

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE IDOSO
DURANTE O PERÍODO TRANSOPERATÓRIO**

Autora: Meives Aparecida Rodrigues de Almeida

Orientadora: Prof.ª Dr.ª. Maria José D'Elboux Diogo

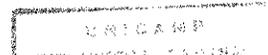
Comissão Julgadora:

Ételle Regina Tenes Brandini
M. Kawarumi
Maria José D'Elboux Diogo

9914849

Este exemplar corresponde à redação final da *Dissertação* defendida por *Meives Ap. R. de Almeida* em *05/05/1999*.
Assinatura: *Maria José D'Elboux Diogo*

1999



Dissertação apresentada ao Curso de Pós
Graduação em Gerontologia à Faculdade de
Educação da Universidade Estadual de
Campinas, para obtenção do título de
Mestre em Gerontologia.

SER IDOSO OU SER VELHO?

A idade causa a degenerescência das células... a velhice causa a degenerescência do espírito.

Você é idoso quando ainda sente amor...
você é velho quando não sente nada mais do
que ciúmes e possessividade.

Enquanto as rugas do idoso são bonitas
porque foram sulcadas pelo sorriso..., as
rugas do velho são feias porque foram
vincadas pela amargura.

**QUE VOCÊ, IDOSO, VIVA AINDA UMA LONGA VIDA, MAS QUE NUNCA
FIQUE VELHO.**

Extraído do livro Jorge R. Nascimento *“Aprenda a curtir seus anos dourados”*

À minha mãe Noemia

Eu peço a Deus para atingir a sua idade, com toda essa energia e vontade, com todo seu amor e dedicação...

Às minhas irmãs Izilda Sueli e Magali Elena

Que sempre se fizeram presentes em momentos importantes da minha vida. Minha gratidão pelo apoio e carinho constante dedicado às minhas filhas...

Ao meu marido Silvio Luís

Durante todos os momentos desta caminhada, o seu carinho, companheirismo, compreensão, dedicação, ajuda, apoio e incentivos constantes foram fundamentais para o término deste trabalho...

Às minhas filhas Ana Carolina e Alana Cristina

Tão pequenas mas com muita paciência e compreensão, souberam dividir a mamãe com a gerontologia...

Agradecimentos Especiais:

À Dra. Anita Liberalesso Neri, coordenadora e professora do programa de Pós Graduação em Gerontologia da Faculdade de Educação da UNICAMP, pela sua competência, eficiência, dedicação, incentivo, apoio e amizade em todos os momentos.

À Dra. Maria José D'Elboux Diogo, professora assistente do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médica da UNICAMP, pela orientação paciente e cuidadosa, pela dedicação e compreensão, nos muitos momentos do desenvolvimento deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Ao desenvolver a dissertação, em muitos momentos me senti só, lutando com os meus próprios questionamentos e incertezas. Mas, neste momento de agradecimentos, encontro uma lista enorme de pessoas que encontrei durante o percurso desta caminhada. Muitas pessoas contribuíram com informações, sugestões e principalmente incentivos.

- * À Diretora do Departamento de Enfermagem do Hospital das Clínicas-UNICAMP, Maria Inês Furcolim.
- * À Diretora de Serviço de Enfermagem do CC do Hospital das Clínicas UNICAMP, Maria Aparecida Furlan.
- * À equipe do Centro Cirúrgico do Hospital das Clínicas da UNICAMP, pela gentilíssima contribuição da riqueza de seus trabalhos.
- * Aos pacientes que, em um momento especial de suas vidas, colaboraram para que o trabalho se concretizasse.
- * À comissão de Ética de Enfermagem do Hospital das Clínicas da UNICAMP.
- * Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UNICAMP, especialmente à secretária Luciana de Paula Parsekian, que sempre me atendeu com sorriso e profissionalismo.
- * Ao Serviço de Estatística da Comissão e Pesquisa da Faculdade de Ciências médica da UNICAMP, especialmente à Cleide Moreira Silva, pela orientação direta e objetiva quanto ao tratamento dos dados.
- * Ao Núcleo de Informática do Hospital das Clínicas da UNICAMP, especialmente à Guiomar Terezinha Carvalho Aranha, por ter contribuído com seus conhecimentos e serviços
- * Aos professores e meus companheiros de disciplinas.

- * A todos os amigos que me estimularam e ajudaram de alguma maneira.
- * Aos funcionários da Faculdade de Educação da UNICAMP, pela atenção constante, especialmente às secretárias Nadir Aparecida Gomes Camacho e a Sueli Helena de Camargo Palmen.
- * Ao Diretor da biblioteca da Faculdade de Educação Gildemir Carolino Santos, pela elaboração da ficha catalográfica.
- * Ao meu sobrinho Bruno Sellmer, futuro Técnico em Processamentos de Dados, que sempre me socorreu com a digitação e orientação na elaboração dos gráficos.
- * À minha sobrinha Vanessa Borges de Almeida, futura Tradutora e Intérprete, que, apesar de sua agitada agenda de final de curso, realizou a correção de português e inglês.
- * De maneira especial agradeço à minha sogra Alzira Rodrigues de Almeida, que no início do curso, com os seus 73 anos de idade, se deslocava todas as quintas-feiras de São Paulo a Campinas, para cuidar da minha filha com apenas três meses de idade, para que eu pudesse freqüentar tranqüilamente as disciplinas obrigatórias.

Muito Obrigado

Minha gratidão eterna

Meives Aparecida Rodrigues de Almeida

SUMÁRIO

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	II
LISTA DE TABELAS	III
LISTA DE FIGURAS	IV
LISTA DE QUADROS	V
RESUMO	VII
ABSTRACT	X
1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS	25
3. SUJEITOS E MÉTODOS	27
3.1. CAMPO DE PESQUISA	27
3.1.1. O FLUXO DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO	31
3.2 . SUJEITOS	32
3.3. PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS	33
3.4. INSTRUMENTO PARA A COLETA DE DADOS	34
3.5. TRATAMENTO DOS DADOS	38
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO:.....	41
4.1. CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS ASSISTIDOS NO PERÍODO TRANSOPERATÓRIO:	41
4.2. ESPECIALIDADE CIRÚRGICA:.....	42
4.3. TIPOS DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS E O PORTE CIRÚRGICO:	42
4.4. TIPOS DE ANESTESIA:	44
4.5. DISPERSÃO DOS TEMPOS:	46
4.6. NÚMERO DE ÓBITOS NA SO:.....	48
4.8. RESULTADOS DO TOTAL DE PONTOS POSITIVOS ATINGIDOS EM CADA ETAPA DO ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DIRETA PARTE II:	52
4.9. REPRESENTATIVIDADE DAS CATEGORIAS EM CADA ETAPA:.....	55
4.10. MEDIDAS DE DISPERSÃO E POSIÇÃO DO TOTAL DE PONTOS POSITIVOS EM CADA ETAPA SEGUNDO AS CATEGORIAS	56
4.10.1. <i>Comunicação:</i>	56
4.10.2. <i>Manutenção Fisiológica:</i>	62
4.10.3. <i>Termorregulação</i>	66
4.10.4. <i>Integridade Cutânea</i>	69
4.10.5. <i>Medidas de Segurança</i>	72
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	84

ANEXO I.....	94
ANEXO II.....	95
ANEXO III.....	98
ANEXO IV.....	99
ANEXO V.....	104

LISTAS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AORN	Association of Operating Room Nurses
CC	Centro Cirúrgico
CME	Centro de Material e Esterilização
RPA	Recuperação Pós Anestésica
SO	Sala de Operação
SP	Sala de Preparo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE TABELAS

- TABELA 1 - Distribuição dos idosos segundo a idade e o sexo. Campinas, 1998.----- pag.40
- TABELA 2 - Distribuição dos idosos segundo a especialidade cirúrgica. Campinas, 1998.-----pag.41
- TABELA 3 - Procedimentos realizados e o porte cirúrgico. Campinas, 1998.-----pag.42
- TABELA 4 - Distribuição dos membros da equipe de enfermagem que atuaram nos diferentes momentos do período transoperatório, segundo a categoria e o sexo, Campinas, 1998.-----pag.48
- TABELA 5 - Medidas de posição e dispersão para o percentual de pontos positivos atingidos em cada etapa do roteiro de observação direta Parte II. Campinas, 1998.-----pag.52
- TABELA 6 - Representatividade, em percentual, das categorias dentro de cada etapa. Campinas, 1998.
-----pag.55
- TABELA 7 - Medidas de dispersão e posição do total de pontos positivos, em percentual, em cada etapa do período transoperatório, segundo a categoria comunicação. Campinas, 1998.----pag.57
- TABELA 8 - Medidas de dispersão e posição do total de pontos em cada etapa do período transoperatório, segundo a categoria manutenção fisiológica. Campinas, 1998.----pag.62
- TABELA 9 - Medidas de dispersão e posição do total de pontos positivos, em percentual, em cada etapa do período transoperatório, segundo a categoria termorregulação. Campinas, 1998.-----
-----pag.66
- TABELA 10 - Medidas de dispersão e posição do total de pontos positivos, em percentual, em cada etapa do período transoperatório, segundo a categoria integridade cutânea. Campinas, 1998. ----
-----pag.69
- TABELA 11 - Medidas de dispersão e posição do total de pontos positivos, em percentual, em cada etapa do período transoperatório, segundo a categoria medidas de segurança. Campinas, 1998.---
-----pag.72

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1 - Distribuição do total de cirurgias eletivas e de urgência realizadas no centro cirúrgico, nos anos de 1995, 1996 e 1997. Campinas, 1998.-----pag.28
- FIGURA 2 - Distribuição do total de cirurgias realizadas em pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, segundo o sexo, nos anos de 1995, 1996 e 1997. Campinas, 1998.-----pag. 29
- FIGURA 3 - Representação esquemática do fluxo do paciente no CC.-----pag. 31
- FIGURA 4 - Distribuição dos idosos segundo o porte da cirurgia. Campinas, 1998.-----pag.43
- FIGURA 5 - Distribuição dos idosos segundo o tipo de anestesia. Campinas, 1998.-----pag. 45
- FIGURA 6 - Box-plot do total de pontos positivos, em percentual, para cada etapa do roteiro de observação direta Parte II. Campinas, 1998.-----pag.52
- FIGURA 7 - Box-plot do total de pontos positivos, em percentual, da categoria comunicação em cada etapa do período transoperatório. Campinas, 1998.-----pag.57
- FIGURA 8 - Box-plot do total de pontos positivos, em percentual, da categoria manutenção fisiológica em cada etapa do período transoperatório. Campinas, 1998.-----pag.62
- FIGURA 9 - Box-plot do total de pontos positivos, em percentual, da categoria termorregulação, em cada etapa do período transoperatório. Campinas, 1998.-----pag.66
- FIGURA 10 - Box-plot do total de pontos positivos, em percentual, da categoria integridade cutânea, em cada etapa do período transoperatório. Campinas, 1998.-----pag.69
- FIGURA 11 - Box-plot do total de pontos positivos, em percentual, da categoria medidas de segurança, em cada etapa do período transoperatório. Campinas, 1998.-----pag.72

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Cronograma de utilização das salas de operações. Campinas, 1998.-----pag.28

QUADRO 2 - Distribuição dos funcionários do CC, segundo o turno de trabalho. Campinas, 1998.
-----pag.32

QUADRO 3 - Medidas de posição e dispersão para os tempos em que o idoso permaneceu em cada etapa do período transoperatório. Campinas, 1998.-----pag.48

RESUMO

RESUMO

ALMEIDA, M. A. R. **Assistência de enfermagem ao paciente idoso durante o período transoperatório.** Campinas, 1998. 109 p. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas.

A assistência de enfermagem a pacientes idosos no período transoperatório é um assunto que vem ganhando importância entre os profissionais da área de saúde, frente ao reconhecimento das necessidades especiais dessa clientela.

O objetivo do presente trabalho foi verificar e analisar a assistência de enfermagem prestada ao paciente idoso no decorrer do período transoperatório, período esse compreendido desde a sua recepção no centro cirúrgico até o seu encaminhamento para a recuperação pós-anestésica ou para a unidade de terapia intensiva.

Para tanto foi acompanhada a assistência de enfermagem durante o período transoperatório de 30 idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, submetidos a cirurgia eletiva de médio e grande porte, em diferentes especialidades.

Os dados foram coletados por meio da observação direta estruturada, utilizando-se um instrumento contendo duas partes: a parte I com itens referentes à identificação do idoso, à cirurgia e à anestesia, aos horários de permanência do idoso no centro cirúrgico e aos membros da equipe de enfermagem observados; a parte II dividida em oito etapas do período transoperatório apresentadas por **CASTELLANOS, JOUCLAS, GATTO (1986)**. A observação foi quanto: à recepção do idoso no centro cirúrgico; ao transporte da sala de preparo à sala de operação; à recepção na sala de operação e transferência para mesa a cirúrgica; à indução anestésica; ao posicionamento na mesa cirúrgica; à realização do ato anestésico-cirúrgico; aos cuidados ao final da cirurgia; ao preparo e à transferência da sala de operação à recuperação pós anestésica ou para a unidade de terapia intensiva. Essas etapas, contêm itens relacionados à assistência de enfermagem direcionado ao paciente idoso cirúrgico, no período em questão, os quais foram considerados pontos positivos quando o membro da equipe de enfermagem realizava a ação descrita, ou negativo caso contrário.

O tratamento estatístico empregado na parte I foi a análise descritiva, enquanto que na parte II, após a classificação dos pontos positivos e negativos, foi aplicado o teste

de Friedman, seguido de comparações múltiplas pelo teste de Dunn.

Para a análise dos dados os itens foram classificados segundo as categorias: comunicação, manutenção fisiológica, integridade cutânea, termorregulação e medidas de segurança.

Por meio dos resultados obtidos, foi possível concluir que houve uma ocorrência maior de pontos negativos na maioria das etapas observadas, principalmente pela categoria termorregulação. Os pontos positivos apresentam destaque na categoria medidas de segurança.

Palavras-chave: gerontologia, geriatria, idosos-cirurgia, centro cirúrgico, enfermagem geriátrica.

ABSTRACT

ABSTRACT

ALMEIDA, M. A. R. *The nursing attendance to the elderly patient during the transoperating period.* Campinas, 1998. 109 p. Dissertation (Master Degree)-Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas.

The nursing attendance to elderly patients in the transoperating period is a subject which the professionals of health area are, more and more, attributing great importance to, due to a recognition of the special needs of this clientele.

The aim of this work was to verify and analyse the nursing attendance rendered to elderly patient during the transoperating period, which includes since the moment when the patient is received in the surgical center until the moment when he/she is led to the post-anesthetic recovery.

For that, the nursing attendance to 30 elderlies who were 60 years-old or more, of both sexes, and who had been submitted to the elective surgical treatment of big and medium extent, in different specialities, during the transoperating period, was accompanied.

The datas were collected through a structured direct observation using an instrument divided into two parts: the part I, with items referring to the identification of the elderlies, surgery and anesthesia, permanence schedules of the elderly in the surgical center and the observed members of the nursing team; the part II divided into eight transoperating period stages presented by **CASTELHANOS, JOUCLAS, GATTO (1986)**. The observation was related to: reception of the elderly in the surgical center, transportation from the preparation room to the operating room, reception in the operating room to the operating table, anesthetic induction, placement in the operating table, execution of the surgical-anesthetic act, cautions at the end of surgery, preparation and transfer from the operating room to the post-anesthetic recovery or to the intensive therapy unit.

Both stages contain items related to the nursing attendance directed at the surgical elderly patient, in the same period, wich were considered as positive pointing when the member of nursing team fulfilled the described action, or as negative, otherwise.

The statistic treatment applied in part I was the descriptive analysis, while in part II, after having classified the positive and negative pointing, the Friedman test was applied, followed by multiple comparisons of the Dunn test.

For data analysis, the items were classified by the following categories: communication, physiology maintenance, cutaneous integrity, thermoregulation, and security measures.

By the obtained results, it was possible to conclude that there was a major occurrence of negative pointings in most of observed stages, mainly to the thermoregulation category. The positive pointings present notability in the security measures.

Key word: gerontology, geriatric surgery-elderly, surgical center, geriatric nursing.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A área de Gerontologia merece cada vez mais uma maior atenção do profissional de enfermagem, em razão do crescimento mundial da população de idosos, especialmente nos países em desenvolvimento (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1993).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1974), ao conceituar o indivíduo idoso, leva em consideração a idade e o grau de desenvolvimento do país, estabelecendo o limite de 65 anos para os países desenvolvidos e de 60 anos para os países em desenvolvimento.

A evolução demográfica da população brasileira vem sendo marcada, nas cinco últimas décadas, por transições decorrentes de mudanças nos níveis de mortalidade e fecundidade. A população está envelhecendo pelo crescimento do número absoluto de pessoas com mais de 65 anos. No final do século, espera-se um número de 8.658.000 idosos, ou seja, um em cada 20 brasileiros terá 65 anos ou mais. Este número crescerá para 16.224.000 em 2020, quando um em cada 13 pertencerá à população idosa (BERQUÓ, 1996).

Na década de 20, um grupo de enfermeiros americanos deu início ao desenvolvimento das práticas de enfermagem voltadas para o idoso, reconhecendo que o corpo de conhecimentos e habilidades relacionadas ao cuidado de enfermagem para este grupo de pacientes era distinto de toda a prática de enfermagem (EBERSOLE; HESS, 1988). Assim, a enfermagem gerontológica é uma resposta do profissional de enfermagem perante esta realidade demográfica e diante de seu compromisso com os idosos, em termos de saúde e bem estar (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1993).

Segundo GUNTER E ESTES apud ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1993), a enfermagem gerontológica é um serviço de saúde que incorpora os conhecimentos específicos de enfermagem àqueles especializados sobre o processo de envelhecimento, de maneira favorecer a pessoa idosa, condições que permitam:

- aumentar as condutas saudáveis;

- minimizar e compensar as perdas de saúde e as limitações relacionadas com a idade;
- propiciar apoio durante os eventos de angústia e debilidade na velhice, incluindo o processo da morte;
- facilitar o diagnóstico e o tratamento das doenças que ocorrem na velhice.

A prática do enfermeiro em gerontologia inclui a avaliação do estado de saúde física e psicológica do idoso, assim como a coleta de informações sobre a sua vida social e econômica. Com esses dados o enfermeiro elabora o diagnóstico e o planejamento da assistência de enfermagem, tendo como meta a restauração da capacidade funcional e a promoção do autocuidado no idoso. Esta prática, portanto, envolve a promoção da saúde e do estado funcional dos idosos por meio da assistência de enfermagem sistematizada na qual a ênfase é dada na maximização da capacidade funcional para as atividades da vida diária, promovendo, mantendo e restaurando a saúde física e mental, prevenindo e diminuindo a incapacidade decorrentes de doenças crônicas e agudas e mantendo a vida com dignidade e conforto até a morte (AMERICAN NURSES' ASSOCIATION, 1987).

Desta forma é necessário que o enfermeiro aprofunde o seu conhecimento sobre o processo de envelhecimento e as necessidades dos idosos, para entender melhor esta etapa da vida e conseqüentemente prestar uma assistência com melhor embasamento científico e, portanto, mais eficaz.

GARCEZ LEME (1997) diz que: “conhecer as características do envelhecimento e saber como ele modifica as doenças e seus sintomas e tratamentos é a função da geriatria. A geriatria pode propor, com honestidade, não a eterna juventude, mas uma velhice sadia”. O autor afirma ainda que “a manutenção da saúde na população, além do aspecto médico, abrange aspectos nutricionais, de enfermagem, fisioterápicos, psicológicos, fonoaudiológicos, de terapia ocupacional e mesmo arquitetônicos . A soma dos aspectos médicos a serem considerados frente ao processo de envelhecimento constitui o campo da gerontologia, em que se estuda o processo de envelhecimento como um todo. Esse conhecimento multidimensional é indispensável à adequada atenção ao paciente idoso” .

Como já apontamos, existe um aumento na população idosa. Esse evento ocorre tanto nos países desenvolvidos como em desenvolvimento. Esse aumento se deu, entre

outros fatores, em decorrência do progresso tecnológico e das descobertas científicas na área médica, cirúrgica e farmacêutica, as quais, por terem determinado aperfeiçoamentos no cuidado com a saúde da população desde o nascimento, por exemplo através da vacinação infantil, alimentação e da prevenção em saúde e a educação sanitária, favorecem o crescimento dessa faixa etária (ALVAREZ, 1994; JACOB, 1993).

À medida que cresce o número de idosos, aumenta também a demanda desta população ao tratamento cirúrgico. Segundo MECKES (1997) e NEWMAN; SMITH (1994) a incidência de cirurgias entre os idosos a partir dos 60 anos é em torno de 50%, nos Estados Unidos. Acrescentam ainda que os tipos de intervenções realizadas com maior frequência nos idosos são os procedimentos ortopédicos, cirurgia cardiovascular e cirurgia de catarata. Em nosso país é escassa a produção de trabalhos na área de gerontologia e geriatria, referente aos dados sobre o número de cirurgias realizadas em idosos e o índice de mortalidade decorrente desse tipo de tratamento.

O que podemos verificar são trabalhos isolados, como o realizado por RODRIGUES (1987), que reúne informações da totalidade dos pacientes idosos, na faixa etária entre 60 e 99 anos de idade, em oito hospitais gerais do município de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, entre 1 de janeiro a 31 de dezembro de 1983. A autora verificou que do total de 47.087 pacientes internados nestes hospitais, 6.551 (13,9%) eram idosos. Desses idosos, 1.401 (22,3%) foram submetidos a cirurgias, sendo que para o sexo masculino as especialidades cirúrgicas mais frequentes foram cirurgia abdominal e ortopédica (21,9%), urológica (21,2%) e oftalmológica (12,1%), e para o sexo feminino cirurgia ortopédica (29,3%), oftalmológica (17,9%), abdominal (15,2%) e ginecológica (9,6%).

Outro trabalho realizado na cidade de Campinas no estado de São Paulo, por TESTI; DIOGO; CEOLIM (1994), teve como finalidade verificar o fluxo das internações dos pacientes idosos no período de janeiro de 1990 a dezembro de 1992 no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas e levantar algumas características dessa população. Os resultados demonstraram que dos 8.326 idosos internados no período, com 60 anos ou mais, o tratamento mais utilizado foi o clínico (61,46%), seguido pelo cirúrgico (38,08%) e psiquiátrico (0,46%). Além desses achados, verificaram que no ano

de 1991 a população idosa internada triplicou, quando comparada ao ano anterior.

POHL et al. (1998), realizaram 2.212 cirurgias laparoscópicas nos hospitais das Forças Armadas Santa Lúcia e Santa Luzia, em Brasília, Distrito Federal, no período de abril de 1991 a junho de 1997. Da amostra estudada, 486 (22%) pacientes tinham mais de 60 anos de idade, sendo que 344 eram do sexo feminino e 142 do sexo masculino. Os tipos de cirurgias laparoscópicas realizadas foram: colecistectomia em 435 idosos, laparoscopia diagnóstica, em 39, herniorrafia hiatal, em 7 e cisto de supra renal, megaesôfago, vagotomia superseletiva em um idoso respectivamente.

TRINDADE (1998), refere que a maior parte de pessoas acima de 70 anos de idade apresenta alguma opacidade de cristalino e que a extração cirúrgica da catarata senil, ou facectomia, é a cirurgia oftalmológica realizada com maior frequência nesta faixa etária. Nos Estados Unidos, por exemplo, são realizadas mais de um milhão de facectomias por ano, ao passo que no Brasil são feitas aproximadamente 100 mil cirurgias anuais (SIQUEIRA; TRINDADE, 1996).

O idoso muitas vezes apresenta doenças cujo tratamento é o cirúrgico e este pode ser eletivo ou de urgência. Na cirurgia geriátrica, as afecções que mais comumente necessitam de tratamento eletivo são: litíase biliar, neoplasias do aparelho digestivo, moléstia diverticular dos cólons e hérnias inguinais, enquanto que as doenças que requerem cirurgia de urgência são: gangrena das extremidades, doenças do trato biliar, obstrução intestinal, perfuração e hemorragia de úlcera péptica, trombose mesentérica, apendicite aguda e traumas por acidentes (MECKES, 1997; RASSLAN; GORZONI, 1995; BRANCO; BIROLINI; OLIVEIRA, 1981; AMÂNCIO; CAVALCANTI, 1975).

