







QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PACIENTES COM MARCA-PASSO CARDÍACO DEFINITIVO

Sumaya dos Santos Gonçalo¹ 
Elisa Maia de Oliveira Grotti² 
Rejane Kiyomi Furuia³ 
Rosana Aparecida Spadoti Dantas¹ 
Lídia Aparecida Rossi¹ 
Carina Aparecida Marosti Dessotte¹ 

¹Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

²Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

³Instituto Federal do Paraná, Campus Londrina. Londrina, Paraná, Brasil.

RESUMO

Objetivo: avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com marca-passo cardíaco definitivo.

Método: estudo observacional descritivo, transversal, realizado no ambulatório de arritmia de um hospital universitário do interior paulista. Amostra consecutiva e não probabilística foi constituída de pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos, com marca-passo há pelo menos um mês. Foram excluídos os que não apresentaram condições cognitivas para responder aos questionários, como também aqueles que apresentaram dispneia, fraqueza e fadiga no momento da aplicação dos instrumentos e com cardioversor desfibrilador implantável. Para a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde, utilizou-se o instrumento genérico *Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey*, composto por 36 questões distribuídas em oito domínios, e o instrumento específico *Assessment of Quality of Life and Related Events*, composto por 20 questões distribuídas em três domínios.

Resultados: participaram 88 pacientes, a maioria do sexo masculino e com companheiro, com a média de idade de 64,3 (± 13). Os domínios que apresentaram maiores médias, assim como melhores avaliações, foram Aspectos Sociais (78,1; $\pm 26,8$) e Saúde Mental (68,2; $\pm 23,9$), e as menores foram em Aspectos Físicos (48,2; $\pm 41,4$) e Capacidade Funcional (58,5; $\pm 27,9$), referentes ao *Medical Outcomes Study 36*. Quanto ao *Assessment of Quality of Life and Related Events*, o domínio de maior média e melhor qualidade de vida foi Arritmia (78,2; $\pm 20,7$), e o de menor, Dispneia (71,1; $\pm 26,8$).

Conclusão: os pacientes apresentaram melhores avaliações da qualidade de vida relacionada à saúde nos domínios mentais e piores nos domínios físicos.

DESCRITORES: Marca-passo artificial. Qualidade de vida. Enfermagem. Cuidados pós-operatórios. Arritmias cardíacas.

COMO CITAR: Gonçalo SS, Grotti EMO, Furuia RK, Dantas RAS, Rossi LA, Dessotte CAM. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com marca-passo cardíaco definitivo. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2020 [acesso MÊS ANO DIA]; 29:e20180486. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0486>

HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH PERMANENT CARDIAC PACING

ABSTRACT

Objective: to assess the health-related quality of life of patients with a permanent cardiac pacemaker.

Method: descriptive, observational, cross-sectional study conducted in the arrhythmia outpatient unit of a university hospital located in the interior of São Paulo, Brazil. The consecutive and non-probabilistic sample was composed of both sexes, older than 29 years old, having a pacemaker for at least one month. Those lacking the cognitive condition to answer the questionnaires, as well as those with dyspnea, weakness, or fatigue at the time the instruments were applied, or with an implantable cardioverter defibrillator, were excluded. The generic instrument Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey, composed of 36 questions distributed into eight domains along with the specific instrument Assessment of Quality of Life and Related Events, composed of 20 questions distributed into three domains, were used to assess health-related quality of life.

Results: 88 patients participated; most were men, had a partner, and were aged 64.3 (± 13) years old on average. The domains from the Medical Outcomes Study 36 that obtained the highest means, that is, were the best-rated, were Social Functioning (78.1; ± 26.8) and Emotional Well-Being (68.2; ± 23.9), while the lowest means were obtained by Physical Health (48.2; ± 41.4) and Physical Functioning (58.5; ± 27.9). In regard to the Assessment of Quality of Life and Related Events, the Arrhythmia domain had the highest mean and best quality of life (78.2; ± 20.7), while the lowest mean was Dyspnea (71.1; ± 26.8).

Conclusion: the patients gave the highest health-related quality of life ratings in regard to mental domains and the lowest ratings for the physical domains.

DESCRIPTORS: Pacemaker, artificial. Quality of life. Nursing. Postoperative care. Arrhythmias, Cardiac.

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE PACIENTES CON MARCAPASO CARDÍACO DEFINITIVO

RESUMEN

Objetivo: evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con marcapasos cardíacos definitivos.

Método: estudio observacional descriptivo, transversal, realizado en el ambulatorio de arritmia de un hospital universitario del interior del estado de São Paulo. La muestra consecutiva y no probabilística estuvo constituida de pacientes de los dos sexos, mayores de 18 años, con marcapasos hace, por lo menos, un mes. Fueron excluidos los que no presentaron condiciones cognitivas para responder a los cuestionarios, como también aquellos que presentaron disnea, debilidad y fatiga, en el momento de la aplicación de los instrumentos; y, también aquellos con desfibrilador cardioversor implantable. Para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud, se utilizó el instrumento genérico *Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey*, compuesto por 36 preguntas distribuidas en ocho dominios, y el instrumento específico *Assessment of Quality of Life and Related Events*, compuesto por 20 preguntas distribuidas en tres dominios.

