

Avaliação da Qualidade de Vida em Doentes com Insuficiência Cardíaca Submetidos a Terapêutica com Cardioversor Desfibrilhador Implantável

Elisabete Nave Leal ^{1,3}, José Pais Ribeiro ¹, Mário Oliveira ², Nogueira da Silva ²,
Joana Feliciano ², Pedro Cunha ², Rui Soares ², Sofia Santos ², Sandra Alves ²,
Nélia Rebelo da Silva ² & Rui Ferreira ²

¹ Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, UP

² Centro Hospitalar de Lisboa Central, Hospital de Santa Marta

³ Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, IPL

O cardioversor desfibrilhador implantável (CDI) tem sido associado à redução da morte súbita. O impacto nas dimensões da qualidade de vida (QV) permanece controverso.

Método: 36 doentes foram submetidos a implantação de CDI. Foram avaliados antes da intervenção e após ao 3º e 6º mês pelo *Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire*.

Resultados: Os sintomas e conhecimento da situação clínica não se modificaram. Ao 3º mês, houve melhoria das actividades de vida diária, funcionalidade e QV, não mantida aos 6 meses. Aos 3º e 6º meses houve melhoria da percepção da satisfação com a vida e estilo de vida. A esperança associou-se à melhoria da percepção da satisfação com a vida. **Conclusão:** A implantação de CDI, associa-se a um benefício mantido na dimensão social e de percepção pessoal da QV e a um benefício transitório da condição física e percepção global da QV, sem influenciar os sintomas e conhecimento da condição clínica.

Palavras-chave: Sistemas de cardioversor-desfibrilhador, Insuficiência cardíaca congestiva, Qualidade de vida, Esperança.

1. INTRODUÇÃO

A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma síndrome com elevada morbidade e mortalidade, identificada como causa principal de internamento hospitalar após os 65 anos na Europa. É a derradeira fase da maioria das doenças cardíacas. Em Portugal, a prevalência foi de 4,36%, afectando cerca de 260.000 indivíduos (Ceia, 2000).

A terapêutica para a morte súbita com um cardioversor desfibrilhador implantável (CDI) é indicada na prevenção da mortalidade em presença de arritmias em doentes de alto risco. Na IC, esta terapêutica é aplicada em doentes com fracção de ejeção do ventrículo esquerdo menor que 35% e classe funcional II ou III da *New York Heart Association*, refractários à medicação (ESC, 2008). A avaliação desta terapêutica para prevenção de morte súbita tem sido centrada na morbidade e mortalidade. Contudo recentemente a qualidade de vida (QV) tem vindo a ganhar terreno como variável de resultado. Ao intervir,

este dispositivo emite uma descarga eléctrica percebida pelo doente, que associada a um conjunto de restrições induz ansiedade, influenciando negativamente a QV. No entanto os resultados das investigações são controversos.

A esperança enquanto mecanismo que permite a reflexão e a percepção individual das capacidades que cada pessoa tem para alcançar os seus objectivos, para além de ter em conta as estratégias que permitem avaliar as suas próprias motivações inerentes às acções e aos percursos que são implementados com o intuito de alcançar esses mesmos objectivos, pode influenciar os resultados em saúde. A visão predominante é de que um nível de esperança elevado está associado a resultados positivos (Snyder, Lopez, Shorey, Rand & Felman, 2003).

Tem sido documentado o impacto da terapêutica com CDI na QV, em doentes com IC. No entanto, permanece controverso o efeito mantido desta modalidade de tratamento nas diferentes dimensões que constituem a QV. Por outro lado, investigações que estudaram a esperança em doentes com IC realçam a influência deste constructo na QV.

O presente estudo teve como objectivos avaliar o efeito mantido da terapêutica por CDI na QV dos doentes com IC e a relação da esperança com este *outcome*.

2. MÉTODO

2.1 Participantes

Participaram 36 doentes com insuficiência cardíaca congestiva refractária com indicação para implantação de CDI para prevenção primária de morte súbita, 88,9% do sexo masculino; com idade $M=61,3$, $DP=13,4$ variando entre os 25 e 83 anos; com escolaridade $M=7,2$, $DP=3,9$ variando entre 4 e 17 anos; 60,3% casados; 72,2% reformados. A etiologia da IC era isquémica em 72,2%, idiopática em 19,5% e valvular em 2,8%, apresentando como comorbilidades maioritariamente a hipertensão arterial (33,3%), a diabetes (27,8%) e obesidade (22,2%).

