

Perfil cirúrgico e complicações pós-operatórias em idosos atendidos em um hospital público do Distrito Federal

Surgical profile and postoperative complications in the elderly people seen at the surgical center of a public hospital in the Federal District

Perfil quirúrgico y complicaciones postoperatorias en ancianos atendidos en el centro quirúrgico de un hospital público del Distrito Federal

Elizabeth Cristina de Lira Santiago
Marcelo Moreira Corgozinho
Jacqueline Ramos de Andrade Antunes Gomes

RESUMO: Objetiva-se descrever o perfil cirúrgico e complicações pós-operatórias em idosos atendidos em um centro cirúrgico. Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo, com abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 130 prontuários de idosos submetidos à cirurgia. Descreveram-se as características demográficas; perfil clínico e cirúrgico; e principais complicações no pós-operatório. O estudo permitiu identificar características da população idosa atendida, que subsidiarão o planejamento da assistência dispensada.

Palavras-chave: Idosos; Perfil de Saúde; Período Perioperatório.

ABSTRACT: *Objective is to describe the clinical and surgical profile of elderly people. This is a descriptive and retrospective study, with a quantitative approach. The study sample consists of 130 records of elderly people who underwent surgery. Demographic characteristics have been described; the clinical profile; the surgical profile; and the main complications. The study allowed to identify characteristics of the elderly population served, which will subsidize the planning of the assistance provided*

Keywords: *Aged; Health Profile; Perioperative Period.*

RESUMEN: *El objetivo es describir el perfil quirúrgico y complicaciones postoperatorias en ancianos atendidos en el centro quirúrgico. Este es un estudio descriptivo y retrospectivo, con un enfoque cuantitativo. La muestra del estudio consta de 130 registros de personas mayores que se sometieron a cirugía. Se han descrito características demográficas; el perfil clínico el perfil quirúrgico; y las principales complicaciones. El estudio permitió identificar las características de la población anciana atendida, lo que subsidiará la planificación de la asistencia brindada.*

Palabras clave: *Ancianos; Perfil de salud; Periodo perioperatorio.*

Introdução

O perfil demográfico brasileiro se modificou a partir de 1970, passando de uma população predominante jovem para um contingente cada vez maior de pessoas com 60 anos ou mais de idade – principalmente devido à redução das taxas de mortalidade e natalidade. Envelhecer não significa necessariamente adoecer, no entanto, existem evidências que o envelhecimento populacional repercute em desafios aos sistemas de saúde e previdência social (Miranda, Mendes & Silva, 2016).

As doenças crônicas as limitações são afecções comuns entre os idosos, que requerem cuidados individualizados e/ou especializados às peculiaridades específicas do envelhecimento (Miranda, Mendes & Silva, 2016). Nesse cenário, o aumento de cirurgias decorre pelo fato de ser uma opção de tratamento seguro para algumas patologias, decorrente dos avanços tecnológicos nos métodos de diagnósticos, da cirurgia propriamente dita, do procedimento anestésico, dos recursos terapêuticos e da capacitação dos profissionais. Contudo, o perfil dos pacientes idosos está associado com doenças e alterações que podem comprometer o equilíbrio funcional e a vulnerabilidade para complicações pós-operatórias (Brasil, 2014).

É necessário rigor no controle clínico pré-operatório para garantir a estabilidade intra-operatória e afastar quaisquer complicações cirúrgicas (Brasil, 2006). Os principais fatores de riscos relacionados aos prognósticos indesejáveis do pós-operatório estão ligados à idade avançada, histórico prévio de doenças, como diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica; tipo de medicações usadas no pré-operatório; cirurgias pregressas; tempo prolongado de internação; circulação extracorpórea; e tempo de permanência na cirurgia (Moreno, Pearse, & Rhodes, 2015; Soares, *et al.*, 2011). Nesse sentido, a avaliação do estado físico proposto pela *American Association of Anaesthesia* (ASA) é um importante instrumento utilizado para prever os riscos, anestésico e cirúrgico, na população idosa, pois pontua a situação clínica de um paciente e a opinião subjetiva do médico (Moreno, Pearse, & Rhodes, 2015).

