

# Avaliação da capacidade funcional e sintomas depressivos após cirurgia cardíaca<sup>1</sup>

Evaluation of functional capacity and depressive symptoms after cardiac surgery  
Evaluación de la capacidad funcional y síntomas depresivos después de cirugía cardíaca

Adriana Marques Battagin\*  
Paulo Roberto Canineu\*\*

**RESUMO:** A Doença Arterial Coronariana (DAC) é a causa mais comum do sofrimento do músculo cardíaco. Os avanços da medicina permitiram resultados satisfatórios em relação à morbidade e mortalidade, tornando-se o tratamento cirúrgico uma opção para os idosos acometidos. O objetivo deste estudo foi verificar e analisar se houve alteração na capacidade funcional e prevalência de sintomas depressivos após três meses da cirurgia cardíaca. Os pacientes foram avaliados antes, um mês e três meses após a cirurgia. Seis sujeitos participaram deste estudo. Os instrumentos utilizados: Escala de Atividades Básicas de Vida Diária (AVDs); Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs); Escala de Depressão Geriátrica (GDS). Resultados: Observou-se que nas AVDs, três pacientes apresentaram limitação até o primeiro mês após a cirurgia, depois retornaram aos valores iniciais. Quatro pacientes apresentaram queda importante das AIVDs. Destes, três pacientes não haviam retornado aos valores iniciais após três meses. A GDS sinalizou suspeita de depressão em cinco participantes. Considera-se que neste grupo, a cirurgia cardíaca não alterou a capacidade funcional básica dos pacientes após três meses de cirurgia. Quanto às AIVD, observou-se a tomada de responsabilidade dos familiares no que se refere ao controle das finanças e à administração de medicamentos. A redução nos atividades instrumentais apresentou-se acompanhada de um aumento na escala de depressão. Tais constatações suscitam reflexões no sentido da dependência funcional repercutir negativamente e desencadear sintomas depressivos no idoso.

**PALAVRAS-CHAVE:** Depressão. Idoso. Cirurgia cardíaca.

**ABSTRACT:** Coronarian Arterial Disease (CAD) is the commonest cause of suffering for the cardiac muscle. The advancements of medicine allowed satisfactory results regarding morbidity and mortality, and surgical treatment became an option for affected old people. Our aim was checking and analyzing possible alterations in functional capacity and predominance of depressive symptoms after three months of cardiac surgery. Patients were evaluated before surgery, after a month of surgery and after three months of surgery. Six subjects participated in this study. The instruments used were the Scale of Daily Life Basic Activities (DLBAs); the Scale of Daily Life Instrumental Activities (DLIAs); and the Scale of Geriatric Depression (GDS). We noticed that in the DLBAs, three patients presented limitations up to the first month after surgery and then returned to initial values. Four patients presented important fall in DLIAs. From these, three patients did not returned to initial values after three months. GDS point to a possible depression in five participants. We then consider that in this group cardiac surgery did not alter the functional basic capacity of patients after three months of surgery. As for DLIA, we observed that relatives took responsibility of finances control and medicine administration. The reduction in instrumental activities was accompanied by an increase in the scale of depression. Such observations make us reflect on the possible negative effects of functional dependence and their triggering depressive symptoms in old people.

**KEYWORDS:** Depression. Elderly people. Heart surgery.

**RESUMEN:** Las Enfermedades Arteriales Coronarias (EAC) son la causa más común de sufrimiento para el músculo cardíaco. Los progresos de la medicina permitieron resultados satisfactorios en cuanto a morbilidad y mortalidad, y la cirugía se hizo una opción para envejecidos afectados. Nuestro objetivo es verificar y analizar modificaciones posibles e la capacidad funcional y predominio de síntomas depresivos después de tres meses de la cirugía cardíaca. Los pacientes fueron evaluados antes de la cirugía, después de un mes de cirugía y después de tres meses de cirugía. Seis sujetos participaron en este estudio. Los instrumentos usados fueron la Escala de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVDs); la Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVDs); y la Escala de Depresión Geriátrica (GDS). Notamos que en las ABVDs, tres pacientes presentaron limitaciones hasta el primer mes después de la cirugía y luego volvieron a los valores iniciais. Cuatro pacientes presentaron reducción importante en las AIVDs. De éstos, tres pacientes no volveran a los valores iniciais después de tres meses. La GDS señala una posible depresión en cinco participantes. Entonces consideramos que en este grupo la cirugía cardíaca no cambió la capacidad básica funcional de pacientes después de tres meses de la cirugía. En cuanto a AIVDs, observamos que los parientes tomaron la responsabilidad de control de finanzas y administración de medicinas. La reducción de actividades instrumentales fue acompañada por un aumento de la escala de depresión. Tales observaciones nos hacen reflexionar sobre los efectos negativos posibles de la dependencia funcional y su papel de provocadores de síntomas depresivos en envejecidos.

