



ORIGINAL ARTICLE

QUALITY OF LIFE OF CARDIAC PATIENTS ELIGIBLE FOR IMPLANTATION OF CARDIAC PACEMAKERS

QUALIDADE DE VIDA DOS CARDIOPATAS ELEGÍVEIS À IMPLANTAÇÃO DE MARCA-PASSO CARDÍACO

LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CARDÍACOS ELEGIBLES PARA LA IMPLANTACIÓN DE MARCAPASOS CARDÍACOS

Izelina Helena de Freitas Antônio¹, Thatiara Lima Barroso², Agueda Maria Ruiz Zimmer Cavalcante³, Luciano Ramos de Lima⁴

ABSTRACT

Objective: to determine the quality of life (QL) of cardiac patients eligible for implantation of a pacemaker (PM) in a cardiac hospital in the inland cities of Goiás States. **Method:** a cohort study, prospective, longitudinal quantitative approach. Purposeful sample applied to 25 patients who underwent implantation in the first half of 2009. The instrument used was the Short Form Healthy Survey (SF-36). The data were analyzed using Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 15.0. The study was approved by the Ethics in Research of the University Center of Anápolis, protocol number 183/2008. **Results:** Chagas was the most frequent indication for implantation (68%), time of diagnosis of 1 to 25 years (56%), and 13 patients were undergoing treatment and 64% of patients with 1 insertion of pacemaker (PM), without changing so far. The major areas of life scores were Social Aspects (M=72,7), and the minor ones were Functional Capacity (M=31,6), demonstrating that QL is compromised because most of the areas did not exceed the average 50. There was no significance between age and QOL (p>0,05). **Conclusion:** we conclude that cardiac patients have significant negative impact on QL. **Descriptors:** quality of life; pacemaker, artificial; nursing; heart diseases; cardiac pacing, artificial; nursing assessment; chagas disease.

RESUMO

Objetivo: determinar a qualidade de vida (QV) dos cardiopatas elegíveis à implantação de marca-passo (MP) em um hospital no interior de Goiás. **Método:** estudo de coorte, prospectivo, longitudinal, quantitativo. Amostra intencional aplicada a 25 pacientes submetidos ao implante de MP no primeiro semestre de 2009. O instrumento utilizado foi o *Short Form Healthy Survey (SF-36)*. Os dados foram analisados pelo *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* 15.0. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Anápolis, com protocolo 183/2008. **Resultados:** Chagas foi a indicação mais frequente para implante (68%), com tempo de diagnóstico de 1 a 25 anos (56%), sendo que 13 pacientes realizavam tratamento e 64% dos pacientes com a 1ª inserção de MP. O domínio de maior escore para QV foi os Aspectos Sociais (M=72,7) e menor Capacidade Funcional (M=31,6), demonstrando que a QV é comprometida já que a maioria dos domínios não ultrapassou a média 50. Não houve significância entre idade e QV (p>0,05). **Conclusão:** os cardiopatas apresentam importante impacto negativo na QV. **Descritores:** qualidade de vida; marca-passo artificial; enfermagem; cardiopatias; estimulação cardíaca artificial; avaliação em enfermagem; doença de chagas.

RESUMEN

Objetivo: determinar la calidad de vida (CV) de los pacientes cardiacos elegibles para la implantación de un marcapasos (PM) en un hospital cardíaco del interior de Goiás. **Método:** estudio de cohorte, prospectivo, longitudinal de enfoque cuantitativo. Con propósito de la muestra aplicada a 25 pacientes que se sometieron a la implantación en el primer semestre de 2009. El instrumento utilizado fue la Encuesta Healthy Short Form (SF-36). Los datos fueron analizados mediante el *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* 15,0. El estudio fue aprobado por la Ética en la Investigación del Centro Universitario de Anápolis, con el protocolo 183/2008. **Resultados:** Chagas fue la indicación más frecuente para implante (68%), el tiempo de diagnóstico de 1 a 25 años (56%), y 13 pacientes fueron sometidos a tratamiento y el 64% de los pacientes con la inserción de 1 MP, ningún cambio en la tiempo. La principale área de cuentas de la vida fue los aspectos sociales (M=72,7), y los menores fueron la capacidad funcional (M = 31,6). No hubo significación entre la edad y la calidad de vida (CV) (p>0,05). **Conclusión:** se concluye que los pacientes cardiacos tienen un impacto negativo significativo en la CV. **Descriptores:** calidad de vida; marcapaso artificial; enfermería; cardiopatías; estimulación cardíaca artificial; evaluación en enfermería; enfermedad de chagas.

^{1,2,3}Centro Universitário UniEVANGÉLICA em Anápolis/Goiás, Brasil. E-mails: thatiara@gmail.com; izah5@hotmail.com; enf_agueda@yahoo.com.br; enframossll@gmail.com

INTRODUÇÃO

Este artigo propõe-se a avaliar a Qualidade de Vida (QV) dos cardiopatas elegíveis à implantação de marca-passo (MP) cardíaco. O conhecimento e avaliação da QV poderão fornecer informações valiosas para outras pesquisas, a fim de aprimorar estratégias de acompanhamento e tratamento dos cardiopatas. Assim, esse estudo surge como uma proposta de possível contribuição no sentido de reconhecer os fatores que influenciam na QV com vistas para promoção de melhorias de vida e como indicador do sucesso e eficácia da intervenção.

