentes respondeu que reconhece uma diminuição da qualidade de vida (Figura 7).

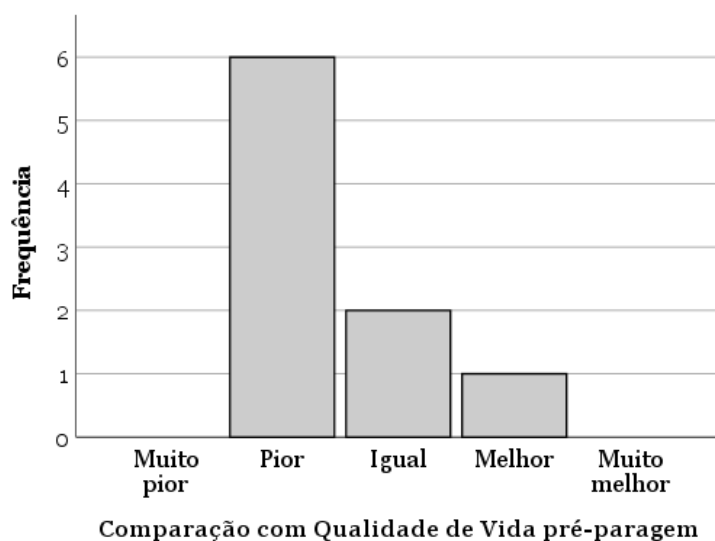


Figura 7 Respostas à pergunta de comparação da qualidade de vida antes e após PCR

<sup>2</sup> Segundo o estudo de Ferreira *et al.*(24)

## Performance Status

A *performance status*, ou capacidade funcional, analisada através da escala da ECOG variou entre grau 0 e 2. O grau 1 foi o mais prevalente, sendo verificado em 5 participantes (55,5%). Este grau significa uma restrição para atividades mais rigorosas, mantendo a capacidade para trabalhos leves ou sedentários. Dois (22,2%) têm um grau 0, o que significa são completamente ativos e capazes de realizar todas as suas atividades pré-doença sem restrição. Os restantes dois (22,2%) apresentaram um grau 2, em que há incapacidade para realizar atividades de trabalho, mas realizam todos os seus cuidados pessoais e estão fora do leito na maior parte do tempo.

Aqueles com grau 0 têm idade de PCR e atual inferior aos restantes, assim como um índice EQ-5D superior (Tabela 14). Note-se ainda que na PCR intra-hospitalar há maior prevalência de doentes com grau 1 ou 2 (Tabela 15).

**Tabela 14** Performance Status e características individuais

	<b>n</b>	<b>Grau 0</b>	<b>Grau 1</b>	<b>Grau 2</b>
<b>Idade à PCR</b> (anos), <i>média±SD</i>	9	43,00 ±4,243	66,20 ±15,172	68,00 ±0,000
<b>Idade atual</b> (anos), <i>média±SD</i>	9	47,00 ±2,828	69,60 ±13,885	71,00 ±1,414
<b>Tempo desde a PCR</b> (anos), <i>média±SD</i>	9	3,59 ±1,381	3,51 ±1,737	3,34 ±0,957
<b>Sexo</b> , n (%)				
Feminino	4	1 (25%)	1 (25%)	2 (50%)
Masculino	5	1 (20%)	4 (80%)	0 (0%)
<b>Estado civil</b> , n (%)				
Solteiro	3	1 (33%)	2 (67%)	0 (0%)
Viúvo	3	0 (0%)	1 (50%)	1 (50%)
Casado	4	1 (25%)	2 (50%)	1 (25%)
<b>Com quem vive</b> , n (%)				
Só	3	0 (0%)	2 (67%)	1 (33%)
Com familiares	6	2 (33%)	3 (50%)	1 (17%)
<b>Índice EQ-5D</b> , <i>média±SD</i>	9	0,721 (0,065)	0,603 (0,260)	0,148 (0,199)

**Tabela 15** Performance Status e circunstâncias de PCR

	<b>n</b>	<b>Grau 0</b>	<b>Grau 1</b>	<b>Grau 2</b>
<b>Local de PCR</b> , n (%)				
Intra-hospitalar	6	0 (0,0%)	5 (83,3%)	1 (16,7%)
Extra-hospitalar	3	2 (66,7%)	0 (0,0%)	1 (33,3%)
<b>Ritmo inicial</b> , n (%)				
Não desfibrilhável	5	1 (20,%)	3 (60,0%)	1 (20,0%)
Desfibrilhável	2	1 (50,0%)	1 (50,5%)	0 (0,0%)

Qualidade de Vida e Performance Status após Ressuscitação Cardiorrespiratória:  
Casuística da UCI do CHUCB

## Discussão

### Aspetos gerais

Na nossa amostra, destaca-se a idade avançada e o reduzido número de participantes no questionário. No entanto, são resultados espectáveis contemplando os outros estudos portugueses, a elevada mortalidade no período após PCR e conclusões de revisões sistemáticas. (1,7,19–21)

Quanto aos estudos existentes, um aspeto que dificulta a comparação é a grande diversidade e heterogeneidade no que toca a metodologia e características da amostra. (1,2,7,14) Um outro aspeto importante a referir é que a prática de decisões de limitação terapêutica e de não reanimação também tem o seu papel na variabilidade dos resultados.(1,6,8)

### Sobrevivência à alta hospitalar

A taxa de sobrevivência à alta hospitalar foi de 32,0%, sendo de 34,4% na PCR extra-hospitalar e 30,8% na intra-hospitalar. Estas taxas foram similares às de outros estudos: 37% nos estudos portugueses de Granja *et al.* (19,21), 39% no de Chen *et al.* (3) e 26,4% no estudo EuReCa TWO(4) sobre PCR extra-hospitalar.

À semelhança de outros trabalhos, verificou-se a influência da idade na sobrevivência à alta.(9,27) Apesar de ser discutível o papel das comorbilidades e outros fatores nesta associação, os estudos de Terman *et al.* (12) e Hirlekar *et al.* (9) propõem que a idade pode ser um fator independente para os *outcomes* e não apenas um marcador para maior comorbilidade.

Também a etiologia não cardíaca e o ritmo não desfibrilhável demonstraram uma relação com uma menor taxa de sobrevivência, o que também já tem sido descrito.(1,9,19,21)

Outros estudos também apoiam o papel dos *scores* de gravidade (SOFA, APACHE II e SAPS II) na sobrevivência à alta.(28–30) Porém, reconhece-se a existência de algumas limitações no uso destas escalas para previsão de *outcomes*.(28–30)

Em relação à lesão hipóxico-isquémica objetivada por TC-CE, esta demonstrou uma forte associação com a sobrevivência, indo também de encontro a diversos estudos e às recomendações de uso da neuroimagem na prognosticação.(6)

As outras instituições de saúde (centros de diálise e centros de diagnóstico) destacaram-se como o local extra-hospitalar com maior taxa de sobrevivência, o que não tem sido destacado noutros trabalhos. Uma justificação possível para esta associação é a maior probabilidade de assistência imediata, o que já tem sido proposto para explicar a maior sobrevivência na PCR intra-hospitalar em locais com maior monitorização. (1)

Algumas das variáveis que não se mostraram significativas na nossa análise têm demonstrado um papel importante na sobrevivência em outros estudos, tais como: sexo, comorbilidades, local intra-hospitalar e manobras por uma testemunha na PCR extra-hospitalar. (1,5,9,27)

## **Sobrevivência um ano após alta e tempo de sobrevida**

Para a totalidade dos doentes com RCE, a sobrevivência um ano após PCR foi de 20,6%, sendo de 64,3% nos doentes com alta.

Os resultados de outros estudos divergem, sendo inclusivamente mencionada uma elevada heterogeneidade estatística numa meta-análise de 2018 (31) sobre PCR intra-hospitalar. Segundo a taxa de alta hospitalar e a sobrevivência global a um ano nessa meta-análise sobre PCR intra-hospitalar (31), a sobrevivência a um ano nos doentes com alta será cerca de 76%.

