

Doença Arterial Periférica e Qualidade de Vida

Peripheral Arterial Disease and Quality of Life

Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular
do Hospital de Santo António,
Centro Hospitalar do Porto

*Unidade de Investigação
e Formação sobre Adultos e Idosos,
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar,
Universidade do Porto

**Serviço de Anestesiologia,
Hospital de Santo António,
Centro Hospitalar do Porto

***Enfermeiro Chefe do Serviço de Angiologia
e Cirurgia Vascular, Hospital de Santo António,
Centro Hospitalar do Porto

Carolina Vaz, Vera Mafalda Duarte*, Ana Rita Santos**,
Paulo Valente***, Constança Paúl*, Rui Bastos**, Clara Nogueira,
Tiago Loureiro, Luís Loureiro, Diogo Silveira, Sérgio Teixeira, Duarte Rego,
Arlindo Matos, Rui Almeida

| A b s t r a c t | | R E S U M O |

Introduction: Vascular surgeons evaluate their success through objective indicators such as mortality rates, morbidity and permeability. In recent decades, there has been a significant change in the assessment of the disease and its treatment giving special emphasis to Quality of Life **Objectives:** The objectives of this research were to determine which dimensions are most affected and the most preserved concerning the quality of life of patients with Peripheral Arterial Disease.

Materials and Methods: Prospective study carried out in the Department of Angiology and Vascular Surgery of Hospital de Santo António, 101 inpatients with peripheral arterial disease were studied. We conducted a protocol on three distinct levels: a pre-assessment protocol which included biographical data and evaluation of socio-familial conditions. A second protocol performed after discharge with clinical variables and a third protocol performed in outpatient environment in which biopsychosocial determinants were studied as

Introdução: Os Cirurgiões Vasculares avaliam o seu sucesso terapêutico através de indicadores objectivos tais como a taxa de mortalidade, morbilidade e permeabilidade. Nas últimas décadas, tem havido uma mudança significativa na avaliação da doença e do seu tratamento dando especial ênfase à Qualidade de Vida (QDV). **Objectivos:** Os objectivos desta investigação foram determinar quais as dimensões mais afectadas e as mais preservadas em relação à qualidade de vida dos doentes com Doença Arterial Periférica.

Material e Métodos: Estudo prospectivo desenvolvido no Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do Hospital de Santo António. Procedeu-se ao estudo de 101 doentes em regime de internamento por doença arterial periférica. Realizou-se um protocolo em três patamares distintos: um pré-protocolo de avaliação inicial com o estudo de dados biográficos, avaliação da prestação de cuidados e condições sócio-familiares. Um segundo protocolo realizado após a alta com variáveis de carácter clínico e um terceiro protocolo

well as functional nature tests were performed.

Results: 62.4% of the patients were male, the mean age was 69, 5 years (SD = 11.8), 47, 5% of patients attended primary school and 12.9 % of patients have never attended school. Regarding the family sphere, this sample has an extended family network where the average number of children was 2.9 (SD = 2.8), however it is noted that 9.9% of patients were living alone. The general quality of life of this population was 41.05, this value is half of the value of the overall quality of life of Portuguese population

Conclusions: Peripheral arterial disease is a chronic disease and often associated with physical mutilation, as result it is understandable and also expected to have a negative impact in the quality of life of the patients.

| **Key words** | QUALITY OF LIFE |

| PERIPHERAL ARTERY DISEASE |

realizado em ambiente de consulta externa em que se procedeu à avaliação de determinantes biopsicossociais e à realização de provas de carácter funcional.

Resultados: Verificou-se um predomínio do sexo masculino (62,4%), a média de idades foi de 69, 5 anos (desvio padrão de 11,8), 47, 5% dos doentes frequentou o ensino primário e 12,9% dos doentes nunca frequentaram a escola. No que concerne a esfera familiar, esta amostra apresenta uma alargada rede familiar em que a média de filhos foi de 2,9 (desvio padrão de 2,8), todavia é destacar que 9,9 % dos doentes residem sós. A qualidade de vida geral determinada foi de 41,05, valor que comparativamente à qualidade de vida geral da população portuguesa é de aproximadamente metade.

