

O TRAUMA CIRÚRGICO: IMPORTÂNCIA DA ORIENTAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA *

** Maria de Conceição C. Fontes
** Maria do Socorro Almeida
** Dinalva Dias de Carvalho

RBEEn/07

FONTES, M. C. e Colaboradoras — O trauma cirúrgico — importância da orientação pré-operatória. *Rev. Bras. Enf.*; DF, 33 : 194-200, 1980.

INTRODUÇÃO

A fim de cumprir suas metas nesta era de transformação social, em que a saúde tornou-se um assunto de relevante importância, deve a enfermagem não somente aceitar o desafio de um aperfeiçoamento profissional, como sentir ser este necessário ao acompanhamento dos elevados métodos de controle do paciente, num crescente esforço de atingi-lo, orgânica e emocionalmente.

Em cirurgia, de um modo geral, são debatidos os pontos prioritários do tratamento, a seleção das alternativas, o trauma físico, o vulto operatório e as prováveis complicações, permitindo ao Enfermeiro definir-se quanto à sua atuação na prevenção ou no atendimento de uma situação crítica. Entretanto é necessário que a equipe compreenda a reação emocional do paciente diante da cirurgia, que poderá ser exterioriza-

da sob diversas formas, porém, sempre estão relacionadas com a ansiedade e o medo do desconhecido a incógnita do ato cirúrgico.

Procuramos relatar alguns aspectos sobre alterações orgânicas que caracterizam a síndrome pós-operatória, salientando entretanto ter sido este trabalho desenvolvido de forma essencialmente prática, visando atingir mais facilmente os seus objetivos, que dentre outros foram os seguintes: estudar a influência da orientação pré-operatória sobre as principais alterações apresentadas por pacientes em pós-operatório imediato e, desenvolver métodos assistenciais para proporcionar meios individuais de uma melhor recuperação a pacientes cirúrgicos.

O trabalho foi desenvolvido em uma unidade de internação cirúrgica, com uma população de 29 pacientes, subdivididos em grupos — A — recebeu orienta-

* Tema-Livre no XXXI CBEEn Fortaleza-Ceará — 1979.

** Enfermeiras do Hospital Ana Nery — Salvador-BA — INAMPS.

ção pré-operatória que foi omitida ao grupo B. No pós-operatório os dois grupos foram igualmente observados.

Não houve adoção de critérios seletivos rigorosos, procuramos apenas excluir pacientes portadores de distúrbios neurológicos, psiquiátricos, doenças crônicas, urgências e amputações.

Os tipos de cirurgias a que estes grupos foram submetidos e com os quais procurou-se relacionar as alterações apresentadas no estudo foram: cirurgias urológicas, gastrointestinais, torácicas, plástica estética e reparadora, do fígado, vias biliares e hipertensão porta.

O VULTO E O RISCO OPERATÓRIO

As expressões, vulto e risco operatório, embora sejam freqüentemente usadas com a mesma finalidade, têm significados distintos, de vez que vulto exprime apenas o trauma, sendo um dos componentes do risco. Este obriga a apreciações críticas sobre as possibilidades de resistência do paciente à operação prevista e pode determinar a escolha de operações menores.

É evidente a preocupação da equipe em identificar os fatores de riscos dos pacientes que se apresentam para uma cirurgia, não somente devido ao interesse em formular um juízo prognóstico como principalmente de programar um regime terapêutico pré-operatório capaz de atenuar a gravidade dos casos mais graves.

A classificação da Comissão Americana de Anestesiologistas constitui a mais citada destas sistematizações, a qual transcreveremos a seguir:

CLASSE I — Doentes sem distúrbios orgânicos, fisiológicos, bioquímicos, sistêmicos ou psiquiátricos.

CLASSE II — Anormalidades fisiológicas ou bioquímicas de pequena intensidade, como Dia-

betes mellitus ou hipertensão, leves e bem compensados.

CLASSE III — Enfermidades sistêmicas mais avançadas, como insuficiência cardíaca congestiva mal compensada, diabetes com complicações vasculares ou grandes obesidades.

