

---

# Cardioversão eléctrica electiva de fibrilação auricular: impacto na qualidade de vida.

MÉLANIE DUQUE

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Centro Hospitalar Porto –  
Hospital Santo António

## RESUMO

*Introdução:* A Fibrilação Auricular é a arritmia crónica mais frequentemente encontrada na prática clínica e encontra-se associada a uma diminuição da qualidade de vida. A cardioversão eléctrica electiva é a alternativa mais eficaz para restabelecer o ritmo sinusal em doentes com fibrilação auricular persistente cujos sintomas são limitativos.

O objectivo deste trabalho foi avaliar a qualidade de vida em doentes com fibrilação auricular persistente sujeitos a cardioversão eléctrica electiva e comparar este parâmetro naqueles que mantiveram o ritmo sinusal e naqueles que recidivaram.

*Métodos e População:* Seleccionaram-se os doentes sujeitos a cardioversão eléctrica electiva para tratamento da fibrilação auricular no Hospital Santo António entre Janeiro de 2007 e Dezembro de 2008. Os dados demográficos e clínicos foram recolhidos através da consulta dos processos clínicos. Foram aplicados dois questionários, um generalista - WHOQOL-Bref - e um específico -AFSS-, sendo efectuado no momento da entrevista um ELECTROCARDIOGRAMA para determinação do ritmo actual. A população final do estudo foi de 64 doentes, 42 homens e 22 mulheres com idade média de 67 anos.

*Resultados.* Ao fim de um seguimento médio de 30 meses, 54,7% dos doentes recidivaram a fibrilação auricular sendo que estes demonstraram pior QoL no AFSS ( $p=0,008$ ). Essa diferença não esteve presente no WHOQOL-Bref.

*Conclusões:* A qualidade de vida dos doentes que recidivaram a fibrilação auricular após a cardioversão eléctrica é inferior à dos doentes que mantiveram o ritmo sinusal após este procedimento. Esta diminuição parece prioritariamente associada à maior gravidade dos sintomas, destacando-se uma maior percepção de batimento irregular e maior severidade destes. No questionário generalista (WHOQOL-Bref) não se verificou uma diferença na qualidade de vida entre os doentes que recidivaram e aqueles que mantiveram o ritmo sinusal.

## Palavras-Chave

Fibrilação auricular; qualidade de vida; cardioversão eléctrica electiva.

---

## ABSTRACT

*Background:* Atrial fibrillation is the most common chronic arrhythmia in clinical practice and is associated with a decreased quality of life. Elective electrical cardioversion is the most effective choice for restoring sinus rhythm in patients with persistent atrial fibrillation whose symptoms are limiting. The purpose of this study is to evaluate the quality of life in patients with persistent atrial fibrillation submitted to elective electrical cardioversion and to compare this parameter between those who maintained sinus rhythm with those who relapsed.

*Methods and Population:* Patients undergoing elective electrical cardioversion for treatment of atrial fibrillation in Santo António Hospital between January 2007 and December 2008 were chosen. The demographic and clinical data were collected through consultation of medical files. Two questionnaires were applied, a generalist one - WHOQOL-Bref - and a specific one - AFSS. At the time of the interview an ELECTROCARDIOGRAM to establish the current rhythm was made. The final study population consisted of 64 patients, 42 men and 22 women with a mean age of 67 years.

*Results:* After a mean follow up of 30 months, 54.7% of patients relapsed to atrial fibrillation and these showed a worse quality of life based on AFSS ( $p = 0.008$ ). This difference was not present in the WHOQOL-Bref.

*Conclusions:* The quality of life of patients relapsing to atrial fibrillation after electrical cardioversion is lower than that of patients who maintained sinus rhythm after this procedure. This finding seems primarily associated with increased severity of symptoms, namely a higher perception of irregular heartbeat and an increased severity of them. In the general questionnaire (WHOQOL-Bref) there was no difference in quality of life between patients who relapsed and those who maintained sinus rhythm.

### Key Words

Atrial Fibrillation; quality of life; elective electrical cardioversion.

## INTRODUÇÃO

A Fibrilação Auricular (FA) é a arritmia crónica mais frequentemente encontrada na prática clínica. <sup>(1-3)</sup>

A sua prevalência aumenta com a idade: 0,5% na faixa dos 50-59 anos para 8,8% entre os 80-89 anos. <sup>(2)</sup> É um importante

problema de saúde pública pois a FA paroxística e persistente afecta aproximadamente 2,3 milhões de Americanos e 4,5 milhões de Europeus, e, está a tornar-se cada vez mais frequente devido ao envelhecimento da população mundial e à melhoria do tratamento da doença coronária, da

insuficiência cardíaca e da hipertensão arterial o que permite que doentes com estas patologias cheguem a fases mais avançadas da evolução da doença. <sup>(1,4,5)</sup>

Em Portugal, e de acordo com o estudo FAMA, a prevalência de FA na população com 40 anos ou mais é de 2,5% sendo esta igual para homens e mulheres. A prevalência aumenta também com a idade sendo de 1,0% na faixa etária dos 50-59 anos e de 10,4% na população com 80 anos ou mais. <sup>(6)</sup>

Esta entidade contribui para um maior risco a longo prazo de acidente vascular cerebral (AVC) e insuficiência cardíaca congestiva (ICC) e a taxa de mortalidade que lhe está associada é cerca do dobro quando comparada com a de doentes com ritmo sinusal (RS). <sup>(1,7,8)</sup>

A morbidade, o número de hospitalizações e a diminuição da qualidade de vida (QoL) são igualmente superiores nesta patologia tendo um elevado impacto directo e indirecto nos custos na saúde. <sup>(1,9,10,11,12)</sup>

Em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como o completo bem-estar físico, mental e social e a QoL como um fenómeno subjectivo que se baseia na percepção individual, experiências vividas, crenças e expectativas. <sup>(11,13,14)</sup>

A partir da constatação da falta de um instrumento de avaliação de qualidade de vida com um enfoque transcultural, a OMS desenvolveu o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100), composto por 100 questões. A necessidade de um instrumento mais funcional para uso em estudos epidemiológicos alargados fez com que a OMS desenvolvesse a versão abreviada com 26 questões, o WHOQOL-Bref. <sup>(15)</sup>

