



PESQUISA

Cirurgia em pacientes idosos: revisão sistemática da literatura

Dulcyane Ferreira de Oliveira¹, Gerson Suguiyama Nakajima¹, Jonas Byk²

1. Programa de Pós-Graduação em Cirurgia, Departamento de Clínica Cirúrgica, Universidade Federal do Amazonas (Ufam), Manaus/AM, Brasil. 2. Programa de Pós-Graduação em Cirurgia, Departamento de Patologia e Medicina Legal, Ufam, Manaus/AM, Brasil.

Resumo

O Brasil passa por um período de transição demográfica caracterizado pelo aumento na expectativa de vida. Concomitantemente, tem crescido o número de cirurgias realizadas em idosos. Este trabalho busca compreender esse processo por meio de revisão sistemática de textos publicados nas bases de dados acadêmicas nos últimos 10 anos. Dezesete documentos compõem o corpus da pesquisa. A partir de sua análise, percebe-se a necessidade, por parte dos profissionais de saúde, de conhecer a legislação e refletir sobre aspectos éticos e bioéticos a fim de humanizar o atendimento ao paciente cirúrgico idoso.

Palavras-chave: Bioética. Procedimentos cirúrgicos operatórios. Idoso.

Resumen

Cirugía en pacientes ancianos: revisión sistemática de la literatura

Brasil pasa por un período de transición demográfica caracterizado por el aumento de la expectativa de vida. Concomitantemente, ha aumentado el número de cirugías realizadas en ancianos. Este trabajo busca comprender dicho proceso por medio de una revisión sistemática de textos publicados en las bases de datos académicas en los últimos 10 años. Diecisiete documentos componen el corpus de la investigación. A partir de su análisis, se percibe la necesidad, por parte de los profesionales de salud, de conocer la legislación y reflexionar sobre los aspectos éticos y bioéticos a fin de humanizar la atención brindada al paciente quirúrgico anciano.

Palabras clave: Bioética. Procedimientos quirúrgicos operativos. Anciano.

Abstract

Surgery in the elderly patient: a systematic review of the literature

Brazil is going through a period of demographic transition characterized by an increase in life expectancy. Concomitantly, the number of surgeries performing on the elderly has also increased. The present study seeks to understand this process by means of a systematic review on academic databases in the last 10 years. From this analysis, it is shown that there is a need for knowledge of the legal framework and the ethical and bioethical aspects by health professionals to perform humanized care directed to this new patient profile.

Keywords: Bioethics. Surgical procedures, operative. Aged.

Declararam não haver conflito de interesse.

Sócrates, no fim da vida, aprendeu a tocar lira, e Catão descobriu a literatura grega; no entanto, como lembra Cícero em sua obra “Saber envelhecer”, há pessoas que *desejam avançar na velhice, mas ao ficarem velhos se lamentam. Eis aí a consequência da estupidez*¹. Portanto, o processo de envelhecer é multifatorial e subjetivo, de forma que cada indivíduo tem sua maneira própria de passar por essa fase da vida. A passagem do tempo chega a ser pesadelo para muitas pessoas, que traçam lutas inúteis e até patéticas pela juventude eterna, muitas vezes sob influência da chamada “indústria da beleza”, conhecida pela cosmetologia e a cirurgia plástica.

O idoso costuma ser visto como o sujeito que passou pelas diversas fases da vida: crescimento, desenvolvimento (aprendizagem), contribuição financeira (ápice) e, por fim, aposentadoria. Nesse estágio, se ele chega ao “fim da vida” sem dispor de renda suficiente para se sustentar, é visto como dependente, como “peso” para a sociedade. Mas caberia mesmo falar em “fim da vida” quando se nota cada vez mais que é possível alcançar a “idade avançada” com saúde?

No início do século XX, os idosos correspondiam a 3,2% da população brasileira; em 1960, eram 4,7%; e, em 2050, segundo estimativa de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, serão ao todo 47 milhões, o que corresponderá a 18% da população². Esses dados refletem o aumento da expectativa de vida, que passou de 65 para 73,5 anos, graças a melhorias sanitárias, controle de doenças infecto-parasitárias, acesso à saúde e aperfeiçoamento de diagnósticos e tratamentos.

Com a expectativa de vida tem aumentado também a quantidade de cirurgias a que são submetidas pessoas com mais de 65 anos. Atualmente, pelo menos um em cada quatro pacientes cirúrgicos está acima dessa faixa etária³. Nesse contexto, este artigo coloca a seguinte pergunta específica: qual seria a análise ética e bioética da indicação ou recusa à cirurgia em idosos?