O avanço da tecnologia, os progressos nas técnicas de avaliação e de procedimentos cirúrgicos, as melhores condições de anestesia e a possibilidade de monitorização têm favorecido a indicação de intervenções de grande porte com maior segurança. No passado era comum a contra indicação de cirurgia em idosos, frente a fatores de riscos como às condições decorrentes da idade ou da cirurgia em si. Entretanto, segundo SANTANA (1998), a idade cronológica, por si só, não constitui contra indicação para qualquer cirurgia.

O importante, é que o procedimento cirúrgico acrescenta qualidade de vida aos

anos e não somente anos à vida (SILVA; GUILMARÃES, 1994).

Para RASSLAN; GORZONI (1995), três aspectos são discutíveis em relação ao doente cirúrgico idoso: 1. Trata-se de uma população especial de doentes? 2. O tratamento operatório é diferente? 3. Mudou a postura do cirurgião? Na discussão dessas questões os autores afirmam que a cirurgia sempre causa estresse físico e psicológico. Assim é importante lembrar que a diminuição da reserva funcional do idoso implica uma recuperação mais lenta e, portanto, quando submetido ao tratamento cirúrgico, esse paciente requer cuidados especiais e principalmente uma criteriosa avaliação pré-operatória. Além disso, o êxito cirúrgico depende do tratamento prévio dos distúrbios encontrados, da anestesia, da destreza do cirurgião e de um tratamento perioperatório realizado por uma equipe multidisciplinar integrada, experiente, interessada, meticulosa e competente.

Desta forma, para se obter uma evolução satisfatória no procedimento cirúrgico do idoso, é importante a atuação de uma equipe multidisciplinar, voltada às características apresentadas pelo idoso, para assim assisti-lo integralmente no período transoperatório (ANZOLA PÉREZ et al., 1994).

FREITAS (1995), coloca alguns objetivos fundamentais em relação à avaliação pré-operatória do idoso: inicialmente uma rigorosa análise da necessidade da cirurgia proposta, concluindo-se até que ponto a intervenção trará benefício para o paciente e se haverá melhora na qualidade de vida; no caso de dúvida é importante que se faça uma junta médica para a decisão final. Como segundo ponto, o autor coloca a necessidade de uma criteriosa avaliação para identificação de fatores de risco que possam aumentar a mortalidade e a morbidade da cirurgia; e por último informar objetivamente, tanto ao paciente, quanto à família o que se espera durante ou após a cirurgia.

Quanto ao período transoperatório, as características peculiares dos idosos frente às perdas fisiológicas durante o processo de senescência exigem cuidados e preparos especiais. SMELTZER; BARE (1993) e LUSIS (1996) fazem referência a alguns desses cuidados, levando em consideração as alterações fisiológicas presentes no idoso. Dentre elas podemos mencionar a diminuição da sua capacidade homeostática, as limitações sensoriais e da mobilidade, a diminuição da transpiração que acarreta uma pele seca e

pruriginosa, tornando-a mais frágil e facilmente lesada, além das alterações de termorregulação. As autoras destacam que, em decorrência dessas alterações, atenção especial deve ser proporcionada quanto ao posicionamento na mesa cirúrgica, à temperatura corpórea do idoso e do ambiente, e às drogas e soluções administradas, entre outros.

MECKES (1997) refere que uma compreensão clara das alterações normais da idade ajuda a estabelecer diagnósticos de enfermagem e plano de cuidados apropriados. Ressalta ainda que a revisão dos sistemas fisiológicos, destacando as alterações específicas para a idade, é de particular importância para o planejamento dos cuidados de enfermagem perioperatória.

SMELTZER; BARE (1993) dizem que “cuidados perioperatórios” 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 (antes da cirurgia), transoperatória (durante a cirurgia) e pós - operatória (após a cirurgia).

CASTELLANOS; JOUCLAS (1990) definem o período perioperatório em:

- **Período pré-operatório imediato**, compreendido desde a véspera da cirurgia até o momento em que o paciente é recebido no centro cirúrgico (CC);
- **Período transoperatório**, que tem início no momento em que o paciente é recebido no CC até ser encaminhado para a recuperação pós-anestésica (RPA);
- **Período intra-operatório**, referente ao início da anestesia até o seu final;
- **Período de recuperação pós-anestésica**, compreendido desde o momento da alta da sala de operação (SO) até sua alta da RPA;
- **Período de pós-operatório imediato**, a partir da alta do paciente da RPA até as primeiras 48 horas pós-operatória.

A Unidade de Centro Cirúrgico é definida no Manual de normas e padrões de construções e instalações de serviço de saúde, do Ministério da Saúde (BRASIL, 1987), como “um conjunto de elementos destinados às atividades cirúrgicas, bem como à recuperação pós-anestésica e pós-operatória imediata”.

O CC é uma unidade que alcança uma importância relevante no contexto

hospitalar, e para que os profissionais possam oferecer um atendimento seguro e eficiente, é necessário um bom planejamento e organização. Cabe à equipe multidisciplinar realizar este trabalho para que a unidade se desenvolva de modo harmonioso e sincronizado (SILVA; RODRIGUES; CEZARETI, 1982).

SOUZA et al., 1993 referem que no CC, todas as atividades exigem estado permanente de alerta, pois há intervenções que podem colocar em risco a vida do paciente, tanto nas cirurgias eletivas como nas de urgências. As autoras ainda acrescentam que o CC deve ter uma localização especial no hospital em decorrência de suas finalidades, e também deve atender aos seguintes requisitos:

- as salas devem ser agrupadas e com boa circulação;
- o local deve possuir baixo nível de ruído para reduzir os estímulos sonoros que possam interferir na concentração da equipe durante o ato operatório, e também, como fator de redução de estresse do paciente;
- deve haver restrição à circulação de pessoal, transitando somente o pessoal que aí exerça suas funções, de modo que haja preservação do ambiente asséptico e cumprimento das normas e rotinas do CC;
- o local deve estar o mais próximo possível das unidades de internação cirúrgica, pronto socorro e da unidade de terapia intensiva (UTI), de modo a contribuir para a intervenção imediata e melhor fluxo de pacientes.

As Normas e padrões de construções e instalações de serviços de saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 1987) recomendam que para cada grupo de 50 leitos hospitalares haja uma SO no CC. CUNHA (1985) faz menção que no primeiro Congresso Nacional do Colégio Internacional de Cirurgiões, concluiu-se que, para hospital geral de até 200 leitos é recomendado uma SO para cada 50 leitos; para hospital geral de até 50 leitos é recomendado uma SO para cada 25 leitos; para hospitais com mais de 200 leitos, deverão ser realizados estudos especiais, levando em consideração os seguintes fatores: especialidades cirúrgicas, convênios com outros hospitais, aumento na demanda de cirurgias por expansão do hospital, duração média da cirurgia, aumento do número de casos de emergência, hospital escola.

A finalidade da Unidade de Centro Cirúrgico é proporcionar ao paciente uma

intervenção cirúrgica de maneira mais eficiente e segura possível, e cabe à equipe de enfermagem proporcionar condições para o seguro e eficiente cuidado de enfermagem ao paciente durante o período transoperatório (CASTELLANOS, 1978). As atividades das equipes desta unidade são centralizadas no paciente que irá ser submetido a um procedimento cirúrgico para reparo, correção ou alívio de um problema físico. Desde o momento em que o paciente chega ao CC até o encaminhamento para a RPA, a atenção deverá estar nas suas reações, tanto psicológicas quanto fisiológicas.

SOUZA et al. (1993) e SILVA; RODRIGUES; CEZARETI (1982) destacam como finalidades do CC:

- realizar intervenções cirúrgicas e encaminhar o paciente à unidade de origem, na melhor condição possível de integridade;
- proporcionar recursos humanos e materiais para que o ato anestésico-cirúrgico seja realizado dentro das condições ideais, não só técnicas como assépticas;
- prestar assistência integral ao paciente no período anestésico-cirúrgico, na recuperação pós-anestésica e no pós-operatório imediato;
- realizar programação cirúrgica diária, e de emergência e urgência;
- manter em ordem o arquivo de registros das cirurgias;
- servir de campo de estágio para a formação e o aprimoramento de recursos humanos;
- desenvolver programas e projetos de pesquisa, voltados especialmente para o desenvolvimento científico, para aprimorar as condições assistenciais.

A assistência de enfermagem no CC começa com o planejamento da unidade. Como membro da equipe multidisciplinar cabe ao enfermeiro estudar todos os detalhes da planta física e dos equipamentos para oferecer condições de ambiente asséptico, dispor de materiais e equipamentos adequados para atender cirurgias variadas, suas complicações e casos de emergência, manter número adequado de pessoal devidamente treinado e estabelecer rotinas e técnicas assépticas devidamente orientadas e supervisionadas.

A Association of Operating Room Nurses (AORN, 1997a) lembra que o cuidado de enfermagem em C.C. está sempre centrado no paciente, estando o mesmo consciente,

semiconsciente ou inconsciente. A enfermagem deve proporcionar respeito ao indivíduo, proteção a sua dignidade e direitos humanos, atendimento das suas necessidades humanas e prevenção de acidentes e lesões. Durante a experiência cirúrgica, o enfermeiro atua como o principal elemento proporcionador de segurança ao paciente, visto que a cirurgia é uma experiência estressante.

SILVA et al. (1991) fazem referência que: os pacientes idosos submetidos a qualquer tipo de cirurgia merecem atenção toda especial por parte da enfermagem. As autoras ainda chamam a atenção dos enfermeiros de CC para estudos mais profundo, sobre a assistência de enfermagem ao paciente idoso cirúrgico no período transoperatório. Corroborando com as autoras LUSIS (1996), refere que, ao realizar o planejamento da assistência de enfermagem ao paciente idoso cirúrgico, deve-se levar em consideração as necessidades especiais desta faixa etária. KEOUGH; LETIZIA (1996) e KUPFERER (1988) destacam a importância do profissional da saúde se familiarizar com as mudanças fisiológicas e cognitivas que sucedem ao processo de envelhecimento.

CAMPEDELLI (1983) reforça a necessidade do idoso ser atendido da forma a que tem direito. A autora salienta que o atendimento ao idoso nem sempre é adequado devido à falta de preparo e de conhecimento a respeito do processo de envelhecimento, aliado às dificuldades de interagir com este grupo etário, já que ele possui características peculiares nas áreas psicológica, biológica e social, que muitas vezes dificultam a comunicação .

Existem muitas razões pelas quais os pacientes idosos necessitam de uma observação rigorosa após o ato anestésico-cirúrgico. Uma avaliação cuidadosa e um acompanhamento intensivo quanto à possibilidade de insuficiência renal, cardíaca, ventilatória, metabólica, processo infeccioso ou complicações tromboembólicas, são cruciais para os cuidados pós-operatórios destes pacientes (KELLY, 1995).

Assim, concordamos com os autores anteriormente apontados quanto à necessidade dos enfermeiros de CC em assegurar a adequada assistência de enfermagem aos idosos e humanizar cada vez mais o atendimento a esta população, pois trata-se de uma população especial que necessita de cuidados diferenciados, considerando-se ainda a necessidade de elaborar um plano de cuidado personalizado, cuja elaboração requer um embasamento técnico-científico, levando em conta as peculiaridades determinadas pelo

processo de envelhecimento.

Assim sendo, esperamos através deste trabalho contribuir para a melhoria, aprimoramento e humanização da assistência de enfermagem ao idoso que é submetido ao tratamento anestésico-cirúrgico durante o período transoperatório, ou seja, da recepção do paciente no CC até a sua transferência da SO para a RPA ou UTI

Assim sendo, esperamos através deste trabalho contribuir para a melhoria, aprimoramento e humanização da assistência de enfermagem ao idoso que é submetido ao tratamento anestésico-cirúrgico durante o período transoperatório, ou seja, da recepção do paciente no CC até a sua transferência da SO para a RPA ou UTI.

A escolha pelo período transoperatório justifica-se pelos seguintes motivos:

- a nossa experiência de trabalho em CC tem nos apontado cada vez mais a relevância do período transoperatório para o paciente e para a enfermagem;
- a literatura pertinente à esta temática mostra a existência de poucos trabalhos realizados em CC referentes à assistência ao paciente idoso. A maioria dos trabalhos referem-se aos períodos pré e pós-operatório.

OBJETIVOS

2. OBJETIVOS

Verificar e analisar a assistência de enfermagem prestada ao idoso, nos momentos que constituem o período transoperatório, quanto:

- à recepção do idoso no CC;
- ao transporte da sala de preparo (SP) para a SO;
- à recepção na SO e transferência para a mesa cirúrgica;
- à indução anestésica;
- ao posicionamento na mesa cirúrgica;
- à realização do ato anestésico-cirúrgico;
- aos cuidados ao final da cirurgia;
- ao preparo e transferência da SO para a RPA ou para a UTI.

METODO

3. SUJEITOS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo no qual verificou-se a assistência de enfermagem prestada ao idoso no decorrer do período transoperatório, segundo a definição de CASTELLANOS; JOUCLAS (1990), adotada neste trabalho.

3.1. Campo de Pesquisa

O estudo foi realizado em um hospital geral universitário público do município de Campinas, após ter sido autorizado pelo Comitê de Ética e Pesquisa desta instituição (Anexo I). Este hospital se insere no SUS-Sistema Único de Saúde, e tem como finalidade, além da prestação de serviços relacionados a assistência, o ensino e a pesquisa.

O hospital possui dois centros cirúrgicos: o CC ambulatorial destinado às cirurgias ambulatoriais e o CC de rotina, de maior porte. O CC de rotina, onde foi realizado o estudo, fica localizado no 2^o andar, ao lado do pronto socorro e da UTI, e é composto pelos seguintes elementos: recepção do vestiário, vestiário masculino e feminino, área de transferência de maca, sala de preparo (SP), 15 salas de operações (sendo 12 para as cirurgias eletivas, embora, no momento da coleta, somente 11 estivessem ativadas, e três para as de urgências), lavabos, expurgo, sala de serviço, depósito de material e limpeza (DML), “corredor limpo” (área de circulação de pessoal e de material esterilizado), “corredor sujo” (área de circulação de paciente e material contaminado), sala de conforto, sala para depósito de equipamento, sala para depósito de medicamentos, sala para arsenal cirúrgico, sala para material anestésico, sala de RX portátil, sala de câmara escura, laboratório de emergência, sala para chefia de anestesia, secretaria de anestesia, sala para chefia de enfermagem, central de material esterilizado (CME), recuperação pós-anestésica de rotina (com 8 leitos sendo que 4 leitos são para a recuperação no período de 24 horas), recuperação de emergência (com 2 leitos) e o posto de enfermagem.

A utilização das salas de operações segue um cronograma semanal no qual, para sua elaboração, são considerados a especialidade cirúrgica, o porte cirúrgico e o tamanho da sala, conforme especificado no QUADRO 1. Cada sala conta com um circulante (auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem) fixo, o qual é treinado

para atender a respectiva especialidade.

QUADRO 1 - Cronograma de utilização das salas de operações. Campinas, 1998.

	sala 01	sala 02	sala 03	sala 04	sala 05	sala 06	sala 07	sala 08	sala 09	sala 10	sala 11	sala 12
2ª feira												
manhã	cir. card.	ortop.	ortop.	neurocir.	cir. ped.	**	procto	gastro	otorrino	urolog.	cir. vasc.	**
tarde	cir. card.	ortop.	ortop.	neurocir.	ortop.	urolog.	procto	gastro	otorrino	urolog.	**	**
3ª feira												
manhã	cir. card.	cir. card.	**	neurocir.	urolog.	ortop.	urolog.	gastro	cir.plást.	gastro	ortop.	**
tarde	cir. card.	cir. card.	**	neurocir.	**	ortop.	odonto	gastro	otorrino	gastro	ortop.	**
4ª feira												
manhã	cir. card.	**	cir. ped.	cir. tórax	**	hemato	cir.plást.	ca/pe	otorrino	ortop.	cir. vasc.	**
tarde	cir. card.	**	oftalmo	cir. tórax	urolog.	ortop.	cir.plást.	gastro	otorrino	ortop.	cir. vasc.	**
5ª feira												
manhã	cir. card.	urolog.	neurocir.	neurocir.	**	oftalmo	gastro	gastro	otorrino	gastro	cir. vasc.	**
tarde	cir. card.	hemato	neurocir.	neurocir.	**	oftalmo	**	gastro	otorrino	gastro	cir. vasc.	**
6ª feira												
manhã	cir. card.	ortop.	ortop.	cir. tórax	cir. ped.	urolog.	gastro	gastro	ca/pe	ca/pe	**	**
tarde	cir. card.	ortop.	ortop.	cir. tórax	cir. ped.	urolog.	procto	gastro	otorrino	ca/pe	**	**

** Período sem utilização da sala

Neste C.C. são realizadas em média 55 cirurgias por dia, sendo 20 cirurgias eletivas e 35 cirurgias de urgência. Mensalmente são realizadas aproximadamente 1000 cirurgias.

No ano de 1995, ocorreram 8.462 cirurgias, abrangendo 4.655 eletivas e 3.807 urgências; em 1996 ocorreram 8.667 cirurgias, sendo 4.666 eletivas e 4.001 urgências; e em 1997, 8.416 cirurgias, correspondendo a 4.764 eletivas e 3.652 urgências, conforme podemos observar na Figura 1.

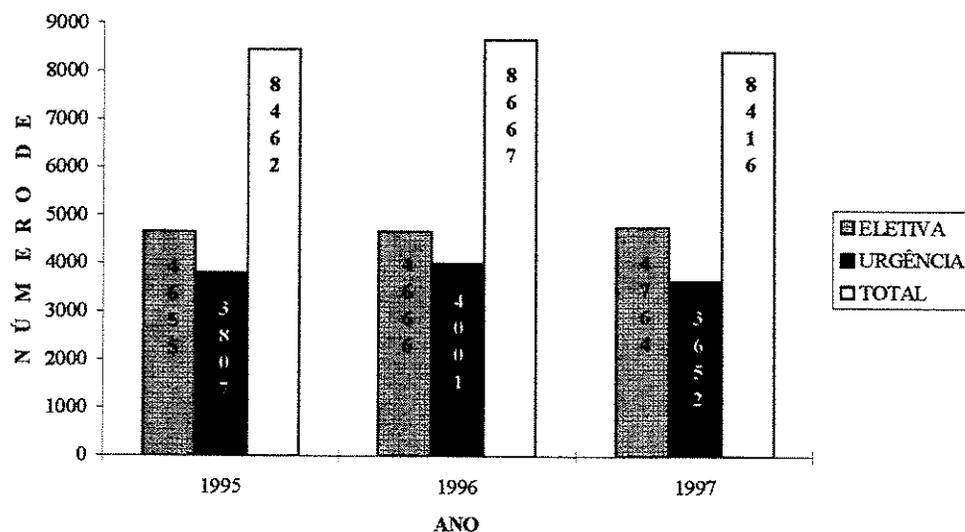


FIGURA 1 - Distribuição do total de cirurgias eletivas e de urgência realizadas no centro cirúrgico, nos anos 1995, 1996 e 1997. Campinas, 1998.

Do total de cirurgias realizadas em 1995, 2.268 foram em pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, sendo 868 em idosos do sexo feminino e 1.400 do sexo masculino. Em 1996, ocorreram 4.442 cirurgias em idosos, abrangendo 1.874 em pacientes do sexo feminino e 2.586 do sexo masculino. Em 1997 das 5.007 cirurgias realizadas em idosos, 2.198 foram em mulheres e 2.809 em homens (Figura 2).

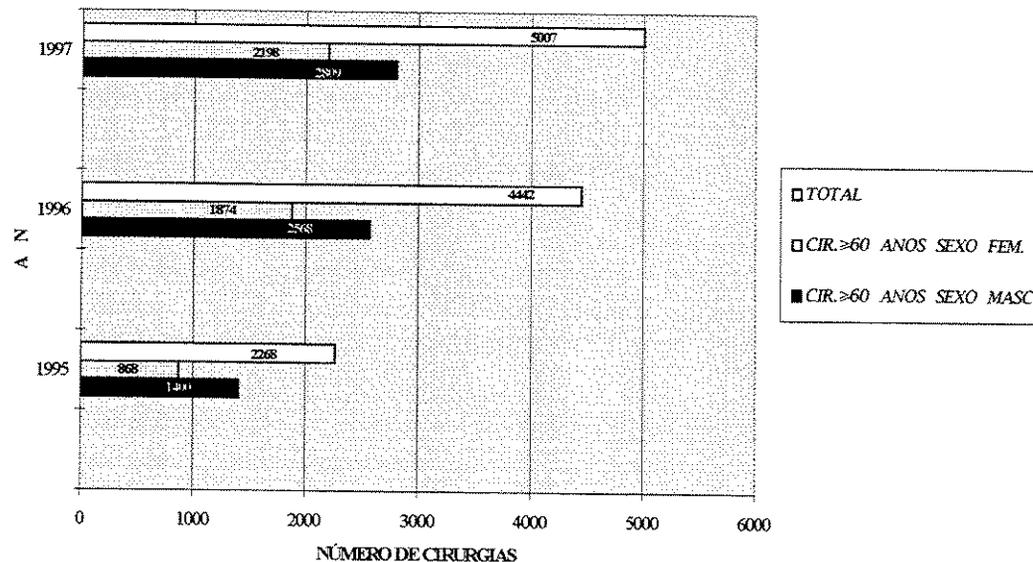


FIGURA 2 - Distribuição do total de cirurgias realizadas em pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, segundo o sexo, nos anos 1995, 1996 e 1997. Campinas, 1998.

O quadro de pessoal da unidade de CC é composto por 122 funcionários: 19 enfermeiros, sendo uma diretora da unidade, três supervisoras de enfermagem, uma secretária da enfermagem (no momento o cargo não está preenchido), 11 técnicos de enfermagem, 68 auxiliares de enfermagem, 13 atendentes de enfermagem, nove instrumentadoras, um auxiliar técnico hospitalar e um técnico específico (para serviços gerais), distribuídos nos períodos da manhã, tarde e noite. Os funcionários dos períodos da manhã e tarde cumprem uma carga horária de seis horas diárias e os do noturno, cumprem o regime de plantão 12/36 horas (Quadro 2).

QUADRO 2 - Distribuição dos funcionários do CC, segundo o turno de trabalho. Campinas, 1998.

Categoria	Manhã	Tarde	Noite	Total
Diretora de Enfermagem	1	-	-	1
Secretária de Enfermagem	-	-	-	-
Supervisora de Enfermagem	1	1	1	1
Enfermeiro	4	5	6	15
Técnico de Enfermagem	3	2	6	11
Auxiliar de Enfermagem	22	29	17	68
Atendente de Enfermagem	5	3	5	13
Instrumentadora	5	4	-	9
Auxiliar Técnico Hospitalar	-	1	-	1
Técnico Específico	-	1	-	1
Total	41	46	35	122

Os membros da equipe de enfermagem são distribuídos nos períodos da manhã, tarde e noite. Os técnicos e auxiliares de enfermagem são treinados para atuarem especificamente na SP, SO ou RPA, para assistir o paciente e atender o anestesista durante a indução anestésica. No período da manhã e tarde, cinco funcionários (técnicos ou auxiliares de enfermagem) são designados para atuarem como auxiliares de anestesia, mas se necessário eles também executam as atividades de circulante da SO, ou atendem o paciente na RPA. No turno da noite, nas cirurgias de urgência, a supervisora de enfermagem do C.C. escala um funcionário para atuar como auxiliar de anestesia.

A responsabilidade do técnico ou auxiliar de enfermagem como auxiliar do anestesista nesta instituição, começa com o preparo do material e equipamentos para a indução anestésica, e com o auxílio do posicionamento do paciente para anestesia. Cabe, também, a este funcionário, assistir e oferecer apoio e segurança ao paciente, observar, reconhecer e descrever os principais sinais e sintomas, detectando prontamente possíveis alterações no estado geral e comportamento do paciente.