**PALABRAS LLAVE:** Depresión. Envejecido. Cirugía cardíaca.

1. Trabalho realizado no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Dissertação apresentada à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Gerontologia. Título: Repercussões da Cirurgia de Revascularização do Miocárdio em um grupo de idosos da cidade de São Paulo. 2005.

\* Centro Universitário Nove de Julho – São Paulo. E-mail: ambattagin@hotmail.com

\*\* Docente da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – São Paulo.

## Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. Segundo a OMS, a expectativa de vida no Brasil dos nascidos entre 1950-1955 era de 50,9 anos; entre 1995-2000 passou para 67,2 anos. Estima-se que em 2020 seja de 72,1 anos (Brito, Papaleo, 2001).

Este aumento da expectativa de vida possibilita duas constatações: melhoria das condições de vida da população e destaca os numerosos problemas de saúde, sociais e econômicos vividos pelos indivíduos com mais de 60 anos.

É necessário lembrar que velhice não é sinônimo de doença. As mudanças associadas ao envelhecimento produzem déficits no funcionamento do corpo: perda da força física, diminuição da memória, da visão e da audição, perda de massa óssea, além de mudanças menos aparentes que afetam os órgãos, os sistemas imunológico, endócrino e cardiovascular (Hayflick, 1997).

Esta visão é legitimada por Lopes (2000), em seu livro "Saúde na velhice":

"[...] Com frequência, referimos os problemas da velhice como se ela estivesse intrinsecamente ligada a perdas orgânicas. Alterações na agilidade física e mental, tão necessárias à sobrevivência nas sociedades produtivas, confrontam-nos com processo de envelhecimento". (p.30)

As doenças associadas à velhice não fazem parte do processo normal de envelhecimento, elas ocorrem porque as perdas funcionais decorrentes do envelhecimento aumentam a vulnerabilidade do idoso ao câncer, às doenças cardíacas, ao Acidente Vascular Encefálico.

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte nos Estados Unidos e na maioria dos ou-

tros países desenvolvidos. Dentre elas a Doença Arterial Coronariana (DAC) é a causa mais comum do sofrimento do músculo miocárdico. A redução do calibre arterial, provocada pela presença de placas de gordura (ateroma) aderidas à parede do vaso, causa diminuição do fluxo sanguíneo coronário, restringindo a nutrição do músculo cardíaco ou limitando aumentos proporcionais quando há necessidade de maior fluxo. Menos frequentemente trombos arteriais, espasmos e êmbolos coronários podem causar redução do fluxo sanguíneo nas artérias coronárias, levando a um desequilíbrio entre a oferta e o consumo de oxigênio no músculo cardíaco (Iglezias et al, 2001).

O tratamento da Doença Arterial Coronariana (DAC) pode ser clínico ou cirúrgico. O tratamento clínico se baseia no acompanhamento médico, utilização de medicamentos, redução ou eliminação dos fatores de risco, adoção de um esquema adequado de atividades físicas e a angioplastia, objetivando o controle da doença e a melhora dos sintomas.

O tratamento cirúrgico, chamado de Revascularização do Miocárdio (RM), tem como objetivo restaurar o fluxo sanguíneo para o músculo cardíaco. A abordagem cirúrgica é realizada pela esternotomia mediana, um vaso é retirado de outra parte do corpo e realiza-se a junção entre a porção superior à lesão e a porção localizada abaixo da lesão.

Recentes avanços na medicina e o rigor na seleção dos pacientes têm contribuído para aumentar o número de indicações de cirurgia de RM em idosos, os quais antes, tinham seu tratamento limitado à terapêutica clínica.

Embora as indicações para intervenção cirúrgica no idoso sejam as mesmas para os pacientes mais jovens, o número de contra-indi-

cações aumenta, portanto, os riscos de complicações podem exceder os benefícios (Kauffman, 2001).

As complicações mais frequentes nos pacientes idosos submetidos à cirurgia de RM no período pós-operatório são: insuficiência respiratória aguda (IRA), arritmia atrial, infecção pulmonar, embolia pulmonar, síndrome do baixo débito, infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE), insuficiência renal aguda e mediastinite. Estas complicações muitas vezes podem causar ainda a perda da capacidade funcional, da autonomia no idoso e sintomas depressivos (Almeida, Lima, Martins, Loures, 2002).