Este estudo justifica-se em decorrência da escassez de estudos abordando a população idosa atendida no centro cirúrgico, em especial o perfil das principais complicações (Campos, *et al.*, 2015; Moreno, Pearse, & Rhodes, 2015). Nesse intuito, os dados futuros contribuirão com a atuação profissional em centro cirúrgico, em especial no gerenciamento da assistência voltada aos pacientes idosos a partir da promoção de ambiente seguros para uma assistência de qualidade (Campos, *et al.*, 2015; Miranda, Mendes, & Silva, 2016). Assim, objetiva-se descrever o perfil cirúrgico e complicações pós-operatória em idosos atendidos no centro cirúrgico de um hospital público do Distrito Federal, DF.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo, com abordagem quantitativa. A população constituiu-se de idosos atendidos no centro cirúrgico de um hospital público do DF – segundo a Lei n.º 10.741/2003 que instituiu o Estatuto do Idoso para as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (Brasil, 2003).

A amostra foi constituída de 130 prontuários de pacientes idosos submetidos a procedimentos cirúrgicos no período de janeiro a março de 2018. Os critérios de inclusão foram: idade igual ou superior a 60 anos, e que realizaram procedimento cirúrgico nas dependências do centro cirúrgico em estudo. Foram automaticamente excluídos aqueles pacientes que tiveram sua cirurgia cancelada. No que tange ao instrumento de investigação, utilizou-se um questionário semiestruturado que se reportava à pesquisa proposta, como características sociodemográficas, os perfis, clínico e cirúrgico, e as principais complicações

experimentadas no pós-operatório dos pacientes idosos que se submeteram à cirurgia. Os prontuários foram avaliados em 2019.

Os dados foram coletados nas dependências da instituição pesquisada, a partir de consulta ao prontuário eletrônico da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Os dados foram organizados com uso da planilha no Microsoft Excel, e estabelecidos os percentuais simples de cada variável estudada.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-Fepecs), sob o Parecer n.º 3.530.737 e CAAE n.º 17791319.8.0000.5553. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi dispensado com referência às normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos da Resolução 466/2012 da CONEP/CNS/MS.

Resultados

A partir da análise dos prontuários de 130 idosos que passaram por procedimento cirúrgico, foi possível organizar as informações em três grupos, a saber: perfil sociodemográfico, perfil anestésico-cirúrgico, e perfil das complicações cirúrgicas no pós-operatório.

As principais unidades de origem dos pacientes idosos atendidos no centro cirúrgico foram, sequencialmente, pronto-socorro (55%), própria residência (25%), clínica ginecológica (7%), clínica cirúrgica (5%), terapia intensiva (5%), clínica médica (2%), e não declarado (2%). Em relação à quantidade de cirurgias já realizadas, a maioria estava na primeira cirurgia (72%), seguidos pela segunda cirurgia (16%), terceira cirurgia (5%), quarta cirurgia (2%), e informação não descrita no prontuário (5%). Sobre o tempo de internação no pré-operatório, a maioria dos idosos internou-se no dia da cirurgia (45%), seguido por 7 dias antes da cirurgia (33%), 1 a 2 dias (16%), 5 a 6 dias (3%), e 3 a 4 dias (2%). Em relação ao tempo de internação no pós-operatório, observou-se predomínio entre 1 a 2 dias (37%), seguido por mais de 7 dias (20%), alta no dia da cirurgia (18%), 3 a 4 dias (12%), e 5 a 6 dias (12%).

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas, sendo que a maioria era de idosos do gênero masculino (55%), sendo 45%, do feminino. Em relação à idade, observou-se que 50% tinham idade entre 60 e 69 anos, seguidos por 35%, entre 70 e 79 anos; 12%, entre 80 e 89 anos; e 2%, superior a 90 anos – idade média de 70,7 anos e mediana de 60 anos. Quanto ao estado civil, a maioria era casado (57,1%), viúvo (22,2%), solteiro

(11,1%), e divorciado (7,9%). Quanto à etnia, em 77% dos prontuários a informação estava indisponível, e, dentre os 23% dos prontuários com a informação, a maioria era pardo (43,3%); seguindo por brancos (40%); negros (10%); e amarelos (6,6%).