Resultados: participaron 88 pacientes, la mayoría del sexo masculino y con compañero, con edad media de 64,3 (± 13) años. Los dominios que presentaron mayores medias, así como mejores evaluaciones, fueron Aspectos Sociales (78,1; $\pm 26,8$) y Salud Mental (68,2; $\pm 23,9$), y las menores fueron Aspectos Físicos (48,2; $\pm 41,4$) y Capacidad Funcional (58,5; $\pm 27,9$), referentes al *Medical Outcomes Study 36*. En cuanto al "*Assessment of Quality of Life and Related Events*", el dominio de mayor media y mejor calidad de vida fue Arritmia (78,2; $\pm 20,7$), y el de menor, Disnea (71,1; $\pm 26,8$).

Conclusión: los pacientes presentaron mejores evaluaciones de calidad de vida relacionada con la salud en los dominios mentales y peores en los dominios físicos.

DESCRIPTORES: Marcapasos artificiales. Calidad de vida. Enfermería. Cuidados posoperatorios. Arritmias cardíacas

INTRODUÇÃO

O coração é um órgão imprescindível para a manutenção da vida, funciona como uma bomba, promovendo a circulação sanguínea, cujo controle de ritmo e frequência é comandado pelo seu sistema elétrico. Quando esse sistema elétrico não funciona adequadamente, desencadeia arritmias, comprometendo a sua função. Em alguns casos, há a indicação de implante de marca-passo (MCP) definitivo.¹

Segundo os dados do Registro Brasileiro de Marca-passos, Desfibriladores e Ressincronizadores Cardíacos, foram cadastradas 306.886 cirurgias, desde a primeira, registrada em 5 de janeiro de 1990, até 31 de dezembro de 2014 no Brasil, das quais 216.537 foram primeiro implante (190.747 MCP, 13.725 cardiodesfibriladores, 6.683 ressincronizadores, 4.052 cardiodesfibriladores com ressincronizadores e 1.330 sem informações) e 90.349 trocas de dispositivos.²

Os pacientes submetidos ao implante de MCP possuem limitações físicas decorrentes da sua condição clínica prévia. Muitos vivenciam palpitações, dor no peito, dispnéia, cansaço, entre outros. Após o implante do MCP, é esperado que haja melhora desses sintomas, proporcionando, assim, melhor qualidade de vida. Entretanto, os pacientes também podem enfrentar complicações decorrentes do implante, tais como mau funcionamento do aparelho, infecção, síndrome do MCP e mudanças na rotina diária devidas ao dispositivo. Nesse contexto, torna-se importante a avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) dos pacientes submetidos ao implante de MCP para que possamos identificar suas necessidades e o impacto do dispositivo em suas vidas. Com os dados obtidos, será possível direcionar o plano de cuidados a essa clientela com enfoque nos aspectos que diminuem sua qualidade de vida. A partir desta pesquisa será possível, também, planejar novos estudos, incluindo estudos longitudinais e ensaios clínicos com intervenções direcionadas à melhora da qualidade de vida dessa população.

A literatura mostra tanto trabalhos nacionais³⁻⁵ quanto internacionais⁶⁻⁸ que investigaram a QVRS de pacientes submetidos ao procedimento de instalação do MCP que apresentam características em relação à idade e sexo e tempo de instalação do dispositivo. Na maior parte dos estudos,⁶⁻⁸ as características socioeconômicas dos participantes não são descritas, entretanto, observa-se que os pacientes apresentam escores médios de QVRS considerados satisfatórios.³⁻⁸

Revisões integrativas sobre QVRS de pessoas com uso de marca-passo não incluem outros artigos além daqueles citados neste estudo e concluem que o procedimento de implante de marca-passo melhorou a qualidade de vida dos pacientes com doenças cardiovasculares. Os indivíduos se sentiram integrados ao convívio social, apresentaram melhora dos sintomas e passaram a realizar atividade física.⁹⁻¹⁰

Embora as diretrizes para instalação e seguimento sejam bem estabelecidas e as características clínicas e as médias de idade e de sexo da população sejam semelhantes, os estudos publicados no Brasil não incluem sujeitos cujos implantes foram realizados nos últimos três anos.³⁻⁵ A realização da presente investigação se justifica, já que as mudanças na tecnologia têm ocorrido muito rapidamente; há escassez de investigações sobre a QVRS nessa população; e que não encontramos estudos que tenham investigado a QVRS de indivíduos com implante de marca-passo nos últimos três anos. Assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com marca-passo cardíaco definitivo.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional descritivo, de corte transversal, realizado no Ambulatório de arritmia de um hospital universitário do interior paulista.

Uma amostra consecutiva e não probabilística foi constituída pelos pacientes que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ambos os sexos, com idade acima de 18 anos, independente da classe social e da raça, com MCP unicameral ou bicameral há pelo menos um mês.