Apesar da comprovação de maiores índices de morbimortalidade pós-operatória em indivíduos idosos, a maior parte dos trabalhos pesquisados afirmam que a idade não deve ser encarada como contra-indicação para a realização deste procedimento, mas sim os antecedentes pessoais e as comorbidades (relativo ao número de doenças associadas no mesmo indivíduo) geralmente mais frequentes nessa etapa da vida (Mendoza, Zéron, Villada, 1999).

Segundo Deininger et al<sup>8</sup> (1999) a cirurgia cardíaca de RM melhora a capacidade funcional e a qualidade de vida dessa população, tornando-se uma boa opção de tratamento.

Entende-se por capacidade funcional o grau de preservação da capacidade de realizar as atividades básicas que se referem ao autocuidado, ou seja, atividades fundamentais básicas relacionadas à vida diária: arrumar-se, vestir-se, comer, banhar-se e se locomover; e as atividades instrumentais: fazer compras, pagar contas, cozinhar e cuidar da própria saúde (Papaleo, 2002).

Segundo Veras (2001), a capacidade funcional é um novo conceito

de saúde que auxilia a instrumentalizar e a operacionalizar uma política de atenção à saúde, possibilitando ações preventivas, assistências e de reabilitação:

“[...] Uma política de saúde ... deve ter como objetivo a manutenção da capacidade funcional máxima do indivíduo que envelhece, pelo maior tempo possível. Isso significa a valorização da autonomia e a manutenção da independência física e mental do idoso” (Veras, 2001).

Um dos objetivos do processo de reabilitação do idoso é ajudá-lo a obter a maior independência funcional possível, levando-se em conta seus recursos e seus limites. A independência funcional:

“Refere-se à capacidade do indivíduo de realizar uma tarefa motora com os próprios meios. Está ligada à mobilidade e à capacidade funcional, permitindo, dessa forma, que o indivíduo viva sem requerer ajuda para a execução das atividades básicas e instrumentais da vida diária. A independência necessita de condições motoras e cognitivas satisfatórias para o desempenho dessas tarefas” (Pereira et al, 2002).

Pereira et al (2002) consideram que a independência físico-funcional mantém forte relação com a possibilidade de autogoverno dos idosos, e que esta relação depende da motivação, do envolvimento e do sistema de crenças do paciente, bem como das atitudes dos familiares, dos profissionais e da sociedade em relação ao idoso fisicamente incapacitado.

Quando ocorre o comprometimento da capacidade funcional do idoso, a ponto de impedir o autocuidado, a carga sobre a família e sobre o sistema de saúde aumenta muito. Como mostra a pesquisa realizada por Ramos et al (1993),

mais da metade da população estudada (53%) apontava a necessidade de ajuda parcial ou total para realizar pelo menos uma das atividades da vida diária e 17% necessitavam de ajuda para realizar quatro ou mais atividades cotidianas.

Os idosos, principalmente com DAC, vivenciam experiências de limitação em seus movimentos corporais, o que acarreta diminuição da capacidade funcional destas pessoas. Os movimentos do nosso corpo expressam necessidades e sentimentos, além de possibilitarem colocar nossa vida em marcha.

Assim, a cirurgia de Revascularização do Miocárdio apresenta-se como uma alternativa, como muitos estudos já citados puderam comprovar, para devolver, ao idoso que sofre de moléstias coronarianas, a justa mobilidade de seu corpo e, conseqüentemente, a retomada de suas atividades cotidianas.

Ao tratar de pacientes com doenças cardíacas, devemos conciliar a técnica com a experiência humana, considerando o coração não somente pelo aspecto anatômico, como bomba propulsora, mas somando isto ao significado simbólico deste órgão, presente em nossa civilização.

Esse significado do coração não é uma criação exclusiva de pintores, poetas ou escritores, mas sim uma criação da mente, do inconsciente, que influi em nossa maneira de ver os acontecimentos, principalmente as doenças que põem em risco a nossa vida, como as doenças cardíacas (Jung, 1998; Clarke, 1998).

O papel do coração, como centro das emoções, é reconhecido desde o início da Medicina. Hipócrates e seus discípulos (460 – 377 a. C.) diziam que “o coração não podia ficar doente, porque seria incompatível com a vida”. Depois dele, Aristóteles (384 – 322 a. C.) advertia que o coração “era o último órgão a morrer” (Oliveira, Ismael, 1990).

É inevitável a relação do significado do coração com o padecimento provocado pela doença cardíaca, uma vez que o coração está ligado a símbolos afetivos, como: amor, fé e a própria sobrevivência. O coração é o foco de queixas de fundo emocional, é o órgão mais carregado de simbologia – templo das emoções – o coração como o centro da vida e da morte, adquire o poder de transformar o comportamento das pessoas (Helman, 1998).