2.2 Instrumentos

Para avaliar a qualidade de vida relacionada com a saúde, recorreu-se à versão portuguesa do *Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire* (KCCQ), de Green, Porter, Bresnahan e Spertus (2000), validada por Nave Leal et al. (in press). É constituída por 23

itens distribuídos por 5 domínios: limitação física, sintomas, qualidade de vida, auto-eficácia e limitação social. O domínio da limitação física mede em que extensão os sintomas da ICC limitaram algumas das actividades diárias dos doentes num período de duas semanas. O domínio sintomas insere-se no número de vezes que os sintomas de ICC, como cansaço, dispneia ou edema das extremidades ocorreram num período de duas semanas e se houve alterações destes sintomas no referido período de tempo. O domínio auto-eficácia mede a capacidade do doente para perceber como pode evitar o agravamento dos sintomas e o que fazer caso tal se verifique. O domínio qualidade de vida avalia a percepção do doente acerca do seu gosto em viver ou o desânimo devido à sua doença cardíaca. O domínio limitação social avalia como é que a ICC afecta o estilo de vida dos doentes. Para facilitar a interpretação dos resultados, os autores constituíram dois somatórios: o primeiro denominado de estado funcional, que compreende os domínios da limitação física e sintomas, excluindo a questão referente à estabilidade dos sintomas e o segundo, denominado de sumário clínico, que compreende o somatório do estado funcional, domínios de qualidade de vida e limitação social. *Scores* mais elevados indicam melhor estado de saúde.

Para avaliar a esperança recorreu-se à versão portuguesa da *Hope Scale* de Snyder et al. (1991), validada por Pais Ribeiro, Pedro & Marques (2006). Esta escala contém 12 itens (apresentados como afirmação), oito itens que avaliam a esperança mais quatro distractores. Dos oito itens que avaliam a esperança, quatro itens avaliam a “iniciativa”, passada, presente e futura e quatro itens avaliam os “caminhos”. A esperança global resulta da soma de todos os oito itens.

2.3 Procedimento

Num primeiro momento, o questionário de QV e da Esperança foram preenchidos durante o internamento, previamente à intervenção. Após a implantação do CDI, o questionário de QV foi novamente preenchido em dois momentos distintos: na consulta externa de *follow-up* no 3º e 6º mês subsequentes à intervenção.

3. RESULTADOS

Ao 3º mês, verificou-se uma melhoria na QV em todos os domínios, com excepção dos sintomas e auto-eficácia (Tabela 1).

Tabela 1 – *Qualidade de Vida ao 3º mês de seguimento*

| Dimensões do KCCQ | Antes | 3º mês | t | p |
|-------------------|-------------|----------|-------|-------|
| | intervenção | | | |
| | <u>M</u> | <u>M</u> | | |
| Limitação Física | 75,37 | 85,99 | -3,51 | 0,001 |
| Sintomas | 73,93 | 81,18 | -2,02 | NS |
| Auto-Eficácia | 82,40 | 87,84 | -1,31 | NS |
| Qualidade de Vida | 52,08 | 70,37 | -3,34 | 0,002 |
| Limitação Social | 72,33 | 82,29 | -2,59 | 0,014 |
| Estado Funcional | 76,32 | 84,46 | -2,57 | 0,014 |
| Sumário Clínico | 71,92 | 82,12 | -3,26 | 0,002 |

Ao 6º mês, dos benefícios observados ao 3º mês, apenas se mantiveram os referentes à esfera social e percepção da QV (Tabela 2).

Tabela 2 – *Qualidade de Vida ao 6º mês de seguimento*

| Dimensões do KCCQ | Antes da | 6º mês | t | p |
|-------------------|-------------|----------|-------|-------|
| | intervenção | | | |
| | <u>M</u> | <u>M</u> | | |
| Limitação Física | 75,37 | 80,87 | -1,92 | NS |
| Sintomas | 73,93 | 77,85 | -1,21 | NS |
| Auto-Eficácia | 82,40 | 83,88 | -0,32 | NS |
| Qualidade de Vida | 52,08 | 70,60 | -3,66 | 0,001 |
| Limitação Social | 72,33 | 81,76 | -2,18 | 0,036 |
| Estado Funcional | 76,32 | 80,44 | -1,40 | NS |
| Sumário Clínico | 71,92 | 78,19 | -2,07 | NS |

Durante o período observado, verificámos uma correlação entre a esperança e as actividades sociais ao 3º mês de seguimento e a percepção da QV ao 6º mês de seguimento (Tabela 3).

Tabela 3 – Correlações entre as dimensões do KCCQ ao 3º e 6º mês e a HOPE

| Dimensões do KCCQ | HOPE 3º Mês | HOPE 6º Mês |
|-------------------|----------------|----------------|
| Limitação Física | 0,23 | 0,22 |
| Sintomas | 0,27 | 0,29 |
| Auto-Eficácia | 0,14 | 0,03 |
| Qualidade de Vida | 0,31 | 0,35* |
| Limitação Social | 0,33* | 0,30 |
| Estado Funcional | 0,27 | 0,26 |
| Sumário Clínico | 0,31 | 0,30 |

