

Qualidade de Vida após Revascularização Cirúrgica do Miocárdio, Angioplastia ou Tratamento Clínico

Quality of Life after Surgical Myocardial Revascularization, Angioplasty or Medical Treatment

Myrthes Emy Takiuti, Whady Hueb, Shirley Borghetti Hiscock, Célia Regina Simões da Rocha Nogueira, Priscyla Girardi, Fabio Fernandes, Desiderio Favarato, Neuza Lopes, Jorge Chiquie Borges, Aécio Flávio Teixeira de Góis, José Antonio Franchini Ramires

Instituto do Coração do Hospital das Clínicas - FMUSP - São Paulo, SP

Resumo

Fundamento: Ainda que os benefícios clínicos das intervenções coronarianas parecem confirmados, seus efeitos na qualidade de vida (QV) permanecem pouco estudados.

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida (QV) na doença multiarterial coronariana em pacientes submetidos randomicamente a cirurgia, angioplastia ou tratamento clínico.

Métodos: Foi utilizando *Short-Form Health Survey (SF36) questionnaire* em 483 pacientes. Desses, 161 foram revascularizados; 166 receberam angioplastia e 153 tiveram tratamento clínico.

Resultados: Na internação, 86% referiam angina; 34%, infarto; e 32% fumavam. Tratamento clínico: 12 pacientes (7,7%) tiveram infarto agudo do miocárdio (IAM); 24 (15,3%) receberam cirurgia; e 19 (12,1%) morreram. Além disso, cinco (3,2%) sofreram AVC e 40 (25,6%) tinham angina. No componente mental, 64,1% melhoram e 30,8% pioram a condição. No componente físico, 70,5% melhoram e 27,6% pioram a condição. Cirurgia: 13 pacientes (8,1%) tiveram IAM, dois (1,2%) receberam cirurgia; 12 (7,4%) morreram. Em adição, nove (5,6%) sofreram AVC e 30 (18,6%) sofriam angina. No componente mental, 72,7% melhoram e 25,5% pioram a condição. No componente físico, 82,6% melhoram e 16,1% pioram a condição. Angioplastia: 18 pacientes (10,9%) tiveram IAM, 51 (30,7%) receberam intervenções e 18 (19,9%) morreram. Além disso, seis (3,6%) sofreram AVC e 35 (21%) relatavam angina. No componente mental, 66,9% melhoram e 26,5% pioram a condição. No componente físico, 77,1% melhoram e 20,5% pioram a condição.

Conclusão: Observou-se melhora em todos os domínios e nas três opções terapêuticas. Comparativamente, a cirurgia ofereceu melhor qualidade de vida após quatro anos de seguimento.

Palavras-chave: Qualidade de vida, doença arterial coronariana, angina de peito, angioplastia, revascularização miocárdica.

Summary

Background: Although the clinical benefits of coronary interventions seem to be confirmed, their effects on quality of life (QoL) are still scarcely studied.

Objective: To assess the QoL in multivessel coronary disease in patients randomly undergoing surgery, angioplasty or medical treatment.

Methods: The Short-Form Health Survey (SF-36) questionnaire was answered by 483 patients. Of these, 161 underwent surgical revascularization, 166 underwent angioplasty, and 153 were medically treated.

Results: At baseline, 86% of the patients referred angina, 34% referred infarction, and 32% were smokers. Medical Treatment: 12 patients (7.7%) had AMI, 24 (15.3%) underwent surgery, and 19 (12.1%) died. In addition, 5 (3.2%) had stroke, and 40 (25.6%) had angina. As regards the mental component, 64.1% and 30.8% had their condition improved and worsened, respectively. As regards the physical component, 70.5% and 27.6% had their condition improved and worsened, respectively. Surgery: 13 patients (8.1%) had AMI, 2 (1.2%) underwent surgery, and 12 (7.4%) died. Also, 9 (5.6%) had stroke and 30 (18.6%) had angina. As regards the mental component, 72.7% and 25.5% had their condition improved and worsened, respectively. As regards the physical component, 82.6% and 16.1% had their condition improved and worsened, respectively. Angioplasty: 18 patients (10.9%) had AMI, 51 (30.7%) underwent interventions, and 18 (19.9%) died. Additionally, six (3.6%) presented stroke and 35 (21%) reported angina. As regards the mental component, 66.9% and 26.5% had their condition improved and worsened, respectively. As regards the physical component, 77.1% and 20.5% had their condition improved and worsened, respectively.

Conclusion: Improvement was observed in all domains and in the three therapeutic modalities. Comparatively, surgery had provided a better quality of life after a four-year follow-up.

Key words: Quality of life, coronary artery disease, angina pectoris, angioplasty, myocardial revascularization.

Correspondência: Neuza Lopes •

Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar 44 ab sala 114 - 05403-000 – São Paulo, SP
E-mail: mass@incor.usp.br

Artigo recebido em 15/09/06; revisado recebido em 15/09/06; aceito em 26/01/07.

Introdução

Estudos recentes sobre qualidade de vida (QV) têm sido realizados em pacientes portadores de várias condições mórbidas objetivando aferir as diferentes medidas terapêuticas destinadas a melhorar as condições clínicas e também a qualidade de vida dos pacientes¹. Incluída nessa condição, a doença arterial coronariana (DAC), considerada uma das mais importantes causas de morbidade e mortalidade na população adulta, tem um cenário com probabilidades de não se modificar nos próximos anos².

