



**O idoso na cirurgia cardiovascular:
a importância de atuar nos fatores de risco
modificáveis**

Fátima Rosane Rodrigues e Sousa Lamarca

Enfermeira

Mestre pela Faculdade de Enfermagem

da Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Antiga Professora de Enfermagem em Terapia Intensiva

na Universidade Veiga de Almeida do Rio de Janeiro

O idoso na cirurgia cardiovascular: a importância de atuar nos fatores de risco modificáveis

Resumo: O processo de envelhecimento populacional determinado pelo aumento da expectativa de vida vem determinando uma preocupação nos profissionais da saúde em consequência da luta mundial pelo controle das doenças crônicas, com o foco na prevenção e educação para a saúde. O Journal of the American Geriatrics Society informa que o fator idade não é mais justificativo para não serem realizados procedimentos médicos em indivíduos acima de 80 anos. As doenças cardiovasculares são uma das principais causas de morte. Os fatores de risco cardiovascular podem ser classificados em dois tipos: os modificáveis e os não modificáveis, sendo que os modificáveis podem sofrer intervenção através da prevenção. Há a necessidade de acesso a informação sobre saúde, formas de prevenção, acessibilidade aos serviços de saúde e legislação ligada à saúde e às pessoas idosa. Estes aspetos determinarão uma população mais saudável, consciente dos seus direitos e capaz de mudar o curso e a trajetória da sua própria vida e da sociedade.

Palavras Chave: idoso, cuidados de enfermagem e prevenção.

Tthe elderly in cardiovascular surgery: the importance of acting on modifiable risk factors

Abstract: The population aging process determined by the increase in life expectancy has been de-termining a concern in health professionals as a result of the global struggle for the control of chron-ic diseases, with a focus on prevention and health education. The Journal of the American Geriatrics Society reports that the age factor is no longer a justification for not performing medical procedures on individuals over 80 years of age. Cardiovascular diseases are one of the leading causes of death. Cardiovascular risk factors can be classified into two types: modifiable and non-modifiable. The modifiable can undergo intervention through prevention. There is a need for access to information on health, forms of prevention, accessibility to health services and legislation related to health and the elderly. These aspects will determine a healthier population, aware of their rights and capable of changing the course and trajectory of their own life and that of society.

Keywords: elderly, nursing care and prevention.

O acesso a informação seja sobre saúde, formas de prevenção e acessibilidade aos serviços de saúde e legislação ligada à saúde e às pessoas idosa irá determinar uma população mais saudável, consciente de seus direitos e capaz de mudar o curso e trajetória da sua própria vida.

1. A luta mundial pelo controle das doenças crônicas: o foco na prevenção e educação para a saúde

Com o aumento da expectativa de vida cresce o número de pessoas com idade superior a 70 anos que necessitam de operação cardíaca.

Um estudo publicado pela Journal of the American Geriatrics Society concluiu que o fator idade não é mais justificativo para não serem realizados procedimentos médicos em indivíduos acima de 80 anos.

Em Portugal o número de idosos (65 e mais anos) passará de 2,2 para 3,0 milhões e o

índice de envelhecimento quase duplicará, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens em 2080, determinado pelo decréscimo da população jovem e pelo aumento da população idosa. A região mais envelhecida será a Região Autónoma da Madeira com este índice a atingir os 429 idosos por cada 100 jovens e a região menos envelhecida será o Algarve com um índice de 204. A população em idade ativa (15 a 64 anos) diminuirá de 6,6 para 4,2 milhões de pessoas.

O índice de sustentabilidade potencial (quociente entre o número de pessoas com idades dos 15 aos 64 anos e o número de pessoas com 65 e mais anos) poderá diminuir de forma acentuada face ao decréscimo da população em idade ativa a par do aumento da população idosa. Este índice passará de 259 para 138 pessoas em idade ativa por cada 100 idosos entre 2018 e 2080.