O termo Qualidade de Vida (QV) está relacionado com os seguintes componentes: capacidade física, estado emocional, interação social, atividade intelectual, situação socioeconômica e auto-proteção de saúde, assumindo um papel importante na área da saúde, é considerada uma das metas dentro da cardiologia preventiva e terapêutica.¹ Uns a consideram unidimensional, já outros a consideram multidimensional, tornando difícil conceituar a QV, pois esta sofre influência ética, cultural e religiosa, e também de valores e percepções pessoais.²

Embora não haja consenso quanto ao conceito de QV, a maioria dos autores concorda que em sua avaliação devem constar os domínios físico, social, psicológico e espiritual, buscando captar a experiência de cada sujeito.³ Muitos termos encontrados na literatura são utilizados como sinônimos de QV, tais como bem-estar, boas condições de vida, felicidade e satisfação na vida. A QV é um termo complexo para ser definido e sua conceituação, valorização e ponderação vêm sofrendo uma evolução⁴. Nesta ótica, o conceito mais conhecido e utilizado é o da Organização Mundial de Saúde (OMS) que define QV como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.⁵

As doenças cardiovasculares têm sido objeto de atenção mundial, representando um grave problema no âmbito de saúde pública, em função da alta mortalidade e constituindo a principal causa de invalidez com graves repercussões na vida do paciente, na família e comunidade. Acomete de idosos aos mais jovens em plena fase produtiva, desta forma o investimento na prevenção como sempre é decisivo não somente para garantir melhor QV, mas também diminuir gastos com possível

hospitalização. Os hábitos de vida são, sem dúvida, um importante motivo de se adoecer/morrer de doenças cardiovasculares, sendo o sedentarismo um grave problema encontrado no Brasil, já que cerca de 70% da população têm hábitos de vida sedentários.⁶

Quando se recebe a notícia de alguma doença do coração, muitas vezes surge insegurança e medo. Medo da morte para o paciente e medo da perda para a família, gerando uma série de sentimentos peculiares frente ao inusitado, afetando diretamente a sua vida cotidiana. Antes a QV estava comprometida apenas pelos sintomas derivados da cardiopatia, dada a constatação da doença há também um comprometimento emocional envolvido e abalado.

Algumas doenças cardíacas podem ser tratadas pelo uso do marca-passo (MP). Os MP's são condutores de energia externa utilizados para estimular o bombeamento sanguíneo do coração quando há distúrbios na formação ou transmissão do impulso elétrico derivado de bradiarritmias, insuficiência cardíaca, bloqueio atrioventricular e outras cardiopatias. Os estímulos conduzidos pelos marca-passos podem ser aplicados aos átrios e/ou ventrículos acarretados pelas disfunções sistólicas.⁷

A estimulação cardíaca artificial pelo uso do MP constitui uma das mais espetaculares intervenções cirúrgicas que dedica seus esforços, atualmente, à melhoria da QV de portadores de Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) e outras cardiopatias, proporcionando um bem-estar a esses pacientes. Sendo assim, a avaliação da QV tem sido de extrema importância em casos de patologias crônicas e incuráveis, pois estas limitam gradativamente a capacidade física e funcional do coração, chegando a ultrapassar os limites de eficiência dos mecanismos cardíacos, como a maioria das doenças cardiovasculares.

As intervenções hospitalares no ano de 2003, pagas pelo SUS, mostraram que a proporção maior de intervenções foram motivadas pela insuficiência cardíaca com quase 30% de todas as internações da especialidade, seguido por outras doenças isquêmicas do coração e pelo acidente vascular cerebral. A terceira causa de custo por internação é referente ao transtorno de condução, cujo custo básico é decorrente da implantação de marca-passo.⁸

Estima-se que no Brasil cerca de 6,4 milhões de pessoas são portadores de insuficiência cardíaca. Em 2003 houve aproximadamente 398 mil internações por

esta síndrome (um terço do total de internações) com 26 mil óbitos e uma taxa de mortalidade de 16,7%. Um dos principais tratamentos e indicador de melhora da qualidade de vida (QV) de pacientes com ICC descompensada de ordem de condução elétrica é por meio de tratamento por implantação de MP.⁸

O Registro Brasileiro de Marca-passos, Desfibriladores e Ressincronizadores Cardíacos (RBM) em 11 anos de registro, afirma que foram realizados 143.334 procedimentos, sendo que 99.306 foram implantes de MP. Entre o período de 01/06/2004 à 31/05/2005, com base em dados do DATASUS, verificou-se que o número de implantes de MP para o ano foi de 57,5 por milhão de habitantes.⁹

O enfermeiro é membro da equipe multidisciplinar e deve estar sempre atento à assistência prestada aos pacientes, família e comunidade. Atendendo as necessidades humanas básicas, planejando ações com vista em favorecer cada vez mais a recuperação do paciente, capacitando-lhe sempre que possível para o autocuidado, para enfrentar suas dificuldades cotidianas em curto prazo e planejar o seu curso de vida em longo prazo, aumentando a independência e autonomia, de tal modo a desenvolver atividades voltadas à melhoria da QV, pois o objetivo da estimulação cardíaca artificial não se baseia em simplesmente salvar vidas e prolongá-las, mas também em melhorá-las, assistindo e acompanhando o paciente durante e após o tratamento para manutenção do seu bem-estar.¹⁰

A Enfermagem tem estudado os pacientes em uso de MP por meio de identificação dos Diagnósticos de Enfermagem (DE). No período pré-implante de MP, o DE Ansiedade relacionada à iminente inserção do MP é prognóstico presente, nesse sentido evidencia o quanto é essencial as orientações de enfermagem que antecedem o implante e que se seguem nos acompanhamentos de rotina, a fim de capacitar o paciente a ter controle da situação e minimizar a ansiedade. Já no pós-implante podemos apontar o DE Mobilidade Física Prejudicada relacionada à dor no local da incisão, restrições de atividades e medo de deslocamento da derivação, também o DE Distúrbio do autoconceito relacionado à percepção da perda de saúde e da dependência do MP e por fim o DE Alto Risco para Controle Ineficaz do Regime Terapêutico relacionado a conhecimento insuficiente sobre restrições de atividades, precauções, sinais e sintomas de complicações e seguimento dos cuidados; frente a isso a enfermagem irá se

basear principalmente em oferecer informações e orientações adequadas para a população-alvo. Por meio dos DE encontrados, o profissional enfermeiro poderá atuar, planejando um melhor cuidado humanizado e individualizado e prescrevendo intervenções eficazes a esses pacientes, a fim de alcançar um melhor prognóstico.¹¹

Apesar da avaliação positiva do portador de MP sobre a melhora da QV após o implante, é necessário que haja enfermeiros realizando intervenções bem sucedidas com esses pacientes, com competência para atender as demandas que englobam os cuidados e uma interação efetiva entre profissional - paciente, elevando os níveis de QV e minimizando o medo, ansiedade, angústia e insegurança que são frequentes.¹²

OBJETIVO

- Determinar a qualidade de vida dos cardiopatas elegíveis à implantação de marca-passo cardíaco, em um hospital de médio porte de uma cidade do interior de Goiás-GO.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de coorte, prospectivo e longitudinal. A pesquisa foi desenvolvida em um hospital de médio porte de uma cidade do interior de Goiás, referência em tratamento com implantação de marca-passo.