$\rho < 0,05^*$

Nos primeiros 6 meses pós-implante, não houve detecção de taquidisritmias ventriculares, não havendo por parte destes doentes a percepção de “choque eléctrico”, durante o período avaliado.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente estudo, verificou-se que ao 3º mês após implantação deste aparelho houve uma melhoria da QV, com excepção dos sintomas e da auto-eficácia. Ao 6º mês esta melhoria persistiu na esfera social e na percepção da QV. Este estudo apresenta um *follow-up* a médio prazo. A evolução da QV em doentes submetidos a esta terapêutica é controversa. De uma forma geral, admite-se uma melhoria da QV que se deteriora há medida que a IC evolui e principalmente aquando da intervenção deste dispositivo ao surgirem arritmias, intervenção percebida pelo doente como uma descarga eléctrica. De facto, após implantação deste *device*, estes doentes apresentam níveis de ansiedade e depressão elevados, que podem explicar a deterioração da QV, há medida que este aparelho cumpre a sua função. Este facto explicaria a ausência de benefício em termos de QV desta terapêutica (Duru et al., 2001; Godemann, Butter, Lampe, Linden, Werner & Behrens, 2004; Noyes, Corona, Veazie, Dick, Zhao & Moss, 2009). Na nossa amostra não houve percepção de “choque eléctrico” durante o período observado, o que poderá justificar a melhoria de QV.

Verificou-se uma relação entre o benefício mantido nos domínios social e percepção da QV nos seis meses de seguimento e a esperança. Os indivíduos que perceberam a sua esperança como elevada, obtiveram *scores* na QV elevados. De facto, surgem estudos que realçam a influência desta variável na QV na IC (Evangelista, Doering, Dracup,

Vassilakis & Kobashigawa, 2003; Ruoesten, Howie, Eidsmo & Moum, 2005). Este dado sugere uma influência da esperança na QV dos indivíduos submetidos a CDI. Parece-nos que a inclusão deste constructo aquando do delineamento da intervenção nestes doentes pode ser benéfica.

5. CONCLUSÕES

Conclui-se que a implantação do CDI por si só, não diminui a QV. A percepção de descarga eléctrica pelo doente, quando do tratamento das arritmias e a evolução da IC parecem-nos factores que podem explicar o empobrecimento da QV relatada pelos doentes em seguimentos a longo prazo. Por outro lado, a influência da esperança nos resultados em saúde, nomeadamente na QV, deve ser tido em conta. As intervenções suportando a esperança em doentes submetidos a terapêutica com CDI podem influenciar de uma forma positiva os resultados do tratamento.

CONTACTO PARA CORRESPONDÊNCIA

Elisabete Nave Leal
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa,
Avenida D. João II, lote 4.69.01, 1990-096 Lisboa
elisabete.nave.leal@estesl.ipl.pt

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ceia, F. (2000). Notícias da cardiologia portuguesa – Insuficiência cardíaca em Portugal:
A) Estudo ÉPICA; B) Inquérito Nacional Hospitalar. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 19 (supl IV), 126-127
- Duru, F., Buchi, S., Klaghofer, R., Mattmann, H., Sensky, T., Buddeberg, C & Candinas, R. (2001). How different from pacemaker patients are recipients of implantable cardioverter-defibrillators with respect to psychosocial adaptation, affective disorders, and quality of life? *Heart*, 85, 375-379.
- European Society of Cardiology (2008). ESC Guidelines for diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. *European Heart Journal*, 29, 2388-2442.

- Evangelista, L., Doering, L., Dracup, K., Vassilakis, M., & Kobashigawa, J. (2003). Hope, mood states and quality of life in female heart transplant recipients. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 22, 681-686.
- Godemann, F., Butter, C., Lampe, F., Linden, M., Werner, S., & Behrens, S. (2004). Determinants of the quality of life (QoL) in patients with an implantable cardioverter/defibrillator (ICD). *Quality of Life Research*, 13, 411-416.
- Green, C., Porter, C., Bresnahan, D., & Spertus, J.A (2000). Development and evaluation of the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire: A New Health Status Measure for Heart Failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 35, 1245-55.
- Nave Leal, E., Pais Ribeiro, J., Oliveira, M., Nogueira da Silva, J, Soares, R.,Fragata, J. et al.. (in press). Propriedades psicométricas da versão portuguesa do Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire na miocardiopatia dilatada com insuficiência cardíaca congestiva. *Revista Portuguesa de Cardiologia*.
- Noyes, K., Corona, E., Veazie, P., Dick, A., Zhao, H. & Moss, A. (2009). Examination of the Effect of Implantable Cardioverter-Defibrillators on Health-Related Quality of Life: Based on Results from the Multicenter Automatic Defibrillator Trial-II. *American Journal of Cardiovascular Drugs*, 9 (6), 393-400.
- Pais Ribeiro, J. Pedro, L. & Marques, S. (2006). Contribuição para o estudo psicométrico e estrutural da escala de esperança (de futuro). In I. Leal, J. Pais Ribeiro, S. Neves de Jesus (Ed.) *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde- Saúde, Bem-estar e Qualidade de Vida* (pp. 75-81). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Snyder, C., Lopez, S., Shorey, H., Rand, K. & Feldman, D. (2003). Hope, theory, measurements and applications to school psychology. *School Psychology Quarterly*, 18, 122-139.
- Rustoen, T., Howie, J., Eisdmo, I. & Moum, T. (2005). Hope in Patients Hospitalized With Heart Failure. *American Journal of Critical Care*, 14, 417-425.