

Preditores de Mudança na Qualidade de Vida após um Evento Coronariano Agudo

Predictors of Quality of Life Change after an Acute Coronary Event

Emiliane N. Souza, Alexandre S. Quadros, Rúbia Maestri, Camila Albarrán, Rogério Sarmento-Leite

Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul, Fundação Universitária de Cardiologia, Porto Alegre, RS - Brasil

Resumo

Fundamento: A verificação de desfechos complementares torna-se relevante para os pacientes com instabilização da doença coronariana e tratamento farmacológico crônico.

Objetivo: Identificar preditores de melhora na qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com síndrome coronariana aguda (SCASST) sem supradesnivelamento.

Métodos: Pacientes consecutivamente internados em um hospital de referência cardiológica foram prospectivamente avaliados com o Seattle Angina Questionnaire (SAQ) na internação e em seis meses. O desfecho analisado foi a variação do escore SAQ - qualidade de vida, resultante da diferença entre o escore em seis meses e o da internação. Verificaram-se as características demográficas, clínicas e terapêuticas associadas à melhora da qualidade de vida (análise univariada), assim como seus preditores (multivariada).

Resultados: Os hipertensos apresentaram uma variação do escore SAQ - qualidade de vida menor quando comparados aos não-hipertensos [8,3(0-25) vs 16,6(0-33,3); $P=0,05$], assim como pacientes com dislipidemia, quando comparados aos não-dislipidêmicos [8,3(0-25) vs 16,6(0-33,3); $P=0,02$]. Pacientes com angina instável apresentaram uma variação maior no escore em relação aos pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM) sem supradesnivelamento de ST [16,6(0-33,3) vs 8,3(-8,3-25); $P=0,03$]. Ajustada para as características clínicas e demográficas, a revascularização do miocárdio em até 30 dias após a SCASST, está associada com maior variação no escore SAQ - qualidade de vida (+8,47 pontos; $P=0,005$) e, a dislipidemia com piora (-7,2 pontos; $P=0,01$).

Conclusão: A revascularização miocárdica está associada à melhora da qualidade de vida relacionada à saúde, mais pronunciada naqueles pacientes submetidos à cirurgia. A dislipidemia está associada à piora desse desfecho em seis meses. (Arq Bras Cardiol 2008;91(4):252-259)

Palavras-chave: Arteriosclerose coronária, qualidade de vida, revascularização miocárdica.

Summary

Background: The assessment of quality of life (QOL), identifying functional capacity and frequency of angina and other cardiac symptoms, are key issues in the treatment of chronic patients or in those with disease instability.

Objective: To identify predictors of quality of life (QOL) improvement in patients with non-ST segment elevation acute coronary syndrome (NSTEMACS).

Methods: Patients hospitalized in a cardiology reference hospital were assessed with the Seattle Angina Questionnaire (SAQ) at the time of admission and after 6 months. The analyzed outcome was the variation of the QOL score, resulting from the difference between the score after six months and the score at the time of admission. Differences between patients with or without 6-month QOL improvements regarding the demographic, clinical and therapeutic characteristics were assessed by univariate and multivariate analysis.

Results: Hypertensive patients presented lower improvement in QOL scores when compared to non-hypertensive ones [8,3(0-25) vs. 16,6(0-33,3); $P=0,05$], as well as patients with dyslipidemia, when compared to non-dyslipidemic ones [8,3(0-25) vs. 16,6(0-33,3); $P=0,02$]. Patients with unstable angina presented greater improvements in QOL in relation to those with NSTEM myocardial infarction [16,6(0-33,3) vs. 8,3(-8,3-25); $P=0,03$]. By multivariate analysis, myocardial revascularization in the first 30-days was associated with the greater improvement in the QOL score (8.47 points; $P=0,005$). On the other side, the presence of dyslipidemia at the baseline evaluation was an independent predictor of worse QOL scores (-7.2 points; $P=0,01$).

Conclusion: Myocardial revascularization was associated with improvement in the 6-month QOL scores, while dyslipidemia was associated with worse scores. (Arq Bras Cardiol 2008;91(4):229-235)

Key words: Coronary arteriosclerosis; quality of life; myocardial revascularization.

Full texts in English - <http://www.arquivosonline.com.br>

Correspondência: Rogério Sarmento-Leite •

Av. Princesa Isabel, 370 Unidade de Pesquisa, Santana - 90620-001, Porto Alegre, RS, Brasil

E-mail: sleite@cardiologia.org.br, sleite.pesquisa@cardiologia.org.br

Artigo recebido em 18/05/07; revisado recebido 27/09/2007; aceito em 10/03/08.

Introdução

Com o aumento de sobrevida e envelhecimento da população, o tratamento do paciente com doença arterial coronariana (DAC) deve incluir melhora da funcionalidade física e retardo da progressão da doença, além do alívio dos sintomas, visando ao seu retorno à vida diária¹. A tendência em focar o manejo da doença somente nos achados clínicos pode não corresponder às expectativas do paciente, que se preocupa com as limitações que a doença impõe às suas atividades diárias.

Assim, a verificação de desfechos complementares em pacientes com DAC torna-se relevante para os pacientes e para a sociedade². A avaliação do estado de saúde pelo Questionário de Angina de Seattle (QAS)³ é uma metodologia freqüentemente utilizada, englobando a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), limitação física, satisfação com o tratamento, freqüência e estabilidade dos sintomas. Essas mensurações auxiliam a monitorização de respostas ao tratamento, identificação de mudanças no quadro clínico e potenciais problemas, e constituem-se em informações complementares à tomada de decisão na prática clínica.