Foram excluídos os pacientes que não apresentaram condições cognitivas para responder aos questionários, como também aqueles que apresentaram dispneia, fraqueza e fadiga no momento da aplicação dos instrumentos, com marca-passo multissítio e com cardioversor desfibrilador implantável (CDI).

Para identificarmos os pacientes que possuíam condições cognitivas, foram utilizadas seis questões, quatro adaptadas de um instrumento disponível na literatura:¹¹ “Qual a data de hoje?”, “Qual a sua idade?”, “Em que dia da semana estamos?”, “Qual o nome do local que estamos nesse momento?”; e duas elaboradas por pesquisadoras brasileiras:¹² “Qual o seu nome completo?” e “Qual o nome da cidade em que você nasceu?”. Os participantes foram excluídos do estudo se errassem ou não soubessem informar três ou mais questões. Os dados foram coletados de abril de 2016 a setembro de 2017.

Para a caracterização dos participantes, criou-se um instrumento, baseado em revisão de literatura, contendo as variáveis sociodemográficas: idade, sexo, estado civil, escolaridade, situação profissional e renda mensal; as variáveis clínicas: motivo do retorno ambulatorial, doença cardíaca de base, doenças associadas; e as variáveis relacionadas ao MCP: data do implante; tipo (unicameral/bicameral); realização da troca do gerador e motivo; realização da troca do eletrodo e motivo; realização da troca do MCP e motivo; presença de complicações após implante e os tipos de complicações; e o tempo de implante .

Para a avaliação da QVRS, utilizou-se o instrumento genérico *Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey* (SF-36),¹³ em sua versão adaptada para o português,¹⁴ e o instrumento específico de avaliação de QVRS para pacientes com MCP, o *Assessment of Quality of Life and Related Events* (AQUAREL),¹⁵ em sua versão adaptada para o português.¹⁶ A avaliação da QVRS dos pacientes foi realizada individualmente, sendo cada item dos instrumentos e as possibilidades de respostas lidos por um dos pesquisadores que assinalava as respostas conforme indicação feita por eles. A escolha dos instrumentos foi pautada tanto no preconizado pela literatura quanto aos aspectos de confiabilidade, consistência interna, responsividade e interpretabilidade¹⁵ como na frequência de utilização na literatura para avaliar a QVRS nessa população.

Antes do início do estudo, ainda na fase de elaboração do projeto, obteve-se a permissão para a utilização dos referidos instrumentos na pesquisa.

O SF-36 é um instrumento genérico multidimensional composto por 36 itens que abrangem oito domínios: Capacidade Funcional (10 itens); Aspectos Físicos (quatro itens); Dor (dois itens); Estado Geral de Saúde (cinco itens); Vitalidade (quatro itens); Aspectos Sociais (dois itens); Aspectos Emocionais (três itens); Saúde Mental (cinco itens); e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e a de um ano atrás. Avalia tanto os aspectos negativos de saúde (doença ou enfermidade) como os aspectos positivos (bem-estar).¹³ Os valores de cada um dos domínios são normatizados em uma escala de zero a 100, na qual baixos valores numéricos refletem pior avaliação da QVRS no domínio. Para responder aos seus itens, o paciente deveria considerar as últimas quatro semanas de sua vida.

Os oito domínios do SF-36 podem ser transformados em duas medidas sumárias: Sumário do Componente Mental e Sumário do Componente Físico, as quais também foram utilizadas no presente estudo. Cada medida sumária apresenta um escore que varia de zero a 100, no qual o zero corresponde à pior QVRS e 100 à melhor QVRS.

O instrumento específico para avaliação da QVRS de pacientes com MCP, o AQUAREL, é composto por vinte questões distribuídas em três domínios: Desconforto no peito (oito questões); Arritmia (cinco questões); e Dispneia ao exercício (sete questões). Cada questão do AQUAREL apresenta cinco categorias de respostas, com valores variando de um a cinco. Os valores de cada um dos domínios são normatizados em uma escala de zero a 100, na qual baixos valores numéricos refletem pior avaliação

da QVRS no domínio. Esse instrumento é utilizado como uma extensão do SF-36.¹⁵ Para responder aos seus itens, o paciente também considerou as últimas quatro semanas de sua vida.

Os dados foram inseridos no programa Microsoft Office Excel 2010 por meio da técnica de dupla digitação das respostas obtidas e posterior validação. Após a validação do banco de dados, eles foram transportados para o Programa IBM SPSS versão 22.0 para Windows (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA). Realizaram-se análises descritivas de frequência simples para variáveis nominais ou categóricas e análise de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão) para as variáveis numéricas.

