

ESTUDO DA QUALIDADE DE VIDA EM RELAÇÃO À SAÚDE NUMA POPULAÇÃO A QUEM FOI IMPLANTADO UM CDI

Paulo Ermida

Dissertação de Mestrado em Sociopsicologia da Saúde - 'Estudo da Qualidade de Vida em Relação à Saúde numa População a Quem foi Implantado um CDI'

Orientador: Pedro Zany Caldeira

Data da defesa: 12/04/2003

Os recentes avanços da medicina na área da cardiologia, do ponto de vista científico e tecnológico, vieram permitir o recurso a métodos e técnicas cada vez mais sofisticados com o objectivo de aumentar a esperança de vida dos doentes e também perspectivar um aumento da Qualidade de Vida desses mesmos pacientes. É hoje um dado adquirido que o doente tem um papel fundamental na avaliação dos resultados em saúde, dando-se ênfase à forma como ele ou ela se sente e não apenas, como era hábito no passado, avaliar a forma como o clínico pensava ou o que sentia a respeito do doente. Na verdade, a própria Organização Mundial de Saúde (OMS) incentiva hoje a abordagem do indivíduo doente segundo um conceito abrangente que inclui não só o sistema de valores, a cultura e padrões vigentes na sociedade onde está inserido, mas também o chamado conceito multidimensional que integra a saúde física, estado psicológico, relações sociais, crenças, nível de independência e a relação com o meio ambiente (Bowling 1995). Este conceito é considerado coadjuvante dos indicadores usados, habitualmente, na avaliação das necessidades de saúde, segundo a perspectiva de que as interacções físicas, sociais e emocionais estão implicadas no desenvolvimento das doenças e influenciam os resultados obtidos com as diversas terapêuticas aplicadas.

O crescente desenvolvimento tecnológico, especialmente nas áreas médicas, trouxe também como consequência negativa a progressiva desumanização. Assim, a preocupação com o conceito de 'Qualidade de Vida' (QV) refere-se a um movimento no interior das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da esperança de vida. Passou-se, assim, a criar uma terceira dimensão acrescentada à eficácia e à segurança que eram, até aí, os parâmetros comuns de avaliação dos ensaios clínicos. A necessidade de avaliar até que ponto as condições de vida dos doentes era melhorada pelo uso de novos tratamentos fez com que essa nova dimensão ganhasse nova influência. Admite-se, portanto, que factores socioeconómicos, apesar de não serem alterados pelo estado de saúde, poderão ainda assim influenciar esse mesmo estado de saúde, ou seja, ainda que os cuidados de saúde não possam alterar os factores que contribuem para a QV, estes ainda assim e de uma forma inevitável irão afectar a saúde. Desta forma, podemos dizer que a QV é uma percepção global da vida do indivíduo influenciada por vários domínios e componentes.

Hoje, argumenta-se que todos estes conceitos sobre a QV foram tão longe que o estado e as necessidades de saúde deixaram de ter interesse, enquanto instrumento de medida. Surge, a partir daí, o conceito mais específico de Qualidade de Vida Relaciona-

da com a Saúde (QVRS). Esta é uma das dimensões da vida humana por todos desejada e perseguida desde o nascimento até à morte. Tem sido tema de investigação em muitas áreas da ciência, com o objectivo de ultrapassar determinadas ambiguidades e mesmo subjectividades que lhe são atribuídas, a fim de que possa contribuir em termos bem concretos e definidos para o bem estar de todos os indivíduos e a sociedade em geral. É, também, por outro lado, uma expressão recente que tem sido usada como significando o estado da saúde de determinado indivíduo ou grupo, sendo, por isso, menos abrangente que a Qualidade de Vida em geral. Tem adquirido um significado especial neste século desde que se constatou que a esperança de vida tem aumentado, o que fez com que o interesse do investigador se concentrasse já não no quanto se vive, mas em como se vive (Barbosa 2000). Assim, atendendo à definição da QVRS, é de supor que as regras para avaliação da mesma incluam os aspectos positivos, considerando a interacção dos aspectos físicos, mentais e sociais que se baseiam na percepção individual, procurando avaliar o nível de bem estar e da funcionalidade.

De entre as escalas de avaliação da Qualidade de Vida em Saúde mais usadas, destaca-se a Nottingham Health Profile (Ferreira 1999; Hunt 1980) composta de 38 itens, distribuídos por seis dimensões: mobilidade física, dor, sono, reacções emocionais, energia e isolamento social e que é autoadministrado e o Short-Form Health Survey – (SF-36) – da Rand Corporation e John E. Ware (Ware 1995), um instrumento de medida que deriva do Health Insurance Experiment, para uso na prática clínica, na investigação, na avaliação da política de saúde e na vigilância da saúde em geral. A SF-36, pelo contrário, é inteligível, breve (o seu preenchimento leva à volta de cinco minutos) e psicometricamente adequada. Segundo a literatura, foi um dos primeiros instrumentos a ser conceptualizado de origem para avaliar o estado de saúde conforme a orientação da OMS. Segundo Ribeiro (1999), é uma das versões mais divulgadas na geração de instrumentos de medida da QVRS, quer em populações específicas, quer no contexto de saúde em geral. Este instrumento é composto por oito conceitos importantes da saúde: função física, desempenho físico, dor corporal, saúde em geral, vitalidade, função social, desempenho emocional e a saúde mental.

Quadro I
Relações entre as dimensões do NHP e SF-36

NHP	SF-36
Mobilidade Física	Função Física Desempenho Físico Dor Física Saúde em geral Vitalidade
Dor	Dor Física
Energia	Saúde em geral Vitalidade
Reacções Emocionais	Saúde Mental
Sono	
Isolamento Social	Função Social

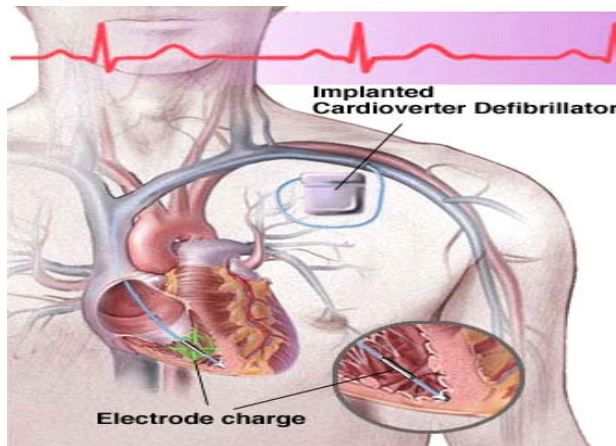
Em síntese, com a profusão de conceitos sobre a saúde e a QV, parece ser de grande importância a comunicação dos resultados das pesquisas e também a selecção dos métodos e das medidas adequadas a cada situação de estudo. Por isso, será útil relembrar que não há ninguém melhor que o próprio indivíduo para julgar a sua QV (estado de saúde) ou o seu bem-estar (Bowling 1994). A QVRS aparece, desta forma, como paradigma de uma evolução na medicina que se traduz por novos avanços no combate às doenças crónicas e subagudas, permitindo aumentar o tempo de vida, mas, ao mesmo tempo, abrindo um novo horizonte em que se procura conciliar uma vida de doença com uma vida de qualidade (Patte 1998), realizando o projecto de vida individual e fazendo uma avaliação do estado de saúde do indivíduo perante os cuidados que lhe foram prestados. Podemos, assim, concluir que a medição do estado de saúde pode ser aplicada segundo uma perspectiva individual ou segundo uma perspectiva de grupo. Se a primeira mede as consequências do ponto de vista individual, a segunda, utilizando a tradição psicométrica, procura prestar atenção a uma população bem definida num determinado momento, seguindo uma determinada política de saúde, onde, segundo Ferreira (1996), as análises custo-benefício e as avaliações de programas de cuidados de saúde são o grande objectivo.