O Atrial Fibrillation Severity Scale (AFSS) é um questionário específico para a FA. Consiste em 19 itens e permite avaliar o impacto subjectivo e

objectivo da doença através de questões acerca da frequência, duração e gravidade da arritmia, utilização dos serviços de saúde e gravidade dos sintomas específicos da doença. <sup>(16)</sup> Os doentes com FA podem ser assintomáticos ou apresentarem variados sintomas que incluem palpitações, dispneia, fadiga, tonturas, angina e evoluírem para insuficiência cardíaca, disfunção hemodinâmica ou embolização sistémica. <sup>(4)</sup> Os sintomas têm um papel preponderante na alteração da QoL. <sup>(11,14,17)</sup>

Na ICC e na doença coronária a QoL mostrou ser preditiva da mortalidade, independentemente dos tradicionais factores de risco biomédicos. <sup>(18)</sup> Na FA esta relação ainda não foi contudo comprovada, uma vez que existe pouca relação entre os indicadores de gravidade da doença e a QoL mas a diminuição desta pode também estar independentemente associada com o prognóstico dos doentes com FA. <sup>(19,20)</sup>

Assim, a avaliação da QoL é de importância primordial para orientar a escolha terapêutica, estratificar os doentes para o tratamento, monitorizar a evolução e como uma medida dos resultados para os ensaios clínicos. <sup>(11,17,21)</sup>

A sua concretização pode ser influenciada por inúmeras variáveis como o sexo, idade, tipo de comorbilidades, tipo de FA, percepção e duração dos seus sintomas. <sup>(14,22,23,24)</sup> A percepção dos sintomas pode ser fortemente influenciada pelo conhecimento do ritmo actual e a associação dos sintomas ligeiros à disritmia pode ser difícil. <sup>(22)</sup>

O tratamento de doentes com FA baseia-se em três objectivos - controlo da frequência cardíaca, prevenção de tromboembolismo e correcção do ritmo alterado - objectivos estes que não se excluem mutuamente. <sup>(1)</sup>

As recomendações internacionais para o tratamento dos doentes com FA baseiam-se na gravidade dos sintomas para a escolha da estratégia de controlo do ritmo ou da frequência. Os doentes com sintomas apenas durante a actividade física podem beneficiar simplesmente de terapêutica farmacológica de controlo de frequência, enquanto os doentes para os quais os sintomas são limitativos é recomendada a cardioversão, sendo a modalidade mais eficaz a cardioversão eléctrica electiva (CEE).<sup>(1)</sup>

Independentemente da estratégia escolhida, controle da frequência ou ritmo, deverá ser considerada a administração de terapêutica antitrombótica para a prevenção de tromboembolismo.<sup>(1)</sup>

Como anteriormente referido, a CEE é a alternativa mais efectiva para restabelecer o ritmo sinusal (RS) em doentes com FA persistente, ajudando a aliviar os sintomas e a prevenir o aparecimento das complicações que lhe estão associadas de que se destacam a insuficiência cardíaca e as complicações embólicas, nomeadamente AVC.<sup>(1)</sup> Este procedimento consiste na aplicação de um choque eléctrico sincronizado com a actividade eléctrica intrínseca do coração através da detecção da onda R do ECG para garantir que a estimulação eléctrica não ocorra durante a fase vulnerável do ciclo cardíaco.<sup>(25)</sup>

Alguns trabalhos conseguiram identificar a hipertensão arterial, a obesidade, a doença valvular, a doença coronária e a dilatação da aurícula esquerda como factores de risco importantes para o desenvolvimento de FA.<sup>(6,10,26,27)</sup>

Apontam-se como explicações para a recidiva de FA a remodelagem eléctrica, as alterações estruturais no miocárdio auricular e o impacto limitado dos fármacos antiarrítmicos.<sup>(28,29)</sup> Os

factores que predispoem à recidiva de FA são o sexo, a idade, a duração da FA antes da CEE, o número prévio de recidivas, o tamanho da aurícula esquerda (AE) e a presença de doença coronária, pulmonar ou da válvula mitral.<sup>(19,28,30)</sup> A presença de complexos auriculares prematuros e de frequência cardíaca elevada verificados no Holter realizado nas primeiras 24h após CEE são elementos preditivos fortes de recidivas no primeiro mês. Com o uso de terapêutica farmacológica antiarrítmica concomitante, de que é exemplo a amiodarona, o tamanho da AE, a idade e a etiologia da FA tornaram-se factores menos preditivos de recidivas.<sup>(30)</sup>

Caso ocorra uma recidiva de FA pós cardioversão, podem ser feitas tentativas repetidas de cardioversão por choque eléctrico depois de administrada medicação antiarrítmica. Apesar do impacto reduzido desta classe de fármacos, o pré-tratamento com amiodarona, flecainida, ibutilida, propafenona ou sotalol poderá ajudar a reforçar o seu sucesso e prevenir a recidiva. O recurso a CEE para além de duas tentativas é de pouca utilidade e deve ser reservada a doentes manifestamente sintomáticos após reaparecimento de FA.<sup>(1)</sup>

Vários estudos demonstraram uma melhoria significativa da QoL após terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas.<sup>(11,17)</sup> Mas, nenhum dos estudos (*AFFIRM*, *RACE*, *PIAF*, e *STAF*) identificou diferenças da QoL quando comparados doentes em terapêutica de controlo do ritmo com doentes em terapêutica de controlo da frequência.<sup>(31,32,33,34)</sup> O controlo rítmico nos estudos *PIAF* e *HOT CAFÉ* demonstrou uma tolerância maior ao exercício do que o controlo da frequência, embora tal não se traduzisse em melhor QoL.<sup>(33,35)</sup> O estudo de

---

*Hagens V et al.* que comparou doentes com FA a fazer terapêutica farmacológica de controlo do ritmo versus doentes que fizeram CEE, mostrou que a presença de RS estava associada a uma maior QoL independentemente da modalidade (controlo de ritmo ou frequência) seleccionada. <sup>(36)</sup>

Foi objectivo deste trabalho avaliar a QoL em doentes com FA persistente sujeitos a CEE com sucesso no Centro Hospitalar do Porto, comparando-se este parâmetro entre aqueles que mantiveram o RS normal e os que recidivaram após um seguimento médio de 30 meses.

