



## Avaliação multidimensional de idosos submetidos à cirurgia cardíaca\*

*Multidimensional evaluation of the elderly undergoing cardiac surgery*

*Evaluación multidimensional de ancianos sometidos a cirugía cardíaca*

Marinez Kellermann Armendaris<sup>1</sup>, Pedro Sadi Monteiro<sup>2</sup>

### RESUMO

**Objetivo:** Conhecer aspectos multidimensionais do idoso submetido à cirurgia cardíaca. **Métodos:** Estudo epidemiológico descritivo, realizado no Instituto de Cardiologia do Distrito Federal-IC/DF. Utilizou-se para a coleta de dados instrumento contendo as variáveis: sócio demográficas, clínicas, *scores* de avaliação da função cognitiva, capacidade funcional e emocional. Testes *do Qui-quadrado e T de Student* foram empregados para a análise dos dados. **Resultados:** Da população total, 64% era do sexo feminino; Idosos não alfabetizados e com formação mínima, somados, representavam 80%. Dislipidemia, e Hipertensão arterial sistólica, foram às doenças crônicas mais prevalentes. Mais de 50% dos idosos apresentaram alterações cognitivas e afetivas, e algum grau de dependência funcional. **Conclusão:** Esses resultados apontam para a complexidade do idoso no que se refere à sua condição de saúde, bem como, remete a necessidade de uma abordagem integral em saúde que reflita em melhora de sua qualidade de vida.

**Descritores:** Avaliação multidimensional; Cirurgia cardíaca; Idoso

### ABSTRACT

**Objective:** Know the multidimensional aspects of the elderly undergoing cardiac surgery. **Methods:** Descriptive epidemiological study conducted in the Cardiology Institute of the Distrito Federal-IC/DF. The instrument used for data collection contained the following variables: sociodemographic, clinical, assessment scores of cognitive function, emotional and functional capacity. Chi-square and Student's T tests were used for data analysis. **Results:** Among the total population, 64% was female; illiterate elderly and with minimal training, combined, accounted for 80%. Dyslipidemia and systolic hypertension were the most prevalent chronic diseases. More than 50% of the elderly presented cognitive and emotional amendments, and functional dependency to some extent. **Conclusion:** These results point to the complexity of the elderly regarding their health condition, and also refer to the need for an integrated approach in health that reflects on improvements in the quality of life of the elderly.

**Keywords:** Multidimensional assessment; Thoracic surgery; Aged

### RESUMEN

**Objetivo:** Conocer aspectos multidimensionales Del anciano sometido a cirugía cardíaca. **Métodos:** Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo, realizado en el Instituto de Cardiología del Distrito Federal-IC/DF. Para la recolección de los datos se utilizó un instrumento que contenía las variables: sociodemográficas, clínicas, *scores* de evaluación de la función cognitiva, capacidad funcional y emocional. Para el análisis de los datos se emplearon los tests *del Chi-cuadrado y T de Student*. **Resultados:** De la población total, el 64% era del sexo femenino; Ancianos analfabetos y con formación mínima que, sumados, representaban el 80%. Dislipidemia, e Hipertensión arterial sistólica, fueron las enfermedades crónicas más prevalentes. Más del 50% de los ancianos presentaron alteraciones cognitivas y afectivas, y algún grado de dependencia funcional. **Conclusión:** Esos resultados apuntan hacia la complejidad del anciano respecto a su condición de salud, así como también, remite a la necesidad de un abordaje integral en salud que refleje en mejora de su calidad de vida.

**Descriptores:** Evaluación multidimensional; Cirugía Torácica; Anciano

\* Trabalho realizado junto a Universidade de Brasília e Instituto de Cardiologia – Brasília (DF), Brasil.

<sup>1</sup> Pós-graduanda (Mestrado) em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de Brasília – UnB – Brasília (DF), Brasil.

<sup>2</sup> Pós-Doutor pela University College of London. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem, Universidade de Brasília – UnB – Brasília (DF), Brasil.