As duas principais causas de morte no nosso país são os tumores malignos, em crescendo, e as doenças do aparelho circulatório, em decrescendo moderado desde os anos 90.

Com o aumento da população de pacientes idosos, a incidência das doenças degenerativas das válvulas cardíacas, comuns nesta faixa etária, também cresce.

Para o paciente idoso que tem um problema isolado numa valva cardíaca, por exemplo, a abordagem cirúrgica precoce impede que a doença valvar comprometa a contratilidade do coração, proporcionando um risco baixo e a devolução de uma qualidade e expectativa de vida normais. Assim, a cirurgia cardíaca em idosos vem ao encontro desse objetivo, devolvendo vida aos anos do paciente.

Nas pessoas idosas é comum a descoberta de um problema cardíaco durante a realização de exames para outras doenças. Nestes casos, em regra, é indicada a realização da cirurgia do coração primeiro. A medida visa diminuir os riscos no tratamento da outra doença (tumores ou transplantes). O coração é sempre colocado em primeiro lugar pelo risco que representa para os outros tratamentos. Uma vez protegido o coração, o tratamento de doenças associadas tende a obter melhores resultados.

Apesar dos pacientes idosos apresentarem maior complexidade clínica devido à maior incidência de doenças crônicas e de comprometimento de órgãos-alvo, os avanços na operação cardíaca, na anestesia e na terapia intensiva, bem como a indicação cirúrgica antes que haja disfunção miocárdica severa tornaram possível a intervenção cirúrgica com baixa morbi-mortalidade.

Com os avanços tecnológicos da medicina aliados ao maior acesso à informação, as pessoas idosas passaram a ter uma melhor qualidade de vida, sendo mais ativos e independentes. Tratamentos mais eficazes e procura pela boa alimentação e hábitos saudáveis são fatores que contribuem para que os idosos tenham uma sobrevida satisfatória após uma cirurgia cardíaca.

2. Breve história da cirurgia cardíaca

A cirurgia cardiotorácica é o campo da medicina que diz respeito ao tratamento cirúrgico de órgãos do tórax, envolvendo geralmente o tratamento da doença cardíaca e da doença pulmonar e incluindo o tratamento de patologias da pleura, da parede torácica, do mediastino e do diafragma.

A cirurgia cardíaca é uma das mais novas especialidades cirúrgicas. A sua história tem menos de um século e, mesmo assim, limitada a intervenções relativamente simples, frequentemente sem sucesso.

A era moderna da cirurgia cardíaca só se iniciou em 1953 com a invenção da circulação extracorpórea (máquina de coração-pulmão) realizada por John Gibbon. Os esforços iniciais foram dirigidos à correção das malformações congénitas, mas rapidamente foram estendidos à patologia adquirida, especialmente valvular e coronária.

O primeiro transplante cardíaco foi realizado Christiaan Barnard, em 1967. Foi considerado um dos maiores avanços da cirurgia cardíaca e, na realidade, de toda a cirurgia.

Os muitos desenvolvimentos técnicos entretanto introduzidos conduziram a verdadeiras sub-especialidades, ainda que não reconhecidas como tal, como é o caso da cirurgia minimamente invasiva e vídeo-assistida e da cirurgia robótica, que constituirão a cirurgia do futuro.

Toda esta atividade da cardiologia de intervenção foi causando alguma erosão nas áreas clássicas de atuação cirúrgica, mas sem resultar numa diminuição significativa da sua atividade em consequência de um aumento da procura noutras áreas e resultante também do envelhecimento da população e consequente aumento da patologia degenerativa e aterosclerótica.

3. Cirurgia cardíaca do adulto e fatores de risco

A cirurgia coronária e a cirurgia valvular continuam a ser os grandes campos da atividade cirúrgica, embora com expressões diferentes nos países do

centro e norte (predomínio da cirurgia coronária) e do sul da Europa (predomínio da cirurgia valvular).