3.1.1. O fluxo do paciente no centro cirúrgico

As cirurgias eletivas são agendadas nos terminais de computadores das enfermarias, até as 12:00 horas do dia precedente à cirurgia. Nesse serviço informatizado, os pedidos devem conter os dados relacionados ao ato cirúrgico e anestésico.

No dia da cirurgia, após a sua confirmação, o paciente é encaminhado ao CC pelo serviço de transporte, e recepcionado na SP (área destinada a receber os pacientes internados ou não). Ao receber o paciente, cabe ao funcionário deste setor apresentar-se e confirmar o seu nome, idade, tipo de procedimento e especialidade cirúrgica, assim como verificar o preparo pré-operatório. Em seguida deve solicitar a presença do anestesista que avaliará o paciente. Se um pré-anestésico for necessário, o próprio anestesista realizará a administração, caso seja via endovenosa.

Após a liberação pelo anestesista, o paciente é encaminhado para a SO pelo circulante da respectiva sala, após o mesmo ter se certificado de que todos os equipamentos estão prontos e de que a equipe médica já se encontra no CC.

Após o término da cirurgia, o paciente é preparado para ser encaminhado à RPA, ou UTI (se estiver em estado grave) ou ao domicílio (se submetido a pequenos procedimentos). Em caso de óbito dentro da SO, o corpo é encaminhado para o mortuário.

A figura 3 ilustra este fluxo do paciente, desde a entrada no CC até a alta desta unidade.



FIGURA 3 - Representação esquemática do fluxo do paciente no CC.

3.2 . Sujeitos

Os sujeitos deste trabalho foram todos os membros da equipe de enfermagem: enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem (com exceção dos atendentes de enfermagem, sendo que os mesmos não lidam diretamente com o paciente), de ambos os sexos, que trabalham tanto do período da manhã quanto da tarde e estavam

prestando assistência aos pacientes idosos no período transoperatório. Para esta pesquisa foi utilizado a amostragem por eventos, que segundo POLIT; HUNGLER (1995) consiste em selecionar “comportamentos completos ou eventos pré-especificados para observação”. No presente estudo o evento observado foi a assistência de enfermagem no período transoperatório realizada pela equipe de enfermagem a 30 idosos de ambos os sexos, com idade mínima de 60 anos, submetidos a cirurgia eletiva de médio e grande porte, sendo excluídas as emergências. A amostra foi definida segundo orientação estatística, na qual foi considerado a natureza categórica dos dados, a análise pretendida e a repetição dos eventos obtidos no decorrer da coleta.

3.3. Procedimento para coleta de dados

Previamente à coleta de dados, solicitamos autorização (ANEXO II) à Diretora do Departamento de Enfermagem, do hospital que pretendíamos realizar a pesquisa, para que pudéssemos efetua-la. Posteriormente, tendo sido autorizado o trabalho de pesquisa, contatamos a Diretora do Serviço de Enfermagem do CC, a qual propôs uma reunião com os funcionários que iriam participar do estudo. Nesta reunião nos apresentamos à equipe e expusemos os objetivos da pesquisa e de que forma as observações da assistência de enfermagem seriam realizadas, alguns detalhes não foram explicados para que não houvesse interferência nos dados. Cabe ressaltar que os funcionários observados assinaram um termo de autorização (ANEXO III), ao participar do estudo.

Em seguida, considerando que os dados seriam coletados pela autora do trabalho, permanecemos um período na unidade, a fim de facilitar a adaptação, integração do observador com a equipe e com as rotinas e procedimentos.

Com a finalidade de verificar a adequação do instrumento de coleta de dados aos objetivos propostos, foi realizado um pré-teste no período de abril à julho de 1998. Neste período acompanhamos por meio da observação direta a atuação da equipe de enfermagem com cinco pacientes idosos que foram submetidos ao tratamento cirúrgico, desde o momento em que o membro da equipe de enfermagem recebia o paciente na SP, até o momento em que o mesmo encaminhava o paciente à RPA ou UTI. Os sujeitos desse pré-teste foram incorporados na amostra, uma vez que as alterações feitas, posteriormente no instrumento não modificaram a ocorrência das observações realizadas.

Assim retornamos ao campo no período de setembro a dezembro, para finalizar a coleta dos dados. As observações foram realizadas de segunda a sexta feira, no período da manhã como da tarde. O turno da noite foi excluído porque neste período são realizados somente procedimentos de emergência. Os dados foram coletados por meio da observação direta estruturada que, segundo POLIT ; HUNGLER (1995), consiste não somente na observação em si, mas na formulação prévia de um sistema de categorização, registro e codificação precisa das observações e amostragem dos fenômenos que interessam. Assim, este sistema envolve a enumeração de todos aqueles eventos que o observador deve observar e registrar. Em nenhum momento das observações foram realizadas entrevistas com os membros da equipe de enfermagem ou pacientes, pois o enfoque deste estudo foi a assistência de enfermagem prestada ao idoso. A escolha do período transoperatório foi feita a partir da seleção, no mapa cirúrgico, dos pacientes idoso que atendiam aos critérios pré-estabelecidos. Feita a seleção dos idosos, a autora observava a assistência de enfermagem transoperatória prestada a ele. Para essa observação a autora utilizou um instrumento a fim de garantir uma observação direta e estruturada.

3.4. Instrumento para a coleta de dados

A elaboração do instrumento para a observação direta estruturada baseou-se na proposta das etapas da assistência de enfermagem durante o período transoperatório apresentada por CASTELLANOS; JOUGLAS; GATTO (1986) e no levantamento bibliográfico referente às peculiaridades da assistência de enfermagem ao idoso no período em questão. Assim, o instrumento foi elaborado a partir do pressuposto de que os procedimentos nele contidos estariam atendendo às necessidades particulares da assistência de enfermagem ao idoso no período transoperatório.

Na elaboração do instrumento, procuramos estabelecer uma seqüência lógica na ordem dos procedimentos normalmente realizados com o paciente no CC com a finalidade de facilitar o preenchimento dos itens observados.

Antes de aplicarmos o pré-teste, o conteúdo do instrumento inicialmente proposto foi avaliado por duas enfermeiras com experiência em centro cirúrgico, cujo parecer

levou a algumas alterações no instrumento.

A partir das dificuldades encontradas, da realidade do serviço e das sugestões da banca do Exame de Qualificação, realizaram-se modificações no instrumento (ANEXO IV) que ficou elaborado conforme a descrição a seguir:

Parte I: composta pelos dados gerais de identificação do paciente e pelos dados do funcionário de enfermagem que assistiu o paciente durante o período transoperatório: iniciais do nome do paciente, idade e sexo, especialidade cirúrgica, cirurgia realizada, porte da cirurgia, tipo de anestesia, hora da entrada no CC, hora da entrada na SO, início e término da anestesia, início e término da cirurgia e saída da SO. Os dados de identificação do paciente foram obtidos através do seu prontuário e os dados sobre a cirurgia e anestesia foram coletados dos relatórios da cirurgia e anestesia. Quanto aos funcionários de enfermagem anotamos a categoria, função e sexo.

Parte II: composta por um sistema de categorização para observar a assistência prestada pela equipe de enfermagem do CC ao paciente idoso no período transoperatório. Esta parte do instrumento para a observação direta é composta por duas colunas: a primeira coluna contém as variáveis observadas, precedidas por parênteses, onde assinalamos com “X” os procedimentos realizados pelos membros de enfermagem que foram observados. Na segunda coluna o espaço destinou-se aos registros das intercorrências ocorridas durante as observações.

As etapas adotadas para este trabalho foram:

1) Recepção do idoso no CC: é o momento em que o paciente é recebido na SP por um membro da equipe de enfermagem. Este se apresenta ao paciente, compara os dados de identificação do prontuário com os de sua pulseira e/ou com as informações pessoais. Após a identificação, esse funcionário vai analisar e observar os seguintes itens: conferir remoção de próteses, grampos de cabelo, adornos, lentes de contato, esmalte e outros; observar o preparo da área cirúrgica (tricotomia), a existência e a funcionalidade de sistema de infusões endovenosas e drenagens, o horário da última micção, última ingestão de alimentos e líquidos (jejum) e os efeitos do pré-anestésico quando administrado. Neste momento também pode ocorrer a inter-relação do membro da equipe de enfermagem com o paciente. O funcionário deve se mostrar atento à comunicação

verbal e não verbal do paciente, avaliar seu nível de ansiedade, mostrar-se disponível a ouvi-lo, reforçar orientações e ajudar no que for necessário, uma vez que transmitir segurança ao paciente é muito importante neste momento, além disso, cabe a ele consultar o prontuário do paciente, assegurando-se da existência de toda a documentação necessária, tais como: consentimento para cirurgia, radiografias, exames complementares, prescrições médicas e de enfermagem e ficha pré-operatória e realizar as anotações de enfermagem.

2) Transporte do idoso da SP para a SO: para o transporte do paciente da área de preparo até a SO, os problemas detectados no recebimento devem ser considerados e deve-se promover a sua segurança física e emocional. É indicado que a maca seja o mais confortável possível, com número suficiente de lençol e cobertor para proteger o paciente do resfriamento que ocorre na sua passagem pelos corredores ventilados, e que possua grade e trava. O funcionário responsável pelo transporte deve colocar um pequeno travesseiro sob a cabeça do paciente, e durante o percurso deve posicionar-se sempre à cabeceira da maca, observando a expressão facial do paciente e tomando os cuidados necessários com infusões e drenagens. O transporte deve ser realizado diretamente para a SO, evitando paradas, movimentos bruscos, ruídos indesejáveis e conversas com outros funcionários. Desta forma, deve ser tranqüilo e seguro.

3) Recepção do idoso na SO e transferência para mesa cirúrgica: após a apresentação do paciente à equipe da SO, o mesmo é transferido para a mesa cirúrgica, mantendo sua privacidade, segurança física, emocional e seu conforto. Alguns cuidados precisam ser observados, como travar a maca e a mesa cirúrgica, nivelar a altura da mesa com a maca e posicionar o funcionário com objetivo de prevenir a movimentação de ambas. O circulante da SO sempre deve estar do lado oposto da mesa cirúrgica, recebendo e ajustando as posições da mesa às condições anatômicas do paciente, mantendo-o coberto e aquecido. Em seguida, é necessário realizar as anotações de enfermagem.

4) Indução Anestésica: é quando se dá início ao ato anestésico. O auxiliar de anestesia tem a função de instalar os equipamentos para monitorizar o paciente (Eletrocardiograma e Oxímetro) e, se necessário, manter uma via de perfusão periférica,

sempre explicando ao paciente os procedimentos que serão realizados, providenciar e oferecer ao anestesista todo material necessário para a indução anestésica, manter o carro de anestesia em ordem e limpo e realizar as anotações de enfermagem. O circulante da SO, na ausência do auxiliar de anestesia, deve auxiliar o anesthesiologista.

5) Posicionamento do idoso na mesa cirúrgica: neste momento, o funcionário de enfermagem auxilia no posicionamento do paciente, prevenindo lesões articulares, musculares, nervosas, circulatórias, respiratórias e mantendo a privacidade do paciente.

6) Ato Anestésico Cirúrgico: compreendido desde o início até o final da cirurgia. Neste momento o circulante de sala deve auxiliar na paramentação da equipe cirúrgica, atender as solicitações da equipe, prover material e equipamentos necessários, manter o ambiente asséptico, calmo e com iluminação adequada do campo cirúrgico, observar e comunicar ao médico alterações do paciente em relação aos movimentos de extremidades, coloração da pele, variação de temperatura corporal, pressão arterial, tremores, agitação, drenagens e infusões, perdas sangüíneas, alinhamento corporal, áreas de pressão, além de atentar à comunicação e atenção do paciente quando submetido a anestesia local ou regional. Ainda deve realizar anotações de enfermagem e preencher a ficha do gasto cirúrgico.

7) Cuidados com o idoso ao final da cirurgia: nesta fase, o circulante da SO ou o auxiliar de anestesia deve informar o paciente, quando possível, quanto ao término do procedimento cirúrgico, auxiliar o cirurgião no curativo oferecendo material necessário, retirar materiais, equipamentos, campos sujos e molhados que estão sobre o paciente, colocar o paciente em posição dorsal com os devidos cuidados, pois a mudança de posicionamento do paciente pode afetar seu equilíbrio hemodinâmico. Cobrir, aquecer e promover o conforto do paciente, ajudar o anestesista a manter a permeabilidade das vias aéreas superiores, observar o padrão respiratório e a circulação sangüínea e controlar as infusões, irrigações e sondas também são ações a serem realizadas pelo circulante de sala, além de realizar as anotações de enfermagem.

8) Preparo e transferência do idoso para a RPA ou para a UTI: neste momento muitos parâmetros devem ser observados e avaliados tais como: permeabilidade das vias aéreas, nível de consciência, infusões e drenagens, aquecimento do paciente, presença de

lesões (por pressão, bisturi elétrico, soluções medicamentosas, anti-sépticos), manifestação de dor, expressão de necessidades sentidas, estado do curativo, ordem no prontuário. Por fim, devem-se realizar as anotações de enfermagem da SO, pois deste modo serão fornecidos subsídios para a continuidade da assistência de enfermagem na RPA ou UTI.

3.5. Tratamento dos dados

Os resultados obtidos comportaram dois tipos de análise estatística: a parte I do instrumento, foi analisada e interpretada através de estatística descritiva considerando medida de posição, dispersão e frequência relativa. Essa parte inicial englobou os dados referentes ao idoso assistido no período transoperatório, e sobre os funcionários que prestaram assistência de enfermagem no respectivo período.

Para a parte II, inicialmente foi calculado o total de pontos correspondente a cada etapa. Os procedimentos ocorridos, ou seja aqueles que assinalados com “X” quando o membro de enfermagem o realizava, foram classificados como positivos e negativos quando não havia a ocorrência, isto é, quando o sujeito da pesquisa não o realizava. Para facilitar a análise dos resultados e para compararmos as diferentes etapas do período, agrupamos e classificamos as variáveis de cada etapa nas seguintes categorias: comunicação (C), integridade cutânea (IC), medidas de segurança (MS), manutenção fisiológica (MF) e termorregulação (T) (ANEXO V). Para a elaboração das categorias, tomamos como base a literatura sobre o tema e os padrões da AORN. Em seguida foi aplicado o teste de Friedman, seguido de comparações múltiplas pelo teste de Duun (método não-paramétrico de análise de variância com medidas repetidas).

Alguns itens do instrumento, que não fazem parte da rotina do local onde foi realizado o estudo, não poderiam ser considerados negativos, e assim foram excluídos da análise dos dados. Estes procedimentos foram:

- consentimento para cirurgia (etapa 1) pois não existe, atualmente, nesse hospital um impresso específico para esta finalidade, o paciente ao ser internado assina um termo de consentimento referente aos tratamentos a serem realizados;

- uso de pré-anestésico a avaliação anestésica é realizada na SP;
- verificação da respiração e temperatura (etapa 1), como rotina é verificado apenas o pulso e a pressão arterial.

Do mesmo modo o item esclarece dúvidas manifestadas pelo idoso (etapa 1), foi excluído, pois nenhum idoso manifestou-se, fato esse que resultou na não ocorrência do registro, o que poderia interferir nos resultados como um todo.

Os dados serão apresentados a seguir em número e percentual, na forma de figuras, tabelas e quadros.

Na parte II, o tipo de figura utilizada para ilustrar os resultados, foi a box-plot, que é “um método gráfico para mostrar características importantes do conjunto de observação. Este gráfico é baseado em um “sumário de cinco números” dos dados, com a parte da caixa cobrindo a taxa inter-quartil, e as caudas estendidas para incluir todas as observações externas, estes sendo indicados separadamente” (EVERITT,1995).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Os resultados serão apresentados e discutidos em duas partes, na primeira parte os dados referentes aos idosos, as cirurgias e anestesia, aos tempos do período transoperatório e as observações e sujeitos da pesquisa. Na segunda parte, são os dados relacionados a cada etapa do roteiro de observação direta e a representatividade das categorias em cada etapa do período transoperatório.

PARTE I.

4.1. Caracterização dos idosos assistidos no período transoperatório:

Acompanhamos neste estudo o transoperatório de 30 idosos, sendo 17 (57%) homens e 13 (43%) mulheres. Pela Tabela 1, podemos observar que o maior número de pacientes idosos do sexo masculino está compreendido na faixa etária de 66 a 70 anos, o que corresponde a 20%, enquanto que no sexo feminino de 60 a 65 anos, correspondendo a 20%. A idade mínima foi de 60 anos, segundo critérios pré-estabelecidos, e a idade máxima foi de 83 anos, sendo a média de idade 69 ano

TABELA 1 - Distribuição dos idosos segundo a idade e o sexo. Campinas, 1998.

IDADE	SEXO M.		SEXO F.		TOTAL	
	<i>N^o</i>	%	<i>N^o</i>	%	<i>N^o</i>	%
60-65	5	17	6	20	11	37
66-70	6	20	3	10	9	30
71-75	1	3	3	10	4	13
76-80	3	10	1	3	4	13
80 e +	2	7	-	-	2	2
TOTAL	17	57	13	43	30	100

4.2. Especialidade Cirúrgica:

Quanto à especialidade cirúrgica, a Tabela 2 indica que na amostra, houve predomínio da gastrocirurgia, ocorrendo em seis idosos (20%).

TABELA 2 - Distribuição dos idosos segundo a especialidade cirúrgica. Campinas, 1998.

ESPECIALIDADE	Nº	%
CIR. CARDÍACA	2	7
CABEÇA/PESCOÇO	1	3.5
CIR. TORÁCICA	1	3.5
CIR. VASCULAR	4	13
ENDOCRINOLOGIA	3	10
GASTROCIRURGIA	6	20
NEUROCIRURGIA	1	3.5
OFTALMOLOGIA	1	3.5
ORTOPEDIA	4	13
OTORRINOLARINGOLOGIA	4	13
UROLOGIA	3	10
TOTAL	30	100

Em nosso país, a escassez na literatura dificulta maiores discussões quanto à frequência das cirurgias e suas especialidades nesta faixa etária. Alguns trabalhos isolados como o de LEME et al. (1994), no qual foi levantado o perfil de cirurgia em pacientes idosos no período de dois anos em um hospital de comunidade fechada na cidade de São Paulo. Mostrou que entre os procedimentos cirúrgicos de maior frequência foram as intervenções gastroenterológicas.

4.3. Tipos de procedimentos realizados e o porte cirúrgico:

Pelos dados da Tabela 3, observa-se que não houve predomínio significativo, com destaque para: aneurisma aorto-abdominal sub-renal , tireoidectomia, gastrostomia, gastrectomia sub-total com linfagectomia e ressecção endoscópica da próstata, com a frequência de dois pacientes (6.67%) para cada um deles.

Na Tabela 3, também observamos o porte cirúrgico e para realizar essa classificação utilizamos a tabela da Associação Brasileira de Medicina (1992).

TABELA 3 - Procedimentos realizados e o porte cirúrgico. Campinas, 1998.

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	PORTE	TOTAL	
		Nº	%
Troca de Prótese Biológica Aórtica	G*	1	3.33
Troca de Válv. Aórtica + Aneurisma Aorta Ascendente	G	1	3.33
Biop. Gangli. Ing. D + Enxerto de Pele na Região Plantar	M*	1	3.33
Segmentectomia	G	1	3.33
Ponte Femuro Poplítea	M	1	3.33
Aneurisma Aorto Abdominal Sub-Renal	G	2	6.67
Exerese Parcial de Prótese Vascular	M	1	3.33
Extirpação de Bócio Intratorácico	M	1	3.33
Tireoidectomia	M	2	6.67
Videolaparoscopia + Gastroenteroanastomose	G	1	3.33
Videolaparoscopia + Biopsia	M	1	3.33
Gastrostomia	M	2	6.67
Gastrectomia Sub-Total c/ Linfadenectomia	G	2	6.67
Craniotomia para Propedêutica	M	1	3.33
Dacriocistorrinostomia	M	1	3.33
Frat. Radio/Ulna proximais Fixador Externo	G	1	3.33
Osteossíntese de Fêmur + Colocação de Fixador Externo	G	1	3.33
Descompressão Medular	G	1	3.33
Fratura de Diáfise do Fêmur	G	1	3.33
Biopsia de Pele + Enxerto Nasal	M	1	3.33
Parotidectomia Total	M	1	3.33
Laringectomia Parcial c/ Esvaziamento Cervical	G	1	3.33
Laringo c/ Microscopia p/ Exerese de Papiloma	M	1	3.33
Prostatectomia + Vesiculotomia Radical	G	1	3.33
Ressecção Endoscópica da Próstata	G	2	6.67
TOTAL		30	100.00

G* - Porte Grande

M* - Porte Médio

No que se refere ao porte cirúrgico, 14 (47%) idosos foram submetidos a procedimento de porte médio e 16 (53%) porte grande (Figura 4).

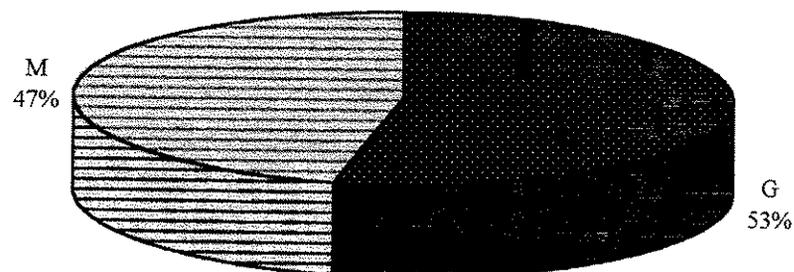


FIGURA 4 - Distribuição dos idosos segundo o porte da cirurgia. Campinas, 1998.

As cirurgias são classificadas segundo o porte de acordo com os riscos, assim como os efeitos fisiológico do procedimento, sobre o organismo (DU GAS, 1984).

4.4. Tipos de Anestesia:

Dos 30 idosos acompanhados durante o período transoperatório, 18 (60%) foram submetidos a anestesia geral, cinco (16%) a raquianestesia (simples, contínua, com ou sem sedação), dois (7%) a anestesia peridural (simples, contínua, com ou sem sedação), dois (7%) a anestesia associada (geral + peridural ou raquianestesia), dois (7%) a anestesia local + sedação e um (3%) foi submetido a bloqueio plexo braquial.

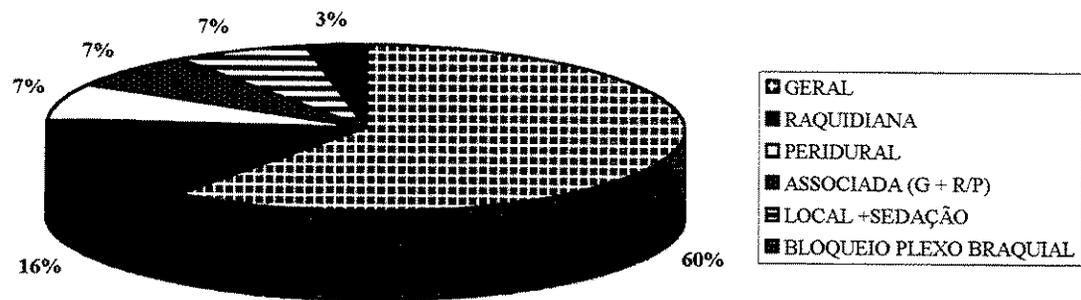


FIGURA 5 - Distribuição dos idosos segundo o tipo de anestesia. Campinas, 1998.

Para se determinar o tipo de anestesia mais adequada para o idoso, é necessário que o anestesista tenha conhecimento das condições físicas, psicológicas e mentais do paciente, e se há presença de outros problemas de saúde associados, assim como a duração do procedimento cirúrgico, a posição necessária do paciente na mesa de cirurgia e as exigências do cirurgião.

COUTO; FARIA; ANDRADE (1998) referem que a condução da anestesia no idoso não tem princípios diferentes, não há anestésicos ou técnicas melhores para ele. Os autores ainda acrescentam que o anestesista escolhe uma técnica adequada para o paciente e para a cirurgia, de acordo com as suas próprias habilidades e as do cirurgião, e conduz a anestesia com o cuidado necessário com base nas alterações orgânicas do idoso.