## INTRODUÇÃO

O progressivo aumento da expectativa de vida da população vem motivando a realização de uma série exponencial de trabalhos científicos no campo da atenção à saúde do idoso<sup>(1)</sup>. Prospecta-se que, em 2025, 14% da população no país estará na faixa etária acima de 60 anos<sup>(2)</sup>. Associado a alterações nas características etárias da população, encontra-se também uma mudança no perfil epidemiológico das doenças no país, com aumento da incidência de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNTs)<sup>(1,3)</sup>.

Estudos<sup>(2,3)</sup> demonstraram que as DCNTs apresentam influência significativa na capacidade funcional do idoso, dados revelam que ocorre nessa população predomínio das doenças cardiovasculares (DCVs). Nesse contexto destaca-se a alta prevalência da hipertensão arterial sistólica (HAS) que pode aumentar a chance da pessoa idosa apresentar algum grau de dependência em Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs) em até 39%. Já na presença da doença arterial coronariana (DAC) alterações mais significativas são percebidas e podem aumentar essa dependência em até 82%.

Com o processo de envelhecimento, alterações físicas, psicológicas e sociais são esperadas, nesse sentido, autores<sup>(4-6)</sup> propõem ao idoso uma avaliação multidimensional percebendo, esse indivíduo como um ser biológico, psíquico, social, afetivo e racional. A II Diretriz de Cardiogeriatría<sup>(5)</sup> enfatiza que na atenção a saúde do idoso faz-se necessário que os profissionais envolvidos respeitem as particularidades decorrentes do processo de envelhecimento. A diminuição da sensibilidade dolorosa, déficit de memória e de audição, podem acarretar menor precisão das informações colhidas junto ao paciente, e levar a diagnósticos equivocados<sup>(5,6)</sup>.

O envelhecimento produz a redução da capacidade de autocuidado o que reflete em maior e menor grau a dependência do paciente. Representa uma situação que gera alterações na rotina do cuidar, levando o estresse do cuidador/família, necessidade de adaptação do ambiente e fragilidade do paciente. Dados<sup>(6)</sup> revelam que 5% das pessoas acima de 65 anos perdem a capacidade em executar cuidados simples relacionados às Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) como tomar banho, por exemplo, essa taxa sobe para 30% quando a idade ultrapassa os 85 anos.

Nesse sentido, esse estudo justifica-se pela busca de uma avaliação integral do estado atual de saúde do idoso, principalmente àquele que será submetido a uma intervenção de alta complexidade como uma cirurgia cardíaca. As informações obtidas por meio de uma abordagem multidimensional poderá permitir à equipe de saúde o estabelecimento de um diagnóstico diferencial e o levantamento de possíveis déficits de autocuidado, que se observados precocemente, podem minimizar sequelas, melhorar a

qualidade da assistência e garantir a família e a sociedade a reintrodução de um idoso funcionalmente e cognitivamente capaz, autônomo e socialmente adaptado em um processo de envelhecimento<sup>(4,6)</sup>. Diante do exposto, esse estudo objetivou conhecer a capacidade multidimensional do idoso no pré e pós-operatório de cirurgia cardíaca.

## MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva, tendo como base a epidemiologia<sup>(7)</sup>, metodologia que permitiu aos investigadores conhecer a distribuição e variação das frequências dos eventos selecionados e que incidiam sobre essa população específica.

O estudo foi desenvolvido no Instituto de Cardiologia do Distrito Federal/DF, instituição referência em cardiologia no Centro Oeste do Brasil. Para compor a amostragem, foram incluídos idosos classificados, conforme o Estatuto do Idoso<sup>(8)</sup>, com 60 anos ou mais; de ambos os sexos; com diagnóstico médico de insuficiência coronária, doença valvar ou de grandes vasos; indicação de cirurgia cardíaca eletiva; submetidos a abordagem cirúrgica por toracotomia média – esternal, que após o convite aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Excluiu-se da amostra pacientes com idade < 60 anos; pacientes maiores de 60 anos, que no momento da entrevista apresentaram alterações neurológico-cognitivas importantes, como por exemplo, limitação auditiva e verbal e que, em decorrência destas alterações, apresentaram dificuldades em responder ao questionário padronizado, uma vez que, a coleta de dados foi realizada direta por meio da obtenção de respostas autorreferidas; idosos com idade ≥ 60 anos, submetidos à cirurgia cardíaca de emergência; e aqueles que não concordaram em participar do estudo.