CLASSE IV — Doentes graves em fase desfavorável, evidenciando um risco de vida acentuado, hepatopatias crônicas na fase tardia, insuficiência renal com uremia interna, aterosclerose coronária grave.

CLASSE V — Doentes moribundos e de prognóstico desesperador: aneurisma dissecante de aorta roto, politraumatizados com múltiplas lesões viscerais, peritonites generalizadas em choque toxêmico.

Em termos gerais, aconselha-se a realização de intervenções eletivas nos pacientes de classe não superior à III, reservando-se para as categorias de alto risco apenas intervenções de urgência ou verdadeiras emergências.

O vulto da cirurgia depende essencialmente da grandeza do trauma em bases amplas, nos seus componentes físicos e psicológicos, e não apreciação crítica das possibilidades médico-hospitalares existentes.

Quanto à intensidade do trauma físico, o vulto operatório tem sido classificado em pequeno, médio e grande. Geralmente consideram-se de pequeno vulto a amigdalectomia, a apendicectomia, a hernioplastia e outros procedimentos de dimensões semelhantes; de médio vulto seriam operações como as

colecistectomias, as hérnias estranguladas, a tereoidectomia; e de grande vulto são considerados geralmente as esofagectomias, as amputações de reto, cirurgia cardiovascular, duodenopancreatetectomias e mastectomias radicais. A seguir estes critérios, evitar-se-iam os traumas mais extensos nos doentes fisiologicamente menos preparados.

Uma vez decidida a operação, resta determinar o momento operatório. Isto depende da fria reflexão sobre as estimativas das desvantagens da espera, melhorando as condições do doente e o comportamento evolutivo da lesão. Quanto ao momento pode a cirurgia ser enquadrada na seguinte classificação:

C A T E O R I A D A S C I R U R G I A S

CLASSIFICAÇÃO	INDICAÇÃO	EXEMPLOS
I — Emergência — Requer atenção imediata	sem atraso	queimaduras extensas; fratura de crânio; lesões por armas de fogo e branca; hemorragias severas.
II — Urgência — Requer pronta atenção	dentro de 24 a 48 horas.	calculose renal ou uretral; obstrução intestinal.
III — Necessárias — precisa de operação	plano de admissão no hospital em semanas ou meses.	tireoidectomia; hipertrofia prostática sem obstrução vosical; deformidades ósseas.
IV — Eletiva — Deverá ser operado	não havendo cirurgia não é catastrófico.	reparo de cicatrizes; hérnias simples; reparo vaginal.
V — Opcionais — a decisão depende do paciente	preferência pessoal.	plástica estética.

Para ilustrar os pontos anteriormente relatados, podem ser apreciados os seguintes exemplos:

1. Dois pacientes com 60 anos, portadores de hérnias idênticas, um deles exerce várias atividades prejudicadas pela hérnia, o outro leva vida sedentária e sem maiores ocupações. Apesar de teoricamente a indicação cirúrgica ser a mesma, só no primeiro caso é conveniente.

2. Obstrução intestinal mecânica por brida, com história de vários dias

e espoliação grave. A decisão operatória é óbvia, porém o melhor momento será após algumas horas de preparo adequado, o que melhorará a resistência do paciente.

RESPOSTAS DO ORGANISMO AO TRAUMA CIRÚRGICO

Naturalmente, a reação de cada paciente pode variar individualmente, mas, em tese, depende de fatores como a incapacidade atual causada pela do-

ença básica, a sede do distúrbio funcional, a expectativa do resultado operatório, as experiências prévias com outras operações e anestésias, a confiança na equipe cirúrgica, a situação sócio-econômica familiar e a adaptação ao ambiente hospitalar.

O trauma cirúrgico, como qualquer agressão, exerce múltiplas e variadas alterações no metabolismo orgânico. Estas alterações variam em intensidade e extensão conforme o grau de traumatismo, a aceitação ou reação emocional do paciente ao procedimento cirúrgico, seja ela evidente ou não.