Alguns estudos sobre PCR extra-hospitalar reportam resultados na ordem dos 90%.(5,32) No entanto, a sua amostra era consideravelmente mais jovem (médias de 61 e 69 anos), tinha uma maior percentagem de PCR de etiologia cardíaca e de ritmo inicial desfibrilhável, características associadas a melhores *outcomes*.(5,32)

Fatores que demonstraram relevância para a sobrevivência a um ano ou a “longo termo” em outros estudos foram a idade, sexo, índice de comorbilidade de Charlson, local de PCR intra-hospitalar, causa cardíaca e boa recuperação funcional medida através da autonomia para as AVD.(2,5,27,31,32) Destes fatores, apenas a recuperação funcional se refletiu na sobrevivência a longo prazo, uma vez que se demonstrou a importância da dependência e institucionalização após PCR na curva de sobrevivência e na sobrevivência a um ano.

## **Perda de autonomia e institucionalização**

Nos doentes que sobreviveram à alta hospitalar, houve uma perda de autonomia significativa. A baixa percentagem de doentes autónomos (40%) parece contrariar as conclusões de outros estudos, em que a tendência é a observação de uma percentagem de sobreviventes autónomos elevada (72,7 a 91%) e uma baixa percentagem de doentes institucionalizados (1 a 10%). (1,2,6,8) Porém, há que considerar que os resultados desses estudos foram obtidos mais de 6 meses após PCR, e o nosso estudo considerou também a autonomia no período após alta daqueles com menor tempo de sobrevida, muitas vezes mais dependentes e institucionalizados. (1,2,6) No entanto, se compararmos esses mesmos valores à autonomia nos doentes com sobrevivência superior a um ano, a diferença começa a atenuar-se.

Quanto aos fatores que se mostraram importantes para a perda de autonomia, um dos com maior impacto foi a diabetes *mellitus*. Esta patologia tem sido associada a menor recuperação funcional, piores *outcomes* neurológicos e menor taxa sobrevivência. (5,11) Propõem-se algumas explicações para estes resultados. Entre elas está a associação da diabetes com maior área de enfarte, distúrbios metabólicos e maior risco de aterosclerose prévia, a qual poderá conduzir a maior hipoperfusão do sistema nervoso central durante a PCR. (11)

Já em relação à institucionalização de doentes previamente no domicílio, destaca-se o papel significativo do sexo feminino, o que vai de encontro a um outro estudo(32).

Quanto ao papel do tempo de internamento, que se revelou também significativo para estes *outcomes*, não se encontram muitos estudos que explorem esta vertente. No entanto, o maior tempo de internamento poderá estar associado, por exemplo, a maior grau de comorbilidade prévia que complique o quadro clínico, o que já tem sido associado a piores *outcomes*. (5)

## **Qualidade de vida**

Apesar da escassez e heterogeneidade dos estudos focados na qualidade de vida, existem conclusões úteis que vão surgindo. (1,2,14)

Em primeiro lugar, é de destacar que a maioria dos estudos sugerem que a qualidade de vida é considerada “aceitável” ou “boa” e não é significativamente diferente da população, mesmo que os doentes reportem uma diminuição da qualidade de vida, tal como o que observámos no nosso estudo. (2,6,7,14,15,19)

Ao compararmos o índice de qualidade de vida da nossa amostra com o estimado para a população portuguesa no estudo de Ferreira *et al.* de 2014 (24), vemos que apenas há diferença estatisticamente significativa. No entanto, a amostra desse estudo tem uma idade média 20 anos inferior à dos nossos questionados. (24) Ao retirar as faixas etárias com idade inferior a 30 anos, essa diferença já não se destaca. Ademais, quando comparamos com a população da região centro de todas as idades, verificamos apenas uma tendência e não uma diferença claramente significativa. Estes factos levam-nos a crer que a diferença no índice de qualidade de vida poderá não ser significativa se compararmos os sobreviventes a PCR com uma população com idade e outras características semelhantes.

Quando às áreas da qualidade de vida mais afetadas, um tema comum a muitos estudos é a elevada prevalência de distúrbios do espectro da ansiedade e de depressão, o que também é observado nas respostas dos nossos participantes.(1,2,6–8)

Os domínios que se revelaram mais problemáticos nos nossos doentes (“Dor/mal-estar” e “Ansiedade/Depressão”) coincidem com os da população geral segundo o estudo de Ferreira *et al.* (24). Porém, tal como foi mencionado anteriormente, os estudos sobre este tema têm uma grande variabilidade na sua amostra e tempo entre o questionário e a PCR, o que dificulta a comparação de resultados. Dois exemplos de estudos com diferenças significativas tanto na metodologia como nos domínios mais afetados, são o estudo português de Granja *et al.* de 2002 (19) e o estudo de Bohm *et al.*(15). Por outro lado, um estudo australiano (33) com aplicação do questionário EQ-5D-3L a 697 doentes 12 meses após PCR teve algumas conclusões em comum com o nosso estudo. Tal como na nossa amostra, o domínio com menos problemas reportados era “Cuidados pessoais” e a “Ansiedade/Depressão” encontrava-se entre aqueles com mais problemas reportados. (33)

Na nossa amostra, verifica-se um maior nível de dificuldade nos diversos domínios e um menor índice EQ-5D no sexo feminino e na faixa etária dos com mais de 70 anos. Esta variação consoante o sexo e idade também se verifica na restante população portuguesa e em estudos sobre *outcomes* pós-PCR.(2,6,15,24,32)

Em outros estudos sobre qualidade de vida destacou-se ainda a influência dos problemas cognitivos e emocionais, da comorbilidade e tipo de ritmo inicial.(1,2,5,6,8) Porém, na nossa análise da qualidade de vida, não foi viável avaliar a relevância destas e de outras variáveis pelo baixo número de observações.

## Performance status

Nos estudos sobre *outcomes* pós-PCR, o *cut-off* para uma boa capacidade funcional ou *performance status* é estabelecido de modo a serem incluídos no grupo de “bons *outcomes*” os doentes com alguma capacidade de trabalho e independência para as AVD. (1,10) Ao interpretar cada escala e ao comparar com a escala ECOG, podemos estabelecer que 78% dos participantes do nosso questionário apresentavam uma boa *performance status* à data do estudo, já que mantinham a capacidade de realizar pelo menos trabalhos leves ou sedentários (Grau ECOG  $\geq 1$ ). De destacar ainda que o grau máximo foi o grau ECOG 2, portanto, todos tinham capacidade de realizar os cuidados pessoais e estavam fora do leito na maior parte do dia. Em suma, tal como em diversos trabalhos de investigação, podemos concluir que a *performance status* após ressuscitação é satisfatória. (2,10)

Apesar deste resultado animador, não devemos esquecer os dois doentes institucionalizados não incluídos no questionário por impossibilidade de contacto. No processo clínico, existe informação de que estão num estado de dependência. Consequentemente, a percentagem de doentes atualmente vivos com boa *performance status* poderá descer até aos 64%.

No grupo de doentes questionados, os doentes com grau 0 apresentaram idade de PCR e idade atual inferior aos restantes doentes, assim como um maior índice de qualidade de vida. No entanto, não foi possível fazer uma análise estatística devido à reduzida dimensão amostral. Acerca deste tópico, Hirlekar *et al.* (9) propõem que os fatores relacionados com as características da PCR (como o tempo até RCE) poderão ter um maior papel na capacidade funcional do que a idade em si, nomeadamente a nível neurológico.

## **Limitações**

O facto de se tratar de um estudo retrospectivo é em si uma limitação, não sendo o ideal para avaliar a evolução temporal e potenciando a perda de participantes inerente à mortalidade nos meses pós-PCR.

Além disso, a consulta de processos clínicos poderá levar a perda de dados, quer por falta de registo quer por erros na recolha. Um exemplo desta situação foi a impossibilidade de incluir o tempo de paragem cardíaca por heterogeneidade no registo.

Outras limitações passam pela restrição a apenas um centro hospitalar, que leva a um menor número de participantes, e pela falta de um grupo-controlo, que permitiria uma comparação mais fiel e não limitada à informação publicada em outros estudos.