Estudos realizados em pacientes com DAC demonstraram que o QAS é útil na avaliação de estratégias que melhoram a capacidade funcional, a freqüência e a instabilidade dos sintomas^{4,5}. A utilização do SAQ é válida tanto para a verificação de desfechos quanto para a identificação de risco para eventos cardiovasculares^{6,7}, sendo considerado mais sensível às mudanças na qualidade de vida em pacientes com DAC do que os instrumentos genéricos como Short Form 36⁸.

O QAS, no entanto, tem tido pouca utilização na prática clínica diária. A maioria dos estudos que avaliaram a QVRS em pacientes com DAC instável é derivada de ensaios clínicos randomizados, e pacientes atendidos na prática clínica diária apresentam características diferentes. Recentemente, o estudo ICTUS⁹ demonstrou que a estratégia intervencionista precoce pode não melhorar a sobrevida, ressaltando ainda mais a importância da avaliação desses desfechos dentro do contexto do tratamento. Assim, o objetivo deste estudo é identificar preditores de melhora da qualidade de vida na síndrome coronariana aguda sem supradesnivelamento do segmento ST (SCASST) em uma coorte representativa dos pacientes atendidos na prática clínica diária, após seis meses da internação hospitalar.

Métodos

Pacientes

Os pacientes atendidos no setor de emergência da nossa instituição e internados com o diagnóstico clínico de SCASST no período de janeiro a junho de 2004 foram elegíveis para este estudo. Os critérios de exclusão foram doença valvar severa, miocardiopatia dilatada de origem não-ischêmica, transplante cardíaco prévio, miocardiopatia hipertrófica, alterações neurológicas como senilidade, doença de Alzheimer, Parkinson, seqüelas de acidente vascular encefálico (AVE), distúrbios psiquiátricos, neoplasia, gestantes ou instabilidade hemodinâmica compatível com choque cardiogênico, deficiência física, participação em estudos

clínicos randomizados multicêntricos, assim como recusa em participar ou impossibilidade de prosseguir no estudo.

Os pacientes foram avaliados prospectivamente, sendo verificadas as características demográficas, clínicas e a terapêutica instituída na alta. O QAS³ foi aplicado em até 48 horas da internação hospitalar. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética da instituição e o termo de consentimento pós-informação foi utilizado em todos os indivíduos incluídos.

Definições

A SCASST foi caracterizado como angina instável e infarto agudo do miocárdio (IAM) sem supradesnivelamento do segmento ST. Angina instável foi definida como dor típica ou equivalente anginoso, com tempo de duração mínima de 5 minutos, e início dos sintomas em até 96 horas antes da admissão hospitalar, com ou sem dor torácica em repouso. Infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST foi definido por eletrocardiograma (ECG) normal ou inversão da onda T ou infradesnivelamento do segmento ST associado à dor torácica ou elevação sérica de biomarcadores de injúria miocárdica^{10,11}. Os pacientes foram estratificados de acordo com o escore de risco TIMI¹², sendo considerados de baixo risco aqueles com um escore de 0 a 2, médio risco, de 3 a 5, e alto risco, de 6 ou 7. Esses dados e as demais características clínicas foram coletados nos registros do prontuário e através de entrevista com o paciente.

Desfechos e seguimento

A mensuração da qualidade de vida relacionada à saúde foi realizada pelo Seattle Angina Questionnaire (SAQ), um questionário doença-específico, composto de cinco domínios. A variação do escore de qualidade de vida entre o sexto mês e a entrevista inicial do paciente foi o desfecho principal do estudo (delta SAQ5 = SAQ5 6 meses – SAQ5 internação). Foram também analisados e registrados os domínios 1 (limitação física) e 3 (freqüência da angina). Os questionários foram aplicados por um dos investigadores, sendo também avaliados os seguintes desfechos clínicos: angina recorrente, IAM e nova revascularização (cirúrgica ou percutânea). Os escores do SAQ são formados para cada domínio, atribuindo-se um número ordinal a cada resposta, iniciando com o número 1 para a resposta que implica o menor nível de funcionalidade.

A seguir, é somado com as demais respostas do domínio. O escore é transformado de 0 a 100, mediante a subtração pelo menor número possível das respostas do domínio, dividindo-se pela variação e multiplicando-se por 100. Quanto maior o escore, melhor a capacidade funcional, menores os sintomas e melhor a qualidade de vida. O domínio limitação física (D1) utiliza questões que contemplam a realização de atividades diárias. As questões que analisam a freqüência da angina (D3) verificam a periodicidade com que surgem os sintomas. E as questões que abordam qualidade de vida em relação à saúde (D5) verificam, junto ao paciente, a sua satisfação de viver como portador de DAC e o medo de morrer subitamente ou ter um ataque cardíaco. Define-se qualidade de vida relacionada à saúde como a variação do impacto que a doença causa na vida do paciente, manifestado por ele mesmo².