O projecto foi submetido a apreciação e autorizado pela Comissão de Ética do CHP-HSA.

## MÉTODOS

Foram seleccionados para o estudo doentes com FA persistente que foram submetidos a CEE no Centro Hospitalar do Porto – Hospital Santo António no período de Janeiro de 2007 a Dezembro de 2008. Não existiu nenhum critério de exclusão pré-definido.

Dados como idade, sexo, factores de risco cardiovascular (diabetes mellitus, obesidade, hipertensão arterial, tabagismo, dislipidémia); cardiopatia estrutural associada nomeadamente doença isquémica, doença valvular (sendo consideradas apenas as lesões estenóticas e as regurgitações moderadas ou graves), dilatação da AE ou hipertrofia do ventrículo esquerdo (HVE), função sistólica do ventrículo esquerdo (FVE), tempo de seguimento desde a CEE e ritmo após CEE foram colhidos através da consulta dos processos clínicos e transferidos para uma base de dados avaliável de forma confidencial.

O pedido de participação no estudo foi feito através de telefonema ou carta.

Cada doente foi entrevistado individualmente, de forma presencial, preenchendo dois questionários: o questionário generalista World Health Organization Quality of Life - Bref (WHOQOL- Bref) e o questionário específico Atrial Fibrillation Severity Scale (AFSS) da Universidade de Toronto.

Ambos os questionários foram previamente traduzidos para Português e validados. Os inquéritos foram aplicados após obtenção de consentimento informado por escrito. No final da entrevista foi realizado um electrocardiograma de três derivações para avaliação do ritmo.

A análise estatística dos dados foi feita com recurso ao *software* SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 17.0. A comparação entre variáveis numéricas foi efectuada recorrendo a testes t para amostras independentes. A comparação entre variáveis categóricas nominais foi efectuada recorrendo ao teste de Qui-quadrado de independência. Em todas as análises foi usado um nível de significância de 5%.

## POPULAÇÃO

Dos 137 doentes seleccionados através da consulta do livro de registo das CEE, sete faleceram, 45 recusaram a participação ou não responderam ao pedido de colaboração e 15 não possuíam contacto válido. Assim, a população inicial consistiu em 70 doentes. Destes, três doentes não reverteram a RS após a CEE, cuja taxa de sucesso foi de 91,4%, e, em outros três não foi possível identificar o ritmo imediatamente após CEE dado não haver registo, o que motivou a sua exclusão na subsequente análise estatística. Assim, a população final deste estudo é de 64 doentes, 42 homens e 22 mulheres com idade média

de  $67 \pm 9,42$  anos. A maioria dos doentes (54,3%) tinha 65 anos ou mais.

Vinte e nove doentes (45,3%) tinham história prévia de síndrome coronário agudo (enfarte do miocárdio ou angina instável), 47 (73,4%) dislipidemia, 34 (53,1%) obesidade, 43 (67,2%) hipertensão arterial, 18 (28,1%) diabetes mellitus, 20 (31,2%) tabagismo e 14 (21,9%) insuficiência cardíaca congestiva (ICC) (*Quadro I*). Em todos os doentes foi possível obter informação ecocardiográfica, verificando-se que 13 doentes (20,3%) apresentavam hipertrofia das paredes do ventrículo esquerdo (HVE), 25 (39,1%) tinham dilatação da AE e 8 (12,5%) doença valvular. Cinquenta e três doentes (82,8%) tinham uma boa FVE, cinco (7,8%) tinham depressão ligeira, quatro (6,3%) depressão moderada e apenas dois (3,1%) tinham depressão severa da FVE. (*Quadro II*)

Foi possível identificar a energia fornecida na cardioversão em apenas 49 doentes. Destes, seis doentes receberam uma dose de 100 J, 16 doentes uma dose de 150J, 24 doentes receberam uma dose de 200J, um doente 250J e um doente 270J.

## RESULTADOS

Após um seguimento médio de  $30 \pm 7,73$  meses, 35 doentes (54,7%) voltaram a FA e 29 (45,3%) mantiveram o RS, documentado no momento da entrevista. Quando questionados a fazerem uma auto-avaliação da sua QoL (*Quadro III*) com a pergunta “*Como avalia a sua qualidade de vida*” do WHOQOL- Bref a média da pontuação dos doentes, numa escala de um a cinco onde o cinco se traduz numa melhor QoL, foi de  $3,31 \pm 0,91$  que corresponde à resposta “*Nem boa, nem má.*”, e com a pergunta “*Neste momento, como se sente em relação à sua vida?*” do AFSS, numa

escala de um a dez em que o um corresponde a “*A pior vida possível.*” e o dez a “*A melhor vida possível.*” a média foi de  $6,64 \pm 2,23$ . Na questão “*Até que ponto está satisfeito com a sua saúde?*”, numa escala de um a cinco em que cinco se traduz em maior satisfação, a média foi de  $3,03 \pm 1,05$  que corresponde à resposta “*Nem satisfeito, nem insatisfeito.*”. A ICC influenciou a resposta a estas questões uma vez que os doentes com esta comorbidade demonstraram ter uma percepção mais desanimadora da sua QoL nas três questões acima descritas ( $p = 0,003$ ;  $p = 0,019$ ;  $p = 0,019$  respectivamente). Embora os doentes com FA tenham reportado ter pior QoL do que os doentes em RS nas questões de auto-avaliação desta, essa diferença não foi estatisticamente significativa ( $p = 0,783$  e  $p = 0,709$ ). Em relação à satisfação com a saúde ambos os grupos se mostraram igualmente satisfeitos. Com este questionário foi possível verificar também que para a pergunta “*Com que frequência, nas duas últimas semanas, teve sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?*”, numa escala de um a cinco, a média de respostas foi de  $3,59 \pm 1,23$  que corresponde à resposta “*Frequentemente*”. A idade influenciou a resposta a esta questão; os doentes com 65 anos ou mais demonstraram sentir mais vezes estes sentimentos e esta diferença foi estatisticamente significativa ( $p = 0,009$ ). No que toca aos sentimentos depressivos e ansiosos, os doentes com FA sentiram-no mais vezes contudo essa diferença entre doentes com FA e em RS não é estatisticamente significativa ( $p = 0,465$ ). (*Quadro III*) No momento da aplicação dos questionários, 43 doentes sentiam o seu coração a bater de forma irregular, destes, 29 tinham FA vs 14 em RS. A

duração média desses episódios de ritmo irregular foi de “*Trinta a 45 minutos*” para os doentes em RS e de “*Várias horas*” para os doentes em FA ( $p=0,015$ ). Quanto à gravidade desses episódios de batimento irregular, os doentes com FA reportaram que estes episódios eram mais graves do que os doentes em RS ( $p=0,008$ ). Apenas oito doentes afirmaram que o episódio de ritmo irregular mais recente foi mais severo do que o primeiro episódio de ritmo irregular e desses, quatro tinham FA e quatro tinham RS.