As razões para o predomínio da doença valvular nos países do sul da Europa (caso de Portugal) são difíceis de explicar, mas estão relacionadas, por um lado, com o menor número de cirurgias coronárias realizadas e, por outro, com as sequelas tardias da doença valvular reumática de baixa intensidade e com especificidades do envelhecimento cardíaco nas populações latinas (calcificação, arritmias crônicas).

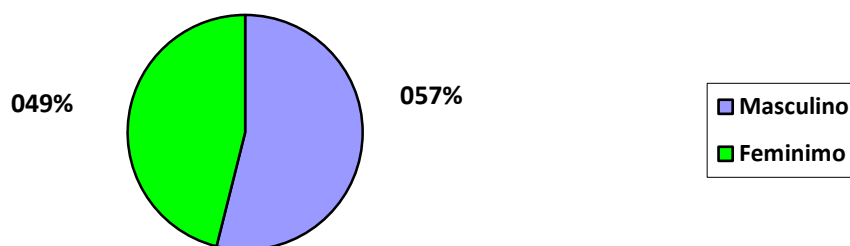
Os fatores de risco cardiovascular podem ser classificados em dois tipos: não modificáveis e modificáveis. Os fatores de risco não modificáveis não são passíveis de intervenção. Dizem respeito à idade, ao sexo e à história pessoal e familiar de doença cardiovascular. Os modificáveis são aqueles em que, numa perspectiva de prevenção, podemos intervir e corrigir. Incluem o tabagismo, a hipertensão arterial, a dislipidemia (colesterol elevado), a diabetes, a obesidade, a inatividade física e o consumo excessivo de álcool. Um estilo de vida saudável tem uma influência positiva em todos estes fatores de risco.

Analisando uma pesquisa realizada entre 2012 até 2014 num grande centro de cirurgia cardíaca do Hospital Universitário no Rio de Janeiro, constatamos o seguinte:

Faixa etária dos pacientes

Faixa Etária	n	%
25 - 40	16	8,2
41 - 50	21	10,8
51 - 60	42	21,4
61 - 70	63	32,1
71 - 80	38	19,4
81 - 90	14	7,1
91 - 100	02	1,0
	196	100

Género



Tipo de cirurgia, utilizando a faixa etária de 61 até 100 anos

Tipo de Cirurgia Cardíaca	n	%
Revascularização do miocárdio	66	56,4
Implante valvar aórtico	08	6,8
Implante de Pace	43	36,8
	117	100

Apesar de utilizarem um cenário da América Latina, estes dados não destoam do cenário mundial.

Observamos que quanto maior a idade maior a possibilidade de comorbidades associadas determinando uma maior necessidade de acompanhamento e atenção no pré, trans e pós-operatório.

Quanto ao género, com aumento da idade o sexo feminino deixa de ter a proteção hormonal em consequência da menopausa e observa-se uma curva ascendente nas alterações do aparelho cardiovascular.

O próprio envelhecimento orgânico e agregado aos fatores de risco não modificáveis e modificáveis para doença cardíaca determinam e justificam a necessidade de intervenção para melhoria da qualidade de vida.

Com o processo de envelhecimento observamos um aumento da estenose aórtica por calcificação valvar.

O crescimento das condições crônicas é muito acentuado. Atualmente são responsáveis por cerca de 60% do ônus decorrente de todas as doenças no mundo e acredita-se que em 2020 responderão por 80% das doenças em países em desenvolvimento.

Estas mudanças causam impacto em níveis individuais, sociais e econômicos. O indivíduo necessitará de alterar hábitos de vida e, muitas vezes, aderir a tratamentos medicamentosos, além de conviver com a incapacidade se o controle da patologia não obtiver sucesso.

Há grande impacto econômico causado não só pelos custos diretamente relacionados ao tratamento de saúde, como também por aqueles derivados da diminuição da força laboral devida a óbitos, incapacidade e perda de produtividade.