Por fim, um outro aspeto já destacado nos estudos consultados, é a dúvida em relação à atribuição dos resultados funcionais ao evento de PCR *versus* outros fatores ou antecedentes.

## **Perspetivas futuras**

Considerando as vantagens da elaboração de planos de reabilitação e seguimento dirigidos às necessidades dos doentes, é necessária a realização de mais investigações e reforçar a importância de acompanhamento destes doentes. Segundo as recomendações da *International Liaison Committee on Resuscitation*, deve-se registar a sobrevivência e mRS à alta e aos 30 dias, assim como a qualidade de vida aos 6 meses e a um ano. Para além disso, deve-se ainda recolher problemas específicos como a fadiga, ansiedade e grau de participação na sociedade.<sup>(13)</sup> Uma outra ferramenta útil para avaliar a recuperação funcional é a *Extended Glasgow Outcome Scale*.

Julgamos importante a realização de um estudo prospetivo com *follow-up* regular que permita avaliar os parâmetros acima mencionados. Esse estudo deveria ser alargado a outros hospitais e deveria incluir a criação de um grupo de controlo para auxiliar na compreensão das diferenças entre os sobreviventes a PCR e a restante população.

Tendo em conta as limitações encontradas neste estudo em termos de perda de informação acerca das circunstâncias de PCR, seria útil a criação prévia de um formulário simples com os dados relevantes para o estudo.

## Conclusões

A taxa de sobrevivência à alta hospitalar nos doentes admitidos após ressuscitação cardiorrespiratória foi de 32%.

Nos sobreviventes à alta, destaca-se uma perda de autonomia e institucionalização significativas. A diabetes *mellitus*, idade e tempo de internamento foram os fatores com maior influencia na perda de autonomia. Por outro lado, o sexo feminino e tempo de internamento foram os com mais impacto na institucionalização.

Observou-se ainda que 64,3% dos doentes com alta estavam vivos um ano após alta, sendo que a maioria destes doentes residia no domicílio e tinha autonomia para as AVD.

No questionário, a maioria dos doentes reconheceu uma diminuição na sua qualidade de vida. Contudo, o índice EQ-5D foi semelhante à da população geral quando retiradas as faixas etárias mais jovens. Os domínios mais problemáticos foram a “Dor/mal-estar” e “Ansiedade/Depressão”, estando também de acordo com os resultados para a população portuguesa.

Relativamente ao índice EQ-5D, verificou-se uma menor qualidade de vida nos mais idosos, no sexo feminino e naqueles com pior *performance status*.

Por último, constatou-se que a maioria dos participantes no questionário têm uma boa *performance status*, sendo que os doentes com melhor grau ECOG (grau 0) apresentavam idade de PCR e idade atual inferior aos restantes.

Qualidade de Vida e Performance Status após Ressuscitação Cardiorrespiratória:  
Casuística da UCI do CHUCB

## Bibliografia

1. Gräsner JT, Herlitz J, Tjelmeland IBM, Wnent J, Masterson S, Lilja G, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Epidemiology of cardiac arrest in Europe. *Resuscitation* [Internet]. 2021 Apr [cited 2021 Apr 24];161:61–79. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.007>
2. Perez CA, Samudra N, Aiyagari V. Cognitive and Functional Consequence of Cardiac Arrest. *Curr Neurol Neurosci Rep* [Internet]. 2016 Aug 16 [cited 2020 Apr 8];16(8):70. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11910-016-0669-y>
3. Chen N, Callaway CW, Guyette FX, Rittenberger JC, Doshi AA, Dezfulian C, et al. Arrest etiology among patients resuscitated from cardiac arrest. *Resuscitation* [Internet]. 2018 Sep 1 [cited 2020 Apr 21];130:33–40. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6092216/pdf/nihms-979354.pdf>
4. Gräsner JT, Wnent J, Herlitz J, Perkins GD, Lefering R, Tjelmeland I, et al. Survival after out-of-hospital cardiac arrest in Europe - Results of the EuReCa TWO study. *Resuscitation* [Internet]. 2020 Mar 1 [cited 2020 Mar 27];148:218–26. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300957220300460>
5. Andrew E, Nehme Z, Bernard S, Smith K. The influence of comorbidity on survival and long-term outcomes after out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation* [Internet]. 2017 Jan 1 [cited 2020 Feb 27];110:42–7. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300957216305214>
6. Nolan JP, Sandroni C, Böttiger BW, Cariou A, Cronberg T, Friberg H, et al. European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine Guidelines 2021: Post-resuscitation care. *Resuscitation* [Internet]. 2021 Apr [cited 2021 Apr 2];161:220–69. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.012>
7. Haydon G, van der Riet P, Maguire J. Survivors' quality of life after cardiopulmonary resuscitation: an integrative review of the literature. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2017 Mar 1 [cited 2020 Feb 27];31(1):6–26. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/scs.12323>
8. Cronberg T, Greer DM, Lilja G, Moolaert V, Swindell P, Rossetti AO. Brain injury after cardiac arrest: from prognostication of comatose patients to rehabilitation. *Lancet Neurol* [Internet]. 2020 Jul 1 [cited 2020 Jun 24];19(7):611–22. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1474442220301174>

9. Hirlekar G, Karlsson T, Aune S, Ravn-Fischer A, Albertsson P, Herlitz J, et al. Survival and neurological outcome in the elderly after in-hospital cardiac arrest. *Resuscitation* [Internet]. 2017 Sep 1 [cited 2020 Nov 12];118:101–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2017.07.013>
10. Beesems SG, Wittebrood KM, de Haan RJ, Koster RW. Cognitive function and quality of life after successful resuscitation from cardiac arrest. *Resuscitation* [Internet]. 2014 Sep [cited 2020 Feb 27];85(9):1269–74. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300957214005681>
11. Voruganti DC, Chennamadhavuni A, Garje R, Shantha GPS, Schweizer ML, Girotra S, et al. Association between diabetes mellitus and poor patient outcomes after out-of-hospital cardiac arrest: A systematic review and meta-analysis. *Sci Rep* [Internet]. 2018 Dec 18 [cited 2020 Feb 27];8(1):17921. Available from: <http://www.nature.com/articles/s41598-018-36288-1>
12. Terman SW, Shields TA, Hume B, Silbergleit R. The influence of age and chronic medical conditions on neurological outcomes in out of hospital cardiac arrest. *Resuscitation* [Internet]. 2015 Apr [cited 2020 Nov 12];89(C):169–76. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2015.01.006>
13. Mentzelopoulos SD, Couper K, Voorde P Van de, Druwé P, Blom M, Perkins GD, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Ethics of resuscitation and end of life decisions. *Resuscitation* [Internet]. 2021 Apr [cited 2021 Mar 25];161:408–32. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300957221000708>
14. Elliott VJ, Rodgers DL, Brett SJ. Systematic review of quality of life and other patient-centred outcomes after cardiac arrest survival. *Resuscitation* [Internet]. 2011 Mar [cited 2020 Jan 12];82(3):247–56. Available from: [https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572\(10\)01072-5/pdf](https://www.resuscitationjournal.com/article/S0300-9572(10)01072-5/pdf)
15. Bohm M, Lilja G, Finnbogadóttir H, Cronberg T, Undén J, Friberg H, et al. Detailed analysis of health-related quality of life after out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation* [Internet]. 2019 Feb;135:197–204. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300957218310633>
16. Guedes B, Manita M, Rita Peralta A, Catarina Franco A, Bento L, Bentes C. Prognostic significance of specific EEG patterns after cardiac arrest in a Lisbon Cohort. *Clin Neurophysiol Pract* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 21];5:147–51. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2467981X20300214>