Mudanças relacionadas com a idade nos sistemas corporais, afetam a manutenção da anestesia em pacientes idosos. Entre eles destacam-se o sistema cardiovascular, pulmonar, renal, gastrointestinal, sistema nervoso central e sistema tegumentar. No decorrer do processo de envelhecimento, o coração e os vasos sanguíneos apresentam uma menor capacidade de responder ao estresse. As alterações cardíacas incluem redução do débito cardíaco e reserva cardíaca limitada. Com a redução do leito vascular, os idosos são propensos a problemas de termorregulação e portanto podem requerer um

aquecimento maior para que mantenham sua temperatura corporal estável. No sistema respiratório, os riscos de infecção pulmonar é maior frente a alteração do reflexo da tosse e a redução das trocas de gases o que pode aumentar o risco de hipóxia cerebral. Com a alteração do metabolismo o idoso necessita de menor quantidade de anestésico para a produção da anestesia mais leva um tempo maior para eliminar as substâncias anestésicas. Outro fator é a involução dos tecidos dos organismo, ricos em sangue e água, como o músculo esquelético, fígado e rins. A redução do tamanho do fígado implica a diminuição da velocidade de inativação de muitos anestésicos. O decréscimo do funcionamento das células renais interfere na excreção dos produtos catabólicos e dos anestésicos (HAZEN; LARSEN; MARTIN, 1997; SMELTZER; BARE, 1993; ROSSI, 1981).

Desta forma, para o sucesso da anestesia e da cirurgia, além das condições do paciente geriátrico e de uma boa estrutura hospitalar, é necessário uma equipe médica e de enfermagem capacitada em prestar cuidados especiais a essa população

4.5. Dispersão dos tempos:

Observamos pelos dados do Quadro 3, que o tempo médio de espera para o idoso ser encaminhado da SP a para SO foi de 1h 22', o tempo médio de anestesia, 3h 20', o tempo médio de cirurgia 2h 42' e o tempo médio da entrada na SO até a saída da SO foi de 4h.

QUADRO 3 - Medidas de posição e dispersão para os tempos em que o idoso permaneceu em cada etapa do período transoperatório. Campinas, 1998.

TEMPO ENTRE	TEMPO MÍNIMO	TEMPO MÁXIMO	TEMPO MÉDIO	DESVIO PADRÃO
Entrada CC/Entrada SO	15'	2h	1h 22'	30'
Início Anest./Término Anest.	55'	6h 5'	3h 20'	2h 13'
Início Cir./Término Cir.	35'	5h 8'	2h 42'	1h 46'
Entrada SO/Saída SO	1h 25'	7h 25'	4h	2h 23'

É amplamente reconhecido que o processo de hospitalização e os cuidados e tratamentos subsequentes envolvendo intervenção diagnóstica ou cirúrgica são períodos

de extrema ansiedade e angustia para os pacientes. Quando é definido o tratamento cirúrgico, qualquer que seja a cirurgia pode desencadear nas pessoas a sensação de abandono, mal estar, e surge o medo da cirurgia, da anestesia, da dor, do desconhecido e da morte.

KATZ et al. (apud BIANCHI; CASTELLANOS, 1983) afirmam que o estresse começa desde o momento em que se conhece a recomendação cirúrgica até a recuperação de todas as atividades, com exarcebações relacionadas com a internação, a espera, a anestesia, o pós-operatório, a convalescença e a magnitude da perda de tecido e função.

O enfermeiro deve estar atento para o problema e estar apto para reconhecer os sintomas da ansiedade. Os sentimentos de angústia, ansiedade e estresse podem ser extremamente desconfortáveis para o paciente, e muitas vezes causam alterações fisiológicas que por sua vez desencadeiam possíveis mudanças nos eventos durante a hospitalização e recuperação. CANNON (apud CASTELLANOS, 1978) diz que a cada estado emocional corresponde uma resposta fisiológica característica; os componentes fisiológicos da angústia são parecidos, mas não idênticos ao da cólera ou da ira e se expressam mediante uma combinação de transtornos víscero-motores e tensões músculo-esqueléticas manifestadas por palpitações, transtornos respiratórios como hiperventilação, sensação de opressão no tórax e garganta, congestão facial, transpiração e sensação de debilidade com tremores, sintomas estes que se acompanham subjetivamente por intensa apreensão obsessiva e não confessada.

O procedimento cirúrgico pode provocar ansiedade no idoso, medo da dor, da morte, de mutilação e de mudanças no seu estilo de vida (KUPFERER, 1988). A equipe de enfermagem no período perioperatório deverá atuar junto ao paciente oferecendo-lhe uma assistência segura, objetiva e integral. Concordamos com SALZANO (1986) quando ressalta que é de extrema importância que, ao chegar no CC, o paciente seja recebido pelo enfermeiro desta unidade para que ele possa avaliar suas condições bio-psico-sócio-espirituais.

SMELTEZER; BARE (1993) referem que o paciente deve ser encaminhado para a sala de preparo cerca de 30 a 60 minutos antes do início da anestesia, sendo que ele não

deve ser deixado só. A presença de um profissional da equipe de saúde com o paciente pode proporcionar tranquilidade e segurança, do paciente as quais podem ser alteradas pelo tempo de permanência prolongado na sala de preparo, na maca, o timbre de voz da equipe, pela iluminação, a cor da sala, a indumentária da equipe; enfim, vários fatores externos que podem exacerbar os medos favorecendo a ansiedade e o estresse. Assim, nesta sala o tumulto, ruídos e conversas devem ser evitados pois pode ser interpretados de forma errônea por parte do paciente; portanto compete à equipe de enfermagem transmitir segurança ao paciente e manter um clima de tranquilidade.

4.6. Número de óbitos na SO:

Entre os 30 períodos transoperatórios acompanhados, como intercorrência ocorreu apenas um (6%) óbito. A constatação foi na SO, em um idoso do sexo masculino, com 74 anos de idade, que estava sendo submetido à uma segmentectomia (retirada de um segmento de tecido pulmonar).

Algumas situações muito especiais alteram o risco cirúrgico, comprometem o prognóstico e evoluem para o óbito. São fatores que aumentam a probabilidade de óbito: anestesia prolongada, anestésias simultâneas, obstáculos de vias aéreas, dificuldade técnica em relação à cirurgia, choque hipovolêmico, hipoxia grave, insuficiência respiratória aguda, insuficiência renal aguda, infarto do miocárdio e falência de múltiplos sistemas (PIMENTA, 1998).

4.7. Caracterização das observações dos sujeitos da pesquisa:

As observações da assistência de enfermagem foram realizadas no período diurno, sendo 14 (47%) delas pela manhã, 13 (43%) à tarde e três (10%) cirurgias que tiveram início no período da manhã e terminaram à tarde. Deste modo foi possível observar os membros da equipe de enfermagem do período matutino e vespertino.

Ao chegarmos no CC, nos dirigíamos para a SP, e, assim que os paciente idoso era recebido pelo membro da equipe de enfermagem, iniciávamos as observações. Dos 30

idosos acompanhados no período transoperatório, 29 (97%) foram recepcionados na SP pelo auxiliar de enfermagem, sendo destes, 27 (90%) do sexo feminino e dois (7%) do sexo masculino. Apenas um (3%) idoso foi recepcionado por um (3%) técnico de enfermagem do sexo feminino.

O transporte dos 30 idosos, da SP para a SO, foi realizado somente por auxiliar de enfermagem, o mesmo que entrou no procedimento cirúrgico como circulante de sala. Dos auxiliares de enfermagem observados nesta etapa dois (7%) eram do sexo masculino e 28 (93%) do sexo feminino.

Cabe ressaltar que, durante as 30 observações da etapa de indução anestésica, nove (30%) não contaram com a presença do auxiliar de anestesia, enquanto que das 21 observadas em que o mesmo estava presente, dois (7%) auxiliares de anestesia eram enfermeiros, sendo um (3,5%) do sexo masculino e um (3,5%) do sexo feminino, e 19 (63%) eram auxiliares de enfermagem do sexo feminino.

Quanto ao encaminhamento do idoso da SO para a RPA, observamos que em 26 (87%) dessa etapa foi o circulante da sala quem acompanhou o paciente, e em 4 (13%) apenas o anestesista realizou o transporte.

TABELA 4 - Distribuição dos membros da equipe de enfermagem que atuaram nos diferentes momentos do período transoperatório, segundo a categoria e o sexo, Campinas, 1998.

CATEGORIA	RECEPÇÃO SP.				CIRCULANTE SO				AUX. ANEST. SO			
	MASC.		FEM.		MASC.		FEM.		MASC.		FEM.	
	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%
ENFERMEIRO	-		-		-		-		1	3,5	1	3,5
TÉCNICO DE ENF.	-		1	3	-		-		-		-	
AUXILIAR DE ENF.	2	7	27	90	2	7	28	93	-		19	63

A Tabela 4, nos mostra que a recepção do idoso é delegada ao auxiliar de enfermagem (97%), na maioria das vezes. KIKUTI et al.,1993 referem que em nosso país existem muitos trabalhos escritos sobre a função do enfermeiro de CC. Vários deles apontam que a atuação deste profissional está voltada prioritariamente para as atividades técnico-administrativas, ficando a assistência em segundo plano ou delegadas aos técnicos ou auxiliares da equipe de enfermagem.

técnicos ou auxiliares da equipe de enfermagem.

CASTELLANOS; BIANCHI (1984) salientam que o atendimento do paciente cirúrgico pelo enfermeiro da unidade de CC, na nossa realidade, é bastante falho quando analisado dentro da perspectiva da assistência integral. Acrescentam as autoras que o enfermeiro de CC sentindo-se absorvido pelas atividades técnico-burocráticas, transfere seu papel de executor dos cuidados de enfermagem, na maioria das circunstâncias, integralmente aos auxiliares de enfermagem.

HERCULES; BATSON (1996) referem que usualmente o primeiro membro da equipe cirúrgica que o paciente encontra é o enfermeiro. As autoras acrescentam ainda que no final da recepção o enfermeiro deve assistir o paciente, prover conforto físico e tomar algumas medidas que possam reduzir a sua ansiedade.

A realidade difere, de um lugar a outro, e de um hospital a outro. Dependendo da estrutura organizacional do hospital, só vamos encontrar um enfermeiro responsável pela unidade de CC, que normalmente está sobrecarregado e com as suas atividades direcionadas para as atividades técnico-administrativas, não priorizando a recepção do paciente, como apontou os nossos resultados. Para mudar essa realidade achamos que em primeiro lugar é necessário a conscientização do próprio profissional, ele tem que acreditar que uma assistência sistematizada, garantirá um melhor resultado não só ao paciente, mas também permitirá que a equipe de enfermagem desta unidade atue com mais segurança e tranquilidade.

Uma vez que o período transoperatório se inicia no momento em que o paciente chega ao CC, uma recepção humanizada poderá contribuir para o seu bem-estar. Tendo como base os anos da nossa experiência em CC, podemos afirmar que é importante que o enfermeiro dessa unidade se preocupe e desenvolva na sua prática diária cada vez mais a assistência sistematizada e integral, buscando humanizar o tratamento cirúrgico e garantir um o alcance dos objetivos pré-estabelecidos.

Quanto ao circulante da SO, concordamos com JOUCLAS (1987), quando refere na sua tese de doutorado que é o enfermeiro o profissional que preenche todos os requisitos exigidos para atuar na função de circulante da SO. No entanto, acrescenta que o enfermeiro só se faz presente na SO quando solicitado, restringindo-se mais ao papel de

supervisor do pessoal de enfermagem.

Nos Estados Unidos da América, o enfermeiro, além da função administrativa, exerce a função de circulante da SO e instrumentador cirúrgico. Mais recentemente, foi efetuado um acréscimo à equipe da SO: o primeiro assistente de enfermagem (PAER), cuja função foi aprovada pela Association of Operating Room Nurses (AORN) e endossada pelo Colégio Americano de Cirurgiões. O PAER é reconhecido em quase todos os Estados Unidos, e trabalha sob supervisão direta do cirurgião, realizando atividades como a manipulação de tecidos, exposição do campo operatório, utilização de instrumentos, suturas e execução de hemostasia (SMELTZER; BARE, 1993).

Durante a indução anestésica, o enfermeiro, além de fornecer material, equipamentos e medicamentos necessários para a anestesia, deve estar atento e preparado para responder ao anestesista e assistir o paciente quando ocorrem reações adversas (MECKES, 1997). Nos Estados Unidos, o anestesista é a pessoa que auxilia o anesthesiologista (médico responsável pela anestesia), o mesmo pode ser um enfermeiro, dentista, médico. Neste país a maioria dos anestesistas são enfermeiros capacitados através de um programa de anestesia, cujo certificado é registrado e expedido pela American Association of Nurse Anesthetists. (SMELTZER; BARE, 1993).

Os nossos resultados mostram, que o enfermeiro estava presente como auxiliar do anestesista em apenas duas (7%) cirurgias, das 30 observadas. No nosso país, o auxiliar de anestesia é treinado, pelo próprio serviço de anestesia ou pela enfermagem do CC, para atender o paciente e o anestesista, cuidar e preparar do material e equipamentos, esse membro da equipe geralmente é o técnico ou auxiliar de enfermagem.

Observamos ainda na Tabela 4, que os membros da equipe de enfermagem observados, eram predominantemente do sexo feminino. Estes dados vão de encontro aos dados de KIKUTI et al. (1993) quando realizaram uma pesquisa sobre circulantes de sala de operação, em um hospital governamental de grande porte, da cidade de São Paulo, na qual observaram uma maior incidência do sexo feminino nesta função. Muitos estudos destacam que a própria história da Enfermagem aponta para prevalência de mão de obra feminina.

PARTE II

4.8. Resultados do total de pontos positivos atingidos em cada etapa do roteiro de observação direta Parte II:

Conforme descrevemos em capítulo anterior, referente a sujeitos e métodos, chamamos de pontos positivos quando o membro da equipe de enfermagem realizava o procedimento descrito no roteiro de observação direta, na parte II.

No anexo V, apresentamos os resultados em número absolutos e percentagem para cada etapa do roteiro de observação.

Assim, verificamos na Tabela 5 e Figura 6 que para nenhuma etapa do período transoperatório houve 100% de ocorrência de pontos positivos. Apenas as etapas 2 (transporte do idoso da SP para a SO) e 8 (preparo e transferência do idoso para a RPA) apresentaram uma mediana de pontos positivos igual a 50%. As etapas 1 (recepção do idoso no CC), 4 (indução anestésica), 5 (posicionamento do idoso na mesa cirúrgica), 6 (período intra-operatório) e 7 (cuidados com o idoso ao final da cirurgia) obtiveram medianas oscilando entre 33% à 40% de pontos positivos. Na etapa 3 (recepção do idoso na SO e transferência para a mesa cirúrgica), observamos uma queda significativa no número de pontos positivos, apresentando uma mediana de 9%

Estes dados nos fornecem subsídios para refletirmos sobre a qualidade da assistência de enfermagem que está sendo oferecida aos idosos no período transoperatório.

Se consideramos que os itens da parte II do instrumento utilizado para coleta de dados se referem as ações de enfermagem necessárias para a assistência ao idoso em cada etapa deste período, verificamos por meio desses resultados que essa amostra observada não está ocorrendo a atenção necessária para esta faixa etária.

TABELA 5 - Medidas de posição e dispersão para o percentual de pontos positivos atingidos em cada etapa do roteiro de observação direta Parte II. Campinas, 1998.

ETAPAS	Média	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio-Padrão
ETAPA 1	37%	39%	16%	52%	9%
ETAPA 2	53%	50%	30%	70%	9%
ETAPA 3	19%	9%	0%	64%	20%
ETAPA 4	46%	33%	22%	78%	29%
ETAPA 5	40%	40%	0%	60%	15%
ETAPA 6	37%	37%	21%	47%	7%
ETAPA 7	33%	33%	17%	44%	7%
ETAPA 8	43%	50%	13%	63%	14%

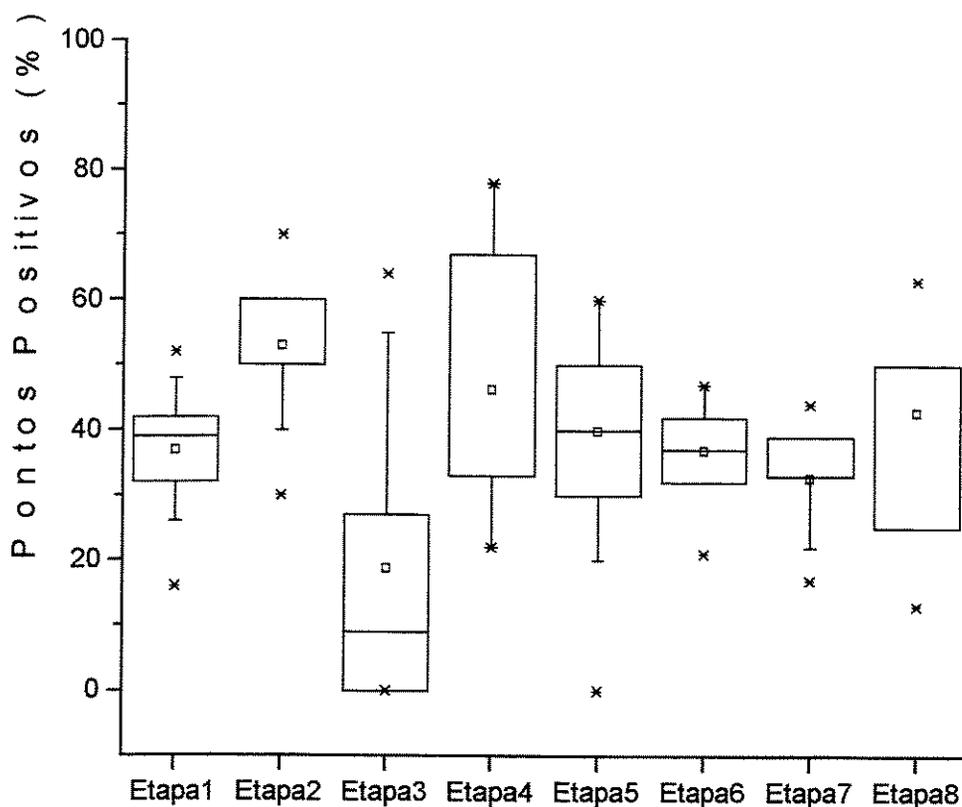


FIGURA 6 - Box-plot do total de pontos positivos, em percentual, para cada etapa do roteiro de observação direta Parte II. Campinas, 1998.

BEDIN (1997) cita em seu trabalho que, tendo em vista a complexidade do CC, a assistência de enfermagem pode estar sujeita a uma série de variáveis comprometendo a sua qualidade. Concordamos com VIEIRA; RODRIGUES (1990) quando dizem que o que vemos no dia-a-dia é a precária assistência que recebem nossos pacientes, sendo estes manuseados pelos profissionais ocupacionais da enfermagem sem preparo técnico-científico para desenvolver uma assistência especializada.

Segundo HORTA (1979), enfermagem é a ciência e arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas. Assistir, em enfermagem, é fazer pelo ser humano tudo aquilo que ele não pode fazer por si só, é ajudá-lo, orientá-lo, ensiná-lo, supervisioná-lo, observá-lo e encaminhá-lo.

O “ideal” é que o paciente ao chegar no CC, seja recepcionado pelo enfermeiro desta unidade, e este realize a identificação de suas necessidades e problemas para proporcionar uma assistência de enfermagem integral. Cabe a equipe de enfermagem, do período transoperatória, dar continuidade ao plano de cuidados iniciado no período pré-operatório, mantendo a segurança física e psicológica, promovendo o conforto e o bem estar do indivíduo. Corroborando com essas questões BIANCHI; CASTELLANOS (1983) enfatizam que o paciente é o centro das atenções da equipe do CC, e todos os elementos devem conhecê-lo para assisti-lo em suas necessidades e individualizar o cuidado prestado.

A prática assistencial sistematizada, além de ser mais humana, segura e integral, também favorece a atuação da equipe de enfermagem, permitindo uma assistência mais tranqüila. Neste sentido GUIDO (1996) aponta que não se pode falar em humanização quando não se tem ambiente que permita a sua busca. A humanização da assistência está diretamente vinculada ao preparo técnico, científico, ético e político dos funcionários da unidade. Portanto, a oportunidade de reciclagem e educação continuada corresponde a fator preponderante nesta busca.

Para garantir um serviço de saúde com ótimos resultados e de qualidade, o Nursing Practices Committee desenvolveu, em 1983, os padrões de cuidados perioperatórios. Estes foram aprovados pela diretoria da AORN, e são utilizados na prática, no ensino, na pesquisa e também para o desenvolvimento de políticas. Em 1995, o Data Elements

Coordinating Committee (DECC) revisou esses padrões. No período perioperatório, todos os dados, resultados e medidas referentes às avaliações do paciente, necessitam ser registrados e documentados em formulários próprios, de modo que toda equipe de enfermagem do perioperatório tenha acesso a eles, para que seja possível a implementação dos cuidados planejados e prescritos pelo enfermeiro. Os padrões da AORN (1997b) para o transoperatório resumem-se em: manutenção de segurança, monitorização fisiológica e apoio psicológico.

4.9. Representatividade das categorias em cada etapa:

Conforme destacamos anteriormente, para facilitar a análise dos resultados e para comparar as etapas classificamos as variáveis que correspondem a cada item das etapas do transoperatório em cinco categorias: comunicação (C), manutenção fisiológica (MF), termorregulação (T), integridade cutânea (IC) e medidas de segurança (MS). A etapa 1 que é referente à recepção do idoso no CC, foi composta por 31 variáveis, a etapa 2, transporte do idoso da SP para a SO, por 10 variáveis, a etapa 3, recepção do idoso na SO e transferência para a mesa cirúrgica, por 11 variáveis, a etapa 4, indução anestésica, por nove variáveis, a etapa 5, posicionamento do idoso na mesa cirúrgica, por 10 variáveis, a etapa 6, período intra-operatório, por 19 variáveis, a etapa 7, cuidados com o idoso ao final da cirurgia, por 18 variáveis e a etapa 8, preparo e transferência do idoso para a RPA, por oito variáveis. A Tabela 6 nos mostra a representatividade de cada categoria dentro de cada etapa.

**TABELA 6 - Representatividade, em percentual, das categorias dentro de cada etapa.
Campinas, 1998.**

CATEGORIAS	ETAPA 1 (31)	ETAPA 2 (10)	ETAPA 3 (11)	ETAPA 4 (9)	ETAPA 5 (10)	ETAPA 6 (19)	ETAPA 7 (18)	ETAPA 8 (8)
C	35%	40%	45%	22%	20%	10%	22%	12%
MF	13%	10%	-	22%	-	42%	33%	37%
T	3%	10%	18%	-	-	16%	11%	-
IC	-	-	9%	-	40%	-	22%	12%
MS	48%	30%	27%	56%	40%	32%	11%	37%

* categoria não presente na etapa

Observamos na Tabela 6, que apenas as categorias comunicação e medidas de segurança estiveram presentes em todas as etapas do período transoperatório.

4.10. Medidas de dispersão e posição do total de pontos positivos em cada etapa segundo as categorias.

4.10.1. Comunicação:

A categoria comunicação esteve presente em todas as etapas do período transoperatório. Após a aplicação do teste de Friedman, observaram-se diferenças significativas com p-valor < 0.001, principalmente entre as etapas 1, 4 e 5.

A etapa 1 refere-se à recepção do idoso no CC e corresponde ao momento em que os membros da equipe de enfermagem realizam a identificação do paciente, fazendo uso da comunicação verbal e da não verbal que ocorre através do olhar, dos gestos, da expressão e principalmente do toque. Nesta etapa, conforme pode ser verificado na Tabela 7 e Figura 7, em metade das observações os sujeitos realizaram até 27% de pontos positivos.

Durante a indução anestésica (etapa 4) e o posicionamento do idoso na mesa cirúrgica (etapa 5), a comunicação verbal é importante para verificar e questionar as condições do idoso e também orientar e informar quanto aos procedimentos a serem realizados. Porém, muito mais importante neste momento é o toque para confortar e transmitir segurança ao idoso. Na etapa 4, o resultado máximo de pontos positivos foi

0%, o que significa que, em todas as observações, a equipe de enfermagem não realizou nenhum tipo de comunicação, quer seja verbal, não verbal. Já na etapa 5, em metade das observações não foram realizadas nenhum tipo de comunicação (mediana 0%) pelo membro da equipe de enfermagem, muito embora tenha-se atingido um percentual máximo de 50%, ou seja, pelo menos um integrante da equipe de enfermagem realizou 50% de pontos positivos.