Objetivo e método

Este artigo tem como objetivo compreender como o processo sistematizado da cirurgia no idoso vem sendo praticado pelos profissionais de saúde no Brasil nos últimos 10 anos, partindo de pressuposto ético e bioético de cuidados de saúde dos indivíduos e da aplicabilidade da legislação brasileira vigente.

Foi utilizado o método de revisão sistemática de artigos científicos. Para a busca bibliográfica,

foram escolhidas as bases de dados Google Scholar, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), PubMed e Scopus, por disponibilizarem grande quantidade de conteúdo em distintas áreas da saúde. Os textos foram procurados entre setembro e outubro de 2017, a partir dos seguintes descritores: “*bioethics*”, “*elderly*” e “*surgery*”.

Foram incluídos artigos científicos publicados nos últimos 10 anos (entre janeiro de 2007 e janeiro de 2017) e escritos em português, inglês ou espanhol (embora a pesquisa tenha se limitado a estudar a condução do paciente idoso cirúrgico no Brasil). Foram excluídos artigos com resumos indisponíveis nas bases de dados, aqueles que não tivessem abordagem ética ou bioética ou que não dissessem respeito a situações cirúrgicas em ambiente hospitalar. Portanto, foram desconsiderados estudos sobre internações clínicas, em unidade de tratamento intensivo ou que tratassem do paciente idoso em situação de cirurgia ambulatorial (quando há alta hospitalar logo após a realização do procedimento), além dos textos que não puderam ser acessados pelo Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade Federal do Amazonas.

Após estabelecimento do *corpus*, os artigos foram lidos e classificados em tabelas conforme o assunto abordado. O processo permitiu visualizar os resultados das pesquisas a fim de conhecer os aspectos bioéticos da cirurgia em idosos no Brasil nos últimos 10 anos.

Resultados

Inicialmente, foram obtidos 12.379 textos: 12.100 no Google Scholar, 223 no PubMed, 49 no Scopus e 7 na Lilacs. Depois de considerar os critérios de exclusão, restaram 70 artigos do Google Scholar, 112 do PubMed, 44 do Scopus e 5 da Lilacs: 231 no total. Entretanto, sem os textos repetidos, foram selecionados 161 artigos para leitura completa do *abstract*. Quando o resumo mostrou-se pertinente ao objetivo da pesquisa, o trabalho foi lido na íntegra. Por fim, foram selecionados 13 textos do Google Scholar, 1 da Lilacs, 1 do PubMed e 2 do Scopus, reduzindo o *corpus* a 17 artigos científicos, como mostram a Figura 1 e a Tabela 1.

Os artigos selecionados abordaram aspectos legislativos relevantes para profissionais de saúde, alterações anatômicas e fisiológicas do idoso e multimorbidade, mudança no perfil da clientela e quantidade de cirurgias, aspectos gerais da avaliação pré-operatória e questões do cuidado de idosos em

condições perioperatórias. Os 17 textos estavam divididos da seguinte forma: sete artigos de revisão, quatro estudos transversais analíticos, um projeto de

desenvolvimento de *software* de dados, duas pesquisas qualitativas, um estudo de caso, uma aplicação de legislação e um estudo de coorte (Quadro 1).