17. Nunes B, Pais J, Garcia R, Magalhães Z, Granja C, Silva MC. Cardiac arrest: long-term cognitive and imaging analysis. *Resuscitation* [Internet]. 2003 Jun 1 [cited 2021 Jan 21];57(3):287–97. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300957203000339>
18. Leão RN, Ávila P, Cavaco R, Germano N, Bento L. Therapeutic hypothermia after cardiac arrest: outcome predictors. *Rev Bras Ter intensiva* [Internet]. 2015 Oct 1 [cited 2021 Jan 21];27(4):322–32. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4738817>
19. Granja C, Cabral G, Pinto AT, Costa-Pereira A. Quality of life 6-months after cardiac arrest. *Resuscitation* [Internet]. 2002 Oct [cited 2020 Jan 7];55(1):37–44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12297352>
20. Coutinho D, Paixão A, Nogueira C, Castelões P. Survival and quality of life after cardiac arrest. *Resuscitation* [Internet]. 2013 Oct 18 [cited 2021 Apr 3];84:S83. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300957213006436>
21. Menezes Fernandes R, Nuñez D, Marques N, Dias CC, Granja C. Surviving cardiac arrest: What happens after admission to the intensive care unit? *Rev Port Cardiol* [Internet]. 2021 Mar 31 [cited 2021 Apr 3]; Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0870255121000810>
22. EuroQol Research Foundation. EQ-5D-3L User Guide [Internet]. EuroQol Research Foundation. EuroQol Reserch Foundation; 2018. p. 28. Available from: <https://euroqol.org/publications/user-guides/>
23. Ferreira LN, Ferreira PL, Pereira LN, Oppe M. The valuation of the EQ-5D in Portugal. *Qual Life Res* [Internet]. 2014 Mar 8 [cited 2020 May 1];23(2):413–23. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11136-013-0448-z>
24. Ferreira LN, Ferreira PL, Pereira LN, Oppe M. EQ-5D Portuguese population norms. *Qual Life Res* [Internet]. 2014 Mar 3 [cited 2020 May 1];23(2):425–30. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11136-013-0488-4>
25. ECOG performance status [Internet]. ECOG-ACRIN; 2018 [cited 2020 Jul 22]. Available from: <https://ecog-acrin.org/resources/ecog-performance-status>
26. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates; 1988.
27. Doherty Z, Fletcher J, Fuzzard K, Kippen R, Knott C, O’Sullivan B. Short and long-term survival following an in-hospital cardiac arrest in a regional hospital cohort. *Resuscitation* [Internet]. 2019 Oct 1 [cited 2020 Nov 5];143:134–41. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31470101/>

28. Matsuda J, Kato S, Yano H, Nitta G, Kono T, Ikenouchi T, et al. The Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) score predicts mortality and neurological outcome in patients with post-cardiac arrest syndrome. *J Cardiol* [Internet]. 2020 Sep 16 [cited 2020 Apr 21];76(3):295–302. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0914508720301076>
29. Donnino MW, Saliccioli JD, Dejam A, Giberson T, Giberson B, Cristia C, et al. APACHE II scoring to predict outcome in post-cardiac arrest. *Resuscitation* [Internet]. 2013 May [cited 2020 Aug 31];84(5):651–6. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300957212008829>
30. Saliccioli JD, Cristia C, Chase M, Giberson T, Graver A, Gautam S, et al. Performance of SAPS II and SAPS III scores in post-cardiac arrest. *Minerva Anesthesiol* [Internet]. 2012 Dec [cited 2020 Sep 8];78(12):1341–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22743785>
31. Schlupe M, Gravesteijn BY, Stolker RJ, Endeman H, Hoeks SE. One-year survival after in-hospital cardiac arrest: A systematic review and meta-analysis. *Resuscitation* [Internet]. 2018 Nov [cited 2021 Mar 31];132:90–100. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2018.09.001>
32. Nehme Z, Andrew E, Bernard S, Smith K. Sex differences in the quality-of-life and functional outcome of cardiac arrest survivors. *Resuscitation* [Internet]. 2019 Apr 1 [cited 2020 Apr 21];137:21–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300957219300176>
33. Smith K, Andrew E, Lijovic M, Nehme Z, Bernard S. Quality of Life and Functional Outcomes 12 Months After Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *Circulation* [Internet]. 2015 Jan 13 [cited 2020 Feb 27];131(2):174–81. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.114.011200>

# Apêndices

## Apêndice 1 – Questionário de qualidade de Vida

Questionário sobre Qualidade de Vida e Capacidade Funcional		
Número do Processo: _____		
<b>Informações</b>		
<p>Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida e a capacidade para realizar as suas tarefas diárias de modo geral. Será mais tarde incorporado num estudo acerca da qualidade de vida dos doentes que sobreviveram a uma paragem cardíaca.</p> <p>Se tiver alguma dúvida, por favor peça ajuda.</p>		
<b>Dados pessoais</b>		
<b>Idade</b>	<input type="text"/>	
<b>Data de Nascimento</b>	<input type="text"/>	
<b>Género</b>	Masculino <input type="checkbox"/>	Feminino <input type="checkbox"/>
<b>Escolaridade</b>	<input type="text"/>	
<b>Estado Civil</b>	<input type="text"/>	
<b>Vive com alguém? Se sim, com quem.</b>	<input type="text"/>	
<b>Local de residência</b>	<input type="text"/>	



Questionário de Qualidade de Vida relacionada com a Saúde

Assinale com uma X a resposta que acha mais adequada à sua situação atual.

Assinale apenas uma opção em cada secção.

<b>Mobilidade</b>	
Não tenho problemas em andar	<input type="checkbox"/>
Tenho alguns problemas em andar	<input type="checkbox"/>
Tenho de estar na cama	<input type="checkbox"/>

<b>Cuidados Pessoais</b>	
Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais	<input type="checkbox"/>
Tenho alguns problemas em lavar-me ou vestir-me	<input type="checkbox"/>
Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a	<input type="checkbox"/>

<b>Atividades Habituais</b> (ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer)	
Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais	<input type="checkbox"/>
Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais	<input type="checkbox"/>
Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais	<input type="checkbox"/>

<b>Dor / Mal-estar</b>	
Não tenho dores ou mal-estar	<input type="checkbox"/>
Tenho dores ou mal-estar moderados	<input type="checkbox"/>
Tenho dores ou mal-estar extremos	<input type="checkbox"/>

<b>Ansiedade / Depressão</b>	
Não estou ansioso/a ou deprimido/a	<input type="checkbox"/>
Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a	<input type="checkbox"/>
Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a	<input type="checkbox"/>

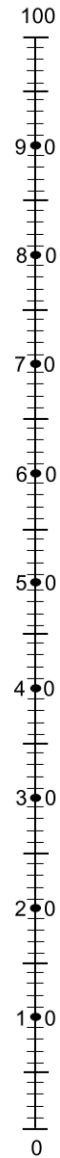
Qualidade de Vida e Performance Status após Ressuscitação Cardiorrespiratória:  
Casuística da UCI do CHUCB

Para ajudar as pessoas a definir o seu bom ou mau estado de saúde, desenhámos uma escala (semelhante a um termómetro) na qual o melhor estado de saúde que possa imaginar é marcada por 100 e o pior estado de saúde que possa imaginar é marcada por 0.

Gostaríamos que indicasse nesta escala quão bom ou mau é, na sua opinião, o seu estado de saúde hoje. Por favor, desenhe uma linha a partir do quadrado que se encontra abaixo, até ao ponto da escala que melhor indica o seu estado de saúde hoje.

**O seu estado de saúde hoje**

O melhor estado de saúde imaginável



O pior estado de saúde imaginável

Comparação subjetiva com a qualidade de vida prévia

Como descreve a sua qualidade de vida **depois** de ter sofrido a paragem cardíaca em comparação com a qualidade de vida antes?

Se não se lembrar de quando foi, pode pedir ajuda.

**Diria que a minha qualidade de vida ficou...**

Muito Pior	Pior	Igual	Melhor	Muito melhor

-----  
A parte que se segue necessita de ajuda.

**Pode devolver o questionário.**

**Muito obrigada!**  
-----

Avaliação do Performance Status – ECOG

Estas questões têm como objetivo conseguir uma classificação na escala de Performance Status da ECOG-ACRIN Cancer Research Group.

