

Artigo original

Idoso e os cuidados perioperatórios

Meives Aparecida Rodrigues de Almeida, M.Sc. *, José Manuel Mayán Santos**, Manuel Gangoy Crego***, Montserrat Fernández Prieto, D.Sc. ****

Enfermeira, Doutoranda em Gerontologia, Escuela Universitaria de Enfermería da Universidade de Santiago de Compostela – USC, **Catedrático Escuela Universitaria de Enfermería da Universidade de Santiago de Compostela – USC, *Diretor do Programa Oficial de Pós-Graduação em Gerontologia da Escuela Universitaria de Enfermería Universidade de Santiago de Compostela – USC, ****Psicóloga da Escuela Universitaria de Enfermería Universidade de Santiago de Compostela – USC*

Resumo

Este estudo descritivo, transversal, objectivou realizar uma análise e apresentar uma caracterização do idoso no período perioperatório, quanto ao diagnóstico de internação; patologias associadas; conhecimento e compreensão dos problemas de saúde; estado sensorial; estado emocional; cirurgia realizada, tipo de anestesia e intercorrências. A colheita dos dados foi realizada no período de junho de 2007 a janeiro de 2008.

Palavras-chave: enfermagem, idoso, envelhecimento, cirurgia, assistência perioperatória.

Abstract

Elderly and perioperative care

The purpose of this descriptive transversal study is to carry out an analysis and to characterize the elder during perioperative period concerning admission diagnosis; associated pathologies; knowledge and understanding of health problems; sensory state; emotional state; performed surgery, anesthesia type and intercurrency. Data were collected from June 2007 to January 2008.

Key-words: nursing, aged, aging, surgery, perioperative care.

Resumen

Persona mayor y cuidados perioperatorios

Este estudio descriptivo transversal tiene como objetivo realizar un análisis y presentar una caracterización de la persona mayor en el periodo perioperatorio, diagnosis de internación; patologías asociadas; conocimiento y comprensión de los problemas de salud; estado sensorial; estado emocional; cirugía realizada, tipo de anestesia y intercurriencia. Los datos fueron recogidos en el periodo de Junio de 2007 a Enero de 2008.

Palabras-clave: enfermería, anciano, envejecimiento, cirugía, atención perioperativa.

Artigo recebido em 21 de setembro de 2009; aceito em 5 de novembro de 2009.

Endereço para correspondência: Meives Aparecida Rodrigues de Almeida, Rua do Cedro, 300/AF Mozelos 4535-198 Santa Maria da Feira, Portugal, E-mail: meivesalmeida@gmail.com

Introdução

Enfermagem perioperatória é o termo usado para descrever a ampla variedade de funções de enfermagem associadas à experiência cirúrgica do paciente. A palavra *perioperatória* é um termo abrangente, que incorpora as três fases da experiência cirúrgica: pré-operatória, transoperatória e pós-operatória, cada qual dessas fases inicia-se e termina em determinado momento na sequência de eventos que constituem a experiência cirúrgica [1,2].

Esses eventos caracterizam-se por ser um processamento executado numa fase muito específica da atenção ao doente, frente ao procedimento anestésico-cirúrgico. Os cuidados são voltados à satisfação das necessidades do indivíduo, no período perioperatório, que vem necessitando de uma abordagem reflexiva quanto ao seu processo atual [3,4], principalmente quando se trata do paciente idoso.

À medida que a esperança média de vida aumenta, o tratamento de doenças em paciente idoso também vão se tornando mais frequentes. Ao passar dos anos o ser humano torna-se mais vulnerável às agressões do meio interno e externo. As mudanças que ocorrem durante o desenvolvimento do processo de envelhecimento são sentidas de forma particular por cada um. As adaptações podem acontecer de forma adequada, saudável ou patológica. Tudo depende da história precedente, da saúde física, do bem-estar socioeconômico e da vivência atual das modificações, perdas e medos [4].

O grupo etário dos idosos é presumivelmente o mais heterogêneo de todos os grupos populacionais, quer pelo vasto leque de idades das pessoas que dele fazem parte, quer pela diversidade de situações de saúde e doença, que pode variar desde ausência de doença aparente e com autonomia completa até doença crônica e avançada com dependência total de uma assistência [4-6].

Em nossos dias um dos maiores problemas que se vêem é, certamente, as cirurgias envolvendo pacientes idosos. Tal situação tem um aspecto evidente pelo aumento da população idosa que, atingindo, em número cada vez maior, idades avançadas, tem maior comprometimento funcional em seus órgãos vitais; chegam às salas de cirurgia cada vez mais idosos e cada vez mais comprometidos [7,8].