Sete doentes (10,9%) eram assintomáticos no momento da aplicação dos questionários. Dos sintomáticos, 52 referiram “*Intolerância ao exercício (cansaço ao fazer um exercício médio)*” e destes, 29 (51%) tinham FA; dos 47 doentes que referiram “*Falta de ar durante a actividade física*”, 27 (52%) tinham FA; dos 39 doentes com “*Falta de ar*”, 24 (46%) tinham FA; dos 32 doentes com “*Dor ou sensação de aperto no peito*” 19 (56%) tinham FA; dos 22 doentes com “*Cansaço em repouso*” 14 (54%) tinham FA; dos 23 doentes com “*Tonturas*” 16 (62%) tinham FA e dos 3 doentes com “*Palpitações*” 2 (67%) tinham FA. (Quadro IV)

O sintoma mais incomodativo foi a “*Intolerância ao exercício (cansaço ao fazer um exercício médio)*” com uma pontuação média de  $3,34\pm 1,20$  nos doentes com FA e de  $2,78\pm 1,62$  nos doentes com RS (numa escala de 0 a 5), seguido do sintoma “*Falta de ar durante a actividade física*” com uma pontuação média de  $3,11\pm 1,53$  nos doentes com FA e de  $2,90\pm 1,83$  nos doentes em RS. O “*Cansaço em repouso*” é o sintoma que quando presente, apresenta uma menor pontuação média:  $2,36\pm 1,15$  nos doentes com FA e  $1,63\pm 0,92$  nos doentes com RS (Quadro IV). Os

doentes com FA apresentaram pior QoL no AFSS que se traduz em maior frequência, duração e severidade da percepção do ritmo irregular e em maiores pontuações na gravidade dos sintomas ( $p = 0,008$ ).

No último ano, a maioria dos doentes (67,2%) não recorreu ao serviço de urgência nem foi sujeito a internamento (92,2%) devido a FA tendo tido, em média, duas consultas de Cardiologia. Não se verificou uma predominância estatisticamente significativa destes três parâmetros nos doentes em FA relativamente aos doentes em RS. A hipótese dos doentes com FA terem menores pontuações em cada um dos 4 domínios (físico; psíquico; social; ambiental) do WHOQOL- Bref não foi comprovada. Não ficou demonstrada nenhuma diferença da QoL estatisticamente significativa no WHOQOL- Bref entre doentes em RS e doentes com FA. (Quadro V) Os doentes com ICC revelaram pior QoL no WHOQOL- Bref e essa diferença foi estatisticamente significativa ( $p = 0,047$ ). O domínio com pior pontuação, numa escala de zero a 100, para os doentes rítmicos e arrítmicos, foi o —Domínio FísicoI com uma pontuação média de  $64,29\pm 17,21$  e  $63,06\pm 19,29$  respectivamente. Os doentes com 65 anos ou mais apresentavam pior QoL no —Domínio SocialII ( $p = 0,005$ ) e os doentes com ICC possuíam uma pior QoL no —Domínio FísicoII ( $p = 0,047$ ).

## DISCUSSÃO

A idade média estabelecida para os doentes com FA é de cerca de 75 anos<sup>(1)</sup>, e por isso, superior à idade média da população de estudo (média de 67 anos). O número de indivíduos do sexo masculino e do sexo feminino com FA é sensivelmente equivalente na população geral. <sup>(1)</sup> Neste estudo, a maioria dos doentes é do sexo masculino. Mas, ao

---

contrário do que foi descrito em outros trabalhos <sup>(19,28,30)</sup>, não se verificou que o sexo fosse um factor predisponente de recidiva de FA ( $p = 0,306$ ).

Nos últimos 20 anos, os internamentos hospitalares por FA aumentaram 66%, o que pode ser explicado pelo envelhecimento da população, a crescente prevalência de doença cardíaca crónica, diagnósticos mais frequentes obtidos através de dispositivos de rastreio em ambulatório e outros factores. <sup>(37)</sup> A FA constitui um problema de saúde pública muito oneroso (aproximadamente 3000 euros anuais por doente). <sup>(38)</sup> No presente estudo, não se verifica um consumo excessivo dos serviços de saúde uma vez que a maioria dos doentes não recorreu ao serviço de urgência nem foi internado devido a FA tendo tido em média, apenas duas consultas de Cardiologia por ano.

A FA encontra-se normalmente associada a doença cardíaca estrutural, embora um número significativo de doentes não apresente sinais de doença cardíaca <sup>(1)</sup> tal como se verificou na população final deste estudo. (*Quadro I e II*). Este achado na população em análise pode eventualmente ser explicado por um viés de referenciação – a opção do médico assistente para estratégia de controlo de ritmo é influenciada pela probabilidade de manutenção a médio longo prazo do ritmo sinusal, probabilidade essa que é menor na presença de cardiopatia estrutural.

A obesidade constitui um factor de risco importante de desenvolvimento de FA e, parece associado a dilatação da AE uma vez que o tamanho desta aumenta com o aumento do índice de massa corporal e, a redução de peso diminui o risco de desenvolver FA. <sup>(39,40)</sup> A maioria dos doentes deste estudo (53,1%) tinha excesso de peso

( $IMC \geq 25$ ) e 39,1% dilatação da AE. O número de doentes obesos com dilatação da AE na população deste estudo, foi superior ao número de doentes não obesos com dilatação da AE (15 e 10 respectivamente) mas não ficou provada uma relação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis ( $p = 0,386$ ).