Os idosos constituem a população mais acometida pelas doenças crônicas. A incidência de doenças como hipertensão arterial, diabetes, cancro e patologias cardiovasculares eleva-se com a idade. Esse aumento parece dever-se a interação entre fatores genéticos predisponentes, alterações fisiológicas do envelhecimento e fatores de risco modificáveis como tabagismo, ingestão alcoólica excessiva, sedentarismo, consumo de alimentos não saudáveis e obesidade.

4. A luta mundial pelo controle das doenças crônicas: o foco na prevenção e educação para a saúde

Como foi visto, o lugar comum na luta pelo controle das doenças crônicas é a prevenção primária ou secundária.

Os profissionais de saúde têm como missão estimular a população a manter hábitos de vida mais saudáveis, além da manutenção de seguimento médico regular a fim da realização de diagnóstico precoce, caso essas condições se manifestem. O objetivo desses cuidados é não só aumentar o tempo de vida,

mas também a sua qualidade. O maior desejo é manter independência e autonomia de cada indivíduo pelo maior tempo possível.

Observa-se que mudanças de hábitos de vida muitas vezes são mais difíceis de serem mantidas do que tratamentos medicamentosos, pois envolvem padrões de comportamento alicerçados por anos.

Há dados objetivos na literatura médica que levam a insistir em mudanças em qualquer altura da vida. Com a cessação do tabagismo, por exemplo, após um ano, o risco de doenças coronárias diminui em 50%. Em pacientes com certo tipo de cancro de pulmão (carcinoma de pequenas células) a sobrevida foi significativamente maior nos que abandonaram o tabagismo. Assim sendo, é sempre tempo para mudanças e correções na trajetória, apesar de todas as dificuldades inerentes ao processo. É importante que todos se consciencializem que são parte do processo saúde-doença ao invés de se colocarem apenas como suas vítimas.

Nos cuidados específicos ao paciente idoso, com todas as suas particularidades e presença frequente de várias doenças associadas, torna-se ainda mais importante a educação em saúde e uma abordagem holística. É importante que o idoso tenha informações sobre as doenças existentes, prevenção e tratamento para que possa realmente sentir o quanto ele pode fazer por si mesmo. Os profissionais de saúde também devem contemplar o todo, o ser bio-psico-social.

Os tratamentos propostos devem ser adequados a cada indivíduo. Para a atenção global ao idoso tem-se cada vez mais a certeza de que há grande benefício na atuação de equipas interdisciplinares em todas as etapas do processo saúde-doença, seja na prevenção e compensação de doenças crónicas ou reabilitação pós complicações.

A humanização na saúde caracteriza-se como um movimento no sentido de estimular e incentivar a valorização de todos os atores e sujeitos que participam na produção da saúde. Nesse humanizar abre-se espaço para as diversas expressões relativas ao género, à idade, à origem, à etnia, à raça, à situação económica, à orientação sexual, à pertença a povos, populações e segmentos culturalmente diferenciados ou vivendo situações especiais.

Para operacionalizar a humanização é necessário proporcionar dispositivos, tecnologias, ferramentas e modos de operar.

Nos dispositivos destaca-se o acolhimento que tem a característica de um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a dar atenção a todos os que procuram os serviços de saúde, ouvindo suas necessidades e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas junto dos utentes. O acolhimento deve estar presente em todos os momentos do processo de atenção e de gestão e que atinja todos aqueles que participam na produção da saúde, voltando seu olhar atencioso para os utentes e para os trabalhadores da saúde. O acolhimento não é um espaço ou um local específico, não pressupõe uma hora ou um profissional determinado para fazê-lo. É uma ação que pressupõe a mudança da relação entre o profissional e o utente e sua rede social. Implica um compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades e angústias, constantemente renovados. O processo de trabalho das equipas de saúde da família deve caracterizar-se pelo desenvolvimento de ações pró-ativas.

Para a efetivação do acolhimento da pessoa idosa os profissionais de saúde devem compreender as especificidades dessa população e a própria legislação vigente.