A Morte Súbita Cardíaca (MSC) é, actualmente, um problema cuja importância não é necessário magnificar. Em Portugal, apesar da falta de dados estatísticos e não sendo lícito extrapolar as análises estatísticas de outros países, considera-se, como base para investigação, os dados estatísticos dos EUA que mostram que, perante um número anual à volta de 400.000 casos/ano, haverá em Portugal uma incidência, aproximadamente, de 1 a 2% (Adragão 1997). Em 80% dos casos, estes números serão devidos a cardiopatia isquémica e em 10% terão como consequência as miocardiopatias (Myerburg 1993); numa percentagem ínfima incluir-se-ão cardiopatias inflamatórias ou valvulares, displasia arritmogénica do ventrículo direito, síndrome do QT longo, etc. A maior parte destas mortes súbitas deve-se a Taquiarritmias Ventriculares (Taquicardia ou Fibrilhação Ventricular). Os aspectos qualitativos do problema não são menos preocupantes que os quantitativos. Um número apreciável dos casos de ressuscitação de MSC constitui a primeira manifestação de doença cardíaca, atingindo, portanto, pessoas aparentemente saudáveis ou que ignoravam estar doentes e, com alguma frequência, jovens. As consequências dramáticas que este tipo de acidentes tem, a nível familiar e social, não são difíceis de imaginar. Por outro lado, em muitas ocasiões, a MSC atinge pessoas cuja cardiopatia estrutural é pouco importante ou até inexistente; inclui aqui os casos de cardiopatia preferentemente eléctrica (Displasia Arritmogénica do Ventrículo Direito, Síndrome do QT longo, Fibrilhação Ventricular Idiopática, Síndrome de Brugada, etc.), assim como aqueles outros casos de cardiopatia isquémica com escassa afectação ventricular, por necrose miocárdica aguda ou antiga relativamente pouco extensa, miocardites, miocardiopatia hipertrófica 'sem hipertrofia', etc. Em todos os casos, era previsível que, se não houvesse havido lugar ao episódio de disritmia ventricular, os doentes teriam uma expectativa de vida razoável com uma boa capacidade funcional.

A gravidade dos doentes reanimados de MSC traduz-se ainda por elevadas taxas de mortalidade e morbidade, com algumas limitações, quer do ponto de vista físico, quer quanto ao desempenho social, familiar e emocional, o que, invariavelmente, conduz a

uma diminuição da Qualidade de Vida. Com o advento dos Cardioversores-Desfibriladores Implantáveis (CDI) (Figura 1), os benefícios relativamente à sobrevivência deste grupo de doentes modificaram-se, ampliando a expectativa de vida. No entanto, a percepção que este tipo de doentes tem acerca do seu estado de saúde, nomeadamente, em relação à sua Qualidade de Vida, é ainda, no nosso país e concretamente na região centro do país, um dado desconhecido. Este estudo visa, assim, desenvolver uma base de investigação destinada a avaliar o impacto da implantação do CDI – não esqueçamos que o CDI é uma tecnologia recente da década de setenta, que se assume como uma realidade cada vez mais presente nos grandes centros de cardiologia do mundo inteiro – e também identificar algumas características psicossociais, visando dar um contributo para a detecção, correcção e, se possível, melhoria da Qualidade de Vida neste tipo de doentes.

Figura 1
Cardioversor-desfibrilhador implantável



MÉTODOS

População

Na realização desta pesquisa, procedeu-se a um estudo não randomizado, prospectivo, com uma população constituída por 52 primeiros implantes no Hospital da Universidade de Coimbra - (HUC). De acordo com o tema geral da investigação, o objectivo incidiu sobre o estudo da QV relacionada com a saúde, numa amostra de uma população a quem foi implantado um CDI. A concepção desta análise foi feita a partir de um inquérito realizado junto daqueles doentes. Para esta avaliação, estabeleceu-se um contacto personalizado, explicando a finalidade da pesquisa, o tipo de instrumentos de colheita de dados que iriam ser utilizados, bem como a necessidade de resposta e envio do respectivo inquérito, em envelopes selados e previamente endereçados ao Departamento de Pacing do Serviço de Cardiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Para examinar esta variável, usaram-se, como referi mais acima, dois instrumentos de medição: o Short Form 36 (SF-36) (Ferreira 1998; Ware 1995) e o Nottingham Health Profile (NHP) (Ferreira 1999; Hunt 1980). Aplicaram-se também três questionários, sendo um para análise de variáveis sociodemográficas, outro sobre variáveis clínicas e um terceiro sobre alterações nos estilos de vida após a implantação do CDI. Nas variáveis sociodemográficas incluíram-se, entre outros, a idade, género, habilitações literárias, estado civil, profissão e grupo profissional. Nas características clínicas, para além dos factores de risco, tais como a classe funcional, a fracção de ejeção do ventrículo esquerdo e o tipo de patologia associada, inclui-se a sintomatologia, a comorbilidade e as complicações surgidas após a implantação. Por outro lado, nas características estilos de vida foram analisadas o consumo de bebidas alcoólicas, tabaco e café, o exercício físico, hábitos alimentares, actividade profissional, rentabilidade profissional, stress e a actividade sexual.

Tratamento Estatístico

O tratamento estatístico de dados foi realizado, recorrendo ao programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na sua versão 10, após a construção de uma base de dados em Excel versão 97. Na análise de dados, utilizou-se estatística descritiva e estatística inferencial, nomeadamente, tabelas de frequências, medidas de tendência central e os testes não paramétricos de hipóteses: Mann-Whitney- alternativo ao teste t para duas amostras independentes; Kruskal-Wallis- alternativo ao teste One-Way Anova para amostras independentes; Wilcoxon- alternativo ao teste t, quando as amostras são emparelhadas.

RESULTADOS E ANÁLISE**Caracterização da Amostra**

A idade deste grupo de pacientes varia entre os 27 e os 78 anos, com uma média de idades situada nos 58,35%. Segundo o Quadro II, a maioria dos doentes tinham uma idade superior a 60 anos (51,9%), com um predomínio de indivíduos do género masculino (88,5%). Além disso, a maior percentagem incide sobre o 1º ciclo do ensino básico (26,9%), casados (75%), reformados (50%) e de profissão agricultores (34,6%).