Este estudo foi dividido em duas fases pré e pós-implante do MP, desta forma esta fase compreende achados da primeira fase do estudo, na qual os pacientes foram avaliados referentes à QV antes do implante de MP. Após a autorização do hospital para o desenvolvimento da pesquisa, o projeto foi encaminhado, apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Anápolis-GO, de acordo com o protocolo número 183/2008.

A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a agosto de 2009, após contato com os sujeitos e consentimento dos mesmos, onde foi escolhido por eles o local em que responderiam o questionário. Os critérios de inclusão dos sujeitos na pesquisa foram os seguintes: ser maior de 18 anos; estar em período pré-implante de MP; ser residente do município do interior de Goiás; expressar o aceite de participação como sujeito da pesquisa após esclarecimento dos objetivos e métodos da pesquisa, por assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de acordo com a resolução número 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre

pesquisa com seres humanos. Os critérios de exclusão foram: recusar em participar da pesquisa; estar em período pré-implante de MP hemodinamicamente instáveis que impeça de responder o questionário; estar inconsciente; não ser residente do município do interior de Goiás; ser menor de 18 anos de idade.

O instrumento utilizado foi o *Medical Outcomes Study 36 - Item Short Form Healthy Survey (SF-36)*, um questionário específico que avalia a QV, composto por onze itens, englobando oito domínios: Capacidade Funcional, Limitação por Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental.

Para a análise dos resultados, os dados levantados por meio do instrumento foram organizados e elaborado uma planilha eletrônica em arquivo do software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 15.0. Inicialmente foi realizada a análise exploratória dos dados (descritiva). As variáveis numéricas foram exploradas pelas medidas descritivas de centralidade (média e mediana) e de dispersão (mínima, máxima e desvio padrão - DP). Para avaliar as

associações entre as variáveis, foram utilizados os coeficientes de correlação de *Spearman*. A significância estatística dos dados foi estipulada em 5% ($p<0,05$).

RESULTADOS

Participaram do estudo 25 pacientes. As variáveis demográficas e socioeconômicas investigadas foram o sexo, idade, estado civil, escolaridade por anos de estudo, ocupação, cor de pele e renda individual em salário mínimo. O perfil dos pacientes submetidos ao pré-implante de MP cardíaco caracterizou-se pelo predomínio do sexo feminino (64%), com idade média de 64,9 anos (DP=15,7), mínima de 36 e a máxima de 98 anos, e a faixa etária mais prevalente foi de 51 a 65 anos (40%) (Tabela 1).

O estado civil com maior predomínio foram os casados (68%), e observou-se que a maioria possuía poucos anos de estudo, equivalente ao ensino fundamental incompleto na faixa de 0 a 4 anos de estudo (44%). Quanto à ocupação, constatou-se que a maioria era aposentados (64%) e permanecia ativos apenas 32% e 4% do lar (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos pacientes submetidos ao pré-implante de marca-passo cardíaco, segundo as variáveis demográficas e socioeconômicas. Anápolis-GO, 2009.

Variáveis	n	%
Idade		
Masculino	09	36
Feminino	16	64
Idade		
36-50	05	20
51-65	10	40
66-80	04	16
≥ 81 anos	06	24
Estado civil		
Casado	17	68
Viúvo	05	20
Divorciado	03	12
Escolaridade por anos de estudo		
Analfabeto	02	08
0 a 4 anos	11	44
5 a 8 anos	09	36
9 a 12 anos	03	12
Ocupação		
Aposentado	16	64
Ativo	08	32
Do lar	01	04
Branco	13	52
Pardo	10	40
Renda individual em *SM		
1 SM	16	54
2 SM	07	28
≤ 4 SM	02	08

*SM = Salário mínimo

Na distribuição pela cor de pele observou-se predomínio da cor branca com 13 (52%) pacientes, seguidos por 10 (40%) pardos e 2 (8%) negros. A renda individual ficou distribuída com maior frequência por 16 (54%) pacientes com renda de 1 SM, seguidos por 7 (28%) com 2 SM e 2 (8%) ≤ a 4 SM.

Na Tabela 2 é possível observar que a doença de Chagas foi a indicação mais frequente para o implante de MP (68%) e as outras patologias de base que foram Bloqueio Átrio-ventricular e Arritmia constaram 16% em ambos. O tempo de diagnóstico foi evidenciado por uma predominância de 14 pacientes (56%) que relataram ter de 1 a 25

anos de diagnóstico. No tratamento das patologias de base, constatou-se que 52% realizavam tratamento anterior. Do total de

pacientes, 16 (64%) realizaram a primeira inserção de MP e 9 (36%) já haviam realizado mais de uma troca de MP para ajustes.

Tabela 2. Distribuição dos pacientes submetidos ao pré-implante de MP cardíaco, segundo características de patologia de base, tempo de diagnóstico, tratamento e número de implantes de MP. Anápolis-GO, 2009.