Expondo o significado da cirurgia, Romano (1998), sugere que este é um processo de cura, recuperação e simboliza a ressurreição:

“[...] Por mais que os procedimentos técnicos tenham avançado, as fantasias, a respeito desse órgão único e centralizador, não se amenizam e o ato cirúrgico assume a dimensão de renascimento, ressuscitação. E renascer tem um sentido mais amplo do que voltar da morte – é começar uma vida nova, livre dos defeitos anteriores, uma outra chance, com novos valores e propósitos de vida.” (Romano, 1998).

O idoso se defronta com a sensação de perda da força física, perda da insígnia de beleza e do poder de sedução. A elaboração destas perdas leva o sujeito a reavaliar o que pode e o que não pode mais, traçando seus limites, impasses e possibilidades. Neste momento, há que se deixar de lado o conformismo, dando espaço para o futuro com possibilidade. Assim, a cirurgia cardíaca no idoso representa uma esperança de retomada de sua experiência de construção no e do mundo.

Os resultados desta pesquisa com idosos submetidos à RM, que tem seu foco na capacidade funcional e prevalência de sintomas depressivos, podem fornecer subsídios para a reflexão de diversos profissionais interessados nestas questões.

## Objetivo

Esta pesquisa teve como objetivo verificar e analisar se houve alteração na capacidade funcional e prevalência de sintomas depressivos após três meses da cirurgia cardíaca de Revascularização do Miocárdio (RM).

## Casuística e método

Esta pesquisa foi, concomitantemente, um estudo longitudinal e prospectivo, visto que os pacientes foram acompanhados e avaliados por um período de tempo: antes, um mês e três meses após a cirurgia cardíaca.

Os instrumentos, detalhados a seguir, foram utilizados de modo a possibilitar a quantificação de determinados fenômenos: graus de funcionalidade e prevalência de sintomas depressivos.

Para a análise das entrevistas, a abordagem utilizada neste estudo enquadra-se na pesquisa de tipo qualitativa, uma vez que os fenômenos observados nas entrevistas não são passíveis de mensuração ou quantificação. Assim, este estudo utilizou-se conjuntamente critérios quantitativos e qualitativos na análise dos dados.

Tampouco se objetiva, com esta pesquisa, estabelecer generalizações de qualquer natureza, já que a reduzida amostra impossibilita tal intento.

### 1. Casuística

A amostra deste estudo foi composta de seis sujeitos, sendo três do

sexo masculino e três do sexo feminino, dois com idade entre 61-70 anos, dois entre 71-80 anos e outros dois com mais de 81 anos de idade, distribuída conforme segue a Tabela 1.

*Critérios de inclusão:* Residir na cidade de São Paulo; Concordar e assinar o Termo de Consentimento para participar da pesquisa;

*Critérios de exclusão:* Presença de doença neurológica e/ou ortopédica.

### 2. Instrumentos

Os instrumentos utilizados nesta pesquisa foram selecionados tendo em vista as variáveis a serem analisadas:

#### A. Ficha de Avaliação sócio-econômica

Nesta ficha estão descritos os dados pessoais dos sujeitos analisados: nome, idade, estado civil, composição familiar, local de residência, escolaridade, profissão, situação ocupacional e antecedentes pessoais.

#### B. Escala de Atividades Básicas de Vida Diária (AVDs)

Criada por Katz et al (1970), compõe a maioria das avaliações multidimensionais e tem sido largamente utilizada desde sua criação. Consta de 6 itens: banho, vestir-se, higiene pessoal, transferência, continência e alimentação. Cada resposta positiva (sim, realiza a atividade) vale um ponto. Um total de 6 pontos indica independência para AVD; 4 pontos dependência parcial e 2 pontos dependência importante.

#### C. Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs)

Criada por Lawton, Brody (1969) relaciona um conjunto de atividades mais complexas como arrumar a casa, controlar e tomar remédios, fazer compras. Dependendo da capacidade de realizar estas tarefas, é possível determinar se o indivíduo pode viver sozinho. O instrumento contém 9 questões, cada questão apresenta 3 respostas possíveis: a primeira significa independência; a segunda capacidade com ajuda e a terceira dependência. O resultado serve como base para comparação evolutiva somente para o paciente individual.

#### D. Escala de Depressão Geriátrica (GDS)

A depressão tem grande prevalência no grupo de idosos e caracteriza-se pela maior duração e recorrência. A Escala de Depressão Geriátrica, criada por Shiekh, Yesavage (1986), é uma das mais utilizadas, entretanto, recomenda-se que a pontuação obtida não deve ser usada como único recurso para diagnosticar a depressão.