Mas também temos outros aspectos, os relevantes progressos da tecnologia científica e da bioengenharia médica que vem permitindo melhores controles orgânicos, tornando praticáveis procedi-

mentos que, até há alguns anos, eram impossíveis em pacientes mais idosos [7].

As alterações fisiológicas do envelhecimento podem propiciar maior risco de complicações perioperatórias. Por exemplo, a diminuição funcional dos rins e fígado facilita as intoxicações medicamentosas, a diminuição da reserva cardíaca pode facilitar a presença de hipotensão, a diminuição da capacidade vital forçada relaciona-se diretamente à capacidade de tosse, entre outros [9,10]. Por outro lado, deve-se considerar que as alterações fisiológicas do envelhecimento se dão, principalmente, à custa das reservas orgânicas. Assim, as alterações podem ser imperceptíveis, a não ser em situações de estresse. Uma adequada avaliação pré-operatória é, com certeza, a necessidade inicial do preparo perioperatório do paciente idoso. É evidente que a avaliação deverá levar em conta a perspectiva do risco cirúrgico de cada procedimento [11-13].

A perspectiva da cirurgia e da anestesia representa uma mudança na rotina de vida que, associada às características individuais de cada pessoa pode desencadear alterações emocionais. Em pacientes no pré-operatório, o ideal seria que eles não tivessem maiores preocupações do que aquelas originadas de sua própria doença. No entanto, antecipação da dor, separação da família, perda da independência e medo de se tornar incapacitado, do procedimento cirúrgico e da morte são fatores que com frequência desencadeiam sintomas de ansiedade e stress nesse período [14,15].

A avaliação cuidadosa na triagem de pacientes, o tratamento correcto das doenças concomitantes e os adequados cuidados perioperatório, são essenciais para que se tenha bons resultados em pacientes idosos [16].

A intervenção cirúrgica pode ser uma experiência emocionalmente difícil para o ser humano, principalmente se idoso. Pois como já referimos este paciente tem características fisiológicas próprias, necessidades de cuidados especiais, mesmo quando a cirurgia transcorre em perfeita normalidade, pois a ansiedade e o estresse cirúrgico é muito grande e o idoso tem reservas funcionais diminuídas.

O objetivo deste artigo é apresentar a caracterização do paciente idoso submetido a um procedimento cirúrgico.

Material e método

Tratou-se de um estudo, descritivo, transversal, realizado no Hospital de São Sebastião de Santa

Maria da Feira (Aveiro/Portugal), após os trâmites e aprovação do projecto pela comissão de ética da instituição, no período de junho de 2007 a janeiro de 2008.

Amostra

Foram incluídos no estudo 20 pacientes de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 65 anos internados nas enfermarias de urologia, cirurgia geral, ortopedia e ginecologia, que foram submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos de médio ou grande porte. Além das características citadas acima, foram selecionados, idosos conscientes no tempo e no espaço, com acuidade auditiva presente e com condições de manter uma entrevista.

Instrumento utilizado

Após o pré-teste, os questionários foram aplicados no período pré-operatório, transoperatório e pós-operatório, compostos pelos dados sociodemográficos (sexo, idade, estado civil, escolaridade, situação ocupacional); conhecimento e compreensão do problema de saúde; estado sensorial, emocional e intercorrências ocorridos durante o período intra e pós-operatório. Os instrumentos foram preenchidos pela própria autora, devido ao fato de muitos idosos apresentarem acuidade visual diminuída e previsivelmente manifestarem dificuldades para ler e escrever.

Tratamento estatístico

Foram realizados através do software estatístico SPSS versão 15.0.

Resultados e discussão

Perfil do idoso

O estudo foi composto por 20 idosos, sendo 55% do sexo masculino, com idade variando entre os 65 a 80 anos (média de $70,90 \pm 4,315$ anos). Em relação ao estado civil, verifica-se que a condição de casado foi mais frequente 55%. Cerca de 40% dos idosos possuem a quarta classe do ensino básico e 30% são analfabetos. No que diz respeito ao ofício desempenhado pela população idosa, verificamos que 25% trabalharam na lavoura e 20% trabalharam como corticeiro (indústria de rolha). Atualmente a totalidade dos idosos encontram-se aposentados.

Na maioria dos estudos encontrados na literatura é possível assinalar que a proporção de idosos do sexo feminino é superior ao do masculino. Esses resultados são esperados devido às maiores taxas de mortalidade experimentadas pelos homens e à maior longevidade feminina, que torna a diferença nas proporções de homens e mulheres, portanto, mais expressiva entre os idosos de idades mais avançadas [17].