As alterações metabólicas podem ir desde variações, apenas perceptíveis, do metabolismo interno, até estados de desequilíbrios que podem eventualmente levar à morte. A ansiedade pré-operatória é uma resposta antecipada a uma experiência que ameaça o papel habitual do paciente na vida, a integridade corporal, ou mesmo sua própria vida, a extensão de sua reação baseia-se em muitos fatores, incluindo os incômodos e sacrifícios que percebe que terá que fazer, sejam físicos, financeiros, psicológicos ou sociais e a maneira pela qual ele antecipa o resultado da cirurgia ou o seu prognóstico cirúrgico.

Independente da legitimidade da indicação cirúrgica, sabe-se que numerosas deficiências orgânicas capazes de criar transtornos no ato operatório, se prestam a uma correção mais ou menos eficaz na fase pré-operatória, mesmo em circunstâncias de urgência. Graças a esta preocupação consegue-se muitas vezes transferir doentes do risco III ou IV para categorias mais baixas, com evidentes benefícios para sua evolução pós-operatória. É desnecessário enfatizar que este preparo deve ser tanto mais minucioso quanto mais eletivo o caráter da intervenção, devido ao tempo que se dispõe para a sua consecução.

PRIORIDADES NO PREPARO DO PACIENTE CIRÚRGICO

PREPARO PSICOSSOCIAL

A avaliação do estado psicológico do paciente, realizada já, desde o primeiro contato, permite prever com bastante margem de segurança a reação emocional ao trauma que vai submeter-se. Os sintomas predômicos de desorientação, discreta confusão, agitação, cansaço mental e fácil irritabilidade devem ser procurados, quando tais manifestações são muito continuadas e, se a doença o permite, o paciente deve ser investigado e a cirurgia protelada até que o controle psicológico do caso seja alcançado.

Ante a perspectivas da cirurgia, fica-se, sem dúvida, assediado pelo medo, medo do desconhecido, da morte, da anestesia ou da possibilidade de um cancer, que pode ser aparente de imediato ou não; mas há outros medos mais intangíveis e latentes, aqueles por exemplo relativos à perda do emprego, à necessidade de sustentar a família ou a possibilidade de deficiência física permanente.

Vê-se a doença física que resulta exclusivamente de insegurança emocional, como é evidente muitas vezes em pacientes com úlcera péptica. Os transtornos emocionais são mais aparentes na doença, conseqüentemente o enfermeiro conhecedor de tal fato deverá aprender a ser mais tolerante e compreensivo.

Um contato freqüente com o paciente é extremamente útil, devendo ser orientado no seu preparo em termos de participação mútua, no qual o enfermeiro ajuda o paciente a ajudar-se a si próprio, induzindo-lhe a confiança necessária para a aceitação do procedimento cirúrgico com calma e colaboração. Esta mais íntima relação entre o paciente e o enfermeiro resulta par-

ticularmente eficaz no pós-operatório, quando as solicitações de tosse, deambulação e exercícios são prontamente atendidos. O paciente ansioso e apreensivo tolera pouco a dor e apresenta incidência acentuada de complicações. O medo à dor pode impedir que o paciente tussa, com isto facilitando a retenção de secreções brônquicas, que eventualmente, podem resultar em uma atelectasia pulmonar. A retenção urinária é mais comum no paciente apreensivo.

PREPARO FÍSICO

O paciente deve ser levado à sua melhor condição física, visando superar o trauma cirúrgico; assim, o enfermeiro deve estar sempre presente durante a avaliação física e teste diagnóstico, objetivando evitar complicações como as relacionadas com os sistemas orgânicos de alto risco: cardiovascular, respiratório, hidroeletrolítico, renal, nutricional, neurológico e digestivo.

O significado das anormalidades cardiovasculares como determinante de maior risco prende-se entre outros motivos à possibilidade de hipertensão ou mesmo parada cardíaca intra-operatória, bem como a menor capacidade de alguns desses indivíduos de elevar seu débito cardíaco face às solicitações do pós-operatório (febre, infecção, hiper-catabolismo).