Quadro II

Caracterização Sociodemográfica	N	%
Género		
Masculino	46	88,5
Feminino	6	11,5
Idade		
20-40	5	9,6
41-50	10	19,2
51-60	10	19,2
61-70	14	26,9
71-80	13	25,0
Habilitações Literárias		
Não sabe ler/escrever	8	15,4
Sabe ler/escrever	9	17,3
Ensino Básico	14	26,9
Ensino Secundário	12	23,1
Ensino Superior	9	17,3
Estado Civil		
Casado	39	75,0
Solteiro	1	1,9
Viúvo	4	7,7
Divorciado	5	9,6
União Facto	3	5,8
Profissão		
Patrão	5	9,6
Empregado	19	36,5
Reformado	26	50,0
Doméstica	2	3,9
Grupo Profissional		
Agricultor	18	34,6
Trab. Indústria	6	11,5
Trab. Comércio/Serviços	15	28,8
Trab. Administrativo	3	5,8
Industrial	4	7,7
Prof. Científico/Técnico/Artístico	6	11,5

Quanto à caracterização clínica, o Quadro II mostra que a maioria dos doentes apresenta uma associação de sintomas (75%), sendo que, na maior percentagem, associam a taquicardia e a síncope (25%); 75% encontravam-se com ligeiras ou marcadas limitações físicas ao esforço, correspondentes aos graus II/III; a fracção de ejeção do ventrículo esquerdo era grave na maioria dos doentes (51,9%); os pacientes com doença coronária estavam em maioria (55,8%), sendo que, numa larga percentagem (40,4%), tinham doença de 2 vasos; mais de metade (51,9%) tinham tido enfarte do miocárdio, sendo a maior parte enfarte antigo (30,7%). Constatou-se também que a maioria tem doenças associadas (75%), sendo que a associação da hiperlipidémia (25,4%) é a mais significativa, verificando-se ainda complicações pós-operatórias em 55,7% dos doentes com uma grande parte delas correspondendo a choques inapropriados (41,2%).

Quadro III

Caracterização Clínica	N	%
Sintomas		
Taquicardia	3	5,7
Tonturas	4	7,7
Síncope	8	15,4
Taquicardia + Tonturas + Síncope	1	1,9
Tonturas + Síncope	8	15,4
Síncope + Dispneia	6	11,5
Taquicardia + Síncope	13	25,0
Taquicardia + Síncope + Dispneia	7	13,5
Taquicardia + Dispneia	2	3,8
Classe Funcional		
Grau I	11	21,2
Grau II	20	38,5
Grau III	19	36,5
Grau IV	2	3,8
Fracção de Ejeção do Ventrículo Esquerdo		
F > 60%	4	7,7
F 40-59%	6	11,5
F 30-39%	15	28,8
F < 30%	27	51,9
Doença Coronária		
Doença 1 vaso	7	75,0
Doença 2 vasos	14	1,9
Doença 3 vasos	8	7,7
Sem D. Coronária	23	44,2
Enfarte do Miocárdio		
EM recente	11	21,2
EM antigo	16	30,7
Sem EM	25	48,1
Cirurgia Bypass		
Sim	10	19,2
Não	42	80,8
Complicações		
Choques Inapropriados	6	11,5
Hematoma	8	15,4

Deslocação Eléctrodo	1	1,9
Migração do Gerador	2	3,8
Choques Inapropriados + Infecção Loca Gerador	1	1,9
Choques Inapropriados + Migração Gerador	1	1,9
Choques Inapropriados + Hematoma	1	1,9
Sem complicações	32	61,5
Comorbilidade		
Hiperlipidémia	1	1,9
Tabagismo	3	5,8
Hipertensão	1	1,9
Diabetes	7	13,4
Hiperlipidémia + Tabagismo + Hipertensão + Diabetes	7	13,5
Tabagismo + Hipertensão + Diabetes	4	7,7
Hiperlipidémia + Hipertensão + Diabetes	1	1,9
Stress + Tabagismo + Diabetes	2	3,8
Tabagismo + Diabetes	3	5,8
Hipertensão + Diabetes	6	11,5
Hiperlipidémia + Tabagismo + Diabetes	2	3,8
Hiperlipidémia + Stress + Tabagismo + Hipertensão	1	1,9
Hiperlipidémia + Stress + Hipertensão	2	3,8
Hiperlipidémia + Stress + Tabagismo + Diabetes	2	3,8
Hiperlipidémia + Stress + Tabagismo	4	7,7
Hiperlipidémia + Stress + Hipertensão + Diabetes	1	1,9
Hiperlipidémia + Hipertensão	2	3,8
Hiperlipidémia + Tabagismo + Hipertensão	1	1,9
Stress + Tabagismo + Hipertensão	1	1,9
Stress + Tabagismo	1	1,9

Influência das Características Sociodemográficas e Clínicas na Percepção da Qualidade de Vida

O Quadro III demonstra a influência do estado civil e da profissão, como factores de variação da percepção da Qualidade de Vida. Relativamente à variável estado civil da escala SF-36, os resultados corroboram a hipótese, verificando-se uma diferença estatisticamente significativa na dimensão 'função física'. No que diz respeito à profissão, na escala NHP, confirmou-se a hipótese da dimensão 'reações emocionais', verificando-se que os indivíduos empregados apresentavam uma percepção da Qualidade de Vida, após a implantação do CDI, mais satisfatória do que os indivíduos reformados.

Quanto à influência das características clínicas, os resultados confirmam a influência dos Sintomas, da Classe Funcional e da Comorbilidade da escala SF-36, como factores de variação da percepção da Qualidade de Vida. Relativamente à variável Sintomas, os resultados corroboram a hipótese, verificando-se estatisticamente significativa na dimensão 'função física' e 'desempenho físico' (SF-36), apresentando os indivíduos com Taquicardia e Síncope uma percepção mais satisfatória do que os indivíduos com Tonturas e Síncopes. No que diz respeito à variável Classe Funcional, confirmou-se a hipótese da dimensão 'desempenho emocional' da escala SF-36, verificando-se que os indivíduos em classe funcional I/II apresentam uma percepção da Qualidade de Vida, após a

implantação do CDI, mais satisfatória do que os indivíduos em classe III/IV. Os resultados respeitantes à variável Comorbilidade vieram confirmar a hipótese nas dimensões 'função física', 'desempenho físico', 'dor corporal' e 'função social' da escala SF-36. Neste caso, os indivíduos com taxas de Hiperlipidémia (Colesterol elevado) e Hipertensão (Tensão Arterial elevada) apresentam uma percepção da Qualidade de Vida mais elevada do que os indivíduos sujeitos a stress, fumadores ou diabéticos.

Quadro IV

Impacto positivo na relação entre as dimensões do SF-36 e NHP e as Variáveis Sociodemográficas e Clínicas

Influência dos Estilos de Vida na Percepção da Qualidade de Vida

Após a implantação, aumentou ligeiramente (5,7%) o número de indivíduos que passaram a consumir água; aumentou consideravelmente, por outro lado, a percentagem dos indivíduos que consumiam cerveja e vinho às refeições (28,8), ao passo que diminuiu (19,3%) a percentagem de indivíduos que consumiam cerveja e vinho à refeição e fora dela. E deixou de haver consumo de bebidas brancas.