A escala é formada por um questionário contendo 15 perguntas que devem ser respondidas por sim ou não. Cada resposta diferente da escrita nos parênteses vale 0 ponto; a resposta igual vale 1 ponto. Um escore total maior que 5 indica a suspeita de depressão.

#### E. Roteiro de Entrevista

O roteiro de questões da entrevista foi desenvolvido com base na experiência da pesquisadora no atendimento da população usuária do Instituto do Coração (HCF-MUSP), estas questões serviram de referência e de apoio para a condução da entrevista.

As entrevistas (abertas) foram realizadas pela pesquisadora, na própria instituição, em sala reservada e em horário previamente

Tabela 1. Distribuição da faixa etária.

Idade	Sexo masculino	Sexo feminino	Total = 6 sujeitos
61-70 anos	01	01	02
71-80 anos	01	01	02
> 81 anos	01	01	02

estabelecido. Com o consentimento dos entrevistados, todas as entrevistas foram gravadas. O uso do gravador foi escolhido como recurso técnico auxiliar, pois acreditamos que a voz viva, pessoal do narrador nos permite perceber melhor as palavras mais expressivas, a entonação da voz, as pausas, obtendo dados importantes para o estudo. Não se percebeu nenhum constrangimento na narração do entrevistado devido à presença do gravador. Esta narrativa foi posteriormente transcrita na íntegra e analisada. O material recolhido forneceu grandes possibilidades de análise sobre idosos submetidos a cirurgia cardíaca de revascularização do miocárdio.

### 3. Procedimentos

Acompanhamento diário da programação cirúrgica do Hospital das Clínicas (HCFMUSP) e pesquisa junto aos pacientes com cirurgia programada para o dia seguinte;

Seleção da amostra de pacientes, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão;

Realização de contato pessoal entre a pesquisadora e o paciente nas dependências do hospital, situação em que havia um esclarecimento quanto aos objetivos da pesquisa e procedia-se à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e ao preenchimento da Ficha de Avaliação sócio-econômica;

Em horário previamente estabelecido, foram realizadas as entrevistas, com os tópicos abordados: - Ficha de Avaliação sócio econômica; - Atividades de Vida Diária; - Atividades Instrumentais; - Escala de Depressão Geriátrica.

Foram realizadas visitas domiciliares aos pacientes no primeiro e no terceiro mês após a cirurgia. A pesquisadora realizava novamente a entrevista completa e registrava os dados em um diário de campo;

Após a coleta, os dados foram avaliados de acordo com as instruções dos autores dos instrumentos.

### Análise e interpretações

Com o objetivo de estudar a evolução no tempo (períodos pré-operatório, 1º mês e 3º mês), os dados são apresentados sujeito a sujeito. Desta forma, a visualização torna-se mais clara, ao mesmo tempo em que se respeita a singularidade de cada participante, de acordo com os princípios da pesquisa qualitativa.

Todos os nomes aqui fornecidos são modificados para preservar a identidade dos pacientes.

A seguir, agrupou-se os dados obtidos no que se refere à capacidade funcional (Atividades de Vida Diária – AVD e Instrumentais – AIVD) e prevalência de sintomas depressivos.

#### 1. Escala de Atividades Básicas de Vida Diária (AVDs)

A pontuação obtida na escala de Atividades Básicas de Vida diária, nos três momentos do estudo, estão apresentadas na Tabela 2.

Seguindo nosso objetivo de verificar e analisar se houve alterações na capacidade funcional de

um grupo de idosos submetidos à cirurgia cardíaca, observou-se que nas Atividades Básicas de Vida Diária (AVDs), avaliadas pela Escala de Katz et al. (1970), os participantes revelaram discreta alteração da capacidade funcional nos três momentos da avaliação.

Três pacientes (Vitória, Álvaro, Zivaldo) apresentaram limitação para as atividades de banhar-se, vestir-se e continência, respectivamente. Vitória se mostrou muito dependente emocionalmente da filha; Álvaro gozou de superproteção da família e Zivaldo ficou hospitalizado e com dores, faltando-lhe agilidade para ir ao banheiro. Estas limitações permaneceram somente até o primeiro mês após a cirurgia, depois as atividades retornaram aos valores iniciais.

#### 2. Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs)

A pontuação obtida na escala de Atividades Básicas de Vida diária, nos três momentos do estudo, estão apresentadas na Tabela 3.