1. Consegue realizar **todas as atividades que realizava antes, sem restrição**?
  - a. Sim: Grau 0
  - b. Não: passar à próxima questão.
2. A **restrição** que sente é **apenas para atividade mais exigentes** e consegue realizar tarefas/trabalhos leves ou que consigam ser realizadas de forma sedentária? Por exemplo: tarefas domésticas leves e trabalho de escritório.
  - a. Sim: Grau 1
  - b. Não: passar à próxima questão.
3. **Mais de metade do tempo** em que está acordado **consegue andar e cuidar** de si mesmo?
  - a. Sim: Grau 2
  - b. Não: passar à próxima questão.
4. **Passa mais de metade do dia confinado à cama ou cadeira**, tendo ainda alguma capacidade para cuidados pessoais?
  - a. Sim: Grau 3
  - b. Não: passar à próxima questão.
5. Está **completamente incapaz de deambular e de cuidar de si** mesmo, estando totalmente confinado ao leito ou cadeira/sofá.
  - a. Sim: Grau 4


Grade	ECOG
0	Fully active, able to carry on all pre-disease performance without restriction
1	Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g., light house work, office work
2	Ambulatory and capable of all selfcare but unable to carry out any work activities. Up and about more than 50% of waking hours
3	Capable of only limited selfcare, confined to bed or chair more than 50% of waking hours
4	Completely disabled. Cannot carry on any selfcare. Totally confined to bed or chair
5	Dead

Grau:

**Muito obrigada pela sua participação!**

## Apêndice 2 – Consentimento Informado

Documento fornecido pelo Centro de Investigação do CHUCB e preenchido pelos investigadores.

	<b>IMPRESSO</b> <b>Consentimento livre e informado</b> Código: CHCB.IMP.CINVEST.18	Edição: 3	Revisão: 1
---	--	-----------	------------

Cláudia Raquel Rodrigues Pratas, Universidade da Beira Interior, a realizar um trabalho de investigação subordinado ao tema “Qualidade de Vida e Performance Status após Ressuscitação Cardiorrespiratória: Casuística da UCI do CHUCB”, vem solicitar a sua colaboração neste estudo.

Informo que a sua participação é voluntária e que os dados não serão transmitidos a terceiros sem a sua prévia autorização.

Poderá retirar o seu consentimento em qualquer momento, sem prejuízo dos dados recolhidos à data e sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados pelo CHUCB, EPE.

Informo ainda que a sua privacidade será respeitada, todos os dados recolhidos serão confidenciais e não serão fornecidas quaisquer compensações.

Objetivo do trabalho de investigação: Tese de Mestrado

Critérios de inclusão: Paragem cardíaca e ressuscitação entre 1 janeiro de 2015 e 31 dezembro de 2019, acompanhamento na Unidade de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira.

Critérios de exclusão: Doentes que não concederem consentimento


Nome do orientador: Dra Cristina Coxo

Metodologia: Realizaremos a consulta e análise de dados do processo clínico e aplicação de questionários; Os questionários serão realizados em consulta e utilizaremos a via telefónica quando não for possível de outra forma.

Discriminação dos dados que irá colher: Nome, idade, data de nascimento, sexo, profissão atual, com quem vive e onde, doenças atuais e à quanto tempo as tem, cirurgias anteriores, internamentos anteriores (data, duração e causa), registos acerca da paragem cardíaca (data, causa, local, internamento, exames e tratamentos), registos das consultas de seguimento, número de telefone e consultas marcadas no hospital; No questionário iremos fazer perguntas acerca da sua qualidade de vida atual.

Local onde o investigador se vai encontrar com o participante, quantas vezes e durante quanto tempo: Está previsto apenas um encontro (aproximadamente 20 minutos), num consultório da Unidade de Cuidados Intensivos.

Página: 1 de 3





## IMPRESSO

### Consentimento livre e informado

Código: CHCB.IMP.CINVEST.18

Edição: 3

Revisão: 1

Risco / Benefício da sua participação: Este estudo poderá ser útil para melhorar o serviço deste hospital, para que isto seja possível, a sua participação é fundamental. A sua participação não tem risco previsto para si.

Previsão da duração da participação no estudo: A duração aproximada do estudo é de um ano.

Os dados recolhidos serão mantidos tanto tempo quanto o que a lei determine, independentemente do suporte.

Nº aproximado de participantes: \_\_\_\_\_

Contacto para esclarecimento de dúvidas: 969326105 (Nº de telefone – Claudia Pratas);  
[a35375@fcsaude.ubi.pt](mailto:a35375@fcsaude.ubi.pt) (e-mail – Claudia Pratas)

#### Consentimento Informado – Aluno / Investigador

Ao assinar esta página, o investigador está a confirmar o seguinte:

- \* Entregou esta informação;
- \* Explicou o propósito deste trabalho;
- \* Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo participante ou representante legal.

\_\_\_\_\_  
Nome do Aluno / Investigador (Legível)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Aluno / Investigador

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Data

#### Consentimento Informado – Participante

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- \* O Sr. (a) leu e compreendeu todas as informações desta informação, e teve tempo para as ponderar;
- \* Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- \* Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao aluno/investigador uma explicação, tendo este esclarecido todas as dúvidas;



**\* Informa-se ainda:**

O participante dos 6 aos 13 anos tem de ser informado verbalmente, sendo imprescindível a assinatura dos pais no consentimento livre e informado;

O participante dos 14 aos 16 anos assina, conjuntamente com os pais, o consentimento livre e informado;

A partir dos 16 anos assina apenas o participante;

\* O Sr. (a) recebeu uma cópia desta informação, para a manter consigo.

Nome do Participante (Legível com número do cartão do cidadão ou bilhete de identidade)      Representante Legal (Legível com número do cartão do cidadão ou bilhete de identidade)

\_\_\_\_\_  
(Nome do Participante)

\_\_\_\_\_  
(Nome do Representante Legal)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Participante)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Representante Legal)

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Data

## Apêndice 3 – Tabelas suplementares

Tabela A1 – Distribuição das idades segundo o sexo .....	41
Tabela A2 – Correlação entre sexo e patologias prévias .....	41
Tabela A3 – Correlação entre sexo e dependência e institucionalização .....	42
Tabela A4 – Prevalência das patologias em doentes dependentes.....	42
Tabela A5 – Patologias mais prevalentes em doentes institucionalizados em lar .....	42
Tabela A6 – Lesão hipóxico-isquêmica nos doentes que realizaram TC-CE .....	43
Tabela A7 – Taxa de sobrevivência à alta hospitalar .....	44
Tabela A8 – Tempo de sobrevivência após alta, relação com variáveis qualitativas .....	45
Tabela A8 – Tempo de sobrevivência após alta, relação com variáveis quantitativas ...	45
Tabela A9 – Relação de diversos fatores com a sobrevivência a um ano.....	46
Tabela A10 - Relação das diversas variáveis com a perda de autonomia.....	47
Tabela A11 - Relação das diversas variáveis com a institucionalização pós-PCR.....	48

Tabela A1 – Distribuição das idades segundo o sexo

	<b>Mediana</b>	<b>Min -Max</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<i>p-value</i> <sup>1</sup>
<b>Sexo Masculino</b>	80,00 anos	39-97 anos	74,65 anos	13,146	0,647
<b>Sexo Feminino</b>	76,00 anos	40-93 anos	76,85 anos	10,142	

<sup>1</sup> Teste Mann-Whitney

Tabela A2 – Correlação entre sexo e patologias prévias

	<b>Prevalência no Sexo masculino n=49</b>	<b>Prevalência no Sexo feminino n=48</b>	<i>p-value</i>
<b>Patologia prévia, n (%)</b>			
EAM prévio	8 (16,3%)	11 (22,9%)	0,453 <sup>1</sup>
Outra cardiopatia isquêmica	6 (12,2%)	3 (6,3%)	0,487 <sup>2</sup>
AVC prévio	9 (18,4%)	5 (10,4%)	0,387 <sup>1</sup>
Insuficiência Cardíaca	22 (44,9%)	19 (39,6%)	0,682 <sup>1</sup>
Fibrilhação auricular	14 (28,6%)	13 (27,1%)	1,000 <sup>1</sup>
Outras arritmias	12 (24,5%)	9 (18,8%)	0,623 <sup>1</sup>
Patologia pulmonar crónica	20 (40,8%)	13 (27,1%)	0,199 <sup>1</sup>
Depressão	3 (6,1%)	14 (29,2%)	0,003 <sup>1</sup>
Diabetes <i>mellitus</i>	18 (36,7%)	21 (43,8%)	0,538 <sup>1</sup>
Dislipidemia	21 (42,9%)	24 (50,0%)	0,544 <sup>1</sup>
Hipertensão arterial	27 (55,1%)	35 (72,9%)	0,091 <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Teste do qui-quadrado; <sup>2</sup> Teste exato de Fisher