Análise estatística

Os dados foram analisados com SPSS 12.0. As variáveis categóricas foram expressas com frequências absolutas e relativas, e as variáveis contínuas por meio da mediana e percentis 25 e 75. Para analisar as diferenças entre os grupos, foi utilizado o teste Qui-quadrado para as variáveis categóricas e ANOVA, Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para as variáveis contínuas, conforme fossem respeitados ou não os pressupostos paramétricos. Para comparação do SAQ - D5 na internação e após seis meses, foi usado o teste de Wilcoxon. Para correlações entre variáveis contínuas, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman (r_s). Diagramas de dispersão foram utilizados para demonstrar graficamente essas correlações. As variáveis clínicas e terapêuticas foram submetidas a análise univariada e, posteriormente, a regressão linear múltipla para identificar associações com a variação na QVRS. Os dados assumem valores similares ou próximos porque são originários de um instrumento com pontuação mínima e máxima por domínio, no qual não há liberdade para o escore assumir qualquer valor. As variáveis independentemente associadas ou aquelas que sugeriram associação com melhora em seis meses foram incluídas no modelo. A análise multivariada foi realizada para identificar preditores de melhora na qualidade de vida em relação à saúde. Para todos os testes, foi considerado estatisticamente significativo um $P \leq 0,05$.

Resultados

Dos 350 pacientes inicialmente elegíveis, foram excluídos 62. As causas da exclusão foram: randomização para estudos clínicos multicêntricos (30), senilidade ou alguma deficiência física (oito), recusa em participar (três), impossibilidade de prosseguir no estudo (quatro). De um total de 305 pacientes, oito (2,6%) morreram e 16 (5,1%) não foram encontrados no período do seguimento. Para fins de análise comparativa, estes últimos foram excluídos, totalizando 281 pacientes na amostra.

Foram estudados 281 pacientes, e os dados relacionados às características clínicas encontram-se na tabela 1. Não houve diferença na variação do escore em relação a gênero, idade, cor ou escolaridade. Pacientes com angina instável apresentaram uma variação maior no escore em relação àqueles com IAMSST [16,6(0-33,3) vs 8,3(-8,3-25); $P=0,03$]. Quanto aos fatores de risco para DAC, os hipertensos apresentaram uma variação menor do escore, quando comparados aos não-hipertensos [8,3(0-25) vs 16,6(0-33,3); $P=0,05$]. Da mesma forma, pacientes com dislipidemia, quando comparados aos não-dislipidêmicos [8,3(0-25) vs 16,6(0-33,3); $P=0,02$]. Pacientes submetidos a revascularização por angioplastia coronariana percutânea (ACTP) ou cirúrgica (CRM), em até 30 dias do evento agudo (ACTP $n=77$ e CRM $n=41$), apresentaram uma variação maior no escore quando comparados ao grupo de pacientes que não foi revascularizado [16,6(0-33,3) vs 8,3(0-25); $P=0,01$]. A severidade da doença, descrita por número de vasos afetados, foi verificada apenas nos pacientes revascularizados em até

30 dias da internação ($n=118$). Quando comparadas as variáveis severidade da doença e revascularização miocárdica em 30 dias, não foi evidenciada diferença significativa na variação do escore qualidade de vida. A maioria dos pacientes [209 (74,4%)] apresentou um risco moderado para o desenvolvimento de eventos cardiovasculares em 30 dias, seguido por 47 pacientes (16,7%) que apresentaram um risco baixo. Essa e as demais características clínicas não apresentaram associação com o desfecho.

Durante o período de seguimento, foram avaliados eventos cardiovasculares maiores (ECVM) que resultaram em re-hospitalização: angina recorrente [40(14,2%)], IAM [7(2,5%)] e nova revascularização [2(0,7)].

Quanto aos demais domínios do SAQ, a figura 1 mostra a correlação entre as variações dos escores SAQ-Limitação física (D1) e SAQ-Qualidade de vida ($r_s=0,26$; $P<0,01$). A figura 2 mostra a correlação entre as variações dos escores SAQ -Frequência da angina (D3) e SAQ - Qualidade de vida ($r_s=0,41$; $P<0,01$).

A figura 3 demonstra as medianas e a variação do escore SAQ - Qualidade de vida na internação hospitalar e em seis meses. Na internação, a mediana foi 33,3 (25-50), e no sexto mês o escore modificou para 50 (33,3-66,6), $P<0,01$.

As características incluídas no modelo de regressão linear múltipla estão demonstradas na tabela 2: gênero masculino, idade maior ou igual a 65 anos, hipertensão arterial sistêmica, diabetes melito, dislipidemia, medicamentos prescritos na alta como ácido acetilsalicílico, betabloqueador, estatina, inibidor da enzima conversora da angiotensina e revascularização miocárdica em até 30 dias da alta.