Os pacientes foram selecionados a partir de uma amostra de conveniência. O tamanho da amostra foi estimado, levando-se em consideração dados da literatura que trazem uma incidência de 21,6% de pacientes submetidos a operações cardiovasculares<sup>(9)</sup>. Foi definido um Intervalo de Confiança de 95% com margem de erro de 3%; dessa forma, chegou-se a 20 o número de pacientes a serem examinados e sobre estes foram acrescentados mais cinco indivíduos, a fim de prevenir possíveis perdas.

Os dados foram coletados por meio de um questionário do tipo semiestruturado. As variáveis examinadas nesse estudo foram classificadas em: sócio demográfico, clínicas (identificadas por meio do exame físico), mentais (*scores* de classificação da função cognitiva), funcionais (*scores* de classificação do grau de dependência do idoso na execução das Atividades Básicas e Instrumentais da Vida Diária, emocionais (identificação de sintomas depressivos). Para análise das variáveis clínicas utilizaram-se equipamentos (esfigmomanômetros, balanças e estetoscópios) calibrados

e certificados, foram estabelecidos os seguintes *scores*: Índice de Massa corpórea<sup>(10)</sup> (IMC) (quilogramas/metros<sup>2</sup>),  $\leq 18$  (baixo peso), 18,5 a 24,9 (normal), 25,0 a 29,9 (sobrepeso),  $\geq 30$  (obesidade); Pressão arterial (PA) em milímetros de mercúrio,  $< 120 < 80$  (ótima),  $< 130 < 85$  (normal), 130–139 85–89 (limítrofe), 140–159 90–99 (Hipertensão estágio 1), 160–179 100–109 (hipertensão estágio 2); Frequência respiratória (FR) do adulto em repouso, valores normais entre 14 a 20 movimentos respiratórios por minuto; Frequência cardíaca do adulto em repouso, valores normais entre 60 a 100 batimentos por minutos<sup>(5)</sup>.

Escalas de avaliação: Para avaliação da função cognitiva, utilizou-se o Mini exame do Estado Mental (MEEM), instrumento mundialmente utilizado, desenvolvido em 1974, traduzido e adaptado para o português em 1994<sup>(6)</sup>. Apresenta influência nos *scores* quando associados às variáveis de idade e escolaridade<sup>(6)</sup>, possui um *score* máximo de 30 pontos, nesse estudo *scores*  $\leq 23$  foram considerados alterados. Na avaliação da capacidade funcional, foi empregada a versão validada e adaptada para o português<sup>(11)</sup> do *Brazilian Version Multidimensional Functional Assessment Questionnaire* (BOMFAQ), especificadamente a seção 5, que descreve a funcionalidade do idoso em executar as ABVD e AIVD. Os seguintes *scores* foram definidos: (0) para independente, (1 a 3) dependência leve, (4 a 6) moderada e valores de (7 ou +) dependência grave. Para o levantamento de possíveis sintomas depressivos, utilizou-se a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (EDG-15), que se configura como um dos instrumentos mais utilizados para o rastreamento de sintomas depressivos na população classificada como idosa. A escala é uma versão simplificada da original, validada na versão brasileira em 1999<sup>(12)</sup>, *scores* com valores  $\geq 5$  foram considerados alterados. A aplicação do instrumento visando à coleta dos dados foi concretizada pelos pesquisadores em dois momentos distintos, a saber: pré-operatório – em ambiente hospitalar no primeiro contato com o paciente; nesta oportunidade, fez-se a apresentação dos pesquisadores e dos objetivos do estudo; em seguida, foi realizado convite aos pacientes para participarem da pesquisa e os que concordaram foram convidados a assinar o TCLE. A seguir, foram aplicados os instrumentos para a coleta de dados envolvendo o levantamento sócio demográfico, realização do exame físico admissional e aplicação das escalas de avaliação cognitiva, funcional e emocional. Durante o período de internação, a evolução clínica do paciente foi acompanhada e obteve-se a complementação das informações por meio de registros no prontuário; no pós-operatório, foi realizada visita no domicílio, mediante contato telefônico prévio para agendamento. Nessa etapa, foi respeitado o prazo preestabelecido de 90 dias do pós-operatório, considerando o período mínimo de convalescença e evolução do processo inflamatório provocado por injúria cirúrgica<sup>(13)</sup>. A coleta de dados foi desenvolvida no período de outubro de 2011 a fevereiro de 2012. O desenvolvimento do estudo ocorreu