A doença cardíaca valvular (mais comumente a doença da válvula mitral), a ICC, a doença das artérias coronárias e a hipertensão arterial, são algumas das condições cardiovasculares específicas associadas a FA. <sup>(1)</sup> Neste estudo, grande parte dos doentes tinha história de SCA (45,3%) e HTA (67,2%). Contudo, a doença da válvula mitral e a ICC encontrava-se presente em apenas sete e 14 doentes respectivamente.

A inibição do sistema renina-angiotensina-aldosterona, isoladamente ou em combinação com outras terapêuticas tem ganho evidência crescente na prevenção do desenvolvimento ou da recidiva da FA. Apontando-se diversos mecanismos como a diminuição da pressão auricular, a prevenção de remodelagem estrutural (fibrose, dilatação e hipertrofia) quer auricular quer no ventrículo esquerdo (VE), e ainda a redução da pressão sanguínea, e a prevenção de hipocaliemia. <sup>(41)</sup> O uso tendencialmente universal desta classe farmacológica nos doentes com ICC pode ser apontado como uma explicação possível para a baixa prevalência deste subgrupo de doentes na amostra deste estudo. Não se pode no entanto excluir que tal facto se deveu apenas a um enviesamento decorrente da referenciação para CEE. O sucesso imediato da CEE verificado em estudos anteriores variou de 50 a 99%. Contudo, aproximadamente 40 a 60% dos doentes cardiovertidos a RS recidivam para FA em três meses o que

---

umenta para 60 a 80% após um ano.<sup>(1,4,42)</sup> Na população avaliada a taxa de sucesso e de recidiva foi similar à desses estudos ainda que para um tempo de seguimento mais alargado.

Na CEE a administração inicial de energia elevada é significativamente mais eficaz do que com níveis baixos (taxas de êxito imediato, 14% com 100, 39% com 200 e 95% com 360 J, respectivamente), e por isso, as recomendações actuais indicam que se deve iniciar a tentativa de cardioversão com uma dose 200 J ou mais.<sup>(43)</sup> Em 50% dos doentes que reverteram a RS, a energia usada foi de 200J.

Apenas três doentes não possuíam qualquer factor de risco predisponente para FA, os restantes tinham pelo menos um factor de risco associado, sendo que 58 (90,6%) tinham associação de vários. Contudo, não se verificou que factores como o sexo, a idade, dilatação da AE, presença de doença coronária ou valvulopatia mitral tenham sido predisponentes à recidiva de FA. (*Quadro VI*)

Na auto-avaliação da QoL, os doentes não demonstraram considerar ter uma má QoL o que demonstra que a melhoria da QoL não pode ser avaliada apenas perguntando ao doente como se sente, e que, questionários específicos e validados para a FA são mais precisos nesta avaliação e são instrumentos úteis para a monitorização destes doentes.<sup>(44)</sup>

Um estudo com doentes com FA revelou que aproximadamente um terço dos doentes demonstrava elevados níveis de depressão e ansiedade.<sup>(45)</sup> No presente trabalho, os doentes com FA reportaram sentir mais vezes sentimentos depressivos e ansiosos, mas, esta diferença não foi estatisticamente significativa. (*Quadro III*) Os doentes com 65 anos ou mais, mostraram sentir mais vezes sentimentos depressivos ou ansiosos

( $p=0,009$ ) o que pode não estar unicamente relacionado com a FA uma vez que a depressão é uma comorbilidade comum nos idosos.<sup>(46)</sup>

A percepção de batimento irregular foi reportada tanto por doentes em RS como por doentes em FA o que pode sugerir a existência de episódios paroxísticos de FA em doentes que se encontravam em RS no momento da entrevista.

Embora não se tenha verificado uma predominância dos sintomas nos doentes em FA, as pontuações médias da gravidade destes foram superiores, assim como a percepção, duração e gravidade do batimento irregular, o que se traduziu numa pior QoL no AFSS. (*Quadro IV*) Estes resultados reforçam a importância dos sintomas na alteração da QoL.<sup>(11, 14,17)</sup>

Embora a palpitação seja a manifestação clínica mais característica de FA, apenas dois doentes em FA referiram senti-las. Este resultado explica-se facilmente, uma vez que é de conhecimento adquirido que com o tempo, a sensação de palpitações tende a desaparecer, de tal modo que os doentes em que a arritmia se tornou permanente não manifestam o sintoma sendo esta situação ainda mais comum em doentes idosos.<sup>(1)</sup> Estes aspectos verificam-se nos doentes deste estudo nos quais o tempo de seguimento foi longo (média de 30 meses) tendo a primeira manifestação de FA ocorrido há pelo menos mais de um ano e cuja maioria tem idade igual ou superior a 65 anos.

Alguns estudos associam o ritmo sinusal sustentado a uma qualidade de vida melhor e melhor capacidade de esforço do que em FA.<sup>(1,36)</sup> Em acordo com isto, os doentes em RS deste estudo apresentaram melhor QoL no AFSS ( $p=0,008$ ) com menores pontuações no item “Intolerância ao

---

*exercício (cansaço ao fazer um exercício médio) ” o que se traduz numa maior capacidade de realizar exercício físico, embora essa maior capacidade não tenha ficado provada estatisticamente. (Quadro IV)*

Com o WHOQOL-Bref não foi possível provar uma diferença na QoL estatisticamente significativa entre doentes com FA e doentes em RS pois, apesar de existirem diversos questionários genéricos que avaliam a QoL, estes, não entram em conta com os sintomas pertinentes para os doentes, tornando-se assim menos sensíveis para demonstrar alterações na QoL quando comparados com questionários específicos para FA. <sup>(13)</sup> Daí que não se tenha identificado uma melhor QoL no WHOQOL-Bref dos doentes em RS mas se tenha encontrado essa melhoria no AFSS.