O projeto de pesquisa foi elaborado de acordo com os preceitos éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

No período de coleta de dados, foram abordados e convidados para participar do estudo 117 pacientes, dos quais 10 se recusaram a participar da pesquisa; três começaram a responder aos questionários, porém, no meio da aplicação, foram chamados para consulta e se recusaram a continuar a pesquisa ao sair do consultório; quatro foram excluídos no meio da aplicação do SF-36, pois apresentaram dificuldade de compreender e responder às questões; 12 pacientes responderam aos instrumentos, porém, após consulta aos prontuários, verificamos que dois possuíam CDI e dez multissítio, portanto foram excluídos.

Por fim, a amostra foi composta por 88 pacientes que atenderam aos critérios de inclusão e aceitaram participar da pesquisa.

Na Tabela 1 apresentamos a caracterização sociodemográfica dos pacientes.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica segundo sexo, idade, escolaridade, situação conjugal, situação profissional, renda familiar e motivo do retorno. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2016-2017. (n=88)

Variável	n (%)	Média (DP)*	Mediana	Intervalo obtido
Sexo				
Masculino	46 (52,3)			
Feminino	42 (47,7)			
Idade		64,3 (13,0)	67,0	20,9 - 92,8
Escolaridade (anos)		5,0 (3,8)	4,0	0 -16
Situação conjugal				
Com companheiro	59 (67,0)			
Sem companheiro	29 (33,0)			
Situação profissional				
Inativo	70 (79,5)			
Ativo	18 (31,5)			
Renda familiar (reais)		1.997,55 (1.609,05)	1.618,00	0 -10.000,00
Motivo do retorno				
Rotina	82 (93,2)			
Mal-estar	3 (3,4)			
Avaliação para outros tipos de cirurgia	1 (1,1)			
Dor no local do implante	1 (1,1)			
Liberação para tratamento odontológico	1 (1,1)			

*Média (DP): Média (Desvio-Padrão)

A maioria dos pacientes era do sexo masculino, possuía companheiro(a), estava inativa no momento do retorno e compareceu ao ambulatório para consulta de rotina. A média de idade dos participantes foi superior a 60 anos, denotando pacientes mais velhos. Além disso, os pacientes apresentaram baixas escolaridade e renda mensal.

Quanto à doença cardíaca de base, encontramos que 59 (67,0%) pacientes apresentaram bloqueio atrioventricular total (BAVT), 11 (12,5%) a doença do nó sinusal (DNS), 10 (11,4%) o bloqueio atrioventricular de segundo grau (BAV), três (3,4%) o bloqueio de ramo, um (1,1%) o BAV de primeiro grau e um (1,1%) a bradicardia. Não encontramos a descrição da doença de base no prontuário de três (3,4%) pacientes.

As doenças associadas mais frequentes foram a hipertensão arterial sistêmica (n=45;51,1%), a doença de chagas (n=37; 42%), a dislipidemia (n=12;13,6%), a doença arterial coronariana (n=12;13,6%) e a fibrilação atrial (n=11;12,5%).

Encontra-se na Tabela 2 a descrição das variáveis relacionadas ao MCP.

Tabela 2 – Caracterização dos pacientes segundo o tipo de marca-passo, a troca do gerador, o motivo da troca do gerador, a troca do eletrodo, o motivo da troca do eletrodo, a troca do marca-passo, o motivo da troca do marca-passo, a presença de complicações após o implante e o tipo de complicação. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2016-2017. (n=88)

Variável	n (%)
Tipo de marca-passo	
Bicameral	84 (95,5)
Unicameral	4 (4,5)
Troca do gerador	
Não	47 (53,4)
Sim	41 (46,6)
Motivo da troca do gerador (n=41) †	
Desgaste	41 (100,0)
Troca do eletrodo	
Não	80 (90,9)
Sim	8 (9,1)
Motivo da troca do eletrodo (n=8) †	
Falha de sensibilidade/estimulação do eletrodo	4 (50,0)
Fratura	2 (25,0)
Extrusão	1 (12,5)
Infecção	1 (12,5)
Troca do marca-passo	
Não	80 (90,9)
Sim	8 (9,1)
Motivo da troca do marca-passo (n=8) †	
Infecção	3 (37,5)
Mudança para bicameral	3 (37,5)
Extrusão	1 (12,5)
Falha de sensibilidade/estimulação	1 (12,5)
Presença de complicações após o implante	
Não	84 (95,5)
Sim	4 (4,5)

Tabela 2 – Cont.

Variável	n (%)
Tipo de complicação (n=4) †	
Infecção	2 (50,0)
Extrusão	1 (25,0)
Cabo tracionado/mal implantado	1 (25,0)

†Percentuais considerando apenas os pacientes que apresentaram desgaste, troca ou complicação.

Observamos um predomínio de pacientes com MCP bicameral e 41 (46,6%) já haviam realizado a troca do gerador em decorrência do seu desgaste. A frequência da troca de eletrodo e do próprio MCP, assim como a ocorrência de complicações após o implante, foi baixa.

O tempo médio de implante de MCP foi de 10,4 anos (desvio-padrão=8,7; mediana=8,1), variando de 0,09 a 39,9 anos.

Na Tabela 3, encontra-se a análise descritiva dos oito domínios e dos sumários do Componente Mental e do Componente Físico do SF-36 e dos três domínios do AQUAREL.

