

ASSOCIAÇÃO ENTRE ESCORES DE QUALIDADE DE VIDA E FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR EM PACIENTES COM DOENÇA CORONARIANA, INTERNADOS PARA INTERVENÇÃO CORONÁRIA ELETIVA.

Gisele Moriel, Beatriz Bojikian Matsubara, Ana Teresa R. Cerqueira, Luiz Shigero Matsubara. – Medicina – Medicina – Departamento de Clínica Médica – Faculdade de Medicina de Botucatu – Campus de Botucatu.

Estilo de vida e nível de estresse emocional são fatores de risco para doenças cardiovasculares que têm merecido destaque na literatura. Vários estudos mostraram maior incidência de eventos cardiovasculares na população com sintomas depressivos, depressão e/ou baixos escores de indicadores de qualidade de vida.^[1,2] A literatura especializada, principalmente a nacional, é pobre em dados sobre qualidade de vida de pacientes com doença arterial coronariana (DAC) e sobre os fatores que interferem de forma negativa nessa variável. Presume-se que além da gravidade da doença, a associação de diferentes co-morbidades e disfunção ventricular, frequentemente presente na condição clínica desses pacientes, poderia representar um agravante no declínio da qualidade de vida.^[3] Especialmente relevante é o Diabetes Mellitus, devido à alta frequência nessa população e às inúmeras complicações associadas. Pacientes diabéticos mostram-se preocupados com sua doença e temerosos de seus potenciais desfechos clínicos. Confirmando-se o prejuízo da qualidade de vida nesses pacientes, pode-se investir em protocolos de assistência médica e educação continuada para agentes de saúde e comunidade que reforcem a importância do diagnóstico precoce e tratamento da DAC, bem como de suas co-morbidades, incluindo o suporte emocional para os pacientes e seus familiares.

Assim, os objetivos do presente estudo serão avaliar escores de qualidade de vida (EQV) em pacientes com DAC grave, com indicação de intervenção coronária e associar esses escores com variáveis clínicas e demográficas.

Todos os procedimentos foram analisados e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição. Foram incluídos 68 pacientes (38 homens e 30 mulheres), internados eletivamente para o procedimento de angioplastia devido à DAC grave. O questionário SF-36 foi aplicado individualmente a todos os pacientes, sempre pela mesma examinadora, em ambiente tranquilo. Pacientes com instabilidade hemodinâmica ou já internados no hospital devido à síndrome isquêmica aguda foram excluídos. A partir da análise das respostas foram calculados os EQV (variação 0-100), segundo as recomendações da literatura.^[4] Também foram considerados: idade, sexo, peso, antecedentes de Diabetes Mellitus, hipertensão arterial, dislipidemia, tabagismo, evento cardiovascular ou angioplastia, além do controle da glicemia e dos níveis pressóricos. As associações entre EQV e essas variáveis foram analisadas por meio de regressão logística multivariada. Para cada quesito do questionário SF-36, considerou-se que os valores acima da mediana seriam classificados na categoria “escore maior” e valores abaixo, “escore menor”. Na casuística avaliada, a frequência de diabetes Mellitus foi 45%. Assumiu-se como clinicamente relevante a redução de 50% na mediana do escore de “Aspectos Emocionais” de pacientes diabéticos, quando comparados com pacientes não diabéticos. Adotou-se o poder do teste igual a 80%, com erro alfa de 0,05. Nessas circunstâncias, seria necessário entrevistar, pelo menos, 66 pacientes. Foram calculados os valores médios, com os respectivos desvios padrão para variáveis contínuas e com distribuição normal. Os escores de qualidade de vida apresentaram distribuição não-normal, exigindo o cálculo das medianas e das amplitudes interquartílicas. A comparação entre subgrupos foi efetuada por meio do teste “t” de Student, para as variáveis com distribuição normal ou por meio do teste de Mann-Whitney, para variáveis com distribuição não normal. Adotou-se como nível de significância $p < 0,05$.

Na tabela 1 são apresentadas as médias e seus respectivos desvios padrão das variáveis idade, peso, altura, índice de massa corpórea e pressão arterial, observadas na casuística estudada e nos subgrupos de pacientes classificados segundo a presença ou ausência de diabetes. Não houve diferenças significantes entre pacientes diabéticos, quando comparados com pacientes não diabéticos.

Tabela 1 – Médias e desvios padrão de variáveis morfométricas e pressão arterial.