Por outro lado, as mulheres se preocupam muito mais com a saúde e quando sentem que algo não vai bem, procuram logo assistência médica, não acontecendo o mesmo com os homens. Não obstante, à medida que envelhecem, as pessoas podem prever que terão problemas de saúde mais persistentes e potencialmente incapacitadores [5,6].

A escolaridade da população idosa é muito baixa e declina ainda mais com o aumento da idade. A situação é bem desfavorável às mulheres. Esse diferencial por sexo reflete as menores oportunidades de acesso à escola sofrida pelas mulheres no passado. Os idosos nos dias de hoje têm melhor nível de instrução do que seus antecessores, e essa tendência irá continuar à medida que as gerações mais jovens envelhecem. Além disso, um número cada vez maior de adultos mais velhos está optando por continuar seus estudos [5].

Diagnósticos e patologias associadas

Nesta pesquisa, conferimos que 50% dos idosos apresentavam coxoartrose e 20% gonoartrose, como diagnóstico de internação (Tabela I). Sendo comum a 85% dos idosos outras patologias associadas, observando-se uma média de $2,88 \pm 1,364$ patologias por idosos. A doença de maior prevalência foi a hipertensão arterial em 60% dos casos.

Os idosos têm maior probabilidade de apresentar doenças crônicas, próprias do envelhecimento populacional, como as doenças cardiovasculares, câncer, hipertensão, diabetes e doenças reumáticas. Entre estas, algumas são muito mediáticas por serem cada vez mais responsáveis por mortalidade, mas outras, como as doenças reumáticas, deverão ser igualmente consideradas. Na verdade, se não condicionam a morte, são responsáveis por grande sofrimento e incapacidade. Doença reumática é uma designação genérica que abrange o conjunto das doenças que afetam o aparelho locomotor. Entre estas, a mais comum é a artrose, afetando cerca de 20% da população (cerca de 2 milhões de pessoas em Portugal) [18].

Tabela 1 - Diagnósticos e patologias associadas (Portugal, 2008).

Variáveis	Distribuição	
	n	%
Diagnóstico		
Coxoartrose	11	50
Gonoartrose	4	20
Hipertiroidismo	1	5
Artrose	1	5
Neoplasia de Esófago	1	5
Prolapso das paredes vaginais (Retocele)	1	5
Prótese total de joelho deslocada	1	5
Tumor maligno do rim direito	1	5
Patologias Associadas		
Sim	17	85
Não	3	15
Patologias		
Hipertensão Arterial	12	60
Dislipidemia	5	25
Obesidade	5	25
Patologia Ósteoarticular	5	25
Diabetes Mellitus	4	20
Osteoporose	4	20
Insuficiência Venosa Periférica	3	15
Síndrome Ansiosa	3	15
Depressão	2	10
Varizes de Membros Inferiores	2	10
Artrite Reumatóide	1	5
Esofagite de Refluxo	1	5
Hérnia de Disco Lombar	1	5
Prostata Aumentada	1	5
Média de patologias por idoso		
Mínimo	1	
Máximo	6	
Média	2,88	
Desvio Padrão	1,364	

A coxartrose (artrose do quadril) pode ser secundária a uma malformação congênita do quadril ou a uma artrite. É uma patologia crônica degenerativa não inflamatória da articulação do quadril que normalmente aparece em pessoas de meia-idade ou em idosos. Ela é caracterizada por distúrbios do crescimento ou da maturação na cabeça e colo do fêmur, assim como displasia do acetábulo. Um sintoma dominante é a dor pela sobrecarga de peso ou movimentação. O quadro clínico apresenta dor no quadril de característica insidiosa e progressiva que pode irradiar para virilha, nádega, coxa e face medial do joelho, marcha claudicante, limitação de movimentos (flexão, abdução, rotação interna e externa), contraturas musculares e sinais de insufi-

ciência de abdutores. O diagnóstico pode ser feito com exame radiográfico simples [18,19].