Conclusões: A doença arterial periférica sendo uma doença crónica e muitas vezes associada a consequências mutiladoras de ordem física torna compreensível e esperada a sua tradução negativa na qualidade de vida geral dos doentes.

| **Palavras-chave** | QUALIDADE DE VIDA | DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA |

INTRODUÇÃO

A Doença Arterial Periférica (DAP) caracteriza-se por ser uma doença de natureza estenosante/obstrutiva do lúmen arterial resultando num défice de fluxo sanguíneo aos tecidos tendo como principal consequência a presença de sinais e sintomas característicos de isquemia. A componente obstrutiva da doença é em 90% dos casos associada a fenómenos exclusivos de aterosclerose^[1]. Está descrito na literatura que a sua prevalência varia entre os 3-10% aumentando para 15-20% em adultos com mais de 70 anos^[2]. Os objectivos do tratamento consistem na prevenção dos eventos cardiovasculares, preservação dos membros afectados promovendo a melhoria da QDV do doente.

Qualidade de vida é definida pela Organização Mundial de Saúde^[3] como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações. Assim sendo, trata-se de um conceito multidimensional, que assenta numa avaliação de dimensões do foro físico, esfera psicológica e padrão social dos sujeitos.

São objetivos desta investigação perceber quais as dimensões que estão mais afectadas e mais preservadas em relação à qualidade de vida dos doentes com doença arterial de forma a estabelecer um perfil psicológico do doente que padece com esta mesma doença.

MATERIAL E MÉTODOS

A amostra do presente estudo é composta por 101 doentes com o diagnóstico de doença arterial periférica em regime de internamento no Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do Hospital de Santo António. Foram incluídos todos os doentes internados durante um período de dois meses e que aceitassem participar no estudo. Procedeu-se a uma investigação longitudinal que se caracteriza por 3 patamares distintos de avaliação:

- 1) *Aplicação de um Pré - Protocolo* - quando a admissão do doente no serviço sendo este constituído pelos dados de identificação do doente, presença/ausência de factores de risco cardiovasculares, avaliação da prestação de cuidados e avaliação das condições sócio- familiares.
 - 2) *Aplicação do Protocolo de Avaliação* – procedeu-se à consulta do processo do doente com a recolha de dados de ordem clínica.
 - 3) *Aplicação do Protocolo de Avaliação* – aplicação em contexto de consulta, 3 a 6 meses após a alta sendo composto pelos seguintes dados biocomportamentais: Fluxo Respiratório (Peak Flow), Força da Mão (Dinamómetro), Indicadores de Risco Geriátrico, Índice de Comorbilidades Charlson^[4], Avaliação da Capacidade Funcional -Índice de Actividade de Vida Diária^[5], Índice de Actividades de Vida Instrumental de Lawton e Brody^[6], Humor - Escala de Depressão Geriátrica (GDS)^[7], Mini Mental State Examination MMSE^[8], Qualidade de Vida^[9] e a Escala de Avaliação Socio-familiar de Gijón^[10]. Esta consulta de avaliação final, assumiu um tempo de duração médio entre 30 a 45 minutos tendo-se procedido igualmente, no mesmo horário a uma consulta médica, onde se avaliou o *status* clínico do doente.
- O estudo da qualidade de vida centrou-se na aplicação do WHOQOL- Bref que é constituído por 26 perguntas distribuídas por quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambientais.

RESULTADOS

A maioria dos doentes estudados eram do sexo masculino (62,4%) e a média de idades foi de 69,5 anos (dp11,8). No que concerne ao nível educacional 47,5% frequentou o ensino primário no

entanto 12,9% nunca frequentou a escola. No que diz respeito à esfera familiar, 58,4% dos doentes eram casados, assim como esta amostra apresenta uma alargada rede familiar em que a média de filhos é de 2,9 (dp 2,3), a de netos é de 4,1 (dp 4,6) e a de irmãos é de 3,0 (dp 2,8). Sendo que 39,6% dos doentes reside com o conjugue, 16,8% com os filhos e que apesar de se inserirem num seio familiar numeroso 9,9% dos doentes residem sozinhos. |TABELA I|.