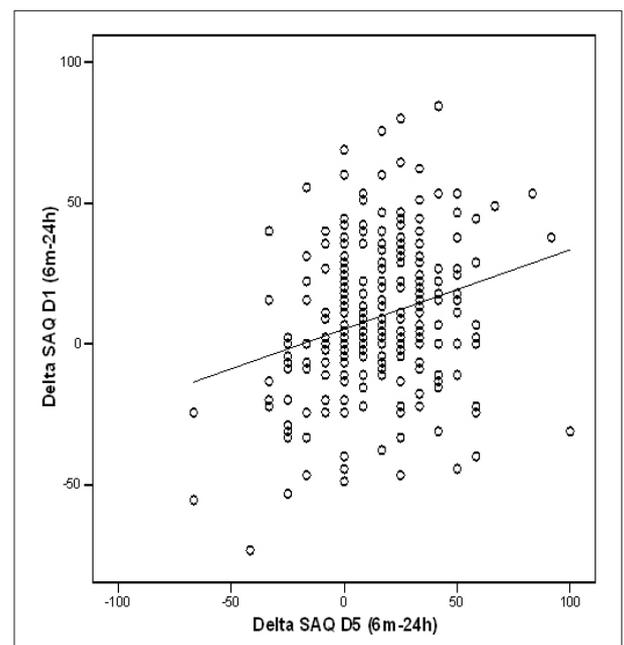


Fig. 1 - Correlação entre variação do SAQ - Limitação física (D1) e do SAQ - Qualidade de vida (D5).

Tabela 1 – Variação do escore SAQ - Qualidade de vida relacionada à saúde, na internação e após seis meses, conforme as características demográficas e clínicas da amostra estudada (n=281)

Características	Admissão n(%)	SAQ - Qualidade de Vida mediana (percentil 25-75)			P
		Internação	Seis meses	Variação	
Demográficas					
Idade					
<65 anos	161(52,3)	33,3(16,6-50)	50(33,3-66,7)	16,6(0-33,3)	0,52
≥65 anos		33,3(25-50)	54,1(33,3-66,7)	16,6(0-25)	
Gênero					
Masculino	163(58)	41,6(25-50)	50(33,3-66,6)	16,6(0-33,3)	0,45
Feminino		33,3(16,6-41,6)	50(33,3-66,6)	16,6(0-33,3)	
Cor					
Branca	244(86,8)	33,3(25-50)	50(33,3-66,6)	16,6(0-31,2)	0,39
Outra		25(8,3-41,6)	50(25-66,6)	16,6(0-33,3)	
Escolaridade					
<8 anos	161(52,3)	33,3(25-50)	50(33,3-66,6)	16,6(0-33,3)	0,98
> 8 anos		33,3(25-50)	58,3(33,3-66,6)	16,6(0-29,1)	
Clínicas					
Angina instável	222(79,0)	33,3(22,9-50)	50(33,3-66,6)	16,6(0-33,3)	0,03
IAM sem supradesnivelamento de ST		41,6(33,3-58,3)	50(41,6-66,6)	8,3(-8,3-25)	
HAS*					
Sim	221(78,6)	33,3(20,8-50)	50(33,3-66,6)	8,3(0-25)	0,05
Não		41,6(33,3-50)	58,3(35,4-66,6)	16,6(0-33,3)	
Dislipidemia					
Sim	147(52,3)	33,3(25-50)	50(33,3-66,6)	8,3(0-25)	0,02
Não		33,3(25-50)	58,3(41,6-66,6)	16,6(0-33,3)	
IAM prévio					
Sim	119(42,3)	33,3(16,6-50)	50(33,3-66,6)	8,3(0-25)	0,29
Não		33,3(25-50)	58,3(39,5-66,6)	16,6(0-33,3)	
RM prévia					
Sim	108(38,4)	33,3(16,6-41,6)	50(33,3-66,6)	16,6(0-33,3)	0,66
Não		33,3(25-50)	58,3(37,5-66,6)	16,6(0-25)	
DM					
Sim	66(23,5)	33,3(16,6-41,6)	50(33,3-66,6)	16,6(0-33,3)	0,12
Não		33,3(25-50)	50(33,3-66,6)	16,6(0-33,3)	
Tabagismo					
Sim	65(23,1)	33,3(16,6-50)	58,3(33,3-66,6)	16,6(0-37,5)	0,11
Não		33,3(25-50)	50(33,3-66,6)	16,6(0-25)	
IC					
Sim	15(5,3)	33,3(33,3-58,3)	50(33,3-58,3)	16,6(0-33,3)	0,68
Não		33,3(25-50)	50(33,3-66,6)	8,3(-8,3-33,3)	
RM 0-30 dias					
Sim	118 (42)	33,3(16,6-50)	54,1(33,3-66,6)	16,6(0-33,3)	0,01
Não		33,3(25-50)	50(33,3-66,6)	8,3 (0-25)	
Severidade da doença†					
1 vaso	47 (16,8)	33,3(16,6-58,3)	50(33,3-66,6)	8,33 (0-33,3)	0,23
2 vasos	41 (14,9)	33,3(20,8-45,8)	50(37,5-75)	25 (0-41,7)	
3 vasos	29 (10,3)	16,6(33,3-45,8)	58,3(33,3-70,8)	25 (16,7-33,3)	

†Em pacientes revascularizados. ACTP – Angioplastia coronariana transluminal percutânea; CRM – Cirurgia de revascularização do miocárdio; DM – Diabetes mellitus; HAS – Hipertensão arterial sistêmica; IAM – Infarto agudo do miocárdio; IC – Insuficiência cardíaca; RM – Revascularização do miocárdio; SAQ – Seattle Angina Questionnaire.