Quanto aos hábitos tabágicos após a implantação, aumentou (17,3%) o número dos que não fumam, manteve-se a mesma percentagem (17,3%) dos indivíduos que fumam ocasionalmente, tendo diminuído (5,7%) a percentagem dos que fumam menos de 10 cigarros/dia.

No que diz respeito às refeições diárias, houve um aumento significativo dos não consumidores de café (69,3%), apesar de se ter mantido praticamente semelhante (28,8%) a percentagem dos que consomem menos de três cafés por dia. Finalmente, foi significativa a diminuição da percentagem (1,9%) de indivíduos que passou a ter um consumo superior a três cafés.

Os dados relativos ao exercício físico revelam que, após a implantação, aumentou a percentagem (79,9%) dos pacientes que deixaram de praticar exercício físico; em relação aos que praticavam algumas vezes houve uma diminuição (8,6%), bem como no caso daqueles que praticavam ocasionalmente (3,8%). Aumentou, no entanto, a percentagem (7,7%) dos doentes que praticam regularmente exercício. E deixou de existir o grupo dos que praticavam muitas vezes.

Por outro lado, após a implantação, aumentou significativamente (57,7%) o número de indivíduos que passaram a sofrer de stress, tendo-se mantido a percentagem (38,5%) dos que se sentem stressados às vezes e diminuído (3,8%) a percentagem dos que não sofrem de stress.

Em relação aos doentes que se encontravam no activo, houve, após a implantação, um aumento notório (59,5%) daqueles que interromperam a actividade profissional devido a reforma antecipada; diminuiu, por outro lado, ligeiramente, a percentagem (11,6%) dos que não interromperam a actividade, a percentagem dos indivíduos que interromperam a actividade por incapacidade física (25,1%) e a percentagem dos que foram reformados por limite de idade (1,9%). Apenas um indivíduo (1,9%) teve a sua actividade interrompida devido a interferência magnética com o CDI.

No caso da rentabilidade profissional após a implantação, aumentou a percentagem (30,2%) dos que se sentem 'nada satisfeitos', bem como a percentagem (53,4%) dos que se sentem 'pouco satisfeitos' com a sua rentabilidade. Quanto aos indivíduos que se sentem 'satisfeitos', a percentagem (16,4%) diminuiu acentuadamente.

Quanto à actividade sexual, notou-se uma mudança significativa, após a implantação, no grau de satisfação dos indivíduos inquiridos. Assim, deixou de existir o grupo dos 'muito satisfeitos' para passar a haver uma percentagem (32,7%) significativa dos indivíduos 'nada satisfeitos'. Notou-se também um aumento (53,8%) dos pacientes 'pouco satisfeitos', bem como uma diminuição significativa da percentagem (13,5%) dos que se sentem 'satisfeitos'.

O Quadro IV traduz a melhoria da Qualidade de Vida em quase todas as dimensões relativas aos estilos de vida, pela aplicação do teste de Wilcoxon (valor Z) antes e depois da implantação e respectivos valores de significância.

Quadro V

Caracterização dos Estilos de Vida (Teste Wilcoxon)	Valor Z	Valor p
Consumo Bebidas Alcoólicas	-2,818	0,005
Consumo Tabaco	-4,409	0,000
Hábitos Alimentares		
Refeições Diárias	-4,243	0,000
Alimentação Variada	-3,873	0,000
Refeições Pesadas	-5,477	0,000
Consumo Café	-3,626	0,000
Exercício Físico	-1,258	0,104
Stress	-1,886	0,024
Actividade Profissional	-4,914	0,000
Rentabilidade Profissional	-4,413	0,000
Actividade Sexual	-6,061	0,000

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS: PERCEÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA APÓS A IMPLANTAÇÃO DE UM CDI

Os resultados indicam que, após o CDI, os doentes com maiores limitações, especialmente ao nível da componente física e, nomeadamente, na dimensão 'dor corporal' e na componente mental – abrangendo as dimensões 'função social' e 'saúde mental' (SF-36) – apresentam, em ambas, médias muito satisfatórias. O mesmo acontece nas dimensões abrangidas pelo NHP, no qual, com excepção da 'dimensão sono', todas as outras apresentam uma média muito satisfatória, sendo que a dimensão 'isolamento social' situa-se ao nível de excelente. Apesar de uma grande percentagem (75%) dos doentes terem comorbilidade associada a doença coronária prévia (58%), com limitações moderadas ou graves ao nível da sua função física (Grau III/IV) – e ainda estar associado a isso, complicações major (choques inapropriados) – que aumentam o nível de ansiedade e depressão, a percepção da Qualidade de Vida foi bastante positiva após a implantação do CDI. Na sequência da identificação dos doentes e da análise das variáveis, constatou-se que o impacto negativo correspondia a pacientes com vários factores de risco associados, não só quanto ao tipo de sintomas, capacidade funcional e gravidade da disritmia, mas também quanto aos hábitos alimentares antes da implantação (a quantidade e a variedade dos alimentos) e o consumo de álcool, tabaco e café.

O resultado deste trabalho não oferece, no entanto, dúvidas quanto aos benefícios da implantação do CDI na percepção da Qualidade de Vida dos doentes. Esta opinião é partilhada por Fridlund (2000), segundo o qual a implantação do CDI é eficaz na melhoria da Qualidade de Vida dos doentes que passam a relatar maior vigor, diminuição das perturbações do sono, menor ansiedade, menor tendência para a depressão e uma maior sensação de bem estar, repercutindo-se nalgumas das dimensões do SF-36 e do NHP. Os resultados desta pesquisa corroboram, em parte, estes autores, verificando-se, depois da implantação, uma percepção da Qualidade de Vida mais satisfatória nas dimensões 'função física', 'desempenho físico', 'desempenho emocional', 'dor corporal', 'função social' (SF-36), e 'reações emocionais' (NHP).

De acordo com Pelletier (2002), sem a implantação do CDI, a gravidade da disritmia e o próprio risco de morte súbita associada não deixavam outra escolha ao doente. Embora Namerow (1999) refira que a implantação do CDI não inverte o processo debilitante da capacidade funcional de muitos doentes com insuficiência cardíaca, no entanto, ajudará a adiar a hipótese, para muitos, de, num futuro próximo, terem de se sujeitar a um transplante cardíaco. É reconhecido, na literatura científica, que a implantação do CDI constitui, por si só, um procedimento cirúrgico stressante que se traduz por um aumento da ansiedade, da depressão e de outras manifestações psicopatológicas. Segundo Duru (2001), as repercussões são diferentes consoante a gravidade da disritmia, verificando-se, no entanto, que quanto maior a gravidade da disritmia, maior a incerteza no que respeita ao benefício da implantação. Outro estudo (Crane 1997), refere também a dificuldade de adaptação pós-implantação, particularmente, nos homens mais jovens, e mais acentuada nos indivíduos originários de baixo estrato social, económico e educacional. Por outro lado, Sears (2000) diz que as alterações psicopatológicas após a implantação são frequentes, calculando-se que ocorram em cerca de 10-20% dos doentes que recebem um CDI.