em conformidade com o preconizado pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição onde o estudo foi desenvolvido (Protocolo nº: 078/2011- CEP/ICDF).

## RESULTADOS

Os 25 idosos incluídos no estudo foram atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), encaminhados mediante convênios institucionais de unidades de saúde do Governo do Distrito Federal (GDF) para a instituição partícipe da pesquisa. O tempo mínimo para a realização da avaliação pós-operatória foi de noventa dias a contar da alta hospitalar, com uma média de cento e vinte dias entre as avaliações.

Quanto à caracterização sociodemográfica, a maioria dos idosos incluídos no estudo (92%) reside no Distrito Federal (DF). A média de idade foi de 67,88 anos ( $dp = \pm 5,50$ ). Na amostra, pacientes do sexo feminino representaram a maior proporção (64%). A etnia branca foi significativamente ( $p = 0,05$ ) maior entre os entrevistados, representando 84% do total. O *status* de viuvez aparece em 24% dos idosos do sexo feminino, e o estado civil mais predominante foi o de casado (64%), valor estatisticamente significativo ( $p = 0,05$ ) entre as categorias.

Dos idosos entrevistados, (56%) possuem famílias compostas por mais de três filhos e na mesma proporção (56%) residem com o cônjuge ou algum outro membro consanguíneo, como filhos (as) ou irmãos (as). Uma maior proporção dos idosos (80%), independente do sexo, embora aposentados, praticam algum tipo de atividade produtiva, seja no domicílio ou na execução de algum serviço como autônomo. Quanto ao grau de escolaridade dos idosos entrevistados, 32% não são alfabetizados, além disso, 48% possuem formação mínima. A renda familiar predominante foi de um salário mínimo em 52% da amostra.

Em relação às morbidades, a Cirurgia de Revascularização Miocárdica (CRVM) foi responsável pela maior parte dos procedimentos realizados (80%), seguido de Doença Cardiovascular (DCV) associada (insuficiência coronária e doença valvar) – responsável por 12% das intervenções cirúrgicas. O diagnóstico médico de pelo menos uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) estava presente em todos os idosos incluídos no estudo (100%). A Dislipidemia (DLP) aparece em 84% dos casos; em seguida, tem-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), com 76% dos casos; as doenças endócrino-metabólicas (diabetes tipo I e II e as doenças da tireoide) somadas aparecem em mais da metade dos pacientes (64%). Cabe destacar ainda a presença da doença neurológica, do sistema urinário e doenças oncológicas com taxas de 16%, 12% e 8%, respectivamente (Tabela 1).