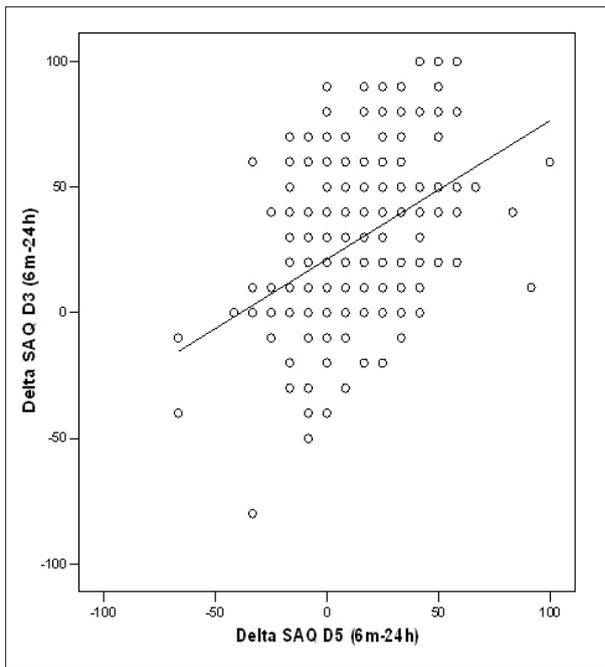


Fig. 2 - Correlação entre variação do SAQ - frequência da angina (D3) e do SAQ - Qualidade de vida (D5).

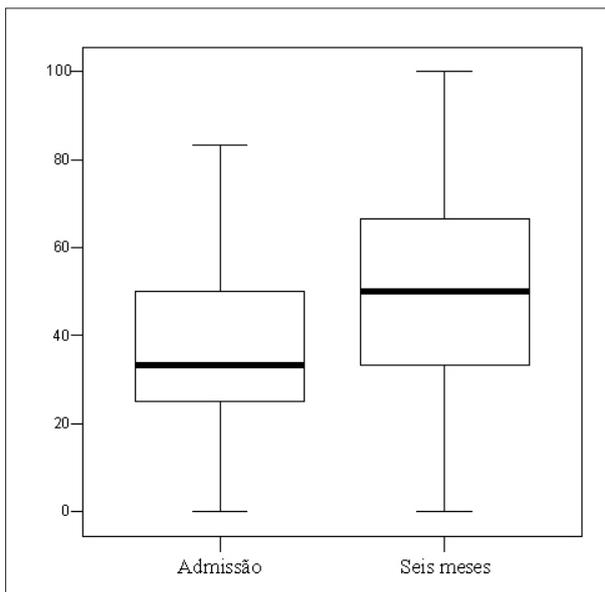


Fig. 3 - Escore SAQ - Qualidade de vida na internação e em seis meses (mediana, percentis 25 e 75, máximo e mínimo).

Nesta análise, a presença de dislipidemia associou-se com uma diminuição no escore de qualidade de vida (-7,2 pontos; $P=0,01$). Em contrapartida, pacientes submetidos a revascularização do miocárdio apresentaram aumento no escore (+8,47 pontos; $P<0,01$).

Tabela 2 – Preditores de variação do SAQ - escore de qualidade de vida na análise multivariada (n=281)

Características	B (SE)	P
Gênero masculino	-5,14(3,0)	0,09
Idade \geq 65 anos	-4,60(2,9)	0,11
HAS	1,74(3,6)	0,63
DM	3,73(3,4)	0,28
Dislipidemia	-7,20(2,9)	0,01
AAS*	2,08(4,6)	0,65
Betabloqueador*	4,84(4,0)	0,23
Estatina*	-4,90(3,0)	0,11
Inibidor da ECA*	1,13(2,9)	0,70
RM 0-30 dias	8,47(3,0)	0,005

*Prescritos na alta; DM – Diabete melito; ECA – Enzima conversora da angiotensina; HAS – Hipertensão arterial sistêmica; RM – Revascularização miocárdica.

Por análise multivariada, os preditores independentes de qualidade de vida foram dislipidemia e revascularização miocárdica (RM). A melhora da QVRS variou com o tipo de RM, e os pacientes submetidos à cirurgia tiveram melhora mais pronunciada (+1,77 pontos; $P=0,07$), conforme descrito na tabela 3.

Do total de pacientes que apresentaram algum evento cardiovascular [49(17,4%)], apenas 12 foram revascularizados em até 30 dias (ACTP n=9 e CRM n=3). Os pacientes que necessitaram de nova revascularização (n=2) haviam sido submetidos a ACTP e, dentre os pacientes que re-internaram por angina recorrente, oito haviam sido revascularizados

Tabela 3 – Preditores de variação do SAQ - escore de qualidade de vida em pacientes revascularizados (n=118)

Características	B (SE)	P
Gênero masculino	-4,69(5,2)	0,37
Idade \geq 65 anos	-3,56(4,8)	0,45
HAS	6,25(5,7)	0,27
DM	8,09(5,1)	0,12
Dislipidemia	-15,40(8,5)	0,002
AAS*	1,33(11,7)	0,91
Betabloqueador*	15,26(8,5)	0,07
Estatina*	-5,85(5,0)	0,25
Inibidor da ECA*	-0,66(4,8)	0,89
CRM X ACTP	1,77(4,7)	0,07

*Prescritos na alta; DM – Diabete melito; ECA – Enzima conversora da angiotensina; HAS – Hipertensão arterial sistêmica; RM – Revascularização miocárdica.

(ACTP n=6 e CRM n=2). Quando comparados aos pacientes não-revascularizados, esses apresentaram um risco 2,8 vezes maior de re-hospitalização no período do que aqueles revascularizados (IC 95% 1,47 - 5,55; P=0,003).

