

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM FIBRILAÇÃO
ATRIAL SUBMETIDO A ABLAÇÃO POR CATÉTER**

LUTGARDE MAGDA SUZANNE VANHEUSDEN

RIO DE JANEIRO

2005

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM FIBRILAÇÃO ATRIAL
SUBMETIDO A ABLAÇÃO POR CATÉTER**

**Dissertação apresentada à
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Escola de enfermagem Anna Nery**

LUTGARDE MAGDA SUZANNE VANHEUSDEN

ORIENTADORA : Deyse C. Santoro

Rio de Janeiro

2005

LUTGARDE MAGDA SUZANNE VANHEUSDEN

**QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM FIBRILAÇÃO ATRIAL
SUBMETIDO A ABLAÇÃO POR CATÉTER**

**Dissertação submetida ao Corpo Docente da Escola de Enfermagem Anna
Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos
necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.**

Aprovada por:

Banca examinadora: _____
Profª. Deyse Conceição Santoro

Profª. Marluci Andrade Stipp

Profª. Beatriz Guittant Renaud Baptista de Oliveira

**Rio de Janeiro
2005**

Vanheusden, Lutgarde Magda Suzanne.

Qualidade de vida em pacientes com fibrilação atrial submetido a ablação por cateter / Lutgarde Magda Suzanne Vanheusden – Rio de Janeiro: UFRJ / EEAN, 2005.

x, 101 f.: il

Orientadora: Deyse Conceição Santoro

Dissertação (mestrado) – UFRJ/ EEAN/ Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2005.

Referências Bibliográficas: f. 81-86

1. Enfermagem. 2. Qualidade de Vida . 3. Fibrilação atrial.

I. Santoro, Deyse Conceição. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. III. Título

RESUMO

O presente estudo aborda a mudança na qualidade de vida em pacientes com fibrilação atrial submetidos à ablação por catéter. Palpitação, dispnéia, precordialgia e tontura são sintomas que ocorrem na fibrilação atrial, alteram o seu cotidiano e bem-estar do indivíduo, afetam a qualidade de vida. Como um das opções de tratamento da fibrilação atrial, a ablação por catéter parece ser uma alternativa eficaz. Deste forma, este estudo tem por objetivo determinar a qualidade de vida do paciente portador de fibrilação atrial, antes e após a ablação por catéter. O método usado foi a aplicação de um questionário genérico (SF 36) para avaliar a qualidade de vida relacionado à saúde, constistindo em dois componentes: o físico e o mental. Outro instrumento aplicado foi o questionário específico QVFA dividido em sete componentes. Os questionários foram aplicados em 25 pacientes com fibrilação atrial indicados para submeterem-se à ablação por catéter, no período de março a maio e, 3 meses após o procedimento, de junho a agosto. A análise estatística das variáveis contínuas utilizou a média ± 1 o desvio padrão. As variáveis foram comparadas, utilizando teste de Willcoxon. Para rejeição da hipótese nula foram considerados valores de 0,05. Os intervalos de confiança foram calculados com probabilidade de 95%. Os resultados mostraram uma melhora significativa em cinco domínios do questionário QVFA: palpitação (11,43 e pós 7,18), dispnéia (6,68 e pós 3,08), tontura (5,08 e pós 2,64), medicação (3,88 e pós 2,52) e total do escore (33,02 e pós 19,80). Nos resultados do questionário SF 36, observamos uma melhora significativa no domínio de capacidade funcional (64,06 e pós 77,29). Houve uma pequena melhora nos outros domínios do SF 36. Concluimos que os pacientes com fibrilação atrial obtiveram uma melhora na qualidade de vida, relacionada à saúde após ablação por catéter. O questionário QVFA é mais sensível para captar mudanças na qualidade de vida dos pacientes portadores de fibrilação atrial, quando comparado ao questionário genérico SF 36.

ABSTRACT

The present study approach the change of quality of life in patients with atrial fibrillation submitted to catheter ablation. Atrial fibrillation can cause symptoms like palpitation, dispnea, chestpain and dizziness which affects a persons daily life and well being and can impair quality of life. One of the options of treatment of atrial fibrillation is catheter ablation which seems to be an effective alternative. The purpose of the study is to determinate the quality of life in patients with atrial fibrillation before and after catheter ablation..The method used was the application of the Short Form 36 health survey questionnaire, which exist of 2 components, the fisic and mental. An other instrument, the QVFA specific questionnaire, that exists of 7 subscales, was also applicated. The questionnaires were submitted to 25 patients with atrial fibrillation indicated for catheter ablation, in the period of march until may, and 3 months after the procedure, from june until august. Statistical analise was carried out using the contineous variables which were presented with a medium \pm 1 standard deviation. These variables were compared with the Willcoxon test. For rejection of the null hypothesis values of 0,05 were used. The confidence intervals were calculated with probability of 95 %. The results showed a significant improve in 5 domains of the QVFA questionnaire : palpitation (11,43 and after 7,18), dyspnea (6,68 and after 3,08), dizziness (5,08 and after 2,64), medication (3,88 and after 2,52) and the total score (33,02 and after 19,80). At study-end, the subscale physical functioning of the SF 36 had a significant improvement(64,06 and after 77,29j). The conclusion we made is that patients with atrial fibrillation submitted to catheter ablation may benefit to an improvement in their quality of life. The QFVA questionnaire is more sensitive than the generic SF 36 questionnaire to obtain differences in quality of life in patients with atrial fibrillation.

SUMÁRIO

Capitulo 1 : INTRODUÇÃO E PROBLEMÁTICA	1
Capitulo 2 : QUALIDADE DE VIDA	9
Capitulo 3 : METODOLOGIA	19
Capitulo 4 : ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO E ABLAÇÃO POR CATÉTER	33
Capitulo 5 : FIBRILAÇÃO ATRIAL	45
Capitulo 6 : TRATAMENTO E DISCUSSÃO DOS DADOS	60
Capitulo 7 : CONCLUSÃO	78
REFERÊNCIAS	81
ANEXOS	87
Anexo 1: QVFA	87
Anexo 2: SF 36	92
Anexo 3: Termo de consentimento livre e esclarecido	100
Anexo 4: Carta de aprovação do comitê de ética em pesquisa	101

SUMÁRIO DE QUADROS

Quadro I : O questionário SF 36	25
Quadro II : O questionário QVFA	30
Quadro III : A energia e suas frequências	39

SUMÁRIO DE TABELAS

Tabela I :	
Características sócio-demográficas da amostra	61
Tabela II :	
Características clínicas da amostra	65
Tabela III :	
Resultados do questionário SF 36 pré-ablação	67
Tabela IV :	
Comparação dos resultados SF 36 com outras patologias	68
Tabela V :	
Comparação resultados SF 36 em pacientes com FA	70
Tabela VI:	
Comparação dos dados do questionário SF 36 antes e 3 meses pós ablação	72
Tabela VII :	
Distribuição dos sintomas da fibrilação atrial da amostra	74
Tabela VIII :	
Frequência dos sintomas da fibrilação atrial da amostra	74
Tabela IX :	
Comparação dos resultados do questionário QFVA em pacientes com FA	75
Tabela X :	
Os resultados do questionário QFVA antes e 3 meses pós procedimento	76

SUMÁRIO DE FIGURAS

Figura 1 : Sexo	61
Figura 2 : Ganho salarial	63
Figura 3 : Escolaridade	63
Figura 4 : Ritmo cardíaco após a ablação de fibrilação atrial	65
Figura 5 : Comparação dos resultados do SF 36 com outras patologias	69
Figura 6 : Comparação dos resultados do SF 36 em pacientes com fibrilação atrial	71
Figura 7 : Comparação dos resultados do SF 36 antes e 3 meses pós ablação	73
Figura 8 : Os resultados do QFVA antes e 3 meses pós procedimento	76

GLOSSÁRIO

AV	Atrioventricular
BAVT	bloqueio atrioventricular total
Bpm	batimentos por minuto
Cm	Centímetros
ECG	Eletrocardiograma
FA	fibrilação atrial
INR	International Normalized Rate
J	Joules
KHz	Kilohertz
Mg	Miligramas
Mm	Milímetros
Ms	Milisegundos
OMS	Organização Mundial de Saúde
QVFA	qualidade de vida fibrilação atrial
SF 36	the medical outcomes study 36-item Short Form Health Survey
SIDA	síndrome de imunodeficiência adquirida
TCA	tempo de coagulação
TP	tempo de protrombina
UTI	unidade de terapia intensiva
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

CAPÍTULO I : Introdução e problemática

Ao longo da minha trajetória profissional de assistência na enfermagem, meu interesse foi despertado para a problemática de clientes com arritmias cardíacas. Em 1983, concluí minha graduação em enfermagem na Bélgica sendo que, no mesmo ano me matriculei para o curso de pós-graduação em educação, obtendo o certificado para lecionar em enfermagem hospitalar em 1984. Trabalhei durante um ano e meio, em um hospital de pequeno porte, na Bélgica. Dois anos mais tarde, em 1986, comecei atuar no hospital universitário de Maastricht na Holanda, onde atuei na unidade de terapia intensiva (UTI), dermatologia, enfermagem de cirurgia cardíaca. Em 1988 fui selecionada para o curso “Brede basis cursus intensive care”, um curso de especialização em terapia intensiva em nível de pós-graduação, com 2 anos de duração. A formação teórico-prática, incluiu atuação em três unidades: unidade de terapia intensiva geral, pós-operatório de cirurgia cardíaca e unidade coronária. Após dois anos, complementei o curso, apresentando minha monografia em cuidado de enfermagem em síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) intitulada “SIDA. Sem pânico, por favor !”.

Na Holanda, no fim dos anos 80, aconteciam as primeiras cirurgias cardíacas para arritmia, com objetivo de tratar pacientes jovens com taquicardia paroxística supraventricular. Alguns jovens desenvolveram taquicardiomiopatia, devido à presença de uma frequência cardíaca média muito alta nas 24 horas secundária à taquicardia supraventricular incessante. (Cruz 1990). Historicamente, vivenciei o desenvolvimento e os primeiros implantes de cardioversores-desfibriladores internos, uma tecnologia revolucionária com terapia elétrica da taquicardia/fibrilação ventricular e prevenção da morte cardíaca súbita. Os avanços eram rápidos e promissores nesse campo da cardiologia.

Recém chegada ao Brasil, em 1990, inicei minha vida profissional nesse campo específico da arritmia cardíaca, atuando tanto em técnicos não invasivos, quanto em eletrofisiologia intervencionista. No final dos anos 80, a técnica de ablação por radiofrequência ficou disponível como terapia curativa para arritmias supraventriculares. A primeira ablação por radiofrequência no Brasil foi feita na Escola Paulista de Medicina, em maio 1992, pelo Dr. Angelo de Paola. Em seguida, vários centros de eletrofisiologia nas cidades de Rio de Janeiro e São Paulo começaram aplicar esta técnica inovadora. O início histórico do tratamento de arritmias com ablação por catéter utilizando-se a energia de radiofrequência ficou profundamente marcado em todos os membros da equipe. Desde os primeiros anos da década de 90, o tratamento por radiofrequência tornou-se uma opção terapêutica curativa para as arritmias cardíacas.

Em 1994, já com alguma experiência no tema, tive a oportunidade de publicar um artigo de revisão sobre a participação e cuidados de enfermagem no pré, per e pós procedimentos de ablação com radiofrequência das taquicardias supraventriculares¹. (Vanheusden, 1994). Neste artigo, discuto sobre a indicação de ablação por radiofrequência do nó atrioventricular (AV), para pacientes com fibrilação atrial na qual, não se consegue controlar a resposta ventricular com posterior implante de marcapasso.

A ablação por catéter é uma técnica invasiva que aplica a energia de radiofrequência no local alvo do coração. A energia de radiofrequência é uma energia elétrica de alta frequência que, quando aplicada no tecido libera calor, desidrata a célula e assim provoca necrose, destruindo o sítio responsável pela arritmia.

Bubien (1996) relatou sobre a melhora da qualidade de vida em pacientes com arritmias após ablação por catéter, tais como: taquicardias mediadas por vias acessórias,

¹ Participação e cuidados da enfermagem em procedimentos de Ablação com radiofrequência nas Taquicardias Supraventriculares.

taquicardia AV nodal, flutter atrial, fibrilação atrial com ablação do nó AV para provocar bloqueio atrioventricular, implante de marcapasso definitivo subsequente e taquicardia ventricular idiopática. A autora ressaltou, que pacientes com taquiarritmias com sintomas do tipo: síncope, palpitações e tonteados apresentam uma pontuação do questionário SF 36² menor que a da população geral norte-americana, especialmente para os domínios: vitalidade, emocional e social.

Os resultados de questionários SF 36 antes da ablação foram similares com os pacientes com insuficiência cardíaca, entretanto, foram menores em relação aos pacientes com hipertensão e infarto do miocárdio recente.

Pacientes com taquiarritmias sintomáticas submetidos à ablação por catéter com radiofrequência têm uma redução significativa dos sintomas relacionados com a arritmia. Existe uma melhora nos domínios físico, emocional e social de qualidade de vida relacionado à saúde.

Na última década, tem havido um interesse crescente no conceito de qualidade de vida relacionada à saúde, tanto no exterior, quanto no Brasil. Avanços na área médica intensificaram a atenção à saúde, com foco na prevenção e controle de doenças crônicas e com resultado, gerou um interesse maior nas variações da capacidade funcional do paciente e sua qualidade de vida. (O'Conner 1993), O interesse por medir a qualidade de vida relacionada à saúde, cresceu com a mudança do perfil morbimortalidade, com aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas, queda nas taxas de mortalidade de algumas doenças e, finalmente, um aumento na expectativa de vida. Particularmente, acredito que viver não é tão somente sobreviver, mas viver com qualidade.

Dantos (2003), levantou a produção científica existente sobre o tema “qualidade de vida”, produzida pelas universidades públicas do Estado de São Paulo. Os resultados obtidos, nos

² O SF 36 é um instrumento genérico para avaliar qualidade de vida relacionada à saúde

últimos três anos do levantamento, confirmam que as pesquisas realizadas nestas universidades têm acompanhado a tendência mundial na investigação da qualidade de vida. As populações estudadas eram bem heterogêneas, mostrando assim que a investigação da qualidade de vida não se restringe a um determinado grupo populacional. A maioria dos estudos foram realizados com adultos portadores de algum tipo de patologia. Isso indica que os pesquisadores em saúde estão interessados em mensurar a qualidade de vida das pessoas que têm doença. Eles se preocupam em conhecer melhor como e em que aspecto a doença afeta a vida dos indivíduos.

Dantos (2003), relata que com relação a classificação do instrumento de medida para avaliar a qualidade de vida, 28,3% dos estudos usaram instrumentos do tipo genérico, 28,3 % usaram instrumentos específicos e 20,8 % associaram instrumentos genéricos aos específicos. Dentre os instrumentos genéricos usados pelos pesquisadores os mais freqüentes foram: “Medical Outcomes Studies 36-item Short-Form” (Mos SF 36) e “Índice de Qualidade de vida” de Ferrans e Powers, usados respectivamente em 34% e 4% dos estudos.

Observa-se também que, mundialmente, os pesquisadores estão preocupados em avaliar a influência da qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com doenças crônicas que podem alterar as condições objetivas e/ou subjetivas da vida da pessoa e da família (Gaiva 1998). Os primeiros estudos e desenvolvimento de vários questionários foram feitos para avaliar o impacto do câncer e seu tratamento na qualidade de vida dos pacientes (Fleck 1999). A partir do progresso médico pacientes com doenças crônicas vivem mais tempo. O conceito do tratamento é otimizar a qualidade de vida com o alívio dos sintomas, manutenção ou melhora da capacidade funcional e retardar o progresso da doença (Stewart 1989). Os pacientes com arritmia supraventricular, em especial a fibrilação atrial, se encaixam neste conceito. As internações por arritmias representam 10% do total das internações por doenças cardiovasculares nos EUA (Kannel 1982). Entre elas, a fibrilação atrial é a arritmia sustentada mais comum na prática

clínica, sendo responsável por um terço das internações hospitalares, por distúrbio do ritmo cardíaco. Embora não haja dados estatísticos específicos no Brasil, este perfil não é muito diferente, quando comparado com a estatística norte-americana e com a mundial. Em nosso levantamento de dados no Brasil, encontramos um único estudo de Carvalho (1991) onde a FA foi encontrada em 4,8% dos eletrocardiogramas de 1021 pacientes geriátricos com idades entre 66 e 87 anos.

Arritmias supraventriculares, geralmente com algumas exceções, não são uma ameaça para a vida, mas elas podem ter bastante impacto na qualidade da vida da pessoa. Arritmias paroxísticas podem causar sintomas incapacitantes em horas imprevisíveis, interrompendo assim a vida cotidiana dos pacientes. O efeito na qualidade de vida é maior quando a arritmia acontece com uma periodicidade mais freqüente, a severidade dos sintomas aumenta durante uma crise e a duração da taquicardia prolonga. Não somente os sintomas durante a crise podem influenciar a qualidade de vida, mas também, a restrição de atividades ou efeitos colaterais das drogas antiarrítmicas. O medo quanto à reincidência da arritmia também diminui a qualidade de vida. (Lau 1995). Arritmias supraventriculares benignas podem afligir bastante a vida dos pacientes.

Qualidade de vida surgiu como um conceito importante de saúde. Pesquisadores, médicos, enfermeiros, psicólogos percebem qualidade de vida como uma dimensão importante da saúde da população ou do indivíduo. O cuidado da enfermagem é holístico, fornece apoio é focalizado na resposta humana e no estado de saúde. Qualidade de vida e sua mensuração são importantes focos na avaliação dessa resposta. Aqui, no Brasil, já foram realizadas várias pesquisas, sobre a qualidade de vida, pela enfermagem. Uma dessas pesquisas foi realizada por uma enfermeira (Brasil 2002) para obtenção do título de doutorado pela Universidade de São Paulo. Sua tese intitulada “ Qualidade de vida do Portador de Marcapasso cardíaco definitivo: antes e após implante”, avaliou a qualidade de vida dessa população após este procedimento. Ela

usou o questionário específico “ O índice de Qualidade de vida” de Ferrans e Powers, a versão cardíaca e aplicou esse questionário antes e quatro meses após o implante de marcapasso definitivo, chegando a um resultado positivo quanto à melhora de qualidade de vida após o implante.

Para assegurar uma avaliação criteriosa e cuidados de qualidade, a enfermeira necessita conhecer tanto a origem do impulso cardíaco, quanto os mecanismos responsáveis pela arritmogênese, suas conseqüências, agravos para a saúde do paciente e as opções terapêuticas capazes de melhorar sua qualidade de vida. A ablação é um procedimento terapêutico cujo objetivo é tratar, de forma definitiva, muitas das arritmias cardíacas. Conhecer suas indicações, resultados e limitações, portanto sua influência sobre a qualidade de vida do paciente, é dar uma sustentação ao cuidado de enfermagem necessário, a partir da demanda apresentada pelo paciente que se submete a tal procedimento.

Objeto de pesquisa

Mudança na qualidade de vida dos pacientes com FA antes e após ablação por catéter.

Problema:

Como o paciente portador de FA avalia sua qualidade de vida antes e depois da ablação por catéter?

Objetivo

Determinar a qualidade de vida do paciente portador de FA antes e depois a ablação por catéter.

Hipótese Nula

Não existe diferença na qualidade de vida do paciente portador de FA antes e pós ablação por catéter.

Hipótese alternativa

Existe diferença na qualidade de vida do paciente portador de FA antes e pós ablação por catéter.

Contribuição do estudo:

Desta forma, acreditamos que este estudo venha contribuir para a assistência de enfermagem, a partir de uma inserção mais efetiva do enfermeiro, no setor de avaliação do tratamento de arritmias cardíacas, como área específica da cardiologia, assim como, fornecerá subsídios para que outros estudos científicos possam ser realizados, ampliando a participação do enfermeiro, também na pesquisa em enfermagem cardiovascular.

Este estudo, portanto, sustenta a base teórica para os enfermeiros que trabalham na área, no setor de eletrofisiologia e arritmias, inserindo o enfermeiro como um profissional essencial, na equipe multidisciplinar, que atende este cliente com necessidades variadas, físicas e psicoemocionais. Contribui, ainda, para a formação dos alunos de graduação e pós-graduação lato sensu e stricto sensu, sendo um tema de relevância para a ampliação do conhecimento e atuação, nesta área específica.

Tem o valor de gerar o interesse de se incluir na formação profissional abordagens acerca das novas possibilidades de inserção do enfermeiro no mercado de saúde, com vista à busca da melhoria da qualidade de vida da população.

No âmbito social, tem o valor de gerar a melhoria das condições de atendimento às necessidades apresentadas por este tipo específico de clientes que fazem parte de um percentual expressivo da população ativa, mapeando as dificuldades por eles enfrentadas e fazendo um planejamento assistencial direcionado para a resolução de problemas e atendimento as suas necessidades.

Utilização do conceito da qualidade de vida como tema central na aferição de eficiência do procedimento, utilizando o profissional de enfermagem, como principal instrumentalizador desta avaliação em saúde.