No que diz respeito à influência das características sociodemográficas na percepção da Qualidade de Vida, a maior parte dos doentes considerados neste estudo eram do género masculino (88,5%) com apenas 11,5% de pacientes do sexo feminino, confirmando a evidência de existirem disritmias cardíacas com reanimação de morte súbita mais graves nos homens (Eleanor 2001). Quanto à idade, é maior o grupo de sujeitos com idade inferior a 60 anos (51,9%), correspondendo o grupo de idades entre os 61 e os 70 anos a 26,9%. Na opinião de Kamphuis (2002), a idade pode ser considerada como um factor de risco, nomeadamente, devido ao efeito sinérgico com outros factores. Os resultados demonstraram que, apesar da variabilidade das médias, não se comprovaram diferenças estatisticamente significativas, nesta variável, para nenhuma das dimensões dos dois instrumentos de medição.

Os doentes de idade mais avançada, ainda de acordo com Kamphuis (2002), apresentam algumas particularidades que poderiam influenciar a medição dos resultados, em particular, a perda de capacidades que condicionam o aparecimento de distúrbios fisiológicos e psicológicos e, por outro lado, a diminuição de capacidades adaptativas sociais (dependendo de factores económicos e de isolamento social), mas que não vieram confirmar a hipótese de investigação. Além disso, os doentes para implantação são seleccionados criteriosamente, tendo em consideração os aspectos clínicos, a condição física geral, a estabilidade hemodinâmica e arritmica, o que concorre para a homogeneização da amostra, fazendo com que o factor idade diminua a sua influência, o que poderá ter contribuído para justificar os resultados.

Outro aspecto estará relacionado com o impacto psicológico que um órgão vital como o coração sofre, quando lhe é associado um instrumento artificial de controle que proporciona uma percepção da Qualidade de Vida menos satisfatória. Esta, sendo melhor que a condição pré-implante, não permite, no entanto, inferir a sua influência, a partir da idade do paciente. Por último, pensa-se que as expectativas dos doentes condicionam o seu próprio tipo de reacção, porque, embora os pacientes mais jovens sejam os que, por natureza, têm maiores expectativas e se sintam fisicamente mais aptos, emocionalmente, porém, são mais frágeis. No caso dos mais idosos, a percepção emocional de possuírem um dispositivo de segurança terapêutica fez com que, em ambos os casos, a idade fosse um factor divisório, servindo porém, para aproximar os resultados de ambos os grupos. Estes resultados são corroborados por Herbst (1999), num estudo prospectivo acerca da Qualidade de Vida após a implantação, demonstrando que a percepção, nas dimensões função física, desempenho emocional e sono, são menos satisfatórias nos doentes com idade superior a 60 anos, comparativamente com os pacientes mais jovens. No entanto, as diferenças não são estatisticamente significativas. Na opinião de Stankoweit (1997), a principal questão é se a implantação do CDI nos doentes idosos contribuirá para um aumento da esperança de vida, acompanhada por uma melhoria da Qualidade de Vida, ou se, pelo contrário, corresponde a um aumento da dor e de um mal estar pela doença associada. No entanto, parece importante referir que o acompanhamento dos doentes por um período alargado, de modo a identificar a variação de resultados, poderá conduzir a diferenças mais significativas, em função da idade.

Outro ponto de discussão diz respeito à influência da situação familiar na percepção da Qualidade de Vida após a implantação do CDI. Na amostra deste estudo, a maioria dos doentes eram casados (75%), verificando-se uma diferença estatisticamente significativa na dimensão 'função física' (SF-36), no sentido de apresentarem uma percepção mais satisfatória do que os doentes sem companheiro(a). Alguns estudos confirmam que a implantação é geradora de angústia nos vários elementos da família, embora muitos casais considerem que estas circunstâncias os aproximam e fortalecendo as relações familiares (Schuster 1998).

Na verdade, a família, como grupo de pertença, contribui para o apoio afectivo e emocional dos doentes, confirmando os resultados. Mas, por outro lado, pode ser excessivamente protectora, interferindo nos resultados, na medida em que os doentes podem já estar recuperados física e psicologicamente, mas a família, com receio de ser demasiado cedo ou de representar um grande esforço, acaba por condicionar o retorno às actividades quotidianas, nomeadamente em termos de actividades físicas e sociais.

O reinício da actividade sexual é apontado como um dos indicadores do impacto da implantação do CDI sobre a vida familiar, no entanto, como demonstram os estudos de Dubin (1996), os resultados são, na sua maioria, desapontadores. Convém lembrar que a maioria dos doentes, antes de se submeterem à implantação, considerava a sua actividade sexual 'pouco satisfatória' (40,4%), ao passo que, após a implantação, há uma diminuição acentuada da percepção da Qualidade de Vida com a ausência dos 'muito satisfeitos', surgindo, em seu lugar, o grupo dos 'nada satisfeitos' com 15%. Estes resultados traduzem uma diminuição da Qualidade de Vida que, segundo Stankowitz (1997), poderá estar relacionada com a gravidade do quadro sintomático. Sendo a actividade sexual um campo em que o doente apresenta limitações ao esforço praticado que, por sua vez, poderá ser responsável pelo desencadear da arritmia – com consequente activação da terapêutica de choque desconfortável para ambos – era previsível que os doentes não evidenciassem grandes melhorias a este nível, devidas, principalmente, a aspectos psicológicos, nomeadamente, o medo e a ansiedade.

Um terceiro ponto de discussão tem a ver com a influência das habilitações literárias na percepção da Qualidade de Vida após o CDI. A amostra era maioritariamente composta por doentes com escolaridade igual ou inferior ao ensino básico (59,6%). Os restantes 40,4% tinham uma habilitação escolar de nível superior ao ensino primário. Os resultados não confirmam a hipótese de investigação em relação à influência do nível de instrução. Os resultados poderiam sugerir que os doentes mais bem informados teriam uma noção mais exacta da evolução da sua saúde, com expectativas mais realistas em relação aos benefícios da implantação do CDI. Noutra perspectiva, o maior nível de habilitações escolares (correspondendo a maior informação e conhecimentos no âmbito da saúde) poderia contribuir para uma maior vigilância de saúde e para comportamentos e estilos de vida mais saudáveis, trazendo um impacto indirecto na sua percepção de Qualidade de Vida. Na verdade, as respostas dos doentes não confirmaram, porém, a hipótese de investigação, o que poderá traduzir a extensão do desconhecimento deste tipo de tratamento no nosso país.