Discussão

Os pacientes incluídos neste estudo representam parte de uma população de um centro de referência terciária em cardiologia e os dados mostram, por meio de um instrumento doença-específico, os preditores de qualidade de vida após seis meses de um evento coronariano agudo, ajustado para as características clínicas e a terapêutica instituída.

Preditores de qualidade de vida relacionada à saúde

Em nosso estudo, a variável associada à maior variação no escore de qualidade de vida foi a realização de revascularização miocárdica em até 30 dias após a internação hospitalar, seja por ACTP seja por CRM. Semelhante aos nossos resultados, em um estudo realizado por Kim e cols.⁴, pacientes com SCASST tratados com intervenção apresentaram melhores escores quando comparados àqueles tratados de forma conservadora. Quanto às estratégias de revascularização miocárdica, Zhang e cols.¹³ realizaram um estudo comparando pacientes com DAC multiarterial, submetidos a revascularização percutânea ou cirúrgica, avaliando a limitação física, frequência da angina e qualidade de vida, observou-se melhora nos escores para ambas as estratégias de revascularização em seis meses (variação de 13,6 a 34,7 pontos; P<0,001). No entanto, pacientes revascularizados cirurgicamente apresentaram escores maiores do que aqueles submetidos a ACTP. Em se tratando de revascularização percutânea, estudos realizados comparando a estratégia intervencionista precoce com a estratégia conservadora^{14,15} demonstraram uma significativa melhora da limitação física, dos sintomas anginosos e da QVRS.

Spertus e cols.¹⁶ compararam pacientes submetidos a ACTP ou CRM, estratificados pelo risco de reestenose quanto ao SAQ - escore de frequência da angina e qualidade de vida. Nos pacientes de baixo risco para reestenose não houve diferença nos escores do SAQ, enquanto naqueles com risco intermediário observou-se melhora no escore de frequência da angina em pacientes com CRM comparado com ACTP ($96,5 \pm 1,1$ vs $90,3 \pm 0,8$, $p < 0,001$) em um ano. Da mesma forma, no escore de qualidade de vida ($90,7 \pm 1,1$ vs $84,9 \pm 0,8$). No grupo de alto risco para reestenose, também foi constatada que a CRM é fator determinante de melhora da frequência da angina e da qualidade de vida. Diante desses resultados, em pacientes revascularizados, principalmente por CRM, observa-se maior capacidade funcional, diminuição dos sintomas e, conseqüentemente, melhor convivência com uma doença crônica, que requer esforços com vistas a retardar sua evolução.

Por sua vez, a dislipidemia surge como preditor de piora do escore. Como possíveis explicações para esse achado, devem-se considerar as modificações de hábitos alimentares, necessárias para o controle desse fator de risco da coronariopatia. A

prescrição de dietas rigorosas, o uso de medicamentos e seus efeitos colaterais, bem como o controle periódico dos níveis séricos de colesterol alteram a percepção de saúde e qualidade de vida dos pacientes. Os esforços dietéticos para controle da hipercolesterolemia, muitas vezes ineficazes, podem causar certa frustração. Corroboram essas inferências um estudo realizado por Lalonde e cols.¹⁷, comparando pacientes com e sem dislipidemia, na ausência de DAC, em relação aos escores de qualidade de vida, mostrou que os pacientes com dislipidemia apresentaram escores menores (-3,3 pontos; P=0,02). Nossos resultados apresentam semelhança com os estudos citados, quando na análise multivariada aparece a revascularização, em até 30 dias, como preditora de melhora na qualidade de vida, e pacientes tratados com CRM tendem a apresentar uma variação maior no escore do que aqueles tratados com ACTP.

Varição dos escores SAQ - Qualidade de vida em relação às características demográficas, clínicas e demais domínios do SAQ

Em relação às características demográficas, não foram observadas diferenças significativas na variação do escore de qualidade de vida, em seis meses. Apesar de a idade ter sido considerada preditor de mortalidade em pacientes com DAC, em um ano⁷, e determinante de modificações na qualidade de vida¹⁸, os pacientes deste estudo, com 65 anos ou mais, apresentaram uma variação similar aos demais. Conaway e cols.¹⁹, tendo em vista o envelhecimento da população norte-americana e a prevalência da DAC, realizaram um estudo mostrando que pacientes maiores de 75 anos submetidos a CRM, apesar da lenta recuperação física, não apresentaram diferenças quanto à frequência da angina e qualidade de vida, comparados aos pacientes mais jovens. A variação do escore qualidade de vida foi a mesma para homens e mulheres neste estudo. No entanto, em pesquisa realizada por Norris e cols.²⁰, foi verificado que mulheres com DAC relatam piores escores de qualidade de vida relacionada à saúde do que os homens, após um ano da cinecoronariografia. Apesar de os pacientes de cor branca constituírem a maioria da população dos estudos, é sabido que pacientes de cor negra recebem menos procedimentos de revascularização do que os brancos (52,5% vs 66%; P<0,01) e, mesmo não havendo diferença na mortalidade entre os pacientes brancos e os negros, esses apresentam piora no estado funcional de saúde²¹.