Abertura de linha de pesquisa da avaliação da qualidade de vida utilizando critérios quantitativos que podem sofrer tratamento estatístico e assim foram analisados e interpretados por esta metodologia universalmente validada, contribui com a pesquisa quantitativa abrindo outras possibilidades de pesquisa para o Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar.

Portanto, o envolvimento do estudo, no âmbito da assistência, do ensino e da pesquisa, oportuniza mais avanços nas discussões científicas, na área da enfermagem, contribuindo efetivamente com o interesse do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar, da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ.

CAPÍTULO II : Qualidade de vida

A qualidade de vida relacionada à saúde como conceito foi proposta pela Organização Mundial de Saúde, em 1947. Nos últimos 30 anos, o interesse em medir a qualidade de vida relacionada à saúde aumentou e inúmeras publicações tornaram-se disponíveis. Qualidade de vida é um conceito amplo, que incorpora vários fatores que afetam a vida de uma pessoa, como: funcionamento social, saúde, situação econômica, satisfação e o bem estar.

A qualidade de vida é geralmente avaliada em pesquisas. A avaliação rotineira torna-se um instrumento fundamental utilizado em clínica. A avaliação da qualidade de vida tem melhorado a comunicação entre o paciente e o profissional de saúde, sendo assim o paciente enfatiza os domínios que são mais importantes para ele, durante o processo avaliativo. A qualidade de vida relacionada à saúde também pode auxiliar em decisões de condições crônicas, diferenciar fatores que afetam a escolha do tratamento, facilitar informações, tornando os pacientes participantes diretos nas decisões terapêuticas e prover dados de relevância às autoridades reguladoras de saúde, para aprovação de novas drogas, técnicas e dispositivos (Luderitz 2000).

Aspectos Históricos

A preocupação humana com satisfação e felicidade sempre despertou nosso interesse, há décadas. Sociólogos e psicólogos contemporâneos descrevem a qualidade de vida em termos de aspirações e expectativas individuais na vida e como elas são vivenciadas.

Flanagan (1978), pesquisou sobre a qualidade de vida através da aplicação de um questionário. O autor pediu a quase 3000 pessoas, nos Estados Unidos, que estes descrevessem

experiências importantes, eventos negativos acontecidos por seus conhecidos, mudanças na qualidade de vida nos últimos 5 anos, eventos de forte impacto emocional negativo ou positivo. As respostas podiam ser divididas em 15 categorias de 5 domínios. Os domínios descritos eram: 1- o bem estar físico e material; 2- relações com outras pessoas; 3- atividades sociais e da comunidade; 4- evolução pessoal; 5- recreação.

Outras pesquisas sociais, feitas no mesmo período, também examinaram o conceito de qualidade de vida e variam em sua definição nas divisões de domínios. Mas todas as definições têm a mesma noção: que a qualidade de vida somente pode ser entendida na perspectiva da pessoa, da qual a vida estamos discutindo. A qualidade de vida é definida como satisfação ou felicidade global, sendo essa percepção global influenciada por vários domínios. (Oleson 1990) A felicidade ou satisfação é determinada pela diferença das expectativas em cada domínio e comparada com a que a pessoa realmente possui.

A noção de que qualidade de vida é influenciada ou composta por vários domínios é confirmada pelos vários pesquisadores de saúde. Na pesquisa de Burckhardt (1989), foi perguntado aos 203 adultos com uma variedade de doenças crônicas, o que seria para eles qualidade de vida. Nas respostas obtidas podiam ser percebidos os mesmos domínios que Flanagan identificou, acrescido do domínio da preocupação para ficar independente.

No Brasil o pesquisador Rufino Netto (1994) se refere à qualidade de vida com:

Vou considerar como qualidade de vida boa ou excelente aquela que ofereça um mínimo de condições, para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas : viver, sentir ou amar, trabalhar, produzindo bens e serviços, fazendo ciências ou arte. Falta o esforço de fazer da noção um conceito e torná-la operativa.

É digno de nota, que já exista uma idéia geral de qualidade de vida, mas ainda não existe um conceito definido. Podemos observar que o autor afirma que a qualidade de vida existe em vários domínios e os indivíduos interrelacionam-se com esses domínios.

Stipp (1995) relatou, em sua dissertação, ao analisar pacientes com doença crônica, que a qualidade de vida tem a ver com fatores como: condição financeira, trabalho, relação interpessoal e estresse, fatores de risco cardiovasculares entre outros. Mais uma vez, podemos observar que a qualidade de vida é relacionada a vários aspectos da vida. Entretanto, a importância dos vários aspectos pode variar individualmente e, também, pode variar com tempo, quando as circunstâncias em relação às pessoas mudam.

No estudo de Martins e col (1996), os pesquisadores demonstraram que o bem-estar econômico é relacionado a uma boa qualidade de vida.

...a população pesquisada relaciona qualidade de vida principalmente ao bem-estar material (40,9%), explicitando itens como ter moradia, alimentação, segurança financeira e emprego. Este dado está certamente relacionado ao nível sócio-econômico dos entrevistados, dos quais 82,3 % possuíam rendimentos familiares de até 3 salários mínimos.

Em resumo, podemos dizer que, quando profissionais de saúde fazem pesquisa sobre o que é qualidade de vida, eles obtêm a mesma resposta entre os clientes e a população geral (que não está doente). Parece que qualidade de vida possui os mesmos conceitos básicos para todas as pessoas, entretanto, a importância relativa de vários domínios pode variar durante a vida ou com períodos de doença.

Farquhar (1995) construiu uma taxonomia de definições de qualidade de vida existente e tentou estabelecer uma classificação por categoria profissional ou por senso comum. A autora confirma que as definições existentes na literatura profissional podem ser divididas em quatro tipos. O primeiro tipo é composto por definições globais ou gerais; o segundo são as definições que dividem o conceito da qualidade de vida em várias partes ou dimensões; e o terceiro focaliza-se somente em um ou dois domínios. São esses dois últimos os mais usados, na pesquisa em saúde. O quarto tipo combina: tipo 1 com tipo 2.

Portanto, não é apropriado usar saúde como um substituto para o conceito de qualidade de vida, uma vez que qualidade de vida é mais que saúde. Por isso, para avaliar o conceito de qualidade de vida na perspectiva da saúde, o termo que tem sido mais utilizado neste cenário é qualidade de vida relacionada à saúde. O conceito de qualidade de vida relacionado à saúde também não é bem definido.

A Organização Mundial de Saúde - OMS (1948) define saúde como: “um estado de bem estar físico, psicológico e social e não, meramente a ausência de doença”.

Podemos notar que saúde não é somente um conceito meramente fisiológico e que, a Organização Mundial de Saúde tem uma visão holística, quando define saúde. Assim, abriu uma porta para os profissionais de saúde expandirem seu trabalho, não relacionado apenas com o aspecto físico do cliente, mas também relacionado com outros fatores não fisiológicos, como os sociais e psicológicos. Pela definição da OMS de que saúde não é somente a ausência de doença e o papel do profissional de saúde não é meramente tratar a doença mas também promover saúde, impõe a estes profissionais um papel importantíssimo na educação da prevenção de doenças.

Como não havia um conceito definido sobre a qualidade de vida, a Organização Mundial reuniu especialistas do mundo inteiro (the WHOQOL Group 1995) que definiram qualidade de vida como: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Este é uma definição bem abrangente que interrelaciona a pessoa com seu meio sócio-cultural, aspectos psicológicos e fisiológicos e reflete a subjetividade do conceito. O conceito de qualidade de vida relacionada à saúde envolve fatores biológicos como a severidade da doença e a importância dos sintomas e também o tratamento e seus efeitos colaterais. Esses fatores biológicos e do tratamento podem ser influenciados por outros fatores como os sociais e

psicológicos (por exemplo, a personalidade do paciente, educação, sexo etc.) Assim o resultado é uma diferença da importância dos sintomas, o bem estar percebido e a capacidade funcional que varia de paciente a paciente e com o tempo.(Dorian 2004)

No âmbito da saúde, o conceito da qualidade de vida é focalizado na promoção da saúde. A qualidade de vida relacionada à saúde deseja avaliar quais são as dificuldades que o indivíduo tem para conviver com alguma doença e a influência que o tratamento ou as intervenções têm nesta doença. Os profissionais de saúde podem influenciar diretamente na qualidade de vida relacionada à saúde, avaliando a doença, interferindo nas morbidades (aliviando a dor, o mal estar...) e avaliando as intervenções. (Minayo 2000).

Dorian (1999) define qualidade de vida relacionada à saúde como as conseqüências físicas, psicológicas, emocionais e sociais da doença e também a carga dos sintomas e o bem estar geral do indivíduo.

Importante é que exista um consenso entre os pesquisadores que a qualidade de vida relacionada à saúde é definida como a percepção subjetiva da saúde e do bem estar do paciente e que ela é multidimensional e muda com o tempo.

Medir a qualidade de vida relacionada à saúde.

Podemos avaliar a saúde utilizando três tipos de medidas: avaliação biológica, saúde geral e problemas e sintomas da doença específica. (Ware 2000)

Avaliação biológica da saúde é focalizada no físico e no funcionamento do sistema orgânico e dos órgãos. Essas medidas são geralmente usadas para fazer o diagnóstico e para monitorar os efeitos do tratamento. Podemos notar que várias medidas biológicas são associadas a uma doença específica (por exemplo, pressão arterial com hipertensão) (Ware 2000).

Globalmente, medidas gerais acessam aspectos de qualidade de vida relacionados à saúde que são relevantes, apesar das características individuais como: idade, sexo, doença ou

condição física. As medidas gerais avaliam pelo menos quatro conceitos: funcionamento físico, saúde mental, função social e percepções de saúde geral. Essas avaliações gerais não são específicas para doenças ou procedimentos. As medidas de função física são focalizadas em limitações e capacidades que são comuns no dia a dia como auto-cuidado, andar, levantar objetos. Outras medidas de função física avaliam dor. Avaliações de saúde mental focalizam na frequência e intensidade do estresse, angústia psicológica. Avaliações de funcionamento social investigam a frequência e intensidade de contatos e relações sociais e a capacidade de interagir socialmente. Um questionário compreensivo e validado tem que refletir os valores e preferências do indivíduo. Os questionários gerais de saúde são os mais genéricos de todos e as avaliações do estado de saúde refletem as percepções e opiniões pessoais da saúde na sua totalidade. Essas avaliações dão uma boa idéia sobre saúde geral e refletem o impacto dos sintomas específicos, entretanto, eles não refletem todos os aspectos de uma doença específica (Dijkers 2003).

A maioria das pesquisas estão focadas em um determinado grupo, e assim eles geralmente combinam as avaliações gerais com as avaliações específicas para doenças ou condições. Essas avaliações são específicas para uma doença ou condição. Elas avaliam a perspectiva do paciente sobre alguns aspectos dessa condição ou o efeito dessa doença sobre a saúde em geral. Os questionários específicos podem ser focalizados em funções que são afetadas pelas doenças ou a experiência dos sintomas que são associados com o tratamento (por exemplo, os pacientes com câncer que tem náusea e vômito) (Dijkers 2003).

Propriedades Psicométricas dos instrumentos.

Vários fatores afetam a seleção de um instrumento apropriado para a análise da qualidade de vida relacionada à saúde, pois o mais adequado será aquele que melhor medir a situação pretendida. Para tal devem ser verificadas as propriedades psicométricas de cada

instrumento, ou seja, a reprodutibilidade, a validade, a responsividade, a sensibilidade e a utilidade prática do questionário em questão. (Harrison 1996)

1. A confiabilidade:

A confiabilidade tem o significado de obter-se o resultado que foi produzido de forma real e verdadeira. Para isso temos que provar que o resultado pode ser repetido, portanto, pode ser reproduzido. Não é considerado eficiente que tenhamos um resultado que não possamos mais reproduzir. A chance de estarmos mais próximos da certeza aumenta, quando obtemos o mesmo resultado de forma repetida, após várias aplicações em um mesmo paciente, submetido à mesma condição (Richardson 1999).

Os aspectos da confiabilidade mais importantes são estabilidade, equivalência e a consistência interna (Polit 2005).

A estabilidade é até qual ponto obtemos os mesmo resultados de um instrumento, quando ele é usado nas mesmas pessoas, em momentos diferentes (Polit 2005). A estabilidade pode ser medida com o método de teste/reteste que se refere à correlação entre escores ou valores de duas aplicações do mesmo teste ao mesmo grupo de sujeitos (Richardson1999). O problema do procedimento do teste/reteste é que os dois testes não podem ser vistos independente devido à prática e/ou recordação. Quanto maior o intervalo de tempo entre o teste e reteste, menor será o risco de efeito de memória, e maior o risco de ocorrer eventos que possam mudar a opinião dos entrevistados. Alternativamente o comportamento da pessoa pode ser mudado pela primeira aplicação e o segundo teste pode refletir o efeito de memória, prática, tédio... (O'Connor 1993)

A equivalência é a consistência entre os vários observadores, usando os mesmos instrumentos. Um instrumento mostra equivalência quando dois ou mais observadores concordam com uma percentagem alta, nas observações feitas independente (Polit 2005).

Um instrumento tem consistência interna quando todos os itens medem o mesmo conceito (características). Um das possibilidades para medir consistência interna e a divisão do teste em dois, dividindo os itens de cada domínio. As duas metades têm os escores obtidos e o coeficiente de correlação computado entre os dois escores (O'Connor 1993, Richardson 1999). Se os dois testes medem os mesmos conceitos, o coeficiente de correlação é alto (valores entre 0,00 e 1,00). (Polit 2005).

2. A validade :

A validade de um instrumento de medida refere-se a avaliar acuradamente o que ele se propõe a medir. Quando um instrumento é válido, ele reflete o conceito que ele quer medir (Hulley 2001).

Os tipos de validade mais usados são: validade aparente (validade de face), validade relacionado a critério, validade de conteúdo e validade de construto.

Validade aparente é quando o instrumento parece que esta medindo o conceito apropriado que ele se propoe a medir. Validade relacionada a critério é caracterizada numa relação entre os escores de um instrumento e algum critério externo. O instrumento é válido quando, o escore do instrumento de um indivíduo e o comportamento dele são relacionados. Duas formas de validade relacionada a critério são: validade preditiva e validade concorrente. Validade concorrente mostra a capacidade de um instrumento de distinguir entre pessoas que são diferentes em algum critério no momento presente. Validade preditiva mostra a capacidade de um instrumento de distinguir entre os desempenhos de pessoas baseados num critério futuro (Richardson 1999, Polit 2005).

Validade de conteúdo envolve a examinação sistemática do conteúdo do teste para determinar se ele cobra uma amostra representativa do domínio de comportamento a ser mensurado. O propósito de validade de conteúdo é avaliar se os itens realmente representam o

domínio de interesse. (O'Connor 1993) Não existem métodos objetivos para medir a validade de conteúdo. A validade de conteúdo é medida através de especialistas da área pesquisada, que dão opinião subjetiva sobre o conteúdo do instrumento (Polit 2005).

Segundo Richardson (1999), a validade de construto refere-se à validação de uma teoria ou um conceito. Assim, um construto (atributo ou qualidade hipotética) pode ser considerado como uma hipótese ou explicação de algum tipo de comportamento. A validade de construto tenta validar a teoria em que o instrumento se baseia e isto pode ser feito com a aplicação do instrumento em grupos com características diferentes. Se não aparece a diferença entre os grupos nos resultados, pode ser questionada a validade do instrumento. Também pode ser aplicado um teste estatístico, a análise fatorial, para identificar os vários itens relacionados de um componente (Polit 2005).

3. A responsividade :

A responsividade é a medida de associação entre as mudanças observadas e o verdadeiro valor da questão. Responsividade é muitas vezes avaliada como a mudança de uma variável, quando tem evidência que tem uma conexão entre a variável e a mudança observada. (Testa 2004)

4. A sensibilidade:

A sensibilidade se refere à habilidade das medidas em refletir mudanças verdadeiras na qualidade de vida relacionada à saúde. Os números de níveis que uma medida de qualidade de vida tem são importantes para distinguir os pacientes e mudanças com o tempo. Podemos considerar um item que tem somente 2 níveis para medir : posso andar e não posso andar. A maioria das pessoas iria assinalar a primeira possibilidade (posso andar). Alguma diferença na habilidade de andar não seria notada, a não ser que de uma hora para outra ele não pudesse mais andar. Mas se tivermos um item de andar com 4 níveis, como 1) posso andar sem dificuldade,

2) possa andar com pouca dificuldade, 3) posso andar com muita dificuldade. 4) não posso andar. Mais níveis disponíveis para medir um item, maior é a possibilidade de distinguir diferenças entre os pacientes e medir mudança com o tempo (Ware 2000).

5. Especificidade :

Específico : “que é exclusivo de uma coisa ou espécie” (Koogan 2000). A qualidade de vida relacionada à saúde existe em varios domínios que são mensurados usando vários itens como o questionário genérico o SF 36. Mais os domínios e itens podem não ser relevantes para a qualidade de vida vivida. Instrumentos específicos de qualidade vida relacionada à saúde focaliza nos sintomas ou domínios que são afetados pela doença. São estes sintomas e/ou problemas funcionais que afetam os pacientes com esta doença. Em comparação com os instrumentos genéricos, os instrumentos específicos partem para a individualização (Dijkers 2003).

CAPÍTULO III : Metodologia

Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo quantitativo, que segundo Richardson (1999), como o próprio nome indica, caracteriza-se pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento dessas através de técnicas estatísticas, desde as mais simples, como: percentual, média, desvio-padrão, às mais complexas, como coeficiente de correlação, análise de regressão, etc. O método quantitativo representa, em princípio, a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e interpretação, possibilitando, conseqüentemente, uma margem de segurança quanto às inferências (Richardson 1999).

Este estudo é uma pesquisa prospectiva com avaliação antes e após uma intervenção (Polit 2005). O desenho do estudo é longitudinal, onde são coletados os dados das mesmas pessoas duas vezes e comparadas entre eles próprios. A limitação da pesquisa antes e após é que o tempo da observação pode não ser suficiente para fazer a correlação entre a variável dependente (qualidade de vida) e a variável independente (procedimento ablativo). Também por não ter um grupo de controle, não podemos ter certeza de que a variável independente foi responsável pela mudança observada na variável dependente (Polit 2005). Temos que perguntar se existe um possível fator externo que possa influenciar a qualidade de vida e se as mudanças observadas na qualidade de vida poderiam ter ocorrido sem que os pacientes tivessem feito o procedimento. O tempo de pesquisa de 3 meses nos permite reforçar a idéia de que a mudança observada ocorreu por causa da intervenção.

População e amostra

A população foi constituída por pacientes portadores de FA paroxística, persistente com indicação para ablação por catéter. A indicação do procedimento nesses pacientes foi devido ao índice de êxito em torno de 70 % (Capotto 2005).

Constituíram a amostra para este estudo todos os pacientes em acompanhamento ambulatorial, no setor de eletrofisiologia clínica, que apresentaram FA documentada em eletrocardiograma, sintomática ou não; alfabetizados ou não, durante um período de três meses, que concordaram através de consentimento livre e informado em participar deste estudo (conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde). Esses pacientes concordaram em submeter-se à ablação por catéter como tratamento para sua fibrilação atrial, após explicação oral de possíveis complicações.

Foram excluídos os pacientes que não concordaram em participar, aqueles com perda importante de memória ou com doença demencial, e aqueles que não compareceram por qualquer motivo, na segunda visita de seguimento. Foram excluídos em total 3 pacientes da pesquisa, porque não compareceram para preencher os questionários da qualidade de vida, após 3 meses.

Local da aplicação do questionário

Os questionários foram aplicados no setor de arritmia cardíaca de um hospital público federal, especializado em cardiologia, no Rio de Janeiro onde o paciente foi recebido, alguns dias antes, precedendo a internação para fazer o procedimento.

Instrumento de coleta de dados

Aplicação prospectiva dos questionários SF 36 e QVFA nos pacientes selecionados, antes da ablação nos meses de março, abril e maio e com 3 meses após o procedimento de

ablação nos meses de junho, julho e agosto. A aplicação foi feita através de entrevista em ambiente tranqüilo. Foram registrados os dados sócio-demográficos como: sexo, idade, ganho salarial, escolaridade e variáveis clínicas relevantes de todos os pacientes a cada visita do acompanhamento.

O SF – 36 (*The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey*) é o questionário genérico mais utilizado na literatura mundial para avaliar qualidade de vida em pacientes com fibrilação atrial (Grönefeld 2003) e há cinco anos foi traduzido e validado para o português. (Cicconelli 1999). O SF 36 avalia 8 domínios que podem ser divididos em dois grandes componentes : o físico e o mental. O componente físico envolve a capacidade funcional, os aspectos físicos, a dor e o estado geral da saúde. O mental abrange a saúde mental, os aspectos emocionais, sociais e a vitalidade.