A osteoartrose de joelho também chamada de gonartrose, igualmente é uma doença de caráter inflamatório e degenerativo, que acarreta a destruição da cartilagem articular e leva a uma deformidade da articulação. A etiologia da degeneração é complexa e inicia-se com o envelhecimento. A doença é de caráter crônico, de evolução lenta e sem comprometimento sistêmico de outros órgãos, afetando as articulações periféricas e axiais, mais frequentemente as que suportam peso. Na grande maioria dos indivíduos se desenvolve de maneira silenciosa, a ocorrência desta patologia aumenta com a idade. O paciente apresenta dor relacionada a exercício físico, dor ao repouso, dor noturna, rigidez após inatividade, perda de movimento, sensação de insegurança ou de instabilidade, limitação funcional, incapacidade. É importante ressaltar que a osteoartrose é a doença reumática mais comum entre os idosos e quando não tratada adequadamente pode levar a incapacidade física, quedas e imobilização devido às dores e perda da força muscular, tornando-se assim um grande problema de saúde pública [20]. O tratamento inicia-se com repouso relativo na fase dolorosa, fisioterapia, medicamentos, uso de orteses para descarga de peso e exercícios orientados, importantes para manter mobilidade articular e evitar a rápida instalação da artrose, o tratamento cirúrgico também é muito utilizado [9,12,20].

Já em relação a pressão arterial alta, vários estudos longitudinais e transversais confirmam que, mesmo nos idosos, a hipertensão sistólica, por si ou combinada com a pressão diastólica elevada, continua sendo um importante factor de risco da mortalidade e morbidade cardiovasculares. Com o envelhecimento da população, torna-se de grande importância o diagnóstico e tratamento adequado. Estudos demonstram que nove em cada 10 indivíduos a partir de 55 anos provavelmente desenvolverão hipertensão arterial durante sua vida tornando-se um dos maiores problemas de saúde pública [9,12].

Em relação as patologias associadas, a literatura nos evidencia em diferentes estudos que os idosos podem apresentar três ou mais patologias [2,3,9].

Conhecimento e compreensão do problema de saúde

Quanto ao conhecimento e compreensão do problema de saúde, foi possível constatar que 85% dos idosos não conheciam o cirurgião, enquanto que a totalidade da amostra também não conhecia

o anestesista. Ao considerar-se o fornecimento de informações a cerca da intervenção cirúrgica, verificasse que 70% dos idosos receberam tais informações. No caso das cirurgias ortopédicas, essas informações foram proporcionadas no pré-operatório em uma reunião realizada no hospital ao grupo de paciente a ser submetidos ao procedimento ortopédico, sendo que em 70% dos casos os informes foram fornecidos pelos médicos. No que se refere ao tipo de informações, 55% dos idosos relataram que foram orientados quanto ao procedimento cirúrgico. Ainda conferimos que 70% foram informados sobre o tipo de anestesia pelo médico durante a consulta anestésica, desses 25% citaram que o médico referiu que anestesia ia ser uma injeção nas costas e 15% indicaram que o médico só fez perguntas durante a consulta. Em relação a experiência prévia de anestesia, 85% já tinham passado por esta prática, sendo que 60% foram submetidos à anestesia geral. Quando os pacientes idosos foram questionados quanto ao tipo de recordação que tinha da experiência anestésica anterior, 40% afirmaram ter boa recordação e 35% recordaram de emese. Também ainda analisamos que 85% da amostra já passou por algum tipo de cirurgia, 30% já efetuaram artroplastia do joelho e 20% cirurgia da catarata e da coluna, respectivamente. A média de cirurgia por idoso encontrada nesse estudo foi de $1,90 \pm 1,294$.

No momento em que questionamos se havia algo que o preocupasse especialmente naquele momento, 55% responderam que sim. Sendo o medo e a própria cirurgia as mais citadas com 15% cada.

Quando investigamos o estado sensorial, apuramos que 70% apresentam a acuidade auditiva preservada, já a acuidade visual encontramos 70% com a visão diminuída, sendo que a maioria faz uso de óculos para ler de perto. Apenas foi efectuada uma pergunta e não foi realizado um exame auditivo e nem visual.

Ao inquirirmos sobre o estado emocional do idoso, 80% responderam que estavam ansiosos, a seguir temos 40% que mencionaram estar tensos e 30% aludiram estar tristes. Constatou-se também que 70% dos idosos apresentavam a comunicação preservada e 30% manifestaram uma comunicação verborreica.

Quanto mais vive um idoso, maior é a probabilidade do mesmo ser submetido a um tratamento cirúrgico. A intervenção cirúrgica pode ser uma experiência emocionalmente difícil para o ser humano, mesmo para aqueles que já passaram por este evento. Santos e Caberlon [21] afirmam que a

preocupação maior envolvendo o paciente cirúrgico decorre da falta de informações, pela equipe de saúde, englobando aspectos intrínsecos ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido.