**Tabela 1.** Distribuição das principais variáveis clínicas, de *scores* de avaliação da função cognitiva, da capacidade funcional e emocional dos idosos submetidos à cirurgia cardíaca, Instituto de Cardiologia/DF, Brasília, outubro de 2011 a fevereiro de 2012

| Variáveis                                          | Período do estudo |       |                |       | p≤0,05* |
|----------------------------------------------------|-------------------|-------|----------------|-------|---------|
|                                                    | Pré-operatório    | (%)   | Pós-operatório | (%)   |         |
| <b>Índice de massa corpórea (Kg/m<sup>2</sup>)</b> |                   |       |                |       | 0,00    |
| Média (± dp)                                       | 27,14(±5,00)      |       | 27,68(± 4,6)   |       |         |
| Baixo peso                                         | 1                 | 4,0   | 0              | 0,0   |         |
| Normal                                             | 6                 | 24,0  | 4              | 18,2  |         |
| Sobrepeso                                          | 15                | 60,0  | 14             | 63,6  |         |
| Obesidade                                          | 3                 | 12,0  | 4              | 18,2  |         |
| <b>Pressão arterial (mmHg)</b>                     |                   |       |                |       | 0,00    |
| Sistólica Média (± dp)                             | 120,20 (± 14,32)  |       | 141,72(±20,74) |       |         |
| Diastólica Média (± dp)                            | 64,76 (±14,87)    |       | 74,27(±15,23)  |       |         |
| Ótima                                              | 16                | 64,0  | 3              | 13,6  |         |
| Normal                                             | 2                 | 8,0   | 5              | 22,7  |         |
| Límitrofe                                          | 4                 | 16,0  | 1              | 4,54  |         |
| Hipertensão estágio 1                              | 3                 | 12,0  | 11             | 50    |         |
| Hipertensão estágio 2                              | 0                 | 0,0   | 2              | 9,1   |         |
| <b>Frequência respiratória (mrpm)</b>              |                   |       |                |       | 0,34    |
| Média (± dp)                                       | 18,52 (±1,38)     |       | 19,86(±0,77)   |       |         |
| Normal em repouso                                  | 25                | 100,0 | 22             | 100,0 |         |
| <b>Frequência cardíaca (bpm)</b>                   |                   |       |                |       | 0,00    |
| Média (± dp)                                       | 66,36(±7,83)      |       | 64,90(±9,75)   |       |         |
| Normal em repouso                                  | 25                | 100,0 | 22             | 100,0 |         |
| <b>Dor torácica típica</b>                         |                   |       |                |       | 0,54    |
| Sim                                                | 7                 | 28,0  | 2              | 9,1   |         |
| Não                                                | 18                | 72,0  | 20             | 90,9  |         |
| <b>Estado cognitivo</b>                            |                   |       |                |       | 0,00    |
| Normal (>27)                                       | 9                 | 36,0  | 10             | 45,4  |         |
| Duvidoso (entre 24-26)                             | 5                 | 20,0  | 3              | 13,6  |         |
| Alterado(< 23)                                     | 11                | 44,0  | 9              | 40,9  |         |
| <b>Capacidade funcional</b>                        |                   |       |                |       | 0,00    |
| Independente (0)                                   | 9                 | 36,0  | 9              | 40,9  |         |
| Dependência leve (1-3)                             | 7                 | 28,0  | 4              | 18,2  |         |
| Dependência moderada (4-6)                         | 4                 | 16,0  | 6              | 27,3  |         |
| Dependência grave (7 ou +)                         | 5                 | 20,0  | 3              | 13,6  |         |
| <b>Estado emocional</b>                            |                   |       |                |       | 0,90    |
| Normal (≤ 5)                                       | 23                | 92,0  | 21             | 95,5  |         |
| Alterado (≥ 5)                                     | 2                 | 8,0   | 1              | 4,5   |         |

\*Valores de p derivado dos testes *T student* e *Qui-quadrado*. Fonte: Dos autores.

Observa-se que no pré-operatório o IMC da população do estudo em sua maioria (60%) encontrava-se na classificação de sobrepeso, elevando-se de forma significativa ( $p \leq 0,00$ ), para 63,6%, no pós-operatório. Com relação à média da pressão arterial (PA) o resultado encontrado mostra um aumento estatisticamente significativo ( $p \leq 0,00$ ), em consideração aos valores relacionados às pressões arteriais sistólicas e diastólicas quando comparados os períodos pré e pós-operatórios; constata-se que 64% dos pacientes no período pré-operatório estavam classificados com níveis pressóricos ótimos e que no pós-operatório, em 50% dos casos os idosos foram classificados como hipertensos estágio 1.