	Todos pacientes	diabéticos	não diabéticos
<i>Idade (anos)</i>	61,3 ± 8,90	61 ± 8,6	62 ± 9,3
<i>Peso (kg)</i>	70,6 ± 14,82	71 ± 13,5	70 ± 16,0
<i>Altura (m)</i>	1,6 ± 0,09	1,60 ± 0,10	1,61 ± 0,10
<i>IMC(kg/m²)</i>	27,1 ± 4,72	27,7 ± 4,8	26,8 ± 4,6
<i>PAS (mmHg)</i>	138 ± 20,7	141 ± 23,4	137 ± 18,4
<i>PAD (mmHg)</i>	82 ± 14,6	82 ± 20,2	78 ± 17,8

IMC: índices de massa corpórea; PAS e PAD: pressão arterial sistólica e diastólica, respectivamente.

Os EQV (mediana; quartis 25 e 75) foram: capacidade funcional= 65(40;85); aspectos físicos= 25(0;50); dor= 51(30;72); estado geral de saúde= 62(47;77); vitalidade= 63(45;75); aspectos sociais= 50(38;100); aspectos emocionais= 67(33;100); saúde mental= 66(40;80).

Análise de Regressão Logística Multivariada:

1- Quesito Capacidade Funcional: dentre as variáveis independentes avaliadas, observou-se que idade ≥ 60 anos (OR: 0,18; IC95: 0,05 a 0,72; p=0,04) e sexo masculino (OR: 0,18; IC95: -3,0 a -0,44; p=0,009) estavam associados a maiores escores de qualidade de vida. PAS mais elevada (143±23 mmHg vs 133±16 mmHg; p=0,032) e IMC > 25 Kg/m² foram associados a escores mais baixos (OR: 1,05; IC95: 0,01 a 0,09; p=0,01 e OR: 3,8; IC95: 1,06 a 13,8; p=0,04), respectivamente.

2- Componente Aspectos Físicos: a única variável independente associada a menores escores de qualidade de vida foi a presença de evento cardiovascular prévio (OR: 3,7; IC95: 1,2 a 11,4; p=0,02).

3- Componente Dor: dentre as variáveis analisadas, somente o sexo masculino foi associado a escores maiores neste quesito (OR: 0,26; IC95: 0,08 a 0,78; p=0,017).

4- Componente Estado Geral de Saúde: a presença de DM e evento cardiovascular prévio foram associados de forma significativa ao prejuízo adicional da qualidade de vida (OR: 11,2; IC95: 1,29 a 97,8; p=0,028 e OR: 5,6; IC95: 1,4 a 22,7; p=0,015, respectivamente).

5- Componente Vitalidade: nenhuma das variáveis independentes incluídas no modelo de regressão logística foi associada com prejuízo adicional do escore, quanto a este componente, na amostra estudada.

6- Componente Aspectos Sociais: antecedente de angioplastia prévia foi associado com escores menores de qualidade de vida, neste quesito (OR: 10,3; IC95: 3,9 a 33,1; p=0,0001).

7- Componente Aspectos Emocionais: o modelo de regressão logística não identificou quaisquer das variáveis contribuindo de forma significativa para a piora adicional dos escores de qualidade de vida.

8- Componente Saúde Mental: sexo masculino foi associado a escores mais altos, neste quesito (OR: 0,21; IC95: 0,06 a 0,71; p=0,01). Angioplastia prévia e sobrepeso/obesidade contribuíram para redução dos escores (OR: 3,3; IC95: 1,08 a 10,07; p=0,035 e OR: 4,3; IC95: 1,19 a 15,85; p=0,02, respectivamente).

A população incluída no estudo era caracteristicamente idosa, com sobrepeso e sem controle ideal de fatores de risco cardiovascular modificáveis. Esse achado é relevante tendo em vista que esses pacientes já apresentavam lesão de órgão-alvo, isto é, doença aterosclerótica coronariana. A dificuldade observada para controlar todos os fatores de risco cardiovascular é frequentemente descrita na literatura^[5,6] e atribuída a diversas causas. Há o problema da educação do paciente e a falta de acesso aos medicamentos.^[7] Sabe-se que o atendimento a esses indivíduos ocorre de modo não continuado, nos serviços de urgência/emergência, sem a garantia da identificação de lesões em órgãos alvo e do tratamento adequado individualizado. Da mesma forma, atividades de promoção da saúde e redução de fatores de risco não são realizadas sistematicamente nos serviços de saúde de nosso país.^[6] Na casuística avaliada no presente estudo, os escores de qualidade de vida mostraram-se diminuídos em todos os quesitos, levando-se em conta os valores obtidos em indivíduos normais e descritos na literatura.^[8] Nossos dados não permitem concluir sobre todas as causas desse resultado. Múltiplos fatores devem estar envolvidos, como a condição socioeconômica, o momento específico da doença, exigindo a internação em hospital, a expectativa do procedimento, entre outros fatores. Dentre as variáveis independentes que contribuíram