Figura 1. Processo de seleção dos artigos

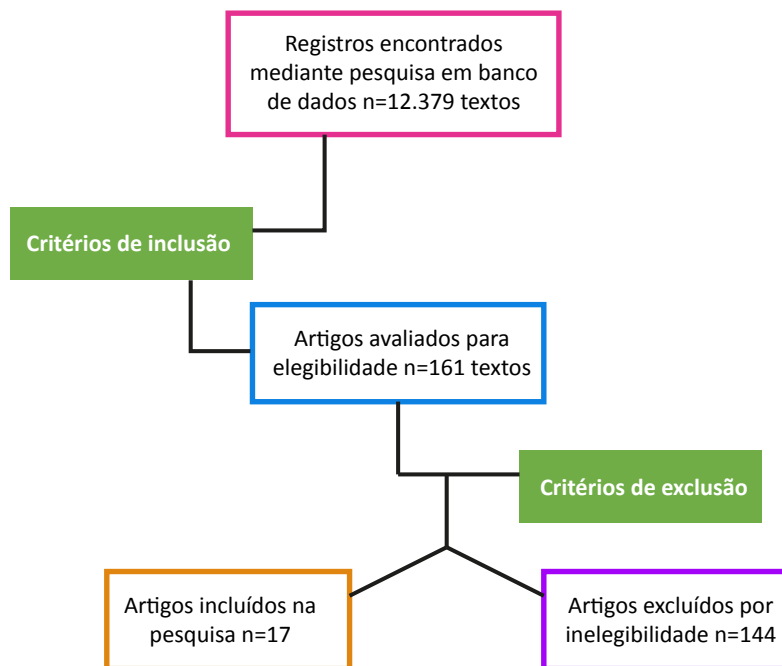


Tabela 1. Número de artigos por base de dados

Base de dados	Encontrados	Selecionados
Google Scholar	12.100	13
Lilacs	7	1
Pubmed	223	1
Scopus	49	2

Quadro 1. Sistematização do *corpus*

Autor	Título da obra	Tipo de produção	Periódico	Amostra
Moimaz e colaboradores; 2009 ²	O idoso no Brasil: aspectos legislativos de relevância para profissionais de saúde	Artigo de revisão	<i>Espaço para a Saúde</i>	–
Tibo; 2007 ⁴	Alterações anatômicas e fisiológicas do idoso	Artigo de revisão	<i>Revista Médica Ana Costa</i>	–
Botelho; 2007 ⁵	Idade avançada: características biológicas e multimorbilidade	Artigo de revisão	<i>Revista Portuguesa de Clínica Geral</i>	–
Weiser e colaboradores; 2008 ⁶	An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data	Projeto técnico/ <i>software</i> de dados	<i>Lancet</i>	n=192 países
Padrón Chacón e colaboradores; 2008 ⁷	Algunas variables del tratamiento quirúrgico maxilofacial y bioética en el adulto mayor	Estudo transversal	<i>Revista Cubana de Cirugía</i>	n=60

continua...

Quadro 1. Continuação

Autor	Título da obra	Tipo de produção	Periódico	Amostra
Enokibara, Lamarca, Albuquerque; 2015 ⁸	O idoso na cirurgia cardíaca: mudança do perfil da clientela: adaptações no cuidar da enfermagem	Estudo transversal	<i>Estácio Saúde</i>	n=16
Vendites, Almada-Filho, Minossi; 2010 ⁹	Aspectos gerais da avaliação pré-operatória do paciente idoso cirúrgico	Artigo de revisão	<i>Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva</i>	–
Brasil; 2013 ¹⁰	Lei 12.802, de 24 de abril de 2013	Legislação	<i>Diário Oficial da União</i>	–
Niemeyer-Guimarães, Cendoroglo, Almada-Filho; 2016 ¹¹	Course of functional status in elderly patients after coronary artery bypass surgery: 6-month follow up	Coorte prospectiva	<i>Geriatrics & Gerontology International</i>	n=73
Cavalcanti, Jucá; 2016 ¹²	Avaliação do estresse em idosos submetidos à cirurgia eletiva geral e digestiva	Estudo transversal	<i>Portal: Saúde e Sociedade</i>	n=64
Veiga, Gomes, Melo; 2013 ¹³	Fatores estressores em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes idosos e adultos no pós-operatório de cirurgia cardíaca	Estudo transversal	<i>Kairós Gerontologia</i>	n=40
Garcia e colaboradores; 2014 ¹⁴	O significado do cuidado perioperatório para o idoso	Artigo de revisão	<i>Revista de Enfermagem da UFSM</i>	–
Prochet e colaboradores; 2012 ¹⁵	Afetividade no processo de cuidar do idoso na compreensão da enfermeira	Pesquisa qualitativa	<i>Revista da Escola de Enfermagem da USP</i>	–
Silva, Caldas; 2009 ¹⁶	Aspectos éticos da abordagem contemporânea do envelhecimento	Artigo de revisão	<i>Arquivos de Ciências da Saúde</i>	–
Carboni, Reppetto; 2007 ¹⁷	Uma reflexão sobre a assistência à saúde do idoso no Brasil	Artigo de revisão	<i>Revista Eletrônica de Enfermagem</i>	–
Teixeira, Lefèvre; 2008 ¹⁸	Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer	Pesquisa qualitativa	<i>Ciência & Saúde Coletiva</i>	n=20
Ho, Pinney, Bozic; 2015 ¹⁹	Ethical concerns in caring for elderly patients with cognitive limitations: a capacity-adjusted shared decision-making approach	Estudo de caso	<i>The Journal of Bone and Joint Surgery</i>	–

O estatuto do idoso

A fim de garantir os deveres da família, das instituições, do cidadão e do Estado para esta população, foi promulgado pela Lei 10.471/2003 o Estatuto do Idoso (EI), composto por 118 artigos. A partir dele estabeleceu-se o marco cronológico igual ou superior a 60 anos para caracterização legal de “idoso”, muito embora alguns artigos considerem idade igual ou superior a 65 anos para a garantia de benefícios².