Considerando possíveis alterações do estado cognitivo, quando somados os *scores* classificados como alterados + duvidosos, os resultados remetem que mais da metade da amostra (64%), apresentaram no pré-operatório algum tipo de perda da função cognitiva, enquanto que no pós-operatório a proporção foi de 54,5%, revelando uma melhora significativa ( $p \leq 0,00$ ). A capacidade funcional prejudicada independente do período cirúrgico foi observada em mais da metade da população estudada, 64% no pré-operatório, e 59,1% no pós-operatório. Possíveis sintomas depressivos foram identificados em 8% dos pacientes no pré-operatório e 4,5% dos pacientes no pós-operatório.

## DISCUSSÃO

Quanto à faixa etária, o estudo mostrou que mais da metade (64%) dos entrevistados possuíam idade inferior a 70 anos. Esses resultados se assemelham a outros achados que mostra uma maior proporção de pacientes mais jovens submetidos à Cirurgia Cardíaca, fator que pode estar relacionado à evolução da doença ou ao diagnóstico precoce. O progresso da idade<sup>(5)</sup> representa um fator de risco para a evolução sintomática da doença cardiovascular, podendo afetar cerca de 76% das pessoas na faixa etária acima de 70 anos. Houve predomínio do sexo feminino na composição da amostra, o que pode ser explicado pela mortalidade cardiovascular ser maior e mais precoce em homens<sup>(5)</sup>, dado esperado em relação à atual composição demográfica de idosos (maior probabilidade de sobrevivência entre as mulheres)<sup>(14)</sup>. Estudo brasileiro realizado em Juiz de Fora/MG, no triênio 1999-2001, já mostrava essa tendência, dos 9.710 óbitos de residentes nesse município, na faixa etária de 35 a 64,61,2% eram do sexo masculino e maior proporção (39%) de óbitos por doenças isquêmicas do coração<sup>(15)</sup>.

No contexto familiar verificou-se que mais da metade dos entrevistados (84%), residiam com algum membro consanguíneo, esse fato se deve ao aumento da longevidade de seus membros possibilitado uma convivência familiar inter geracional mais prolongada<sup>(16)</sup>. Nessa perspectiva podemos observar que pessoas idosas que

possuem algum tipo de perda da funcionalidade, a conjuntura familiar é extremamente importante, uma vez que, a exposição a um procedimento cirúrgico leva a necessidade da presença mais próxima de um cuidador, normalmente atribuído a algum membro da família.

O desenvolvimento de alguma atividade de trabalho foi relatado pela maioria (80%) dos pacientes. Esse fator está diretamente relacionado à capacidade funcional e a necessidade de outra renda para associar ao benefício da aposentadoria, uma vez que, a renda predominante observada nessa população foi a mínima, esse dado reflete outro indicador social importante que é a baixa ou nenhuma escolaridade do paciente idoso. Resultado que corrobora com os achados da Organização Mundial de Saúde<sup>(17)</sup>, no qual destaca que a maioria das pessoas velhas em todos os países continuam a representar um recurso vital para as famílias e comunidades, seja no trabalho formal ou informal.

Nesse estudo a Doença Arterial Coronariana (DAC) foi responsável por 80% dos procedimentos cirúrgicos realizados, dados que se assemelham a outros achados, que mostram a alta prevalência dessa patologia e sua relevância no rol das doenças crônicas, sendo a causa mais comum de morbidade e mortalidade nos países desenvolvidos e em desenvolvimento em todo o mundo<sup>(18)</sup>.