No que se refere às Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs), avaliada pela escala de Lawton et al. (1969), notou-se variação, ou seja, alguns pacientes

**Tabela 2. Pontuação da Escala de Atividades Básicas de Vida Diária.**

	Pré-operatório	1º mês	3º mês
Vitória, 66 anos	06	05	06
Tobias, 70 anos	06	06	06
Geralda, 72 anos	06	06	06
Álvaro, 78 anos	06	04	06
Amélia, 81 anos	06	06	06
Zivaldo, 83 anos	06	06	06

**Tabela 3. Pontuação da Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária.**

	Pré-operatório	1º mês	3º mês
Vitória, 66 anos	26	13	17
Tobias, 70 anos	27	27	27
Geralda, 72 anos	26	14	27
Álvaro, 78 anos	19	10	16
Amélia, 81 anos	21	22	24
Ziraldo, 83 anos	14	09	09

demonstraram maior capacidade funcional após três meses da intervenção cirúrgica (Amélia e Geralda), outros demonstraram redução da capacidade funcional inicial (Vitória, Álvaro, Ziraldo) ou mantiveram o mesmo nível (Tobias).

No primeiro mês após a cirurgia, quatro pacientes apresentaram queda importante das AIVDs (Geralda, Vitória, Álvaro e Ziraldo) e deste somente uma paciente (Geralda) apresentou aumento da capacidade funcional no terceiro mês após a cirurgia. Os demais apresentaram aumento nas AIVDs no 3º mês, mas ainda não haviam retornado aos valores iniciais. Im-

portante ressaltar que na avaliação desta escala há questões relacionadas ao controle das finanças e administração de medicamentos, tarefas que ficaram, na maioria dos casos, aos cuidados de familiares, o que ocasionou uma redução na pontuação global dos pacientes.

### 3. Escala de Depressão Geriátrica

Os dados obtidos através da escala de depressão geriátrica, nos três momentos, estão descritos na Tabela 4.

No primeiro mês após a cirurgia, quatro pacientes apresentaram queda importante das AIVDs (Geralda, Vitória, Álvaro e Ziral-

**Tabela 4. Pontuação da Escala de Depressão Geriátrica.**

	Pré-operatório	1º mês	3º mês
Vitória, 66 anos	06	05	05
Tobias, 70 anos	04	05	05
Geralda, 72 anos	10	07	06
Álvaro, 78 anos	04	07	09
Amélia, 81 anos	08	09	08
Ziraldo, 83 anos	04	07	04

do) e deste somente uma paciente (Geralda) apresentou aumento da capacidade funcional no terceiro mês após a cirurgia. Os demais apresentaram aumento nas AIVDs no 3º mês, mas ainda não haviam retornado aos valores iniciais. Importante ressaltar que na avaliação desta escala há questões relacionadas ao controle das finanças e administração de medicamentos, tarefas que ficaram, na maioria dos casos, aos cuidados de familiares, o que ocasionou uma redução na pontuação global dos pacientes.

### Discussão

Hedeshian et al (2002) demonstraram, em seu estudo, que os pacientes idosos há maior chance de complicações no período pós-operatório, além disso, a capacidade funcional destes pacientes é significativamente mais baixa e permanece baixa após a cirurgia.

Os pacientes deste estudo apresentaram limitações nas atividades básicas de vida diária (AVD) somente até o primeiro mês após a cirurgia. Tais alterações parecem não ter relação com a idade e nem com o sexo, mas serem provenientes de fragilidade emocional observada no período pós-operatório. Nos três meses após a cirurgia, retornaram a capacidade funcional plena.

Desta forma, considera-se que neste grupo, a cirurgia cardíaca não alterou a capacidade funcional básica dos pacientes após três meses de cirurgia.

Quanto às Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) observou-se certa variação, pois dois pacientes apresentaram maior independência após a cirurgia, um manteve o mesmo nível e três apresentaram redução da independência inicialmente. Considera-se importante ressaltar que, neste grupo, a tomada de responsabilidade por parte de familiares no que

se refere ao controle das finanças e à administração de medicamentos foi uma atitude que se repetiu, ocasionando uma diminuição na pontuação obtida neste item.

Os familiares, ansiosos em favorecer a recuperação do paciente, acabam privando-o do contato com vários elementos de seu cotidiano, como aconteceu com Vitória, Álvaro e Ziraldo. Avaliar a capacidade funcional destes idosos fez pensar, com Bruno (2001), na responsabilidade da família que, ao proteger e poupar o idoso, “[...] o alija das decisões, sonega-lhe informações, priva-o da participação, tira sua liberdade de escolha, chegando mesmo a decidir o que ele deve comer e vestir.” (p.145).