Um quarto ponto de discussão relaciona-se com a influência da situação profissional na percepção da Qualidade de Vida após a implantação do CDI. Os resultados não

confirmam a hipótese de investigação para nenhuma das dimensões dos dois instrumentos de medição, não se verificando influência da situação profissional na percepção da QV após a implantação. No entanto, é de primordial importância efectuar uma apreciação no sentido de identificar qual o impacto que o CDI teve relativamente ao regresso à actividade profissional. Vários investigadores sugerem o regresso ao trabalho como um aspecto importante na apreciação dos resultados da implantação. Luderitz (1993) diz que o reinício da actividade profissional pode ser condicionado por múltiplos factores, nomeadamente, o estatuto profissional antes da implantação e a motivação profissional, não podendo ser considerado como um indicador apropriado para apreciar a Qualidade de Vida em muitos doentes, por exemplo nos reformados. A gravidade da disritmia é, no entanto, apontada como um dos factores que condicionam o regresso da actividade profissional (Dubin 1996). Também o estatuto profissional antes da implantação pode ser considerado como factor preditivo do reinício da actividade profissional pós-implantação. Esta opinião é partilhada por Pelletier (2002). Dubin (1996) acrescenta que a implantação do CDI não induz mais valias em termos de retorno ao trabalho, o que sugere que os benefícios socioeconómicos estão, preferencialmente, relacionados com aspectos psicossociais, nomeadamente, o estatuto profissional, fontes de rendimento alternativas, educação e, por outro lado, a influência da família, da entidade patronal e da equipa médica.

A amostra que serve de base a este estudo era, antes da implantação, constituída essencialmente por reformados (50%), empregados por conta de outrem (40,4%) e trabalhadores por conta própria (9,6%). Após a implantação, verificou-se que 11,5 % dos doentes que trabalhavam por conta de outrem ou por conta própria retornaram à actividade profissional. Constatou-se também um aumento do número dos reformados (44,2%). A maior parte dos doentes que regressaram ao trabalho exerce profissões no comércio ou serviços (28,8%), verificando-se que os que se reformaram após a implantação são, principalmente, trabalhadores da indústria ou do comércio. Estes resultados levantam algumas questões, nomeadamente, se os doentes evidenciam uma percepção da Qualidade de Vida mais satisfatória após a implantação, por que não regressaram todos ao trabalho? Penso que a resposta estará relacionada com factores culturais e sociais e não propriamente com os resultados da implantação. Muitos destes pacientes encontravam-se numa idade correspondente à pré-reforma e, provavelmente, consideraram que já haviam contribuído o suficiente para a sociedade e que, depois de passarem por um período muito difícil da sua vida, com o receio constante de morte súbita ou de complicações emergentes, deviam viver agora calmamente o resto dos seus dias.

Por outro lado, a imagem social do doente cardíaco, como um indivíduo com limitações para pequenos esforços e que não deve expor-se a situações de grande stress, é outro aspecto que contribui negativamente para o regresso ao trabalho, influenciando não só o doente, mas também a família e as entidades patronais. Além disso, a família pode condicionar as actividades que o doente poderá ou não desenvolver, o que, juntamente com uma atitude médica pouco esclarecedora, sem especificar o que o doente está apto a fazer e o que deve evitar, conduzirá, provavelmente, a um prolongamento da convalescença, com impacto negativo no regresso ao trabalho.

A maioria dos estudos nos Estados Unidos relatam que são poucos os indivíduos que retomam a actividade profissional e, no caso dos que reiniciam, encontram-se sem restrições e mostram-se satisfeitos com os resultados. No entanto, convém referir que alguns desses doentes só conseguem trabalhar mediante condições que impliquem menor stress e menor desgaste físico, acabando por não se integrarem profissionalmente (Ahmad 2000). Provavelmente, os doentes que, no caso deste estudo, regressaram ao trabalho não apresentaram limitações físicas após a implantação e, como eram maioritariamente profissionais com educação superior, acabaram por se reintegrar facilmente. Alguns doentes decidem não voltar a trabalhar, mesmo que a condição física ou psicológica o permita, preferindo a reforma antecipada e dedicar-se a outras actividades que antes não podiam desenvolver.

Quanto à influência das características clínicas na percepção da Qualidade de Vida, os resultados, no que diz respeito à sintomatologia, mostram que a maior parte dos pacientes apresentava uma associação de sintomas entre taquicardia e síncope (25%), tonturas e síncope (15,4%) e síncope (15,4%). Os resultados mostram que existem diferenças significativas, ao nível da dimensão 'função física' e 'desempenho físico' (SF-36), confirmando a hipótese da investigação. O teste de Mann-Whitney indicou que essa diferença existia entre os doentes com taquicardia e síncope, podendo inferir-se que os doentes com este tipo de sintomatologia apresentam uma percepção mais satisfatória (no quadro das dimensões atrás citadas) em relação aos doentes que têm tonturas e síncope. Naturalmente que estes doentes demonstram uma maior segurança quanto ao controle das suas crises, pelos mecanismos de controle e de conversão terapêutica automática que os dispositivos actuais dispõem e que, segundo (Eleanor 2001), se traduz pela menor dependência farmacológica.

Um segundo ponto relaciona-se com a influência da capacidade funcional, segundo a escala da New York Heart Association (NYHA), na percepção da Qualidade de Vida. Na população estudada, a grande maioria dos doentes enquadrava-se na classe funcional II e III - ligeira a moderada. Os resultados da amostra revelam que existem diferenças significativas, em função da classe funcional, relativamente à dimensão 'desempenho emocional' (SF-36), confirmando a hipótese de investigação. Os graus da NYHA traduzem limitações, do ponto de vista funcional, acerca da actividade física do doente e confirmam que os doentes com manifestações graves de doença cardíaca, correspondentes aos graus I e II, apresentam percepções da sua Qualidade de Vida significativamente diferentes, particularmente em relação aos doentes com grau I e IV e quanto à dimensão 'desempenho emocional', que traduz o nível de impacto psicológico junto destes doentes. Este facto é reconhecido por alguns autores (Eleanor, 2001), referindo que quanto menor for o grau de incapacidade, mais positivo é o impacto do implante, ao passo que, no caso dos doentes da classe IV, pelo grau da gravidade da sua doença, a sua percepção da Qualidade de Vida será naturalmente menor. O medo em potencial destes doentes desenvolverem disritmias graves, em risco de morte súbita, com inerentes choques dolorosos e pela própria natureza do seu estado de saúde, poderá revelar uma sensibilidade negativa em termos de participação social e, certamente, será motivadora de maiores sentimentos de ansiedade e depressão que interferem com o quotidiano do doente. E, à medida que a doença se vai agravando, o doente da classe IV

vai-se apercebendo das suas limitações cada vez maiores, o que contribui para exacerbar ansiedades e se reflectirá ao nível das dimensões psicossociais.

Um terceiro ponto trata da comorbilidade, traduzida por factores de risco, dos quais o principal é a hiperlipidémia com 25,4% dos casos, logo seguida do stress (24,6%), da diabetes (20,7%), o tabagismo (10,8%) e, por último, a hipertensão, com 9,5%. Em associação, o tabagismo juntamente com a hiperlipidémia e a diabetes, ocupam uma percentagem significativa de 13,5%, logo seguida desta última associação em conjunto com a hipertensão, com 13,4%. O impacto negativo da comorbilidade e em especial da hiperlipidémia, do stress, da diabetes e do tabagismo contribuem para que a percepção da Qualidade de Vida seja notória em relação com as dimensões 'função física', 'desempenho físico', 'dor corporal' e 'função social' (SF-36). Torna-se, assim, evidente o impacto negativo de certas variáveis clínicas sobre a QV, em relação com as dimensões de carácter físico. Confirmou-se, por outro lado, a hipótese de investigação, acerca da influência de factores de risco na percepção da QV dos doentes pós-CDI.