Considerando o cuidado no âmbito da enfermagem perioperatória, a orientação caracteriza-se como uma atividade indispensável para assegurar o bem-estar e a adaptação do paciente à sua condição de saúde, que pode ser temporária ou permanente, representada pelas limitações que o procedimento cirúrgico pode gerar [22]. Essas orientações devem ser realizadas pela equipe multidisciplinar, cada qual ao seu tempo, dependendo das necessidades do doente. É neste período que a assistência de enfermagem e da equipe se faz extraordinariamente importante, com o objectivo de preparar o físico e o emocional do paciente. O preparo pré-operatório tem início com a internação estendendo-se até o momento da cirurgia. O objectivo é levar o enfermo nas melhores condições possíveis ao bloco operatório, para garantir-lhe menores possibilidades de complicações físicas e psicológicas.

O tal preparo então é dividido em físico e psicológico. O preparo psicológico tem como objectivo assegurar confiança e tranquilidade mental do paciente [11]. Dependendo das necessidades apresentadas, o enfermeiro solicitará a presença do profissional (cirurgião, anestesista, fisioterapeuta, psicólogo, entre outros) para esclarecer as dúvidas do paciente. Já o preparo físico é providenciado pela equipe de enfermagem, desde o preparo da pele até a confirmação dos exames realizados, entre outros.

Alguns resultados de pesquisas afirmam que o fato do paciente já ter passado por experiências positivas em relação a procedimentos anestésico-cirúrgico não amenizam o medo da nova experiência [15]. Quanto aos aspectos negativos que o paciente gostaria de evitar na nova experiência cirúrgica, temos estudos que relatam que os pacientes desejariam evitar a náuseas e vômitos no pós-operatório, seguido de outros, como a dor [23].

Desejamos reforçar a ideia de que a orientação pré-operatória tem como algumas de suas principais finalidades: reduzir o nível de ansiedade do paciente, colaborar na recuperação da saúde e prestar assistência qualificada ao doente que se submeterá ao tratamento cirúrgico; e deve oferecer informações que contemplem os detalhes das ações da equipe desenvolvida no período perioperatório, sendo transmitida de forma individual ou em grupo, numa linguagem clara e objetiva compatível com o nível de escolaridade e compreensão do paciente [16].

Alguns estudos como de Delloiagone *et al.* [24] informam que os enfermeiros apontam que o dia anterior à cirurgia é considerado como o melhor momento para as informações. Aqui destacamos que o paciente idoso tem facilidade de esquecer as informações e nós enfermeiros temos que respeitar o tempo do paciente idoso e repetir as informações quantas vezes forem necessárias, por isso, hoje em dia, com o aumento da população idosa candidata a uma cirurgia, torna-se importante a avaliação cognitiva [25]. Essa avaliação perioperatório é essencial. O geriatra Dr. Cançado [26] indica que deve ser verificado até onde o idoso é capaz de cuidar de si e gerir a própria vida; a sua capacidade de concentrar-se no que está fazendo; ter consciência do que está acontecendo a seu redor e avaliar; capacidade de reter informações recentes, com consequente capacidade de aprender; funções psicomotoras (como, por exemplo, caminhar, escrever e falar) e a função visual-espacial (capacidade de localizar-se no tempo e no espaço).

Período transoperatório do idoso

As cirurgias efetuadas e os tipos de anestésias realizadas estão apresentadas na Tabela II. O procedimento cirúrgico mais efectuado nesta amostra foi a artroplastia total da anca 40%, e a artroplastia total do joelho com 35%, sendo o procedimento anestésico mais realizado o bloqueio subaracnoideu 75%.

Tabela II - Cirurgias efetuadas e tipo de anestésias realizadas (Portugal, 2008).

Variáveis	Distribuição	
	n	%
Cirurgias Efetuadas		
Artroplastia Total de Anca	8	40
Artroplastia Total de Joelho	7	35
Esofagectomia Total e colocação de Prótese	1	5
Nefrectomia a Direita e Urectomia	1	5
Reparação do Retocelo	1	5
Revisão e Extracção da prótese de Joelho	1	5
Tiroidectomia Total		
Tipo de Anestesia Realizada		
B. Subaracnoideu	15	75
B. Epidural	10	50
Geral	6	30
Locoregional	1	5

A cirurgia no paciente idoso permanece como um desafio, especialmente nos procedimentos de

grande porte [27]. Como já foi supramencionado, as artroses devem-se ao desgaste das superfícies articulares, apresentam geralmente poucos sinais de inflamação e uma alteração destrutiva das cartilagens ou das fibrocartilagens articulares, de natureza degenerativa. As suas principais localizações são: o quadril (coxartrose), o joelho (gonartrose), a coluna vertebral (cervicartrose, dorsartrose, lombartrose), as mãos (rizartrose do polegar) [15,28].