TABELA I Caracterização sócio-demográfica da amostra		
	N	%
Sexo		
Masculino	63	62,4
Feminino	38	37,6
Idade (média, desvio padrão)	69,5 (11,8)	
Estado civil		
Casada	59	58,4
Viúvo	25	24,8
Divorc/Separ/Uni facto	10	9,9
Solteiro	7	6,9
Escolaridade		
N/ Frequentou	13	12,9
N/C Ensino Primário	20	19,8
Ensino Primário	48	47,5
Ensino Preparatório	12	11,9
Ensino Sec/ Profis/ Univer	8	7,9
Rede Familiar		
Filhos	2,9 (2,3)	
Netos	4,1 (4,6)	
Irmãos	3,0 (2,8)	
Sobrinhos	5,3 (4,8)	
Reside		
Vive só	10	9,9
Irmãos	4	4,0
Conjugue	40	39,6
Filhos	17	16,8
Conjugue+filhos+netos	14	13,9
Filhos+Genros/ Noras	3	2,9
Outros	13	12,9

A hipertensão arterial (78,2%), a dislipidemia (73,3%) e a diabetes (60,4%) foram os factores de risco cardiovascular mais prevalentes nesta amostra. |TABELA II |. A arteriopatia Grau IV, segundo a

| TABELA II | Factores de Risco Cardiovascular

	N	%
Tabaco		
Não	54	53,5
Sim	47	46,5
Diabetes		
Não	40	39,6
Sim	61	60,4
HTA		
Não	22	21,8
Sim	79	78,2
Dislipidemia		
Não	27	26,7
Sim	74	73,3
Doença Coronária		
Não	56	55,4
Sim	45	44,6
Doença Cérebro-Vascular		
Não	69	68,3
Sim	32	31,7
Doença Renal		
Não	77	76,2
Sim	24	23,8

classificação de Leriche - Fontaine (79,3%, n – 79) foi o motivo de internamento mais frequente, seguindo-se pela arteriopatia grau III (15,8%, n-16).

Procedeu-se à aplicação da escala *The Groningen Frailty Indicator*^[1] (que nos permite avaliar quais os indicadores de fragilidade mais afectados nesta amostra de doentes com DAP) tendo-se verificado que todas as dimensões contempladas pela escala (mobilidade, forma física e aspectos psicossociais) se encontram fortemente comprometidos. |TABELA III |.

É importante salientar que 38,8% dos doentes (n -38) foram submetidos a cirurgia de revascularização, que 34,6% (n – 35) foram submetidos a cirurgia de revascularização e amputação menor, 23,7% (n-24) foram submetidos exclusivamente a amputação menor (sem cirurgia de revascularização associada) e 2,9% (n-3) dos doentes foram submetidos a amputação major primária; 70,3% (n -71) não apresentaram complicações per e pós-operatórias em 13 (12,9%) doentes foi diagnosticado infecção de ferida operatória e 2

| TABELA III | Indicadores de Fragilidade (The Groningen Frailty Indicator)

	N	%
Mobilidade (Dificuldade em)		
Fazer compras		
Não	44	43,6
Sim	57	56,4
Andar no Exterior		
Não	33	32,7
Sim	68	67,3
Vestir e Despir-se		
Não	20	19,8
Sim	81	80,2
Ir à casa de banho		
Não	25	24,8
Sim	76	75,2
Forma Física		
Problemas de Visão		
Não	51	50,5
Sim	50	49,5
Problemas de Audição		
Não	62	61,4
Sim	39	38,6
Perda de Peso (6 meses)		
Não	54	53,5
Sim	47	46,5
Morbilidade		
Não	13	12,9
Sim	88	87,1
Queixas de Memória		
Não	44	43,6
Sim	57	56,4
Aspectos Psicossociais		
I.Sente vazio à sua volta		
Não	29	28,7
Sim	72	71,3
II. Sente falta de pessoas		
Não	42	41,6
Sim	59	58,4
III. Sente-se abandonado		
Não	64	63,4
Sim	37	36,6
IV.Recentemente sentiu-se abatido/ triste		
Não	15	14,9
Sim	86	85,1
V.Recentemente sentiu-se nervoso/ ansioso		
Não	15	14,9
Sim	86	85,1