Enfermidade baseada em fatores de risco passíveis de modificações, tais como dislipemia, tabagismo, diabetes melito e hipertensão arterial, a DAC pode sofrer intervenções em sua trajetória e com isso reduzir a probabilidade de risco de um evento coronariano e, conseqüentemente, melhorar a (QV) dos pacientes³.

Essas intervenções contribuem, por um lado, com um aumento da sobrevivência, e, por outro, com o prolongamento das possíveis co-morbidades desencadeadas por essa doença^{4,5}. Assim essas ações poderão interferir no estado emocional, físico, social e, principalmente, na qualidade de vida como um todo. Além disso, o uso continuado de medicamentos, tais como o ácido acetilsalicílico, os betabloqueadores, as estatinas e os inibidores da enzima conversora da angiotensina, é exemplo de intervenção capaz de interferir no prolongamento das possíveis co-morbidades cardiovasculares⁶⁻⁸. Dessa forma, com o crescimento da população idosa e com o aumento da longevidade, as doenças do aparelho circulatório continuarão a liderar o progressivo surgimento de diferentes formas de intervenções terapêuticas e farmacológicas empregadas para modificar essas estatísticas^{9,10}.

Estudos randomizados que objetivaram comparar os efeitos na sobrevivência e incidência de eventos cardiovasculares no tratamento da DAC, e também seus efeitos na qualidade de vida em longo prazo, resultaram conclusões conflitantes¹¹⁻¹³. Essas diferenças deveram-se principalmente pelos diferentes momentos em que foram conduzidos, pelos recursos terapêuticos disponíveis e também pelas diferentes ferramentas utilizadas na avaliação da qualidade de vida dos pacientes.

Objetivando comparar as três opções terapêuticas disponíveis, empregadas no controle dos sintomas da DAC, e a sua respectiva interferência na qualidade de vida dos pacientes, o MASS II (The Medicine, Angioplasty or Surgery Study II) foi desenvolvido para avaliar os resultados dos principais eventos clínicos, da sobrevivência em longo prazo, e da qualidade de vida de pacientes que se submeteram aos tratamentos clínico, cirurgia ou por angioplastia¹⁴.

Métodos

Detalhes do desenho do MASS II, protocolo de estudo, seleção de pacientes e critérios para inclusão foram publicados previamente¹⁴. Em breve sumário, pacientes com DAC multiarterial sintomática documentada por meio de angiogramas, isquemia miocárdica, relatada por meio de sintomas ou identificadas por teste ergométrico, foram considerados apropriados para inclusão. A angina de peito foi graduada pela *Canadian Cardiovascular Society* (CCS) (classe II ou III)¹⁵.

Este estudo vem sendo desenvolvido no Instituto do Coração (InCor) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), envolvendo a Unidade Clínica de Coronariopatia Crônica, e demais unidades interligadas para exames e procedimentos, com aprovação da Comissão Científica do Instituto do Coração sob o nº. 946/94/56, e da Comissão de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo sob o nº. 264/94/11.

Seleção de pacientes - No período de maio 1995 a maio de 2000, foram cadastrados em um banco de dados 20.769 pacientes, submetidos a cineangiogramas, por apresentarem suspeita clínica de DAC. Desse total, 18.693 pacientes foram excluídos por não preencherem os critérios específicos do protocolo. Dos 2.076 pacientes restantes, adequados para as três formas habituais de tratamento, 1.465 pacientes não foram incluídos por não aceitarem participar de um estudo randomizado. Os 611 pacientes restantes formaram assim a amostra do presente estudo. Os pacientes foram incluídos e randomizados no caso de concordância de cirurgiões, hemodinamicistas ou médicos clínicos quanto à possibilidade de qualquer uma das opções de tratamento. Assim foram alocados: para revascularização cirúrgica do miocárdio (203 pacientes), angioplastia (205 pacientes), tratamento clínico (203 pacientes). Os participantes, após receberem informações detalhadas do estudo e sanarem suas dúvidas, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Instrumentos - Utilizou-se o questionário genérico de avaliação da qualidade de vida, o *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36), idealizado por Ware e Sherbourne¹⁶ e validado para o português por Ciconelli¹⁷. Esse questionário é uma ferramenta que pode ser aplicada em pessoas a partir dos 12 anos de idade, e que objetiva pesquisar o estado de saúde física e mental na prática clínica individualmente, e na população geral.

O questionário é composto por 36 questões que abordam oito domínios (ou dimensões) em dois grandes componentes: o componente físico que envolve a capacidade funcional, a dor, o estado geral de saúde e o aspecto físico. O componente mental abrange a saúde mental, o aspecto emocional, o aspecto social e a vitalidade, que é avaliada por 35 questões. Além disso, há mais uma questão comparativa entre a saúde atual e a do ano anterior. A finalidade das questões foi transformar medidas subjetivas em dados objetivos, que permitissem ser analisadas de forma específica, global e reprodutível (tab. 1).

Para avaliação dos resultados, utilizou-se um escore próprio de cada questão, onde o escore numérico baixo reflete a má percepção da saúde, a perda da função e a presença de dor, enquanto o escore numérico alto reflete a boa percepção da saúde, função preservada e ausência de dor.

O SF-36 foi elaborado para ser um instrumento auto-administrável, podendo, entretanto, ser aplicado no formato de entrevistas. Esse recurso foi aplicado em nosso estudo, visando uniformizar a conduta, visto que detectou variabilidade de escolaridade entre nossos pacientes. As entrevistas foram aplicadas na admissão do estudo, seis, doze, 24, 36 e 48 meses de seguimento.