O tratamento cirúrgico está justificado quando se trata de uma incapacidade grave. Na artrose se efectuam com frequência intervenções de substituição total da articulação (quadril, rótula, ombro, entre outros) por uma prótese, a fim de aliviar a dor e restaurar ou manter a mobilidade da articulação. As intervenções a considerar são a artroplastia (formação de uma nova articulação) e artrodese (anulação da articulação por fusão das extremidades ósseas). A artroplastia só é aplicável a poucas articulações, como a do quadril, a do cotovelo e as articulações metatarsofalângicas. Para a maior parte das outras articulações o tratamento escolhido é a artrodese. No caso da coxoartrose e gonoartrose, o tratamento cirúrgico também pode ser indicado e está justificado quando se trata de uma incapacidade grave. Na artrose se efectuam com frequência intervenções de substituição total da articulação por uma prótese, a fim de aliviar a dor e restaurar ou manter a mobilidade da articulação [18-20,28]. As artroplastias de substituição total da articulação são os procedimentos que apresentam melhores resultados quando bem indicados, porém, não estão livres de complicações. As próteses podem ser do tipo de fixação cimentadas, não cimentadas e híbridas [20].

O anesthesiologista precisa estar familiarizado com as particularidades da fisiologia do paciente idoso, para poder escolher corretamente o procedimento anestésico a ser empregado. Quanto aos agentes anestésicos, a conduta é começar com pouco e ir devagar [29]. Como refere a anesthesiologista Silva [30] os pacientes idosos geralmente necessitam de uma dose menor de barbitúricos, opióides e benzodiazepínicos devido às alterações farmacocinéticas assim como a farmacodinâmica. A escolha dos agentes anestésicos segue os critérios gerais da anestesia: rápido início de acção, rápida eliminação e poucos efeitos residuais. Aparentemente, seria o tempo anestésico e o controle das condições clínicas do paciente os melhores marcadores de sucesso transoperatório.

A escolha da técnica anestésica depende do estado físico do paciente idoso, do tipo de cirurgia, do

tempo de cirurgia, da habilidade do cirurgião, assim como a programação da analgesia pós-operatória, proporcionando conforto ao paciente. As técnicas anestésicas vão desde sedação leve até anestesia geral e desde a simples infiltração da ferida operatória, até bloqueios tronculares e no neuro-eixo [31].

Período pós-operatório do idoso

Procuramos também neste estudo explorar o pós-operatório e conferimos que em 100% dos casos não houve intercorrências durante o procedimento anestésico-cirúrgico. Na recuperação anestésica apuramos que aconteceram 25% de intercorrências, dentre estas o que se destacou foi o sangramento em 15% dos casos. Quanto ao retorno da anestesia, 55% apresentaram um retorno calmo, enquanto 35% agitado. Entre os idosos 10% tiveram problemas durante o ato cirúrgico, 5% referiram que foi picado várias vezes nas costas por causa da anestesia, e 5% ouviram o barulho do martelo a cirurgia toda, tanto um acontecimento como o outro afligiu muito. Quando indagamos se ocorreu algum desconforto causado pela cirurgia e/ou anestesia 70% responderam afirmativamente, a razão referida foi a dor com 50%, mal-estar e o vômito com 15%, respectivamente.

Existem basicamente dois tipos de procedimentos: a cirurgia programada com antecedência, a electiva e as cirurgias de urgência. É natural, e de bom senso, concluir que, sempre que for possível, as cirurgias devem ser electivas, principalmente quando se trata de um paciente idoso. Como expõe Chindamo [32], a maioria dos pacientes não apresenta complicações como resultado da cirurgia ou anestesia, mas em até 3% a 10% dos casos podem surgir intercorrências graves.

O principal objectivo da avaliação pré-operatória é estimar o risco-benefício da cirurgia, considerando doenças pré-existentes. A avaliação pré-operatória e os cuidados pós-operatórios mais cuidadosos, assim como a adoção de técnicas cirúrgicas menos invasivas não só melhoraram e diminuíram as taxas de mortalidade, como também propiciaram que mais pacientes, mesmo os muito idosos, tenham a oportunidade de serem submetidos a cirurgia [33].

Embora os pacientes idosos apresentem maior risco de complicações cirúrgicas, atualmente são muito incomuns os acidentes ou complicações num procedimento anestésico-cirúrgico. Com medicamentos, instrumentais, novos monitores e técnicas modernas, o anestesiolegista e o cirurgião

reduzem ao máximo os riscos e acidentes durante os procedimentos [34].