Na Figura 7 também podemos observar que a comunicação apresentou-se heterogênea durante todo o período transoperatório. Entre as etapas 1 e 5 houve um decréscimo nas medianas relativas aos pontos positivos, enquanto que entre as etapas 6 e 8 ocorreu um aumento. Nessas últimas etapas, a maioria dos pacientes encontrava-se sob anestesia local ou regional, dessa forma, a comunicação mais realizada nesses momentos foi a escrita, ou seja as anotações de enfermagem.

Tabela 7 - Medidas de dispersão e posição do total de pontos positivos, em percentual, em cada etapa do período transoperatório , segundo a categoria comunicação. Campinas, 1998.

ETAPAS	Mediana	Media	Mínimo	Máximo
ETAPA 1	27%	26%	18%	36%
ETAPA 2	25%	21%	0%	50%
ETAPA 3	0%	9%	0%	40%
ETAPA 4	0%	0%	0%	0%
ETAPA 5	0%	3%	0%	50%
ETAPA 6	50%	60%	0%	100%
ETAPA 7	75%	59%	0%	100%
ETAPA 8	100%	69%	0%	100%

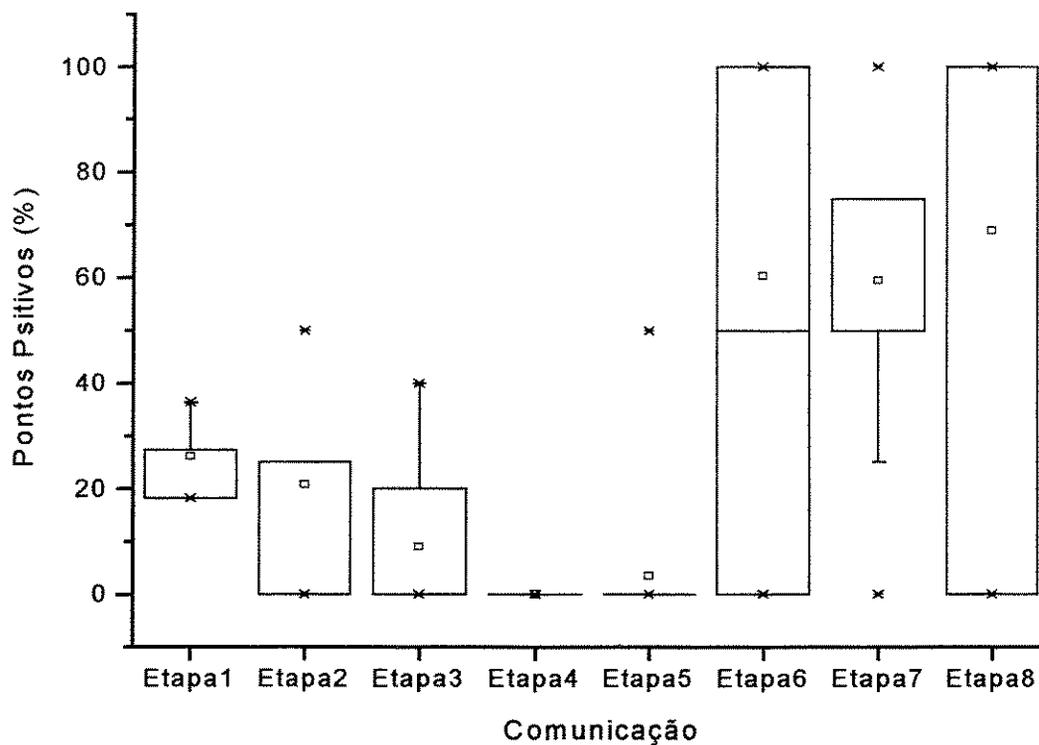


FIGURA 7 - Box-plot do total de pontos positivos, em percentual, da categoria comunicação em cada etapa do período transoperatório. Campinas, 1998

A comunicação entre os homens estabelece-se através da ação verbal, que é quando se faz uso da linguagem oral e escrita, e da não verbal, quando a troca de mensagens realize-se através de gestos, expressões faciais, olhar, movimentos do corpo, postura, contato físico, mãos e toque. SILVA, M. L. (1991) ressalta que a comunicação é um processo social básico, importante em todos os setores da vida, da relação mais simples à mais complexa. A autora acrescenta que talvez não seja exagero afirmar-se que a comunicação seja a própria essência do relacionamento humano.

Na enfermagem, a comunicação tem um sentido mais amplo. Para se garantir uma assistência adequada e segura, é necessário, além da linguagem verbal, desenvolver o uso da percepção; deste modo, durante todo o processo terapêutico, a interação será completa. SALZANO (1986) refere em seu trabalho que a enfermagem tem a comunicação como um de seus mais importantes instrumentos de trabalho.

Embora a comunicação verbal seja a mais habitual, DU GAS (1984) considera a comunicação não verbal em geral a forma mais fidedigna de expressão dos sentimentos autênticos. Segundo WURZELL (apud SAWADA, 1991) numa comunicação, geralmente ocorre a transmissão de conteúdo e sentimento. O conteúdo freqüentemente é transmitido pela mensagem verbal e os sentimentos pela não verbal.

O paciente cirúrgico pode encontrar-se ansioso durante todo o período perioperatório, e apresentar dificuldades em verbalizar os seus sentimentos.

A comunicação com o idoso é essencial para se realizar a avaliação, a identificação e o levantamento minucioso dos dados. É importante para a enfermagem estar ciente de qualquer perda sensorial que o idoso possa ter, pois certos cuidados diferenciados serão necessários durante todo o período perioperatório (LARSEN; HAZEN; MARTIN, 1997). No idoso, também é de extrema importância a avaliação cognitiva, aplicada através de testes para se avaliar memória, inteligência, pensamento, aprendizado e resolução de problemas (LUSIS, 1996; KUPFERER, 1988), esta avaliação forma subsídios para apontar o quanto o idoso pode cooperar com o seu tratamento durante todo o período perioperatório. Muitas vezes o idoso pode apresentar danos ou diminuição cognitiva, e o resultado de uma avaliação pode indicar um quadro de demência em um processo crônico e irreversível (LUSIS, 1996). No paciente muito

idoso, torna-se difícil distinguir o estado confusional agudo da demência crônica. É necessário que o enfermeiro perioperatório obtenha informações seguras através dos familiares e/ou cuidador. O resultado dessa avaliação deve ser registrada e transmitida para o enfermeiro do CC, o cirurgião e o anestesista, especialmente se a anestesia for local e necessitar da cooperação do idoso. JACKSON, (1989) enfatiza que a avaliação do estado mental é muito importante para o anestesista determinar o tipo de droga a ser usada para a anestesia e recomenda que pacientes muito confusos ou com alguma desordem cerebral sejam acompanhados por um membro da família ou cuidador até a SO e na RPA.

O enfermeiro, ao receber o idoso no CC, precisa estar ciente das suas alterações sensoriais. Os déficits que ocorrem em virtude das alterações relacionadas à idade ou apenas porque os óculos e aparelhos auditivos são removidos podem tornar mais difícil a comunicação (MECKES, 1997). Ao recepcionar o paciente, é essencial apresentar-se e solicitar que o idoso diga o seu nome. Para facilitar a comunicação é importante remover a sua máscara, olhar diretamente para o idoso, falar lenta e distintamente com voz clara e baixa, utilizar gestos para suplementar as palavras e, caso seja necessário e adequado a situação, escrever instruções com letras grandes e legíveis. Desta forma, ele explica detalhadamente os acontecimentos subsequentes e fornece o tempo que for necessário para que o idoso esclareça suas dúvidas (LARSEN; HAZEN; MARTIN, 1997; MECKES, 1997; SMELTZER; BARE, 1993).

Do mesmo modo, é importante o enfermeiro preparar o idoso para as alterações luminosas, pois o mesmo pode apresentar dificuldades de adaptação, devido a diminuição do tamanho da pupila, atrofia da íris e rigidez e espessamento da fibra muscular lisa, que contribui para miose pupilar. É de particular importância que a enfermagem tenha consciência da dificuldade da pessoa idosa em adaptar-se às modificações da luz. A transferência do paciente de uma área com pouca luz para a iluminação forte da SO pode causar “cegueira” momentânea. A enfermagem pode aliviar a confusão e a ansiedade causadas por este sintoma, quando orienta o idoso para não fixar as luzes durante o transporte até a SO (LARSEN; HAZEN; MARTIN, 1997; MECKES, 1997).

Nas situações em que o idoso faz uso de aparelho auditivo, é recomendado mantê-

lo com ele para que possa responder às solicitações do anestesista, e no caso de anestesia local, para que possa responder as solicitações, receber instruções e explicações da equipe cirúrgica (LARSEN; HAZEN; MARTIN, 1997).

O enfermeiro pode segurar a mão do idoso, ou envolver o seu ombro com os seus braços, durante a indução anestésica, pois o toque ajuda a minimizar a ansiedade do paciente e traz conforto. Essas condutas, como um todo, garantem o bom resultado da assistência e só vêm a contribuir para o conforto do idoso durante todo período transoperatório.

A comunicação, sob forma escrita, envolve as anotações de enfermagem que interferem diretamente na qualidade e continuidade do cuidado prestado ao paciente. Temos observado que as informações registradas sobre as condições do paciente e os cuidados prestados no período perioperatório geralmente não são bem desenvolvidas, sendo insuficientes e precárias. Normalmente são realizadas sem uma sistematização que permita à equipe de enfermagem inteirar-se do processo a que o paciente vinha sendo submetido (SALZANO, 1986; CASTELLANOS; BIANCHI, 1984).

SALZANO (1986) aponta que o registro dos dados relativos ao preparo físico realizado no pré-operatório com o paciente, são importantes para avaliá-lo com segurança e dar prosseguimento aos cuidados de forma segura e eficaz no transoperatório.

PEREZ et al. (1991) referem que legalmente, o prontuário é um documento onde a equipe de enfermagem deve registrar todas as ações realizadas com o paciente. Porém, na prática, percebemos que poucas são as anotações pertinentes às ocorrências durante o período perioperatório, principalmente no transoperatório. A nossa experiência mais as observações realizadas nos 30 período transoperatório apontam que a equipe de enfermagem do CC também não realiza uma anotação eficaz referente aos cuidados prestados e às intercorrências ocorridas nesse período. Dessa maneira, a continuidade da assistência ao idoso na RPA também fica comprometida.

Concordamos com DALOSSI (1990), nas considerações finais do seu trabalho, quando enfatiza que, para atingir a plenitude da assistência individualizada, o enfermeiro necessita, acima de tudo, conhecer e compreender aquele que está sob seu cuidado, saber

o que ele pensa, sente, deseja e espera receber.

Para que ocorra uma comunicação eficiente entre a enfermagem do CC e o idoso, o profissional dessa área precisa ter consciência da sua responsabilidade individual, criando um relacionamento de amizade e compreensão, acolhendo e mantendo-se sempre próximo, conversando e respondendo a suas angústias. O profissional também tem que aprender a se conhecer, a trabalhar os seus sentimentos, desenvolver a sua percepção, aprender a ouvir, a falar nos momentos necessários e praticar o toque.

4.10.2. Manutenção Fisiológica:

A categoria manutenção fisiológica esteve presente na maioria das etapas, não apresentando-se somente nas etapas 3 (recepção do idoso na SO e transferência para a mesa cirúrgica) e 5 (posicionamento do idoso na mesa cirúrgica).

Após a aplicação do teste de Friedman, observaram-se diferenças significativas com p -valor < 0.001 , principalmente entre as etapas 4, 6, 7 e 8.

Pela Tabela 8 e Figura 8, verificamos que ocorreu uma queda significativa de pontos positivos entre as etapas de indução anestésica (etapa 4), período intra-operatório (etapa 6), cuidados com o idoso ao final da cirurgia (etapa 7) e preparo e transferência do idoso para a RPA ou para a UTI (etapa 8), as quais apresentaram medianas com valores de 64%, 37%, 0%, e 0%, respectivamente. Nessas etapas, o membro de enfermagem que circula a SO e auxilia o anestesista deve monitorar, verificar e controlar parâmetros fisiológicos como infusão venosa, saturação de oxigênio, cor e temperatura da pele, perfusão periférica, sinais e sintomas de hipóxia, sinais e sintomas de déficit de volume de líquidos e eletrólitos, frequência cardíaca, pulso, pressão arterial e pressão venosa central. Dessa forma, a assistência de enfermagem parece não ter correspondido as intervenções necessárias ao paciente idoso cirúrgico com relação aos controles e monitorização de parâmetros fisiológicos.

TABELA 8 - Medidas de dispersão e posição do total de pontos em cada etapa do período transoperatório, segundo a categoria manutenção fisiológica . Campinas, 1998.

ETAPAS	Mediana	Media	Mínimo	Máximo
ETAPA 1	75%	78%	25%	100%
ETAPA 2	0%	38%	0%	100%
ETAPA 4	50%	64%	50%	100%
ETAPA 6	37%	33%	25%	37%
ETAPA 7	0%	7%	0%	33%
ETAPA 8	0%	2%	0%	33%

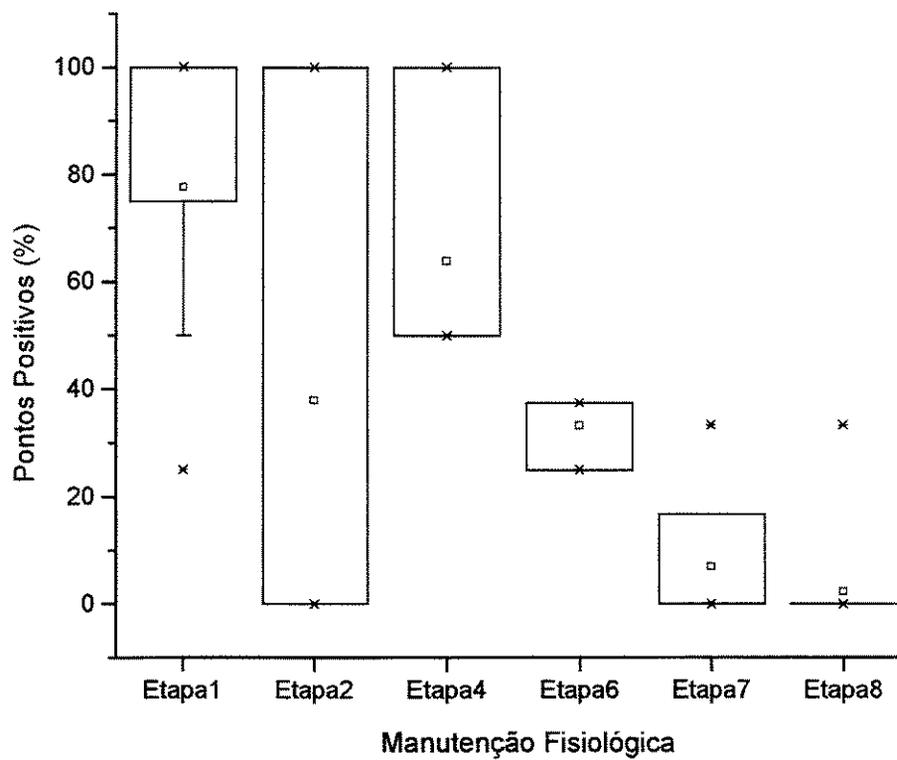


FIGURA 8 - Box-plot do total de pontos positivos, em percentual, da categoria manutenção fisiológica em cada etapa do período transoperatório. Campinas, 1998.

Os idosos são considerados pacientes com maior risco cirúrgico, tendo em vista que suas reservas funcionais encontram-se diminuídas (SMELTZER; BARE, 1993). Mudanças graduais ocorrem especificamente em sistemas corporais nas pessoas que envelhecem; são eles: cardiovascular, pulmonar, renal, gastrointestinal, sistema nervoso central e tegumentar (HAZEN; LARSEN; MARTIN, 1997).

As mudanças no sistema pulmonar levam a uma diminuição da capacidade respiratória devido a uma menor expansibilidade pulmonar e uma maior facilidade de hipóxia tecidual e de infecção das vias aéreas (CORONHO; MARTINS; MARTINS, 1998). A adequada função pulmonar é essencial para manter a oxigenação e eliminação do dióxido de carbono. O enfermeiro do transoperatório deve monitorizar a função pulmonar do paciente para detectar alterações e antecipar as necessidades para intervenção. Exemplos de medidas da função pulmonar incluem, mas não se limitam a, porcentagem de saturação de oxigênio arterial, frequência respiratória, cor da pele e pressão de oxigênio arterial (AORN, 1997b).

CORONHO; MARTINS; MARTINS, (1998) referem que no idoso, há uma tendência à diminuição do débito cardíaco e maior probabilidade de desencadear-se descompensação ou arritmias ao fazer-se reposição de grandes volumes de sangue ou de líquidos parenterais, principalmente durante os atos cirúrgicos de maior duração. Devem ser levadas em conta as repercussões que ocorrem na diminuição do volume de líquido total e intracelular que predis põem à desidratação e a hipotensão arterial. MOREIRA, (1998) diz que o adequado débito cardíaco é essencial para manter a perfusão dos tecidos. É muito importante a vigilância intra-operatória para se detectar isquemia, infarto do miocárdio, arritmias e trombose venosa. Essa vigilância é realizada através de monitorização cardíaca, exames laboratoriais e correção dos distúrbios eletrolíticos. A atuação do enfermeiro do período transoperatório faz-se mediante o controle dos parâmetros cardíacos para possibilitar a detecção de alterações e informações precoce. O monitoramento do sistema cardíaco pode ser invasivo ou não, dependendo do tipo de procedimento, e inclui, mas não se limita a, pressão sanguínea, pressão arterial, pressão venosa central, frequência cardíaca e pulso (AORN, 1997b).

CAMPOS; HIGA; SCHOR, (1998) dizem que o sistema renal, como um todo é um

dos sistemas mais afetados no processo de envelhecimento. Há uma redução de cerca de 20% da massa renal entre os 40 e os 80 anos. A adequação da situação hemodinâmica, do grau de hidratação e do equilíbrio hidroelétrico é fundamental para a obtenção de bons resultados cirúrgicos no idoso. Com estreitamento dos limites para o funcionamento normal dos órgãos, o qual acompanha, o envelhecimento, a melhor conduta a ser praticada é a vigilância continuada, com pronta intervenção a partir da detecção de problemas. É recomendada a monitorização contínua de perdas (de fluidos, volume urinário) e efeitos prolongados das medicações, arritmias, reposição eletrolítica e de fluidos o balanço hidroelétrico que ocorrem durante o transoperatório e a avaliação dos resultados dos exames laboratoriais perioperatório. Desse modo é possível o planejamento e intervenção de enfermagem precocemente, frente a identificação de possíveis alterações (AORN, 1997b; HAZEN; LARSEN; MARTIN, 1997).

Em relação perfusão tissular é importante sua avaliação contínua durante o período intra-operatório, pois a perfusão adequada é necessária para promover uma ótima cicatrização da ferida. Nos paciente com de diabetes, doença vascular ou tabagista, pode haver interferência na adequada perfusão dos tecidos. Assim, é recomendada, mas não limitada, a observação da cor, do preenchimento capilar, do turgor, da temperatura e integridade da pele, e dos sinais vitais (AORN, 1997b).

Quanto aos sinais vitais, os seus valores são de extrema importância para a avaliação do idoso, seja do ponto de vista físico ou psicológico. As alterações da função corporal geralmente refletem-se na temperatura do corpo, no pulso, nos parâmetros respiratórios e na pressão sanguínea (SALZANO, 1986).

As flutuações do volume de líquido são comuns no paciente geriátrico. Os déficits de volume ocorrem como uma evolução natural do envelhecimento, enquanto que o excesso de volume pode ocorrer por reposição hídrica intra-operatória. A medição cuidadosa das compressas, do conteúdo do frasco de aspiração e da drenagem urinária ajuda a evitar complicações potencialmente fatais (MECKES, 1997).

Em colaboração com o anestesiológico, o circulante da sala realiza e registra a avaliação dos ganhos e perdas de líquidos. A ferida operatória é cuidadosamente observada quanto a sangramento antes da aplicação do curativo, porque a capacidade da

pessoa idosa de se recuperar da hemorragia e do choque é extremamente deficiente (MECKES, 1997). Devido às conseqüências da desidratação pós-operatória ou da sobrecarga hídrica no paciente idoso, os líquidos são aumentados ou reduzidos conforme necessário.

Todas essas questões levam a necessidade da equipe de enfermagem do período transoperatório ser minuciosa nos cuidados, com um acompanhamento mais cuidadoso, no sentido de evitar maiores complicações intra e pós-operatórias do idoso .

4.10.3. Termorregulação

A categoria termorregulação esteve presente nas etapas 1 (recepção do idoso no CC), 2 (transporte da SP para a SO), 3 (recepção do idoso na SO e transferência para a mesa cirúrgica), 6 (período intra-operatório) e 7 (cuidados com idoso ao final da cirurgia).

Após a aplicação do teste de Friedman, observaram-se diferenças significativas com p -valor < 0.001 , principalmente entre as etapas 2, 3, 6 e 7.

Pela Tabela 9 e Figura 9, observamos que a etapa 2 obteve como resultado uma mediana de 100%, ou seja, durante o transporte do idoso da SP para a SO, a maioria dos auxiliares de enfermagem realizaram os cuidados referentes à termorregulação contidas no instrumento. Por outro lado na recepção do idoso na SO e transferência para a mesa cirúrgica (etapa 3), no período intra-operatório (etapa 6), e nos cuidados com o idoso ao final da cirurgia (etapa 7), a mediana encontrada foi de 0%, significando que os cuidados referentes à termorregulação praticamente não foram realizados segundo os itens do roteiro de observação utilizado.

TABELA 9 - Medidas de dispersão e posição do total de pontos positivos, em percentual, em cada etapa do período transoperatório, segundo a categoria termorregulação . Campinas, 1998.

ETAPAS	Mediana	Media	Mínimo	Máximo
ETAPA 1	0%	23%	0%	100%
ETAPA 2	100%	93%	0%	100%
ETAPA 3	0%	2%	0%	50%
ETAPA 6	0%	4%	0%	33%
ETAPA 7	0%	15%	0%	50%

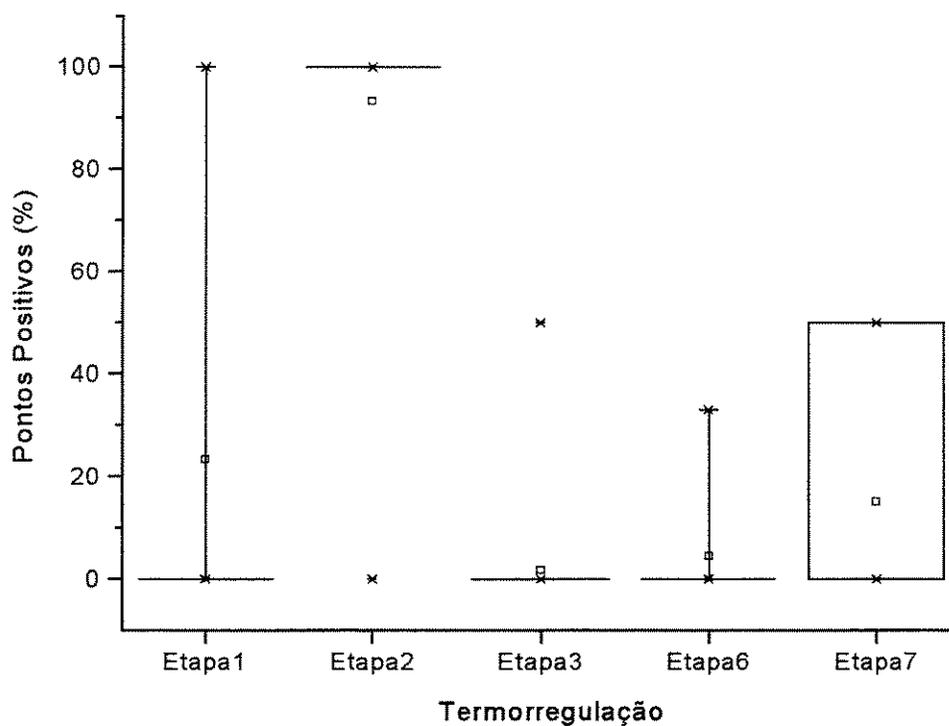


FIGURA 9 - Box-plot do total de pontos positivos, em percentual, da categoria termorregulação, em cada etapa do período transoperatório. Campinas, 1998.