Para isso, devem:

- Estar preparados para lidar com as questões do processo de envelhecimento, particularmente no que concerne à dimensão subjetiva da pessoa idosa;
- Romper com a fragmentação do processo de trabalho e interação precária nas equipas multiprofissionais, pois é preciso reconhecer que a complementaridade interdisciplinar e a integração entre a rede básica e o sistema de referências;
- Facilitar o acesso dos idosos aos diversos níveis de complexidade da atenção;
- Investir na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à saúde da pessoa idosa.

No acolhimento à pessoa idosa os profissionais de saúde devem estar atentos, aos seguintes aspetos:

- O estabelecimento de uma relação respeitosa considerando que com a experiência de toda uma vida as pessoas tornam-se em geral mais sábias, desenvolvem maior senso de dignidade e prudência e esperam ser reconhecidas por isso;
- Partir do pressuposto que o idoso é capaz de compreender as perguntas que lhe são feitas ou as orientações que lhe são fornecidas nunca se dirigindo primeiramente ao seu acompanhante;
- Chamar a pessoa idosa pelo nome e manter contato visual, preferencialmente de frente e em local iluminado, considerando um possível declínio visual ou auditivo;
- Utilizar uma linguagem clara, evitando-se a adoção de termos técnicos que podem não ser compreendidos.

As equipas de saúde na atenção básica, em especial quando organizadas pela saúde da família, dispõem de importantes ferramentas para garantia de uma atenção humanizada. É importante destacar que todo o trabalho da equipe de atenção básica e saúde da família deve procurar sempre o máximo da autonomia dos utentes em relação às suas necessidades, propiciando condições para melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa.

Nas características do processo de trabalho das equipas destacam-se:

- Atenção continuada ou longitudinalidade: a garantia de efetivação do cuidado ao longo do tempo confere vantagens, especialmente no acompanhamento da pessoa idosa. Não é necessário esgotar todos os assuntos num único contato. É possível negociar mudanças de hábitos gradual e continuamente onde cada conquista pode ser comemorada. É possível haver maior agilidade na perceção de reações inadequadas ao uso de medicamentos ou de outras condutas que possam prejudicar a vida da pessoa idosa, possibilitando a correção dessas condutas. Estreitam-se os vínculos entre os utentes e a equipa, o que contribuirá para o aumento da adesão aos tratamentos.
- Visita Domiciliária: é um momento único no estabelecimento do cuidado aos utentes da comunidade adscrita. Deve ser sempre planeada pela equipa de maneira a contemplar as necessidades específicas de cada

família a ser visitada. Cada visita deve ser organizada com um grupo determinado de profissionais de saúde. Na visita domiciliar é possível estabelecer, junto dos familiares um suporte mais adequado às necessidades específicas da pessoa idosa, negociando com familiares e cuidadores cada aspecto desse cuidado.

Esta atividade confere, também, maior conforto, tranquilidade e segurança aos familiares no acompanhamento da pessoa idosa, além de ser, no primeiro momento de reconhecimento do território, uma importante ferramenta na detecção de idosos em situações de abandono ou outras situações que apontem que seus direitos estão negligenciados.

Nas consequências do processo incapacitante destacam-se a hospitalização e a institucionalização que influenciam a qualidade de vida das pessoas idosas. Algumas intervenções - reabilitação, terapia medicamentosa e, modificações do ambiente físico-social, mudanças no comportamento e estilo de vida, atributos psicossociais, adaptação às atividades e a presença de suporte extra (pessoal ou equipamento especial) - podem reduzir as dificuldades.