A avaliação do questionário SF 36 é expresso em números de 0 até 100, com 100, representando o melhor resultado. Isso quer dizer que resultados mais altos nos componentes capacidades funcionais implicam um melhor funcionamento. Um resultado mais alto no componente mental implica um melhor estado psicológico.

Utilizamos também um questionário específico para avaliar a qualidade de vida em portadores de FA, desenvolvido na Escola Paulista de Medicina. Os componentes deste questionário são: palpitação, dispnéia, precordialgia, tontura e perguntas sobre medicação, cardioversão elétrica e ablação. O questionário QVFA também é expresso em números de 0 até 100, com 0 representando um melhor resultado, um melhor qualidade de vida (Bragança 2003).

Questionários genéricos

Avaliações gerais de saúde são medidas através dos dados obtidos a partir de questionários realizados aos pacientes. As perguntas contidas nesses questionários referem-se a

aspectos distintos de sua saúde e oferecem algumas opções de respostas. Devido ao fato dessas perguntas serem padronizadas, as escolhas das respostas são oferecidas e a pontuação dessas respostas é aferida, permitindo a interpretação possível desses questionários.

O tamanho do questionário e o tempo de que o paciente precisa para completar o questionário é importante. Resultados de outras experiências sugerem que o questionário ideal é aquele que pode ser preenchido em 10 minutos ou menos (Stewart-Ware 1992). Isso quer dizer que um questionário pode existir com mais ou menos 50 itens.

Tem sido feito um esforço para desenvolver e testar formas curtas de questionários relacionados à saúde. Os mais conhecidos são o Duke Health Profile, o Medical Outcomes Study SF-20, SF -36 e SF -12.(Ware 2000) A versão WHOQOL-100 da Organização mundial de saúde é longa e eles desenvolveram uma versão mais curta do questionário genérico WHOQOL-100 que é o WHOQOL-BREF e consiste em 26 perguntas (WHOQOL 1998).

O SF 36 : QUESTIONÁRIO GENÉRICO

Com a demanda crescente para questionários curtos para avaliação de qualidade de vida relacionada à saúde foi construído o questionário SF 36. O SF 36 é um instrumento genérico que engloba 8 componentes. Ele foi usado em pesquisas de populações gerais e específicas, para comparar a carga da doença e diferenciar os benefícios produzidos pelos diferentes tratamentos.

1 . Construção do SF 36

O SF 36 foi construído para satisfazer os critérios psicométricos necessários para fazer comparação de grupos. As oito dimensões foram escolhidas entre 40 conceitos como resultado de uma pesquisa “ Medical Outcomes Study”. Estes conceitos escolhidos representam os conceitos mais frequentemente medidos e mais afetados pela doença e pelo tratamento (McHorney 1994).

2. Os componentes :

O SF 36 é um questionário multidimensional que é formado por 36 perguntas e engloba oito componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental (Ware 2003).

Capacidade funcional : Os 10 itens da “capacidade funcional” questionam até que nível existe limitação para o entrevistado realizar atividades físicas. Esses itens representam uma variação de atividade e permite detectar as limitações relativas como severas ou menos severas. Existe uma possibilidade de responder em três níveis para todo item que pode capturar a presença e extensão da limitação física.

Aspectos físicos : Os 4 itens, que integram o componente “aspectos físicos”, questionam os entrevistados até que nível a saúde física limita seu trabalho ou outras atividades, se existe diminuição do tempo que ele se dedica ao trabalho ou em relação a outras atividades ou dificuldades de realizar seu trabalho. O item que aqui se refere ao trabalho ou outras atividades pode ser aplicado em estudantes, aposentados e outras pessoas que tem mais de uma atividade profissional.

Dor : Os dois itens do componente “dor” obtém informações sobre a frequência da dor ou o desconforto e a interferência deste nas atividades normais.

Estado geral da saúde : Os cinco itens do componente “estado geral da saúde” visa a avaliar a saúde atual dos entrevistados, a sensibilidade dele ao adoecer e sua expectativa para a saúde, no futuro. O resultado desse componente fornece uma boa idéia sobre o estado de saúde em geral e, reflete o impacto de sintomas específicos e outros estados de saúde presentes entretanto não capturados pelos outros componentes.

Vitalidade : Os quatro itens no componente “vitalidade” capta mudanças no bem estar subjetivo, porque questiona com qual frequência os entrevistados sentem cansaço ou possuem energia.

Aspectos sociais : Os dois itens no “aspectos sociais” avaliam sobre o impacto da saúde física ou problemas emocionais nas atividades sociais normais. Os entrevistados são levados através das perguntas a indicar algumas limitações sociais em função do estado de saúde. Assim obtém-se uma variação menor, porque é excluído fatores que não são relacionados à saúde.

Aspectos emocionais : Os três itens no componente dos “aspectos emocionais” visam a perguntar se os entrevistados trabalham menos, limitando suas atividades por causa de problemas emocionais. Visa também a avaliar se esses aspectos determinaram uma perda na qualidade ou na quantidade de tempo gasto, para exercer suas atividades. Este componente pode ser aplicado para os vários níveis de atividade, desde o estudante até o aposentado.

Saúde Mental : Os cinco itens no componente da “saúde mental” visam a identificar com que frequência os entrevistados apresentam sentimentos como nervosismo, depressão, bem estar psicológico e controle emocional.

Mudança em saúde : Objetiva pontuar a saúde geral comparada com o ano prévio.(McHorney 1994)

Tabela 1 : O questionario SF 36

Itens	Dimensões	Componente
3a atividades vigorosas 3b atividades moderadas 3c levantar/carregar mantimentos 3d subir vários lances 3e subir um lance 3f curvar-se, ajoelhar-se 3g andar mais 1 km 3h andar vários quarteirões 3i andar um quarteirão 3j tomar banho, vestir-se	Capacidade Funcional	Componente físico
4a diminuir quantidade de tempo 4b realizar menos 4c limitado em tipo de trabalho 4d ter dificuldade	Aspectos Físicos	
7 magnitude do dor 8 interferência do dor	Dor	
1 avaliação da saúde 11a adoecer mais fácil 11b tão saudável como 11c piorar da saúde 11d saúde excelente	Estado Geral da Saúde	
9b nervoso 9c deprimido 9d calmo 9f desanimado 9h feliz	Saúde mental	
5a diminuir tempo 5b realizar menos 5c cuidado	Aspectos emocionais	
6 extensão social 10 tempo social	Aspectos Sociais	
9 a vigor/força 9e energia 9g esgotado 9i cansaço	Vitalidade	

Fonte : McHorney CA 1994.

3. Tradução

O questionário SF 36 foi traduzido para ser usado em mais de quarenta países entre eles : Argentina, Áustria, Bangladesh, Brasil, Bulgária, Cambodja, Chile, China, Suíça, Singapore, Rússia etc..

Aqui, no Brasil, o questionário SF 36 foi traduzido e validado para o português por Ciconelli (1999). O questionário foi traduzido em 3 etapas.

Na tradução inicial, a versão em inglês do SF 36 foi traduzido para o português, por dois brasileiros professores de inglês, com ênfase, nos conceitos. Foram comparados, em caso de diferenças das traduções foram realizadas modificações, até se atingir o objetivo de se obter uma única versão em português (1a etapa-tradução).

A tradução inicial do português foi traduzida para o inglês por dois americanos, professores de inglês (retrotradução/backtranslation). Depois da tradução feita, uma comparação entre as duas versões e o questionário original em inglês foi realizada. As diferenças foram discutidas e quando necessário foram corrigidas para versão em português, chegando-se a segunda versão em português (2 etapa).

Na terceira etapa o instrumento foi aplicado em 20 pacientes com artrite reumatóide. Em cada questão da versão 2 foi acrescentada “não aplicável”, para identificar perguntas que não fossem compreendidas ou atividades não realizadas comumente pela população brasileira . As perguntas que obtiveram uma resposta “não aplicável”, maior que 15 % foram re-avaliadas e alteradas. Assim foi produzida a versão 3 em português, que novamente foi aplicada a um grupo de 20 pacientes.

A reprodutibilidade do questionário SF 36, em português foi feita através de 3 entrevistas aplicado em 50 pacientes.

Avaliou-se a validade do SF 36, através da verificação da correlação com os parâmetros clínicos, geralmente, utilizados com pacientes com artrite reumatóide. A conclusão de Cicconelli (1999) foi que a tradução do SF 36 para o português e a adequação às normas culturais e sócio-econômicas da população brasileira, bem como a reproduzibilidade e validade demonstradas neste questionário, permitem usá-lo, para avaliar a qualidade de vida dos pacientes com artrite reumatóide ou outras doenças, no plano assistencial ou em pesquisa.

4. Administração do SF 36 :

O questionário SF 36 pode ser preenchido pelo próprio entrevistado, ou por um entrevistador de forma pessoal, ou por telefone, incluindo pessoas com 14 anos ou mais. O preenchimento do questionário consome pouco tempo e pode ser feito em 5 a 10 minutos.

5. Cálculo do escore do SF 36

O cálculo do escore do SF 36 é feito em três etapas. Primeiro, estabelecemos a correspondência de cada questão ao respectivo domínio. No próximo passo, transformamos os valores dos 36 itens em valores verdadeiros. Algumas questões têm o valor invertido como, por exemplo, a questão número 6 que junto com a questão 10 faz parte do domínio “aspectos sociais”. A questão número 6 tem cinco alternativas como resposta com números de 1 à 5, onde a resposta 1 vale 5 pontos; a 2 vale 4 pontos; a 3 vale 3 pontos; a 4 vale 2 pontos e a 5 vale 1 ponto. A questão número 10 tem os valores correspondentes com as respostas então, a resposta 1 vale 1 ponto etc.

Depois da recodificação, somamos os valores das questões referentes a cada domínio, obtendo assim, um certo valor para cada domínio individual.

Na terceira etapa, acontece a transformação de cada valor para uma escala de 0 a 100. Para esta transformação usamos o valor obtido, o valor mínimo e a variação entre o valor mínimo e o valor máximo que podem ser obtidos para cada domínio.

$$\text{Exemplo cálculo item} = \frac{[\text{Valor obtido} - \text{Valor mais baixo}]}{\text{Variação}} \times 100$$

Por exemplo, o domínio aspectos sociais: valor obtido : 8, valor mais baixo 2, variação 8 (valor máximo 10 – valor mínimo 2) $\frac{[8 - 2]}{8} \times 100 = 75$

Cada valor do item representará: quanto maior for o valor obtido corresponderá a um melhor estado de saúde e um valor menor corresponderá a um pior estado de saúde.

Questionários específicos.

Os instrumentos específicos avaliam de forma individual e específica determinados aspectos da qualidade de vida, relacionada à saúde. Eles são desenvolvidos para avaliar determinada doença, como, diabetes mellitus, determinada população, como, idosos ou para avaliar determinadas funções com capacidade física, emocional etc. As vantagens desses questionários específicos são que eles são clinicamente mais sensíveis, porque são focados mais na área que é relevante para aquela determinada população. Esses questionários específicos podem ser mais responsáveis, ou seja, eles detectam mais as mudanças, num determinado período de tempo e assim, podem avaliar intervenções específicas para essa doença.

Os questionários específicos são limitados em termos de população e intervenções. Como eles são desenvolvidos, para avaliar certos domínios relevantes a doença ou população, não podem ser usados, na população geral e também não podem ser usados, para fazer comparações entre certas populações ou doenças (Ciconelli 2003).

QVFA

Vários instrumentos ou questionários têm sido utilizados na avaliação da qualidade de vida de pacientes com fibrilação atrial no exterior. O questionário genérico mais utilizado é o SF 36, como, podemos verificar em vários estudos feitos.(Dantos 2003) Existem alguns questionários específicos construídos, especificamente, para avaliar a qualidade de vida para pacientes com fibrilação atrial como: o questionário “Atrial Fibrillation Symptom Frequency and Severity Checklist” (Jenkins 1993).

Aqui, no Brasil, não existia até bem pouco tempo um questionário específico, entretanto, na Escola Paulista de Medicina, foi desenvolvido um questionário específico para esse tipo de paciente. O questionário é composto de sete componentes e 22 itens. Os componentes deste questionário são perguntas direcionadas para os sintomas e terapêutica mais comum para este tipo de arritmia como: palpitação, dispnéia, precordialgia, tontura e perguntas sobre medicação, cardioversão elétrica e ablação.(Bragança 2003)

Calculo do escore QVFA

Para calcular o escore de questionário QVFA, temos que relacionar cada resposta dada ao valor correspondente. As várias opções de cada pergunta são expressas em letras, cada letra representando um certo valor. No passo seguinte, somamos os valores de cada domínio, assim nos dando um valor total para cada domínio separado. Na última etapa, podemos obter um valor total, somando todos os domínios em que um valor mais baixo obtido significa um estado de saúde melhor e um valor mais alto implica em uma qualidade de vida pior.

Tabela 2 : O questionário específico QVFA

Itens	Componentes
1. frequência da palpitação 2. aparece com 3. duração da palpitação 4. quando começou o ultima palpitação 5. atrapalha	I Palpitação
6. como é 7. outros sintomas 8. atrapalha	II Dispneia
9. começou ao mesmo tempo palpitação 10. aparece com 11. outros sintomas 12. atrapalha	III Precordialgia
13. tipo de tontura 14. outros sintomas 15. atrapalha	IV Tontura
16. tratamento de arritmia 17. melhorou/piorou 18. atrapalha	V Medicação
19. cardioversão elétrica 20. melhorou/piorou	VI Cardioversão elétrica
21. ablação 22. melhorou/piorou	VII Ablação

Fonte : Bragança 2003

Tratamento dos dados:

Foi feita análise estatística das variáveis contínuas que serão apresentadas como média ± 1 desvio padrão. Variáveis contínuas são variáveis numéricas, quer dizer é possível ter uma grande variedade de valores como, por exemplo, a pressão arterial, o débito cardíaco ou os resultados de questionários de qualidade de vida. Desvio padrão é a medida mais freqüente usada de variabilidade. É uma medida do desvio médio dos valores da média e assim, sempre, devem ser reportados à média. Levam em considerações todos os valores e pode ser usado para interpretar resultados individuais.

Estas variáveis foram comparadas pelo teste de Willcoxon. As variáveis a serem estudadas não possuem distribuição normal, no lugar de teste “t” pareado, utilizamos o teste de Willcoxon. Se as variáveis possuem distribuição normal, será usado o teste “t”, fazendo comparações entre duas populações. Nesta pesquisa, o mesmo indivíduo será observado duas vezes: uma vez antes, e três meses pós procedimento. A tal fato chama-se de observação pareada.

Para rejeição da hipótese nula foram considerados valores de $p < 0,05$. O termo hipótese nula é um termo proposto por Pearson e representa a hipótese que o pesquisador deseja refutar em seu trabalho (Guyatt 1995). Na maior parte das vezes esta corresponde à ausência de diferença entre os dois ou mais grupo do experimento. O valor de “p” representa a probabilidade de encontrarmos dados semelhantes ao do nosso experimento e a hipótese nula ser verdadeira. Quanto menor o valor do “p”, menor a chance da diferença acontecer com hipótese nula, sendo verdade. Os resultados que são menores que $p < 0,05$ são considerados estatisticamente significativos, num nível de significância de 5 %. Estatisticamente significativo quer dizer que um resultado é suficientemente improvável, para rejeitar a hipótese nula (Guyatt 1995).

Os intervalos de confiança foram calculados com probabilidade de 95%. Pesquisa clínica dá um “ponto estimado” de efeito na amostra de pacientes. O intervalo de confiança expressa o grau de incerteza ou imprecisão do ponto estimado na população de onde veio a amostra. O intervalo de confiança em si representa uma variação de valores extremos concistentes com os dados experimentais que provêm a medida de imprecisão ou incerteza. Em outras palavras, intervalo de confiança nos provém com a “vizinhança”, a qual o valor correto é mais provável de residir. Estudar com intervalo de confiança nos ajuda a fazer inferências sobre a população desses pacientes.

A estatística transforma os dados coletados em informações que são interpretados no contexto pesquisado. Os resultados estatísticos encontrados são uma parte de informação dos resultados da pesquisa e são interpretados, comparando com os resultados de pesquisas, teorias e experiências anteriores.

A estatística faz a generalização dos dados da amostra, utilizando um raciocínio indutivo, portanto a amostra é uma fonte de informação sobre a população em estudo.(Marasciulo 1998).

CAPÍTULO IV : Estudo eletrofisiológico e ablação por cateter

O laboratório de eletrofisiologia :

O estudo eletrofisiológico é um exame invasivo realizado, através de introdução de catéteres por vias venosa e arterial, que visa elucidar o mecanismo e identificar o local de arritmias cardíacas. Durante o estudo eletrofisiológico é possível reproduzir taquiarritmias clínicas e aferir o nível de bloqueios no sistema de condução, propiciando a indicação de orteses como: marcapasso e desfibrilador. Para sua realização é necessário um profissional treinado e qualificado e autorizado pelo departamento de arritmias e eletrofisiologia clínica da Sociedade Brasileira de Cardiologia.

O exame é realizado, em uma sala de hemodinâmica ou no centro cirúrgico, sob cuidados de assepsia e antisepsia e com equipamento de emergência para ressuscitação cardiopulmonar. É necessário a utilização de um equipamento de fluroscopia, com alta resolução, capaz de permitir a visibilização da área cardíaca e campos pleuro-pulmonares em diversos planos. Incidências radiológicas antero-posterior, oblíquas anterior esquerda e direita são fundamentais para definir a anatomia e aferir a localização de vias acessórias, circuitos atriais e ventriculares, responsáveis por taquiarritmias supra -e ventriculares. Equipamentos específicos para o estudo eletrofisiológico incluem um polígrafo de eletrofisiologia com sistema de multicanais intracardíacos e das 12 derivações do eletrocardiograma de superfície para a aquisição, gravação e impressão de traçados eletrofisiológicos, estimulador programável e catéteres-eletrodos.

No sistema de aquisição de dados, o computador grava e registra o eletrocardiograma de superfície e eletrocardiograma intracardíaco. Os sinais intracardíacos podem ser adquiridos como unipolares ou bipolares. Esses sinais são mostrados em tempo real e podem ser registrados

em diferentes velocidades (25, 50, 100, 300 mm/segundos) para permitir a análise detalhada de arritmias, no momento do exame ou em qualquer momento posterior (Fagundes 1997).

Entre os profissionais necessários para fazer um estudo eletrofisiológico incluem-se um cardiologista com treinamento em eletrofisiologia cardíaca, um anestesista, um a dois enfermeiros com experiência em equipamento do laboratório e a administração de drogas anti-arrítmicas. Todos devem ser treinados em manobras de ressuscitação.

Abordagem do paciente :

A preparação do paciente pode variar um pouco, dependendo de que tipo de estudo será realizado. Todos os pacientes devem ter conhecimento de todas as etapas do procedimento, preenchendo um formulário de consentimento escrito, listando os benefícios e suas complicações.

O estudo eletrofisiológico é realizado em jejum de 8 horas, com retirado das drogas antiarrítmicas, por no mínimo, duas meias vidas. O tratamento da insuficiência cardíaca e isquemia devem ser otimizados, antes do procedimento, bem como o controle de eletrólitos do paciente.

A inserção e posicionamento dos catéteres :

O paciente é levado para o laboratório de eletrofisiologia e os locais de punção são preparados. A maioria dos estudos eletrofisiológico podem ser feitos, utilizando-se somente o sistema venoso, não se necessitando do acesso arterial. Em condições de assepsia e anti-sepsia e em estado pós-absortivo, realiza-se anestesia local ou sedação. A enfermeira deve manter-se próxima ao paciente, explicando todas as etapas do procedimento, diminuindo sua ansiedade e transmitindo confiança.

A via de acesso é feita através das veias femorais. A técnica de Seldinger modificada é usada para punção venosa, permitindo assim, a inserção de vários catéteres-eletrodos, posicionando-os no átrio direito, feixe de His e o ventrículo direito. A via de acesso, via veia

jugular, facilita o posicionamento do catéter e sua entrada no seio coronário, para mapear o átrio esquerdo e a porção posterior basal do ventrículo esquerdo. Quando existe necessidade de acesso ao ventrículo esquerdo, o arteria femoral é normalmente usado. Com uso de fluoroscopia, os catéteres são posicionados até o local alvo do coração, guiando-se também pelos eletrogramas intracardíacos. (Fagundes 1997)

No átrio direito, o catéter geralmente é posicionado na parede lateral alta, perto da desembocadura de veia cava superior. Essa posição é próxima da localização do nó sinusal, sendo a primeira região que se despolariza, durante ritmo sinusal. A estimulação do átrio nessa região mostra uma onda P, semelhante à onda P do ritmo sinusal. O acompanhamento através da monitorização cardíaca é importante.

O registro ou a estimulação do átrio esquerdo é realizado através do catéter posicionado no seio coronário. O ostio do seio coronário é posterior e inferior em relação a válvula tricúspide. O seio coronário é localizado, no sulcus atrioventricular, entre o átrio esquerdo e o ventrículo esquerdo. O cateter posicionado, no seio coronário, registra potenciais do átrio esquerdo e do ventrículo esquerdo. É possível à estimulação do átrio esquerdo pelo catéter do seio coronário. A enfermeira deve ter sempre atenção rigorosa, quanto às possíveis intercorrências. Tendo um domínio sobre o assunto, através da avaliação clínica, a enfermeira poderá ser capaz de observar a presença de sinais que indiquem possíveis disfunções, tamponamento, arritmias malignas necessitando cardioversão.