Variáveis	N	%
Patologia de base		
Doença de Chagas	17	68
Bloqueio Átrio-Ventricular	04	16
Arritmia	04	16
Tempo diagnóstico		
< 1 ano	09	36
1 a 25 anos	14	56
26 a 50 anos	02	08
Tratamento		
Sim	13	52
Não	12	48
Número de MP*		
1º MP	16	64
> 1 MP	09	36

*MP = Marca-passo

Para cada um dos oito domínios do SF-36 foram calculados os valores da média, desvio-padrão, mínima, mediana e máxima. Os valores para todos os domínios variam entre 0 (mais comprometido) e 100 (menos comprometido, portanto melhor qualidade de vida). Pode-se perceber que os maiores escores obtidos na média dos domínios em ordem crescente foram: Aspectos Sociais (M=72,7 e DP=26,2), seguidos por Vitalidade (M=59,6 e DP=18,2), Saúde Mental (M=59,4 e DP=14,8), Dor (M=44,9 e DP =33,1), Estado Geral de Saúde (M=43,8 e DP=22,5), Aspectos Emocionais (M=40 e DP=48,12), Capacidade Funcional (M=31,6 e DP=30,9) e Limitação

por Aspectos Físicos (M=5,0 e DP=40,1) (Tabela 3).

Observou-se que grande parte dos pacientes reconhece o impacto da saúde física no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais, evidenciado pelo menor escore de todos os demais domínios - Limitação por Aspectos Físicos, podendo ser uma referência para a assistência profissional do enfermeiro. A maioria referiu diminuição da quantidade do tempo que se dedicavam ao trabalho ou outras atividades (76%), sendo que 80% realizaram menos tarefas do que gostariam, 76% apresentaram limitação e 68% relataram dificuldade na realização dos mesmos, nas últimas quatro semanas.

Tabela 3. Valores dos domínios avaliados pelo SF-36 de pacientes submetidos ao pré-implante de MP cardíaco. Anápolis-GO, 2009.

Domínios	Média	DP*	Mínima	Mediana	Máxima
Capacidade funcional	31,6	30,9	-1,5	18	98
Limitação por aspectos físicos	5,0	40,1	-20	-20	80
Dor	44,9	33,1	-1	40	99
Estado geral de saúde	43,8	22,5	4	44	99
Vitalidade	59,6	18,2	29	59	99
Aspectos sociais	72,7	26,2	24	74	99
Aspectos emocionais	40,0	48,12	-20	80	80
Saúde mental	59,4	14,8	43	55	99

* DP = Desvio padrão

No domínio Capacidade Funcional (desempenho das atividades diárias, como capacidade de cuidar de si, vestir-se, tomar banho, subir escadas, correr e outros) caracterizou-se um prejuízo considerável pelos pacientes, no qual 88% relataram apresentar muita dificuldade ao realizar atividades vigorosas que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos, por exemplo, 8% relataram apresentar pouca e 4% relataram que não dificulta de modo

algum. Nas atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola e varrer casa, por exemplo, 72% dos pacientes relataram muita dificuldade para realizar, 12% pouca dificuldade e 16% relataram que não dificulta de modo algum.

No terceiro domínio avaliado com escore da média abaixo de 50, o Estado Geral de Saúde (percepção subjetiva geral de saúde). Do total de pacientes, 64% consideraram sua saúde ruim, 24% a consideraram boa, 8% muito boa, apenas 4% excelente e nenhum

paciente considerou muito ruim. No domínio Dor (gradua a ocorrência e a intensidade de quadros álgicos, além da interferência desse sintoma no dia-a-dia do indivíduo), 36% dos pacientes referiram sentir dor grave durante as últimas quatro semanas, 8% consideraram muito grave, 10% dor moderada, 16% consideraram leve, 20% nenhuma dor no corpo e nenhuma resposta para dor muito leve.

No domínio Aspectos Emocionais (reflexo das condições emocionais, estado de depressão e ansiedade, no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais) ocorreu diminuição da quantidade de tempo que se dedicavam ao trabalho ou outras atividades diárias pela maioria (40%) dos pacientes, 40% realizaram menos tarefas do que gostariam e 40% também não trabalharam ou não realizaram qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente realizavam.

Na descrição do domínio Saúde Mental (escala de humor e bem-estar) observou-se média de 59,4. Este domínio refere-se como o paciente se sente e como tudo tem acontecido com o mesmo nas últimas quatro semanas. Desta forma, 28% dos pacientes se sentiram uma pessoa muito nervosa uma pequena parte do tempo, 44% se sentiram tão deprimido que nada pôde animá-lo uma pequena parte do tempo, 36% se sentiram calmo ou tranquilo uma pequena parte do tempo também, 36% durante uma pequena parte do tempo se sentiram desanimado ou abatido e por fim 56% dos pacientes se sentiram uma pessoa feliz a maior parte do tempo durante seu dia-a-dia. Nos valores

encontrados na população estudada no domínio Vitalidade (energia e disposição apresentada pelo paciente), evidencia que 36% dos pacientes se sentiram cheios de vigor, vontade e força a maior parte do tempo, 32% se sentiram com muita energia a maior parte do tempo, 32% também se sentiram esgotado uma boa parte do tempo e 36% sentiram cansaço uma boa parte do tempo no seu dia-a-dia.

Por fim, o domínio Aspectos Sociais (reflexo da condição de saúde física nas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos, etc.) obteve o maior escore, sugerindo que apesar da doença e da situação em que se encontram em geral os pacientes conseguem realizar atividades sociais normais. A maioria dos entrevistados (64%) relatou não interferir de forma nenhuma a saúde física nas atividades sociais, 12% afirmou interferir ligeiramente, 4% moderadamente, 16% bastante e para 4% interfere extremamente nas atividades sociais.

Em relação ao SF-36, observou-se que dos seus oito domínios, um estabeleceu correlação significativa com o tempo de diagnóstico - domínio Saúde Mental ($r=0,411$; $p=0,041$), porém idade não ocorreu associação. Quando analisada a correlação entre idade e QV, não foi observada correlação significativa pela análise do questionário SF-36 (Tabela 4). Entretanto, verificou-se correlação negativa entre idade e QV nos domínios Capacidade Funcional ($r=-0,211$; $p=0,312$), Vitalidade ($r=-0,077$; $p=0,716$), Aspectos Sociais ($r=-0,202$, $p=0,332$) e Aspectos Emocionais ($r=-0,009$, $p=0,968$) (Tabela 4).