Alterações biológicas do envelhecimento

“Senescência” refere-se ao processo biológico de envelhecimento inerente ao organismo. Esse processo, que tem como principais determinantes a hereditariedade e o estilo de vida, é invariavelmente involutivo e sofre influência do ambiente físico e social²⁰. Assim, embora o EI defina marco cronológico e a idade seja fator de risco para certas doenças, como as cardiovasculares, ela não é determinante completamente

preciso para as mudanças do envelhecimento. Na velhice, como em qualquer outra idade, há pessoas sãs e doentes, e muitas das enfermidades consideradas próprias dessa fase já existiam anteriormente e manifestavam-se com menor intensidade²⁰.

São diversas as alterações fisiológicas do envelhecimento, como redução do turgor e elasticidade da pele e diminuição de 20% a 30% da água corporal total, com mais risco de desidratação aguda e mudanças na distribuição de drogas hidrossolúveis. Por outro lado, há aumento de 20% a 30% na gordura corporal total, principalmente de deposição abdominal e visceral, e prolongamento da meia-vida de drogas lipossolúveis^{4,5}. Observam-se também alterações degenerativas que reduzem a mobilidade: perda de massa muscular e óssea, diminuição de estatura em cerca de 1 cm por década a partir dos 40 anos, diminuição do arco do pé, hiperцифозе – contribuindo para dificuldade de posicionamento do paciente na maca –, achatamento dos discos intervertebrais e dores em tendões e tratos nervosos tendíneo-radulares^{4,5}.

Quanto a alterações cardiovasculares, ocorrem endurecimento e espessamento da parede ventricular e das válvulas cardíacas, menor frequência cardíaca em repouso ou induzida, sopros, aumento progressivo da pressão arterial, rigidez vascular e aterosclerose, alterações da caixa torácica, perda da retração elástica dos pulmões e da capacidade respiratória de trocas, reflexos pulmonares de tosse, e função ciliar reduzida, com predisposição ao acúmulo de secreções^{4,5}.

As alterações digestivas são caracterizadas por atrofia da mucosa intestinal, enfraquecimento muscular (com aumento da constipação), predisposição a diverticulite, dilatação do ducto pancreático, tendência de formação de cistos e perda de 30% a 40% da massa de hepatócitos, levando a menor síntese proteica e mudanças na farmacocinética de medicamentos e na capacidade de metabolização de drogas. Observam-se ainda declínio na produção de secreção ácida do estômago e acloridria com deficiência na absorção de ferro; maior tempo de esvaziamento gástrico e alterações nos mecanismos de proteção gástrica; redução da inervação esofágica e aumento da frequência de contrações não propulsivas; e, por fim, alterações no paladar e na deglutição, com atrofia das papilas gustativas, perda de dentes e dificuldades de fala^{4,5}.

Estudos epidemiológicos sobre cirurgias em idosos

Com o aumento da longevidade, estima-se que cerca de 234 milhões de operações sejam realizadas no

mundo anualmente. Diante desse cenário, a cirurgia se torna preocupação mundial, afetando políticas públicas e a segurança do paciente⁶. De maneira geral, os autores concluíram que a idade é determinante crítico de complicações e mortalidade no pós-operatório.

Estudo realizado entre 2012 e 2013 em hospital de referência no Rio de Janeiro observou que 59,7% das cirurgias cardíacas foram feitas em pacientes acima de 60 anos. Em Havana, estudo transversal observou a procura por cirurgia maxilofacial relacionada à presença de cáries ou preocupação estética na população acima de 60 anos, principalmente mulheres⁷. Fatores modificáveis e não modificáveis ligados ao envelhecimento foram as causas das principais cirurgias: implante valvar aórtico, revascularização miocárdica decorrente de doença arterial coronariana e implante de marca-passo⁸.