doentes (2%) faleceram durante o internamento. Três a seis meses após a alta em ambiente de consulta externa procedeu-se a avaliação de novo dos doentes, sendo de referir que foram na sua totalidade constatados 11 óbitos (2 em regime de internamento e 9 no domicílio), 22 doentes não responderam às convocações de avaliação em regime de consulta externa, cujas circunstâncias não foram possíveis de apurar após múltiplas tentativas de contacto, verificando-se portanto

| TABELA IV | Escala de Depressão Geriátrica - GDS

	N	%
Está satisfeito com sua vida?		
Sim	28	41,1
Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses?		
Sim	61	89,7
Sente a sua vida vazia?		
Sim	66	97,0
Fica muitas vezes aborrecido (a)?		
Sim	63	92,6
Está bem disposto (a) a maior parte do tempo?		
Sim	26	38,2
Tem medo que lhe vá acontecer qualquer coisa de mal?		
Sim	52	76,4
Sente-se feliz a maior parte do tempo?		
Sim	33	48,5
Sente-se muitas vezes desamparado (a)?		
Sim	33	48,5
Prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas?		
Sim	56	82,3
Acha que tem mais dificuldades de memória do que os outros?		
Sim	30	44,1
Pensa que é muito bom estar vivo (a)?		
Sim	44	64,7
Sente-se inútil?		
Sim	37	54,4
Sente-se cheio (a) de energia?		
Sim	22	32,3
Sente que para si não há esperança?		
Sim	37	54,4
Pensa que a maioria das pessoas passa melhor do que o (a) senhor (a)?		
Sim	35	51,4

a redução da nossa amostra para 68 doentes. Aplicou-se, nesta terceira etapa de avaliação; o Mini Mental State Examination (MMSE)^[8] tendo-se verificado um valor médio de 21,4 (dp7,3), tradutor de uma deterioração cognitiva leve. Foi igualmente aplicada a Escala de Depressão Geriátrica^[7] |TABELA IV|, tendo-se obtido um valor médio de 14 (dp 8,3) o que enquadra a nossa amostra de doentes com sintomatologia característica de depressão severa.

No que concerne à avaliação da Qualidade de Vida Geral dos doentes com DAP o valor obtido foi de 41,05 (dp 10,89), que comparativamente ao valor da qualidade de vida geral da população portuguesa 71,51 (dp 13,30) se verifica uma redução para aproximadamente metade nos doentes com DAP |TABELA V|. Tendo em consideração a qualidade de vida geral pré – tratamento e pós-tratamento, verifica-se um incremento ligeiro na qualidade de vida geral pós – tratamento (38,3/41,05).

DISCUSSÃO

Perceber verdadeiramente o impacto da DAP e do seu tratamento, na qualidade de vida do doente implica que para além de analisar os índices de tratamento tradicionais se deve suplementar essa mesma informação com avaliações de variáveis sociais e psíquicas^[12]. O doente com DAP necessita de uma extensa adaptação no que concerne à alteração de estilos de vida, nomeadamente o abandono do tabagismo, modificações dos hábitos alimentares, regimes terapêuticos rígidos^[12,13]. Os doentes perante estas alterações podem experienciar sintomas de ansiedade e de depressão, tal facto foi verificado no nosso estudo. Sendo que os nossos doentes se enquadraram na sintomatologia de depressão severa, podendo este facto sugerir que a monitorização apertada, por profissionais credenciados, no que concerne ao aparecimento e seguimento dos sintomas de depressão pode ser benéfico nos doentes com DAP.

Tendo em conta a natureza específica deste tipo de patologia, a qual envolve, em muitos casos a incapacidade do doente para se deslocar e movimentar por si próprio e para realizar as suas actividades da vida quotidiana^[14], dificuldades

| TABELA V | Qualidade de Vida -WHOQOL-bref

	População Portuguesa		Doentes com DAP	
	Média	DP	Média	DP
D1 (Físico)	77,49	12,27	46,7	11,16
D2 (Psicológico)	72,38	13,50	44,2	10,33
D3 (Relações Sociais)	70,42	14,54	35,0	12,32
D4 (Ambiente)	64,89	12,24	38,3	10,56
QV GERAL	71,51	13,30	41,05	10,89

estas, bem caracterizadas no nosso estudo pela aplicação do Índice de Fragilidade de *Groningen* em que os condicionalismos da mobilidade e da forma física se encontravam maioritariamente afectados.