Tabela 1 - Domínios (dimensões) e suas respectivas abrangências

	Domínios	Abrangências
Componente físico	Capacidade funcional	Presença de limitação física
	Aspecto físico	Limitação de atividades diárias
	Dor	Intensidade e limitações
	Estado geral de saúde	Autopercepção da saúde
Componente mental	Vitalidade	Fraqueza e cansaço
	Aspecto social	Relacionamentos
	Aspecto emocional	Interferência emocional
	Saúde mental	Depressão e ansiedade

Todas as entrevistas foram realizadas de maneira interpessoal, e pelo mesmo investigador, contudo, a aplicação do SF-36 por meio de telefonemas, entrevistas ou pela forma auto-administrável não revela diferenças entre os resultados obtidos em estudo prévio¹⁸.

O questionário de investigação do perfil demográfico abrangeu perguntas sobre escolaridade, estado conjugal, vida profissional e relação com o trabalho. Buscou-se, também, avaliar a ocorrência de mudanças relacionadas à doença, na esfera do trabalho, da situação econômica nas perspectivas profissionais, bem como a influência das mudanças do ponto de vista do paciente.

Análise estatística - As variáveis mensuradas em mais de uma condição (pré-, 6, 12, 24, 36, 48 meses), foram apresentadas em gráficos, contendo médias e erro padrão. As médias foram avaliadas com análise de variância para medidas repetitivas, em que as seguintes hipóteses básicas foram testadas:

- Ho1: Os perfis de médias são paralelos, ou seja, os grupos

têm o mesmo comportamento;

- Ho2: Os perfis de médias são coincidentes, ou seja, não existe efeito de grupo;

- Ho3: Não existe efeito de tempo, ou seja, os perfis são paralelos ao eixo das abscissas.

Para avaliar os escores no momento 48 meses utilizou-se o modelo linear generalizado. Os valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significantes.

Resultados

Dos 611 pacientes randomizados que compuseram a amostra deste estudo para seguimento clínico de longo prazo, 483 pacientes foram acompanhados para avaliações da qualidade de vida e questionário de perfil demográfico. Esses pacientes formaram os seguintes grupos terapêuticos: revascularização cirúrgica do miocárdio (RCM) 161 pacientes, (33,3%), angioplastia coronariana percutânea (PCI) 166 pacientes (34,3%) e tratamento médico (TM) 153 pacientes (32,4%) sendo acompanhados periodicamente. Os 128 pacientes restantes foram excluídos por apresentarem dificuldades no entendimento do questionário, por recusa em participar nessa pesquisa ou por morte durante o seguimento, dentre outros. O estado vital de todos os pacientes foi concluído em maio de 2004. O tempo mínimo de duração da pesquisa foi de quatro anos para todos os pacientes. Os grupos terapêuticos formaram características clínicas e demográficas balanceadas relacionadas a importantes fatores prognósticos da enfermidade. Assim, os pacientes das três opções terapêuticas foram similares quando relacionados às condições clínicas, angiográficas, uso de medicações, exames laboratoriais, dentre outros. Dos pacientes em seguimento, 86% apresentavam, na admissão do estudo, sintomas anginosos classe II ou III (CCS); 34% referiram ocorrência de infarto do miocárdio prévio; 32% eram tabagistas como exposto na tabela 2. Todos os pacientes recebiam medicações específicas para o comprometimento cardíaco e demais co-morbidades.

Tratamento clínico - Após o período de quatro anos de seguimento, dos 153 pacientes encaminhados para o

Tabela 2 - Características clínicas e demográficas dos pacientes

Características	Angioplastia (n=166)	Clínica (n=153)	Cirurgia (n=161)	Valor p
Perfil demográfico				
Idade (anos)	59 ± 9	59 ± 10	59 ± 8	0,925
Sexo feminino (%)	35	31	28	0,419
Tabagismo (%)	27	37	34	0,015
História médica				
Infarto agudo do miocárdio (%)	50	37	42	0,049
Hipertensão arterial (%)	58	52	59	0,321
Diabete melito (%)	32	37	39	0,317
Angina de peito (%)	91	82	87	0,053

p - nível descritível de probabilidade; n - número de pacientes.

tratamento clínico, 12 (7,7%) foram vitimados de infarto agudo do miocárdio, 24 (15,3%) foram submetidos a cirurgia de revascularização do miocárdio e 19 (12,1%) evoluíram para óbito. Além disso, cinco pacientes (3,1%) sofreram episódio de acidente vascular cerebral e 40 (25,6%) relataram sintomas de angina de peito. Em relação à qualidade de vida, observamos importantes modificações tanto no componente físico quanto no componente mental. Assim, no domínio da capacidade funcional, 104 pacientes (68%) apresentaram melhora, 13 pacientes (8,5%) mantiveram-se na mesma condição, enquanto 36 (23,5%) revelaram piora da capacidade funcional. No aspecto físico, 74 (48,5%) pacientes apresentaram melhora, 54 (35%) mantiveram-se na mesma condição, e 25 (16,5%) revelaram piora da condição. Em relação à dor, 68 pacientes (44,5%) relataram melhora, 48 (25,5%) referiram piora, e 37 (24%) mantiveram-se na mesma condição. Na avaliação do estado geral de saúde, 90 pacientes (59%) apresentaram melhora, 44 pacientes (28,5%) relataram piora, e 19 pacientes (12,5%) mantiveram a mesma condição.