Os cuidados com idoso no período transoperatório relacionados à termorregulação são importantes pois a diminuição da reserva de gordura subcutânea e a redução da vascularidade, nesta faixa etária torna-os mais sensível as mudanças de temperatura. Desse modo a equipe de enfermagem deve estar atenta no ambiente do CC que propicia a hipotermia, como os efeitos dos agentes anestésicos, a temperatura ambiente e as soluções frias. Consequências da queda da temperatura corporal intra-operatória, segundo os autores HAZEN; LARSEN; MARTIN, 1997; LARSEN; HAZEN; MARTIN, 1997; MECKES, 1997; KEOUGH; LETIZIA, 1996; LUSIS, 1996; NEWMAN; SMITH, 1994; SMELTZER; BARE, 1993; JACKSON, 1989, incluem: vasoconstrição, diminuição da perfusão tissular, diminuição das taxas cardíacas da pressão sanguínea e do fluxo cerebral. No idoso consciente a hipotermia pode causar apatia, desatenção, indiferença, uso de palavras sem sentido e desorientação, esses sintomas acontecem devido a diminuição do fluxo sanguíneo cerebral, alteração no consumo de oxigênio e diminuição da temperatura central. Para reduzir o risco de hipotermia, é necessária a atenção especial a temperatura do idoso mantendo-a estável durante e depois da cirurgia e para tanto é importante sua monitorização durante todo o período transoperatório e pós-operatório imediato.

Os padrões da AORN (1997b) recomendam que para a prevenção de danos com alterações da temperatura, seja realizada a monitorização e seu registro através do termômetro retal, esofágico, de membrana timpânica ou outros. Essas medidas, em nosso meio, não são normalmente adotadas, contudo acreditamos que estudos relacionados a questão possam trazer contribuições para a nossa prática profissional.

Os membros da equipe de enfermagem devem intervir nas suas ações usando cobertores aquecidos na SP e, durante o transporte, colocar lençol aquecido na mesa cirúrgica antes da transferência do idoso e, se for necessário, fazer uso do colchão térmico. Manter a temperatura ambiente em níveis confortáveis (entre 26 a 27 °C), proporcionar cobertura adicional da cabeça durante o procedimento cirúrgico, evitar exposição excessiva do idoso, utilizar soluções de irrigação e assepsia aquecidas (conforme recomendado pelo fabricante), administrar sangue e hemoderivados aquecidos e as soluções intravenosas em temperatura ambiente e remover o lençol e os campos

molhados para não reduzir a temperatura corporal também são medidas que previnem a hipotermia.

4.10.4. Integridade Cutânea

A categoria integridade cutânea esteve presente nas etapas 3 (recepção do idoso na SO e transferência para a mesa cirúrgica), 5 (posicionamento do idoso na mesa cirúrgica), 7 (cuidados com idoso ao final da cirurgia) e 8 (preparo e transferência do idoso para a RPA ou para a UTI).

Após a aplicação do teste de Friedman observaram-se diferenças significativas com p -valor < 0.007 , principalmente entre as etapas 3, 7 e 8.

Na tabela 10 e Figura 10, verificamos que na etapa 3 a mediana foi de 0%, significando que em metade das observações não se realizou nenhum cuidado com a pele descrito no instrumento, durante a transferência do idoso da maca para a mesa cirúrgica. Na etapa sete, metade dos funcionários observados realizaram 50% dos cuidados relacionados com a pele, enquanto que na etapa oito a mediana encontrada apresentou 100% de pontos positivos.

Desta forma, muito embora tenha havido um aumento a cada etapa no percentual de procedimentos realizados, os resultados apontam que não foi atingido uma assistência ideal com relação à integridade cutânea.

TABELA 10 - Medidas de dispersão e posição do total de pontos positivos, em percentual, em cada etapa do período transoperatório, segundo a categoria integridade cutânea. Campinas, 1998.

ETAPAS	Mediana	Media	Mínimo	Máximo
ETAPA 3	0%	24%	0%	100%
ETAPA 5	25%	24%	0%	50%
ETAPA 7	50%	46%	0%	75%
ETAPA 8	100%	65%	0%	100%

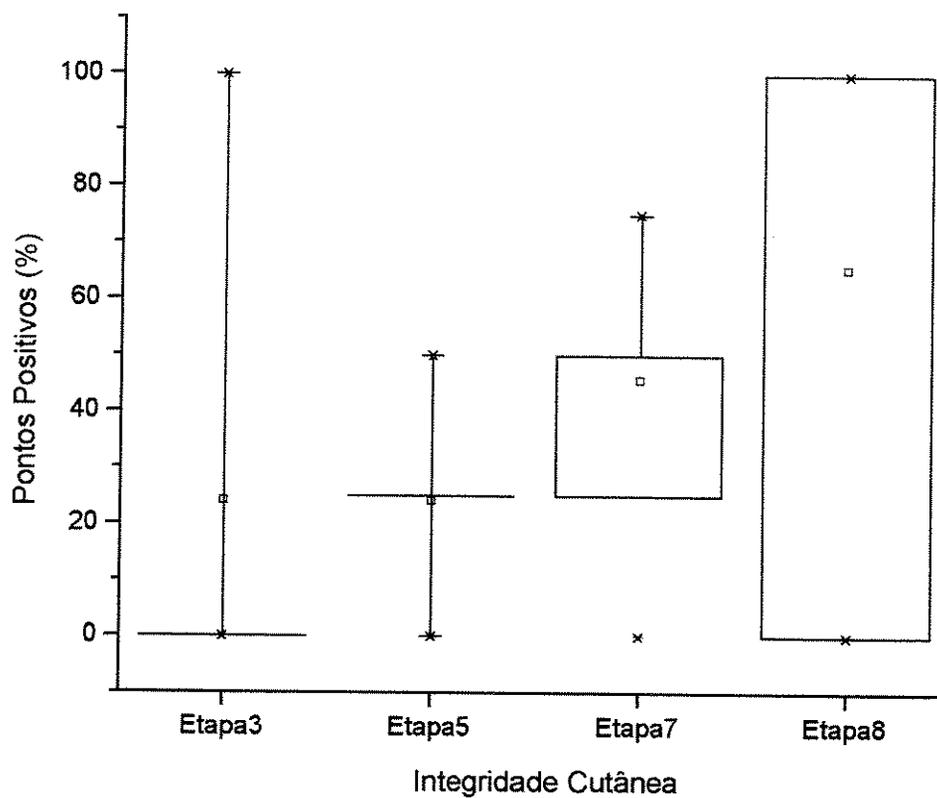


FIGURA 10 - Box-plot do total de pontos positivos, em percentual, da categoria integridade cutânea, em cada etapa do período transoperatório. Campinas, 1998.

Os cuidados de enfermagem intra-operatórios em relação ao posicionamento e à manutenção da integridade cutânea, é um desafio constante para os profissionais que atuam no CC. O uso adequado de equipamentos para manter o posicionamento e para reduzir a pressão nas diferentes regiões corporais do paciente, prevenindo assim danos aos tecidos requer conhecimento, experiência e criatividade.

Quanto a manutenção do posicionamento do idoso para anestesia e a cirurgia propriamente dita, pode ser um desafio, devido a fragilidade da pele, rigidez das articulações, limitação da mobilidade e alterações da sensibilidade. Conforme mencionamos anteriormente, na velhice ocorre uma redução de tecido subcutâneo, da circulação periférica, da função das glândulas sudoríparas e sebáceas, da elasticidade e turgor da pele, que levam a uma diminuição do processo de transpiração e conseqüentemente ao ressecamento da pele, tornado-a pruriginosa e fina. Uma pele assim tão frágil e com risco em potencial para lesão, torna o idoso mais susceptível ao desenvolvimento de úlceras de pressão, especialmente quando permanece imobilizado e sob pressão por períodos prolongados nas diferentes regiões corporais. Para prevenção de danos e manutenção da integridade cutânea do idoso, é necessário o uso de equipamentos de suporte e coxins em todas as áreas corporais vulneráveis submetidas a pressão e para as proeminências ósseas. Entre as ações da equipe de enfermagem é importante avaliar as possíveis áreas de pressão antes da anestesia e do posicionamento e realizar o acolchoamento com almofadas, coxins ou outros dispositivos. Assim como evitar forças de cisalhamento da pele nas mudanças de decúbito e transferências atuando quatro pessoas ou mais para levantar o paciente ao transferi-lo da, ou para a, mesa cirúrgica e maca. Sempre que possível, realizar pequenas mudanças de posição, para aumentar o fluxo sanguíneo das áreas submetidas a pressão, manter o alinhamento do corpo no limite das restrições impostas pelas alterações musculoesqueléticas relacionadas à idade ou à presença de afecções, evitar o enrugamento dos lençóis, o acúmulo de soluções sob o mesmo e sobre a pele e colocar a placa de bisturi elétrico com cuidado e distante das protuberâncias ósseas visando à precaução de danos.

Outro fator que pode danificar a pele é o uso de adesivos, como o esparadrapo e eletrodos com auto adesivo. Quando necessários, deve-se aplicar poucos adesivos na pele

do idoso para diminuir a chance de dilaceração, queimadura e rompimento da pele. Ao realizar o curativo e restrição dos membros deve-se, sempre que possível, utilizar métodos alternativos para fixá-los (como atadura ou gaze tubular), procurando manter a integridade cutânea.(AORN, 1997b; LARSEN; HAZEN; MARTIN, 1997; HAZEN; LARSEN; MARTIN, 1997; MECKES, 1997; HERCULES; BATSON, 1996; MCEWEN, 1996; KEOUGH; LETIZIA, 1996; LUSIS, 1996; SMELTZER; BARE, 1993;).

Cabe ressaltar que a proteção da pele do idoso é de máxima importância durante todo o período transoperatório.

4.10.5. Medidas de Segurança

A categoria medidas de segurança esteve presente em todas as etapas do período transoperatório.

Após a aplicação do teste de Friedman, observaram-se diferenças significativas com p -valor < 0.001 , principalmente entre as etapas 1 e 5, e 2 e 3.

Na Tabela 11 e Figura 11, observamos que as etapas 1 (recepção do idoso no CC) e 3 (recepção do idoso na SO e transferência para a mesa cirúrgica) foram as que apresentaram menor percentual de pontos positivos (mediana 33%). De modo contrário, as etapas 2 (transporte do idoso da SP para a SO), 5 (posicionamento do idoso na mesa cirúrgica) e 8 (preparo e transferência do idoso para a RPA) foram as que apresentaram maior percentual de pontos positivos, com medianas de 67%, 75% e 67%, respectivamente.

É importante destacar a heterogeneidade dessa categoria enquanto processo de assistência de enfermagem. Como podemos observar em seis das oito etapas, pelo menos um membro de enfermagem observado executou 100% dos procedimentos relacionados a esta categoria. Entretanto, em três dessas mesmas seis etapas, no mínimo um profissional deixou de realizar todos esses mesmos procedimentos.

TABELA 11 - Medidas de dispersão e posição do total de pontos positivos, em percentual, em cada etapa do período transoperatório, segundo a categoria medidas de segurança. Campinas, 1998.

ETAPAS	Mediana	Media	Mínimo	Máximo
ETAPA 1	33%	34%	13%	60%
ETAPA 2	67%	72%	67%	100%
ETAPA 3	33%	46%	0%	100%
ETAPA 4	40%	59%	20%	100%
ETAPA 5	75%	74%	0%	100%
ETAPA 6	50%	50%	0%	67%
ETAPA 7	50%	48%	0%	100%
ETAPA 8	67%	67%	33%	100%

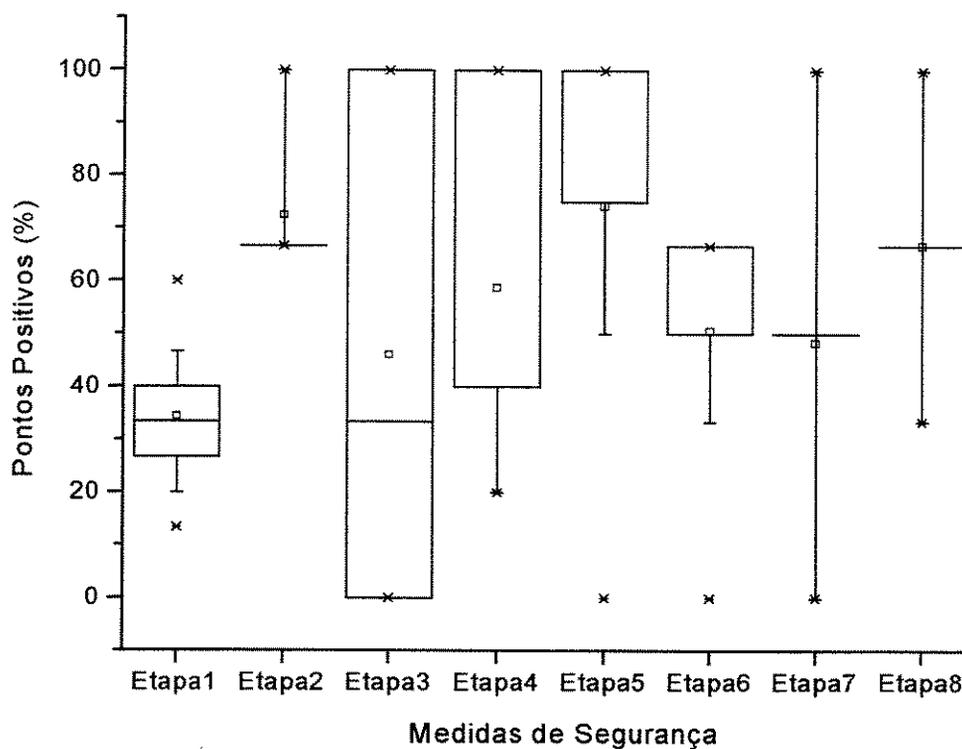


FIGURA 11 - Box-plot do total de pontos positivos, em percentual, da categoria medidas de segurança, em cada etapa do período transoperatório. Campinas, 1998.

A partir da recepção do idoso na SP, é imprescindível sua identificação, quer por meio da pulseira de identificação, da confirmação verbal ou ainda pelo prontuário, principalmente quando apresentam algum comprometimento cognitivo, em vista do risco de troca de paciente e a individualização e conseqüente humanização da assistência prestada (KURCGANT apud SALZANO, 1986). Nesse momento também é importante verificar os dados relativos ao preparo físico coletados pela equipe de enfermagem no pré-operatório, para avaliá-lo com segurança e dar continuidade aos cuidados de forma segura e eficaz. JACKSON, 1989 recomenda manter a cabeça do idoso aparada sobre o travesseiro, para prevenir hiperextensão ou rotação da cabeça, as quais podem comprometer a circulação da artéria vertebral

Antes da transferência do idoso para a SO, é necessário que o circulante prepare a sala com todo material necessário e teste todos os equipamentos para assegurar o seu correto funcionamento (AORN, 1997b; HERCULES; BATSON, 1996).

Outra medida de segurança relaciona-se com a etapa de transporte do idoso, abordada anteriormente. Para maior segurança no transporte e transferência é importante conhecer as possíveis alterações do sistema neuromuscular e tegumentar do idoso (AORN, 1997b). É recomendável que a maca seja confortável e possua grades e travas, sendo que a transferência do paciente para a mesa cirúrgica deve ser realizada com movimentos firmes, seguros e coordenados, tendo um número suficiente de pessoas treinadas para erguê-lo, guiá-lo e posicioná-lo adequadamente prevenindo quedas e outros acidentes (HECULES; BATSON, 1996).

A fim de promover segurança e conforto para o idoso, vários fatores devem ser observados no momento do seu posicionamento, especialmente na mesa cirúrgica. Dentre estes fatores destacam-se os princípios de anatomia e fisiologia relacionados à senescência, tempo previsto de intervenção cirúrgica, limitações de mobilidade, presença de tubos, sondas e catéteres das vias aéreas, o tipo de cirurgia e a técnica a ser utilizada, o tipo de anestesia e o peso e a altura do paciente.

As alterações músculo-esqueléticas decorrentes do processo de envelhecimento e a presença de limitações da mobilidade, como por exemplo conseqüências da artrite, podem dificultar a mudança de decúbito do idoso, trazendo desconforto (SMELTZER;

BARE, 1993). O uso de coxias e almofadas, especialmente nas áreas de proeminências ósseas e de apoio ou como medidas de compensação, previnem a pressão sobre músculos ou terminações nervosas que pode causar dor, paralisias reversíveis e parestesias (CHIANCA, 1988). Além disso, essas medidas proporcionam maior conforto durante o procedimento e evitam dor ou lesão residual após a cirurgia (MECKES, 1997).

A presença de tubos, sondas e catéteres das vias aéreas implica na observação e manutenção dos mesmos livres de pressão e obstrução para prevenir hipóxia. Da mesma forma, para a prevenção de distúrbios circulatórios pós-operatórios, é importante evitar a compressão de vasos sanguíneos em decorrência de contenções forçadas, permitir o fluxo livre das soluções endovenosas e manter acesso para verificação e controle da pressão arterial. Com essas medidas podemos evitar a formação de trombos, principalmente no idoso com deficiência circulatória. O posicionamento e sua manutenção adequados durante o procedimento cirúrgico diminui a possibilidade de danos e complicações no pós-operatório. Neste contexto, a AORN (1997b) recomenda que o circulante implemente medidas de segurança, como mover o idoso lentamente e posicioná-lo cuidadosamente no alinhamento corporal apropriado, realizando massagens para promover uma circulação adequada. Também como medidas de segurança contra danos físicos, é necessário que a equipe de enfermagem tenha conhecimento dos equipamentos a serem utilizados na cirurgia e das condições do paciente, pois as limitações sensoriais, de movimentos e a redução da sensibilidade tátil constituem freqüentemente as causas de acidentes, traumatismo e queimaduras (AORN, 1997b; SMELTZER; BARE, 1993).

O declínio dos sistemas endócrino e imune relacionado à idade e algumas doenças associadas dificultam as respostas do idoso aos agentes infecciosos. Assim, toda a equipe da sala de operação deve estar paramentada adequadamente com objetivo de prevenir infecção intra-operatória (HERCULES; BATSON, 1996). Como a duração da cirurgia está relacionada à incidência da infecção, é importante certificar-se de que os suprimentos e os equipamentos necessários estejam facilmente disponíveis. Essa prática evita retardos desnecessários, diminui a exposição cirúrgica e o tempo que o idoso permanece anestesiado. Ainda para se prevenir a infecção intra-operatória, é necessário algumas condutas do circulante de sala como monitorar as falhas técnicas durante todo o

procedimento, realizar ação corretiva das falhas técnicas imediatamente, escolher o curativo que maximize a proteção da ferida e seja menos irritante para a pele, restringir o trânsito na SO, manter as portas fechadas durante o procedimento cirúrgico, confinar e conter os contaminantes em recipientes próprios e assegurar a disponibilidade de antibióticos, conforme as necessidades (AORN, 1997b; MECKES, 1997). Antes de encaminhar o idoso para a RPA, o circulante deve avaliar a assistência fornecida durante a operação. Dessa forma, é importante o exame da pele quanto a presença de sinais de lesão por pressão, hematomas, queimaduras por soluções químicas (observando a presença de erupções, bolhas, reação alérgica local) ou pela placa do bisturi elétrico. Remover rapidamente os lençóis e campos úmidos e molhados para evitar danos na pele sensível, lembrando de proteger o idoso com cobertor em seguida. Se ocorrer agitação e confusão no paciente, verificar a temperatura corporal para se excluir a hipótese de hipotermia. Dependendo do nível de consciência do paciente, é recomendado explicar a transferência iminente para a RPA, como uma forma de orientação sobre a realidade (AORN, 1997b; MECKES, 1997). Todo o processo de assistência prestada durante a operação, as intercorrências e a avaliação realizada no final da cirurgia devem ser expressas e registradas no prontuário, pois todos esses dados são de extrema importância para continuidade do tratamento ao idoso.

Quando elaboramos o roteiro de observação direta, buscamos direcionar a assistência de enfermagem transoperatória às peculiaridades do idoso em geral. No entanto não podemos esquecer que cada idoso é um ser único e assim, a assistência necessita ser individualizada, sem fragmentações e que busque um cuidado qualificado visando acima de tudo a prevenção de complicações através de uma atuação direta baseada em rigorosos critérios.

Os resultados nos apontam um predomínio de pontos negativos na maioria das etapas, indicando que os membros da equipe de enfermagem não estão realizando os cuidados necessários ao idoso cirúrgico, favorecendo assim a exposição desta clientela a riscos e complicações tanto no período transoperatório como no pós-operatório. Por meio deste trabalho buscamos verificar e analisar a assistência de enfermagem prestada ao paciente idoso cirúrgico durante o período transoperatório. Entendemos que este estudo

abre caminhos e oferece subsídios para a realização de outros estudos e reflexões entre os profissionais que atuam nessa área. Esperamos que ele venha a contribuir para a elaboração de uma assistência de enfermagem sistematizada ao paciente idoso cirúrgico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5. Considerações Finais

Nosso interesse na escolha desta temática — Assistência de enfermagem ao paciente idoso durante o período transoperatório — deu-se por vários motivos. O primeiro é o resultado de anos de experiência na prática assistencial e atualmente no ensino de enfermagem. Tal experiência ofereceu subsídios para questionarmos sobre as atividades usualmente executadas pelo enfermeiro em CC, assim como para destacar a sua importância tanto na organização como na dinâmica desta unidade.

O preparo específico do enfermeiro em CC, e a literatura principalmente internacional sobre a atuação da enfermagem nesta unidade vêm se avolumando nos últimos anos, talvez em decorrência da relevância que esse setor vem assumindo no âmbito da prestação de atendimento à saúde.

SALZANO (1985) refere que a eficiência de um hospital pode ser avaliada pelo funcionamento do CC. PARRA; SAAD (1987) definem o CC como um lugar especial dentro do hospital, convenientemente preparado segundo um conjunto de requisitos que o torna apto à realização de cirurgias. Os autores enfatizam também que a principal finalidade do CC é “salvar”, “curar”, “corrigir”, encaminhando o paciente à unidade de origem nas melhores condições possíveis. GALVÃO (1993); BIANCHI (1990); MENEZES; BANDEIRA (1985), CUNHA (1985), e LAUFMAN (1971), entre outros autores, são unânimes em destacar a importância da unidade de CC no âmbito hospitalar, assim como o papel do enfermeiro na organização das atividades de enfermagem no citado setor.

O enfermeiro é o elemento da equipe de enfermagem com maior preparo técnico e científico, mas muitas vezes, inclusive em CC, tem orientado sua conduta especialmente para rotinas hospitalares e ações administrativas, delegando ao pessoal auxiliar o cuidado direto ao paciente, o que acaba gerando frequentemente assistência ineficiente e insatisfação no ambiente de trabalho.

Como coordenador da equipe de enfermagem, a nosso ver, cabe ao enfermeiro determinar as medidas assistenciais de enfermagem que atendam às necessidades do paciente que submete-se ao procedimento cirúrgico, de modo a proporcionar uma

assistência de melhor qualidade.

O segundo motivo deu-se pelo fenômeno observado globalmente, que é o envelhecimento populacional. Com o crescimento da população idosa surge um maior número de problemas de saúde decorrentes do processo de senescência e senilidade, dentre os quais podemos destacar aqueles que requerem o tratamento cirúrgico.