É genericamente assumido que a limitação funcional motora do doente com DAP *está* directamente correlacionado com a Qualidade de Vida Geral do doente, alias a melhoria desse condicionalismo funcional tem vindo a ser o grande critério para o tratamento dos doentes com DAP^[13]. No entanto para o doente em estadio avançado da doença (Isquemia Crítica) essa melhoria física pode não estar associada a uma melhoria da Qualidade de Vida Geral percebida pelo doente^[13,15]. Tal facto pode ser explicativo do ligeiro incremento obtido no nosso estudo pré e pós-tratamento na qualidade de vida geral do doente.

Dadas as consequências físicas, psicológicas e sociais que acompanham a DAP, é de esperar que a qualidade de vida geral dos doentes com DAP se encontre seriamente comprometida^[12].

Os resultados do nosso estudo vão ao encontro desta hipótese, demonstrando que a PAD apresenta um impacto negativo significativo na qualidade de vida geral dos doentes.

Tendo em consideração que este estudo levanta hipóteses e fornece informações para investigações futuras, será importante desenvolver pesquisas que permitam determinar estratégias específicas para a melhoria da qualidade de vida destes doentes.

CONCLUSÃO

A doença arterial periférica sendo uma doença crónica e muitas vezes associada a consequências mutiladoras de ordem física torna compreensível e esperada a sua tradução negativa na qualidade de vida geral dos doentes.

O estudo da Qualidade de Vida Geral e das suas dimensões nos doentes com DAP, poderá permitir o desenvolvimento de estratégias multidisciplinares ajustadas de forma a promover o processo de adaptação do doente à sua doença com a melhoria do seu bem-estar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Hirsch AT, Criqui MH, Treat Jacobson et al, Peripheral arterial disease detection, awareness and treatment in primary care, JAMA, 11:1317 -24, 2001
- [2] L. Norgren, W.R.Hiatt, J.A. Dormandy et al, Inter-Society Consensus for the management of Peripheral Arterial Disease (TASC II) Eur J Vasc Endovasc Surg 33, S1 – S75, 2007.
- [3] S.M. Skevington, M. Lotfy, K.A. O'Connell, The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial, A Report from the WHOQOL Group, Quality of Life Research 13: 299–310, 2004
- [4] Hude Quan, Bing Li, Chantal M. Couris et al, Updating and Validating the Charlson Comorbidity Index and Score, American Journal of Epidemiology,10-1093, 2010
- [5] Yeda Duarte, Claudia Andrade, Maria Lebrão, O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos, 41 (2):317-25, Rev Esc Enferm USP,2007

- [6] Lawton, M.P., & Brody, E.M. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186, 1969
- [7] Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol*; 5:165-73, 1986.
- [8] Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. Adaptação a população portuguesa da tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9-10, (1994).
- [9] Adriano Vaz Serra, Maria Cristina Canavarro, Mário R. Simões et al, Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde para Português de Portugal, *Psiquiatria Clinica*, 27: 41-49 2006
- [10] González, J., Palacios, E., García, , et al. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Primaria*, Vol.23, pp. 434-440, 1999.
- [11] Steverink, N., Slaets, J.P.J., Schuurmans, H., & Lis, M. van Measuring frailty: development and testing of the Groningen Frailty Indicator (GFI). *The Gerontologist*, 41, special issue 1, 236-237, 2001.
- [13] A. Hallin, D. Bergqvist, K. Fugl-Meyer et al, Areas of Concern, Quality of life and Life satisfaction in Patients with Peripheral vascular disease, *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 24:255-263, 2002
- [14] M. J. Smith, K. L.A. Borchard, E. Hinton et al, The Australian vascular Quality of Life Index Na Improved Clinical Quality of Life Tool For Peripheral vascular Disease, *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 34:199-205 2007
- [15] Kim G. Smolderen, Aline J. Pelle, Nina Kupper et al, impact of Peripheral arterial disease on health status: A comparison with chronic heart failure, *J Vasc Surg*, 50:1391-8 2009
- [16] Samuel Wong, Jean Woo, Athena Hong et al, Clinically relevant depressive symptoms and peripheral arterial disease in elderly men and women. Results from a large cohort study in Southern China, *J Psychosom Res*, 63:471-476, 2007