Além disso, a avaliação do estado vital revelou melhora em 87 pacientes (57%), piora em 20 pacientes (13%) e manutenção da mesma condição nos 46 pacientes restantes (30%). O aspecto social melhorou em 74 pacientes (49%), piorou em 40 pacientes (25,5%) e manteve-se inalterado em 39 pacientes (25,5%) desse domínio. As modificações do aspecto emocional revelaram melhora em 63 pacientes (41%), piora em 33 pacientes (21,5%) e manutenção do quadro em 57 pacientes (37,5%). Por fim, em relação à saúde mental, observou-se melhora em 101 pacientes (66%), piora em 42 pacientes (27,5%) e inalterado em 10 pacientes (6,5%).

Tratamento cirúrgico - Nesse período de seguimento, dos 161 pacientes encaminhados para o tratamento cirúrgico 13 (8,1%) foram vitimados de infarto agudo do miocárdio, cinco (3,1%) foram submetidos a revascularização do miocárdio, e 12 (7,4%) evoluíram para óbito. Além disso, nove (5,6%) sofreram episódio de acidente vascular cerebral e 30 (18,6%) relataram padecer de sintomas de angina de peito. Foram observadas, além disso, modificações na qualidade de vida relativas aos componentes físico e mental. Em relação ao domínio capacidade funcional, 130 pacientes (83,5%) apresentaram melhora, oito pacientes (5%) mantiveram-se na mesma condição, enquanto 18 (11,5%) revelaram piora da capacidade funcional. No aspecto físico, 102 pacientes (65,5%) apresentaram melhora, 38 (24,5%) mantiveram-se na mesma condição, e 16 (10%) revelaram piora da condição. Em relação à dor, 87 pacientes (56%) relataram melhora, 41 (26%) referiram piora, e 28 (18%) mantiveram-se na mesma condição. Na avaliação do estado geral de saúde, 116 pacientes (74,5%) apresentaram melhora, 31 pacientes (20%) relataram piora, e 9 pacientes (5,5%) mantiveram a mesma condição.

Além disso, a avaliação do estado vital revelou melhora em 109 pacientes (70%), piora em 36 (23%) pacientes, e manutenção da mesma condição nos 11 pacientes restantes (7%). O aspecto social melhorou em 94 pacientes (60%), piorou em 31 pacientes (20%), e manteve-se inalterado em 31 pacientes (20%) desse domínio. As modificações do aspecto emocional revelaram melhora em 82 pacientes

(52,5%), piora em 25 pacientes (16%), e manutenção do quadro em 49 pacientes (31,5%). Por fim, em relação à saúde mental, observou-se melhora em 105 pacientes (67,5%), piora em 40 pacientes (25,5%) e inalterado nos 11 pacientes restantes (7%).

Angioplastia - Na avaliação dos quatro anos de seguimento dos 166 pacientes submetidos a angioplastia, 18 (10,9%) foram vitimados de infarto agudo do miocárdio, 15 (9,0%) foram submetidos a revascularização cirúrgica do miocárdio, 36 (21,7%) foram submetidos a nova angioplastia, e 18 (10,9%) evoluíram para óbito. Além disso, seis (3,6%) foram vitimados de acidente vascular cerebral, e 35 (21%) referiram sintomas de angina de peito. Foi observado, além disso, modificações na qualidade de vida, relativos aos dois componentes analisados: o físico e o mental. Assim, no domínio da capacidade funcional, 119 pacientes (73,5%) apresentaram melhora, 13 pacientes (8%) mantiveram-se na mesma condição, enquanto 30 (18%) revelaram piora da capacidade funcional. No aspecto físico, 92 pacientes (57%) apresentaram melhora, 49 (30%) mantiveram-se na mesma condição, e 21 (13%) revelaram piora da condição. Em relação à dor, 79 (48,5%) pacientes relataram melhora, 41 (25,5%) referiram piora, e 42 (26%) mantiveram-se na mesma condição. Na avaliação do estado geral de saúde, 102 pacientes (63%) apresentaram melhora, 42 pacientes (26%) relataram piora, e 18 pacientes (11%) mantiveram a mesma condição.