Quanto às comorbidades associadas à DAC, a hipertensão arterial e a dislipidemia foram as mais prevalentes, apresentando taxas maiores que a de outros estudos. Esse achado possivelmente pode ser explicado pelo estágio mais avançado da DAC, nos pacientes estudados, que resultou em um evento agudo. A terapêutica instituída mostrou-se como determinante para o desfecho. Em relação aos demais domínios do SAQ, a variação da limitação física, estabilidade e frequência da angina no período de seguimento estão diretamente relacionadas com a qualidade de vida. Na medida em que aumenta a variação dos escores, caracterizando melhora da capacidade física e dos sintomas anginosos, a variação do escore de qualidade de vida também melhora.

Eventos cardiovasculares

A taxa de ECVM neste estudo foi de 17,4%. Os eventos avaliados foram aqueles que apresentam maior significância clínica, além de óbito, que excluiu pacientes em razão da utilização da variação do escore como desfecho, angina recorrente que pode evoluir para IAM ou necessitar de revascularização de urgência, IAM e a necessidade de nova revascularização. Os resultados mostraram que, entre os pacientes revascularizados em até 30 dias após a SCASST, a necessidade de nova revascularização foi observada naqueles submetidos a ACTP. Esses dados são concordantes com a literatura²² que demonstra maior necessidade de nova revascularização em pacientes tratados pela estratégia percutânea do que em pacientes com CRM, no período de um ano.

É importante, contudo, considerar a adesão à terapêutica medicamentosa que se faz necessária após a revascularização percutânea, o que pode representar um alto custo para o paciente, prejudicando a otimização do tratamento. Spertus e cols.²³ realizaram estudo com o objetivo de verificar o impacto da dificuldade do paciente em manter o cuidado com a saúde, após a revascularização coronariana, por meio do estado funcional de saúde. Em pacientes que referiram tal dificuldade foram observados piores dos escores do SAQ, independentemente das estratégias de revascularização. Outro aspecto a ser considerado é a utilização de stents farmacológicos que, quando comparados aos stents convencionais, diminuem as taxas de reestenose na revascularização por ACTP^{24,25}. Em nosso estudo, os pacientes tratados com ACTP receberam stents convencionais.

Implicações clínicas

É essencial ter mecanismos para identificar pacientes cujas intervenções, tais como revascularização ou terapêutica farmacológica mais agressiva, são indicadas. Embora todos os pacientes devam modificar hábitos, com vistas ao controle dos fatores de risco, incluindo hipertensão, dislipidemia e tabagismo, alguns necessitam de um manejo clínico mais intensivo. Mesmo que os resultados mostrem benefícios na qualidade de vida com a revascularização cirúrgica em pacientes com SCASST, devem-se levar em conta a severidade da doença, o risco cirúrgico e a concordância do paciente. Os achados deste trabalho são úteis na medida em que podem auxiliar no manejo clínico dos pacientes,

na identificação de potenciais problemas, principalmente em relação à instabilização da doença, na monitorização de mudanças clínicas e respostas ao tratamento, devido ao manejo farmacológico crônico².

Limitações do estudo

Os pacientes estudados encontravam-se em fases distintas da evolução da DAC, pois alguns deles já haviam apresentado IAM e RM prévia, com clara indicação para a abordagem intervencionista, e, em outros, era a primeira manifestação da doença. Importante mencionar também que o SAQ apresenta um considerável grau de subjetividade, o que, por vezes, dificulta o entendimento pelo paciente. A qualidade de vida pode também sofrer influência de fatores socioeconômicos e/ou étnicos e raciais que não foram objeto de análise no presente estudo. Em relação aos eventos cardiovasculares, esses foram verificados pelo relato do paciente ou familiar, ao término do seguimento. A verificação dessa variável pode ter sofrido vies de aferição em razão de ou desconhecimento do diagnóstico pelo informante e a não-comprovação do evento, quando o paciente procurou assistência em outro hospital.

Conclusão

Nossos dados permitem concluir que a revascularização em até 30 dias da internação hospitalar está associada à melhora de qualidade de vida e a dislipidemia está associada à piora desse desfecho em seis meses. Também foi demonstrada uma correlação entre limitação física, estabilidade e frequência da angina com qualidade de vida.

Potencial Conflito de Interesses

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

Fontes de Financiamento

O presente estudo não teve fontes de financiamento externas.

Vinculação Acadêmica

Este artigo é parte de tese de mestrado de Emiliane N. de Souza pelo Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul / FUC.

Referências

1. Aghabadian RV. Emergency department evaluation and treatment of patients with ST-segment elevation myocardial infarction. *Crit Pathw Cardiol.* 2004; 3: 110-3.
2. Higginson IJ, Carr AJ. Using quality of life measures in the clinical setting. *BMJ.* 2001; 322: 1297-300.
3. Spertus J, Winder JA, Dewhurst TA, Deyo RA, Prodzinski J, McDonell, et al. Development and evaluation of the Seattle Angina Questionnaire: a new functional status measure for coronary artery disease. *J Am Coll Cardiol.* 1995; 25: 333-41.
4. Kim J, Henderson RA, Pocock SJ, Clayton T, Sculpher MJ, Fox KA. Health-related quality of life after interventional or conservative strategy in patients with unstable angina or non-ST-segment elevation myocardial infarction: one year of the third Randomized Intervention trial of unstable Angina (RITA-3). *J Am Coll Cardiol.* 2005; 45: 221-8.
5. Janzon M, Levin L, Swahn E. Invasive treatment in unstable coronary artery disease promotes health-related quality of life: results from the FRISC II trial. *Am Heart J.* 2004; 148: 114-21.
6. Winter RJ, Windhausen F, Cornel HJ, Dunselman PHJM, Janus CL, Bendermacher PEF, et al. Early invasive versus selectively invasive management for acute coronary syndromes. *N Engl J Med.* 2005; 353: 1095-104.
7. Spertus JA, Jones P, McDonell M, Fan V, Fihn SD. Health status predicts long-term outcome in patients with coronary disease. *Circulation.* 2002;