para a redução dos escores de qualidade de vida, destacaram-se sexo feminino, idade menor que 60 anos, presença de evento cardiovascular prévio, angioplastia prévia, diabetes Mellitus, pressão arterial sistólica mais elevada e IMC > 25 kg/m².

As mulheres apresentaram menor capacidade funcional, referiam mais dor e saúde mental prejudicada. Há relatos na literatura de que mulheres têm maior comprometimento da saúde mental, durante a experiência da doença.^[9,10] Foi surpreendente a observação de que indivíduos com idade maior ou igual a 60 anos referiram melhor Capacidade Funcional. Uma possível explicação para esse resultado pode ser o maior impacto que a doença fisicamente limitante causa nos indivíduos mais jovens. Isto é, pacientes previamente mais ativos relatam maior dificuldade com a imposição de repouso ou incapacidade para o trabalho, quando comparados com pacientes já aposentados e menos ativos. As demais variáveis associadas com prejuízo dos escores de qualidade de vida, de fato, refletem a presença de co-morbidades ou doença coronariana mais antiga ou mais grave. Essas condições certamente contribuem para o agravamento de saúde e afetam as atividades cotidianas dos indivíduos. Portanto, pode-se considerar os resultados obtidos como esperados. No entanto, chamou a atenção a falta de referências na literatura que abordassem esse aspecto, no caso específico de pacientes com doença aterosclerótica coronariana.

O conjunto de resultados obtidos permite concluir que pacientes com DAC grave e compensada, necessitando de intervenção coronária percutânea, têm prejuízo da qualidade de vida e esse prejuízo pode estar associado com características demográficas e variáveis clínicas modificáveis.

Referências Bibliográficas:

1. ELLIS, J.J., et al. Depressive symptoms and treatment after acute coronary syndrome. **Int. J. Cardiol.**, Amsterdam, v.99, n.3, p.443-447, mar. 2005.
2. LETT, H.S., et al. Depression as a Risk Factor for Coronary Artery Disease: Evidence, Mechanisms and Treatment. **Psychosomatic Medicine**, New York, v.66, n.3, p.305-315, mai.-jun. 2004.
3. LEGRAND, V.M.G., et al. Three-Year Outcome After Coronary Stenting Versus Bypass Surgery for the Treatment of Multivessel Disease. **Circulation**, Baltimore, v.109, n.9, p.1114-1120, mar. 2004.
4. MELVILLE, M.R., et al. Quality of life assessment using the short form 12 questionnaire is as reliable and sensitive as the short-form 36 in distinguishing symptom severity in myocardial infarction survivors. **Heart**, London, v.89, n.12, p.1445-1446, dez. 2003.
5. LESSA, I.. No compliance to hypertension treatment - social and economic impact. **Rev. Bras. Hipertens.**, São Paulo, v.13, n.1, p.39-46, jan.-mar. 2006.
6. Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil. Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em: http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/aval_plano_reorg/impacto.pdf Acesso em 20 ago. 2006.
7. POSADAS-ROMERO, C.. Impact of primary and secondary prevention on morbidity and mortality of ischemic cardiopathy. **Arch. Cardiol. Mex.**, Mexico, v.72, n.1, p.167-170, jan.-mar. 2002.
8. LE PEN, C., et al. "Specific" scale compared with "generic" scale: a double measurement of the quality of life in a French community sample of obese subjects. **J. Epidemiol. Community Health**, London, v.52, n.7, p.445-450, jul. 1998.
9. MIRALDA, C.P., et al. Outcomes of coronary artery surgery: determinants of quality of life related to postoperative health. **Rev. Esp. Cardiol.**, Madrid, v.54, n.5, p.607-616, mai. 2001.
10. MIRALDA, C.P., et al. Clinical outcome and health related quality of life in patients undergoing coronary angioplasty with balloon or stent. A prospective multicenter study. **Rev. Esp. Cardiol.**, Madrid, v.54, n.5, p.597-606, mai. 2001.