Além dos procedimentos cardíacos, é expressiva a quantidade de pacientes idosos submetidos a diversas cirurgias: abdominais, ortopédicas, vasculares e plásticas, além de cirurgias no aparelho digestivo, principalmente colecistectomias videolaparoscópicas^{9,21}. Entretanto, intervenções agressivas em caso de doenças malignas não costumam ser frequentes. Autores apontam ainda que há relutância em recomendá-las por conta da maior morbimortalidade de idosos⁹.

Legislação brasileira

Em seu capítulo sobre o direito à saúde, o EI cita a necessidade de integralidade no atendimento ao idoso, o que inclui ações e medidas para promovê-la e recuperá-la, fazendo uso, se necessário, de materiais específicos para completa reabilitação^{2,22}:

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

(...)

§ 2º Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação²².

No mesmo ano da publicação do EI, o Ministério da Saúde sancionou a Lei 12.802/2013¹⁰, sobre cirurgia

plástica reconstrutiva mamária em mulheres que passaram por cirurgia oncológica, permitindo a reconstrução imediata quando existirem as condições clínicas necessárias. A medida foi considerada o pontapé inicial para que pessoas de mais idade e com condições comórbidas graves passassem a ser contempladas por operações do Sistema Único de Saúde (SUS).

Além de disponibilizar meios para que essas leis sejam integralmente executadas, com aumento da oferta de serviços públicos, é preciso que o profissional de saúde siga princípios bioéticos para atender a essa demanda. Isso implica não só realizar procedimentos com destreza e habilidade, mas também indicá-los quando acrescentarem benefícios, não refutando possibilidades de tratamento apenas pela idade cronológica do paciente.

Assistência ao idoso em situação cirúrgica

Embora doenças cardiovasculares sejam a causa mais comum de morte em todo o mundo, estratégias cirúrgicas atuais contribuíram para aumentar a expectativa de vida dos pacientes afetados, alterando o curso da doença. Portanto, clínicos e cirurgiões devem estar preparados para decidir entre opções de tratamento, ainda que haja dados escassos para orientá-los¹¹.

Alguns autores desenvolveram trabalhos com a finalidade de estudar não somente a desenvoltura técnica, mas também o comportamento do profissional de saúde em relação ao paciente cirúrgico idoso, analisando também a percepção deste último quanto ao tratamento recebido durante a internação hospitalar. A assistência ao idoso em situação cirúrgica difere da atenção a outros grupos etários. Mudanças decorrentes do envelhecimento e doenças associadas a essa fase da vida podem comprometer o equilíbrio funcional e aumentar a vulnerabilidade do paciente e as chances de complicações pós-operatórias¹².

Agentes estressores

Entre os agentes estressores que afetam os idosos, podem-se citar a aposentadoria e os custos do tratamento, a morte de entes queridos em situações que se assemelham a seu estado de saúde e medo em relação à cirurgia. Pesam também no quadro mudanças de papel social na estrutura familiar, sobretudo a preocupação: quem será o detentor da decisão sobre sua saúde, sua cirurgia e seu corpo? Ele mesmo? Ou um filho/cuidador é que falará pelo idoso?

O cuidado se inicia antes da cirurgia, quando o sujeito toma ciência da necessidade do procedimento, passando pela admissão no bloco cirúrgico e chegando enfim à alta. Por conseguinte, deve ser dada especial atenção ao paciente desde o pré-operatório, pois é neste momento que ocorre o planejamento individualizado e abrangente e a quebra de medos e da ansiedade. O que acontece nesse estágio influenciará a decisão final do idoso de aceitar se submeter ao procedimento cirúrgico ou não. Caso o processo não seja bem conduzido, o temor da morte e da perda de autonomia pode criar problemas no convívio familiar e social, predominando a percepção do futuro como incerto.

Antes da operação, o estresse aumenta a vulnerabilidade a vírus e bactérias e mina a energia necessária para o procedimento. Depois da cirurgia, sobretudo em casos de operações cardíacas, idosos costumam se preocupar demasiadamente com a possibilidade de se tornarem dependentes dos familiares após a alta hospitalar. Esses aspectos interferem nas condições do paciente idoso, prejudicando o procedimento cirúrgico e a recuperação¹² e aumentando a vulnerabilidade a alterações pós-operatórias¹³.

O diálogo como parte do cuidado

As orientações devem ser adequadas a cada fase do tratamento, sempre respeitando o nível de instrução do paciente. Para promover a educação em saúde, o profissional deve ser compreendido por seu interlocutor. A eficácia da comunicação é fundamental, ainda mais ao se considerar que em muitos casos os cuidados vão se estender para o domicílio^{13,23}.