Nos países desenvolvidos, onde o envelhecimento da sua população vem ocorrendo há muitos anos existe a preocupação e o desenvolvimento de políticas de saúde visando a prevenção, o tratamento e a assistência aos idosos. Conforme ressalta FILOMENO (1998) nesses países ocorre grande atenção à ciência gerontológica e geriátrica, não somente quanto a destinação orçamentária, como também em produção científica. O autor refere que a nossa realidade é outra: no Brasil, a atenção por parte de nossos governantes à população idosa é precária, e a assistência à saúde desta faixa etária não tem recebido a atenção necessária.

Este trabalho teve como objetivo estudar a assistência de enfermagem ao paciente idoso nas várias etapas do período transoperatório, mas não se esgotam a investigação desta questão. Com os resultados obtidos, podemos concluir que ocorreu uma incidência maior de pontos negativos, o que indica que a assistência ao idoso no respectivo período não foi realizada segundo o instrumento utilizado, que continha os cuidados de enfermagem direcionado às necessidades peculiares ao idoso cirúrgico. Entre os itens que não atingiram pontos positivos, destacamos aqueles relacionados à categoria comunicação, como por exemplo, “olha diretamente para o idoso ao falar” ou “chama a atenção do idoso por meio de toque das mãos antes de falar”. Outros itens referentes às categorias termorregulação, integridade cutânea, manutenção fisiológica e medidas de segurança, também não foram atendidos. Analisando as medianas de todas as categorias, verificamos que medidas de segurança foi a que apresentou melhores resultados, ou seja maior número de pontos positivos, enquanto que a termorregulação apresentou menor número de pontos positivos.

Como afirma MATOS (1998), a equipe de enfermagem está presente durante todo o período em que transcorre a assistência ao paciente idoso cirúrgico, ou seja, desde o pré-operatório até a sua recuperação. Portanto, esses profissionais precisam de maior

conhecimento e apoio institucional para prestar assistência ao idoso, que necessita e tem direitos como pessoa, que vive uma etapa de sua vida, devendo ser compreendido com respeito, conhecimento e dignidade. Nesse sentido, recomendamos que os órgãos formadores desses profissionais incluam em seus currículos conteúdo teórico e práticos referentes a enfermagem gerátrica e gerontologica, com objetivo de instrumentalizar e desenvolver conhecimentos em seus alunos sobre o idoso, o envelhecimento e a velhice, e a atuação do enfermeiro e demais membros da equipe na promoção e manutenção de saúde, prevenção de doenças e reabilitação.

A partir do estudo, vários questionamentos surgiram sobre a assistência ao idoso, como por exemplo: os membros da equipe de enfermagem desta unidade são ou não qualificados para assistir o idoso? Eles apresentam conhecimentos técnico-científicos quanto a fisiologia do envelhecimento? Eles são treinados e orientados para assistir o idoso? O que a velhice representa para esses profissionais? Eles convivem com algum idoso no âmbito familiar? O que significa para eles uma velhice bem sucedida? E nós enfermeiros, o que sabemos sobre assistência de enfermagem ao idoso no período perioperatório?

Para responder a esses questionamentos, muitas pesquisas serão necessárias, mas neste momento concordamos com SILVA (1989) quando relata que as freqüentes mudanças tecnológicas e científicas criam no indivíduo-funcionário necessidades de adaptação e reorientação em suas atividades, exigindo mudanças de comportamento a curto prazo para que a organização mantenha seu tônus de desenvolvimento. A autora complementa dizendo que a educação tem como objetivo facilitar o desenvolvimento do indivíduo em algum aspecto, para que se sinta crescendo enquanto pessoa.

PADILHA (1991) enfatiza este aspecto quando refere que para o CC funcionar sincronizadamente é preciso uma equipe multidisciplinar que desenvolva um trabalho harmonioso. E para que isso ocorra, a educação em serviço é fundamental para uma tomada de consciência da necessidade de formação profissional sistemática, programada, de modo a atingir todos os níveis, oferecendo a todos oportunidade de crescimento pessoal e profissional.

Na procura da melhoria da assistência de enfermagem, além da fundamentação científica e de competência técnica, é necessário questionar e reavaliar as condutas assistenciais usuais da equipe de enfermagem, principalmente quando se trata do paciente idoso.

Estamos próximos de um novo milênio, e é tempo da enfermagem repensar, replanejar e redirecionar as suas atividades. Assim, é imprescindível existir a preocupação crescente dos enfermeiros em sistematizar e documentar sua prática profissional referente a assistência ao idoso, realizando estudos e pesquisas sobre o ensino e a assistência e então, contribuir para indicar os caminhos para uma intervenção eficaz.

Para finalizar, concordamos com MATOS(1998) ao referir que os profissionais do bloco cirúrgico devem observar a necessidade de se criar condições para que esse local seja mais humanizado. Existem muitas medidas simples que contribuem para mudar o cenário de “terror” desta unidade expresso por paciente, a fim de que seja menos agressivo, porém, é necessário implementá-las.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ALVAREZ, A. D. S. Planejamento dos serviços geriátricos comunitários. **Gerontologia**, v. 2, n. 3, p. 109-16, 1994.
- AMÂNCIO, A.; CAVALCANTI, P. C. U. Pré e pós-operatório no paciente idoso. In: **Clínica Geriátrica**. Rio de Janeiro, Atheneu, 1975, cap. 26, p. 261- 71:
- ANZOLA PÉREZ, E. et al. **La atención de los ancianos: um desafio para los años noventa**. Washington, 1994. (Publicacion científica, 546).
- AMERICAN NURSES ASSOCIATION. **Standards and scope of gerontological nursing practice**, 1987.
- ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **Tabela de Honorários Médicos**. Ed. 1992.
- ASSOCIATION OF OPERATING ROOM NURSES EUA. stands of perioperative administrative practice. **AORN Journal**, v. 65, n. 1, p. 122-3, 1997a.
- ASSOCIATION OF OPERATING ROOM NURSES EUA. Patient outcomes: stands of perioperative care. **AORN Journal**, v. 65, n. 2, p. 408-14, 1997b.
- BEDIN, L. P. Intervenções da enfermagem frente às complicações dos pacientes na sala de recuperação pós-anestésica. **Rev. Campineira de Enfermagem**, v. 1, n. 1, p. 18-22, 1997.
- BERQUÓ, E. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: **SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: UMA AGENDA PARA O FIM DO SÉCULO**, 1996. p. 1-10 /Apostila.

- BIANCHI, E. R. F.; **Estresse em enfermagem. Análise da atuação do enfermeiro de centro cirúrgico.** São Paulo, 1990. 127 p. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo
- BIANCHI, E. R. F.; CASTELANOS, B. E. P. Considerações sobre a visita pré-operatória do enfermeiro da unidade de centro cirúrgico: resenha da literatura estrangeira. **Rev. Paul. Enf.**, São Paulo, v. 3, n. 5, p. 161-65, 1983.
- BRANCO, P. D.; BIROLINI, D.; OLIVEIRA, M. R. Terapêutica cirúrgica: cirurgia na senilidade In: SERRO AZUL, L. G. de; CARVALHO FILHO, E. T. de; DECOURT, L. V. **Clínica do Indivíduo Idoso.** Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1981, cap. 34, p. 282-87.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Normas e padrões de construções e instalações de serviço de saúde.** Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, 133 p.
- CAMPEDELLI, M. C. Atuação da enfermagem em geriatria e gerontologia. **Rev. Paul. Hosp.**, v. 31, n. 9/10, p. 198-200, 1983.
- CAMPOS, A. H.; HIGA, E. M. S.; SCHOR, N. Aspectos renais no idoso. In: PETROIANU, A.; PIMENTA, L. G. **Cirurgia Geriátrica.** São Paulo, MEDSI, 1998, cap. 11, p. 117-26.
- CASTELLANOS, B. E. P.; JOUCLAS, V. M. J. Assistência de enfermagem perioperatória-Um Modelo Conceitual. **Rev. Esc. Enf. USP.**, v. 24, n. 3, p. 359-70, 1990.
- CASTELLANOS, B. E. P.; JOUCLAS, V. M. J.; GATTO, M. A. F. Assistência de

- enfermagem perioperatória. **Enfoque.**, v. 14, n. 1, p. 7-11, 1986.
- CASTELLANOS, B. E. P.; BIANCHI, E. R. F. Visita pré-operatória do enfermeiro da unidade de centro cirúrgico: marcos referenciais para o seu ensino no curso de graduação de enfermagem. **Rev. Paul. Enf.**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 10-14, 1984.
- CASTELLANOS, B. E. P. Aplicação do processo de enfermagem ao cuidado do paciente na unidade de centro cirúrgico. **Rev. Esc. Enf. USP.**, v. 12, n. 3, p. 170-86, 1978.
- CHIANCA, T. C. M. Posicionamento do paciente para cirurgia. **Enfoque**, v.16, n.1, p. 10-12, 1988.
- CORONHO, V.; MARTINS, J. D. ; MARTINS, D. V. Alterações endócrinas no idoso e cirurgia. In: PETROIANU, A.; PIMENTA, L. G. **Cirurgia Geriátrica**. São Paulo, MEDSI, 1998, cap. 20, p. 245-86.
- COUTO, E. S., FARIA, M. D. de, ANDRADE, L. O. F. de. Anestesia no paciente idoso In: PETROIANU, A.; PIMENTA, L. G. **Cirurgia Geriátrica**. São Paulo, MEDSI, 1998, cap. 20, p. 245-86.
- CUNHA, V. S. **Administração do Bloco Operatório**. São Paulo, CEDAS: Centro São Camilo de Desenvolvimento e Administração em Saúde, 1985, 103 p.
- DALOSI, T. A comunicação e o paciente crítico consciente sob ventilação mecânica. **Acta Paul. Enf.** v.3, n. 4, p. 156-59, 1990.
- DU GAS, B. W. Capacidade de comunicação. In: **Enfermagem Prática**. 4ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara, 1984. Cap. 8, p. 97-110.

- DU GAS, B. W. Assistência pré e pós-operatória. In: **Enfermagem Prática**. 4ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara, 1984. Cap. 24, p. 435-64.
- EBERSOLE, P.; HESS, P. **Toward healthy aging**. Missouri, Mosby, 1988. p. 22.
- EVERITT, B. S. **The Cambridge dictionary of statistics in the medical**. Inglaterra, Cambridge, 1995, 276 p.
- FILOMENO, A. P. **O porquê da cardiogeriatría** [online] Disponível na internet www.santalucia.com.br/cardiogeriatría-p.htm via lista Alta Vista (17-sep-98).
- FREITAS, E. V. de, Avaliação de risco cirúrgico no idoso. **Gerontologia**, v. 3, n. 2, p. 87-93, 1995.
- GALVÃO, C. M. et al. Enfermeiro de centro cirúrgico: sua liderança na visão do pessoal auxiliar. 1º Congresso brasileiro de enfermagem em centro cirúrgico. **Anais**. São Paulo, 1993, p. 58-63.
- GARCEZ LEME, L. E. **O Envelhecimento: Mitos & Verdades**. São Paulo, Contexto, 1997, 70p.
- GUIDO, L. A. Acompanhamento ao cliente cirúrgico ambulatorial fundamentado em King: relato da experiência de aplicar um marco conceitual e propor uma assistência de enfermagem alicerçada na perspectiva da humanização. **Rev. SOBECC**, v. 1, n. 1, p.8-13, 1996.
- HAZEN, S. E.; LARSEN, P. D.; MARTIN, J. L. H. General anesthesia and elderly surgical patients. **AORN Journal**, v. 65, n. 4, p. 815-21, 1997.
- HERCULES, P. R.; BATSON, D. Patient during surgery In: LEWIS, S. M.; COLLIER,

- I. C.; HEITKEMPER, M. M. **Medical-surgical nursing: assessment and management of clinical problems**. 4^a ed. Missouri; Mosby, 1996, cap.15, p. 371-84.
- HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo, EDUSP, 1979, 99 p.
- JACOB, M. Prevenção em geriatria. **Enfoque**, n.11, p. 12-14, 1993.
- JACKSON, M. F. Implication of surgery in very elderly patients. **AORN Journal**, v. 50, n. 4, p. 859-69, 1989.
- JOUCLAS, V. M. G. **Análise da função do circulante de sala de operação de acordo com a metodologia sistêmica de organização de recursos humanos**. 1987. 234 p. Tese (doutorado)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- KELLY, M. Surgery, anesthesia, and the geriatric patient. **Geriatric Nursing**, v. 16, n. 5, p. 213-16, 1995.
- KEOUGH, V., LETIZIA, M. Perioperative care of elderly trauma patients. **AORN Journal**, v. 63, n. 5, p. 932-37, 1996.
- KIKUTI, C. et al. Circulante de sala de operação: crenças e percepção. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem em Centro Cirúrgico, 1^o, São Paulo, 1993. **Anais**, São Paulo, Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, 1994.
- KUPFERER, S. S. Geriatric ambulatory surgery patients. **AORN Journal**, v. 43, n. 3. p. 752-66, 1988.
- LARSEN, P. D.; HAZEN, S. E.; MARTIN, J. L. H. Assessment and management of sensory loss in elderly patients. **AORN Journal**, v. 65, n. 2, p. 432-36, 1997.

- LAUFMAN, H. **What's wrong whit our operanting rooms?** Amer. J. Surg., v. 122, p. 332-43, 1971.
- LEME, L. E. G. et al. Perfil de cirurgia em pacientes idosos no período de dois anos em hospital de comunidade fechada. **Gerontologia**, v. 2, n. 3, p. 176, 1994. /Resumo/.
- LUSIS, S. A. The challenges of nursing elderly surgical patients. **AORN Journal**, v. 64, n. 6, p. 954-62, 1996.
- MATOS, M. J. G. A assistência de enfermagem ao idoso em situação cirúrgica. In: PETROIANU, A.; PIMENTA, L. G. **Cirurgia Geriátrica**. São Paulo, MEDSI, 1998, cap. 27, p. 357-62.
- MCEWEN, D. R. Intraoperative Positioning of surgical patients. **AORN Journal**, v. 63, n. 6, p. 1059-79, 1996.
- MECKES, P. F. Cirurgia geriátrica. In: MEEKER, M.H.; ROTHROCK, J. C. **Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico**. 10^a ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1997. cap. 29, p. 1125-39.
- MENEZES, A. R.; BANDEIRA, D. M. I. Prática da enfermagem nas regiões norte-nordeste na área de enfermagem em centro cirúrgico e cento de material In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 37^o, 1985. **Anais**. Recife, Associação Brasileira de Enfermagem seção Pernambuco, 1986. p. 200-8.
- MOREIRA, M. C. V. Aspectos cardiológicos do paciente idoso. In: PETROIANU, A.; PIMENTA, L. G. **Cirurgia Geriátrica**. São Paulo, MEDSI, 1998, cap. 10, p. 103-16.
- NEWMAN, D. K.; SMITH, D. A. J. **Planes de Cuidados En Geriatria**. cap. Cuidados Quirúrgicos. Trad. por Inés Martinez Aguilar. Barcelona: Doyma Libros, 1994. p.

286-308.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Enfermería gerontológica: conceptos para la practica.** Washington, 1993. (Publicacion científica, 31).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Planificacion y organización de los servicios geriátricos:** Informe de um comitê de expertos. Genebra, 1974 (série de informes técnicos, 548).

PADILHA, M. T. O. S. A prática da educação em serviços na instituição privada. **Enfoque.** v. 19, n. 3, p. 7-10, 1991.

PARRA, O. M.; SAAD, W. A. **Técnica Operatória fundamental descrição das manobras operatórias básicas.** São Paulo, Atheneu, 1987, 556p.

PEREZ, M. et al. Proposta de um instrumento para o registro de ações de enfermagem perioperatória de um hospital privado. **Rev. Paul. Enf,** p. 33-41, 1991, Ed. Especial.

PIMENTA, L. G. Risco Cirúrgico no paciente idoso. In: PETROIANU, A.; PIMENTA, L. G. **Cirurgia Geriátrica.** São Paulo, MEDSI, 1998, cap. 23, p. 315-26.

POHL, F. F. et al. Cirurgia laparoscópica no idoso In: PETROIANU, A.; PIMENTA, L. G. **Cirurgia Geriátrica.** São Paulo, MEDSI, 1998, cap. 25, p. 443-52.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.** Trad. por Regina Machado Garcez. 3ª ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995, p. 391.

RASSLAN, S.; GORZONI, M. L. Cirurgia no idoso In: FILHO, I. J. et al. **Cirurgia geral pré e pós-operatório.** São Paulo, Atheneu, 1995, cap. 50, p. 470-75.

- RODRIGUES, R. A. P. **O paciente geriátrico cirúrgico em hospitais gerais de Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto, 1987. Tese (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP.
- ROSSI, E. A. **Medicina clínica na terceira idade. Envelhecimento e velhice: uma nova realidade**. São Paulo, Paulinas, 1981. p. 33-53.
- SALZANO, S. D. T. Os problemas dos pacientes detectados pela enfermeira durante a recepção no centro cirúrgico. **Rev. Paul. de Enf.**, v. 6, n. 2, p. 67-74, 1986.
- SALZANO, S. D. T. As ações de enfermagem em centro cirúrgico e centro de material na prevenção e controle das infecções hospitalares. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 37^o, 1985. **Anais**. Recife, Associação Brasileira de Enfermagem seção Pernambuco, 1986. p. 435-41.
- SAWADA, N. O. Dimensão não-verbal da interação enfermeiro-paciente em situação pré-operatória. **Rev. Paul. Enf.**, p. 42-47, 1991. Ed. Especial.
- SILVA, A. L. da, GUIMARÃES, R. M. Cirurgia de urgência no idoso. In: SILVA, A. L. da. **Cirurgia de Urgência**. MEDSI, Rio de Janeiro, 1994, p. 680-92.
- SILVA, F. M. et al. Características do paciente geriátrico submetido à cirurgia oftalmológica no hospital São Paulo-Reflexões para o Enfermeiro de Centro Cirúrgico. **Rev. Paul. Enf.**, p. 110-14, 1991. Número Especial.
- SILVA, M. L. A comunicação como processo interativo do relacionamento terapêutico enfermeiro-cliente. **Enfoque**, v. 19, n. 4, p. 16-19, 1991.
- SILVA, M. J. P. da. **Educação continuada: estratégia para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem**. São Paulo, Ed. USP, 1989.

- SILVA, M. d'A. A., RODRIGUES, A. L., CEZARETI, I. U. R. Planejamento da unidade de centro cirúrgico. In: SILVA, M. d'A. A. et al. **Enfermagem na Unidade de Centro Cirúrgico**. São Paulo, EDUSP, 1982, cap. 1, p. 5-10.
- SIQUEIRA, J.; TRINDADE, F. C. O perfil do cirurgião de catarata no Brasil. **Rev. Bras. Oftalmol.**, n. 55, p. 855-60, 1996.
- SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Assistência de enfermagem perioperatória. In: BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 7ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1993. cap. 5, p. 340-41.
- SOUZA, M.L. et al. **Centro Cirúrgico: Aspectos Fundamentais para Enfermagem**. Florianópolis: Imprensa Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina, 1993, 181p.
- TESTI, C. V., DIOGO, M. J. D., CEOLIM, M. F. Caracterização da população idosa internada no Hospital das Clínicas-UNICAMP de Janeiro de 1990 a dezembro de 1992. **Gerontologia**, v. 2, n. 3, p. 176, 1994. /Resumo/
- TRINDADE, F. C. Cirurgia da Catarata PIMENTA, L. G. Risco Cirúrgico no paciente idoso. In: PETROIANU, A.; PIMENTA, L. G. **Cirurgia Geriátrica**. São Paulo, MEDSI, 1998, cap. 24, p.327-31.
- VIEIRA, A. A. B.; RODRIGUES, M. S. P. Problemas psico-espirituais do paciente cirúrgico. **Enfoque**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 44-45, 1990.

ANEXO I



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

✉ Caixa Postal 6111

13083-970 Campinas-S.P.

☎ (019) 289.3749 ou 7232

(019) 289.3114 fax

✉ cep@head.fcm.unicamp.br

PARECER: N° 004/99

P. DE PESQUISA: ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE IDOSO DURANTE O PERÍODO TRANSOPERATÓRIO

PESQUISADOR: Meives Aparecida Rodrigues de Almeida

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores, aprova o Protocolo de Pesquisa supracitado bem como o Consentimento Livre e Esclarecido por estarem contempladas as Resoluções 196/96 e 251/97.

CEP/FCM, 29/01/1999


Prof. Dr. FORTUNATO ANTONIO BADAN PALHARES
PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

29/01/99

ANEXO II

Campinas, 20 de fevereiro de 1998.

Ilma. Sra. MÁRCIA INÊS FURCOLIN
Diretora do Departamento de Enfermagem
do Hospital das Clínicas - UNICAMP

Prezada Senhora

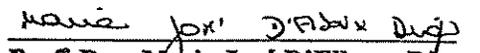
Vimos pela presente solicitar autorização para a realização da coleta de dados para o plano piloto referente ao trabalho intitulado "Assistência de Enfermagem ao Paciente Idoso Durante o período Transoperatório".

Esse trabalho é parte do Programa de Pós Graduação em Gerontologia da Faculdade de Educação da UNICAMP, nível mestrado.

Cabe ressaltar que esta pesquisa tem como objetivo, verificar e analisar a assistência de enfermagem prestada ao paciente idoso durante o período transoperatório quanto à (ao): recepção do idoso no centro cirúrgico; transporte do idoso da sala de preparo à sala de operação; preparo da sala de operação; recepção do idoso na sala de operação e transferência para mesa cirúrgica; indução anestésica; posicionamento do idoso na mesa cirúrgica; período intra - operatório; cuidados com idoso ao final da cirurgia; preparo e transferência do idoso da sala de operação a recuperação pós anestésica; e portanto o procedimento para a coleta de dados será a observação direta da equipe de enfermagem do centro cirúrgico na assistência ao idoso, utilizando - se para tal o roteiro em anexo, durante o período de maio à agosto de 1998, nos dias e horário a serem combinados posteriormente.

Informamos ainda que o mesmo já passou pela avaliação da Comissão de Ética de Enfermagem e concluiu-se não haver nenhuma implicação ética.

Sem mais para o momento colocamo-nos a disposição para esclarecimentos pelos telefones: (019) 994-86-11/ 788-88-38.


Prof. Dra. Maria José D'Elboux Diogo
ORIENTADORA


Enf. Meives Aparecida Rodrigues de Almeida
ORIENTANDA

Depto. de Enfermagem - FCM	
<input type="checkbox"/> ENTRADA	<input type="checkbox"/> SAIDA
DATA	RUBRICA

Uma Diretoria de Enf.
do Departamento de Enfermagem
(FCM)

Ciente, de acordo, encami-
nha-se para ciência da
enfa Meires.

Lembramos V^{sa} que a
diretoria do C.C (enfa Masi-
nha) deve ser comunicada
com antecedência, se ainda
n^o foi feito.

Atenciosamente
Márcia

Enfa. MARCIA INES R. FURCOLIN
Diretora do Dept. de Enfermagem/HC
COREN 14.590/SP
03.03.98

Para Comissão de Ética
de Enf.

Encaminha-se para
ciência e avaliação. Após
retorne ao D. Enf.

Marcia

Enfa. MARCIA INES R. FURCOLIN
Diretora do Dep.º de Enfermagem/HC
COREN 14.590/SP

Do DE NE ^{29.12.91} / HC
fente.

Após avaliação do projeto,
concluiu-se não haver
nenhuma implicação
ética.

~~Assinatura~~
Comissão de Ética
GADEMAR MARQUES DE OLIVEIRA CUNHA
COREN 47.078 - RG: 4.996.899 - Matric. 23.374-9
Coords. Curso de Auxiliar de Enfermagem
UNICAMP

ANEXO III

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a enfermeira Meives Aparecida Rodrigues de Almeida, aluna do curso de mestrado em Gerontologia da Faculdade de Educação da UNICAMP, responsável pela pesquisa sobre Assistência de Enfermagem ao Paciente Idoso durante o Período Transoperatório, a observar a cirurgia em idoso durante os momentos em que eu estiver circulando.

A minha colaboração é espontânea, e estou ciente de que serão mantidos sigilo e anonimato das informações pertinentes a minha pessoa e à do paciente, e de que nossa identificação não será exposta nas conclusões ou publicações.