- 106: 43-9.
8. Mozaffarian D, Bryson L, Spertus JA. Anginal symptoms consistently predict total mortality among outpatients with coronary disease. *Am Heart J*. 2003; 146: 1015-22.
 9. Spertus JA, Winder J, Dewhurst TA, Deyo RA, Fihn SD. Monitoring the quality of life in patients with coronary artery disease. *Am J Cardiol*. 1994; 74: 1240-4.
 10. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre angina instável e infarto agudo do miocárdio sem supradesnível do segmento ST. Parte I Estratificação de risco e condutas nas primeiras 12 horas após a chegada do paciente ao hospital. *Arq Bras Cardiol*. 2001; 77 (supl 2): 1-23.
 11. Santos ES, Minuzzo L, Pereira MP, Castillo MTC, Palácio MAG, Ramos RF, et al. Registro da síndrome coronariana aguda em um centro de emergências em cardiologia. *Arq Bras Cardiol*. 2006; 87: 597-602.
 12. Antman EM, Cohen M, Bernink PJLM, McCabe CH, Horacek T, Papuchis G. The TIMI risk score for unstable angina/non ST elevation MI: a method for prognostication and therapeutic decision making. *JAMA*. 2000; 284: 835-42.
 13. Zhang Z, Mahoney EM, Stables RH. Disease-specific health status after stent-assisted percutaneous coronary intervention and coronary artery bypass surgery. *Circulation*. 2003; 107: 1694-700.
 14. Fox KA, Poole-Wilson P, Clayton TC, Henderson RA, Shaw TR, Wheatley DJ, et al. 5-year outcome of an interventional strategy in non-ST-elevation acute coronary syndrome: the British Heart Foundation RITA 3 randomised trial. *Lancet*. 2005; 366: 914-20.
 15. Pocock SJ, Henderson RA, Clayton T, Lyman GH, Chamberlains DA. Quality of life after coronary angioplasty or continued medical treatment for angina: three-year follow up in the RITA-2 trial. *J Am Coll Cardiol*. 2000; 35: 907-14.
 16. Spertus JA, Nerrella R, Kettlekamp R, House J, Marso S, Borkon AM, et al. Risk of restenosis and health status outcomes for patients undergoing percutaneous coronary intervention versus coronary artery bypass graft surgery. *Circulation*. 2005; 111: 768-73.
 17. Lalonde L, Clarke AE, Joseph L, Mackenzie T, Grover SA. Canadian Collaborative Cardiac Assessment Group. Health-related quality of life coronary heart disease prevention and treatment. *J Clin Epidemiol*. 2001; 54: 1011-8.
 18. Spertus JA, Adam CS, Jones P, Conaway DG, Thompson RC. Predictors of quality of life benefit after percutaneous coronary intervention. *Circulation*. 2004; 110: 3789-94.
 19. Conaway DG, House J, Bandt K, Hayden L, Borkon AM, Spertus JA. The elderly: health status benefits and recovery of function one year after coronary artery bypass surgery. *J Am Coll Cardiol*. 2003; 42: 1421-6.
 20. Norris CM, Ghali WA, Galbraith PD, Graham MM, Jensen LA, Knudtson ML, APPROACH Investigators. Women with coronary artery disease report worse health-related quality of life outcomes compared to men. *Health Qual Life Outcomes*. 2004; 2: 21-32.
 21. Kaul P, Lytle BL, Spertus JA, DeLong ER, Peterson ED. Influence of racial disparities in procedure use on functional status outcomes among patients with coronary artery disease. *Circulation*. 2005; 111: 1284-90.
 22. Zhang Z, Spertus JA, Mahoney EM, Booth J, Nugara F, Stables RH, et al. The impact of coronary syndrome on clinical, economic and cardiac-specific health status after coronary artery bypass surgery versus stent-assisted percutaneous coronary intervention: 1-year results from the stent or surgery (SoS) trial. *Am Heart J*. 2005; 150: 175-81.
 23. Spertus JA, Decker C, Woodman C, House J, Jones P, O'Keefe J, et al. Effect of difficulty affording health care on health status after coronary revascularization. *Circulation*. 2005; 111: 2572-8.
 24. Moses JW, Leon MB, Popma JJ, Fitzgerald PJ, Holmes DR, O'Shaughnessy C, et al. Sirolimus-eluting stents versus standard stents in patients with stenosis in a native coronary artery. *N Engl J Med*. 2003; 349: 1315-23.
 25. Morice MC, Serruys PW, Sousa JE, Fajadet J, Ban Hayashi E, Perin M, et al. A randomized comparison of a sirolimus-eluting stent with a standard stent for coronary revascularization. *N Engl J Med*. 2002; 346: 1773-80.