As alterações da dinâmica ventilatória contraindicam qualquer cirurgia eletiva, uma vez que é necessário manter ventilação pulmonar adequada em todas as fases do tratamento cirúrgico. A doença crônica das vias aéreas ou pulmonares, também aumenta o perigo de complicações pós-operatórias.

O papel do rim como órgão fundamental da homeostase hídrica e osmolar, bem como as possíveis alterações deste elemento com a decorrência do ato cirúrgico devem ser evidenciados.

Sendo o paciente portador de nefrite aguda, insuficiência renal aguda com oligúria ou anúria, ou outros problemas renais agudos, a cirurgia é contraindicada, a menos que seja para salvar a vida ou necessária para melhorar a função urinária, como na prostatectomia.

Os distúrbios hidroeletrolíticos e nutricionais acarretam ao paciente sérios transtornos, como prolongada convalescença, cicatrização retardada, predispõe a úlcera de decúbito, edema com conseqüente deiscência de sutura, susceptibilidade ao choque hemorrágico, infecções graves por deficiente formação de anticorpos.

No que concerne aos demais aparelhos, sabe-se que as gastroenteropatias, responsáveis por grande parte das indicações cirúrgicas usuais podem impor ao organismo desvios eletrolíticos, volêmicos e nutricionais, devendo-se identificar os casos potencialmente perigosos dentre estes pacientes.

Podem ainda participar do contexto fisiopatológico do paciente uma grande variedade de doenças vinculadas a outros órgãos, como as endocrinopatias (diabetes mellitus, obesidade, hipertireoidismo, insuficiência supra renal), as hemopatias (anemias ferropriva, falciforme, hiperesplenismo), e os distúrbios neuropsiquiátricos (insuficiência vascular cerebral, deficiência de motricidade, agitação psicomotora, quadros depressivos), todos eles demandam uma definição pré-operatória de conduta.

ANÁLISES E CONCLUSÕES

Na tabela I procurou-se comparar a resposta comportamental entre os grupos de pacientes orientados e não orientados, quanto à sua condição de autocuidar-se no pós-operatório, tendo-se observado uma elevada predominância de pacientes que colaboram (21) no

grupo orientado, enquanto apenas 8 adotaram atitudes que consideramos negativas, ou seja, mantiveram-se quase que totalmente dependentes da enfermagem.

No grupo não orientado, entretanto, evidenciou-se quase que a inversão destes valores, percebe-se uma situação dominante de dependência, quando 24 pacientes apresentaram-se não colaborando ou apáticos, enquanto apenas 5 destes procuraram colaborar.

Para a tabela II, selecionou-se entre os grupos de pacientes em observação os submetidos a cirurgias de pequeno vulto, em que predominam as inguinoplastias, objetivando um grupo mais ou menos homogêneo. Neste procurou-se estudar o tempo de permanência hospitalar entre orientados e não orientados.

Observou-se que a predominância de alta em ambos os grupos, foi do 4.º dia de pós-operatório; entretanto salientamos os índice elevado de pacientes que obtiveram alta até o 2.º dia do grupo "orientado" (6), contra 1 do "não orientado"; enquanto 4 dos "não orientados" obtiveram alta no 5.º dia ou além, contra ZERO dos "orientados".

Na tabela III, procurou-se comparar alterações de ordem física entre os grupos, tais como: disúria, cefaléia, alterações do sono (devido à hidratação parenteral), infecções respiratórias (por medo de tossir ou realizar exercícios) e deambulação tardia (por medo de quebrar os pontos). Observou-se que o maior número de complicações ocorreu entre o grupo não orientado. Entretanto chamou atenção o item 3 da tabela, em que houve uma resposta idêntica dos dois grupos. Este fato contribuiu porém, para alertar a equipe de enfermagem sobre uma falha na orientação prévia ao paciente, transformando-se em um dado relevante e positivo no nosso estudo.