Uma paciente (Amélia) teve aumento das AIVDs após a cirurgia, esta morava sozinha e necessitava retomar suas atividades, atividades estas que antes eram limitadas pelos sintomas, como falta de ar, sintomas que diminuíram com a intervenção cirúrgica.

Somente um paciente (Tobias) não apresentou alteração nas AIVDs em nenhum dos momentos, o único que precisava trabalhar para se sustentar.

No caso dos pacientes desta pesquisa, o contato humano nas entrevistas e as respostas obtidas sugerem que os participantes se beneficiaram da intervenção, seja na redução dos sintomas ou seja na esperança de uma vida melhor:

“(...) Ah... eu tô sentindo minha vida não é tão ruim assim...” (Amélia, resposta à entrevista de um mês após cirurgia).

“(...) Hoje eu estava na minha sobrinha, eu dormi lá e vim para casa, cheguei em casa, preparei o almoço, almocei e estou vendo televisão...lavei louça, limpei fogão.” (Geralda, resposta à entrevista de três meses após cirurgia).

“(...) ainda penso assim...a vontade que eu trabalho e pinto a casa, eu faço tudo, gosto de ver minha casa

limpinha e tudo...eu se sinto mais ou menos com 50 anos...” (Vitória, resposta à entrevista de três meses após cirurgia).

“(...) operei e estou livre, o pior já passou.” (Álvaro, resposta à entrevista de um mês após cirurgia).

“(...) também agora me sinto bem mesmo, ainda mais depois da cirurgia, né, que eu estou muito bem mesmo, graças a Deus.” (Tobias, resposta à entrevista de um mês após cirurgia).

“(...) depois do caso passado, aí, agora já estou me sentindo outra pessoa” (Ziraldo, resposta à entrevista de um mês após cirurgia).

Vários estudos indicam a melhora da qualidade de vida após a cirurgia cardíaca (Almeida et al, 2002; Katz, Gersh, Cox, 1998). Em nosso reduzido grupo, os resultados assemelham-se aos da literatura, conforme comentou Rabelo (1999), que pacientes da faixa etária de 60 anos acima referiram melhora estado funcional e vida mais independente após a cirurgia.

A redução da capacidade funcional apresentou-se, para alguns participantes deste grupo, acompanhada de um aumento na escala de depressão (Álvaro e Ziraldo). Depreende-se daí que a perda da funcionalidade e da independência pode ter despertado sentimentos de inutilidade e depressão nestes pacientes. A expropriação da autonomia do idoso ocorre lentamente, no seio da família e na sociedade como um todo (Bruno, 2001), o que tende a colaborar para o desenvolvimento do sentimento de inutilidade, que pode desencadear a depressão.

Interessante notar que o único dos participantes que não apresentou sinais de depressão foi aquele que mais ativamente se dedicava a uma atividade profissional, To-

bias trabalhava como vendedor ambulante, teve a recuperação mais rápida e retomou totalmente suas atividades após 30 dias do evento cirúrgico. Teria ocorrido neste caso uma maior motivação para a vida frente ao prazer obtido no trabalho? Estar engajado numa atividade e gozar de independência poderia ter favorecido sua rápida recuperação? Ficam aqui estas questões, que nossa pesquisa pôde levantar mas não responder.

Ao vivenciar proximamente a experiência dos pacientes, percebe-se que as colocações de Monteiro (2003) ganham sentido:

“[...] Os velhos afastados e isolados nutrem-se de um sentimento de desesperança, insegurança, desproteção que causa sofrimento devido à falta de sentido na vida. Esse vazio existencial faz com que o velho fique suscetível à doença, porque uma vida sem sentido sempre gera desespero, depressão e perda de auto-estima, retirando-lhe qualquer motivação para enfrentar os seus desafios e reconhecer aquilo que lhe está faltando para restabelecer uma melhor qualidade de vida.” (p.76).

A Escala de Depressão sinalizou suspeita de depressão em cinco dos seis participantes, sendo que alguns se mostravam mais deprimidos antes, outros no período de trinta dias após a cirurgia. No primeiro caso, os sintomas depressivos pareciam estar relacionados ao sofrimento físico decorrente da doença cardíaca e ao sofrimento psíquico representado pela expectativa e medo da cirurgia. No segundo caso, tais sintomas poderiam estar relacionados à diminuição da capacidade funcional durante a recuperação pós-operatória. Um dos pacientes não revelou sinais de depressão, sendo este o participante mais ativo profissionalmente e que apresentou a mais rápida recuperação.

Tais constatações suscitam reflexões no sentido da dependência funcional repercutir negativamente e desencadear sintomas depressivos no idoso e, por outro lado, a independência e a produtividade tenderiam a promover motivação para a vida.