Os doentes com ICC tinham pior QoL no —Domínio Físico‖ que pode ser justificado pelo facto da ICC ser uma comorbilidade com tradução sintomática de *per se* significativa. <sup>(47)</sup>

Os doentes com 65 anos ou mais apresentaram pior QoL no —Domínio Social‖ do WHOQOL-Bref que se explica pelo isolamento e solidão verificados nesta faixa etária em outros estudos. <sup>(48)</sup>

## CONCLUSÕES

A QoL dos doentes que reverteram a FA após CEE é inferior à QoL dos doentes que mantiveram o RS após este procedimento. Esta diminuição da QoL parece prioritariamente associada à maior gravidade dos sintomas, maior percepção de batimento irregular e maior severidade destes nos doentes com FA. No questionário generalista (WHOQOL-Bref) não se verificou uma diferença na QoL entre os doentes que recidivaram a FA e aqueles que

mantiveram o RS. O que se constatou da utilização deste questionário foi que os doentes com 65 anos tinham pior —Domínio Social‖ e os doentes com ICC tinham pior —Domínio físico‖ sendo estes resultados independentes do ritmo cardíaco. Os resultados obtidos reforçam a importância de manter o RS a longo prazo traduzindo-se isto numa diminuição da intensidade dos sintomas e consequentemente na melhoria da QoL dos doentes.

## LIMITAÇÕES

O estudo tem carácter retrospectivo, o que pode, por si só condicionar um viés nos dados recolhidos. O tamanho da amostra é pequeno mas, foi condicionado essencialmente pela baixa taxa de participação o que é alheio ao autor do projecto.

A amostra incluiu apenas doentes com FA de uma única instituição, que foram seleccionados para cardioversão eléctrica pelo que não é representativa de todo o universo de doentes com esta patologia. No entanto de acordo com o objectivo traçado pode considerar-se que tal não afectou de forma significativa a validade das conclusões.

## AGRADECIMENTOS

Começo por agradecer à Dra. Sofia Cabral, orientadora deste trabalho, pelo apoio, pelo modo estimulante e rigoroso, como me orientou, apoiado sempre em críticas construtivas e ideias pertinentes para o desenvolvimento do trabalho. Agradeço também às administrativas do Serviço de Cardiologia Elisabeth Silva e Luísa Guimarães e às técnicas de cardiopneumologia Fátima Ferreira e Hélia Romeira que ajudaram a tornar a realização das entrevistas possível. À Dra. Corália Vicente pelo precioso

---

tempo que me dispensou, sem o qual teria sido difícil realizar a análise estatística dos dados. E por fim, aos doentes que prescindiram do seu

precioso tempo para se deslocarem ao hospital e responder aos questionários.

**Quadro I – Comorbilidades, factores de risco cardiovascular e comparação entre os doentes que mantiveram RS e os que recidivaram a FA.**

	Pop. Total (n = 64)	FA (n = 35)	RS (n = 29)	p
SCA	29 (45,3%)	14	15	0,348
ICC	14 (21,9%)	9	5	0,414
Dislipidemia	47 (73,4%)	26	21	0,866
Obesidade	34 (53,1%)	21	13	0,226
HTA	43 (67,2%)	25	18	0,427
DM1 ou 2	18 (28,1%)	7	11	0,112
Tabagismo	20 (31,2%)	9	11	0,294

FA- fibrilação auricular; DM- diabetes mellitus; HTA- hipertensão arterial; ICC- insuficiência cardíaca congestiva; RS- ritmo sinusal; SCA- síndrome coronário agudo que inclui enfarte do miocárdio e angina instável.

**Quadro II - Dados ecocardiográficos e comparação entre os doentes que mantiveram RS e os que recidivaram a FA.**

	Pop. total (n= 64)	FA (n = 35)	RS (n = 29)	p
HVE	13 (20,3%)	6	7	0,489
Dilatação AE	25 (39,1%)	13	12	0,729
Doença valvular	8 (12,5%)	2	6	0,071
Função Ventricular				
Boa	53 (82,8%)	30	23	0,507
Depressão ligeira	5 (7,8%)	2	3	0,500
Depressão moderada	4 (6,3%)	2	2	0,849
Depressão severa	2 (3,1%)	1	1	0,894

AE- aurícula esquerda; FA- fibrilação auricular; HVE- hipertrofia do ventrículo esquerdo; RS- ritmo sinusal.

**Quadro III - Auto-avaliação da QoL e comparação entre doentes em FA e doentes em RS; doentes com e sem ICC e doentes com idade inferior a 65 anos e idade igual ou superior a 65 anos.**

	FA (n = 35)	RS (n = 29)	p	ICC	p	Idade ≥ 65 anos	p
Como avalia a sua qualidade de vida? <sup>a</sup>	3,31±0,93	3,38±0,94	0,78	2,71±1,14	0,003	3,42±0,85	0,426
Até que ponto está satisfeito com a sua saúde? <sup>a</sup>	3,00±1,06	3,00±1,04	0,00	2,43±1,22	0,019	3,05±0,99	0,628
Neste momento como se sente em relação à sua vida? <sup>b</sup>	6,54±2,29	6,76±2,29	0,71	4,93±2,56	0,001	6,84±2,27	0,396
Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão? <sup>a</sup>	3,69±1,20	3,45±1,38	0,47	3,86±1,17	0,361	3,24±1,38	0,009

FA- fibrilação auricular; ICC- insuficiência cardíaca congestiva;RS- ritmo sinusal.

a - Escala de zero a cinco, em que o cinco significa melhor QoL, maior satisfação em relação à saúde ou maior frequência de sintomas negativos.

b – Escala de zero a dez, em que o zero significa —A pior vida possível e o dez —A melhor vida possível.

---

*Quadro IV*

**Frequência dos sintomas e comparação da pontuação média do Atrial Fibrillation Severity Scale (AFSS) entre os doentes que mantiveram RS e os que recidivaram a FA.**

	Pop. total (n = 64)	FA (n = 35)	Pontuação nos doentes com FA	Pontuação nos doentes em RS	p
Palpitações	3 (4,3%)	2 (67%)	1	7	-,
Falta de ar	39 (60,9%)	24 (54%)	2,71±1,40	2,33±1,95	0,489
Falta de ar durante a actividade física	47 (73,4)	27 (52%)	3,11±1,53	2,90±1,83	0,669
Intolerância ao exercício (cansaço ao fazer um exercício médio)	52 (81,3%)	29 (51%)	3,34±1,20	2,78±1,62	0,158
Cansaço em repouso	22 (34,4%)	14 (54%)	2,36±1,15	1,63±0,92	0,140
Tonturas	23 (35,9%)	16 (62%)	2,56±1,26	1,71±1,11	0,140
Dor ou sensação de aperto no peito	32 (50%)	19 (56%)	2,47±1,22	2,54±1,13	0,880
Pontuação total no AFSS	-	-	26,09±12,90	17,19±13,04	0,008

---

FA- fibrilação auricular; RS- ritmo sinusal.