Tabela 4. Correlação entre idade, tempo de diagnóstico e qualidade de vida avaliados pelo SF-36 de pacientes submetidos ao pré-implante de MP cardíaco. Anápolis-GO, 2009.

	¹ CF	² LAF	Dor	³ EGS	⁴ VIT	⁵ AS	⁶ AE	⁷ SM
Idade	$r=-0,211$ $p=0,312$	$r=0,146$ $p=0,485$	$r=0,149$ $p=0,476$	$r=0,256$ $p=0,216$	$r=-0,077$ $p=0,716$	$r=-0,202$ $p=0,332$	$r=-0,009$ $p=0,968$	$r=0,239$ $p=0,312$
Tempo de diagnóstico	$r=0,102$ $p=0,626$	$r=0,264$ $p=0,207$	$r=0,217$ $p=0,149$	$r=0,297$ $p=0,149$	$r=0,201$ $p=0,336$	$r=0,357$ $p=0,080$	$r=0,292$ $p=0,157$	$r=0,411$ $*p=0,041$

¹ Capacidade Funcional; ² Limitação por Aspectos Físicos; ³ Estado Geral de Saúde; ⁴ Vitalidade; ⁵ Aspectos Sociais; ⁶ Aspectos Emocionais; ⁷ Saúde Mental; * $p<0,05$

DISCUSSÃO

Prevaleceram neste estudo pacientes do sexo feminino (64%). A idade média foi caracterizada por 64,9 anos, sendo o mais jovem de 36 anos e 98 anos o mais velho. Em geral a idade dos pacientes elegíveis ao implante de MP cardíaco é avançada, sendo um alvo de questionamentos e dúvidas, levando em consideração o custo-benefício e a produtividade do indivíduo.¹³

A maioria dos pacientes era casados (68%), com poucos anos de estudo 0-4 anos (44%), aposentados, de cor branca e com renda individual de um salário mínimo. Dados que apontam uma classe socioeconômica baixa da população estudada, sendo as aposentadorias e pensões a principal fonte de renda, fato este, que compreende um marco da população idosa brasileira em geral. Sabe-se também que um ambiente familiar desfavorável associado à baixa escolaridade

podem interferir diretamente na adesão do paciente ao tratamento e nas condições gerais de sua saúde.

Um estudo realizado na cidade de Recife/Pe, no ambulatório de Chagas, o perfil dos pacientes atendidos teve predominância do sexo feminino, com baixo nível socioeconômico e precária qualificação escolar e profissional.¹⁴ Estes achados são semelhantes aos encontrados na realidade investigada, uma vez que se trata de pacientes oriundos de cidades do interior.

Notou-se que a QV é comprometida como um todo nos cardiopatas, visto que a maioria dos valores na média dos domínios não ultrapassou 50, e que também é um dado que está ligado à idade dos mesmos. A maioria dos pacientes apresentava outros fatores limitantes e doenças muitas vezes associadas à idade avançada, como por exemplo, osteoporose, arteriosclerose, hipertensão arterial, diabetes mellitus, insuficiência renal crônica, fraturas e outros acidentes que comprometeram os membros.

Observa-se que quanto maior a idade menor a condição física, pois a condição física é determinada no SF-36 pelos domínios de Capacidade Funcional, Dor, Estado Geral de Saúde e Limitação por Aspectos Físicos¹, evidenciado pelos menores escores encontrados na pesquisa.

Dentre as patologias de base, doença de Chagas, Bloqueio Átrio-ventricular e Arritmia, a doença de Chagas foi o principal motivo para implante de MP cardíaco (68%), com tempo de diagnóstico de 1 a 25 anos (56%), sendo que dos 25 pacientes avaliados, 13 deles realizavam tratamento anterior e a maioria com implante do 1º MP cardíaco (64%). Achado semelhante de outro estudo que afirma que no Brasil, a cardiopatia chagásica ainda é vista como um sério problema de saúde pública, com mortalidade de 6 mil pacientes por ano e também a principal indicação de implante de MP.¹²

Na América Latina a doença chagásica é uma grande causa de lesão do tecido de condução do estímulo elétrico cardíaco e surgimento de arritmias. Estudos comparativos da cardiopatia chagásica com outras cardiopatias revelam que pacientes chagásicos apresentam pior prognóstico, com grande comprometimento do ventrículo esquerdo e maior incidência de arritmias. No entanto, o perfil funcional do paciente chagásico portador de MP ainda não foi bem caracterizado.¹⁴

A estimulação cardíaca artificial foi iniciada no ano de 1950 com o propósito de reduzir a incidência e os sintomas dos portadores de Bloqueios Átrio-ventriculares e revolucionar o tratamento das Arritmias com o controle da frequência cardíaca. Com o passar dos anos o MP foi sendo aprimorado, pois na década de 50 quando iniciaram suas implantações este só dispunha de um nível de frequência cardíaca, fixa e lenta. Atualmente, o MP possibilita melhora da resposta clínica e hemodinâmica do paciente ao tratamento, mantendo e corrigindo a frequência cardíaca e sendo utilizado como ressincronizador átrio-ventricular.¹⁵

O aumento do número de indicações para o implante de MP (aproximadamente 10 mil implantes por ano)⁹ chama a atenção para o uso de medidas que avaliem a QV dos pacientes e o nível de atividades diárias dos mesmos.