Tabela 3 – Estatística descritiva dos oito domínios e dos sumários do Componente Mental e do Componente Físico do SF-36 e dos três domínios do AQUAREL. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2016-2017. (n=88)

Componentes dos instrumentos	Média (DP)*	Mediana	Intervalo obtido
Domínios do SF-36†			
Aspectos Sociais	78,1 (26,8)	87,5	0-100
Saúde Mental	68,2 (23,9)	68,0	4-100
Estado Geral de Saúde	64,3 (24,0)	69,5	5-100
Dor	61,1 (24,3)	60,0	0-100
Vitalidade	60,7 (25,3)	62,5	0-100
Aspectos Emocionais	60,6 (43,9)	66,6	0-100
Capacidade Funcional	58,5 (27,9)	65,0	0-100
Aspectos Físicos	48,2 (41,4)	50,0	0-100
Sumário dos Componentes do SF-36†			
Mental	49,8 (12,0)	50,5	20,3-67,4
Físico	40,8 (9,9)	40,7	20,2-61,2
Domínios do AQUAREL‡			
Arritmia	78,2 (20,7)	85,0	30-100
Desconforto no peito	77,7 (22,9)	82,8	25-100
Dispneia	71,1 (26,8)	75,0	0-100

*Média (Desvio-Padrão); †SF-36: Medical Outcomes Study 36 - Item Short-Form Health Survey;
‡AQUAREL: Assessment of Quality of Life and Related Events

O domínio que apresentou maior média na amostra foi o Aspectos Sociais, seguido pelo Saúde Mental. Já os domínios com menores médias da amostra foram Aspectos Físicos, seguido por Capacidade Funcional, demonstrando que os maiores escores foram alcançados em domínios mentais e os menores em domínios físicos.

Quanto ao AQUAREL, podemos observar que o domínio que apresentou maior média foi o Arritmia, já o domínio com menor média foi Dispneia.

DISCUSSÃO

No presente estudo em que foi avaliada a QVRS de pacientes com MCP cardíaco definitivo, os domínios que apresentaram maior média de escore na amostra foram Aspectos Sociais e Saúde Mental e os de menores médias Aspectos Físicos e Capacidade Funcional. Esses dados estão em concordância com resultados tanto de estudos nacionais^{3,17} como de estudos internacionais.⁶

Embora os domínios Saúde Mental e Aspectos Emocionais façam parte do Componente Mental, observamos que tanto em nosso estudo como em outros^{3,5,18} o domínio Saúde Mental aparece sempre como um dos melhores avaliados, ao passo que o domínio Aspectos Emocionais recebe baixa pontuação. Isso pode ser explicado pela natureza das questões que compõem cada domínio. No domínio Saúde Mental, é questionado ao paciente se ele(a) se sente uma pessoa muito nervosa, para baixo a ponto de nada animá-lo, calmo e tranquilo, desanimado/deprimido ou uma pessoa feliz. Já no domínio Aspectos Emocionais, as questões estão mais voltadas para avaliar o quanto os aspectos emocionais interferiram nas atividades laborais e regulares diárias dos pacientes, é questionado se o paciente reduziu o tempo de trabalho, se ele fez menos coisas do que gostaria e se trabalhou com menos atenção do que de costume. Na nossa amostra, 79,5% dos pacientes já eram inativos no momento da coleta de dados e não coletamos o motivo da inatividade. Isso pode ser considerado uma limitação do trabalho, uma vez que muitos pacientes podem ter se aposentado em decorrência da doença cardíaca, o que pode contribuir para as piores avaliações do domínio Aspectos Emocionais. Entretanto, duas revisões integrativas de literatura mostram que após a implantação do marca-passo cardíaco os indivíduos se sentem mais dispostos para a realização de atividades e para o convívio social.⁹⁻¹⁰

Em estudo que avaliou a QVRS, por meio do Quality of Life Index Cardiac Version - IV, foi encontrado que os itens que avaliaram as relações familiares foram os que obtiveram melhor pontuação.¹⁹

O domínio pior avaliado pelos pacientes no presente estudo, assim como em outros estudos da literatura,^{3,5,18} foi o Aspectos Físicos, também composto de questões voltadas para avaliar o prejuízo das atividades laborais e regulares diárias, mas, nesse caso, imposto pela condição física do paciente. É questionado ao paciente se houve redução do tempo de trabalho, se ele fez menos coisas do que gostaria, se teve dificuldades no tipo de trabalho que realiza e se teve dificuldades em trabalhar ou realizar outras atividades.

No presente estudo, o domínio Capacidade Funcional aparece como o segundo pior avaliado pelos pacientes, assim como é um dos piores avaliados em outros estudos.^{3,5,18} Esses resultados podem ser reflexo da incapacidade imposta pela própria doença cardíaca de base, uma vez que se pergunta ao paciente se ele apresentou dificuldade de realizar atividades que exigiam muito ou moderado esforço, de levantar ou carregar compras no mercado, de subir vários lances de escada, de inclinar-se, ajoelhar-se ou curvar-se, de caminhar pequenas e longas distâncias e, por fim, de tomar banho ou vestir-se.