Os procedimentos durante o período de internação, considerados de rotina para o profissional, têm diferentes significados para o paciente idoso. Crenças, valores, normas e ritos de cuidados podem ter poderosa influência sobre sua sobrevivência, estado de doença e saúde e sensação de bem-estar¹³.

Privacidade e identidade

É comum ver nas enfermarias pacientes idosos debilitados, esforçando-se para esconder suas “vergonhas”, facilmente expostas pelo avental hospitalar. Se por um lado esse tipo de roupa facilita a realização de procedimentos técnicos, por outro, leva o sujeito a sentir-se inteiramente vulnerável e exposto. É comum que, nessa situação, o idoso limite seus movimentos, chegando até mesmo a restringir-se ao leito^{22,24}.

Procedimentos técnicos, principalmente os que envolvem o exame da genitália, podem expor o paciente a constrangimento. Deve-se manter a privacidade a fim de protegê-lo da exposição, seja em relação ao paciente do leito vizinho ou ao acompanhante, ainda que seja um familiar (a menos que haja solicitação expressa do idoso para a permanência deste). Assim, deve-se aplicar a técnica apropriada para toque vaginal, exame de bolsa escrotal ou das mamas, inspeção anal e toque retal, cuidando ainda para que, ao examinar a região inguinal em busca de herniações, não ocorra exposição desnecessária do pênis. Salvaguardar a privacidade indica respeito ao paciente. Caso não sejam realizados de maneira velada, os procedimentos podem causar experiências indesejadas na internação, caracterizadas por sentimentos de invasão e agressão que culminam em distorções de compreensão.

Relação com a alimentação

Idosos costumam preocupar-se muito com a alimentação, relacionando-a ao “estar bem”. No entanto, no período perioperatório, passam por períodos variáveis de jejum. Caso a cirurgia seja adiada, esse jejum pode se repetir ou se estender desnecessariamente. Essa possibilidade costuma assustar o paciente, que passa a se perguntar: “Vou ficar mais dias internado?”; “Vou perder a cirurgia?”; “Terei que entrar novamente na fila de agendamento do SUS?”. O idoso que recebe a notícia do cancelamento já no centro cirúrgico sente-se frustrado e até envergonhado por ter se submetido à situação desnecessariamente.

Bioética: conhecimento e humanização

Pacientes cirúrgicos idosos sabem que estão sujeitos a mais riscos. Assim, ao lidar com as dificuldades do ambiente hospitalar, sentem-se inseguros, depositando na equipe de saúde toda a confiança. Os profissionais devem estar atentos às conversas e aos procedimentos que executam, transmitindo sempre segurança e conforto¹⁵ – discussões sobre qual equipe cuidará do paciente em determinada fase da doença devem ser evitadas, por exemplo.

A dimensão afetiva é manifestada na humanização do cuidado, que deve inspirar confiança. Para isso, são importantes a boa comunicação, o trato carinhoso, gentil e compreensivo, o toque, a fala, a escuta, o olhar e o apoio ao paciente – em suma, deve-se ter interesse pelo doente. É princípio ético

orientar o paciente idoso com clareza quanto à evolução após a cirurgia, permitindo sua participação ativa na tomada de decisões (muitas vezes restrita pelas instituições ou pela própria família).

Embora pessoas mais jovens demonstrem descontentamento com longos períodos dedicados ao cuidado do parente idoso, a família costuma ser o maior suporte nessas situações¹⁶. O sistema de saúde tende a focar cuidados agudos (tratar um quadril quebrado, por exemplo); porém, são os familiares que prestam cuidados de longa duração (como alimentação e ajuda na mobilidade)¹⁶. Assim, a relação do parente cuidador com o idoso deve ser cuidadosamente observada pelo profissional de saúde durante a internação hospitalar, pois orientações mal compreendidas ou mal executadas podem prejudicar o tratamento após a alta.

A lembrança da ausência de familiares pode vir à tona durante a internação quando é feita a pergunta¹⁴ “o senhor é sozinho?” ou “o senhor mora sozinho?” – indagações que podem gerar sentimentos ruins no paciente. A presença de familiares representa importante ligação com o meio externo, atenuando a sensação de estar restrito ao ambiente hospitalar. A presença do parente, que conhece as particularidades do idoso e faz parte de sua vida¹⁷, reaviva a lembrança dos momentos felizes “em casa”. Como consequência, o paciente encontra forças para se recuperar e antecipar o retorno ao lar.