O presente estudo revelou que todos os entrevistados possuíam diagnóstico médico de ao menos uma doença crônica associada à patologia de base, sendo a Dislipidemia (DLP) e a (HAS) as mais prevalentes. As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs) acompanham o envelhecimento da população e afetam diretamente a capacidade funcional do idoso, gerando perda da autonomia e aumento nas demandas de saúde<sup>(3)</sup>. Destaca-se nesse estudo a dificuldade do paciente idoso em manter no pós-operatório PA/IMC com valores dentro da normalidade. Essas dificuldades podem estar relacionadas à baixa escolaridade, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e pouco conhecimento dos pacientes/familiares sobre os fatores de risco cardiovasculares.

Autores<sup>(15)</sup> reforçam essa possibilidade e relacionam esse problema as condições socioeconômicas precárias em que vive a maioria da população, fator que produz reflexos na acessibilidade as informações sobre saúde, alimentação saudável, bem como práticas de atividade física e consumo de tecnologias de assistência à saúde.

Associado a presença de uma doença crônica e as condições socioeconômicas limitadas, nesse estudo foi observado um alto índice de dependência em relação à execução das ABVDs e AIVDs, dos pacientes investigados, bem como o estado cognitivo alterado na maioria dos casos. Resultados semelhantes foram descritos em uma pesquisa<sup>(3)</sup> realizada em São Paulo em 2007, que identificou a presença de HAS em 53,4% dos pacientes entrevistados, e evidenciou uma associação estatística-

mente significativa entre as doenças cardíacas na redução da capacidade funcional do paciente idoso.

Nesse estudo verificou-se que o estado cognitivo alterado bem como algum grau de dependência presente em mais da metade da população sugere um quadro de vulnerabilidade desse indivíduo, principalmente na eminência de um tratamento de alta complexidade, que o leva a experimentar alterações fisiológicas decorrentes do próprio procedimento cirúrgico, bem como no desenvolvimento inadequado do autocuidado necessário no período de recuperação<sup>(6)</sup>.

Estudos recentes evidenciaram a relação entre a doença cardiovascular como fator de risco ao desenvolvimento de demência vascular, as alterações provocadas pela doença podem ser mínimas ou até maiores inclusive do tipo Alzheimer<sup>(19)</sup>. Pesquisa<sup>(20)</sup> realizada em 2004 mediu o impacto da internação hospitalar na capacidade funcional do idoso, demonstrou haver associação entre a baixa capacidade funcional, déficit cognitivo e presença de delírio agudo, o que sugere a necessidade de uma maior observação dessa população no período de internação. Diante desse contexto faz-se necessário desenvolver intervenções clínicas e ambientais específicas com abordagem multidisciplinar que favoreça o tratamento e o preparo para a alta hospitalar<sup>(2,6)</sup>.

Destacamos ainda a presença de sintomas depressivos em 8% da população estudada. Estudos realizados no Brasil remetem uma prevalência de depressão entre idosos em torno de 5% a 35%, quando consideradas

as diferentes formas e gravidade, essas anormalidades representam atualmente um problema de saúde pública e muitas vezes passam despercebidas<sup>(3,18)</sup>.

Entende-se como limitação desse estudo o enfoque numa avaliação mais geral do estado de saúde da população estudada. A metodologia empregada buscou analisar as variáveis, sem a intenção de se conhecer possíveis associações entre supostas causas e seus respectivos efeitos; todavia, faz-se necessário que as questões aqui abordadas devam ser aprofundadas com a realização de estudos analíticos.

## CONCLUSÃO

Diante dos aspectos multidimensionais que envolvem a saúde na terceira idade, pode-se concluir nesse estudo que a maioria dos idosos submetidos à cirurgia cardíaca era do gênero feminino. A doença arterial coronariana foi a doença mais frequente na indicação do procedimento cirúrgico; a HAS foi a morbidade mais prevalente nessa população. Houve uma proporção elevada (40%) de idosos que apresentaram *scores* sugestivos de prejuízos cognitivos; na avaliação da capacidade funcional, mais da metade dos idosos apresentou algum grau de dependência; 8% dos idosos submetidos à cirurgia cardíaca mostraram *scores* sugestivos de alteração no estado emocional. Esses resultados apontam para a complexidade do idoso no que se refere à sua condição de saúde, bem como, remete a necessidade de uma abordagem integral em saúde que reflita em melhora de sua qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