O domínio Aspectos Sociais foi o melhor avaliado pela amostra em tela e por outros pacientes de diferentes estudos.^{3,5,18} No que diz respeito às questões relativas a esse domínio, as quais questionam o paciente quanto a sua saúde e/ou problemas de saúde física ou emocional e à maneira como tais problemas interferem em atividades sociais, devemos considerar que esses pacientes apresentaram baixa renda mensal familiar. Sabemos que pacientes de baixa renda não têm muitas oportunidades de lazer, o que pode explicar por que os pacientes não perceberem alterações nesse domínio em decorrência de problemas de saúde física ou emocional.

Autores brasileiros desenvolveram um estudo com o objetivo de apresentar as medidas descritivas dos escores das escalas e das medidas componentes do SF-36, segundo idade e faixa etária, obtidas em amostra probabilística de domicílios brasileiros. Foram entrevistados 12.423 homens e mulheres brasileiros, com idade acima de 18 anos, selecionados aleatoriamente de áreas rurais e

urbanas das cinco regiões brasileiras. Quando comparamos os nossos resultados com os resultados da QVRS da população brasileira em geral, observamos que a QVRS referida pela amostra em tela é menor em todos os domínios do SF-36, assim como nos componentes mental e físico.²⁰

Quanto aos resultados da QVRS, avaliados pelo AQUAREL, os três domínios apresentaram média acima de 70,0, sendo que o melhor avaliado foi Arritmia, seguido por Desconforto no Peito e Dispneia. Considerando que o AQUAREL é um questionário de avaliação da QVRS específico para pacientes com MCP e que suas questões avaliam sinais e sintomas físicos decorrentes da doença cardíaca de base, acreditamos que o implante de MCP pode estar contribuindo para essas melhores avaliações, proporcionando um tratamento adequado para a afecção cardíaca. Entretanto, só seria possível confirmar essa inferência por meio de um estudo longitudinal, avaliando a QVRS antes e após o implante nos pacientes.

Em estudo longitudinal realizado na Itália, que avaliou dois grupos de indivíduos com marca-passo cardíaco, com e sem seguimento remoto, foi constatado que a QVRS, avaliada pelo Aquarel mostrou melhores valores para o grupo com seguimento remoto nos primeiros três meses de acompanhamento, principalmente nos domínios Arritmias e Desconforto no peito.²¹

Em outras pesquisas que também utilizaram o AQUAREL para avaliar a QVRS de pacientes com MCP, o domínio pior avaliado foi Dispneia de forma semelhante aos resultados de nosso estudo. Porém, em todos eles, o domínio melhor avaliado foi Desconforto no Peito, divergindo de nossos resultados, que mostraram Arritmia como domínio melhor avaliado. Nos resultados encontrados nos outros estudos, as médias dos escores dos domínios Desconforto no Peito e Arritmia foram muito próximas e maiores que 70,0.^{3-5,18}

O domínio Desconforto no Peito aborda questões sobre a existência de desconforto no peito como dor, aperto ou peso em situações que vão desde o repouso até atividades mais vigorosas, tais como subir escadas e/ou praticar atividades físicas. Já o domínio Arritmia” investiga a presença de edema de membros inferiores, irregularidades do batimento cardíaco e sensação de síncope. O domínio Dispneia investiga a presença de dispneia em situações que vão desde o repouso até atividades mais vigorosas; se a dispneia atrapalha a realização de atividades físicas, se o paciente tem sensação de cansaço mesmo após uma noite de sono, se o cansaço e a falta de energia dificultam as atividades diárias ou, ainda, fazem com que os pacientes precisem parar as atividades para descansar.¹⁵

As características sociodemográficas e clínicas da amostra de nosso estudo foram semelhantes às de outros.^{3-5,22} A média de idade dos participantes foi superior a 60 anos, reflexo do aumento da expectativa de vida e consequente aumento da população idosa. A doença de base mais frequente na amostra foi o BAVT, seguido pela DNS, corroborando os achados da base de dados nacional RBM. Segundo esses dados, na primeira década de 2000, os principais diagnósticos eletrocardiográficos foram 45,2% BAVT, 29,7% DNS, 15,7% BAV de 1° e 2° grau em 106.884 pacientes que implantaram MCP pela primeira vez.²³

Uma limitação do estudo é o delineamento transversal. Entretanto, esse delineamento foi escolhido uma vez que não havia outros estudos com a população atendida no hospital de desenvolvimento da pesquisa, então optamos, nesse primeiro momento, por fazer um diagnóstico da situação para depois propormos estudos longitudinais, nos quais poderemos avaliar o impacto do implante do MCP cardíaco definitivo abordando esses pacientes antes e após o implante. A avaliação de um construto subjetivo como a QVRS por meio de escala pode dificultar o entendimento intuitivo da medida. Estudos qualitativos podem ser realizados para explorar a compreensão desse construto.