Tabela 1: Características sociodemográficas dos idosos em procedimento cirúrgico, DF, 2018

VARIÁVEIS	% Resposta	N	%
Sexo	100		
Feminino		58	45
Masculino		72	55
Idade	100		
De 60 a 69 anos		65	50
De 70 a 79 anos		46	35
De 80 a 89 anos		16	12
Acima de 90 anos		3	2
Estado civil	100		
Casado		36	57,1
Solteiro		7	11,1
Viúvo		14	22,2
Divorciado		5	7,9
Não declarado		68	52
Etnia	100		
Branco		12	9
Pardo		13	10
Negro		3	2
Amarelo		2	2
Não declarado		70	77

Em relação aos hábitos de vida, a maioria dos idosos não era tabagista (79%) e não era etilista (90%). O Índice de Massa Corporal (IMC) foi omitido em 75% dos prontuários dos pacientes e, dentre as informações disponíveis, uma parcela estava com sobrepeso (20%). As doenças de base constatadas foram, sequencialmente: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (68%), diabetes mellitus (38%), doença cardiovascular (15%), doença respiratória (11%), dislipidemia (6%), acidente vascular cerebral (5%), epilepsia (2%), câncer (2%), doença de Parkinson (1%), doença de Alzheimer (1%), hipotireoidismo (1%), sem qualquer informação (22%). Em decorrência de alguns idosos apresentarem várias comorbidades associadas, a somatória não corresponde aos 100% da amostra deste estudo.

A Tabela 2 apresenta o perfil anestésico-cirúrgico dos idosos atendidos no centro cirúrgico. Sobre a classificação segundo o risco, a maioria das cirurgias foi eletiva (53%) e de urgência (47%). Quanto ao porte das cirurgias, os procedimentos foram classificados sequencialmente, como porte 2 (39%); porte 1 (31%); porte 3 (10%); porte 4 (1%); e não foram classificadas (19%). A especialidade cirúrgica mais frequente entre os idosos

atendidos foi a ortopedia e traumatologia (25%), seguida pela cirurgia geral (24%), vascular e angiologia (22%), ginecologia (14%), urologia (8%), proctologia (6%), e mastologia (2%).

Tabela 2: Perfil anestésico-cirúrgico de idosos atendidos no centro cirúrgico, Distrito Federal, 2018

VARIÁVEIS	N	%
Risco cardíacovascular	130	100
Alto risco	64	49
Risco moderado	15	12
Baixo risco	50	38
Sem risco	0	0
Não classificado	1	1
Especialidades	130	100
Ortopedia e Traumatologia	32	25
Cirurgia Geral	31	24
Cirurgia Vascular e Angiologia	28	22
Ginecologia	18	14
Urologia	11	8
Proctologia	8	6
Mastologia	2	2
Porte da cirurgia quanto ao tempo	130	100
Porte 1: até 2 horas	40	31
Porte 2: 2 a 4 horas	51	39
Porte 3: 4 a 6 horas	22	17
Porte 4: > 6 horas	1	1
Não classificado	25	19
Classificação quanto ao risco	130	100
Cirurgia eletiva	69	53
Cirurgia de urgência	61	47
Cirurgia de emergência	0	0
ASA (Estado Físico)	130	100
ASA I	30	23%
ASA II	58	45%
ASA III	39	30%
ASA IV	2	2%
Anestesia	130	100
Raquianestesia	68	52
Anestesia geral	26	20
Anestesia local	22	17
Sedação	3	2
Não consta	11	8
Hemotransfusão	130	100
Sim	26	20
Não	105	80

Em relação à avaliação do estado físico em conformidade com a American Association of Anaesthesia (ASA), a maioria dos pacientes idosos foi classificada como ASA II 45%; seguidos pela ASA III 30%; ASA I 23%; ASA IV 2%; e em 1% não constava

a informação. Diante do escore de risco cardiovascular, a maior parcela se encontrava no escore de risco alto (49%); seguidos por risco baixo (38%); risco moderado (12%); sem risco (0%); e não constava a informação (1%). A anestesia mais indicada foi a raquianestesia (52%), seguida por anestesia geral (20%); anestesia local (17%); sedação (2%); e não consta a informação (8%). A necessidade de hemotransfusão foi descrita para 20% dos pacientes no decorrer da cirurgia.