Os catéteres, no ventrículo direito, são geralmente posicionados no ápice e no trato de saída para estimulação e registro de potenciais. Entretanto, algumas taquicardias ventriculares originam-se, no ventrículo esquerdo e, sua indução depende da estimulação desta câmara (Scanavacca 1997).

O potencial do feixe de His é necessário para aferição da condução atrioventricular. Para obter-se o registro do potencial do feixe de His, um catéter diagnóstico é posicionado, na região antero-septal da válvula tricúspide. O catéter é manobrado, durante registro contínuo dos eletrogramas, até obter-se o eletrograma do feixe de His. Ao nível do feixe do His, podemos registrar a atividade elétrica do átrio direito (A), do feixe de His (H) e uma porção do ventrículo direito (V). Desta forma, o intervalo AH representa a condução pelo nó AV e o intervalo HV a condução pelo His-ramos. Uma vez que todos os catéteres estejam em posição, os diversos pares de eletrodos são conectados, para registro e estimulação. A precisão da atuação da enfermeira, durante cada etapa do procedimento, contribui para o sucesso do mesmo.

Protocolo básico do estudo eletrofisiológico :

O protocolo usado, nos estudos eletrofisiológicos, varia de acordo com a especificidade do exame, mas a maioria destes procedimentos segue uma rotina semelhante, como a seguir :

1. Medir os intervalos básicos de condução atrioventricular e intraventricular
2. Estimulação atrial para :
 - a. avaliar a automacidade e a condução do nó sinusal
 - b. avaliar a condução do nó AV e sua refratariedade
 - c. avaliar a condutividade e refratariedade do sistema His-Purkinje
 - d. indução de arritmias atriais
3. Estimulação ventricular com objetivo de :
 - a. avaliar a existência de condução retrógrada pelo nó AV ou por uma via acessória
 - b. indução de arritmias ventriculares
4. testar o efeito de drogas

INDICAÇÕES PARA ESTUDO ELETROFISIOLÓGICO

A. Indicações clínicas

1. Pacientes com palpitações não esclarecidas
2. Pacientes com síncope inexplicada
3. Estratificação de risco de morte súbita
4. Avaliação eletrofisiológica em pacientes recuperados de parada cardíaca

B. Indicações por arritmias documentadas

1. Avaliação eletrofisiológica em pacientes com bradiarritmias
2. Avaliação eletrofisiológica em pacientes com taquicardia com QRS estreito
3. Avaliação eletrofisiológica em pacientes com taquicardia com QRS largo

Ablação por catéter

A ablação por catéter do His, nó AV ou de vias acessórias encontra-se disponível para o tratamento de taquicardias supraventriculares sintomáticas que são resistente a drogas. Vedel (1979) relatou o primeiro bloqueio AV de ocorrência acidental, durante uma cardioversão, quando a energia foi conduzida através de catéter-eletródo que estava posicionado na região de feixe de His. Posteriormente Gallager e Scheinman em 1982, produziram BAV intencional em pacientes com taquicardia supraventricular resistente à droga. Durante um estudo eletrofisiológico diagnóstico, um choque elétrico foi aplicado utilizando-se um catéter eletródo posicionado no feixe de His conectado a um desfibrilador externo. Após a indução de BAVT, um marcapasso definitivo era implantado. Entretanto, já nesta época, percebeu-se que a energia de corrente direta produzia lesões extensas com potencial efeito arritmogênico. Quando a energia de corrente direta era dada, ela produzia uma explosão, com formação de gás. As complicações que

ocorreram foram secundárias ao barotrauma produzido e incluíram tamponamento cardíaco. Além disso, a aplicação é muito dolorosa e deve ser usada anestesia geral.

Em 1983, foi descrito o primeiro tratamento de um paciente com síndrome de Wolf Parkinson White, usando a ablação por catéter com energia de corrente direta. A via acessória foi interrompida com posicionamento de um eletrodo tripolar a nível da região atrioventricular direita (Weber 1983).

A energia de radiofrequência para realizar ablação de via acessória foi usada, pela primeira vez, em 1986 (Borggreffe 1987). No mesmo ano, foi utilizado o mesmo tipo de energia para ablação de um paciente com taquicardia ventricular. Nesses procedimentos a energia liberada foi de até 50 watts fornecida da mesma maneira que a energia por corrente direta. Um eletrodo unipolar e um eletrodo de referência, no peito, foram utilizados e a energia de radiofrequência aplicada, com uma média de 10 a 90 segundos, tempo bem superior que o fornecido com a corrente direta, de alta energia. Diferente da energia de corrente direto, a necrose produzida pela radiofrequência mostrou-se bem localizada (Hindricks 1992). Devida a esta, a ablação por radiofrequência tem menos riscos de complicações. A energia de radiofrequência produz calor, na interface do catéter com o tecido cardíaco, causando necrose térmica. Ela não produz uma explosão, por isso, pode ser aplicada com mais segurança. A energia de radiofrequência não estimula nervos ou músculos, por isso é, geralmente, indolor não precisando sedação, com exceção da ablação do flutter atrial. A lesão produzida por energia de radiofrequência é pequena e homogênea e, por isso, não é arritmogênica. Desde sua introdução, em 1987, a ablação por radiofrequência tem substituído a ablação por corrente direta. A ablação por catéter é atualmente a terapia de escolha para pacientes com taquicardias paroxísticas, incluindo a síndrome de pre-excitação, taquicardia AV nodal e flutter atriais (Kuck 1991, Jackman 1991).

No Brasil, os primeiros centros de eletrofisiologia, que faziam a técnica de ablação, começaram a funcionar nos anos 1992. Os primeiros relatos foram realizados pelos 5 centros existentes, nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo.

Desde então, a especialidade de eletrofisiologia tem sido aprimorada muito, nos últimos anos. Atualmente, o Brasil já conta com mais de 30 centros de eletrofisiologia nas diversas regiões que realizam rotineiramente a técnica de ablação por radiofrequência. Neste cenário específico, a presença da enfermeira vem se destacando desde o preparo do paciente até sua orientação para alta (Vanheusden 1995).

Tabela III : Energias e suas frequências

Frequência da energia elétrica	
Corrente alternanda	50-60 Hz
Som audível	20 Hz-20kHz
Energia de radiofrequência	150 kHz-1 MHz
Ultrasom	1 MHz-10MHz
Microonda	1000MHz-3000MHz

Fonte : Luderitz 1998.

Ablação por catéter:

A função maior do estudo eletrofisiológico é estabelecer o mecanismo da arritmia cardíaca do paciente e facilitar a escolha terapêutica para essas arritmias. Com o desenvolvimento da ablação, estabeleceu-se uma terapia curativa definitiva para as taquiarritmias.

Equipamentos necessários:

Na ablação por catéter, o mesmo equipamento básico do estudo eletrofisiológico é utilizado e inclui: um aparelho de RX, polígrafo para obtenção e gravação de registros eletrocardiográficos. Esse polígrafo deve disponibilizar as 12 derivações simultâneas do eletrocardiograma, e, um mínimo de cinco canais intracavitários. Também são necessários: um estimulador cardíaco com capacidade de programar estímulos básicos e no mínimo três extra-estímulos, um gerador de radiofrequência, catéteres diagnósticos e terapêuticos e material de reanimação cardiopulmonar. Os cateteres são multipolares, e os usados para a ablação tem um eletrodo distal de 4-5 mm de comprimento.

Os profissionais necessários para fazer uma ablação por catéter são os mesmos necessários para fazer um estudo eletrofisiológico: um cardiologista com treinamento em eletrofisiologia cardíaca, um anestesista, um a dois enfermeiros com experiência com o equipamento do laboratório, com a administração de drogas anti-arrítmicas e manobras de ressuscitação.

Abordagem do paciente e inserção e posicionamento dos catéteres :

A preparação do paciente é similar a de um estudo eletrofisiológico. Na chegada ao laboratório de eletrofisiologia o paciente é monitorizado (ECG de superfície, oxímetro de pulso e pressão arterial). Após os catéteres serem posicionados o protocolo do estudo eletrofisiológico é iniciado.

Os registros intracavitários são diferentes dos registros do ECG externo. O potencial “A “ corresponde ao registro do átrio, o potencial “H” ao registro do tronco do feixe de His e o potencial “V” a ativação ventricular. Os tempos de ativação são aferidos em todas essas regiões e

analisados para cada taquicardia. Os registros intracavitários coletados pelos cateteres são registrados e gravados podendo ser reproduzidos, nas velocidades 25 mm/s até 300mm/s. O estudo começa com a estimulação programada com um ou mais extra-estímulos, sendo liberados durante ritmo sinusal, ou com ciclos comandados de 600, 500, 430 ms (100,120 e 140 bpm), no átrio e ventrículo direitos, respectivamente.

Quando o mecanismo da arritmia é diagnosticado, um catéter de ablação é colocado no local alvo. Quando é necessário o acesso arterial, a artéria femoral direita pode ser abordada. A punção trans-septal é uma alternativa para a abordagem do átrio esquerdo e que é, normalmente, usada para a abordagem das veias pulmonares, durante a ablação da fibrilação atrial. O catéter de ablação tem 125 cm de comprimento e 6 a 8 french de diâmetro. O eletrodo distal tem que ter pelo menos 4 mm de tamanho e serve como polo negativo (ativo), durante aplicação de energia. Esses catéteres de ablação são dirigíveis e têm várias curvaturas, e podem ser deflexíveis com ângulos de 0 a 180 graus.

A energia mais usada, hoje, para ablação com cateter, é a radiofrequência. A energia de radiofrequência é uma corrente alternada de uma frequência de 300-750 kHz, fornecido entre um ponto do cateter de ablação e uma placa posicionada, na pele do paciente. Durante a aplicação de radiofrequência, a energia elétrica é transformada em energia térmica. O calor, que é produzido, é transferido para o tecido cardíaco, primariamente pela condução e menos pela radiação. Esquentar com efetividade o miocárdio é altamente dependente do contato e estabilidade do catéter e da dimensão do eletrodo distal do catéter. Um mau contato ou pouca estabilidade acarretará perda de transmissão de temperatura adequada ao miocárdio, mesmo com aumento de voltagem fornecido. Para se obter lesões maiores, pode-se utilizar catéteres com eletrodos de dimensões de 8 a 10 mm, entretanto, os geradores são especiais devendo fornecer maior voltagem. A lesão usando um eletrodo de 4-5 mm e uma potência de até 50 watts é

mínima, enquanto que para se obter uma lesão máxima um eletrodo de 8-10 mm deve ser conectado a um gerador que forneça uma potência de 100 watts.

A temperatura durante a aplicação de energia é limitado ate 50-60 graus. A energia é automaticamente ajustada para manter a temperatura desejada. Um termistor situado, na ponta do eletrodo, mede a temperatura, no local alvo. O sistema pode assim manter a temperatura desejada, na ponta do catéter, permitindo a monitorização da energia fornecida, bem como a impedância. Este é o modo de como o fornecimento real de energia é avaliada.

Após a aplicação da energia e não inducibilidade das arritmias, os catéteres são retirados, sendo o fim do procedimento. O paciente é removido para o quarto, recebendo alta, no dia seguinte.

Indicações de ablação por catéter

Taquicardia sinusal inapropriada: é caracterizada por uma frequência cardíaca maior que 100 bpm em repouso. A onda P é similar à onda P em ritmo sinusal. O objetivo da ablação é a redução da frequência cardíaca, em 30 % durante a infusão de isoproterenol e/ou atropina. (Diretriz arritmias cardíacas 2002)

Taquicardia atrial : As taquicardias atriais são mais comumente localizadas na “crista terminalis” e no orifício das veias pulmonares. O índice é menor que 10 % nas taquicardias supraventriculares e o sucesso da ablação pode variar entre 75 e 95 %. (Diretriz arritmias cardíacas 2002)

Taquicardia por reentrada nodal: A taquicardia reentrante nodal é a taquicardia paroxística supraventricular mais comun. Geralmente, ocorre em pacientes com coração normal e é mais descrito em mulheres na faixa etária a partir do final da segunda década. A ablação por radiofrequência da via lenta tem um sucesso de 99 %.(Cruz 1997).

Ablação da junção AV para produção de BAVT: Em pacientes, com risco de desenvolver taquicardiomiopatia causada por taquicardia atrial ou fibrilação atrial, com frequência ventricular alta, que não se consegue controlar, é indicado a ablação da junção AV com implante de marcapasso.(Dir. Arritmias Cardíacas 2002).

Flutter atrial: Diversas formas de flutter atrial foram descritas. Estes ocorrem por causa de circuito macro-entrante. Eletrofisiologicamente, o flutter atrial comum pode apresentar uma rotação anti-horário ou horário, no atrium direito. Aplicando energia, na região dos istmos, (entre valvula tricuspíde e a veia cava inferior) interrompendo a parte crítica do circuito macro-entrante e assim, restaurando o ritmo sinusal. (Cruz 1997)

Fibrilação atrial : A ablação da FA deve ser indicada somente, em casos sintomáticos refratários às drogas anti-arrítmicas, devido aos riscos e ao curto tempo de acompanhamento dos resultados.(Dir. Arritmias Cardíacas 2002).

Síndrome de Wolff-Parkinson-White e outras vias acessórias da condução atrioventricular: As vias acessórias são conexões elétricas anormais que interligam o átrio e o ventrículo, gerando circuitos que determinam a ocorrência de vários tipos de taquiarritmias. Algumas dessas taquicardias são bem toleradas, outras têm repercussão hemodinamicamente importante, podendo levar a estados sincopais e mais raramente à morte súbita. A ablação é a terapia de escolha para esta arritmia com sucesso de 89 a 97 %.(Dir. Arritmias Cardíacas 2002).

As taquicardias ventriculares são classificadas em monomórficas e polimórficas.

Taquicardia ventricular idiopática: Esta taquicardia monomórfica pode ocorrer em coração estrutalmente normal e, frequentemente, relaciona-se á esforço ou é adrenérgico mediada. Pode ter origem, no trato de saída do ventrículo direito e, assim, apresentar um complexo QRS com morfologia do tipo bloqueio de ramo esquerdo e outras se originam, no trato de saída do ventrículo esquerdo, com o QRS, com morfologia do tipo bloqueio de ramo direito.

Os pacientes são geralmente sintomáticos, precisando de uma terapia anti-arrítmica. O índice de sucesso da ablação dessa taquicardia é em torno de 85 %.

Taquicardia ventricular na presença de cardiopatia estrutural: A taquicardia ventricular monomórfica ocorre, na presença de cardiopatia estrutural, e tem um prognóstico reservado. A mortalidade é maior nos pacientes com disfunção ventricular e conseqüente fração de ejeção menor que 40%. As principais etiologias são: a cardiopatia isquêmica, dilatada, hipertrófica e, em nosso meio a chagásica. O sucesso da ablação depende das características do substrato e, a tolerabilidade da taquicardia ventricular, varia de 40 a 80 %. (Dir. Arritmias Cardíacas 2002)

Taquicardia ventricular polimórfica: Esta entidade, quando ocorre em corações estruturalmente normais, está relacionada a defeitos estruturais ligados ao transporte iônico, através da membrana celular. Entre estas entidades estão: a taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica, Síndrome de QT longo, Síndrome de QT curto, Síndrome de Brugada. Recentemente, tem sido proposto o mapeamento do batimento, que inicia o surto polimórfica, e, a degeneração da atividade elétrica, gerada a partir desta extrassístole deflagradora.

Cada arritmia requer um conhecimento da enfermeira quanto a sua identificação, evolução clínica do paciente e possível complicação, durante e, pós-tratamento (Vanheusden 1995).

CAPÍTULO V : Fibrilação atrial

Sistema de condução do coração

O impulso elétrico é gerado pela despolarização das células de marcapasso do nó sinusal. Esse impulso é conduzido pelos tratos internodais até chega ao nó atrioventricular (AV), onde sofre um retardo, que permite o enchimento ventricular. Após este retardo, o impulso alcança o feixe de His, que permite a ativação do septo-interventricular, até sua bifurcação para ser distribuído pelos ramos direito e esquerdo. A via final é a ativação do sistema Purkinjeano distal.

Arritmias

Podemos dividir as arritmias em bradicardias e taquicardias. As bradicardias são as arritmias com frequência cardíaca menor que 60 batimentos por minutos e são constituídas de doença do automatismo nó sinusal e, distúrbios de condução, sinusal e nodal AV, Hissiana e pós hissiano.

As taquicardias são as arritmias com uma frequência cardíaca maior que 120 batimentos por minuto. Podemos dividi-las em: taquicardia supraventricular e taquicardia ventricular.

Existem várias taquicardias supraventriculares como: taquicardia sinusal inapropriada, taquicardia AV nodal por reentrada, taquicardia atrial, taquicardia por reentrada (síndrome de Wolff-Parkinson-White), flutter atrial e fibrilação atrial.

Fibrilação atrial.

Fibrilação atrial é uma condição complexa que influencia a mortalidade, morbidade, qualidade de vida e, que impõe um gasto financeiro muito grande, para o sistema de saúde. A expectativa é que o número de pessoas com fibrilação atrial aumente, progressivamente, pois, o risco de sua ocorrência eleva-se com o aumento da idade. Na última década, a fibrilação atrial foi, e ainda, é o objeto de investigação clínica e epidemiológica. Como resultado, novos dados são disponibilizados e opções inovadoras de tratamento estão sendo sugeridas.

A fibrilação atrial é a arritmia sustentada mais prevalente e responsável pelo maior número de internações e com uma duração maior que qualquer outra arritmia. A paciente precisa, na maioria das vezes, de hospitalizações repetidas, em função do caráter recorrente da fibrilação atrial. O custo causado por esta arritmia é considerável, devido ao número de indivíduos que apresentam esta condição mórbida, pela sua taxa de recorrência e conseqüente re-hospitalização.

Le Heuzy (2004) conduziu um estudo sobre a distribuição de custo de cuidados em pacientes com fibrilação atrial. O principal custo com esse paciente é a hospitalização (52%), seguida por gasto com drogas (23%), consultas (9%), investigações diagnósticas (8%), perda de trabalho (6%) e procedimentos paramédicos (2%). As principais causas de internações desses pacientes são a admissão hospitalar para cardioversão, seguida por insuficiência cardíaca e implante de marcapasso. Adicionalmente, algumas internações visavam a iniciar a terapia anti-arritmica. O autor recomenda a organização de clínicos especializados, em fibrilação atrial, com um grupo interdisciplinar de enfermagem, nutricionista, psicólogos, para reduzir os custos.

A fibrilação atrial não é uma arritmia letal, mais ela esta associada com mortalidade e morbidade aumentada. Pacientes com fibrilação atrial tem duas vezes mais o risco de óbito, e sem

uma terapia anti-trombótica efetiva existe um risco cinco vezes maior de ocorrência de um acidente vascular encefálico. A fibrilação atrial, com frequência ventricular alta, apresenta um risco de induzir cardiomiopatia (taquicardiomiopatia). Por conta da frequência ventricular aumentada e a perda de “kick” atrial, a insuficiência cardíaca e isquemia existente podem piorar.

Como o número de pessoas com fibrilação atrial está aumentando e existem várias opções de tratamento, enfermeiros, em vários departamentos (como: emergência, unidade coronária, ambulatório e setor de eletrofisiologia), atendem a essa população com as mais variadas necessidades.

Descrição

A fibrilação atrial é uma taquiarritmia supraventricular caracterizada por uma ativação atrial incoordenada. A ativação caótica do átrio tem com consequência uma perda no enchimento do ventrículo, o “kick” atrial, que pode ser responsável por uma perda substancial até 30 %. Ao electrocardiograma as ondas P são substituídas por ondas fibrilatórias, as ondas f. que variam em amplitude, forma e duração. Associado temos uma resposta ventricular irregular e frequentemente rápida.

A combinação da perda do “kick” atrial, resposta ventricular rápida e irregular prejudica o enchimento ventricular, pode resultar em uma redução substancial do débito cardíaco e o paciente pode ter sintomas como palpitações, dispnéia, tontura, cansaço e dor no peito. A ocorrência de fibrilação atrial pode variar individualmente, alguns têm episódios paroxísticas infreqüentes, outros tem fibrilação atrial permanente. Podemos classificar a fibrilação atrial pelas Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia em: fibrilação inicial e crônica.

A fibrilação atrial pode ocorrer de forma transitória, acompanhando situações clínicas específicas (infarto do miocárdio, doença pulmonar, medicamentos), ou se apresentar sob a forma crônica, recorrente ou incessante. Em 30% a FA ocorre na ausência de cardiopatia estrutural (FA solitária). A presença de uma fibrilação atrial permanente com a frequência cardíaca média elevada (> 100 bpm em uma monitorização eletrocardiográfica ambulatorial de 24h) sem controle farmacológico da resposta ventricular, evolue quase sempre para disfunção ventricular, configurando o quadro clínico de taquicardiomiopatia.