Por último, quanto à questão se a implantação do CDI induz Estilos de Vida mais saudáveis, pode-se dizer que, estando a doença coronária invariavelmente associada a estilos de vida não muito saudáveis, importa conhecer as mudanças produzidas nos doentes investigados. Será que, após a implantação, os doentes retomaram hábitos pouco saudáveis ou, pelo contrário, adoptaram um estilo de vida mais salutar? Os resultados desta investigação revelam que os doentes, logo a seguir à implantação do CDI, adoptaram comportamentos significativamente mais saudáveis. Na verdade, verificou-se uma diminuição acentuada no consumo de bebidas alcoólicas, com o aumento substancial dos que só bebem água e a quase eliminação da ingestão de bebidas brancas, continuando o vinho e a cerveja a serem as bebidas mais consumidas pelos doentes. Relativamente aos hábitos tabágicos, a maioria dos doentes fumadores abandonou o consumo ou reduziu marcadamente o número de cigarros consumidos por dia. Nos hábitos alimentares, assistiu-se a uma mudança de atitudes, em relação à diminuição de consumo de refeições pesadas e aumento da alimentação variada e também em relação ao aumento do número de refeições realizadas por dia. Quanto ao consumo de café, na sua grande maioria, os pacientes diminuíram acentuadamente o consumo de café, embora aqueles com hábitos mais arraigados tenham diminuído apenas ligeiramente o consumo. No que diz respeito à actividade física, não se observaram diferenças significativas, o que estará certamente relacionado com as restrições físicas reveladas pela maior parte dos doentes, devido à sua própria capacidade funcional. No caso do stress, houve um aumento notório nos indivíduos submetidos após o CDI, o que está de acordo com os resultados de alguns estudos (Neel 2000).

A atenção prestada aos transtornos de ansiedade, em relação com outras possibilidades de exploração psicopatológica destes doentes (alterações do ânimo, transtornos adaptativos, somatizações, etc.), fazem esperar ainda que os resultados de outros estudos sejam ainda mais díspares. Trata-se de um tema ainda aberto que será necessário investigar mais profundamente, utilizando instrumentos normalizados de diagnóstico, ainda que os resultados obtidos sejam tampouco concludentes, porque a diversidade de factores envolvidos em estudos deste género impossibilita o estabelecimento claro de relações perfeitas de causalidade. Existe, no entanto, um amplo consenso

entre os diferentes investigadores que se dedicaram ao estudo da afectação psicológica destes doentes em assinalar a necessidade de uma avaliação e seguimento psiquiátrico, tendo em conta a investigação sobre os factores psicopatológicos relevantes e sobre o impacto que estes factores, a própria doença cardíaca e o CDI exercem sobre a Qualidade de Vida dos doentes. Pode-se, assim, dizer que é especialmente necessária, tal como noutras patologias, a cooperação entre a cardiologia, a psicologia e a psiquiatria, no sentido de organizar três aspectos concretos:

1. A despistagem da comorbidade psicopatológica nestes doentes, estudando tanto os factores prévios à implantação, como os factores reactivos à mesma.
2. A identificação dos doentes com risco de apresentarem situações psicopatológicas reactivas ao CDI e a valorização das mesmas na evolução do índice risco/benefício do tratamento.
3. A repercussão do binómio doença/tratamento na Qualidade de Vida do sujeito, através do impacto subjectivo.

A Qualidade de Vida dos doentes com CDI tem sido objecto de estudo, nos últimos anos, em muitos dos países onde este dispositivo se implanta. Infelizmente, em Portugal, este tipo de investigação está ainda no início e, por isso, este trabalho procura ser um contributo para a sedimentação da investigação. Na verdade, os pacientes portadores de CDI apresentam condicionalismos com um impacto relevante na qualidade da sua vida: a necessidade de revisões periódicas; a própria natureza das arritmias de compromisso vital; a presença de episódios arritmicos que podem produzir síncope e consequentes descargas eléctricas ou as próprias limitações para diversas actividades diárias, tais como a condução de veículos automóveis.

CONCLUSÕES

Avaliando os resultados obtidos e tendo em conta todas as limitações inerentes a um trabalho desta natureza, é possível extrair as seguintes conclusões:

1. A implantação do CDI foi relativamente eficaz na melhoria da Qualidade de Vida dos doentes reanimados de morte súbita, embora as dimensões físicas (SF-36) tivessem revelado resultados mais elevados que as dimensões mentais. O instrumento de pesquisa NHP demonstrou pouca sensibilidade para detectar diferenças significativas na Qualidade de Vida destes doentes.
2. Apenas uma variável sociodemográfica influenciou a percepção da Qualidade de Vida dos pacientes, após a implantação do CDI, designadamente, o estado civil de casado, na dimensão 'função física' (SF-36), e a profissão, na dimensão 'reações emocionais' (NHP). Não se confirmou a influência da idade e das habilitações literárias na percepção da Qualidade de Vida.
3. A influência de aspectos clínicos foi confirmada em relação à variável sintomas, correspondente aos doentes com taquicardia e síncope que se repercute negativamente a nível da 'função física' e do 'desempenho físico' (SF-36); a classe funcional grau I e II que influencia negativamente a dimensão 'desempenho emocional' (SF-36); e a comorbidade que influencia negativamente os doentes com hiperlipidemia, stress, tabagismo e diabetes, nas dimensões 'função física', 'desempenho físico', 'dor corporal' e 'função social' (SF-36). O impacto negativo, ao nível das dimensões físicas, traduz a

dificuldade que estes doentes revelam, no quadro das actividades que exigem um certo esforço físico.

4. Quanto à retoma da actividade profissional, a grande maioria dos doentes deixou a vida activa, através de reformas antecipadas, tendo aumentado, por isso, o número de pacientes reformados.

5. Após a implantação do CDI, os doentes adoptaram estilos de vida mais saudáveis, verificando-se, nomeadamente, uma diminuição do consumo de bebidas alcoólicas, tabaco, café e cometendo menos excessos alimentares.

Pode-se, portanto, concluir que a implantação do CDI revelou algumas melhorias da Qualidade de Vida, sendo mais significativos os aspectos clínicos.

Percebendo que a percepção da Qualidade de Vida relacionada com a saúde é uma entidade multidimensional (Derek 2002) – traduzindo a dificuldade dos doentes nas suas várias dimensões e os sentimentos do doente acerca do seu estado de saúde – parece importante conhecer as suas preocupações e as limitações, não apenas do ponto de vista do pessoal hospitalar, mas também segundo a perspectiva do doente. É de sugerir, por isso, a organização de estruturas hospitalares no âmbito da reabilitação psicossocial, para garantir o esclarecimento especializado às muitas preocupações do doente e também como apoio às famílias, contribuindo para expectativas realistas, identificando áreas problema, proporcionando encaminhamento específico, maior monitorização e avaliação a longo prazo e ensinos para a saúde.