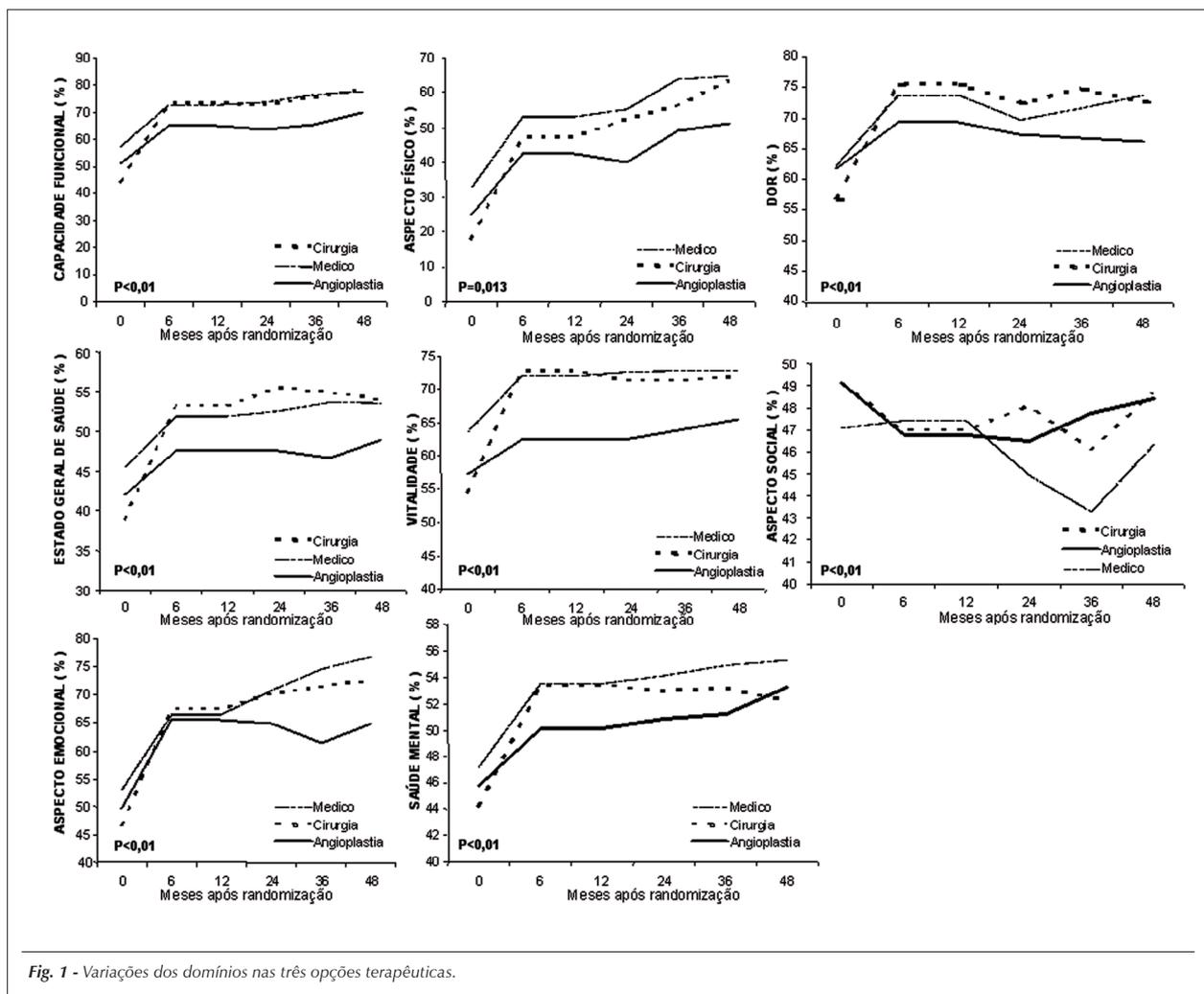
Além disso, a avaliação do estado vital revelou melhora em 94 pacientes (58%), piora em 45 (28%), e manutenção da mesma condição nos 23 (14%) pacientes restantes. O aspecto social melhorou em 90 pacientes (55,5%), piora em 32 pacientes (19,5%), e inalterado em 40 pacientes (25%) desse domínio. As modificações do aspecto emocional revelaram melhora em 76 pacientes (47%), piora em 19 pacientes (11,5%), e manutenção do quadro em 67 pacientes (41,5%). Por fim, em relação à saúde mental, observou-se melhora em 108 pacientes (67%), piora em 40 pacientes (24,5%), e inalterado nos 14 pacientes restantes (8,5%). Quando se analisaram os principais eventos clínicos durante o seguimento de quatro anos, observou-se significativo aumento da necessidade de reintervenções nos pacientes submetidos a angioplastia; necessidade de angioplastia nos pacientes do grupo clínico, bem como expressivo número de pacientes com sintomas de angina em todos os grupos terapêuticos (tab. 3).

A análise das variações de todos os domínios observados na admissão e no final do seguimento, comparando com as três opções terapêuticas, é mostrada na figura 1. Além disso, a comparação entre o tratamento clínico com os tratamentos intervencionistas, ambos (cirurgia e angioplastia), revelou melhora significativa nos domínios emocional, funcional, mental e estado geral (fig. 2). Quando se analisaram nesses mesmos tratamentos os resultados dos dois grandes componentes (o componente físico e o componente mental), cada um com os seus quatro domínios, encontramos significativa melhora desses componentes quando o tratamento foi intervencionista. A comparação entre o tratamento clínico e o tratamento cirúrgico revelou acentuada melhora dos oito domínios nos pacientes submetidos a cirurgia (fig. 3). Foi observado, também, melhora nos pacientes cirúrgicos nos seus

Tabela 3 - Frequência dos principais eventos durante a evolução

	Angioplastia n=166	Clínico n=156	Cirurgia n=161	Total n=483
IAM (n%)	18 (10,9%)	12 (7,7%)	13 (8,1%)	43 (8,9%)
AVC (n%)	6 (3,6%)	5 (3,1%)	9 (5,6%)	20 (4,1%)
RM (n%)	15 (9,22%)	24 (15,3%)	1 (0,6%)	40 (8,2%)
PCI (n%)	36 (21,7%)	40 (25,6%)	4 (2,5%)	80 (16,5%)
Angina (n%)	35 (21,0%)	40 (25,6%)	40 (25,6%)	115 (23,8%)

n - número; IAM - infarto agudo do miocárdio; AVC - acidente vascular cerebral; RM - revascularização miocárdica; PCI - angioplastia coronariana.



dois grandes componentes. Além disso, quando comparamos o tratamento cirúrgico com a angioplastia, observamos, com exceção do domínio emocional, significativa vantagem do tratamento cirúrgico em todos os outros domínios (fig. 4).