No que se refere aos implantes iniciais, a maior incidência proporcional de pacientes chagásicos está na região Centro-Oeste (85,2% dos casos). Nas reoperações, a população chagásica se apresentou como maioria tanto na região Centro-Oeste (93,1%), quanto na região Sudeste (59,1%). Considerados apenas os implantes iniciais, nos estados de Goiás, Tocantins, Distrito Federal, Minas Gerais e Bahia, os portadores de doença chagásica constituíram a maioria, com a relação de 19 para 1 em Goiás.¹⁶

De acordo com dados do Registro Brasileiro de Marca-passos, Desfibriladores e Ressincronizadores Cardíacos, o Bloqueio Átrio-ventricular de 3º grau foi o principal motivo para o implante de MP, correspondendo a 43,4% das indicações. A doença do Nó Sinusal (DNS) foi a segunda indicação mais frequente (15,4%) e o Bloqueio Átrio-ventricular de 2º grau, a terceira causa (13,8%). As indicações por Fibrilação e Flutter Atriais com baixa resposta ventricular corresponderam a 10,6% dos casos. Os Bloqueios Fasciculares motivaram apenas uma pequena parte das cirurgias (2,3%). Os tipos de MP mais implantados são: átrio-ventriculares que representam 64,7% dos MP implantados e os ventriculares, 34,8%. O percentual de marca-passos unicamente atriais representou menos de 1% dos implantes.⁹

A doença de Chagas representa importante causa de Bloqueio Átrio-ventricular e atinge a população mais jovem quando comparada ao Bloqueio degenerativo. Há evidências de que a estimulação átrio-ventricular seja superior à ventricular em portadores de doença no Nó

Sinusal, proporcionando maior longevidade e menor morbidade, não sendo demonstrado em pacientes com Bloqueio Átrio-ventricular.¹⁷

Quando um indivíduo é acometido por uma doença crônica, como as cardiopatias, não é somente o fator patológico que influencia, mas também o sexo, a idade, religião e ainda sua adaptação à vida após a doença. A avaliação da QV vai além da abordagem identificando indicadores que estabeleçam medidas para avaliá-la, ela envolve os componentes físico, social, emocional e cultural do indivíduo, sendo necessário considerar que a QV parece ter uma dinâmica própria que diferencia de pessoa para pessoa, do momento em que se encontra, isto é, a avaliação pode ser influenciada pela satisfação com a vida e nível de bem-estar.¹⁸

Neste estudo foi observado que os pacientes apresentaram QV comprometida na fase pré-implante de MP, caracterizado por cinco domínios abaixo da média 50, sendo que com pior escore, portanto maior déficit e prejuízo na QV o domínio Limitação por Aspectos Físicos ($M=5,0$) e com maior escore e menor interferência na QV o domínio Aspectos Sociais ($M=72,7$).

Em um estudo realizado em uma cidade do interior do Estado de Minas Gerais, com 14 voluntários, foi investigada a correlação entre QV e classe funcional em portadores de MP, utilizando o SF-36. Foram evidenciadas correlações negativas significativas entre classe funcional e QV, sugerindo que as escalas de classificação funcional podem refletir nos aspectos da QV de portadores de MP. Em relação ao SF-36, observou-se que dos oito domínios do SF-36, três estabeleceram correlação significativa com a classe funcional: Capacidade Funcional ($r=0,745$; $p=0,002$), Dor ($r=-0,667$; $p=0,009$) e Vitalidade ($r=-0,591$; $p=0,026$) e ainda correlação negativa entre idade e QV nos domínios Aspectos Emocionais ($r=-0,624$; $p=0,017$) e Capacidade Funcional ($r=-0,669$; $p=0,009$)¹⁹, não correspondendo ao achado neste estudo, em que não houve significância entre idade e QV, com $p>0,05$.

Era previsível que os domínios Capacidade Funcional e Estado Geral de Saúde não alcançassem escore mais elevado, sendo condizentes com o impacto da dor no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais. Sabe-se que quanto mais o indivíduo sente dor, mais comprometida encontra sua QV.

Em uma Unidade de Diálise e Transplante Renal no interior do Estado do Ceará, a QV foi investigada por meio da aplicação do SF-36

em 107 indivíduos, com o objetivo de correlacionar o sexo e a idade com a QV. Foi evidenciado que o domínio Vitalidade foi inversamente proporcional à porcentagem total do Aspecto Físico, assim um contribui à pontuação do outro e ainda a idade não foi relacionada aos Aspectos Emocionais¹. Estes dados assemelham-se com os dados obtidos nesta pesquisa, que mostram que quanto mais idoso maior as Limitações por Aspectos Físicos, reduzindo a porcentagem da Vitalidade (energia e disposição apresentada pelo paciente).

A maioria dos sujeitos relatou que sente disposto para realizar atividades durante o dia, mas não são realizadas, pois exigem esforço e receberam indicações médicas para não executá-las. Isto influencia no Aspecto Emocional, pois o que ajuda a manter um equilíbrio emocional entre os idosos é a motivação para realizar as atividades diárias, ter tranquilidade e satisfação com a vida²⁰. O escore menor que 50 no domínio Aspectos Emocionais evidencia um leve desequilíbrio emocional entre os sujeitos, que sentem necessidade de realizar as atividades diárias mais se vêem impossibilitados. A depressão pode mudar o curso de qualquer doença que altere o sistema imunológico, provoque queda da autoestima e afete a vida social do indivíduo.¹⁸

Há uma relação entre os domínios Vitalidade e Limitação por Aspectos Físicos, pois a disponibilidade e a vontade de realizar tarefas diárias são refletidas na capacidade física de desenvolvê-las evidenciadas neste estudo por escores na média de 59,6 no domínio Vitalidade e 5,0 em Limitações por Aspectos Físicos. Dos indivíduos avaliados pelo questionário SF-36, 68% relataram estar cheios de vigor, vontade e força toda ou a maior parte do tempo, acrescentando que não podiam realizar algumas tarefas e/ou atividades por suas incapacidades físicas, sendo um dado constatado no domínio de Limitação por Aspectos Físicos, pois 80% descrevem ter realizado menos tarefas do que gostariam.