1. Fonseca FB, Rizzotto ML. [Instrument construction for sócio-funcional evaluation in elderly people]. *Texto & Contexto Enferm.* 2008;17(2): 365-73. Portuguese.
2. Rodrigues RA, Scudeller PG, Pedrazzi EC, Schiavetto FV, Lange C. Morbidity and interference in seniors' functional ability. *Acta Paul Enferm.* 2008; 21(4):643-8.
3. Alves LC, Leimann BC, Vasconcelos ME, Carvalho MS, Vasconcelos AG, Fonseca TC, et al. [The effect of chronic diseases on functional status of the elderly living in the city of São Paulo, Brazil]. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23(8): 1924-30. Portuguese.
4. Morin E. Os sete saberes necessário à educação do futuro. 2a ed. [Internet]. Silva CE, Sawaya J, tradutores. Brasília: Cortez; 2000 [citado 2012 Out 30]. Disponível em: <http://www.juliotorres.ws/textos/textosdiversos/SeteSaberes-EdgarMorin.pdf>
5. II Diretrizes em Cardiogeriatría da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol.* 2010 95 Suppl 2: 1-112.
6. Netto MP. Tratado de gerontologia. 2a ed. São Paulo: Atheneu. 2007.
7. Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
8. Alves Júnior L, Rodrigues AJ, Évora PR, Basseto S, Scorzoni Filho A, Luciano PM, et al. [Risk factors in septuagenarians or elderly patients undergone coronary artery bypass grafting and or valves operations]. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2008;23(4): 550-5. Portuguese.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Lei n. 10741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências [Internet]. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília(DF); 2003 Out 3 [citado 2012 Out 31].* Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm)
10. World Health Organization (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. Genebra: WHO; 2000. [Technical Report Series, n. 894].
11. Ramos, LR, Rosa TEC, Oliveira ZM, Medina MCG, Santos FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública.* 1993;27(2):87-94.
12. Almeida OP, Almeida SA. [Reliability of the Brazilian version of the geriatric depression scale (GDS) short form]. *Arq Neuropsiquiatr.* 1999; 57(2B):421-6.
13. Flores AM, Zohman LR. Reabilitação do paciente cardíaco. In: Delisa JA, Gans MB; Tratado de medicina de reabilitação: princípios e práticas. 3a ed. São Paulo: Editora Manole. 2002. Vol. 2, cap.54. p. 1408-9.
14. Santos AA, Pavarini SC. Functionality of elderly people with cognitive impairments in different contexts of social vulnerability. *Acta Paul Enferm.* 2011;24(4):520-6.
15. Nogueira MC, Ribeiro C, Cruz OG. [Social inequalities in premature cardiovascular mortality in a medium-size Brazilian

- city]. *Cad. Saúde Pub.* 2009;25(11):2321-32. Portuguese.
16. Santos AA, Pavarini SC, Brito TR. [Profile of elderly people with cognitive alterations in different contexts of social vulnerability]. *Esc Anna Nery.* 2010;14(3):496-504. .
  17. World Health Organization. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde.* Tradução Suzana Gontijo. Brasília: OPAS; 2005.
  18. Farias N, Souza JM, Laurente R, Alencar SM. Cardiovascular mortality by gender and age range in the city of São Paulo, Brazil: 1996 to 1998, and 2003 to 2005. *Arq Bras Cardiol.* 2009;93(5):498-505.
  19. Maineri NL, Xavier FM, Berleze MC, Moriguchi EH. [Risk factors for cerebrovascular disease and cognitive function in the elderly]. *Arq Bras Cardiol.* 2007; 89(3): 168-62. Portuguese.
  20. Siqueira AB, Cordeiro RC, Perracini MR, Ramos LR. [Functional impact of hospitalization among elderly patients]. *Rev Saúde Pública.* 2004; 38(5): 687-94. Portuguese.