REFERÊNCIAS

- Adragão, P.; Neves, P. Sousa; J; Fançoni, J; Silva, N; Antunes, E; Elvas, L; Bernardo, J.
1997 'Cardioversor-Desfibrilhador Implantavel'. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 16 (4). pp.367-74.
- Ahmad, M; Bloomstein, Roelke, M; Bernstein, A D; Parsonnet, V.
2000 'Patients Attitudes Toward Implanted Defibrillator Shocks'. *Pacing Clinical Electrophysiology*, 23 (6). pp.931-3.
- Barbosa, A. M.S. e Ribeiro, J.
2000 'Qualidade de Vida e Tuberculose Pulmonar'. In *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Editado J. Ribeiro, I. Leal e M. Dias. Lisboa: ISPA. pp.149-56.
- Barbosa, A. M.S. e Ribeiro, J.
2000 'Qualidade de Vida e Tuberculose Pulmonar'. In *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Editado J. Ribeiro, I. Leal e M. Dias. Lisboa: ISPA. pp.149-56.
- Bowling, A.
1994 'Health-Related Quality of Life. A Discussion of the Concept, its Use and Measurements'. *Measuring Disease*. Buckingham: Open University Press. pp.1-19.
- 1995 'Measuring Disease: a Review of Disease-Specific Quality of Life Measurements, its Use and Measurements'. *Measuring Disease*. Buckingham: Open University Press. pp.1-19.

- Craney, J.M.; Mandle, CL; Munro, BH; Rankin, S.
1997 'Implantable Cardioverter Defibrillators: Physical and Psychosocial Outcomes'. *American Journal Critical Care*, 6 (6).pp.445-51.
- Derek, V.
2002 'Quality of Life Patients with Life-Threatening Arrhythmias: Does Choice of Therapy Make a Difference?'. *American Heart Journal*, 144 (2). p 208.
- Dubin, A.M; Batsford, WP; Lewis, R; Rosenfeld, LE.
1996 'Quality of Life in Patients Receiving Implantable Cardioverter Defibrillators at or Before Age 40th'. *Pacing Clinical Electrophysiology*, 19. pp.1555-9.
- Duru, F; Buchi, S; Klaghofer, R; Mattmann, H; Sensky, T; Buddeberd, C; Candinas, R.
2001 'How Different from Pacemakers Patients are Recipients of Implantable Cardioverter-Defibrillators with Respect to Psychosocial Adaptation, Affective Disorders, and Quality of Life'. *Heart*, 85. pp.375-79.
- Eleanor, B; Derek, V; Qing, Y; Louise, S; Jonathan, S; James, R; Steven, P; Peter; Rosemary, S; Richard, L; Powell, L.
2001 'Impact of Therapy and Influence of Adverse Symptoms and Defibrillator Shocks'. *Circulation*, 19. pp.589-94.
- Ferreira, P.L.
1995 'Sensitivity of the MOS SF-36 in Portuguese Pregnant Woman. Abstracts of the Contributed Papers'. *Quality of Life Research*. Volume 4. p.425.
- 1996 'A Medição de Resultados de Saúde: A natureza do Problema, as Reformas dos Sistemas de Saúde'. Lisboa: APES. pp.245-54.
- 1998 *A Medição do Estado de Saúde: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF- 36*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Friedlund, B.; Lindgren, EC; Ivarsson, A; Jinhage, BM; Bolse, K; Flemme, I; Sandstedt, B; Martensson, J.
2000 'Patients with Implantable Cardioverter-Defibrillators and their Conceptions of the Life Situation: A Qualitative Analysis'. *Journal Clinical Nursing*, 9 (1). pp.37-45.
- Herbst, JH; Goodman, M; Feldstein, S; Reilly, JM.
1999 'Health-Related Quality-of-Life Assessment of Patients with Life-Threatening Ventricular Arrhythmias'. *Pacing Clinical Electrophysiology*, 22. pp.915-26.
- Hunt, S.M. e Ewen, J.
1980 'A Quantitative Approach to Perceived Health Status: A Validation Study'. *Journal of Epidemiology and Community*, 34.
- Kamphuis, HC; De Leeuw, JR; Derksen, R; Hauer, R
2002 'A 12-Month Quality of Life Assessment of Cardiac Arrest Survivors Treated with or Without an Implantable Cardioverter Defibrillator'. *Europace*, 4 (4). pp.417-25.

- Lüderitz, B; Jung, W; Deister, A; Marneros, A; Manz, M.
 1993 'The Quality of Life after the Implantation of Cardioverter-Defibrillator in Malignant Arrhythmias'. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 118 (9). pp.285-9.
- Myerburg, RJ; Kessler, KM; Castellanos, A.
 1993 'Sudden Cardiac Death: Epidemiology, Transient Risk, and Intervention Assessment'. *Annals Internal Medicine*, 119. pp.1187-92.
- Namerow, PB; Firth, BR; Heywood, GM; Windle, JR; Parides, MK.
 1999 'Quality-of-Life Six Months after CABG Surgery in Patients Randomised to ICD versus no ICD Therapy: Findings from the CABG Patch Trial. *Pacing Clinical Electrophysiology*, 22 (9). pp.1305-13.
- Neel, M.
 2002 'Posttraumatic Stress Symptomatology in Patients with Automatic Implantable Cardioverter Defibrillators: Nature and Intervention'. *Internal Journal Emergency Mental Health*, 2 (4). pp.259-63.
- Patte, D.
 1998 'Quality of Life of Patients Treated for Terminal Chronic Renal Failure'. *Press Medical*, 27. pp.1499-505.
- Pelletier, D; Gallagher, R; Mitten-Lewis, S; McKinley, S; Squire, J.
 2002 'Australian Implantable Defibrillator Recipients: Quality-of-Life Issues'. *Internal Journal Nursing Practice*, 8 (2). pp.68-74.
- Sears, SF; Todaro, JF; Urizar, G; Lewis, TS; Sirois, B; Sotile, RW; Curtis, AB; Conti, J.B.
 2000 *Pacing Clinical Electrophysiology*, 23 (6). pp 939-45.
- Schuster, PM; Phillips, S; Dillon, DL; Tomich, PL.
 1998 'The Psychosocial and Physiological Experiences of Patients with an Implantable Cardioverter Defibrillator'. *Rehabilitation Nursing*, 23 (1). pp.30-7.
- Stankowitz, B; Muthny, FA; Block, M; Breithardt, G.
 1997 'Quality of Life after Implantation of a Cardioverter-Defibrillator (ICD): Results of an Empirical Study of 132 ICD Patients'. *Z. Kardiologie*, 86. pp.460-8.
- Ware, J.E.
 1995 'SF-36 Physical and Mental Summary Scales'. *Public Health*, 16. pp.327-54.