Um estudo realizado com 80 indivíduos, utilizando o Índice de Qualidade de Vida (IQV) de Ferrans e Powers, prevaleceu o sexo masculino e sujeitos maiores de 61 anos e constatou que o uso do MP tem provocado alterações nos hábitos de vida dos portadores, afetando diretamente a QV. A maioria dos pacientes referiu falta de ar, cansaço, tontura, precordialgia e dor ou edema nas pernas como principais sintomas. Os demais sintomas referidos no pré-implante

foram palpitação, fraqueza, síncope/desmaio, turgor jugular, inapetência/insônia, hipertensão/nervosismo/suor frio, cefaleia, regredindo significativamente após o implante, exceto o turgor jugular. Grande parte dos pacientes deixou de trabalhar e pegar peso após o implante. Os domínios Saúde e Funcionamento e Psicológico Espiritual foram os que mais influenciaram na mudança da QV dos portadores de MP. Identificou-se a diferença (em média de 2,55) entre o pré-implante (14,88) e a fase pós-implante (17,43), sendo os resultados estatisticamente significantes com $p=0,000$. Nesta ótica, o estudo concluiu que a QV é melhor após o implante.¹³

Em um estudo comparativo sobre a QV de pacientes com ICC, pessoas saudáveis e pessoas com outras doenças crônicas, utilizando o instrumento SF-36, concluíram que as pessoas com ICC tiveram um escore reduzido comparadas ao grupo das pessoas saudáveis, e nas outras doenças crônicas o impacto na QV foi o mesmo. Entretanto, quando comparados à pacientes com hepatite crônica, observaram escore mais elevado na função física, papel funcional e saúde geral que nos portadores de ICC. Pacientes com classe mais avançada de ICC apresentaram um escore similar à pacientes com maior depressão na escala de Saúde Mental somado à reduzida saúde física, mostrando que grande parte dos pacientes com ICC sofrem de depressão.²¹

Uma pesquisa realizada no Hospital de Base de São José do Rio Preto, referente ao tratamento de insuficiência cardíaca, concluiu que há melhora da QV dos pacientes com o implante de MP multisítio, sendo nula a mortalidade pós-operatória imediata. Apesar de não haver melhora significativa no ecocardiograma, observou-se uma melhora clínica.²²

Um estudo realizado na cidade de São Paulo, com uma amostra por conveniência constituída por 80 pacientes em idade superior a 20 anos, referente às alterações nos hábitos de vida de portadores de MP, notou-se que o implante de MP gerou significância na percepção da saúde em geral e na atividade física, em que as frequências para melhor foram significativas. A melhora na saúde com o implante de MP foi justificada pelos pacientes pela melhora dos sintomas e os que consideraram ter havido mudanças para pior justificaram pela presença de limitação nas suas atividades, à ausência de remissão dos sintomas e à disfunção sexual,

sendo clara a noção de que há perda de status tanto no trabalho, na família ou comunidade²³.

• Limitações do estudo

As principais dificuldades encontradas foram nos contatos com os sujeitos, sendo que o primeiro contato foi realizado via telefone e o segundo contato nas residências ou em locais de preferência dos sujeitos, devido aos horários e datas disponíveis. A idade avançada de alguns destes poderá limitar e dificultar a segunda fase deste estudo, que avaliará a QV após implante de MP com os mesmos sujeitos utilizados nesta pesquisa. Apesar do fato de que a maioria dos sujeitos inseridos na amostra inicial como meta da pesquisa não aceitou participar do estudo, o cálculo amostral de 25 sujeitos indicou que o número de participantes foi suficiente para responder as avaliações referentes à QV.

CONCLUSÃO

Conclui-se que os cardiopatas apresentam importante impacto negativo na qualidade de vida evidenciados pelos resultados do estudo. Os domínios de maiores escores (melhor QV) foram os Aspectos Sociais ($M=72,7$), seguido da Vitalidade ($M=59,6$) e Saúde Mental ($M=59,4$) e os de menores foram Limitação por Aspectos Físicos ($M=5,0$) e Capacidade Funcional ($M=31,6$), sendo que não houve significância entre idade e QV ($p>0,05$). Porém há de se considerar que os resultados desta pesquisa podem ter sido influenciados pelas características sócio-demográficas e econômicas da população estudada.

Observa-se que de maneira geral os pacientes necessitam não somente de cuidados farmacológicos e médicos, mas também apoio psicológico e psicossocial e que antes de todos estes as orientações devem ocorrer constantemente, sendo importante que os profissionais de saúde em especial o enfermeiro incorpore e assuma papel de educador, fazendo com que o cardiopata/portador de MP cardíaco possa melhor compreender o processo e a mudança no estilo de vida se tornando capacitado a desenvolver habilidades de cuidados que permitam alcançar melhor QV e estimular o máximo de suas potencialidades.

Acredita-se que foi possível evoluir sobre conhecimento em QV em pacientes cardiopatas com a conclusão deste trabalho, pois, com o conhecimento da QV destes pacientes pode-se repensar as possíveis intervenções e assistências que os profissionais de saúde poderão aderir para a manutenção da saúde frente à prevenção,

promoção e recuperação, repensando de forma mais humanizada, a fim de manter e promover a QV dos cardiopatas.