Qualidade de Vida e Performance Status após Ressuscitação Cardiorrespiratória:  
Casuística da UCI do CHUCB

Tabela A3 – Correlação entre sexo e dependência e institucionalização

<b>Condição</b>	<b>Prevalência no Sexo masculino</b> n=49	<b>Prevalência no Sexo feminino</b> n=48	<b>p-value</b>
Institucionalizado em Lar	4 (8,3%)	6 (13,0%)	0,519 <sup>1</sup>
Dependente para AVD	14 (29,2%)	12 (26,7%)	0,788 <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Teste exato de Fisher <sup>2</sup> Teste do Qui-quadrado

Tabela A4 – Prevalência das patologias em doentes dependentes

<b>Patologia</b>	<b>Prevalência nos Autônomos</b> n=67	<b>Prevalência nos Dependentes</b> n=26	<b>p-value</b>
EAM prévio	8 (11,9%)	11 (42,3%)	0,002 <sup>1</sup>
Outra cardiopatia isquêmica	6 (9,0%)	2 (7,7%)	1,000 <sup>2</sup>
AVC prévio	7 (10,4%)	7 (26,9%)	0,058 <sup>2</sup>
Insuficiência Cardíaca	24 (35,8%)	16 (61,5%)	0,035 <sup>1</sup>
Fibrilhação auricular	17 (25,4%)	9 (34,6%)	0,442 <sup>1</sup>
Outras Arritmias	6 (9,0%)	5 (19,2%)	0,281 <sup>2</sup>
Patologia pulmonar crônica	23 (34,3%)	10 (38,5%)	0,810 <sup>1</sup>
Demência	1 (1,5%)	3 (11,5%)	0,065 <sup>2</sup>
Depressão	12 (17,2%)	5 (19,2%)	0,683 <sup>2</sup>
Diabetes <i>mellitus</i>	25 (37,3%)	14 (53,8%)	0,166 <sup>1</sup>
Dislipidemia	25 (37,2%)	18 (69,2%)	0,010 <sup>1</sup>
Hipertensão arterial	42 (62,7%)	17 (65,4%)	0,817 <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Teste do qui-quadrado; <sup>2</sup> Teste exato de Fisher

Tabela A5 – Patologias mais prevalentes em doentes institucionalizados em lar

<b>Patologia</b>	<b>Prevalência nos Não institucionalizados</b> n=87	<b>Prevalência nos Institucionalizados</b> n=10	<b>p-value</b>
EAM prévio	16 (19,0%)	3 (30,0%)	0,417 <sup>2</sup>
Outra cardiopatia isquêmica	7 (8,3%)	1 (10,0%)	1,000 <sup>2</sup>
AVC prévio	10 (11,9%)	4 (40,0%)	0,039 <sup>2</sup>
Insuficiência Cardíaca	34 (40,5%)	6 (60,0%)	0,315 <sup>2</sup>
Fibrilhação auricular	24 (28,6%)	2 (20,0%)	0,721 <sup>2</sup>
Outras Arritmias	8 (9,5%)	3 (30,0%)	0,091 <sup>2</sup>
Patologia pulmonar crônica	31 (36,9%)	2 (20,0%)	0,485 <sup>1</sup>
Demência	3 (3,6%)	2 (20,0%)	0,086 <sup>2</sup>
Depressão	16 (19,9%)	1 (10,0%)	0,683 <sup>2</sup>
Diabetes <i>mellitus</i>	34 (40,5%)	5 (50,0%)	0,736 <sup>2</sup>
Dislipidemia	38 (45,2%)	5 (50,0%)	1,000 <sup>2</sup>
Hipertensão arterial	51 (60,7%)	8 (80,0%)	0,312 <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Teste do qui-quadrado; <sup>2</sup> Teste exato de Fisher

Qualidade de Vida e Performance Status após Ressuscitação Cardiorrespiratória:  
Casuística da UCI do CHUCB

Tabela A6 – Lesão hipóxico-isquêmica nos doentes que realizaram TC-CE

	<b>n</b>	<b>Com lesão</b> hipóxico-isquêmica n=31	<b>Sem lesão</b> hipóxico-isquêmica n=18	<b>p-value</b>
<b>Idade</b> (anos), <i>média±SD</i>	49	73,94±13,346	69,78±12,836	0,180 <sup>1</sup>
<b>Sexo, n(%)</b>				
Feminino	25	13 (52,0%)	12 (48,0%)	0,140 <sup>2</sup>
Masculino	24	18 (75,0%)	6 (25,0%)	
<b>Patologias prévias, n(%)</b>				
EAM prévio	7	3 (42,9%)	4 (57,1%)	0,398 <sup>3</sup>
AVC prévio	4	3 (75,0%)	1 (25,0%)	1,000 <sup>3</sup>
Insuficiência Cardíaca	15	9 (60,0%)	6 (40,0%)	1,000 <sup>2</sup>
Fibrilhação auricular	12	5 (41,7%)	7 (58,3%)	0,094 <sup>3</sup>
Patologia pulmonar crónica	19	12 (63,2%)	7 (36,8%)	1,000 <sup>2</sup>
Demência	2	2 (100%)	0 (0,0%)	0,526 <sup>3</sup>
Depressão	14	8 (57,1%)	6 (42,3%)	0,744 <sup>2</sup>
Diabetes <i>mellitus</i>	18	11 (61,1%)	7 (38,9%)	1,000 <sup>2</sup>
Dislipidemia	18	10 (55,6%)	8 (44,4%)	0,540 <sup>2</sup>
Hipertensão arterial	25	15 (60,0%)	10 (40,0%)	0,769 <sup>2</sup>
<b>Local, n(%)</b>				
Extra-hospitalar	20	13 (65,0%)	7 (35,0%)	1,000 <sup>2</sup>
Intra-hospitalar	29	18 (62,1%)	11 (37,9%)	
<b>Tipo de ritmo, n(%)</b>				
Desfibrilhável	5	3 (60,0%)	2 (40,0%)	1,000 <sup>3</sup>
Não Desfibrilhável	35	23 (65,7%)	12 (34,3%)	
<b>Causa, n(%)</b>				
Não cardíaca	24	16 (66,7%)	8 (33,3%)	0,708 <sup>3</sup>
Cardíaca	11	6 (54,5%)	5 (45,5%)	

<sup>1</sup> Teste Mann-Whitney; <sup>2</sup> Teste do Qui-Quadrado; <sup>3</sup> Teste exato de Fisher

Qualidade de Vida e Performance Status após Ressuscitação Cardiorrespiratória:  
Casuística da UCI do CHUCB