Classificação da Fibrilação atrial

A classificação da fibrilação atrial, segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2003) incluiu as seguintes definições:

FA inicial – primeira detecção, sintomática ou não da arritmia, desde que a duração não seja superior a 30 s.

FA crônica – a documentação da recorrência da arritmia pode apresentar 3 formas distintas:

1. Paroxística – episódios com duração de até 7 dias. Os surtos são geralmente autolimitados e reverterem espontaneamente a ritmo sinusal.

2. Persistente – episódios com duração superior a 7 dias. Este limite é arbitrário e define um período que a reversão espontânea é pouco provável e a reversão farmacológica, raramente, ocorre, geralmente, necessitando cardioversão. Pode ser a primeira apresentação clínica da FA ou ser precedida por crises recorrentes.

3. Permanente – a FA é documentada já há algum tempo e a reversão a ritmo sinusal, farmacológica ou elétrica é ineficaz.

Tratamento farmacológico e não farmacológico

O conhecimento e as novas tecnologias abriram o caminho para mais variadas opções de tratamento da fibrilação atrial. O tratamento da fibrilação atrial pode ser dividido em três grandes objetivos. O primeiro é o restabelecimento do ritmo sinusal e manutenção desse ritmo. O segundo é o controle da frequência e o terceiro é a redução das complicações tromboembólicas. Para chegar alcançar esses objetivos o tratamento da fibrilação atrial pode ser farmacológico ou não farmacológico.

Tratamento farmacológico

A terapia farmacológica é, geralmente, a terapia inicial para pacientes com fibrilação atrial. Varias drogas anti-arrítmicas estão disponíveis no mercado para restabelecer ritmo sinusal, controlar a frequência cardíaca ou diminuir o risco de fenômenos trombo-embólicos.

O recente estudo do AFFIRM (Wyse 2002) sugere que o controle da frequência pode ser a terapia de escolha para pacientes, com fibrilação atrial, com faixa etária elevada. Para reduzir o risco de taquicardiomiopatia, a medicação deveria estar ajustada para controlar a frequência cardíaca entre 60-80 bpm em repouso e 90-115 bpm em atividade.

A reversão para ritmo sinusal com drogas é mais eficaz na FA paroxística com duração menor que 7 dias. A reversão farmacológico para ritmo sinusal é mais simples que a reversão com cardioversão, não necessitando de anestesia geral. A reversão farmacológica pode

ser feita com paciente internada ou não. Quando o paciente tem uma doença cardíaca associada ou outro distúrbio de condução interventricular, ele é, geralmente, internado para monitorar a terapia anti-arrítmica, visando a prevenir a sua deleterização pro-arrítmica.

Pacientes com fibrilação atrial tem um risco aumentado para eventos tromboembólicos, porque a lentificação do fluxo sanguíneo, nos átrios, induz a formação de trombos. O acidente vascular encefálico é uma complicação severa da fibrilação atrial e uso de anticoagulantes reduz esse risco. O uso de anticoagulantes é, geralmente, indicado para pacientes com fibrilação atrial, independente da fibrilação atrial ser: paroxística, persistente ou permanente. Pacientes com alto e moderado risco para acidente vascular encefálico deveriam ser tratados com Warfarina. A dose de Warfarina é, periodicamente, ajustada e controlada pelo exame de sangue Tempo de Protrombina (TP). O valor do tempo de protrombina é referido com o INR (International Normalized Rate), que é uma taxa universal e tem que estar entre 2,0-3,0. Sem uso de anticoagulante ele é de 1,0. Pacientes com um baixo risco de acidente vascular encefálico podem ser tratados com aspirina 325 mg por dia.

Terapia não farmacológica

A terapia não farmacológica para fibrilação atrial está em ritmo crescente. O tratamento com medicação pode ter efeitos colaterais e podem aumentar os riscos para eventos pró-arrítmicas e conseqüente risco de morte súbita. As medicações podem ter um efeito limitado de sucesso e podem ter um custo mais alto que a terapia não farmacológico. A terapia não farmacológica é uma opção que tem atraído bastante interesse. No momento existe a opção de cardioversão elétrica, ablação de radiofrequência, estimulação atrial profilática e cirurgia.

Cardioversão elétrica

A cardioversão elétrica é uma opção mais efetiva para restabelecer o ritmo sinusal. Com a cardioversão as células atriais são despolarizadas e o nó sinusal pode estimular os átrios novamente. Para a cardioversão elétrica ser realizada, o paciente tem que estar internado e isto eleva o custo do tratamento de fibrilação atrial e interfere no seu cotidianos.

A cardioversão elétrica tem poucos riscos geralmente e tem uma taxa de sucesso de 70 a 90 %, mais precisa ser realizada sob sedação e o paciente deve estar em jejum. O choque deve ser sincronizado com o QRS para evitar a indução de fibrilação ventricular. A energia inicial para reversão de fibrilação atrial é de 200 J. Nos casos, em que a fibrilação atrial não é revertido para ritmo sinusal, aumenta-se a energia em 100 J até chegar a 360 J. Utilizando-se novos cardioversores bifásicos, pode-se iniciar a cardioversão com 100 J, elevando-se para 150 e 200 J, em casa de insucesso.

A cardioversão elétrica pode ser influenciada pelo posicionamento das pás-eletrodos, cardioversor monofásico ou bifásico e administração de drogas antiarrítmica, antes do procedimento. A administração das drogas anti-arrítmicas, também, ajudam a prevenir a recorrência da fibrilação atrial, pós cardioversão elétrica.

Em caso de cardioversão elétrica ou farmacológica, a paciente é anticoagulada por 3 semanas antes da cardioversão, caso a fibrilação atrial já esteja presente, há mais de 48 horas. Após, cardioversão o paciente deve permanecer anticoagulado durante 3 a 4 semanas, até o pleno restabelecimento da função contrátil do átrio.

As complicações possíveis, na cardioversão elétrica são: irritação da pele, queimadura local, bradicardia, taquicardia e fibrilação ventricular, tromboembolia arterial, e

complicações da anestesia. As diversas internações e cardioversões, às quais os pacientes submetem-se, interferem bastante na sua qualidade de vida.

Ablação por radiofrequência

Ablação por radiofrequência pode ser feita para controle da frequência ou para reversão a ritmo sinusal. Para controle da frequência, é feito a ablação do nó atrioventricular, provocando-se um bloqueio atrioventricular total intencional e o paciente é submetido à estimulação cardíaca permanente. Os pacientes que fazem este procedimento ficam em fibrilação atrial e precisam de anticoagulação crônica.

Recentemente, os estudos demonstraram ser possível a realização da ablação de áreas específicas, que podem deflagrar a fibrilação atrial. Foi demonstrada a presença de extensões do tecido miocárdico do átrio esquerdo para as veias pulmonares, especialmente sua porção ostial. Estes prolongamentos musculares favorecem a ocorrência de focos ectópicos rápidos. Outros locais no átrio direito, como: a crista terminalis e porções proximais do óstio do seio coronário e da desembocadura da veia cava inferior e superior, podem apresentar focos indutores de arritmias atriais.

A ablação ostial e em volta do óstio das veias pulmonares podem ser bem sucedidas para reduzir episódios de fibrilação atrial, em alguns pacientes. O sucesso deste procedimento depende de localizar e fazer ablação de todos os focos ou conexões, que podem induzir fibrilação atrial. Este procedimento, a ablação, pode apresentar complicações como: estenose pulmonar, tamponamento cardíaco, tromboembolia, paralisia do nervo frênico, perfuração de aorta e fístula esôfago-átrio esquerdo. A ablação do foco arritmogênico, através de radiofrequência, atinge um sucesso terapêutico, em 60 a 80 % dos casos.

As recomendações atuais para ablação de fibrilação atrial pela Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2003) são:

Fibrilação atrial deflagrada por outra taquicardia – Ablação dos circuitos primários de pacientes com síndrome de WPW, taquicardia por reentrada nodal, flutter atrial e taquicardia atrial focal (I)

Isolamento das veias pulmonares- 1) FA paroxística assintomática, sem cardiopatia estrutural ou disfunção sinusal, com resposta ventricular rápida não-responsiva a, pelo menos, duas drogas antiarrítmicas (II a) 2) FA paroxística ou persistente, sem cardiopatia estrutural, assintomática, de difícil controle clínico, evoluindo com disfunção ventricular esquerda secundária a arritmia (II a) 3) FA persistente ou permanente sintomática, sem cardiopatia estrutural ou disfunção sinusal não-responsiva a pelo menos duas drogas antiarrítmicas (II b) 4) FA controlada com drogas antiarrítmicas. (III)

Ablação do nó AV e implante de marcapasso definitivo- 1) FA paroxística, persistente ou permanente com resposta ventricular rápida, não controlada com tratamento farmacológico e não farmacológico (I) 2) em pacientes idosos ou com co-morbidades. (I)

Ablação do circuito do flutter atrial – 1) Flutter atrial comum (relacionado ao istmo veia cava inferior – anel da valva tricúspide) (I) 2) Flutter atrial atípico (não-relacionado ao istmo veia cava inferior-anel da valva tricúspide) Técnica convencional (II b), técnica com mapeamento eletroanatômico (I)

Ablação do nó AV e implante de marcapasso em pacientes com flutter atrial - 1) flutter atrial, com resposta ventricular rápida ou com baixo débito, não controlado com drogas anti-

arrítmicas ou com tratamento não farmacológico (I) 2) Flutter atrial controlado, com drogas antiarrítmicas ou com possibilidade de ablação curativa da arritmia (III)

Tratamento cirúrgico

O procedimento cirúrgico para a fibrilação atrial pode ser uma opção terapêutica para alguns pacientes. Em 1991, foi desenvolvido um procedimento, denominado cirurgia do labirinto (Maze), visando à manutenção do ritmo sinusal e a manter a condução atrioventricular e restaurar a contração atrial. A cirurgia de Maze é indicado para pacientes que necessitam de cirurgia cardíaca por outras causas, como troca: de valvula mitral. A técnica consiste em realizar várias incisões cirúrgicas, em ambos os átrios para construir um labirinto, tirar os apêndices atriais e isolar as veias pulmonares. Modificações recentes, com uso de crioablação ou de radiofrequência para fazer linhas de bloqueios, substituindo as incisões cirúrgicas, encurtaram o tempo cirúrgico diminuindo riscos cirúrgicos.

Assistência da enfermagem com o paciente com fibrilação atrial

Com o aumento progressivo dos pacientes com fibrilação atrial e a evolução do conhecimento e do tratamento da fibrilação atrial, o profissional de enfermagem tem, cada vez mais, tido contato com esse tipo de paciente, com necessidades variadas. No cuidado, é importante a interação da enfermeira com o paciente, levando em consideração as necessidades objetivas e subjetivas do mesmo. (Santoro 2000)

O paciente com fibrilação atrial pode ser internado, para fazer cardioversão elétrica, ser submetido a um procedimento ablativo, iniciar um tratamento com droga ou devido a uma outra doença associada, como : cardiopatia isquêmica ou por causa de um acidente vascular encefálico.

O papel educativo da enfermagem no paciente com fibrilação atrial.

Um aspecto importante do cuidado de enfermagem é o suporte educativo, para o paciente com fibrilação atrial. O comportamento de autocuidado pode ser mudado pela educação, guiado pela enfermeira, aumentando o conhecimento e a compreensão da doença e o tratamento (Gonzalez 2005). Menezes et al (2004) confirmam que as práticas educativas em saúde funcionam, como um mediador para autocuidado e, que elas possibilitam a discussão da qualidade de vida das pessoas. Porém, deve-se saber que a aquisição de informações, nem sempre, leva a um comportamento modificado. O trabalho educativo é mais que só informativo, tem que ser considerado os valores, costumes e as representações simbólicas do cliente, para poder obter a mudança de comportamento. Já existem certos conhecimentos, antes de começar com as práticas educativas, que devem ser identificadas, seja para serem removidas ou para serem criticadas e modificadas (Gazinelli 2005).

Vários tópicos podem ser o objeto desta prática de educação. Um destes tópicos refere-se ao uso de medicamentos para controle da arritmia ou para prevenção de eventos tromboembólicos. O paciente precisa ter o conhecimento de que os antiarrítmicos podem ter diversos efeitos colaterais, como: hipotensão, tontura, bradicardia, náusea e vômito, insônia, taquicardias, síncope, reação alérgica, dor no peito, tosse, perda de apetite, diarreia, constipação, sendo necessário que ele comunique esses sintomas para a equipe que o acompanha. Alguns outros medicamentos podem interferir com a ação dos antiarrítmicos e o paciente, sempre, deve, antes de iniciar ou interromper qualquer medicação, ser orientado pela enfermeira. O paciente deve saber o risco do uso de outros medicamentos, quando encontra-se em uso de antiarrítmicos. A combinação de dois anti-arrítmicos pode piorar as arritmias ou dar origem a outros. É adequado evitar a condução de automóveis, até se ter a noção dos efeitos da medicação. A

interação medicamentosa de alguns anti-arrítmicos, com a medicação anti-coagulante, é conhecida.

Deve-se orientar, de maneira bem clara, os pacientes, lembrando que, durante um episódio de fibrilação atrial, sintomas como: palpitações, cansaço, dispnéia podem ocorrer. Eles devem saber que crises totalmente assintomáticas podem ocorrer. Em alguns pacientes, a fibrilação atrial pode estar relacionada ao uso de álcool ou uso de cafeína. A orientação, no sentido de limitar o uso do álcool e da cafeína, presentes no café, chá, coca-cola, deve ser feita pela enfermeira.

Os sintomas de fadiga e dispnéia podem limitar as atividades sociais e físicas do pacientes. Por isso, é de grande ajuda que os pacientes alternem descanso e atividade física, para manter a energia, com manutenção das atividades diárias. É sabido, que alguns pacientes podem até limitar suas atividades sociais, com medo de ter episódios de fibrilação atrial, podendo estar os episódios associados ao estresse emocional e à mudança na vida diária.

A prevenção de eventos tromboembólicos é, rotineiramente, feita com o uso de anti-coagulantes. Instruções em relação ao uso de Warfarine, corretamente e com segurança, deve ser priorizada. O paciente deve ser comunicado sobre a importância do uso dessa medicação de maneira rotineira e da necessidade do seu controle, das interações de alimentos e outros drogas. A Warfarina deve ser sempre tomada, uma vez por dia, e o uso em jejum, pela manhã pode aumentar a absorção. Quando o paciente está em período de ajuste da dose, a dose pode ser ajustada, sempre que o tempo de protrombina mostrar-se inadequado. Em caso de esquecimento, pode tomar a mesma dose, caso o paciente lembrar-se no mesmo dia. Não pode tomar uma dose dupla para compensar uma dose esquecida, e nunca pode mudar a dosagem da anticoagulante

sem ter se comunicado com a equipe que o acompanha. Nos casos de não uso do anticoagulante, por alguns dias, os níveis do INR devem estar inadequados e dessa forma um exame do tempo de protrombina deve ser avaliado, para reiniciar o uso da warfarina e seu ajuste de dose.

A warfarina pode ter interações com outras medicações como: aspirina, drogas antiarrítmicas e produtos que contêm vitamina K. O INR deve ser mantido, entre 2-3 e, deve ser avaliado, regularmente, para controle do anticoagulante. O paciente deve ser informado sobre os sinais de sangramento ou de doenças, que podem ocorrer e afetar o seu efeito. Os sintomas, que podem ocorrer, incluem: cansaço, palidez (anemia), cortes que não param de sangrar depois de ter aplicado pressão de dez minutos, sangramento do nariz ou gengiva, sangramento na urina ou fezes, vômito ou tosse acompanhados de sangramento, que também podem parecer com borra de café, dor de cabeça incomum, tonteira, dor ou edema incomum, hematomas que aparecem sem razões, dificuldade de respirar.

A dieta deve ser balanceada e equilibrada. Alterar muito a quantidade da comida que tem um teor alto de vitamina K pode alterar a ação da Warfarina. Alimentos que contêm alto teor de vitamina K são: brócolis, espinafre, laranja, couve, couve-flor, repolho, agrião, aspargo, ervilha, alface, fígado, abacate, azeite de oliva, água de coco. É melhor evitar álcool, durante o uso de warfarina, o álcool interfere com a ação da warfarina.

O paciente deve informar ao seu dentista/cirurgião que se encontra em uso de warfarina. É possível que no caso de algum procedimento ele tenha que checar o INR e precise parar de tomar warfarina por alguns dias.

A prevenção de acidentes é de suma importância para pacientes que estejam usando anticoagulante. Evitar situações, onde o paciente possa se machucar em casa, ou no trabalho, com

esportes radicais ou em grupo. Melhor esporte a ser praticado pelo paciente anticoagulado é o esporte individual. Em caso de corte na pele, é necessária a pressão constante, no local, por 10 minutos. Em caso de doenças, com sintomas gastrointestinais como: vômitos, diarreia, infecção ou febre, é bom comunicar-se imediatamente com a equipe que o acompanha, porque estas ocorrências podem mudar o modo de ação da warfarina. Em viagens é sempre bom ter a medicação com você, deve-se evitar deixar a medicação, no carro ou na bagagem, que é embarcada.

Papel da enfermagem durante procedimentos invasivos

É normal que pacientes, que devem ser submetidos a uma cardioversão elétrica ou um ablação por radiofrequência, sintam-se inseguros, ansiosos ou amedrontados. A enfermagem pode reduzir a ansiedade e o medo do paciente, explicando o procedimento e discutir que sensações ele pode estar sentindo, durante ou pós-procedimento.

Cardioversão elétrica

A cardioversão elétrica é um procedimento efetivo e seguro, sendo o tratamento de escolha em pacientes, que estão hemodinamicamente instáveis. A cardioversão elétrica está indicada em pacientes, que tenham uma expectativa de reversão da fibrilação atrial a ritmo sinusal e que tenham potencialmente chances de permanecer em ritmo sinusal, os pacientes que precisam do “kick” atrial e pacientes que não conseguiram a reversão para ritmo sinusal com drogas (cardioversão farmacológico).

Antes do procedimento, deve ser feito exame de sangue para controle dos eletrólitos e estes devem ser corrigidos antes da cardioversão. Para a cardioversão elétrica, o paciente precisa ficar em jejum de 8 horas. O paciente necessita de um acesso venoso, controle da pressão arterial, monitorização do eletrocardiograma e oximetria de pulso. Também precisa ser bem sedado ou

anestesiado, porque a cardioversão elétrica é dolorosa. Existe sempre o risco de indução de fibrilação ventricular com um choque elétrico. E, por isso, ele deve ser sempre sincronizado com o complexo QRS e o procedimento deve ser feito em um ambiente que tenha o equipamento de emergência para intubação e possa assistir uma parada cardíaca.

Ablação por radiofrequência

É necessário um jejum de 8 horas, para a realização da ablação por radiofrequência. O paciente é devidamente sedado para ser submetido ao procedimento e a pressão arterial, eletrocardiograma e oximetria de pulso são monitorizados e um acesso venoso é obtido. O desfibrilador deve estar disponível e pronto para utilização imediata. Com a heparinização é essencial, o tempo de coagulação (TCA) deve ser aferido a cada 30 min.

Durante o procedimento a enfermagem deve estar sempre atenta a possíveis complicações com: o tamponamento cardíaco, tromboembolia e arritmias. Pós-procedimento, os locais de inserções de catéteres de ablação devem ser cuidadosamente monitorizados, para evitar possíveis sangramentos e formação de hematoma. O paciente deve ficar acamado no leito de 6 a 8 horas e deve evitar dobrar a perna, para evitar sangramento no local de inserção dos catéteres. Os sinais vitais e saturação de oxigênio devem permanecer monitorizados, após o procedimento. O paciente, geralmente, recebe alta com um a dois dias, pós o procedimento.

A fibrilação atrial é um problema de saúde crescente. Como a população mundial envelhece a cada ano, o número de pacientes, que têm fibrilação atrial, apresenta-se em constante crescimento.

A educação, o acompanhamento e o cuidado de enfermagem são primordiais para os pacientes portadores de fibrilação atrial. A contribuição do profissional de enfermagem, dentro do conceito multidisciplinar, amplia o sucesso na condução dos pacientes, proporcionando um desfecho favorável, no período tanto pré, como intra e pós-hospitalar.

Capítulo VI : Tratamento e discussão dos dados

Obtenção dos dados

A população estudada consiste em 25 pacientes, que foram submetidos à ablação por catéter para fibrilação atrial. Os pacientes foram convidados para colaborar com a pesquisa sobre qualidade de vida, assinando o termo de consentimento informado e preenchendo os questionários de qualidade de vida, antes e três meses após o procedimento.

Os sintomas relevantes relacionados à fibrilação atrial foram coletados, utilizando o questionário QVFA. A severidade dos sintomas e impacto, na vida diária da pessoa, tem grande variação entre os pacientes. Alguns pacientes têm muitos sintomas e relatam, como isso incomoda a sua vida diária. Outros, no entanto, parecem assintomáticos. Alguns sintomas podem ainda ser mais perturbadores que outros. Os sintomas relatados incluem: palpitações, dispnéia, tontura e precordialgia.