REFERÊNCIAS

1. Santos PR. Relação do sexo e da idade com nível de qualidade de vida em renais crônicos hemodialisados. Rev Assoc Med Bras[periódico na internet]. 2006 [acesso em 2010 Fev 12];52(5):356-59. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v52n5/a26v52n5.pdf>
2. Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, Henriques MERM. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. Rev Latino Am Enfermagem [periódico na internet]. 2002 [acesso em: 2010 Março 15];10(6):757-764. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n6/v10n6a2.pdf>
3. Pinto-Neto AM, Conde DM. Qualidade de vida. Rev Bras Ginecol Obstet[periódico na internet]. 2008 [acesso em 2010 Fev 12];30(11):535-35. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032008001100001&lng=en&nrm=iso
4. Lentz RA, Costenaro RGS, Gonçalves LHT, Nassar SN. O profissional de enfermagem e a qualidade de vida: uma abordagem fundamentada nas dimensões propostas por Flanagan. Rev latino-am enfermagem[periódico na internet]. 2000 Ago;8(4):7-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n4/12378.pdf>
5. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Méd. [periódico na internet]. 1995 [acesso em: 2009 Fev 12]1995;41(10):1403-9 Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/02779536>
6. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus [homepage na internet; atualizado em: 2010 Fev 12]. Brasília; 2002. 60 p. (Série C. Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>
7. Awtry EH, Loscalzo J. Cardiopatia Coronariana. In Carpenter CC, Griggs RC, Localzo J. Cecil - Medicina Interna. 5ª ed. Andreoli; 2002.
8. Margoto G, Colombo RCR, Gallani MCBJ. Características clínicas e psicossociais do paciente com insuficiência cardíaca que interna por descompensação clínica. Rev Esc Enferm da USP[periódico na internet]. 2009 Marc[acesso em 2010 Fev 12];43(1):44-53. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100006
9. Mosquera JAP, Pachón Mateos JC, Vargas RNA, Costa ARB, Pachón Mateos JCP. Aspectos epidemiológicos da estimulação cardíaca no Brasil - 11º ano do RBM - Registro Brasileiro de Marcapassos. Reblampa[periódico na internet]. 2006[acesso em 2010 Fev 12];19(3):139-143. Disponível em: <http://www.deca.org.br/backoffice/reblampa/19.3/139-143.pdf>
10. Silva, MFSS. A intervenção da enfermagem na assistência à pessoa com esclerose múltipla e aos familiares. Comitê brasileiro de tratamento e pesquisa da esclerose múltipla. 2004 [acesso em 2010 Mar 15];19(3). Disponível em: <http://www.bctrims.org.br/?o=ivencontro06>
11. Carpenito LJ. Planos de cuidados de Enfermagem e documentação - diagnóstico de enfermagem e problemas colaborativos. 4ª ed. Artmed; 2006.
12. Zatta LT, Brasil VV, Xavier RM, Juliano RSS, Brasil LA. Analyze of the national production about pacemaker and orientations to cardiac pacemaker patients. Rev enferm UFPE on line[periódico na internet] 2008 Out/Dez[acesso em 2010 Fev 12];2(4):353-60. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/327/323>
13. Brasil VV. Qualidade de vida do portador de marcapasso cardíaco definitivo: antes e após implante [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2001.
14. Freitas H. Prognosis in severe heart failure due to Chagas' disease worse than heart failure due to idiopathic, ischaemic or hypertensive cardiomyopathy. European Heart Journal [periódico na internet]. 2002[acesso em: 2009 Jun 10]; 2002;23(6):429-506 Disponível em: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/vol23/issue6/index.dtl>
15. Junior WO. Atenção integral ao paciente chagásico. Uma proposta para o cuidar. Arq Bras Cardiol[periódico na internet]. 2005[acesso em 2010 Fev 12];84(1):1-2. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2005000100001&script=sci_arttext
16. Costa R, Rassi A, Leão MIP. Estudo clínico e epidemiológico de pacientes submetidos a

implante de marcapasso cardíaco artificial permanente: comparação dos portadores da doença de Chagas com os de doenças degenerativas do sistema de condução. Rev Bras Cir Cardiovasc[periódico na internet]. 2004[acesso em 2010 Fev 12];19(2):107-14. Disponível em:

http://www.rbccv.org.br/detalhe_artigo.asp?id=382

17. Teno LAC, Costa R, Filho MM, Castilho FCT, Ruiz I, Stella UB, Oliveira AS. Efeitos da mudança de modo de estimulação ventricular para atrioventricular sobre a qualidade de vida em pacientes com cardiopatia chagásica e bloqueio atrioventricular na troca eletiva do gerador de pulsos. Rev Bras Cir Cardiovasc[periódico na internet]. 2005;20(1):23-32. Disponível em:

http://www.rbccv.org.br/detalhe_artigo.asp?id=437

18. Brasil VV, Zatta LT, Cordeiro JABL, Silva AMTC, Zatta DT, Barbosa MA. Qualidade de vida de portadores de dores crônicas em tratamento com acupuntura. Rev Eletr Enf[periódico na internet].2008[acesso em 2010 Fev 12];10(2):383-94. Disponível em:

<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewArticle/8040>

19. Cunha TMB, Cota RMA, Souza BK, Oliveira BG, Ribeiro ALP, Sousa LAP. Correlação entre Classe Funcional e Qualidade de Vida em usuários de marcapasso cardíaco. Rev Bras Fisiot[periódico na internet].2007[acesso em 2010 Fev 12];11(5):341-45. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552007000500003

20. Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente JE. Qualidade de vida na terceira idade: conceito subjetivo. Rev Bras Epidemiol[periódico na internet].2005[acesso em 2010 Fev 12];8(3):246-52. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2005000300006&script=sci_arttext

21. Juenger J, Schellberg D, Kraemer S. Heath related quality of life in patients with congestive heart failure: comparison with other chronic diseases and relation to functional variables. Heart. 2002;87:235-41. Disponível em:

www.seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/viewPDFInterstitial/473/2412

22. Soares MJF, Oliveira MAB, Braile DM. Marcapasso multisítio no tratamento da insuficiência cardíaca: evolução e resultados. Reblampa[periódico na internet]. 2007[acesso em: 2010 Fev 12];20(1):31-5. Disponível em: <http://www.deca.org.br/backoffice/reblampa/20.1/31-35.pdf>

23. Brasil VV, Cruz DALM. Alterações nos hábitos de vida relatadas por portadores de marcapasso definitivo. Reblampa[periódico na internet]. 2000[acesso em 2010 Fev 12];13(2):97-113. Disponível em:

www.relampa.org.br/audiencia_pdf.asp?aid2=285...13-02-05

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2009/12/14

Last received: 2010/03/15

Accepted: 2010/03/17

Publishing: 2010/04/01

Address for correspondence

Luciano Ramos de Lima
Quadra 203, Lt 04, Ap. 702, Bloco A
Residencial Pau Brasil, Praça das Andorinhas
CEP: 71939-360 – Águas Claras, Distrito Federal, Brasil