Tabela A7 – Taxa de sobrevivência à alta hospitalar

	<b>n</b>	<b>Sobreviveram à alta hospitalar n=31</b>	<b>Não sobreviveram à alta hospitalar n=66</b>	<i>p-value</i>
<b>Sexo, n(%)</b>				
Feminino	48	17 (32,0%)	31 (64,6%)	0,518 <sup>1</sup>
Masculino	49	14 (28,6%)	35 (71,4%)	
<b>Patologias, n(%)</b>				
EAM prévio	19	8 (42,1%)	11 (57,9%)	0,411 <sup>1</sup>
AVC prévio	14	5 (35,7%)	9 (64,3%)	0,763 <sup>2</sup>
Insuficiência Cardíaca	41	11 (26,8%)	30 (73,2%)	0,386 <sup>1</sup>
Fibrilhação auricular	27	9 (33,3%)	18 (66,6%)	1,000 <sup>1</sup>
Patologia pulmonar crônica	33	12 (36,4%)	21 (63,6%)	0,646 <sup>1</sup>
Depressão	17	5 (29,4%)	12 (70,6%)	1,000 <sup>1</sup>
Diabetes <i>mellitus</i>	39	14 (35,9%)	25 (64,1%)	0,513 <sup>1</sup>
Dislipidemia	45	15 (33,3%)	30 (66,7%)	0,830 <sup>1</sup>
Hipertensão arterial	62	19 (30,6%)	43 (69,2%)	0,821 <sup>1</sup>
<b>Local de PCR, n(%)</b>				
Extra-hospitalar	32	11 (34,4%)	21 (65,6%)	0,818 <sup>1</sup>
Intra-hospitalar	65	20 (30,8%)	45 (69,2%)	
<b>Local extra-hospitalar, n(%)</b>				
Residência	15	1 (6,7%)	14 (93,3%)	0,001 <sup>2</sup>
Outra instituição de saúde	6	5 (83,3%)	1 (16,7%)	
Via pública	4	2 (50,0%)	2 (50,0%)	
No transporte VMER	1	0 (0,0%)	1 (100,0%)	
<b>Local intra-hospitalar, n(%)</b>				
SU	26	8 (30,8%)	18 (69,2%)	0,116 <sup>2</sup>
UCI	19	5 (26,3%)	14 (73,7%)	
UCAD	7	0 (0,0%)	7 (100,0%)	
Enfermaria	16	8 (50,0%)	8 (50%)	
<b>Ritmo inicial, n(%)</b>				
Desfibrilhável	11	5 (45,5%)	6 (54,5%)	0,084 <sup>2</sup>
Não Desfibrilhável	67	18 (26,9%)	49 (73,1%)	
<b>Causa, n(%)</b>				
Cardíaca	34	16 (47,1%)	18 (52,9%)	0,030 <sup>1</sup>
Não Cardíaca	40	9 (22,5%)	31 (77,5%)	
<b>Lesão hipóxico-isquêmica, n(%)</b>				
Presente	31	5 (16,1%)	26 (83,9%)	0,001 <sup>1</sup>
Ausente	18	6 (33,3%)	12 (66,7%)	

<sup>1</sup> Teste do qui-quadrado; <sup>2</sup> Teste exato de Fisher

Qualidade de Vida e Performance Status após Ressuscitação Cardiorrespiratória:  
Casuística da UCI do CHUCB

Tabela A8 – Tempo de sobrevivência após alta, relação com variáveis qualitativas

	Tempo de sobrevida em meses		Sobrevivência a um ano	p-value do teste Log-rank
	Média	Mediana		
<b>Sexo</b>				
Feminino	25,69	10,93	83,3%	0,476
Masculino	35,44	36,27	50,0%	
<b>Patologias prévias (presente/ausente)</b>				
EAM prévio	22,01/33,70	10,93/36,27	42,9%/71,4%	0,347
AVC prévio	39,37/32,94	36,27/17,87	100%/58,3%	0,902
Insuficiência Cardíaca	34,58/28,64	36,27/18,67	66,7%/63,2%	0,556
Fibrilhação auricular	44,95/24,609	44,4/17,87	64,3%/57,1%	0,156
Patologia pulmonar crónica	27,31/32,60	17,87/36,27	66,7%/63,2%	0,593
Demência	7,93/32,12	7,93/36,27	100%/66,7%	0,303
Depressão	11,59/31,34	3,19/36,27	20,0%/73,9%	0,110
Diabetes mellitus	22,94/37,14	18,67/36,27	54,5%/70,6%	0,169
Dislipidemia	30,90/30,98	31,60/18,67	58,3%/68,8%	0,896
Hipertensão arterial	23,03/47,71	17,87/--	58,8%/72,7%	0,030
<b>Local de PCR</b>				
Intra-hospitalar	33,04	36,27	73,7%	0,489
Extra-hospitalar	22,70	7,93	44,4%	
<b>Tipo de ritmo inicial</b>				
Desfibrilhável	33,71	31,60	66,7%	0,730
Não desfibrilhável	28,31	18,67	58,8%	
<b>Causa</b>				
Cardíaca	28,23	31,60	66,7%	0,501
Não Cardíaca	32,73	--	66,7%	
<b>Institucionalizado pós-PCR</b>				
Institucionalizado	11,98	2,40	20,0%	0,001
Não institucionalizado	43,53	44,40	88,2%	
<b>Autonomia pós-PCR</b>				
Autónomo	50,60	.	91,7%	0,001
Dependente	16,93	7,93	40,0%	

-- Dados em falta devem-se ao facto de haver um número suficiente de doentes atualmente vivos para impossibilitar o calculo.

Tabela A8 – Tempo de sobrevivência após alta, relação com variáveis quantitativas

	Coefficiente de correlação de Spearman	p-value
Idade à PCR	0,221	0,393
APACHE II	0,150	0,659
SAPS II	0,155	0,553
SOFA	-0,104	0,775

Qualidade de Vida e Performance Status após Ressuscitação Cardiorrespiratória:  
Casuística da UCI do CHUCB

Tabela A9 – Relação de diversos fatores com a sobrevivência a um ano

	<b>n</b>	<b>Vivo 1 ano após PCR</b> <i>n=18</i>	<b>Morte no 1º ano pós-PCR</b> <i>n=10</i>	<i>p-value</i>
<b>Idade de PCR (anos), média±SD</b>	28	69,78±15,429	72,50±12,186	0,621 <sup>1</sup>
<b>Sexo, n(%)</b>				
Feminino	16	8 (50,0%)	8 (50,0%)	0,114 <sup>3</sup>
Masculino	12	10 (83,3%)	2 (16,7%)	
<b>Patologias prévias, n(%)</b>				
EAM prévio	7	3 (42,9%)	4 (57,1%)	0,207 <sup>3</sup>
Outra cardiopatia isquêmica	5	3 (60,0%)	2 (40,0%)	1,000 <sup>3</sup>
AVC prévio	4	4 (100%)	0 (0,0%)	0,265 <sup>3</sup>
Insuficiência Cardíaca	9	6 (66,7%)	3 (33,3%)	1,000 <sup>3</sup>
Fibrilhação auricular	7	6 (85,7%)	1 (14,3%)	0,364 <sup>3</sup>
Patologia pulmonar crônica	9	6 (66,7%)	3 (33,3%)	1,000 <sup>3</sup>
Depressão	5	1 (20,0%)	4 (80,0%)	0,041 <sup>3</sup>
Diabetes <i>mellitus</i>	11	6 (54,5%)	5 (45,5%)	0,444 <sup>3</sup>
Dislipidemia	12	7 (58,3%)	5 (41,7%)	0,698 <sup>3</sup>
Hipertensão arterial	17	10 (58,8%)	7 (41,2%)	0,689 <sup>3</sup>
<b>Local de PCR, n(%)</b>				
Intra-hospitalar	19	14 (73,7%)	5 (26,3%)	0,210 <sup>3</sup>
Extra-hospitalar	9	4 (44,4%)	5 (55,6%)	
<b>Ritmo, n(%)</b>				
Não desfibrilhável	17	10 (58,8%)	7 (41,2%)	1,000 <sup>3</sup>
Desfibrilhável	6	4 (66,7%)	2 (33,3%)	
<b>Causa, n(%)</b>				
Cardíaca	15	10 (66,7%)	5 (33,3%)	1,000 <sup>3</sup>
Não Cardíaca	9	6 (66,7%)	3 (33,3%)	
<b>Lesão hipóxico-isquêmica, n(%)</b>				
Presente	5	2 (40,0%)	3 (60,0%)	0,299 <sup>3</sup>
Ausente	11	8 (72,7%)	3 (27,3%)	
<b>Tempo de internamento (dias), média±SD</b>	28	17,76±16,361	41,80±41,133	0,030 <sup>1</sup>
<b>Institucionalizado no pós-PCR, n(%)</b>				
Sim	10	2 (20,0%)	8 (80,0%)	0,001 <sup>3</sup>
Não	18	15 (88,2%)	2 (11,8%)	
<b>Dependente no pós-PCR, n(%)</b>				
Sim	15	6 (40,0%)	9 (60,0%)	0,014 <sup>3</sup>
Não	12	11 (91,7%)	1 (8,3%)	

<sup>1</sup>Teste de Mann-Whitney; <sup>2</sup>Teste do Qui-Quadrado; <sup>3</sup>Teste Exato de Fisher

Nota: Dados relativos a 28 sobreviventes, desconhece-se a data de falecimento dos restantes sobreviventes à alta hospitalar.