É comum também que o idoso se apegue à espiritualidade para manter a esperança em “dias melhores”. Assim, o profissional deve respeitar a fé do paciente, lembrando sempre que manifestações religiosas podem dar força e alegria para enfrentar tratamentos de saúde complexos, além de terem efeito positivo na recuperação. Portanto, é importante permitir ao paciente o acesso ao serviço de capelania do hospital ou a representantes religiosos que possam assisti-lo de acordo com sua vontade^{18,19}.

Considerações finais

É preciso adaptar estabelecimentos de saúde para atender ao aumento da demanda por cirurgias em idosos. Com base na avaliação de vulnerabilidades (déficit cognitivo, auditivo, visual e alterações determinadas pela doença e pelo tratamento), são necessárias mudanças estruturais, como colocação de material antiderrapante nos pisos, barras de apoio nos banheiros e grades nos leitos. Não menos importantes são as mudanças de planejamento e rotina: horários ampliados e

alternativos para visita ou permanência do familiar/cuidador no centro de tratamento intensivo e prioridade de atendimento⁸.

O novo perfil dos usuários exige mudanças no papel gerencial e assistencial da saúde, e não somente relativas a questões técnicas. É necessário conhecer o suporte jurídico e aspectos éticos, buscando

humanizar ações, individualizar os cuidados e ter perspectiva interdisciplinar para resolver problemas. Durante o processo de preparação, internação e alta hospitalar, é preciso também preservar a identidade do paciente e salvaguardar sua privacidade. Ao assegurar tratamento digno ao idoso, o profissional sentirá que seus esforços foram recompensados.