O mesmo comportamento foi notado nos componentes físico e mental na comparação entre esses dois tratamentos. Por fim, quando se comparou o tratamento clínico com a angioplastia, notou-se, com exceção do domínio da dor,

uma significativa melhora nos pacientes submetidos a angioplastia em todos os domínios restantes (fig. 5). Além disso, foi notada uma significativa melhora nos dois grandes componentes (físico e mental) entre os pacientes submetidos a angioplastia, quando comparados com o tratamento clínico. A análise multivariada de co-morbidades e também de dados demográficos, corrigidos para variáveis tais como idade, escolaridade, gênero, tabagismo, diabetes, hipertensão, infarto

Artigo Original

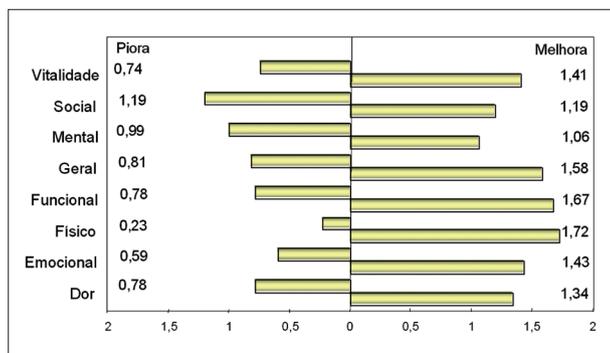


Fig. 2 - Razão de risco para os tratamentos clínico vs intervenção.

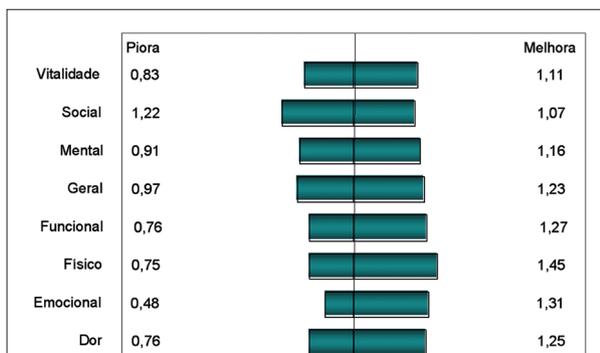


Fig. 5 - Razão de risco para os tratamentos clínico vs angioplastia.

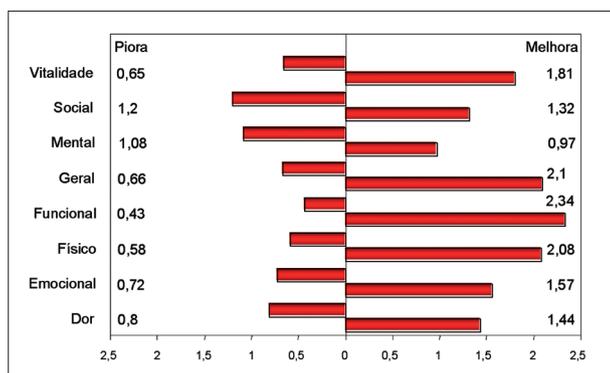


Fig. 3 - Razão de risco para os tratamentos clínico vs cirurgia.

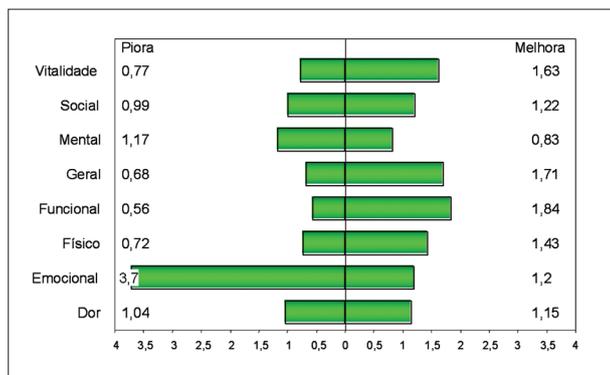


Fig. 4 - Razão de risco para os tratamentos angioplastia vs cirurgia.

e estado anginoso, mostrou que, exceto no domínio saúde mental, houve significativa melhora no final das três formas terapêuticas aplicadas.

Discussão

Instrumentos de avaliação de saúde física ou mental são usados para mensurar possíveis modificações na qualidade de vida de determinadas intervenções médicas, em estudos controlados ou também em estudos populacionais¹⁹. Observamos, contemporaneamente, o crescente surgimento

de ensaios clínicos planejados para avaliar, especificamente a segurança e a efetividade de diferentes procedimentos ou técnicas²⁰, ou então testes farmacológicos incorporando a eles, instrumentos de qualidade de vida²¹. Os modelos usados nessas medidas necessitam ser adequados para cada tipo de população, de tratamento ou de intervenção, posto que o conceito de qualidade de vida pode ser aplicado de maneira específica para mensurar os múltiplos aspectos de saúde física ou mental. A maioria dos ensaios clínicos com uso de fármacos ou então de tratamento intervencionista aplica questionários auto-administráveis disponíveis para objetivos específicos²² e outros para uma grande variedade de doenças, principalmente as crônicas²³⁻²⁵.

Aplicando o *Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36)*, o presente estudo observou melhora de todos os componentes, físico ou mental, no final do estudo. Essa melhora, entretanto, foi mais acentuada nos pacientes submetidos a cirurgia. Quando se analisaram os diferentes domínios dos componentes físicos ou mentais na admissão do estudo, observou-se que os pacientes designados para o tratamento cirúrgico apresentavam pior avaliação nesses quesitos em relação aos outros tipos de tratamento. Entretanto, esse mesmo grupo de tratamento foi o que melhor qualidade de vida apresentou no final do estudo. Esse resultado confirma de maneira direta os melhores resultados da cirurgia na evolução dos sintomas anginosos, na incidência de novos infartos e na necessidade de novas intervenções.