---

*Quadro V*

**Comparação da pontuação média nos domínios do WHOQOL- Bref entre os doentes que mantiveram RS e os que recidivaram a FA.**

	FA (n = 35)	RS (n = 29)	P
Domínio Físico	63,06±19,29	64,29±17,21	0,792
Domínio Psíquico	75,24±15,65	72,13±17,04	0,450
Domínio Social	74,05±18,83	66,95±17,60	0,127
Domínio Ambiental	76,25±26,68	69,40±17,37	0,239
WHOQOL- Bref (Total)	62,32±9,02	59,78±9,10	0,268

FA- fibrilação auricular; RS- ritmo sinusal.

**Quadro VI – Influência dos factores sexo, idade, síndrome coronário agudo e valvulopatia mitral na recidiva de Fibrilação Auricular.**

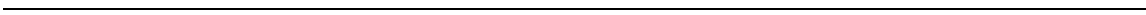
	p
Sexo	0,298
Idade	0,642
SCA	0,348
Valvulopatia mitral	0,141

SCA – síndrome coronário agudo.

---

## BIBLIOGRAFIA

1. Fuster V, Rydén LE, Cannom DS, et al. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation--executive summary. *Rev Port Cardiol*. 2007 Apr;26(4):383-446.
2. Lloyd-Jones D, Adams R, Carnethon M, et al. Heart disease and stroke statistics—2009 update. *Circulation*. 2009;119(3):480-86.
3. Go S, Hylek M, Phillips A, et al. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: the Anticoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) Study. *J Am Med Assoc* 2001;285:2370–5.
4. Alcaraz R, Rieta JJ, Hornero F. Non-invasive atrial fibrillation organization follow-up under successive attempts of electrical cardioversion. *Med Biol Eng Comput*. 2009 Dec;47(12):1247-55.
5. Pedersen S, Kupper N. Representing the patient perspective in the treatment of atrial fibrillation. *Europace*. 2010 Mar;12(3):305-6.
6. Bonhirst D, Mendes M, Adragão P, et al. Prevalência de fibrilhação auricular na população portuguesa com 40 ou mais anos. Estudo FAMA. *Rev Port Cardiol* 2010; 29 (03): 331-350.
7. Stewart S, Hart L, Hole J, et al. A population-based study of the long-term risks associated with atrial fibrillation: 20year follow-up of the Renfrew/Paisley study. *Am J Med* 2002;113:359-64.
8. Krahn AD, Manfreda J, Tate RB, et al. The natural history of atrial fibrillation: incidence, risk factors, and prognosis in the Manitoba Follow-Up Study. *Am J Med* 1995;98:476-84.
9. Benjamin EJ, Chen PS, Bild DE, et al. Prevention of atrial fibrillation: report from a national heart, lung, and blood institute workshop. *Circulation*. 2009 Feb 3;119(4):606-18.
10. Sanoski CA. Clinical, economic, and quality of life impact of atrial fibrillation. *J Manag Care Pharm*. 2009 Aug;15(6 Suppl B):S4-9.
11. Thrall G, Lane D, Carroll D, et al. Quality of life in patients with atrial fibrillation: a systematic review. *American Journal of Medicine*, 2006 119(448), e1–19.
12. Miyasaka Y, Barnes E, Gersh BJ, et al. Secular trends in incidence of atrial fibrillation in Olmsted County, Minnesota, 1980 to 2000, and implications on the projections for future prevalence. *Circulation* 2006;114:119–25.
13. Reynolds MR, Ellis E, Zimetbaum P. Quality of life in atrial fibrillation: measurement tools and impact of interventions. *J Cardiovasc Electrophysiol*. 2008 Jul;19(7):762-8. Epub 2008 Feb 5.
14. Guédon-Moreau L. Fibrillation atriale: parmi les enjeux cliniques, la qualité de vie. *Ann Cardiol Angeiol (Paris)*. 2009 Dec;58 Suppl 1:S19-21.
15. Fleck M. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1):33-38, 2000.
16. Dorian P, Mangat I. Quality of life variables in the selection of rate versus rhythm control in patients with atrial fibrillation: observations from the Canadian Trial of Atrial Fibrillation. *Card Electrophysiol Rev* 2003; 7(3): 276-9.
17. Guédon-Moreau L, Capucci A, Denjoy I, et al. Impact of the control of symptomatic paroxysmal atrial fibrillation on health-related quality of life. *Europace*. 2010 May;12(5):634-42.
18. Mommersteeg M, Denollet J, Spertus A, Pedersen S. Health status as a risk factor in cardiovascular disease: a systematic review of current evidence. *Am Heart J* 2009;157:208–18.
19. Sears F, Serber R, Alvarez G, et al. Understanding atrial symptom reports: objective versus subjective predictors. *Pacing Clin Electrophysiol* 2005;28:801–7.5 e 6.
20. Newman D. Quality of life as an endpoint for atrial fibrillation research: pitfalls and practice. *Heart Rhythm* 2004;1:B20–5.
21. Dorian P, Cvitkovic SS, Kerr CR, et al. A novel, simple scale for assessing the symptom severity of atrial fibrillation at the bedside: the CCS-SAF scale. *Can J Cardiol*. 2006 Apr;22(5):383-6.
22. Härdén M, Nyström B, Kulich K, et al. Validity and reliability of a new, short symptom rating scale in patients with persistent atrial fibrillation. *Health Qual Life Outcomes*. 2009 Jul 15;7:65.
23. Raitt MH, Volgman AS, Zoble RG, et al. Prediction of the recurrence of atrial fibrillation after cardioversion in the Atrial Fibrillation Follow-up Investigation of Rhythm Management (AFFIRM) Study. *Am Heart J*. 2006 Feb;151(2):390-6.
24. Reynolds MR, Lavelle T, Essebag V, et al. Influence of age, sex, and atrial fibrillation recurrence on quality of life outcomes in a population of patients with new-onset atrial fibrillation: the Fibrillation Registry Assessing Costs, Therapies, Adverse events and Lifestyle (FRACTAL) study. *Am Heart J*. 2006 Dec;152(6):1097-103.
25. Lown B, Amarasingham R, Neuman J. New method for terminating cardiac