Referências

1. Cícero MT. Saber envelhecer, seguido de A amizade. Porto Alegre: L&PM; 1997. p. 7.
2. Moimaz SAS, Garbin CAS, Saliba NA, Lolli LF. O idoso no Brasil: aspectos legislativos de relevância para profissionais de saúde. Espaço Saúde [Internet]. 2009 [acesso 1º out 2017];10(2):61-9. Disponível: <https://bit.ly/2WYZFj1>
3. Santos JCM Jr. O paciente cirúrgico idoso. Rev Bras Coloproct [Internet]. 2003 [acesso 1º out 2017];23(4):305-16. Disponível: <https://bit.ly/2lyVh6i>
4. Tibo MGM. Alterações anatômicas e fisiológicas do idoso. Rev Méd Ana Costa [Internet]. 2007 [acesso 1º out 2017];12(2):220-7. Disponível: <https://bit.ly/2VkrueB>
5. Botelho MA. Idade avançada: características biológicas e multimorbilidade. Rev Port Clin Geral [Internet]. 2007 [acesso 1º out 2017];23:191-5. Disponível: <https://bit.ly/2UkH67g>
6. Weiser TG, Regenbogen SE, Thompson KD, Haynes AB, Lipsitz SR, Berry WR *et al*. An estimation of the global volume of surgery: a modelling strategy based on available data. Lancet [Internet]. 2008 [acesso 25 out 2017];372(9633):139-44. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)60878-8
7. Padrón Chacón R, Muñiz Manzano E, Soto Fernández A, Barroso López O. Algunas variables del tratamiento quirúrgico maxilofacial y bioética en el adulto mayor. Rev Cubana Cir [Internet]. 2008 [acesso 25 out 2017];47(4). Disponível: <https://bit.ly/2v7G6sN>
8. Enokibara MP, Lamarca FRRS, Albuquerque DC. O idoso na cirurgia cardíaca: mudança do perfil da clientela: adaptações no cuidar da enfermagem. Rev Eletrônica Estácio Saúde [Internet]. 2015 [acesso 1º out 2017];4(2):17-26. Disponível: <https://bit.ly/2KGS732>
9. Vendites S, Almada-Filho CM, Minossi JG. Aspectos gerais da avaliação pré-operatória do paciente idoso cirúrgico. Arq Bras Cir Dig [Internet]. 2010 [acesso 1º out 2017];23(3):173-82. Disponível: <https://bit.ly/2PFieU>
10. Brasil. Lei nº 12.802, de 24 de abril de 2013. Altera a Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999, que “dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer”, para dispor sobre o momento da reconstrução mamária [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília, p. 2, 25 abr 2013 [acesso 1º out 2017]. Seção 1. Disponível: <https://bit.ly/2lu3wAJ>
11. Niemeyer-Guimarães M, Cendoroglo MS, Almada-Filho CM. Course of functional status in elderly patients after coronary artery bypass surgery: 6-month follow up. Geriatr Gerontol Int [Internet]. 2016 [acesso 1º out 2017];16(6):737-46. Disponível: <https://bit.ly/2KF83TH>
12. Cavalcanti SL, Jucá MJ. Avaliação do estresse em idosos submetidos à cirurgia eletiva geral e digestiva. Rev Portal Saúde Soc [Internet]. 2016 [acesso 1º out 2017];1(1):42-54. Disponível: <https://bit.ly/2GcXxxd>
13. Veiga EP, Gomes L, Melo GF. Fatores estressores em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes idosos e adultos no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Rev Kairós Gerontol [Internet]. 2013 [acesso 11 out 2017];16(3):65-77. Disponível: <https://bit.ly/2PflsPO>
14. Garcia SD, Garanhani ML, Tramontini CC, Vannuchi MTO. O significado do cuidado perioperatório para o idoso. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2014 [acesso 11 out 2017];4(1):55-66. DOI: 10.5902/2179769210257
15. Prochet TC, Silva MJP, Ferreira DM, Evangelista VC. Afetividade no processo de cuidar do idoso na compreensão da enfermeira. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [acesso 11 out 2017];46(1):96-102. Disponível: <https://bit.ly/2lxRExy>
16. Silva GC, Caldas CP. Aspectos éticos da abordagem contemporânea do envelhecimento. Arq Ciênc Saúde [Internet]. 2009 [acesso 1º out 2017];16(2):76-82. Disponível: <https://bit.ly/2InmRUH>
17. Carboni RM, Reppetto MA. Uma reflexão sobre a assistência à saúde do idoso no Brasil. Rev Eletrônica Enferm [Internet]. 2007 [acesso 1º out 2017];9(1):251-60. Disponível: <https://bit.ly/2VMu8Rg>
18. Teixeira JJV, Lefèvre F. Significado da intervenção médica e da fé religiosa para o paciente idoso com câncer. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2008 [acesso 1º out 2017];13(4):1247-56. Disponível: <https://bit.ly/2Pbv2Ev>
19. Ho A, Pinney S, Bozic K. Ethical concerns in caring for elderly patients with cognitive limitations: a capacity-adjusted shared decision-making approach. J Bone Joint Surg Am [Internet]. 2015 [acesso 1º out 2017];97(3):e16. Disponível: <https://bit.ly/2v61Rt3>
20. Marchi Netto FL. Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso. Pensar Prát [Internet]. 2004 [acesso 1º out 2017];7(1):75-84. Disponível: <https://bit.ly/2IATRbt>

21. Leme LEG, Sitta MC, Toledo M, Henriques SS. Cirurgia ortopédica em idosos: aspectos clínicos. Rev Bras Ortop [Internet]. 2011 [acesso 1º out 2017];46(3):238-46. Disponível: <https://bit.ly/2Gplz8G>
22. Brasil. Lei nº 10.471, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. Brasília, 3 out 2003 [acesso 3 out 2017]. Disponível: <https://bit.ly/1IBGy4M>
23. Souza LM, Wegner W, Gorini MIPC. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. Rev Latinoam Enferm [Internet]. 2007 [acesso 3 out 2017];15(2):337-43. Disponível: <https://bit.ly/2v33N5J>
24. Udén G, Norberg A, Norberg S. The stories of physicians, registered nurses and enrolled nurses about ethically difficult care episodes in surgical care. Scand J Caring Sci [Internet]. 1995 [acesso 1º out 2017];9(4):245-53. Disponível: <https://bit.ly/2KHuY0r>


Participação dos autores

Dulcyane Ferreira de Oliveira redigiu o artigo. Gerson Suguiyama Nakajima e Jonas Byk orientaram a dissertação.


Correspondência

Dulcyane Ferreira de Oliveira – Av. Apurina, 4, 5º andar, Praça 14 de Janeiro CEP 69020-170. Manaus/AM, Brasil.


Dulcyane Ferreira de Oliveira – Mestranda – dradulcyaneoliveira@gmail.com

 0000-0003-1323-9443

Gerson Suguiyama Nakajima – Doutor – gsnakajima@gmail.com

 0000-0002-5608-9599

Jonas Byk – Doutor – jonas.byk@hotmail.com

 0000-0001-5854-4316