Através das entrevistas e observações de campo pode-se verificar que a cirurgia cardíaca melhorou

a funcionalidade, a vitalidade e a função social dos pacientes, resultados amplamente descritos na literatura. Assim, a cirurgia cardíaca pode, apesar de ainda temida, constituir-se em alternativa para melhorar as condições de saúde de idosos cardíacos e conseqüentemente oferecer maior qualidade de vida. Entretanto, cabe ressaltar que se a doença não for controlada,

com medicamentos e exercícios físicos, a intervenção cirúrgica torna-se um paleativo.

Teria sido interessante avaliar os pacientes deste estudo em data posterior, por exemplo decorridos seis e doze meses, procedimento este que poderia completar a pesquisa. Devido às limitações de tempo, isto não foi possível, entretanto permanece como sugestão para estudos futuros.

## REFERÊNCIAS

- Almeida RMS, Lima Jr JD, Martins JF, Loures DRR. Revascularização do miocárdio em pacientes após a oitava década de vida. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2002; 17(2): 116-122.
- Brito FC, Papaleo MN. Aspectos multidimensionais das urgências no idoso. In: *Urgências em Geriatria: epidemiologia, fisiopatologia, quadro clínico, controle terapêutico*. São Paulo: Atheneu; 2001.
- Bruno MRP. Autonomia e cidadania: caminhos e possibilidades para o ser idoso. *Rev Kairós: gerontologia* 2001; 4 (1): 143-154. [Núcleo de Estudo e Pesquisa do Envelhecimento. Programa de Estudos Pós-graduados em Gerontologia-PUC-SP].
- Clarke JJ. Historical and phisosophical enquiries. In: Porto C. *Doenças do coração*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
- Deininger MO et al. Cirurgia de revascularização do miocárdio no idoso: estudo descritivo de 144 casos. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 1999; 14 (2): 88-97.
- Hayflick L. *Como e por que envelhecemos*. Rio de Janeiro: Campus; 1997.
- Hedeshian MH et al. Does increasing age have a negative impact on six-month functional outcome after coronary artery bypass? *Surgery* 2002; 132 (2): 239-244.
- Helman J. The thought of the heart. In: Porto C. *Doenças do coração*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
- Iglezias JCR, Oliveira JL, Dallan LAO et al. Preditores de mortalidade hospitalar no paciente idoso portador de doença arterial coronária. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2001; 16 (2): 94-104.
- Jung CG Man and his symbols. In: Porto C. *Doenças do coração*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
- Katz NM, Gersh BJ, Cox JL. Changing practice of coronary bypass surgery and its impact on early risk and long-term survival. *Current Opinion in Cardiology* 1998; 13: 465-475.
- Katz S et al. *Gerontologist* 1970; 10: 20-30.
- Kauffman TL. *Manual de reabilitação geriátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people; Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *Gerontologist* 1969; 9:179.
- Lopes RGC. *Saúde na velhice: as interpretações sociais e os reflexos no uso do medicamento*. São Paulo: Educ; 2000.
- Mendoza AP, Zéron CK, Villada JAP. Complicaciones operatorias y mortalidad en pacientes octogenarios sometidos a cirurgia de revascularización. *Arch Inst Cardiol Méx* 1999; 69: 214-221.
- Monteiro PP. *Envelhecer: histórias, encontros, transformações*. 2ª.ed. Belo Horizonte: Autêntica; 2003.
- Oliveira MFP, Ismael SMC. Aspectos psicológicos do paciente coronariano. In: Lamosa BWR. *Psicologia aplicada à cardiologia*. São Paulo: Fundo Editorial BYK; 1990. p.86-91.
- Papaleo M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas EV et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.2-12.
- Pereira LSM et al. Fisioterapia. In: Freitas EV et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 846-855.
- Rabelo RC. Cirurgia cardíaca no idoso. In: Petroianu A, Pimenta LG. *Clínica e cirurgia geriátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.

Ramos LR et al. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil. Rev Saúde Pública 1993; 27: 87-94.

Romano B W. Aspectos psicológicos e sua importância na cirurgia das coronárias. In: Stolf NAG, Jatene AD. Tratamento cirúrgico da ICO. São Paulo: Atheneu; 1998. p. 257-273.

Shiekh, J.I.; Yesavage, J.A. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. Clin. Gerontol..1986, 5: p. 165-173.

Veras R. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde. Revista da USP 2001; 51: 72-85.

---

*Recebido em 12 de fevereiro de 2008*

*Aprovado em 27 de março de 2008*