

Assistência de enfermagem ao paciente idoso durante o período transoperatório**

MEIVES APARECIDA RODRIGUES DE ALMEIDA(*)

Palavras chave: Gerontologia; Geriatria; Idosos-cirurgia; Centro cirúrgico; Enfermagem geriátrica.

Resumo: 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.

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).

No Brasil a evolução demográfica da sua população 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. Neste

ano, 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).

À medida que cresce o número de idosos, aumenta também a demanda desta população ao tratamento cirúrgico. Segundo MECKES (1997) e NEWMAN; SMITH (1994), nos Estados Unidos a incidência de cirurgias entre os idosos a partir dos 60 anos é em torno de 50%.

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 acrescente qualidade de vida aos anos e não somente anos à vida (SILVA; GUIMARÃES, 1994).

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

* Mestre em Gerontologia. Docente da Escola Superior de Enfermagem Jean Piaget/Viseu.

** Resumo de tese realizada no Curso de Pós-Graduação em Gerontologia da Faculdade de Educação da Universidade de Campinas/São Paulo/Brasil, sob a orientação da Prof^ª Dr.^a Maria José D'Elboux Diogo

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.

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.

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 para a unidade de terapia intensiva (UTI).

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.

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 no CC de um hospital geral universitário público do município de Campinas, estado de São Paulo, Brasil. Após autorização pelo Comitê de Ética e Pesquisa desta instituição.

O hospital possui dois centros cirúrgicos: o CC ambulatorial destinado às cirurgias ambulatoriais e o CC de rotina, de maior porte, onde foi realizado o estudo, o qual está localizado no 2º andar, e contém 15 SO (12 de rotina e três de emergência).

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, 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.

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 (Sala de Preparo), SO ou RPA, para assistir o paciente e atender o anestesista durante a indução anestésica.

3.2. Sujeitos

Os sujeitos deste trabalho foram todos os membros da equipe de enfermagem: enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, 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 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 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

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. 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 idoso, 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 seguindo uma sequência dos procedimentos normalmente realizados, e a partir do pressuposto de que os procedimentos nele contidos estariam atendendo às necessidades particulares da assistência de enfermagem ao idoso no período transoperatório, conforme 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.

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. Como a parte II do instrumento foi composta por oito etapas, e cada etapa continha vários sub-ítem, para sintetizar e 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). 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).

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

RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. PARTE I

4.1.1. 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 preestabelecidos, e a idade máxima foi de 83 anos, sendo a média de idade 69 anos.

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

IDADE	Sexo Mas.		Sexo Femi.		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%
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

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

ESPECIALIDADE	nº		%	
	nº	%	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		

4.1.2. Especialidade e Porte Cirúrgico:

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

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

4.1.3. 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.

4.1.4. 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 1 - Medidas de posição e dispersão para os tempos em que o idoso permaneceu em cada etapa do período transoperatório. Campinas, 1998.

TEMPO ENTRE	T.MÍN.	T. MÁX.	T.MÉD.	D.P.
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'

Queremos destacar aqui o tempo médio de espera para o idoso ser encaminhado da sala de preparo para sala de operação, foi de 1 h 22'. É um tempo longo que o paciente idoso permanece em cima de uma maca, isto indica que a enfermagem não está assegurando o conforto a tranquilidade e a segurança do mesmo. O tempo prolongado de espera pode aumentar a ansiedade e o estresse do paciente.

4.1.5. 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).

4.1.6. 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.

Ao chegarmos no CC, nos dirigíamos para a SP, e, assim que o 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 3).

4.2. PARTE II

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

Verificamos na Tabela 4 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 3 - 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	
	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.	MAS.	FEM.
	Nº %	Nº %	Nº %	Nº %	Nº %	Nº %
ENFERMEIRO	-	-	-	-	1 3,5	1 3,5
TÉCNICO DE ENF.	-	1 3	-	-	-	-
AUXILIAR DE ENFER.	2 7	27 90	2 7	28 93	-	19 63

TABELA 4 - 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%

4.2.2. 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 intraoperatório, 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 5 nos mostra a representatividade de cada categoria dentro de cada etapa.

TABELA 5 - 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

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

4.3.1. 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 (olhar, gestos, expressão e toque). Nes-

ta etapa, conforme pode ser verificado na Tabela 6, 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 uma mediana de 0%, o que significa que, em todas as observações, a equipe de enfermagem não realizou nenhum tipo de

comunicação, quer seja verbal ou 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 Tabela 6 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 geral e/ou regional, dessa forma, a comunicação mais realizada nesses momentos foi a escrita, ou seja as anotações de enfermagem.

TABELA 6 - 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%

4.3.2. 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 7, 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 da equipe 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 7 - 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%

4.3.3. 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 8, 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 8 - 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%

4.3.4. 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 9, 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 7, metade dos funcionários observados realizaram 50% dos cuidados relacionados com a pele, enquanto que na etapa 8 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 9 - 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%

4.3.5. 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 10, 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 quatro dessas mesmas seis etapas, no mínimo um profissional deixou de realizar todos esses mesmos procedimentos.

TABELA 10 - 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%

CONSIDERAÇÕES FINAIS

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.

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

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

- 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.
- 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.
- KEOUGH, V., LETIZIA, M. Perioperative care of elderly trauma patients. AORN Journal, v. 63, n. 5, p. 932-37, 1996.
- KUPFERER, S. S. Geriatric ambulatory surgery patients. AORN Journal, v. 43, n. 3. p. 752-66, 1988.
- LUSIS, S. A .The challenges of nursing elderly surgical patients. AORN Journal, v. 64, n. 6, p. 954-62, 1996.
- MECKES, P. F. Cirurgia geriátrica. In: MEEKER, M.H.; ROTHROCK, J. C. Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico. 10ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1997. cap. 29, p. 1125-39.
- 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 gerontologica: 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).
- 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.
- SANTANA, E. de M. Cirurgia Endócrina no Idoso. In: PETROIANU, A; PIMENTA, L. G. Cirurgia Geriátrica. São Paulo, MEDSI, 1998, cap. 36, p.453-515.
- 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.