Com o questionário genérico SF 36, foi avaliada a qualidade de vida dos pacientes com fibrilação atrial, podendo-se assim aferir a influência da arritmia, na vida do paciente, permitindo fazer uma comparação com outros grupos de doentes ou com a população normal. Os resultados do questionário SF 36 obtido, três meses após o procedimento, podem comprovar o benefício do tratamento da ablação por catéter e comparar a qualidade de vida deles, após o tratamento.

Apresentação e discussão dos resultados.

Dados demográficos.

Tabela I : Características sócio-demográficas da amostra (n=25)

Características sócio-demograficas	n	%
Feminino	5	20
Masculino	20	80
1 grau	6	24
2 grau	13	52
superior	4	16
sem informação	2	8
1 sal min	2	8
2 sal min	7	28
3 sal min	0	0
> 3 sal min	16	64

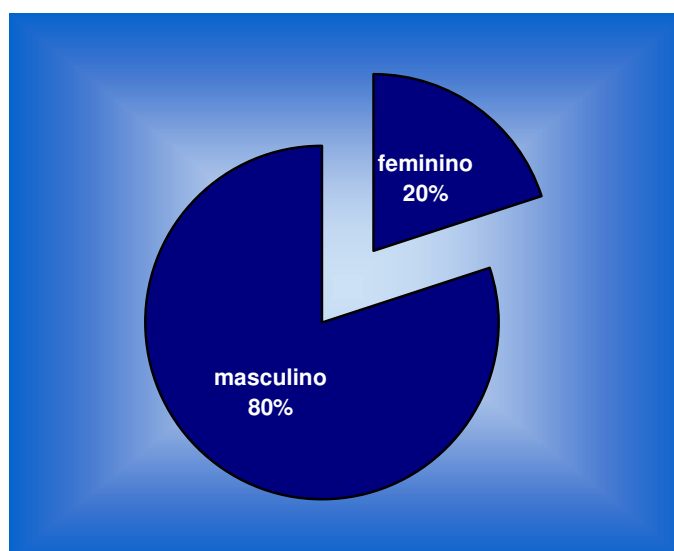


Figura 1 : Sexo

A amostra dos 25 pacientes com fibrilação atrial correspondeu a 20 (80 %) pacientes do sexo masculino e 5 (20 %) pacientes do sexo feminino (figura 1).

A idade do grupo variou entre 22 e 71 anos, com idade média de 51,60 (\pm 13,73) anos. Isto é consistente em relação aos dados epidemiológicos dos pacientes com fibrilação atrial. A prevalência da FA é de 0,4 % na população geral, aumentando com a idade e a partir dos 50 anos duplicando a cada década. Ainda não se sabe a incidência real da FA no Brasil, mas ela é mais frequente em homens que em mulheres com uma relação de 2:1. (Diretriz FA 2003). Segundo as diretrizes do “Colégio Americano de Cardiologia” (2001), a fibrilação atrial é incomun na infância, exceto após cirurgia cardíaca. A FA aparece, em menos de 1%, em indivíduos com menos de 60 anos, mais tem uma prevalência de 6 % a 9 %, em indivíduos idosos de 80 a 89 anos. A prevalência é maior em homens, dado este, consistente em nossa amostra que foi de 80 % do sexo masculino.

Em nossa casuística, os pacientes são mais jovens (idade média de 51,60 anos), o que se justifica pela amostra constituir-se de pacientes portadores de FA paroxística. Vários outros relatos, na literatura, confirmam que a idade média de pacientes, que se submeteram à ablação de fibrilação atrial, varia em torno de 55 anos (Verma 2005, Mansour 2004, Arentz 2003).

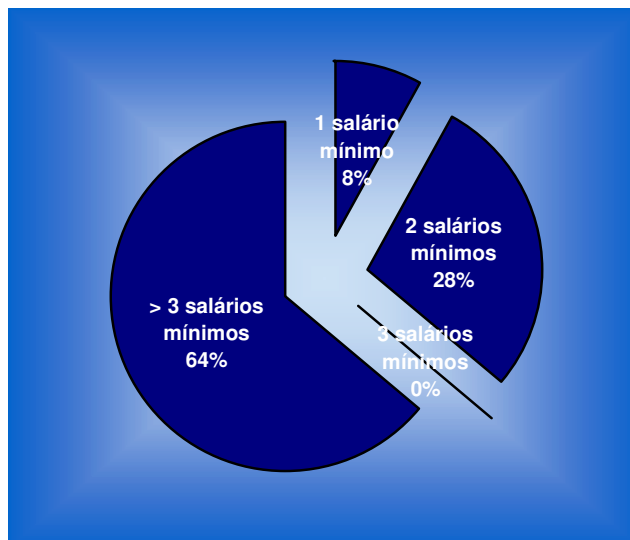


Figura 2 : ganho salarial

Dos 25 pacientes, 16 (64 %) são casados e 7 (28 %) são solteiros, divorciados ou viúvos. Em relação à remuneração salarial, 16 pessoas (64 %) ganham mais que 3 salários mínimos, 7 (28 %) ganham 2 salários mínimos e a minoria de 2 (8 %) ganha um salário mínimo (figura 2).

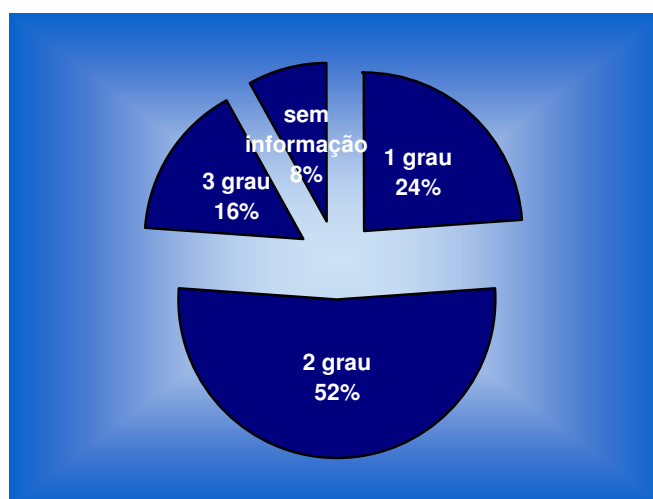


Figura 3 : Escolaridade

A remuneração tem uma boa correlação com o nível educacional. Seis pessoas (24 %) têm o primeiro grau completo, 13 (52 %) têm o segundo grau e 4 pacientes (16%) têm curso superior (figura 3). A qualidade de vida é influenciada por vários fatores, como: condição financeira e trabalho (Stipp 1995). O ganho salarial influencia na qualidade de vida, porque segundo Martins (1996), o bem estar econômico é relacionado a uma boa qualidade de vida. Quando um maior ganho salarial está presente, a pessoa tem acesso aos itens mais importantes como: moradia, alimentação, lazer, cultura e segurança financeira. Em nossa amostra, 17 pacientes (68 %) têm um nível de educação mínimo do segundo grau e 16 (64%) ganham mais que 3 salários mínimos. Esses dados permitem-nos inferir que um nível de educação diferenciado proporciona um maior ganho salarial com uma adicional melhoria da qualidade de vida.

Procedimento ablativo : indicação e complicações

A indicação do procedimento de ablação tem que ser rigorosa, pelo risco de complicações. As complicações possíveis são: a estenose pulmonar, fístula esôfago-atrial, tamponamento cardíaco e tromboembolismo. Jais (2003), alerta que em pacientes mais idosos, a ablação do His para produção de BAVT, com conseqüente implante de marcapasso definitivo deve ser considerado, mesmo tendo um pequeno risco de morte súbita. Para sr evitar a complicação de tromboembolismo, na ablação, utilizando a técnica de isolamento das veias pulmonares, o autor preconiza que a aplicação de energia de radiofrequência deve ser realizada com o controle de temperatura a 50° C, assim prevenindo a formação de trombos. A estenose pulmonar ocorreu em 5 % dos casos, usando uma energia de 40 a 50 watts. Limitando-se a energia a 20-30 watts, ele obteve uma diminuição da incidência de complicações, atingindo um índice satisfatório de até 1 %. A ocorrência de estenose pulmonar aumenta de 5 a 6 vezes, quando é feito ablação focal, dentro das veias pulmonares e, é possível a progressão da estenose

pulmonar até uma oclusão total (Arentz 2003). Mansour (2004), em sua publicação lista as complicações ocorridas como : tamponamento cardíaco (5 %), acidente vascular encefálico (2,5%) e de veias femorais de 5 %, necessitando correção cirúrgica. Em nossa amostra, a energia usada foi entre 20-30 watts. A complicação maior ocorrida em nossos pacientes incluíram uma perfuração do apêndice auricular esquerdo e tamponamento agudo, necessitando de esternotomia para atriorafia.

Tabela II: Ritmo cardíaco 3 meses pós ablação.

Ritmo cardíaco pós ablação	N	%
Fibrilação atrial	9	36
Ritmo sinusal	13	52
Taquicardia / flutter atrial esquerda	3	12

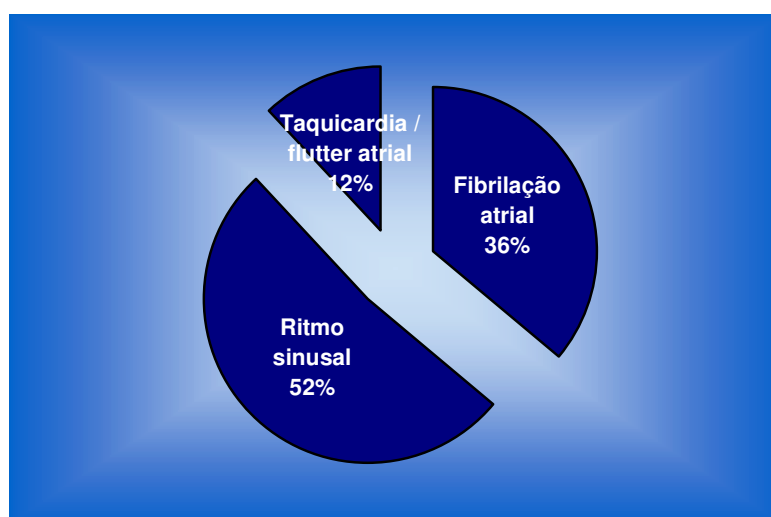


Figura 4 : Ritmo cardíaco após a ablação de fibrilação atrial.

Em relação ao ritmo cardíaco, o objetivo da ablação é restaurar e manter o ritmo sinusal. Quando o objetivo é alcançado, o ritmo e a frequência cardíaca fisiológica retornam a níveis de normalidade: a fração ejeção, débito cardíaco e a capacidade funcional melhoram

progressivamente e as tarefas diárias do cotidiano podem ser melhores executadas (Luderitz 2003). O ritmo cardíaco pós-ablação, na amostra do estudo, observado em 13 pacientes (52 %) configurou-se normalizado, obtendo-se um ritmo sinusal estável. Entretanto, 9 pacientes (36 %) apresentaram recorrência da fibrilação atrial e 3 pacientes (12 %) apresentaram taquicardia atrial ou flutter atrial (figura 4). Nossos dados apresentam uma consistência científica, quando comparados a centros terciários de renomada experiência. Jais (2003) afirma que a recorrência de fibrilação atrial é bastante alta, assim precisando de mais de um procedimento em 40-50% dos pacientes. Uma das razões é a reconexão elétrica de veias pulmonares pós-ablação. O autor confirma então, que 70% dos pacientes são curados após a ablação, sem uso de drogas anti-arrítmicas. Mansour (2004) reporta um índice de 60% a 75 % de sucesso de ritmo sinusal após procedimento. Em contradição, um outro grupo tem uma incidência de recorrência de 19 % a 57 % dependente da presença ou não de cicatrizes espontâneas, no atrio esquerdo (Verma 2005). Sanders (2003) demonstrou que alguns pacientes com arritmias atriais possuem estas cicatrizes caracterizadas eletrofisiologicamente por regiões com potenciais de baixa voltagem. Esses investigadores especulam que essas modificações estruturais podem ser responsáveis pela gênese ou perpetuação da FA. Recentemente, Cappato (2005) fez uma análise dos resultados de 90 centros mundiais que fizeram tratamento de FA com ablação por catéter. Ele relatou um índice de sucesso global de 50 % de controle da FA, sem drogas anti-arrítmicas e um sucesso de 73 %, com tratamento clínico.

Quando comparamos nossos resultados, demonstrando que 13 (52%) dos pacientes estão em ritmo sinusal, 3 meses pós ablação e 9 pacientes (36 %), desse grupo, têm recorrência da fibrilação atrial, podemos concluir que nossos dados são compatíveis com a literatura.

Resultados dos questionários de Qualidade de vida

Resultados do questionário SF 36

Tabela III Resultados questionário SF 36 pré-ablação.

Domínios	Medio	Desvio Padrão
Capacidade funcional	64,06	24,07
Aspectos físicos	50,00	41,45
Dor	74,64	24,10
Estado geral da Saúde	64,08	19,64
Saúde Mental	62,24	26,30
Aspectos emocionais	61,99	37,73
Aspectos sociais	72,50	32,67
Vitalidade	57,60	29,60

Obteve-se um escore para cada paciente e cada domínio com valores que variam de 0 a 100. Os resultados numéricos dos domínios foram expressos, como média e desvio padrão.

Na aplicação do questionário SF 36, antes da ablação, podemos notar que no componente físico, os pacientes portadores de FA apresentam os resultados dos domínios dos aspectos físicos e capacidade funcional como os mais baixos. O mesmo ocorre no componente mental onde observamos que os domínios vitalidade e aspectos emocionais têm os escores mais baixos que os outros domínios.

Na comparação dos resultados dos nossos pacientes portadores de FA com os pacientes com artrite reumatóide, no estudo de Ciconelli (1999), observamos que os resultados são similares, exceto para o domínio de dor, dos quais os escores dos pacientes com FA são mais altos. Ciconelli relata que a artrite reumatóide tem bastante impacto, nos domínios do

componente físico. Fazendo a comparação com nossos dados, a fibrilação atrial também tem bastante influência no componente físico e afeta os domínios de capacidade funcional, aspectos físicos e estado geral de saúde. A fibrilação atrial não influencia na vida social ou no aspecto dor.

Tabela IV : Comparação dos resultados SF 36 com outras patologias

Domínios	FA n 25	Artrite reumática (Ciconelli 1999) n 50	Fibrose Pulmonar Idiopático (Martinez 2000) n 34	Grupo controle (Martinez 2000) n 34	Doenças inflamatórias intestinais (Pontes2004) n 50
Capacidade funcional	64,06	66,50	42,79	86,18	79,00
Aspectos físicos	50,00	59,50	44,12	90,44	64,00
Dor	74,64	63,96	76,91	76,74	70,00
Estado geral da Saúde	64,08	68,22	53,50	76,35	60,00
Saúde Mental	62,24	70,32	57,53	78,24	67,00
Aspectos emocionais	61,99	66,66	60,78	91,18	73,00
Aspectos sociais	72,50	87,00	60,29	82,72	84,00
Vitalidade	57,60	66,30	50,44	73,53	59,00

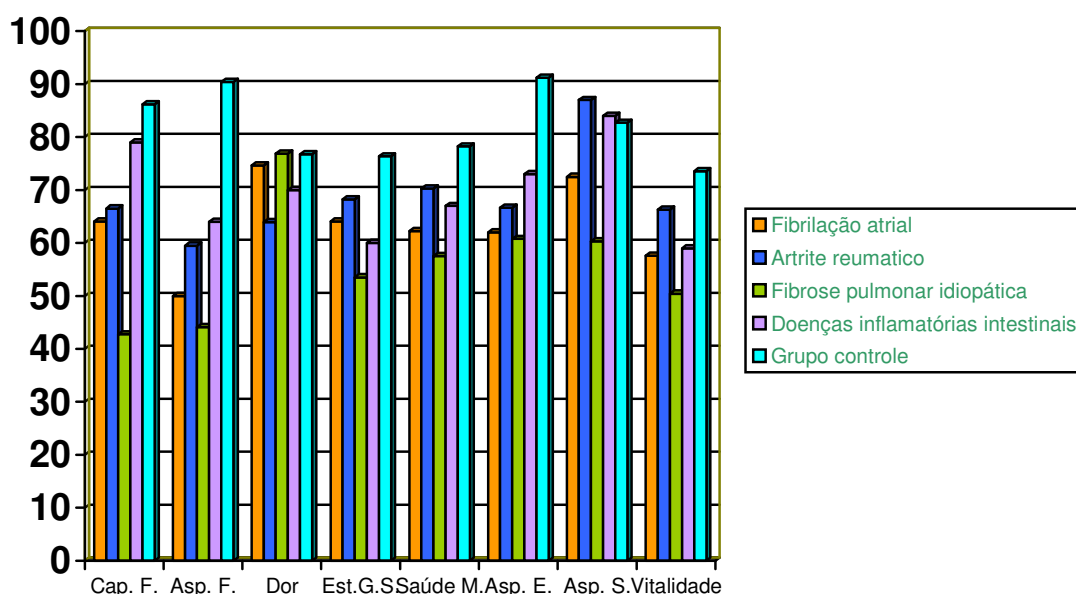


Figura 5 : Comparação dos resultados do SF 36 com outras patologias. (Abreviaturas : Cap F: capacidade funcional; Asp. F. : aspectos físicos; Est. G.S. :estado geral de saúde; Saúde M. : Saúde Mental; Asp. E. : aspectos emocionais; Asp. S. :aspectos sociais)

Ao comparar os escores do questionário do SF 36 com outras patologias da população brasileira disponível na literatura, podemos observar que os pacientes com fibrose pulmonar idiopática tem uma qualidade de vida bastante afetada ambos nos componentes mental e físico (figura 5). O nível de dispnéia é o fator mais importante, influenciando o nível de qualidade de vida desses pacientes (Martinez 2000). Os pacientes portadores de FA têm uma qualidade de vida melhor que os portadores de fibrose pulmonar idiopática. Entretanto, ao compararmos aos pacientes com doenças inflamatórias intestinais, os primeiros, portadores de FA, obtêm piores escores nos domínios de capacidade funcional e aspectos físicos. Levando-se em consideração o componente mental também apresentam um escore pior para todos os domínios.

Como não existe, na literatura, a aplicação do questionário SF 36, na população normal brasileira, usamos o grupo de controle de Martinez (2000) para fazer uma comparação

com nossa população (figura 5). A autora usou um grupo de controle de 34 indivíduos saudáveis, com idade média de 58 anos, sem comorbidade significativa e comparando os resultados, observamos que os pacientes, com fibrilação atrial, obtém escores mais baixos em todos os domínios do componente físico e do componente mental, exceto no domínio dor.

A fibrilação atrial é uma arritmia com bastante impacto, no componente físico do paciente. No entanto, o componente mental também é afetado influenciando os aspectos psicológicos e emocionais. Utilizando questionários genéricos, para determinar o comprometimento da qualidade de vida para várias patologias, podemos demonstrar a real importância da doença para o paciente e para sua saúde. As aplicações repetidas podem mostrar a melhora ou piora do estado de saúde do paciente. Adicionalmente, no aspecto social, podemos demonstrar a importância da doença ao nível da saúde pública, tornando-se um importante instrumento de gestão para remanejamento dos recursos financeiros.

Tabela V : Comparação resultados SF 36 em pacientes com FA.