Os aspectos analisados permitiram comprovar que o grupo submetido à ação sistêmica da enfermagem, voltada para orientação prévia, acatou melhor a terapêutica proposta, a assistência da equipe de enfermagem e médica, mostrando-se mais seguro, colaboando melhor e menos susceptíveis de alterações físicas e comportamentais.

Evidenciou-se também a importância da ação da enfermagem no que concerne à "Educação em Saúde", constituindo-se esta em uma das atividades de maior destaque.

T A B E L A 1

NÚMERO DE PACIENTES ORIENTADOS (A) E NÃO ORIENTADOS (B) QUANTO A RESPOSTA COMPORTAMENTAL NO PÓS-OPERATÓRIO

ATITUDES DOS PACIENTES	GRUPOS		
	A	B	TOTAL
APÁTICO	5	9	14
NÃO COLABORA	3	15	18
COLABORA QUANDO SOLICITADO	7	4	11
COLABORADOR	14	1	15
TOTAL	29	29	58

T A B E L A I I

NÚMERO DE PACIENTES ORIENTADOS (A) E NÃO ORIENTADOS (B) QUANTO AO TEMPO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR (CIRURGIAS DE PEQUENO VULTO)

GRUPOS	DIAS DE PERMANÊNCIA						TOTAL	
	1	2	3	4	5	5		
A	1	5	1	6	—	—	13	
B			1	3	4	2	2	12
TOTAL	1	6	4	10	2	2	25	

TABELA III

NÚMERO DE PACIENTES "ORIENTADOS" E "NÃO ORIENTADOS" QUANTO A COMPLICAÇÕES FÍSICAS NO PÓS-OPERATÓRIO

COMPLICAÇÕES	ORIENTADOS	NÃO ORIENTADOS	TOTAL
DISÚRIA	1	3	4
CEFALÉIA	1	4	5
ALTERAÇÕES DO SONO	8	9	17
INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS	1	3	4
DEAMBULAÇÃO TARDIA	—	4	4
TOTAL	11	23	34

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRUNNER, Suaddait — Enfermagem médico cirúrgico, Rio de Janeiro, Interamericana, 1977, pp. 1 e 3 e 11 a 77.
- LOWENJELE, B. A. — Manual de diagnóstico cirúrgico, São Paulo, Ed. Manoel Ltda., 1977, 233 p. ilust.
- DUNPHY, E. J. et alli — Exame físico do paciente cirúrgico, Rio de Janeiro, Interamericana, 1978, p. 1 a 15.
- FAINTUCH, Jet alli — Manual de pré e pós-operatório, São Paulo, Ed. Manoel Ltda., 1978, pp 3 a 125 e 425 a 499.
- ARNOD, L. et alli — Terapia multimodal do comportamento, S. Paulo. Ed. Manoel Ltda., 1977, p. 51 a 65.
- FERREIRA, B. A. — Controle clínico do paciente cirúrgico, Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1976, 957 p. ilust.
- CARVALHO, V. — Dos princípios e proposição da observação sistematizada na enfermagem, R. B. de Enfermagem, 24 (5), 1971.
- DANIEL, L. F. — A enfermagem planejada, S. Paulo, C. Brasleiro do Livro, 1977, 78 p. ilust.
- PAIM, L. et alli — Iniciação à metodologia do processo de enfermagem, abordagem centrada na necessidade básica, Rio de Janeiro, ABEN, 41 p.
- HORTA, W. de A. — A metodologia do processo de enfermagem, R. B. de Enfermagem, 24 (6), p. 81 a 95, 1971.
- RESENDE, A. Z. M. — O processo de comunicação como instrumento de Enfermagem, R. Enfermagem em Novas Dimensões, 2 (2), p. 98 a 111, maio/junho 1976.
- CARVALHO, D. — Porque acredito no processo de enfermagem Revista E.N.D. 3 (5) 261 a 266 set/out. 1977.
- PRADO F. Cintra, et alli — Atualização terapêutica, Livraria Editora Artes Médicas, São Paulo, 1975, p. 1.034 a 1.039.