Ainda que o tratamento por meio da angioplastia tenha necessitado de significativo número de novas intervenções em relação a outros tratamentos, os pacientes desse grupo apresentaram melhora na qualidade de vida quando comparados ao tratamento clínico no final do estudo. Por fim, pacientes que receberam somente tratamento medicamentoso também melhoraram a qualidade de vida no final da avaliação. Relevante salientar que o continuado acompanhamento periódico dos pacientes, a intensa administração de fármacos, o rigoroso controle dos fatores de risco em pacientes portadores de enfermidade potencialmente grave tenham contribuído para esses resultados. Nesse contexto, a manutenção da mesma equipe multiprofissional teve papel fundamental na boa evolução dos pacientes deste estudo. Além disso, cabe ainda salientar que o instrumento foi aplicado por meio de entrevistas, sempre pelo mesmo investigador, o que confere

maior estabilidade de relacionamento entre o paciente e o profissional de saúde.

Em estudos de avaliação de qualidade de vida em pacientes submetidos aos tratamentos intervencionistas (cirurgia *versus* angioplastia), aplicando o mesmo instrumento de qualidade de vida (SF-36), porém de maneira auto-administrável, observou-se que ao final de três anos de seguimento os estados anginosos e a volta ao trabalho tiveram importante melhora nas duas formas de tratamento. Os sintomas anginosos foram menos acentuados no tratamento cirúrgico do que no tratamento por angioplastia¹³. Contudo, a volta ao trabalho foi mais rápida nos pacientes tratados com angioplastia.

Conclui-se, por fim, que houve melhora semelhante na qualidade de vida em ambas as formas terapêuticas. Esse mesmo grupo de estudos avaliando pacientes submetidos a tratamento clínico ou por meio da angioplastia, aplicando também o SF-36, de forma auto-administrável, indicou que o grupo angioplastia apresentou melhora substancial na qualidade de vida especialmente na vitalidade e nos componente físico, quando comparado ao tratamento clínico. Esses resultados foram atribuídos à maior presença de sintomas de angina e também de dispnéia, relatada pelos pacientes do grupo clínico no final do estudo¹¹.

Um outro estudo destinado a comparar a qualidade de vida dos pacientes designados para os tratamentos clínico ou cirúrgico durante 10 anos de seguimento revelou que a melhora na qualidade de vida, a diminuição de sintomas anginosos, o aumento da atividade física e a redução no uso de drogas antianginosas foi superior nos pacientes tratados por cirurgia somente nos primeiros anos de acompanhamento. No final do estudo, observou-se retorno dos sintomas de angina nos pacientes do grupo cirúrgico, comprometendo, assim, a qualidade de vida desses pacientes²⁶.

Neste estudo, o SF-36 não foi aplicado, e sim, um questionário genérico. Um questionário auto-administrável não-especificado, avaliando atividade física e bem-estar geral, foi aplicado em pacientes submetidos a angioplastia e a tratamento medicamentoso. Neste estudo os pacientes tratados pela angioplastia apresentaram melhora significativa das performances físicas e mentais. Essa melhora foi relacionada aos pacientes que tiveram melhor desempenho nos testes de

esforço²⁷. Há de considerar que os pacientes deste estudo eram portadores de doença coronariana uniarterial, angina estável e função ventricular preservada, o que confere um excelente prognóstico clínico em longo prazo. Usando o Nottingham Health Profile²⁸, um instrumento de avaliação auto-administrável, o *Coronary Angioplasty versus Bypass Revascularization* (CABRI) trial não observou diferença na qualidade de vida entre as duas formas terapêuticas; contudo, após um ano de seguimento houve melhora na percepção da vitalidade entre os dois grupos de pacientes estudados²⁹.

Considerações finais - Os estudos citados foram realizados em múltiplos centros, em alguns, e em vários países, em outros. Considerando as diferenças socioculturais de cada centro de pesquisa, das diferentes amostras de pacientes estudadas, e também dos diferentes instrumentos de qualidade de vida aplicados, há de ponderar a existência de algum grau de viés nos resultados obtidos nesses estudos. Por usa vez, a homogeneização da nossa amostra, considerada de pacientes estáveis, apropriada simultaneamente, para qualquer tipo de tratamento ou intervenção, teve implicações positivas no resultado final do estudo. Além disso, o acompanhamento desses enfermos, realizado pela mesma equipe médica que iniciou o tratamento, assim como as entrevistas de qualidade de vida feita pelo mesmo pesquisador contribuíram para melhor fidelidade dos resultados. Dessa forma, a melhora clínica e também na qualidade de vida, observada por todos os pacientes, deve ser considerada em um contexto de continuo acompanhamento e cuidados multiprofissionais, inclusive de programas de reabilitação específica.

A significativa superioridade na qualidade de vida, em seus dois grandes componentes, e também, em vários domínios, observada nos pacientes submetidos a cirurgia em relação aos demais grupos terapêuticos deve ser refletida, considerando-se toda a variabilidade clínica, as co-morbidades, os aspectos físicos e emocionais, as expectativas antes da intervenção, e também pela indicação terapêutica randomizada admitida pelo paciente, como efetiva e definitiva.

Potencial Conflito de Interesses

Declaro não haver conflitos de interesses pertinentes.