- 
- arrhythmias: use of synchronized capacitor discharge. *JAMA* 1962;182:548-55.
26. Conen D, Osswald S, Albert CM. Epidemiology of atrial fibrillation. *Swiss Med Wkly*. 2009 Jun 27;139(25-26):346-52.
  27. Rich MW. Epidemiology of atrial fibrillation. *J Interv Card Electrophysiol*. 2009 Jun;25(1):3-8.
  28. Kim SK, Pak HN, Park JH, et al. Serological predictors for the recurrence of atrial fibrillation after electrical cardioversion. *Korean Circ J*. 2010 Apr;40(4):185-90.
  29. Barbosa EC, Benchimol-Barbosa PR, Bomfim S, et al. Reversal atrial electrical remodeling following cardioversion of long-standing lone atrial fibrillation. *Arq Bras Cardiol*. 2009 Sep;93(3):213-20.
  30. Varounis C, Dagues N, Maounis T, et al. Atrial premature complexes and heart rate have prognostic significance in 1-month atrial fibrillation recurrence after electrical cardioversion. *Europace*. 2007 Aug;9(8):633-7.
  31. Cooper A, Bloomfield A, Bush E, et al. Relation between achieved heart rate and outcomes in patients with atrial fibrillation (from the Atrial Fibrillation Follow-up Investigation of Rhythm Management [AFFIRM] Study). *Am J Cardiol* 2004;93:1247-53.
  32. Van Gelder C, Hagens E, Bosker A, et al. A comparison of rate control and rhythm control in patients with recurrent persistent atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2002;347:1834
  33. Gronefeld GC, Lilienthal J, Kuck KH, et al. Impact of rate versus rhythm control on quality of life in patients with persistent atrial fibrillation. Results from a prospective randomized study. *Eur Heart J* 2003;24:1430-6.
  34. Carlsson J, Miketic S, Windeler J, et al. Randomized trial of ratecontrol versus rhythm-control in persistent atrial fibrillation: the Strategies of Treatment of Atrial Fibrillation (STAF) study. *J Am Coll Cardiol* 2003;41:1690-6.
  35. Opolski G, Torbicki A, Kosior DA, et al. Rate control vs. rhythm control in patients with nonvalvular persistent atrial fibrillation: the results of the Polish How to Treat Chronic Atrial Fibrillation (HOT CAFE) Study. *Chest* 2004;126:476-86.
  36. Hagens V, Ranchor AV, Van Sonderen E, et al. Effect of rate or rhythm control on quality of life in persistent atrial fibrillation. Results from the Rate Control Versus Electrical Cardioversion (RACE) Study. *J Am Coll Cardiol*. 2004 Jan 21;43(2):241-7.

- 
37. Friberg J, Buch P, Scharling H, et al. Rising rates of hospital admissions for atrial fibrillation. *Epidemiology* 2003;14:666-72.
  38. Le Heuzey J, Paziand O, Piot O, et al. Cost of care distribution in atrial fibrillation patients: the COCAF study. *Am Heart J* 2004;147:121-6.
  39. Frost L, Hune L, Vestergaard P. Overweight and obesity as risk factors for atrial fibrillation or flutter: the Danish Diet, Cancer, and Health Study. *Am J Med* 2005;118:489-95.
  40. Wang T, Parise H, Levy D, et al. Obesity and the risk of new-onset atrial fibrillation. *JAMA* 2004;292:2471-7.
  41. Healey JS, Baranchuk A, Crystal E, et al. Prevention of atrial fibrillation with angiotensin-converting enzyme inhibitors and angiotensin receptor blockers: a meta-analysis. *J Am Coll Cardiol* 2005;45:1832-9.
  42. Kuppahally SS, Foster E, Shoor S, et al. Short-term and long-term success of electrical cardioversion in atrial fibrillation in managed care system. *Int Arch Med*. 2009 Dec 12;2:39.
  43. Joglar JA, Hamdan MH, Ramaswamy K, et al. Initial energy for elective external cardioversion of persistent atrial fibrillation. *Am J Cardiol* 2000;86:348-50.
  44. Lane DA, Lip GY. Quality of life in older people with atrial fibrillation. *J Interv Card Electrophysiol*. 2009 Jun;25(1):37-42.
  45. Thrall, G, Lip G., Carroll D, et al. Depression, anxiety and quality of life in patients with atrial fibrillation. *Chest*, 132, 1259–1264, 2007.
  46. Jones M. Using screening tools to identify the risk or presence of depression in older people. *Nurs Times*. 2009 Dec 15-2010 Jan 11;105(49-50):24-7.
  47. Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, et al. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). *Eur J Heart Fail*. 2008 Oct;10(10):933-89.
  48. Cohen-Mansfield J, Shmotkin D, Goldberg S. Loneliness in old age: longitudinal changes and their determinants in an Israeli sample. *Int Psychogeriatr*. 2009 Dec;21(6):1160-70. Epub 2009 Sep 29.

# WHOQOL-BREF



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA  
 Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA  
 Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			

## DADOS PESSOAIS

anos 

A1	Idade	
----	-------	--

A2	Data de Nascimento	_____ / _____ / _____
----	--------------------	-----------------------

Masculi 

A3	Sexo	
----	------	--

A4	Escolaridade	Não sabe ler nem escrever	
		Sabe ler e/ou escrever	
		1º-4º anos	
		5º-6º anos	
		7º-9º anos	
		10º-12º anos	
		Estudos Universitários	
		Formação pós-graduada	

A5	Profissão	
----	-----------	--

A6.1	Freguesia	
A6.2	Concelho	
A6.3	Distrito	

A7	Estado Civil	Solteiro(a)	
		Casado(a)	
		União de facto	
		Separado(a)	
		Divorciado(a)	
		Viúvo(a)	

B1a Está actualmente doente? Sim  Não

B1b Que doença é que tem? \_\_\_\_\_

B2 Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

B3 Regime de tratamento? Internamento  Consulta Externa  Sem tratamento

C. Forma de administração do questionário

1. Auto-administrado
2. Assistido pelo entrevistador
3. Administrado pelo entrevistador

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

## Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas duas últimas semanas.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver até que ponto experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2
-----------	--	---	---

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu bem ou satisfeito(a) em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à frequência com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
--	--	-------	--------------	---------------	----------------	--------