Em um trabalho realizado por Gorayb *et al.* [35], as autoras detectaram como complicação a dor. A dor pós-operatória é uma experiência sensitiva e emocional e, ou, disfunção visceral. A dor pós-operatória não depende exclusivamente do ato cirúrgico, mas também está relacionada com outros factores como a idade, o sexo, factores étnicos, socioculturais, psicológicos e da técnica anestésica utilizada durante a intervenção [36].

Já a hemorragia ou sangramento é a perda de sangue do sistema circulatório. A resposta inicial do sistema cardiocirculatório à perda aguda de sangue é um mecanismo compensatório, isto é, ocorre vasoconstrição cutânea, muscular e visceral, para tentar manter o fluxo sanguíneo para os rins, coração e cérebro, órgãos mais importantes para a manutenção da vida. Apesar dos grandes progressos alcançados, o sangramento continua sendo uma das principais complicações em cirurgia, principalmente com o advento de procedimentos mais complexos, com períodos prolongados de tempo cirúrgico e intervenções em pacientes agudamente descompensados. A hemorragia pós-operatória apesar de rara é a complicação mais frequente, porém difícil de prever [37].

A ocorrência de náusea e vômito no período pós-operatório mostra variações extremas, provavelmente em função de uma etiologia multifatorial, na qual várias causas interagem a partir do pré-operatório até o ato anestésico-cirúrgico. Hoje, apesar dos avanços das técnicas anestésicas, do uso de fármacos de curta duração de ação, e do aperfeiçoamento de novos antieméticos, a incidência global permanece cerca de 25% a 30% [38,39].

Conclusão

Para se atingir um envelhecimento saudável é preciso que se invista realmente na área da saúde, social e econômica dos países. A saúde do indivíduo, e principalmente do idoso, é conhecida como a interação entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica.

O aumento da população idosa exige uma crescente capacitação dos profissionais para a atenção à saúde e ao cuidado específico dessa categoria populacional, considerando as peculiaridades que são intrínsecas ao ser idoso, que apresenta características de uma classe etária que requer cuidados diferenciados.

A experiência de efetuar uma pesquisa com pacientes idosos no período perioperatório nos conduz também a algumas considerações: existe a necessidade de formação de recursos humanos habilitados para trabalharem com idosos no período perioperatório, seja por meio da inclusão de conteúdos gerontol/geriátricos na formação da equipe de saúde, seja por meio da educação continuada como possibilidade de transformação da prática destes profissionais.

Considerando esses aspectos, acreditamos que os idosos poderiam receber uma melhor assistência perioperatória, e ao regressarem para sua residência poderiam ter sua capacidade funcional melhorada ou preservada após o procedimento cirúrgico.