Mesmo com as limitações descritas acima, identificamos que os pacientes com MCP apresentaram piores avaliações em domínios físicos de suas QVRS, quando comparados com os domínios mentais. Assim, esses resultados podem auxiliar na tomada de decisão quanto aos tratamentos

propostos e sua efetividade como uma medida adicional ao tratamento convencional existente. Além disso, embora os pacientes, de uma maneira geral, tenham feito uma melhor avaliação dos domínios mentais, vale ressaltar que o domínio Aspectos Emocionais foi um dos piores avaliados, denotando que alguns aspectos emocionais interferiram em suas atividades diárias regulares. Esse resultado fortalece a importância da avaliação holística do paciente com MCP, pois, atualmente, as consultas de acompanhamento estão muito voltadas ao funcionamento do dispositivo e os aspectos emocionais não são avaliados e considerados. Os resultados desta pesquisa auxiliarão no planejamento de futuros estudos, incluindo estudos longitudinais que avaliem pacientes com MCP cardíaco em diferentes momentos de sua trajetória clínica, assim como estudos com intervenções voltadas para a melhora da qualidade de vida dessa população.

A estimulação cardíaca artificial promove benefícios à saúde de pacientes com cardiopatias graves por prolongar a vida e melhorar os sintomas provocados por essas doenças. Assim, a avaliação da QVRS é uma importante ferramenta para diagnosticar as dimensões mais afetadas da saúde de uma determinada população.

CONCLUSÃO

Os pacientes com MCP cardíaco implantável apresentaram melhores avaliações de QVRS nos domínios Aspectos Sociais e Saúde Mental e piores avaliações nos domínios Aspectos Físicos e Capacidade Funcional, avaliados pelo SF-36. Além disso, apresentaram melhores avaliações no domínio Arritmia e piores avaliações no domínio Dispneia, avaliados pelo AQUAREL.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira DVR, Ayoub AC, Kobayashi RM, Simonetti SH. Marca-passo: competências clínicas para enfermeiros. Rio de Janeiro, RJ(BR): Atheneu; 2017.
2. Assumpção AC, Galvão Filho SS, Melo CS, Campos Neto CM, Poncio VA, Titora APF. Algumas observações sobre a estimulação cardíaca no Brasil entre 2000 e 2014: 25 anos do RBM – Registro Brasileiro de Marca-passos, Desfibriladores e Ressincronizadores Cardíacos. *Relampa*. 2016;29(1):3-11.
3. Barros RT, Carvalho SM, Silva MA, Borges JB. Evaluation of patients' quality of life aspects after cardiac pacemaker implantation. *Rev Bras Cir Cardiovasc* [Internet]. 2014 [cited 2018 Apr 7]; 9(1):37-44. Available from: <https://dx.doi.org/10.5935/1678-9741.20140009>
4. Borges JBC, Barros RT, Carvalho SMR, Silva MAM. Correlation between quality of life, functional class and age in patients with cardiac pacemaker. *Rev Bras Cir Cardiovasc* [Internet]. 2013 [cited 2018 Jul 6];28(1):47-53. Available from: <https://dx.doi.org/10.5935/1678-9741.20130008>
5. Gomes TB, Gomes LS, Antônio IHF, Barroso TL, Cavalcante AMRZ, Stival MM, et al. Avaliação da qualidade de vida pós-implante de marca-passo cardíaco artificial. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2011 [cited 2018 Jul 6];13(4):735-42. Available from: <https://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i4.12697>
6. Fleischmann KE, Orav EJ, Lamas GA, Mangione CM, Schron E, Lee KL et al. Pacemaker implantation and quality of life in the Mode Selection Trial (MOST). *Heart Rhythm* [Internet]. 2006 [cited 2018 Jul 6];3(6):653-9. Available from: <https://dx.doi.org/10.1016/j.hrthm.2006.02.1031>
7. Młynarski R, Włodyka A, Kargul W. Changes in the mental and physical components of the quality of life for patients six months after pacemaker implantation. *Cardiol J*. 2009; 6(3):250-3.
8. Udo EO, van Hemel NM, Zuithoff NP, Nijboer H, Taks W, Doevendans PA, et al. Long term quality-of-life in patients with bradycardia pacemaker implantation. *Int J Cardiol* [Internet]. 2013 [cited 2018 Jul 6];168(3):2159-63. Available from: <https://dx.doi.org/10.1016/j.ijcard.2013.01.253>