Qualidade de Vida e Performance Status após Ressuscitação Cardiorrespiratória:  
Casuística da UCI do CHUCB

Tabela A10 - Relação das diversas variáveis com a perda de autonomia

	<b>n</b>	<b>Mantiveram-se Autónomos</b> n= 12	<b>Tornaram-se Dependentes</b> n= 12	<i>p-value</i>
<b>Idade</b> (anos), <i>média± SD</i>	24	65,92±15,383	75,17±12,202	0,091 <sup>1</sup>
<b>Sexo, n(%)</b>				
Feminino	14	5 (35,7%)	9 (64,3%)	0,214 <sup>2</sup>
Masculino	10	7 (70,0%)	3 (30,0%)	
<b>Patologias prévias, n(%)</b>				
Hipertensão arterial	14	5 (35,7%)	9 (64,3%)	0,214 <sup>2</sup>
Dislipidemia	10	4 (40,0%)	6 (60,0%)	0,680 <sup>2</sup>
Diabetes mellitus	9	2 (22,2%)	7 (77,7%)	0,089 <sup>3</sup>
EAM prévio	6	1 (16,7%)	5 (83,3%)	0,317 <sup>3</sup>
AVC prévio	4	1 (25,0%)	3 (75,0%)	0,590 <sup>3</sup>
Insuficiência Cardíaca	7	3 (42,9%)	4 (57,1%)	1,000 <sup>3</sup>
Fibrilhação auricular	6	4 (66,7%)	2 (33,3%)	0,640 <sup>3</sup>
Patologia pulmonar crónica	7	3 (42,9%)	4 (57,1%)	1,000 <sup>3</sup>
Depressão	4	2 (50,0%)	2 (50,0%)	1,000 <sup>3</sup>
<b>Local de PCR, n(%)</b>				
Extra-hospitalar	7	3 (42,9%)	4 (57,1%)	1,000 <sup>3</sup>
Intra-hospitalar	17	9 (52,9%)	8 (47,1%)	
<b>Tipo de ritmo, n(%)</b>				
Desfibrilhável	4	2 (50,0%)	2 (50,0%)	1,000 <sup>3</sup>
Não Desfibrilhável	15	8 (53,3%)	7 (46,7%)	
<b>Causa de PCR, n(%)</b>				
Cardíaca	13	6 (46,2%)	7 (53,8%)	1,000 <sup>3</sup>
Não Cardíaca	8	4 (50,0%)	4 (50,0%)	

<sup>1</sup>Teste de Mann-Whitney; <sup>2</sup>Teste do Qui-Quadrado; <sup>3</sup>Teste Exato de Fisher

Qualidade de Vida e Performance Status após Ressuscitação Cardiorrespiratória:  
Casuística da UCI do CHUCB

Tabela A11 - Relação das diversas variáveis com a institucionalização pós-PCR

	<b>n</b>	<b>Mantiveram-se No domicílio</b> n= 19	<b>Tornaram-se Institucionalizados</b> n= 9	<i>p-value</i>
<b>Idade</b> (anos), <i>média±SD</i>	28	69,21±13,411	73,44±13,685	0,445 <sup>1</sup>
<b>Sexo, n(%)</b>				
Feminino	16	8 (50,0%)	8 (50,0%)	0,039 <sup>2</sup>
Masculino	12	11 (91,7%)	1 (8,3%)	
<b>Patologias prévias, n(%)</b>				
Hipertensão arterial	17	11 (64,7%)	6 (35,3%)	1,000 <sup>2</sup>
Dislipidemia	14	10 (71,4%)	4 (28,6%)	1,000 <sup>2</sup>
Diabetes <i>mellitus</i>	13	8 (61,5%)	5 (38,5%)	0,689 <sup>2</sup>
EAM prévio	8	5 (62,5%)	3 (37,5%)	1,000 <sup>2</sup>
AVC prévio	5	4 (80,0%)	1 (20,0%)	1,000 <sup>2</sup>
Insuficiência Cardíaca	11	9 (81,8%)	2 (18,2%)	0,249 <sup>2</sup>
Fibrilhação auricular	8	7 (87,5%)	1 (12,5%)	0,214 <sup>2</sup>
Patologia pulmonar crônica	10	8 (80,0%)	2 (20,0%)	0,417 <sup>2</sup>
Depressão	5	2 (40,0%)	3 (60,0%)	0,290 <sup>2</sup>
<b>Local de PCR, n(%)</b>				
Extra-hospitalar	9	5 (55,6%)	4 (44,4%)	0,407 <sup>2</sup>
Intra-hospitalar	19	14 (73,7%)	5 (26,3%)	
<b>Tipo de ritmo, n(%)</b>				
Desfibrilhável	6	5 (83,3%)	1 (16,7%)	0,616 <sup>2</sup>
Não Desfibrilhável	16	10 (62,5%)	6 (37,5%)	
<b>Causa de PCR, n(%)</b>				
Cardíaca	13	6 (46,2%)	7 (53,8%)	1,000 <sup>2</sup>
Não Cardíaca	8	4 (50,0%)	4 (50,0%)	

<sup>1</sup>Teste T de student para amostras independentes; <sup>2</sup>Teste Exato de Fisher

## Anexos

### Anexo 1 – Aprovação do Estudo

	
Assunto: Projecto de Investigação n.º17/2020-"Qualidade de Vida e Performance Status após Resu ..."	
Para: Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração	Nº: 36/2020
De: Gabinete de Investigação e Inovação	Data: 16-06-2020

Em relação ao assunto em epigrafe, junto envio o pedido de Cláudia Raquel Rodrigues Pratas, aluna do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, para a realização de um estudo subordinado ao tema "Qualidade de Vida e Performance Status após Ressuscitação Cardiorrespiratória: Casuística da UCI do CHUCB", a realizar na UCI deste Centro Hospitalar.

Envio ainda o parecer nº 27/2020, emitido pela Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira.

Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e Procedimentos do Serviço de Investigação, Epidemiologia e Saúde Pública.

Com os melhores cumprimentos,

A Coordenadora do Gabinete de Investigação e Inovação,

  
(Dr.ª Rosa Saraiva)

RS/RS

C.H.U.C.B., EPE  
Reunião de C.A. em 19 JUN. 2020

  
Presidente e Diretor Clínico:  
Dr. João Camelo

Vogais Executivas:  
Dr. Vitor Miguel  
Dra. Sandra Duarte  
Enf. Paula Rodrigo

## Anexo 2 – Informação sobre extensão da dissertação



Cláudia Raquel Rodrigues Pratas <a35375@fcsaude.ubi.pt>

### Informação importante sobre ultrapassagem dos limites estabelecidos para a dissertação

1 mensagem

gem <gab.gem@fcsaude.ubi.pt>  
Bcc: a35375@fcsaude.ubi.pt

14 de abril de 2021 às 23:11

Caro(a) aluno(a)

na sequência da mensagem que enviou, com informação sobre a necessidade de ultrapassagem do limite de palavras fixado para elaboração da Dissertação informo que, a título excecional no presente ano letivo, e tendo em conta a proximidade da data de entrega do trabalho, não será aplicada penalização específica sobre este aspecto na secção Documentação da Grelha de Classificação que será utilizada pelo Júri no dia da Prova Pública.

Realço, no entanto, a importância da capacidade de síntese e a delimitação do campo de investigação de um determinado tema, pois será uma situação com a qual poderá vir a ser confrontado no futuro, quer em trabalhos no âmbito da realização do internato médico, quer em Comunicações Científicas em congressos ou até mesmo na realização de Doutoramento.

Melhores cumprimentos

O Diretor de Curso e  
Responsável pela UC Dissertação  
**Miguel Castelo-Branco Sousa**  
MD PhD