Referências

1. Meeker MH, Rothrock JC. Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
2. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner e Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. 369p.
3. Galvão C. Atividades preventiva no idoso. Revista Portuguesa Clínica Geral 2006;22:731-7.
4. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção a saúde do idoso. Belo Horizonte: SAS/MG; 2006.
5. Papalia ED, Olds SW. Desenvolvimento humano. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2000.
6. Levet M. Viver depois dos 60 anos. Lisboa: Instituto Piaget; 1988.
7. Garcez LLE; Carelli CR. Peculiaridades do pré e pós-operatório dos pacientes idosos em procedimentos ortopédicos. Acta Ortop Bras 1998;6(1):37-43.
8. Costa PB, Mello ELR, Kesley R, Cola B, Mirsilian G, Leidermann E et al. Câncer gástrico em idosos. Rev Bras Cancerol 2004;50(3):211-17.
9. Forciea MA, Mourey RL. Segredos em Geriatria. Porto Alegre: Artmed; 1998.
10. Meckes PF. Cirurgia geriátrica. In: Meeker MH, Rothrock JC. Cuidados de Enfermagem ao paciente cirúrgico. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
11. Souza NVDO, Silva MF, Marques GS, Rodrigues FR, Cruz EJER. Evaluating the orientations of nursing in perioperative care - a descriptive study. Brazilian Journal of Nursing. [Online] 2006 Abril. [citado 2008 Abril 22]. Disponível em URL: <http://www.uff.br/objnursing>
12. Ruipérez I, Llorente P. Geriatria: Guias Práticos de Enfermagem. Rio de Janeiro: McGrawHill; 1998.
13. Newman DK, Smith DAJ. Planes de cuidados en geriatria. Barcelona: Doyam Libros; 1994.
14. Maranets I, Kain ZN. Preoperative anxiety and intraoperative anesthetic requirements. Anesth Analg 1999;89:1346-51.
15. Figuera J, Viero EV. Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. Revista Brasileira de Psicologia Hospitalar 2005;8(2):51-63.
16. Paula AAD, Carvalho ECC. Ensino sobre perioperatório a pacientes: estudo comparativo de recursos audiovisual (vídeo) e oral. Rev Latinoam Enfermagem 1997;5(3):35-42.
17. Alves LC. Determinantes da autopercepção de saúde dos idosos do município de São Paulo, 1999/2000 [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2004.
18. Silva PJ. Artrose, coxartrose e artroplastia da anca [online] 2008 Abril. [citado 2008 Abril 25]. Disponível em: URL: <http://www.forumenfermagem.org>.
19. Couto P, Osório L, Chambriard C, Silva MB, Lacerda GM. Prótese bipolar: avaliação radiográfica da mobilidade dos sistemas internos e externos. Rev Bras Ortop 1994;29(6):371-74.
20. Perossi SC. Osteoartrose do joelho-gonoartrose [online] 2008 Abril. [citado 2008 Abril 25]. Disponível em: URL: <http://www.medicinageriatrica.com.br>
21. Santos E, Caberlon IC. Visita pré e pós-operatória aos pacientes. Enfoque 1980;9(6):41-5.
22. Boof L. Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 1999.
23. Eberhart LH, Morin AM, Wulf H, Gelner G. Patient preferences for immediate postoperative recovery. Br J Anaesth 2002;89(5):760-1.
24. Delloiagono AA, Santos WDF, Carvalho EC. A comunicação enfermeiro paciente na visita pré-operatória. A percepção de enfermeiros assistenciais de um hospital-escola de um município paulista. Medicina 1990;23(1):16.
25. Moraes LO, Peniche ACG. Ansiedade e mecanismos de coping utilizados por pacientes cirúrgicos ambulatoriais. Rev Esc Enferm USP 2003;37(3):54-62.
26. Cançado FAX. Responsabilidade Gerontológica na preservação funcional [online]. [citado 2008 Fevereiro 13]. Disponível em URL: <http://www.senior-residencia.com.br/O%20Envelhecimento.htm>.
27. Carvalho Filho ET. Avaliação pré-operatória do paciente idoso. Rev Bras Med 2002; 59(9):659-66.
28. Neto JP. Artrose do joelho [online]. [citado 2008 Abril 25]. Disponível em URL: <http://www.hospitalgavazza.com.br/principal/noticia.asp?id=292>.
29. Leme LG, Corelli CR. Peculiaridades do pré e pós-operatório dos pacientes idosos em procedimentos ortopédicos. Acta Ortop Bras 1998;(1):37-43.
30. Silva ARA. Anestesia em idosos [online]. [citado 2008 Maio 5]. Disponível em: http://www.comunidademédica.com.br/artigo_anestesiologia_news.php?
31. Cangiani LM. Anestesia ambulatorial em paciente idoso [online]. [citado 2008 Maio 10]. Disponível em: URL: <http://www.saj.med.br/uploaded/File/artigos/paciente%20idoso.pdf>.
32. Chindamo MC. Como reduzir os riscos cirúrgicos [online]. [citado 2008 Maio 21]. Disponível em: URL: <http://www.terra.com.br/istoegente/275/saude/index.htm>.
33. Pimenta LG. Princípios de cirurgia geriátrica [online]. [citado 2008 Maio 21]. Disponível em: URL: <http://acadmedmg.org.br/vs1/index.php>.
34. Heitmiller E. Como funciona a anestesia. Traduzido por: HowStuffWorks [online]. [citado 2008 Maio 10]. Disponível em: URL: <http://saude.hsw.uol.com.br/anestesia2.htm>.
35. Gorayb SBS, Souza MCM, Caldeira SM. Rotinas e cuidados de vigilância na sala de recuperação anestésica. Rev Paul Enferm 1991(Suppl):19-24.
36. Direcção-Geral da Saúde. Fractura de extremidade proximal do fémur no idoso: recomendações para intervenção terapêutica. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde; 2003.
37. Windfuhr JP, Chen YS. Post-tonsilectomy and adenoidectomy hemorrhage in nonselected patients. Ann Otol Rhinol Laryngol 2003;(112):63-9.
38. Deane-Valentine Y. An audit of nausea and vomiting in a post anaesthetic care unit. Br J Anesthetic Recovery Nurs 2005;6(1):4-6.
39. Golembiowski JA, O' Brien D. A systematic approach to the management of postoperative nausea and vomiting. J Perianesth Nurs 2002;17(6):364-76.