9. Neves RRS; Silva IC. A qualidade de vida de pacientes com marcapasso. *Anais SIMPAC*, 2016;8(1):50-4.
10. Oliveira MSS, Silva GT, Santana, MDR. A qualidade de vida de pacientes com marcapasso cardíaco. *Rev E-Ciênc [Internet]*, 2016 [cited 2019 Jun 17];4:82-8. Available from: <https://dx.doi.org/10.19095/rec.v4i1.151>
11. Pfeiffer E. A Short Portable Mental Status Questionnaire for the Assessment of Organic Brain Deficit in Elderly Patients. *J Am Geriatr Soc [Internet]*. 1975 [cited 2018 Jul 6];23(10):433-41. Available from: <https://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.1975.tb00927.x>
12. Nepomuceno E, Silva LN, Cunha DCP, Furuya RK, Simões MV, Dantas RAS. Comparação de instrumentos para avaliar fadiga em pacientes com insuficiência cardíaca. *Rev. Bras. Enferm. [Internet]*. 2018 Oct [cited 2019 Nov 20];71(5): 2404-10. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0083>.
13. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30(6):473-83.
14. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999;39:143-50.
15. Stofmeel MA, Post MW, Kelder JC, Grobbee DE, van Hemel NM. Psychometric properties of Aquarel. A disease-specific quality of life questionnaire for pacemaker patients. *J Clin Epidemiol [Internet]*. 2001 [cited 2018 Jul 6];54(2):157-65. Available from: [https://dx.doi.org/10.1016/s0895-4356\(00\)00275-4](https://dx.doi.org/10.1016/s0895-4356(00)00275-4)
16. Oliveira BG, Melendez JGV, Ciconelli RM, Rincón LG, Torres AAS, Sousa LAP et al. The Portuguese Version, Cross-Cultural Adaptation and Validation of Specific Quality-of-Life Questionnaire - AQUAREL - for Pacemaker Patients. *Arq Bras Cardiol [Internet]*. 2006 [cited 2018 Jul 06];87(2):75-83. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2006001500003>
17. Echevarría-Guanilo ME, Gonçalves N, Romanoski PJ. Psychometric properties of measurement instruments: conceptual bases and evaluation methods - Part I. *Texto Contexto Enferm [Internet]*. 2017 [cited 2018 Nov 15];26(4):e1600017. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017001600017>
18. Zatta LT. Avaliação da qualidade de vida de portadores de marcapasso cardíaco artificial em Goiânia, Goiás. [master's thesis]. [Goiânia, GO(BR)]: Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem; 2010. 123 p.
19. Kurucová R, Žiaková K, Gurková E, Šimková E. Quality of life of patients with a permanent pacemaker. *Central Europ J Nurs Midwifery*, 2014;5(1):15-20.
20. Laguardia J, Campos MR, Travassos C, Najjar AL, Anjos LA, Vasconcellos MM. Brazilian normative data for the Short Form 36 questionnaire, version 2. *Rev Bras Epidemiol [Internet]*. 2013 [cited 2018 Jul 6];16(4):889-97. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000400009>
21. Comoretto RI, Facchin D, Ghidina M, Proclemer A, Gregori D. Remote control improves quality of life in elderly pacemaker patients versus standard ambulatory-based follow-up. *J Eval Clin Pract. [internet]*, 2017 [cited 2019 Jun 16];23(4):681-9. Available from: <https://dx.doi.org/10.1111/jep.12691>
22. Cunha TMB, Cota RMA, Souza BK, Oliveira BG, Ribeiro ALP, Sousa LAP. Correlation between functional class and quality of life among cardiac pacemaker users. *Rev Bras Fisioter [Internet]*. 2007 [cited 2018 Jul 06];11(5):341-5. Available from: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552007000500003>
23. Pachón-Mateos JC, Pereira WL, Batista Junior WD, Pachón Mateos JC, Pachón Mateo EI, Vargas RNA, et al. RBM - Registro Brasileiro de Marcapassos, Ressincronizadores e Desfibriladores. *Relampa*. 2013;26(1):39-49.

NOTES

ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da dissertação - Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes portadores de marca-passo, apresentada ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 2018.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Gonçalves SS, Grotti EMO, Furuia RK, Dantas RAS, Rossi LA, Dessotte CAM.

Coleta de dados: Gonçalves SS, Grotti EMO, Furuia RK, Dantas RAS, Rossi LA, Dessotte CAM.

Análise e interpretação dos dados: Gonçalves SS, Grotti EMO, Furuia RK, Dantas RAS, Rossi LA, Dessotte CAM.

Discussão dos resultados: Gonçalves SS, Grotti EMO, Furuia RK, Dantas RAS, Rossi LA, Dessotte CAM.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Gonçalves SS, Grotti EMO, Furuia RK, Dantas RAS, Rossi LA, Dessotte CAM.

Revisão e aprovação final da versão final: Gonçalves SS, Grotti EMO, Furuia RK, Dantas RAS, Rossi LA, Dessotte CAM.

FINANCIAMENTO

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - Projeto Universal 01/2016 - Faixa A, Processo número 406582/2016-5 (Carina Aparecida Marosti Dessotte).

APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, parecer n. 1.267.526/2015, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 49315415.5.0000.5393.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

HISTÓRICO

Recebido: 20 de dezembro de 2018.

Aprovado: 11 de julho de 2019.

AUTOR CORRESPONDENTE

Carina Aparecida Marosti Dessotte

camarosti@usp.br.