Dominios SF 36	Vanheusden n = 25	Bragança (2003) n = 86	Affirm (2005) n = 716	Hagens (2004) n= 352
Capacidade funcional	64,06	64,8	58,1	63,00
Aspectos físicos	50,00	56,3	36,1	47,00
Dor	74,64		65,5	81,00
Estado geral da Saúde	64,08	63,2	59,1	54,00
Saúde Mental	62,24	64,7	73,4	74,00
Aspectos emocionais	61,99	64,4	57,3	71,00
Aspectos sociais	72,50	73,8	71,2	77,00
Vitalidade	57,60	61,4	48,1	59,00

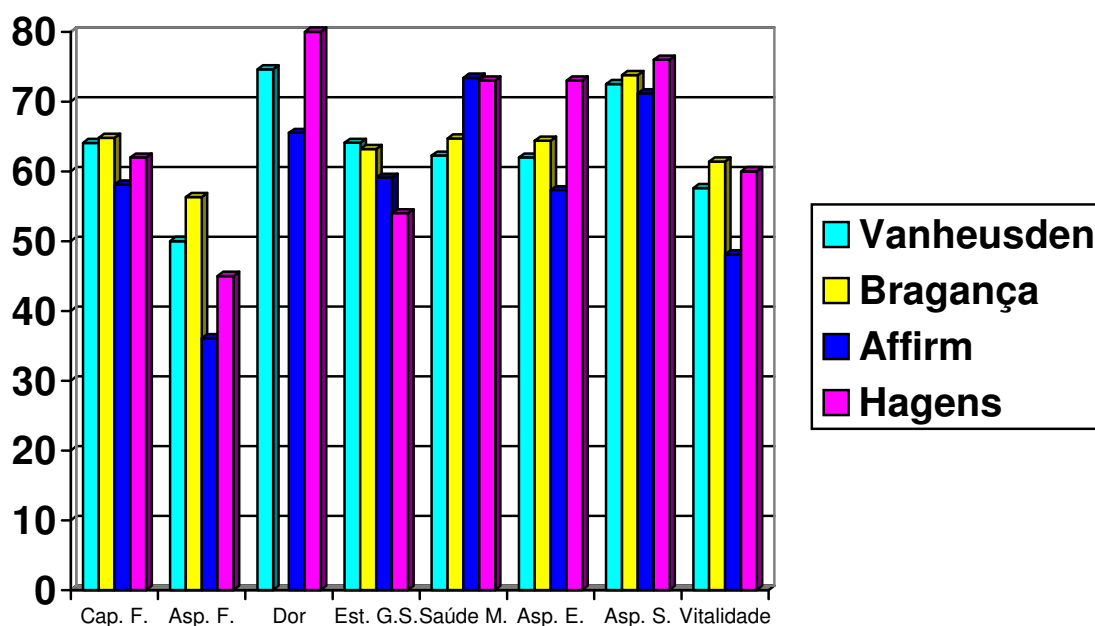


Figura 6 : Comparação dos resultados do SF 36 em pacientes com FA. (Abreviaturas : Cap F: capacidade funcional; Asp. F. : aspectos físicos; Est. G.S. :estado geral de saúde; Saúde M. : Saúde Mental; Asp. E. : aspectos emocionais; Asp. S. :aspectos sociais)

Quando comparamos nossos dados com os dados de Bragança (2003), os únicos disponíveis da população brasileira em pacientes com FA, podemos notar que eles são similares exceto para os domínios dos aspectos físicos (50,00 contra 56,30) e vitalidade (57,60 contra 61,40) (Figura 6).

Em contraste com os dados do grupo Affirm (2005), vemos que os escores do nosso grupo são mais altos. O impacto da FA, na qualidade de vida, é maior em nossa amostra nos domínios : aspectos físicos e vitalidade. A amostra do Affirm apresenta impacto, nos domínios: aspectos físicos e vitalidade, mas também, no domínio capacidade funcional. Nossos dados são

similares aos dados de Hagens (2004), mas o componente mental, analisado em nosso trabalho, apresenta os escores dos vários domínios mais baixos.

A ocorrência da arritmia pode ser intermitente e assim terá uma influência maior ou menor, na vida diária do paciente, como também, os sintomas que ocorrerem serão percebidos subjetivamente e poderão influenciar os vários domínios.

Tabela VI : Comparação dos dados do questionário SF 36 antes e 3 meses pós ablação.

Dominios	Antes	Pós procedimento	Willcoxon test Valor de p
Capacidade Funcional	64,06	77,29	*0,019
Aspectos Físicos	50,00	65,62	0,143
Dor	74,64	76,37	0,897
Estado Geral da Saúde	64,08	67,08	0,821
Saúde Mental	62,24	70,33	0,136
Aspectos Emocionais	61,99	72,22	0,218
Aspectos Sociais	72,50	78,64	0,424
Vitalidade	57,60	66,04	0,269

* valor de $p < 0,05$ estatisticamente significativo

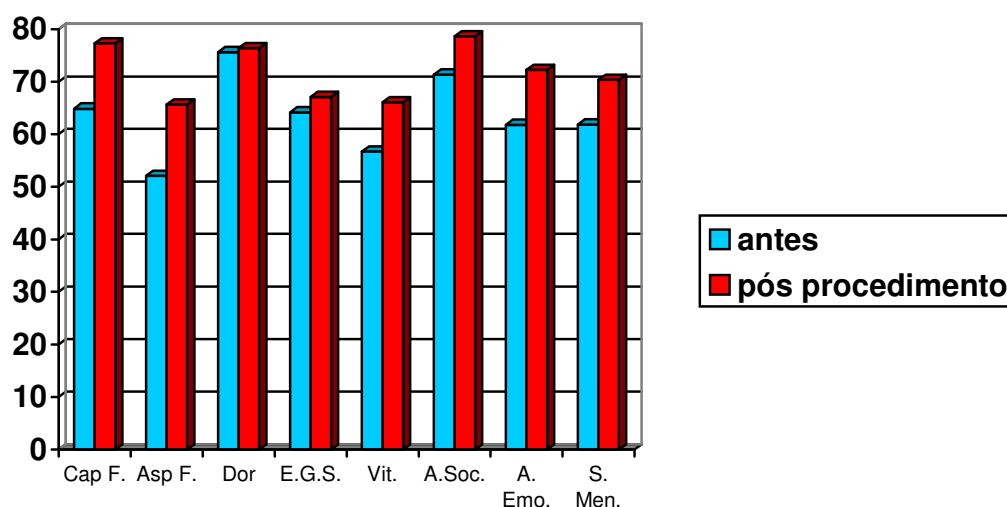


Figura 7 : Comparação dos resultados do SF 36 antes e 3 meses após ablação.
 (Abreviaturas: Cap F: capacidade funcional; Asp. F. : aspectos físicos; Est. G.S. :estado geral de saúde; Saúde M. : Saúde Mental; Asp. E. : aspectos emocionais; Asp. S. :aspectos sociais)

Após 3 meses de procedimento, houve uma melhora significativa dos escores do SF 36, no domínio capacidade funcional, quando comparamos com os escores antes do procedimento (Figura 7). Podemos observar também uma tendência de melhora nos domínios de aspectos físicos e no componente mental. Temos que levar em consideração que, somente, 13 (52 %) pacientes estavam em ritmo sinusal, 3 meses pós-procedimento, e o resto da população encontrava-se em fibrilação atrial ou tiveram taquicardia/flutter atrial com os sintomas da arritmia presente. Naturalmente, isso tem relevância para a pouca melhora dos escores nos vários domínios e, conseqüentemente, na qualidade de vida. Mais houve uma melhora significativa, no componente capacidade funcional, que é um dos domínios mais objetivos, para a medida da qualidade de vida.

Os resultados do questionário QVFA

Tabela VII : Distribuição dos sintomas da fibrilação atrial da amostra (n 25).

Distribuição dos sintomas da fibrilação atrial	n	%
Asintomática ou pouca asintomática (escore do QVFA \leq 20)	9	36
Homens	8	32
Mulheres	1	4
Sintomática (escore do QVFA $>$ 20)	16	64
Homens	12	48
Mulheres	4	16

Tabela VIII : Frequência dos sintomas da fibrilação atrial da amostra (n 25)

Os sintomas relatados no questionário QVFA

Síntomas	Amostra n 25		Homens n 20		Mulheres n 5	
	n	%	n	%	n	%
Palpitação	20	80	16	80	4	80
Dispneia	13	52	9	45	4	80
Precordialgia	11	44	8	40	3	60
Tontura	12	48	10	50	2	40

Nossa amostra dos pacientes, com fibrilação atrial, é composta por 20 (80 %) homens e 5 (20 %) mulheres. Quando dividimos nossa amostra em pacientes sintomáticos e assintomáticos, achamos que 16 (64 %) dos pacientes são sintomáticos e 9 (36 %) assintomáticos. A maioria das mulheres são sintomáticas, 4 (80 %) dos 5 pacientes femininos tem sintomas contra 1 (20 %) que é assintomática ou tem sintomas leve. Na amostra dos 20 pacientes masculinos, podemos observar que 12 (60%) são sintomáticos e 8 (40 %) assintomáticos ou têm sintomas leves. Esse achado é compatível com os achados da pesquisa de Reynolds (2004), que analisou dados de 1.005 pacientes com fibrilação atrial, entre eles 382 mulheres e 581 homens. Reynolds et al. aplicaram o questionário SF 12, o “Atrial Fibrillation Symptom

Checklist” e o “Atrial Fibrillation Severity Scale”. Eles concluíram que mulheres eram menos freqüentes assintomáticas e tinham mais freqüentemente palpitações (57 % contra 45 % dos homens). Na pesquisa de Flaker (2005), foram comparados pacientes com fibrilação atrial sintomáticos a assintomáticos. Houve um predomínio de homens assintomáticos (77% contra 59 %). O sintoma relatado, mais freqüente, em nossa população, foi a palpitação, com 80 %. A palpitação ocorreu com a mesma frequência, tanto na população masculina, como na feminina. A dispnéia foi, mais freqüentemente, relatada, na população feminina (80 % contra 45 %) e foi o segundo sintoma relatado, na amostra geral, com 52 % (13 pacientes).

Tabela IX: Comparação dos resultados do questionário QFVA em pacientes com FA

Domínios do QFVA	Bragança (n 86)	Vanheusden (n 25)
Palpitação	7,5	11,42
Dispneia	4,7	6,68
Precordialgia	1,5	3,80
Tontura	5,2	5,08
Medicação	2,7	3,88
CVE	1,3	1,24
Ablação	0,4	0,92
Total	23,6	33,02

Comparando nossos dados do questionário QFVA com os dados da Bragança podemos observar que nossa amostra tem um escore mais alto, nos domínios: da palpitação, dispnéia, precordialgia e medicação. Podemos explicar o escore mais alto da medicação, porque a amostra constituiu-se de pacientes, que já receberam tratamento clínico para a fibrilação atrial, mais geralmente, resistentes a 2 à 3 drogas anti-arrítmicas. Os pacientes que são selecionados para serem submetidos à ablação por cateter da FA apresentam uma refratariedade terapêutica e, por isso, podem referir mais sintomas.

Tabela X : Os resultados do QVFA antes e 3 meses pós procedimento.

QVFA	Antes	Pós procedimento	Wilcoxon test Valor de p
Palpitação	11,42	7,18	*0,018
Dispnéia	6,68	3,08	*0,016
Precordialgia	3,80	1,92	0,091
Tontura	5,08	2,64	*0,023
Medicação	3,88	2,52	*0,004
CVE	1,24	0,84	0,164
Ablação	0,92	2,20	*0,001
Total	33,02	19,80	*0,004

* valor de $p < 0,05$ estatisticamente significativo

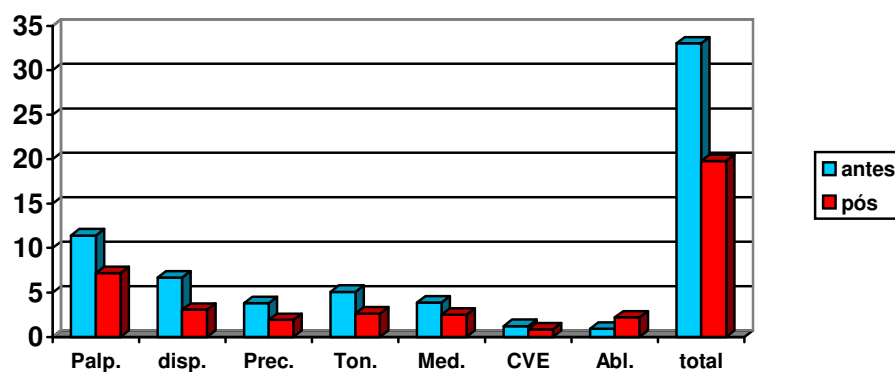


Figura 8 : Resultados do QVFA antes e 3 meses após procedimento.
(Abreviatura: Palp : palpitação; disp : dispneia; Prec : precordialgia; Ton. : tontura, Med : medicação; CVE : cardioversão elétrica; Abl : ablação)

Como o questionário QVFA investiga os sintomas e por ser um questionário especificamente construído para pacientes com FA, podemos esperar uma melhora nos escores de pacientes com sucesso na ablação. De fato, notamos uma melhora significativa em vários

domínios. Houve uma diferença significativa nos domínios: palpitação, dispnéia, tontura, medicação e ablação. Nos domínios: palpitação, dispnéia, tontura e medicação houve uma correlação positiva, com uma melhora nos sintomas (figura 8). O fato, de somente, 13 (52 %) dos pacientes apresentarem-se em ritmo sinusal, após ablação, foi possível medir uma melhora significativa nos vários sintomas.

No domínio da ablação, quando é perguntado se o paciente já foi submetido a uma ablação e, obviamente observaremos que haverá um aumento no escore pós procedimento. Este questionário específico relaciona uma melhora da qualidade de vida a um escore menor, então, obtendo uma correlação negativa com o escore do domínio da ablação. Entretanto, não podemos correlacionar este aumento do escore com a piora da qualidade de vida, porque o objetivo desta pesquisa é questionar o impacto do procedimento ablativo, na qualidade de vida do paciente portador de fibrilação atrial. Em caso de ausência de complicações do procedimento, não podemos correlacionar este aumento a uma piora na qualidade de vida.

Podemos concluir que a responsividade do questionário QVFA é muito boa, porque com a mudança de uma variável, que é a ablação por catéter, podemos medir a mudança ocorrida.

Limitações da pesquisa :

A amostra da nossa pesquisa é pequena, talvez, não representativa para o resto da população. Mas os dados são compatíveis com outras pesquisas, na literatura.

Por conta do tempo do seguimento, relativamente curto, da pesquisa, não sabemos se a mudança da qualidade de vida será permanente. Isso, definitivamente, será influenciado pela permanência do ritmo sinusal, ou pela recidiva de fibrilação atrial.

Capítulo 7 : Conclusões

O interesse por medir a qualidade de vida relacionada à saúde cresceu nas últimas décadas. A fibrilação atrial é uma arritmia supraventricular que é associada à mortalidade e morbidade aumentada. Esta arritmia pode causar sintomas como: palpitação, precordialgia, dispnéia, tontura e cansaço e, assim, influenciar a qualidade de vida relacionada à saúde. A ocorrência da arritmia pode ser intermitente e pode ter uma maior influência na qualidade de vida, quando acontece com maior frequência e aumento da severidade dos sintomas .

A atividade de determinar a qualidade de vida reflete uma necessidade de olhar além da doença e ter uma visão mais holística da pessoa. Quais são os sintomas que o paciente tem e que impacto isso tem na sua vida? Quais são as limitações sociais e/ou pessoais para o seu trabalho? A fibrilação atrial é uma doença crônica e multidimensional que afeta vários aspectos da vida do paciente. Durante o preenchimento dos questionários, o paciente tem a oportunidade de expressar seus sentimentos e abordar aspectos que, geralmente, não são avaliados, assim oferecendo uma relação mais direta com o profissional de saúde. A enfermeira, como profissional de saúde, é o profissional, por excelência, para aferir a qualidade de vida relacionada à saúde do paciente. A proximidade da enfermagem com o paciente permite ampliar a sua visão crítica, possibilitando a melhora da qualidade dos cuidados de enfermagem, tornando-se um membro indispensável, na equipe multidisciplinar.

Com o uso dos questionários para avaliação da qualidade de vida, relacionada à saúde, é possível determinar os pontos mais importantes para o paciente e, assim, elaborar um plano de cuidado de enfermagem, voltado para os pacientes com fibrilação atrial. Os sintomas da fibrilação atrial e a influência desta doença podem ser diferentes em cada paciente, sendo possível a elaboração de um plano de cuidado generalizado e/ou individualizado, ajustado às

necessidades do paciente. Este plano de cuidado de enfermagem pode, simultaneamente, traçar e estimular a educação e o autocuidado deste paciente, fatores de extrema importância.

A qualidade de vida relacionada à saúde existe, em vários domínios, que podem ser avaliados, objetivamente, mas é a percepção subjetiva do paciente que nos mostra sua qualidade de vida. A qualidade de vida relacionada à saúde visa a conhecer as dificuldades de viver com uma doença e estas dificuldades podem ser subjetivas e variadas para cada paciente. As aplicações dos questionários demonstraram como é subjetiva a experiência da morbidade e como pode afetar vários domínios. A enfermagem pode-se beneficiar do uso do instrumento da medida da qualidade de vida, avaliando vários domínios e usar o instrumento para aperfeiçoar o cuidado e, assim fornecer um cuidado holístico. Os pacientes com fibrilação atrial pertencem a um grupo crescente que demandam, cada vez mais, atenção à saúde, cuidado de enfermagem e custos ao sistema de saúde.

O questionário QVFA é mais sensível para captar mudanças, na qualidade de vida dos pacientes portadores de fibrilação atrial, que o questionário genérico SF 36. A limitação do questionário específico QVFA é que este pode somente ser utilizado para pacientes com esta arritmia. Para poder fazer a comparação entre várias patologias, precisamos de um questionário genérico, para o qual optamos pelo questionário SF 36. Este questionário genérico mostra quais são as atividades que os pacientes conseguem executar e, como eles se sentem com isso. Os resultados do SF 36, antes da ablação, mostraram que a qualidade de vida relacionada à saúde é comprometida, nos pacientes portadores de fibrilação atrial. A fibrilação atrial tem bastante influência, nos domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, vitalidade, saúde mental e aspectos emocionais. Observamos que os pacientes com fibrilação atrial têm uma pior qualidade de vida relacionada à saúde, em comparação com pacientes com doenças inflamatórias

intestinais. Os resultados do SF 36 são similares para pacientes com artrite reumatóide e melhores que os pacientes com fibrose pulmonar idiopática.

No nosso estudo, observamos a captação da mudança, estatisticamente significativa, de somente, um domínio do SF 36, a capacidade funcional. Registramos, no pós-ablação, uma tendência de melhora, nos domínios de aspectos físicos e no componente mental. Podemos concluir que a responsividade deste questionário genérico não é tão boa quanto a do questionário específico QVFA, em pacientes com FA. Entretanto, o uso do questionário genérico SF 36, possibilitou-nos fazer comparações com outras patologias, já, estudadas anteriormente.

Foi possível avaliar o impacto da fibrilação atrial com uma doença crônica, nos componentes: objetivos e subjetivos da vida do paciente. As aplicações repetidas dos 2 questionários demonstram a melhora de qualidade de vida, em vários aspectos pós-ablação, em pacientes portadores de fibrilação atrial, assim podendo avaliar o impacto do tratamento da ablação, na qualidade de vida relacionada à saúde. Podemos, então, concluir que o tratamento de ablação por catéter melhora os sintomas e a qualidade de vida, relacionada à saúde de pacientes com fibrilação atrial.

REFERÊNCIAS :

ANDERSON, K.L.; BURCKHARDT, C.S. **Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research.** Journal of Advanced Nursing 29(2),298-306. 1999.

ARENTZ T et al. **Incidence of pulmonary vein stenosis 2 years after radiofrequency catheter ablation of refractory atrial fibrillation.** European Heart Journal 2003;24:963-969.

BORGGREFE M et al. **High frequency alternating current ablation of an accessory pathway in humans.** J Am Coll Cardiol 1987; 10:576-582.

BRAGANÇA E.O.V. et al. **Evaluation of quality of life in atrial fibrillation patients : Development and Validity of New Questionnaire.** In 24 th Annual Scientific Sessions North American Society of Pacing and Electrophysiology (NASPE) 2003, Washington

BRASIL V.V. **Qualidade de vida do portador de marcapasso cardíaco definitivo:** antes e após implantes. Revista Eletronica de Enfermagem 2002,v. 4, n.1 p 64 Acessado : 20 março 2004.

BUBIEN RS et al. **Effect of radiofrequency catheter ablation on health-related quality of life and activities of daily living in patients with recurrent arrhythmias.** Circulation 1996,94:1585-1591.

CARVALHO ETF et al. **Fibrilação atrial crônica no idoso.** Arg Brás. Cardiol 1991,57:109-114.

CAPAPATO R, CALKINS H, CHEN SA et al. **Worldwide survey on the methods, efficacy and safety of catheter ablation for human atrial fibrillation.** Circulation 2005;111:1100-5.

CICCONELLI, RM et al. **Tradução para a lingua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36)** Rev Bras Reumatol 1999,39(3)143-150.

CRUZ FILHO FES et al. **Reversibility of tachycardia-induced cardiomyopathy after cure of incessant supraventricular tachycardia.** J Am Coll Cardiol 1990;16:739-744.

CRUZ FILHO FES, BOGHOSSIAN SH, FAGUNDES ML. **Terapia ablativa com radiofrequência do flutter atrial.** In CRUZ FILHO FES, MAIA IG. **Eletrofisiologia clínica e intervencionista das arritmias cardíacas.** Rio de Janeiro. Revinter, 1997. cap 26.

DANTAS, R.A.S., SAWADA, N.O., MALERBO, M.B. **Pesquisas sobre qualidade de vida:** Revisão da produção científica das universidades públicas do estado de São Paulo. Rev Latino-am Enfermagem 2003,11(4):532-8.

Diretrizes para avaliação e tratamento de pacientes com arritmias cardíacas. Arq. Bras

Cardiologia 2002: vol 79 ,suppl V.

Diretrizes de fibrilação atrial.Arq. Bras Cardiol 2003,vol 81 , supl VI.

DORIAN P. **Quality of life in clinical Arrhythmic Trials.** 20 th Annual Scientific Sessions of the North American Society of Pacing and Electrophysiology 1999 May 14.