De Acordo,

Ass. Do funcionário: _____

Campinas, ____ / ____ /1998

ANEXO IV

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DIRETA

PARTE I

Dados do Paciente		
Iniciais do Nome: _____	Idade: ____	Sexo: () Masc. () Fem.
Cirurgia Realizada: _____	Porte da Cirurgia: _____	
Tipo de Anestesia: _____		
Entrada no CC: ____ h	Entrada na SO: ____ h	Saída da SO: ____ h
Início da Anestesia: ____ h	Término da Anestesia: ____ h	
Início da Cirurgia: ____ h	Término da Cirurgia: ____ h	
Circulante: _____	Categoria: _____	Sexo: _____
Auxiliar de Anestesia: _____	Categoria: _____	Sexo: _____

PARTE II

ETAPAS	INTERCORRÊNCIAS
<p>1) - Recepção do idoso no CC</p> <p>O Paciente é recebido por: <input type="checkbox"/> enfermeiro <input type="checkbox"/> func. enf. sala de recepção <input type="checkbox"/> outros</p> <p>O membro da equipe de enfermagem:</p> <p><input type="checkbox"/> Identifica o idoso através do prontuário, com pulseira e/ou informações pessoais <input type="checkbox"/> Chama o idoso pelo nome <input type="checkbox"/> Apresenta-se para o idoso <input type="checkbox"/> Chama a atenção do idoso por meio de toque das mãos, antes de falar <input type="checkbox"/> Olha diretamente para o idoso ao falar <input type="checkbox"/> Fala lenta e distintamente com voz baixa e clara <input type="checkbox"/> Fornece tempo para que o idoso faça perguntas <input type="checkbox"/> Esclarece as dúvidas manifestadas pelo idoso <input type="checkbox"/> Confere o nome do idoso no mapa da cirurgia</p> <p>Confere no prontuário</p> <p><input type="checkbox"/> consentimento para cirurgia <input type="checkbox"/> exames complementares <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> anotações de enfermagem <input type="checkbox"/> uso de pré - anestésico</p> <p>Verifica:</p> <p><input type="checkbox"/> Sinais vitais: <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> queixas de dor <input type="checkbox"/> uso de esmalte <input type="checkbox"/> uso de prótese <input type="checkbox"/> tricotomia <input type="checkbox"/> jejum <input type="checkbox"/> infusões venosas <input type="checkbox"/> drenagens <input type="checkbox"/> última micção <input type="checkbox"/> nível de consciência</p> <p>O membro circulante da equipe de enfermagem:</p> <p><input type="checkbox"/> Atende o idoso ao término das suas solicitações <input type="checkbox"/> Verifica se há alteração ou dificuldade sensorial <input type="checkbox"/> Mantém a privacidade do idoso (uso de biombos, cobertas) <input type="checkbox"/> Mantém o idoso aquecido (cobertor, aquecedor) <input type="checkbox"/> Reforça as orientações quanto ao tratamento a ser realizado <input type="checkbox"/> Verifica se o idoso faz uso de medicamentos <input type="checkbox"/> Verifica presença de doença não relacionadas no prontuário <input type="checkbox"/> Realiza administração do pré - anestésico segundo prescrição médica <input type="checkbox"/> Realiza o registro das ações no prontuário</p>	

2) - Transporte do idoso da sala de preparo para a SO

O idoso é transportado por: () enfermeiro () circulante da SO
() outros

O membro da equipe de enfermagem:

- () Circulante da sala recebe as informações do funcionário da sala de preparo
- () Informa o idoso que vai ser transferido para SO
- () Explica para o idoso sobre alterações luminosas
- () Utiliza para transporte maca com grade e trava
- () Posiciona-se na cabeceira da maca e questiona o idoso assim que observa a expressão facial e outras manifestações
- () Mantém cuidados com infusões e drenagem durante o percurso
- () Mantém o idoso coberto
- () Comunica-se verbalmente com o idoso durante o transporte
- () Realiza movimentos firmes e seguros

3) - Recepção do idoso na SO e transferência para a mesa cirúrgica

O membro da equipe de enfermagem:

- () Verifica a temperatura da sala
- () Aquece a mesa cirúrgica antes de receber o idoso para cirurgias longas
- () Apresenta o idoso aos membros da equipe da SO
- () Explica e orienta o idoso a cada procedimento
- () Nivela a mesa cirúrgica com a maca
- () Questiona o idoso quanto as suas condições de mobilidade para a transferência
- () Solicita ao idoso que passe para a mesa cirúrgica, se fisicamente capaz
- () Auxilia o idoso na transferência e movimentação
- () Realiza a transferência do idoso para a mesa cirúrgica com segurança, travando a mesa cirurgia e a maca
- () Transfere o idoso levantando-o e não deslizando-o
- () Realiza o registro das ações no prontuário

4) - Indução anestésica

O membro da equipe de enfermagem que auxilia o anestesista:

- () Explica ao idoso os procedimentos a serem realizados
- () Observa a reação do idoso na indução anestésica
- () Mantém prontidão para oferecer material e equipamentos adequados ao anestesista
- () Oferece material para a monitorização cardíaca
- () Oferece material para instalar oxímetro
- () Posiciona o idoso para o anestesista
- () Providencia exames laboratoriais se necessário
- () Assegura a disponibilidade de líquidos, soro e hemoderivados
- () Realiza o registro das ações no prontuário

5) - Posicionamento do idoso na mesa cirúrgica

O membro da equipe de enfermagem:

- Comunica e orienta o idoso ao realizar o procedimento se for possível
- Faz uso de almofadas e coxins para compensar alterações ósseas e articulares
- Levanta o idoso para posicioná-lo corretamente, não deslizando-o sobre a mesa
- Protege as proeminências ósseas e áreas mais sensíveis
- Mantém a posição anatômica do idoso
- Mantém o lençol da mesa cirúrgica seco e sem enrugamentos
- Coloca a placa de bisturi em local apropriado longe de proeminências ósseas
- Faz uso de diferentes métodos de fixação no lugar do esparadrapo
- Mantém a privacidade do idoso mantendo-o coberto
- Realiza o registro das ações de enfermagem no prontuário

6) - Período intra-operatório

O membro da equipe de enfermagem:

- Auxilia na antisepsia da área operatória, oferecendo solução aquecida e expando somente a área cirúrgica
- Manipula e posiciona cuidadosamente o idoso durante a cirurgia com movimentos firmes, delicados e seguros
- Assegura a disponibilidade de líquidos intravenosos, sangue e hemoderivados quando necessário
- Oferece prontamente materiais na passagem de sondas e cateteres quando necessário
- Controla constantemente as infusões venosas
- Monitora o volume de sangue e de líquidos de irrigação no recipiente de aspiração quando necessário
- Controla e registra perdas sangüíneas, por meio da pesagem das compressas e gazes, quando necessário
- Controla o débito de urina quando o idoso é sondado
- Observa movimentos de extremidades e variação de temperatura corporal
- Observa sinais e sintomas de hipóxia (aumento da frequência cardíaca, rubor, hipotensão, cianose, isquemia, palidez cutânea)
- Observa sinais e sintomas de déficit de volume de líquidos e eletrólitos (hipotensão, aumento da temperatura, oligúria, taquicardia)
- Observa alteração da perfusão periférica (pés frios, diminuição ou ausência do pulso periférico, isquemia)
- Realiza ação corretiva das falhas nas técnicas imediatamente
- Restringe trânsito na SO (mantém as portas fechadas, chama a atenção no caso de excesso de pessoas na SO)
- Mantém as portas fechadas durante o procedimento cirúrgico
- Chama a atenção das pessoas da SO em caso de ruídos e conversas
- Verifica a temperatura da SO e toma providências para manter a temperatura em níveis confortável ao idoso
- Comunica-se e dá atenção ao idoso quando sob anestesia local ou regional

Realiza o registro das ações de enfermagem no prontuário

7) - Cuidados com o idoso ao final da cirurgia

O membro da equipe de enfermagem:

- Manipula e posiciona o idoso com movimentos firmes, delicados e seguros
- Avalia o nível de consciência por meio de estímulos
- Questiona o idoso quanto a presença de dor, quando possível
- Controla infusões venosas e drenagens
- Ajuda o anestesista a manter permeabilidade das vias aéreas
- Observa movimentos de extremidades e variação de temperatura corporal
- Observa sinais e sintomas de hipóxia (aumento da frequência cardíaca, rubor, hipotensão, cianose, isquemia, palidez cutânea)
- Observa sinais e sintomas de déficit de volume de líquidos e eletrólitos (hipotensão, aumento da temperatura, oligúria, taquicardia)
- Avalia perdas e ganhos do idoso junto ao anestesista
- Providencia material para o curativo e auxilia o cirurgião
- Faz uso de diferentes métodos de fixação no lugar do esparadrapo
- Expõe o idoso somente o necessário
- Mantém o idoso aquecido com cobertor
- Remove lençóis e campos molhados
- Verifica presença de lesões conseqüentes à área de pressão, utilização de bisturi elétrico, soluções medicamentosas e anti-sépticas
- Questiona o idoso assim que verifica expressão facial e outras manifestações
- Verifica o prontuário e finaliza as anotações de enfermagem
- Orienta o idoso quanto ao término da cirurgia, quando possível

8) - Preparo e transferência do idoso para a RPA ou para a UTI

O membro da equipe de enfermagem

- Nivelada a maca com a mesa cirúrgica e trava ambas
- Realiza a transferência da mesa cirúrgica para maca com movimentação lenta e segura
- Levanta o idoso na transferência e não desliza-o
- Utiliza leito com grade e trava para o transporte
- Mantém atenção às alterações cardiovasculares
- Mantém vias aéreas permeáveis
- Verifica infusões venosas e drenagens
- Orienta o idoso quanto à transferência para RPA ou UTI, quando possível

ANEXO V

Roteiro de observação direta segundo a classificação das variáveis

Classificamos os itens relacionados com a comunicação como **C**, os itens relacionados com manutenção fisiológicas como **MF**, os itens relacionados com a integridade cutânea como **IC**, os itens relacionados com a termorregulação como **T** e os itens relacionados com medidas de segurança **MS**.

1. Recepção do idoso no CC:

ETAPAS	CATEGORIAS	OBSERVAÇÃO					
		NEGATIVO		POSITIVO		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
1.1. O paciente é recebido pelo:	enfermeiro	*	*	*	*		
	técnico de enfermagem	*	*	1	3	1	3
	auxiliar de enfermagem	*	*	29	97	29	97
1.2. Identifica o idoso através do prontuário, com pulseira e/ou informações pessoais.	C	1	3	29	97	30	100
1.3. Chama o idoso pelo nome.	C	16	53	14	47	30	100
1.4. Apresenta-se para o idoso.	C	30	100	*	*	30	100
1.5. Chama a atenção do idoso por meio de toque das mãos antes de falar.	C	30	100	*	*	30	100
1.6. Olha diretamente para o idoso ao falar.	C	28	93	2	7	30	100
1.7. Fala lenta e distintamente com voz baixa e clara.	C	24	80	6	20	30	100
1.8. Fornece tempo para que o idoso faça perguntas.	C	29	97	1	3	30	100
1.9. Confere o nome do idoso no mapa da cirurgia.	MS	*	*	30	100	30	100
1.10. Confere no prontuário exames complementares.	MS	25	83	5	17	30	100
1.11. Confere no prontuário exames de RX.	MS	20	67	10	33	30	100
1.12. Confere no prontuário anotações de enfermagem.	MS	5	17	25	83	30	100
1.13. Verifica PA.	MF	5	17	25	83	30	100
1.14. Verifica P.	MF	8	27	22	73	30	100
1.15. Verifica queixas de dor.	MS	28	93	2	7	30	100
1.16. Verifica uso de esmalte.	MS	11	37	19	63	30	100
1.17. Verifica uso de prótese.	MS	20	67	10	33	30	100
1.18. Verifica tricotomia.	MS	22	73	8	27	30	100
1.19. Verifica jejum.	MS	12	40	18	60	30	100
1.20. Verifica infusões venosas.	MF	13	43	17	57	30	100
1.21. Verifica drenagens.	MF	30	100	*	*	30	100
1.22. Verifica a última micção.	MS	30	100	*	*	30	100
1.23. Verifica o nível de consciência.	MS	30	100	*	*	30	100
1.24. A enfermagem atende o idoso ao término das suas solicitações.	C	24	80	6	20	30	100
1.25. Verifica se há alteração ou dificuldade sensorial.	C	29	97	1	3	30	100
1.26. Mantém a privacidade do idoso (uso de biombos, cobertas).	MS	1	3	29	97	30	100
1.27. Mantém o idoso aquecido (cobertor, aquecedor).	T	23	77	7	23	30	100
1.28. Reforça as orientações quanto ao tratamento a ser realizado.	C	30	100	*	*	30	100
1.29. Verifica se o idoso faz uso de medicamentos.	MS	30	100	*	*	30	100
1.30. Verifica presença de doenças não relacionadas no prontuário.	MS	30	100	*	*	30	100
1.31. Realiza administração do pré-anestésico segundo prescrição médica.	MS	30	100	*	*	30	100
1.32. Realiza o registro das ações no prontuário.	C	3	10	27	90	30	100

2. Transporte do idoso da SP para a SO:

ETAPAS	CATEGORIAS	OBSERVAÇÃO				TOTAL	
		NEGATIVO		POSITIVO		Nº	%
		Nº	%	Nº	%		
2.1. O idoso é transportado por: enfermeiro circulante da SO	* * * *	* *	* *	* *	* *	30	100
2.2. Circulante da sala recebe as informações do funcionário da sala de preparo.	C	30	100	* *	* *	30	100
2.3. Informa o idoso que vai ser transferido para SO.	C	9	30	21	70	30	100
2.4. Explica para o idoso sobre alterações luminosas.	C	30	100	* *	* *	30	100
2.5. Utiliza para transporte maca com grade e trava.	MS	* *	* *	30	100	30	100
2.6. Posiciona-se na cabeceira da maca e questiona o idoso assim que observa a expressão facial e outras manifestações.	MS	25	83	5	17	30	100
2.7. Mantém cuidados com infusões e drenagem durante o percurso.	MF	19	63	11	37	30	100
2.8. Mantém o idoso coberto e aquecido.	T	2	7	28	93	30	100
2.9. Comunica-se verbalmente com o idoso durante o transporte.	C	26	87	4	13	30	100
2.10. Realiza movimentos firmes e seguros.	MS	* *	* *	30	100	30	100

3. Recepção do idoso na SO e transferência para a mesa cirúrgica:

ETAPAS	CATEGORIAS	OBSERVAÇÃO				TOTAL	
		NEGATIVO		POSITIVO		Nº	%
		Nº	%	Nº	%		
3.1. Verifica a temperatura da sala de operação.	T	30	100	* *	* *	30	100
3.2. Aquece a mesa cirúrgica antes de receber o idoso para cirurgia longas.	T	29	97	1	3	30	100
3.3. Apresenta o idoso aos membros da equipe da sala de operação.	C	30	100	* *	* *	30	100
3.4. Explica e orienta o idoso a cada procedimento.	C	30	100	* *	* *	30	100
3.5. Nivel a mesa cirúrgica com a maca.	MS	19	63	11	37	30	100
3.6. Questiona o idoso quanto as suas condições de mobilidade para a transferências.	C	26	86	4	13	30	100
3.7. Solicita ao idoso que passe para a mesa cirúrgica se fisicamente capaz.	C	21	70	9	30	30	100
3.8. Auxilia o idoso na transferência e movimentação.	MS	13	43	17	57	30	100
3.9. Realiza a transferência do idoso para a mesa cirúrgica com segurança, travando a mesa cirúrgica e a maca.	MS	18	60	12	40	30	100
3.10. Transfere o idoso levantando-o e não deslizando-o	IC	23	77	7	23	30	100
3.11. Realiza o registro das ações no prontuário.	C	29	77	1	23	30	100

4. Indução anestésica:

ITENS	CATEGORIAS	OBSERVAÇÃO				TOTAL	
		NEGATIVO		POSITIVO		Nº	%
		Nº	%	Nº	%		
4.1. Explica ao idoso os procedimentos a serem realizados.	C	30	100	*	*	30	100
4.2. Observa a reação do idoso na indução anestésica.	MF	22	73	8	27	30	100
4.3. Mantém prontidão para oferecer material e equipamentos adequados ao anestesista.	MS	7	23	23	77	30	100
4.4. Oferece material para a monitorização cardíaca.	MS	19	63	11	37	30	100
4.5. Oferece material para instalar oxímetro.	MS	20	67	10	33	30	100
4.6. Posiciona o idoso para o anestesista.	MS	17	57	13	43	30	100
4.7. Providencia exames laboratoriais se necessário.	MS	*	*	30	100	30	100
4.8. Assegura a disponibilidade de líquidos, soro e hemoderivados.	MF	*	*	30	100	30	100
4.9. Realiza o registro das ações no prontuário.	C	30	100	*	*	30	100

5. Posicionamento do idoso na mesa cirúrgica:

ETAPAS	CATEGORIAS	OBSERVAÇÃO				TOTAL	
		NEGATIVO		POSITIVO		Nº	%
		Nº	%	Nº	%		
5.1. Comunica e orienta o idoso ao realizar o procedimento quando possível.	C	30	100	*	*	30	100
5.2. Faz uso de almofadas e coxinas para compensar alterações ósseas e articulares.	MS	18	60	12	40	30	100
5.3. Levanta o idoso para posicioná-lo corretamente, não deslizando-o sobre a mesa.	IC	24	80	6	20	30	100
5.4. Protege as proeminências ósseas e áreas mais sensíveis.	IC	27	90	3	10	30	100
5.5. Mantém a posição anatômica do idoso.	MS	6	20	24	80	30	100
5.6. Mantém o lençol da mesa cirúrgica seco e sem enrugamentos.	IC	10	33	20	67	30	100
5.7. Coloca a placa de bisturi em local apropriado longe de proeminências ósseas.	MS	1	3	29	97	30	100
5.8. Faz uso de diferentes métodos de fixação no lugar do esparadrapo.	IC	29	97	1	3	30	100
5.9. Mantém a privacidade do idoso mantendo-o coberto.	MS	7	23	23	77	30	100
5.10. Realiza o registro das ações de enfermagem no prontuário.	C	28	93	2	7	30	100

6. Período intra-operatório:

ETAPAS	CATEGORIAS	OBSERVAÇÃO				TOTAL	
		NEGATIVO		POSITIVO		NO	%
		NO	%	NO	%		
6.1. Auxilia na antisepsia da área operatória, oferecendo solução aquecida e expondo somente a área cirúrgica.	T	30	100	*	*	30	100
6.2. Manipula e posiciona cuidadosamente o idoso durante a cirurgia com movimentos firmes, delicados e seguros.	MS	30	100	*	*	30	100
6.3. Assegura a disponibilidade de líquidos intravenosos, sangue e hemoderivados quando necessário.	MF	*	*	30	100	30	100
6.4. Oferece prontamente materiais na passagem de sondas e cateteres quando necessário.	MS	4	13	26	87	30	100
6.5. Controla constantemente as infusões venosas.	MF	30	100	*	*	30	100
6.6. Monitora o volume de sangue e de líquidos de irrigação no recipiente quando necessário.	MF	29	97	1	3	30	100
6.7. Controla e registra perdas sanguíneas, por meio da pesagem das compressas e gazes, quando necessário.	MF	*	*	30	100	30	100
6.8. Controla o débito de urina quando o idoso é sondado.	MF	13	43	17	57	30	100
6.9. Observa movimentos de extremidades e variação de temperatura corporal.	T	30	100	*	*	30	100
6.10. Observa sinais e sintomas de hipóxia (aumento da frequência cardíaca rubor, hipotensão, cianose, isquemia, palidez cutânea).	MF	29	97	1	3	30	100
6.11. Observa sinais e sintomas de déficit de volume de líquidos e eletrólitos (hipotensão, aumento de temperatura, oligúria, taquicardia).	MF	30	100	*	*	30	100
6.12. Observa alteração da perfusão periférica (pés frios, diminuição ou ausência do pulso periférico, isquemia).	MF	30	100	*	*	30	100
6.13. Realiza ação corretiva das falhas nas técnicas imediatamente.	MS	6	20	24	80	30	100
6.14. Restringe trânsito na SO (mantém as portas fechadas, chama a atenção no caso de excesso de pessoas na SO).	MS	30	100	*	*	30	100
6.15. Mantém as portas fechadas durante o procedimento cirúrgico.	MS	10	33	20	67	30	100
6.16. Chama a atenção das pessoas da SO em caso de ruídos e conversas.	MS	10	33	20	67	30	100
6.17. Verifica a temperatura da SO e toma providências para manter a temperatura em níveis confortável ao idoso.	T	26	87	4	13	30	100
6.18. Comunica-se e dá atenção ao idoso quando sob anestesia local ou regional.	C	8	27	22	73	30	100
6.19. Realiza o registro das ações de enfermagem no prontuário.	C	15	50	15	50	30	100

7. Cuidados com o idoso ao final da cirurgia:

ETAPAS	CATEGORIAS	OBSERVAÇÃO				TOTAL	
		NEGATIVO		POSITIVO		Nº	%
		Nº	%	Nº	%		
7.1. Manipula e posiciona o idoso com movimentos firmes delicados e seguros.	MS	23	77	7	23	30	100
7.2. Avalia o nível de consciência por meio de estímulos.	MF	30	100	*	*	30	100
7.3. Questiona o idoso quanto a presença de dor, quando possível.	C	8	27	22	73	30	100
7.4. Controla infusões venosa e drenagens.	MF	29	97	1	3	30	100
7.5. Ajuda o anestesista a manter permeabilidade das vias aéreas.	MF	21	70	9	30	30	100
7.6. Observa movimentos de extremidades e variação de temperatura corporal.	T	30	100	*	*	30	100
7.7. Observa sinais e sintomas de hipóxia (aumento da frequência, cardíaca, rubor, hipotensão, cianose, isquemia, palidez cutânea).	MF	29	97	1	3	30	100
7.8. Observa sinais e sintomas de déficit de volume de líquidos e eletrólitos (hipotensão, aumento da temperatura, oligúria, taquicardia).	MF	30	100	*	*	30	100
7.9. Avalia perdas e ganhos do idoso junto ao anestesista.	MF	29	97	1	3	30	100
7.10. Providencia material para o curativo e auxilia o cirurgião.	IC	10	33	20	67	30	100
7.11. Faz uso de diferentes métodos de fixação no lugar do esparadrapo.	IC	20	67	10	33	30	100
7.12. Expõe o idoso somente o necessário.	MS	8	27	22	73	30	100
7.13. Mantém o idoso aquecido com cobertor.	T	21	70	9	30	30	100
7.14. Remove lençóis e campos molhados.	IC	8	27	22	73	30	100
7.15. Verifica presença de lesões consequentes à área de pressão, utilização de bisturi elétrico, soluções medicamentosas e anti-sépticas.	IC	28	97	1	3	30	100
7.16. Questiona o idoso assim que verifica expressão facial e outras manifestações.	C	8	28	21	72	30	100
7.17. Verifica o prontuário e finaliza as anotações de enfermagem.	C	23	79	6	21	30	100
7.18. Orienta o idoso quanto ao término da cirurgia, quando possível.	C	8	28	21	72	30	100

8. Preparo e transferência do idoso para a RPA ou para aUTI:

ETAPAS	CATEGORIAS	OBSERVAÇÃO				TOTAL	
		NEGATIVO		POSITIVO		Nº	%
		Nº	%	Nº	%		
8.1. Nivelar a maca com a mesa cirúrgica e trava ambas.	MS	22	76	7	24	29	100
8.2. Realiza transferência da mesa cirúrgica para a maca com movimentação lenta e segura.	MS	7	24	22	76	29	100
8.3. Levanta o idoso na transferência e não desliza-o	IC	10	35	19	65	29	100
8.4. Utiliza leito com grade e trava para o transporte.	MS	*	*	29	100	29	100
8.5. Mantém atenção às alterações cardiovasculares.	MF	29	100	*	*	29	100
8.6. Mantém vias aéreas permeáveis.	MF	29	100	*	*	*	*
8.7. Verifica infusões venosas e drenagens.	MF	27	93	2	7	29	100
8.8. Orienta o idoso quanto à transferência para RPA ou para a UTI quando possível.	C	9	31	20	69	29	100