Três conceitos apresentam-se interligados e interdependentes quando se discute o processo incapacitante. São eles: autonomia, independência e dependência. Autonomia pode ser definida como o auto-governo e expressa-se na liberdade para agir e para tomar decisões. A independência significa ser capaz de realizar as atividades sem ajuda de outra pessoa. A dependência significa não ser capaz de realizar as atividades cotidianas sem a ajuda de outra pessoa. Muitas pessoas mantêm a sua autonomia (capacidade de decisão) embora sejam dependentes (incapacidade física para executar uma determinada ação). Por exemplo: um idoso que após um acidente vascular encefálico apresenta limitação na sua mobilidade e requer auxílio para tomar banho (dependência), mas pode ser perfeitamente capaz de decidir o horário do banho e a roupa que prefere vestir (autonomia).

5. Conclusão

Entre as doenças crônicas e degenerativas, as doenças cardiovasculares apresentam um papel destaque pelos altos índices de prevalência, determinando encargos para os sistemas públicos, familiares, indivíduos e para a sociedade.

A humanização na saúde caracteriza-se como um movimento no sentido de estimular e incentivar a valorização de todos os atores e sujeitos que participam na produção da saúde e desta forma promover a educação, informação em saúde e o controle, utilizando-se de meios tecnológicos existentes de forma competente para podermos mudar as estatísticas que hoje se apresentam.

A doença cardiovascular possui fatores preditores que são os riscos modificáveis e os não modificáveis. Uma mudança do estilo de vida em qualquer fase do ciclo de vida tem uma influência positiva em todos estes fatores de risco. Os fatores de risco não modificáveis não são passíveis de intervenção e estão relacionados com a idade, o sexo e a história pessoal e familiar de doença cardiovascular.

As técnicas invasivas (cirurgias, exames como cineangiocoronariografia) e não invasivas (testes ergométricos, ecocardiogramas, holter, enzimas cardíacas sanguíneas), estão à disposição para diagnóstico e tratamento precoce dos problemas cardiovasculares propiciando manter a independência dos indivíduos

O mau gerenciamento e a desinformação estímulo da população a manter hábitos de vida saudáveis determinam altos encargos de saúde pública e o profissional de saúde tem uma missão importantíssima neste contexto além da manutenção de consultas regulares por parte do indivíduo e o conhecimento e informações sobre os aspetos de sua saúde.

O acesso a informação seja sobre saúde, formas de prevenção e acessibilidade aos serviços de saúde e legislação ligada à saúde e às pessoas idosa irá determinar uma população mais saudável, consciente de seus direitos e capaz de mudar o curso e trajetória da sua própria vida.

Referência bibliográficas

- Cadernos de Atenção Básica - Ministério da Saúde - nº19. Brasília – DF /2006. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.
- Chaudhry Si, Krumholz Hm, Foody Jm: Systolic Hypertension in Older Persons. JAMA 2004; 292:1074-1080.
- Chobanian Av et al. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. JAMA 2003;289:2560.
- Cohen Gd: Depression in the late life: An historic account demonstrates the importance of making the diagnosis. Geriatrics 2002; 57 (12): 38-39.
- Epping-Jordan J et al: Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. World Health Organization, 2003.15-30.
- Gomes Dc et al: Estimativa 2005: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro. INCA 2004. 30-39.
- Gregerman Ri: Diabetes Mellitus. In: Barker LR, Burton JR, Zieve PD: Principles of Ambulatory Medicine.5th ed. Baltimore: Williams &Wilkins, 1999. 1023-1065.
- Lebrão Ml, Duarte Yao. O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Organização Pan-Americana de Saúde. 2003. 73-92.
- Massie Bm, Grandner Cb: Coronary heart disease. In: Tierney LM, McPhee SJ, Papadakis: Current medical diagnosis & treatment. United States of America, 2005. 328-331.
- Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência. Cirurgia Cardiorrástica - 30 de junho de 2016. SNS. Portugal.
- Sabaté E et al: Aderence to long term therapies: Evidence for action. World Health Organization, 2003. 65-86, 107-114.
- Wong J, Wong S: Evidence-based care for the elderly with isolated systolic hypertension. Nursing and Health Sciences 2005; 7: 67-75.