FAGUNDES ML, CRUZ FILHO FES. **Estudo eletrofisiológico nas taquiarritmias supraventriculares.** In CRUZ FILHO FES, MAIA IG. **Eletrofisiologia clínica e intervencionista das arritmias cardíacas.** Rio de Janeiro. Revinter, 1997. cap 18.

FARQUHAR, M. **Definitions of quality of life: a taxonomy.** Journal of Advanced Nursing 1995,22,502-508.

FLECK MP et al. **Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100).** Rev Bras Psiquiatr 1999;21:21-8.

FLECK, MPA **O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100):**características e perspectivas.Ciência e Saúde Coletivo 2000,vol 5,1;33-38.

FURBERG CD et al. **Prevalence of Atrial Fibrillation in elderly subjects_(the Cardiovascular Health Study).** Am J Cardiol 1994, 74:236-241.

GAIVA, M.A.M. **Qualidade de vida e saúde.** R. Enferm. UERJ 1998, 6(2):377-383.

GALLAGHER JJ et al. **Catheter technique for closed-chest ablation of the atrio-ventricular conduction system: A therapeutic alternative for the treatment of refractory supraventricular tachycardia.** N Engl J Med 1982; 306:194-200.

GAZZINELLI M.F. et al. **Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiência da doença.** Cad.Saúde Pública 2005;21(1):200-206.

GRONEFELD G.C., HOHNLOSER S.H.. **Quality of life in atrial fibrillation: an increasingly important issue.** Eur. Heart J. 2003, vol 5 supl H: 25-33

GONZALEZ B. e al. **Patient´s education by nurse : What we really do achieve?** Eur. Journal of Cardiovascular nursing 2005;4:107-111.

GUYATT GORDON et al. **Basic Statistic for clinicians : 1 Hypothesis testing.** Can Med Assoc J. 1995,152 (1)27-32.

GUYATT GORDON et al. **Basic Statistics for clinicians: 2 Interpreting study results: confidence intervals.** Can Med Assoc J. 1995,152(2)169-173.

HAGENS VE et al. **Effect of rate or rhythm control on quality of life in persistent atrial fibrillation.** JACC 2004;43(2):241-7.

HAISSAGUERRE M et al. **Spontaneous Initiation of Atrial Fibrillation by Ectopic Beats Originating in the Pulmonary Veins.** N Engl J Med 1998, 339: 659- 666.

HAISSAGUERRE M, et al. **Electrophysiological End Point for Catheter Ablation of Atrial Fibrillation Initiated from Multiple Pulmonary Venous Foci.** Circulation 2000, 101: 1409-1417.

HARRINSON M.B., JUNIPER E.F., MITCHELL-DICENSO A. **Quality of life as an outcome Measure in Nursing Research “ May you have a long and healthy life “** Can. J. Nursing Research 1996,vol 28,3,49-68.

HINDRICKS G. et al. **Short- and long-term complications of catheter ablation using radiofrequency energy – observations in 192 consecutive patients.** J Am Coll Cardiol 1992,19:184. Abstract.

HLATKY MA, VAUGHN WK. **Quality of life in patients with supraventricular arrhythmia.** Circulation 1996,94:1491-1493.

HULLEY S.B. et al. **Planejando as Medições: Precisão e Acurácia.** In Hulley et all : Delineando a Pesquisa clínica. Uma abordagem epidemiológica.. Artmed 2003

JACKMAN WM et al. **Catheter ablation of accessory atrioventricular pathways (Wolff-Parkinson-White Syndrome) by radiofrequency current.** N Engl J Med 1991; 324:1605-1611.

JAIS P. et al. **Radiofrequency ablation for atrial fibrillation.** Eur Heart J 2003,5 (supplement),H40-H44.

KANG Y.,BAHLER R. **Health-related quality of life in patients newly diagnosed with atrial fibrillation.** Eur.J.Cardiov. Nursing 2004,3:71-76.

KANNEL W.B. et al. **Epidemiologic features of chronic atrial fibrillation : the Framingham Study.** N. Engl. J. Med 1982,306:1018-1022.

KOOGAN A, HOUAISS A. **Enciclopédia e dicionário.** Edições Delta 2000. Rio de Janeiro.

KUCK KH et al. **Radiofrequency current catheter ablation of accessory atrioventricular pathways.** Lancet 1991; 337:1557-1561.

LAU C, TAI Y, LEE PWH. **The effects of radiofrequency ablation versus medical therapy on the quality-of-life and exercise capacity in patients with accessory pathway-mediated supraventricular tachycardia: a treatment comparison study.** PACE 1995,18:424-432.

LE HEUZY J.Y. e col. **Cost of Care Distribution in Atrial Fibrillation Patients? The COCAF Study.** Am Heart J. 2004,147(1):121-126.

LUDERITZ B. **Quality of life evidence in the management of the individual patient with atrial fibrillation.** Cardiac electrophysiology review 2003;7:60-62.

LUDERITZ B, WERNER J – **Quality of Life in Patients with Atrial Fibrillation** [Review Article]. Arch Intern Med 2000, 160: 1749- 1757

MACDUFF, C. **Respondent-generated quality of life measures: useful tools for nursing or moor fool's gold?** Journal of Advanced Nursing 2000,32(2),375-382.

MANSOUR M, RUSKIN J, KEANE D. **Efficacy and safety of segmental ostial circumferential extra-ostial pulmonary vein isolation for atrial fibrillation.** Journal of Cardiovascular Electrophysiology 2004;15(5):532-537.

MARTINS L.M. et al **Qualidade de vida em pessoas com doenças crônicas.** Rev Lat Am Enfermagem 1996,4(3):5-18

McHORNEY CA et al . Med Care 1994,32 (1) :40-62.

MEEBERG, G.A. **Quality of life : a concept analysis.** Journal of Advanced Nursing 1993,18,32-38.

MENEZES G.A.C., ROSA R.S.D. **Práticas educativas em saúde: a enfermagem revendo conceitos na promoção do autocuidado.** Rev.Min.Enf;8(2):337-340.

OLESON M. **Subjectively perceived quality of life.** Image. Journal of Nursing Scholarship 1990, 22:187-190.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE GRUPO WHOQOL **Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida_**(WHOQOL) 1998.

POLIT D.F. , **BECK C.T. Essentials of nursing research : Methods, appraisal, and utilization.** Sixth edition 2005. Lippincott, Williams and Wilkens.

REYNOLDS M.R. et al : **Influence of age and gender on symptoms and quality of life in atrial fibrillation.** In 25 th Annual Scientific Sessions North American Society of Pacing and Electrophysiology (NASPE) 2004, San Francisco.

RICARD PH e col. **Cardioversion of atrial fibrillation: how and when?** Eur Heart J 2003,5(supplement H),H40-H44

RICHARDSON RJ. et al .Pesquisa social. Métodos e Técnicas. 3 edição 1999. São Paulo. Editora Atlas S.A.

RUFINO NETTO A **Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia.** In MFL Lima e Costa & RP Souza (orgs.). Qualidade de vida:Compromisso Histórico da Epidemiologia. Coopmed/Abrasco Belo Horizonte pp11-18.

SANDERS P, MORTON JB, DAVIDSON NC et al. **Electrical remodeling of the atria in congestive heart failure: electrophysiological and electro-anatomic mapping in humans.** Circulation 2003;108:1461-8.

SANTORO D.C. **O cuidado de enfermagem na unidade coronariana: um ensaio sobre a dimensão da subjetividade no cuidar.** Tese de doutorado. U.F.R.J. Rio de Janeiro 2000.

SCANAVACA M, SOSA E. **Aplicações clínicas do estudo eletrofisiológico em pacientes com taquicardia ventriculares.** In CRUZ FILHO FES, MAIA IG. **Eletrofisiologia clínica e intervencionista das arritmias cardíacas.** Rio de Janeiro. Revinter, 1997. cap 19.

SCHEINMAN MM et al. **Catheter-induced ablation of the atrioventricular junction to control refractory supraventricular arrhythmias.** JAMA 1982; 248:851-855.

SEIDL, E.M.F., ZANNON, C.M.L.C. **Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos.** Cad. Saúde Pública 2004, 20(2):580-588.

STIPP M.A.C. **O cliente e a doença coronariana** : uma estudo sobre suas representações. Dissertação (Mestrado em enfermagem) U.F.R.J. Rio de Janeiro 1995.

TESTA MA, SIMONSON DC. **Assesment of quality-of-life outcomes.**The New England J. of Medicine 1996 ,334:835-840.

THE WHOQOL GROUP .The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Social science and Medicine 1995,10:1403-1409.

VANHEUSDEN, L.M.S. et al. **Participação e cuidados da enfermagem em procedimentos de Ablação com radiofrequência nas Taquicardias supraventriculares.** Arq Bras Cardiol 1994 : 62 n 5 ; 361-367.

VERMA A. et al. **Pre-existen left atrial scarring in patients undergoing pulmonary vein antrum isolation.** JACC 2005;45(2):285-292.

VEDEL J et al. **Bloc auriculoventriculaire intra-Hisien definitive induit au cours d'une exploration encocavitaire droite.** Arch Mal Coeur 1979;72:107.

VILLANI G.Q. et al. **Anticoagulation in atrial fibrillation** : what is certain and what is to come? Eur HeartJ 2003,5 (supplement H), H45-H50

WARE J.E., DEWEY J.E. **Health status and outcomes Assessment Tools.** The Intern.elect. J. of Health Education 2000,3 (special):138-148.

WEBER H, SCHMITZ L. **Catheter technique for closed-chest ablation of an accessory pathway.** N Engl J Med 1983; 308:553-654.

WORLD HEALTH ORGANIZATION World Health Organization constitution Banc Documents. Geneva, Switserland: World Health Organization 1948.

WYSE DG et al. for the Atrial Fibrillation Follow-up Investigation of Rhythm Management (AFFIRM) Investigators – **A Comparison of Rate Control and Rhythm Control in Patients with Atrial Fibrillation.** N Engl J Med 2002, 347(23): 1825-1833.

ANEXOS

Anexo 1:

QVFA

Avaliação da Qualidade de Vida em Paciente com Fibrilação Atrial

Identificação **Data:** _____ **Nº:** _____
 Sexo: _____ Data de Nasc.: _____ Idade: _____
 Tel: _____ Estado Civil _____

Questionário:

I. Palpitação

Tem *palpitação* (batedeira no peito)?

Sim Não

1) A palpitação é :

- .diária.....e
- .semanal.....d
- .quinzenal.....c
- .mensal.....b
- . > 30 dias.....a

2) A palpitação aparece com:

- .repouso.....c
- .stress emocional.....b
- .atividade comum(trabalho ou casa).....a

3) Qual é a duração da palpitação?

- .< 1 minuto.....a
- .minutos.....b
- .horas.....d
- .contínua(direto).....e

4) Quando começou a última palpitação?

- .<48 horas.....c
- .>48 horas a uma semana.....k
- .>uma semana até um mês.....b
- .>um mês até seis meses.....l
- .>seis meses até um ano.....a
- .>um ano.....m

5) A palpitação atrapalha o seu dia a dia?

- .Muito.....d
 .Médio.....c
 .Pouco.....b
 .Nada.....a

II. Dispnéia

Tem **falta de ar**?

- Sim Não

6) A falta de ar é em:

- .repouso.....f
 .esforço: pequeno.....e
 médio.....d
 grande.....b

7) Junto com a falta de ar tem:

- .palpitação.....b
 .tosse.....a
 .tontura.....b
 .outros.....a
 .nenhum sintoma.....z

8) A falta de ar atrapalha o seu dia a dia?

- .Muito.....h
 .Médio.....f
 .Pouco.....d
 .Nada.....a

III. Precordialgia

Tem **dor no peito**?

- Sim Não

9) A dor no peito começou ao mesmo tempo em que a palpitação?

- Sim.....c Não.....z

10) A dor no peito aparece com:

- .repouso.....d
 .stress emocional.....c
 .atividade comum(trabalho ou casa).....b
 .outros.....a

11) Junto com a dor no peito tem:

- .nenhum sintoma.....z
- .sudorese.....b
- .náuseas e/ou vômitos.....b
- .irradiação.....a
- .outros.....a

12) A dor no peito atrapalha o seu dia a dia?

- .Muito.....g
- .Médio.....e
- .Pouco.....c
- .Nada.....a

IV. Tontura

Tem **tontura**?

Sim Não

13) Qual é o tipo de tontura?

- .sensação momentânea de desequilíbrio.....c
- .movimento rotatório seu ou do ambiente.....c
- .sensação de desmaio.....d
- .desmaio.....f

14) Junto com a tontura tem:

- .palpitações.....b
- .visão embaçada.....b
- .ansiedade.....a
- .fraqueza.....a
- .outros.....a
- .nenhum sintoma.....z

15) A tontura atrapalha o seu dia a dia?

- .Muito.....g
- .Médio.....e
- .Pouco.....c
- .Nada.....a

V. Medicação

Faz uso de **medicação**?

Sim Não

16) É para o tratamento da arritmia?

Sim.....b Não.....z

17) Depois que começou a medicação:

.ficou do mesmo jeito.....a

.melhorou.....z

.piorou.....c

18) Tomar a medicação atrapalha o seu dia a dia?

.Muito.....e

.Médio.....d

.Pouco.....c

.Nada.....z

VI. CVE

19) Já recebeu **choque** no peito?

() Sim.....b () Não.....z

20) Depois do choque:

. ficou do mesmo jeito.....a

. melhorou.....z

. piorou.....c

VII. ABLAÇÃO

21) Já fez **ablação**(tratamento com cateter nas veias para arritmia)?

() Sim.....b () Não.....z

22) Depois da ablação:

. ficou do mesmo jeito.....a

. melhorou.....z

. piorou.....c

Pontuação do questionário QVFA

a	1,0	h	8,0
b	2,0	i	9,0
c	3,0	j	10,0
d	4,0	k	2,5
e	5,0	l	1,5
f	6,0	m	0,5
g	7,0	z	0,0

Domínio	Questão	Pontuação
I	1	5,0
	2	3,0
	3	5,0
	4	3,0
	5	4,0
II	6	6,0
	7	6,0
	8	8,0
III	9	3,0
	10	4,0
	11	6,0
	12	7,0
IV	13	6,0
	14	7,0
	15	7,0
V	16	2,0
	17	3,0
	18	5,0
VI	19	2,0
	20	3,0
VII	21	2,0
	22	3,0

Domínios I a IV 20 ptos, V+VI+VII 20 ptos → Total 100 ptos

Anexo 2:

SF-36 PESQUISA EM SAÚDE

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda cada questão marcando a resposta como indicado. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

1. Em geral, você diria que sua saúde é: (circule uma)

- .Excelente.....1
 .Muito boa.....2
 .Boa.....3
 .Ruim.....4
 .Muito ruim.....5

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

(circule uma)

- .Muito melhor agora do que a um ano atrás.....1
 .Um pouco melhor agora do que a um ano atrás.....2
 .Quase a mesma de um ano atrás3
 .Um pouco pior agora do que a um ano atrás.....4
 .Muito pior agora do que a um ano atrás.....5

3. Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. **Devido a sua saúde**, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

Atividades	Sim. Dificulta Muito	Sim. Dificulta um pouco	Não. Não Dificulta de modo algum
a. Atividades vigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos	1	2	3
b. Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
c. Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d. Subir vários lances de escada	1	2	3
e. Subir um lance de escada	1	2	3
f. Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h. Andar vários quarteirões	1	2	3
i. Andar um quarteirão	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4. Durante as **últimas 4 semanas**, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade regular diária, **como consequência da sua saúde física?**

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d. Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades(p.ex: necessitou de um esforço extra?)	1	2

5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a. Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b. Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado com geralmente faz?	1	2

6. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação a família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

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

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

(circule uma)

- . Nenhuma.....1
- . Muito leve.....2
- . Leve.....3
- . Moderada.....4
- . Grave.....5
- . Muito grave.....6

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora e dentro de casa)?

(circule uma)

- . De maneira nenhuma.....1
- . Um pouco.....2
- . Moderadamente.....3
- . Bastante.....4
- . Extremamente.....5

9. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante **as últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação as **últimas 4 semanas**.

(circule um número para cada linha)

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor , cheio de vontade , cheio de força ?	1	2	3	4	5	6
b. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa ?	1	2	3	4	5	6
c. Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo ?	1	2	3	4	5	6
e. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia ?	1	2	3	4	5	6
f. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido ?	1	2	3	4	5	6
g. Quanto tempo você tem se sentido esgotado ?	1	2	3	4	5	6
h. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz ?	1	2	3	4	5	6
i. Quanto tempo você tem se sentido cansado ?	1	2	3	4	5	6

10. Durante as **últimas 4 semanas**, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

(circule uma)

- . Todo o tempo.....1
- . A maior parte do tempo.....2
- . Alguma parte do tempo.....3
- . Uma pequena parte do tempo.....4
- . Nenhuma parte do tempo.....5

11. O quanto **verdadeiro ou falso** é cada uma das afirmações para você?

(circule um número em cada linha)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria da vezes verdadeiro	Não sei	A maioria da vezes falso	Definitivamente falso
a. Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b. Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c. Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

Pontuação do questionário SF-36

Questão	Pontuação
01	1→5,0 2→4,4 3→3,4 4→2,0 5→1,0
02	1→5,0 2→4,4 3→3,4 4→2,0 5→1,0
03	Soma normal
04	Soma normal
05	Soma normal
06	1→5 2→4 3→3 4→2 5→1
07	1→6,0 2→5,4 3→4,2 4→3,1 5→2,2 6→1,0
08	Se 8→1 e 7→1-----→6 Se 8→1 e 7→2 a 6-----→5 Se 8→2 e 7→2 a 6-----→4 Se 8→3 e 7→2 a 6-----→3 Se 8→4 e 7→2 a 6-----→2 Se 8→5 e 7→2 a 6-----→1 Se a questão 7 não for respondida, o escore da questão 8 passa a ser o seguinte: 1→6 4→2,25 2→4,75 5→1,0 3→3,5
09	a,d,e,h =valores contrários 1=6, 2=5, 3=4, 4=3, 5=2, 6=1 Vitalidade= a+e+g+i Saúde mental=b+c+d+f+h
10	Soma normal
11	a,c = valores normais b,d = valores contrários 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1

Cálculo do Raw Scale (0 a 100)

	Questão	Limites	Score Range
Capacidade Funcional	3 (a+b+c+d+e+f+g+h+i+j)	10,30	20
Aspectos físicos	4(a+b+c+d)	4,8	4
Dor	7+8	2,12	10
Estado Geral de Saúde	1+11	5,25	20
Vitalidade	9(a+e+g+i)	4,24	20
Aspectos Sociais	6+10	2,10	8
Aspecto Emocional	5(a+b+c)	3,6	3
Saúde Mental	9(b+c+d+f+h)	5,30	25

Raw Scale:

Ex: Item = $\frac{\text{Valor obtido} - \text{Valor mais baixo}}{\text{Variação}} \times 100$

Ex: Capacidade Funcional = 21 Ex: $\frac{21-10}{20} \times 100 = 55$
 Valor mais baixo = 10
 Variação = 20

Obs.: A questão nº 2 não entra no cálculo dos domínios.

Dados perdidos:

Se responder mais de 50% = substituir o valor pela média.

Anexo 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa intitula-se “Qualidade de vida em pacientes com fibrilação atrial submetido a ablação por cateter”, de autoria de Lutgarde Magda Suzanne Vanheusden, tel: (021) 25277099, mestranda da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, sob a orientação da Prof^ª. Dr^ª Deyse Conceição Santoro. O objetivo é determinar a qualidade de vida do paciente portador de fibrilação atrial antes e depois a ablação por cateter. O procedimento utilizado será a aplicação de questionários de qualidade de vida antes e 3 meses pós ablação, sendo individual garantido o sigilo e anonimato do entrevistado. Com os dados obtidos será feita análise estatística dos mesmos.

Você está convidada a participar desta pesquisa. Esclareço que a qualquer momento você tem o direito de recusar-se a participar do estudo, sem nenhuma consequência para seu tratamento.

Sua participação envolverá o preenchimento dos questionários, antes e três meses pós ablação. As informações que foram levantadas na pesquisa, serão analisadas, esclarecidas e divulgadas em publicações de revistas científicas ou congressos.

Uma vez que você declare ter entendido o que lhe foi exposto e concorde em participar do estudo, será solicitado que assine este formulário.

Rio de Janeiro,-----de -----de-----

Pesquisadora: Lutgarde Magda Suzanne Vanheusden

Entrevistad(o/a)

Anexo 4




MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA LARANJEIRAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CARTA DE APROVAÇÃO

Prezados Senhores:

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Nacional de Cardiologia Laranjeiras reuniu-se em 13 de Abril de 2005 e aprovou por unanimidade o Projeto "Qualidade de vida em pacientes com fibrilação atrial submetida a ablação por cateter", assim como seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sob a responsabilidade da Investigadora Principal, Enfermeira Lutgarde Magda Suzanne Vanheusden, sendo registrado neste CEP sob o n.º0051/23.02.05.

Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2005.



Dr. Ivan Luiz Cordovil de Oliveira
Coordenador do CEP

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)