Referências

1. Macran S, Weatherly H, Kind P. Measuring population health: a comparison of three generic health status measures. *Med Care*. 2003; 41: 218-31.
2. Marmot MG, Symes SL. Acculturation and coronary heart disease in Japanese-American. *Am J Epidemiol*. 1996; 204: 225-35.
3. Soto M, Failde I, Marquez S, Benitez E, Ramos I, Barba A, et al. Physical and mental component summaries score of the SF-36 in coronary patients. *Quality of Life Research*. 2005; 14: 759-68.
4. Herbert PR, Moser M, Mayer J. Recent evidence on drug therapy of mid to moderate hypertension and decreased risk of coronary artery disease. *Arch Intern Med*. 1993; 153: 578-86.
5. Vliestra RE, Kronmal RA, Gersh BJ. Beneficial six-year outcome of smoking cessation in older man and women with coronary artery disease. Results from CASS Registry. *N Engl J Med*. 1988; 255: 1023-9.
6. Lam JYT, Latour J, Lesperance J. Platelet aggregation, coronary artery disease, progression in future coronary events. *Am J Cardiol*. 1994; 73: 333-9.
7. The Beta-Blocker Pooling Project Research Group: The Beta-Blocker Pooling Project Research Group (BBPP): Subgroup findings from randomized trials in post-infarction patients. *Eur Heart J*. 1988; 9: 8-16.
8. Simon J, Gibbs R, Cream PA. The variable effects of angiotensin converting enzyme inhibition on myocardial ischemia in chronic stable angina. *Br Heart J*. 1989; 62: 112-9.
9. Jha P, Flather M, Lonn E. The antioxidant vitamin and cardiovascular disease: a critical review of epidemiologic and clinical trial data. *Ann Intern Med*. 1995; 123: 816-24.

Artigo Original

10. Hedback B, Perk J, Wodlin P. A long term reduction cardiac mortality after myocardial infarction: 10-year results of a comprehensive rehabilitation program. *Eur Heart J*. 1993; 14: 831-9.
11. Pocock SJ, Henderson RA, Clayton T, Lyman G, Chamberlain DA. Quality of life after coronary angioplasty or continued medical therapy for angina: three-year follow-up in the RITA-2 Trial. *J Am Coll Cardiol*. 2000; 35: 907-14.
12. Writing Group for the Bypass Angioplasty Revascularization Investigation (BARI) Investigators. Five-year clinical and functional outcome comparing bypass surgery and angioplasty in patients with multivessel coronary disease: a multicenter randomized trial. *JAMA*. 1997; 277: 715-21.
13. Pocock SJ, Henderson RA, Seed P, Treasure T, Hampton JR. Quality of life, employment status, and angina symptoms after coronary angioplasty or bypass surgery. *Circulation*. 1996; 94: 135-42.
14. Hueb W, Soares PR, Gersh BJ, César LA, Luz PL, Puig LB, et al. The Medicine, Angioplasty, or Surgery Study (MASS-II): a randomized controlled clinical trial of 3 therapeutic strategies for multi-vessel coronary artery disease: 1-year results. *J Am Coll Cardiol*. 2004; 43: 1743-51.
15. Campeau L. Grading of angina pectoris (letter to editor) *Circulation*. 1976; 54: 522-3.
16. Ware JE, Sherbourne CD. The Mos 36-item short-form health survey (SF36). I. Conceptual frame work and item selection. *Med Care*. 1992; 30: 473-83.
17. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36)". [tese de doutorado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo; 1997.
18. Weinberg M, Oddone EZ, Sousa GP, Landsman PB. Are health related quality of life measures affected by the mode of administration? *J Clin Epidemiol*. 1996; 49: 135-40.
19. Rukholm E, McGirr M, Potts J. Measuring quality of life in cardiac rehabilitation clients. *Int J Nurs Stud*. 1998; 35: 210-6.
20. Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore B, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D. Quality of life measures in health care. Applications and issues in assessment. *BMJ*. 1992; 305: 1074-7.
21. Wilson DH, Taylor AW, McLennan AH. Health status of hormone placement therapy users and non-users as determined by the SF-36 quality of life dimension. *Climacteric*. 1998; 1: 50-4.
22. Tandon P, Stander H, Schwartz R. Analysis of quality of life data from a randomized, placebo-controlled heart failure trial. *J Clin Epidemiol*. 1989; 42: 955-62.
23. Guyatt GH, Mitchell A, Irvine EJ, Singer J, Williams N, Goodacre R, et al. A new measure of health status for clinical trials in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*. 1989; 96: 804-12.
24. Guyatt GH, Berman LB, Townsend M, Pugsley SO, Chambers LW. A measure of quality of life for clinical trials in chronic lung disease. *Thorax*. 1987; 42: 773-9.
25. Guyatt GH, Nogradi S, Halcrow S, Singer J, Sullivan MJ, Fallen EL. Development and testing of a new measure of health status for clinical trials in heart failure. *J Gen Intern Med*. 1989; 4: 101-12.
26. Rogers WJ, Coggin J, Gersh BJ, Fisher LD, Myers WO, Oberman A, et al. Ten-year follow-up of quality of life in patients randomized to receive medical therapy or coronary bypass graft surgery. The coronary artery surgery study (CASS). *Circulation*. 1990; 82: 1647-58.
27. Strauss WE, Fortin T, Hartigan P, Folland ED, Parisi AF. A comparison of quality of life scores in patients with angina pectoris after angioplasty compared with after medical therapy. *Circulation*. 1995; 92: 1710-9.
28. Hunt M, McEwen J. The development of a subjective health indicator. *Health Illness*. 1980; 2: 231-46.
29. Währborg P on behalf of the CABRI trialists. Quality of life after coronary angioplasty or bypass surgery. 1-year follow-up in the coronary angioplasty versus bypass revascularization investigation (CABRI) trial. *Eur Heart J*. 1999; 20: 653-8.