A Tabela 3 descreve as principais complicações nos períodos pós-operatórios. No geral, observou-se que 70% dos pacientes tiveram alguma complicação, enquanto que 30% não apresentaram qualquer complicação no pós-operatório. Dentre os pacientes com complicações, o período de maior intercorrência foi o imediato (87%), seguido pelo período mediato (52%), e tardio (1%). Como 33% dos pacientes apresentaram complicações nos períodos imediato e mediato, e, dessa forma, o percentual não corresponde a 100% da amostra deste estudo.

Tabela 3: Complicações pós-operatórias na população idosa, Distrito Federal, 2018

VARIÁVEIS	%	%	%	%
Complicações	Imediato	Mediato	Pós-Tardio	Não complicação
Hipertensão	47	21	0	32
Hiperglicemia	15	16	0	69
Desaturação de oxigênio	15	7	0	78
Dor	12	7	1	80
Hipotensão	16	3	0	81
Óbito	2	12	1	85
Prurido	11	1	0	88
Náusea	7	2	0	91
Infecção no sitio cirúrgico	0	9	0	91
Vômito	4	4	0	92
Hipoglicemia	3	2	1	94
Retenção urinária	3	2	0	95
Reabordagem cirúrgica	1	3	0	96
Sangramento	2	2	0	96
Taquicardia	2	1	0	97
Hipertermia	0	2	0	98
Desbridamento cirúrgico	0	2	0	98
Outros	4	9	0	87

Separando essas complicações por períodos, observou-se que, no pós-operatório imediato, as principais complicações foram, consecutivamente, hipertensão (47%),

hipotensão (16%), hiperglicemia (15%), desaturação de oxigênio (15%), dor (12%), prurido (11%), náusea (7%), vômito (4%), hipoglicemia (3%), retenção urinária (3%), taquicardia (2%), óbito (2%), sangramento (2%), reabordagem (1%), cefaleia (1%), edema (1%), constipação (1%), diarreia (1%), rebaixamento de consciência (1%) e desidratação (1%).

Em relação ao período mediato, foram identificadas as complicações como hipertensão (21%), hiperglicemia (16%), óbito (12%), infecção no sítio cirúrgico (9%), desaturação de oxigênio (7%), dor (7%), vômito (4%), hipotensão (3%), reabordagem cirúrgica (3%), náuseas (2%), hipertermia (2%), sangramento (2%), retenção urinária (2%), desbridamento cirúrgico (2%), hipoglicemia (2%), prurido (1%), taquicardia (1%), outros – cefaleia, edema, constipação intestinal, icterícia, hipotermia, trombose gástrica, amputação do membro, e queda do leito (8%). No pós-operatório tardio houve relato de óbito (1%), dor (1%), e hipoglicemia (1%).

Discussão

Neste estudo, predominaram os idosos do gênero masculino, casados e idade média de 70,7 anos. Diferentemente, pesquisas inferem predomínio do gênero feminino em relação à maior utilização do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente nas Unidades Básicas de Saúde – identificação das doenças em sua fase inicial e início do tratamento (Figueiredo Neto, & Corrente, 2018; Rego, *et al.*, 2017).

A partir da ação preventiva ocorre a redução na frequência de atendimento nos níveis de maior complexidade. Assim, o maior número de homens, nesta pesquisa, pode ser justificado pelo fato de o gênero masculino aderir ao acompanhamento na Atenção Básica de Saúde, aumentando os problemas agudos por conta de morbidades crônicas degenerativas (Pereira, Nogueira, & Silva, 2015; Rego, *et al.*, 2017).

Dentre os prontuários eletrônicos dos pacientes que apresentavam os dados sobre o estado civil, o maior número de idosos era de casados. Nesse sentido, existe forte associação cultural, pois essa população quando jovem se casava no início da vida adulta para formar família cedo (Figueiredo Neto, & Corrente, 2018). O mesmo limitador de informações foi observado na etnia, cuja grande maioria dos prontuários omitiu essa informação.

Uma pequena parcela dos idosos era tabagista e ou etilista, com hábitos de vida prejudiciais à saúde no envelhecimento (Pereira, Nogueira, & Silva, 2015). Na população

idosa, a utilização dessas substâncias pode ser potencialmente danosa à saúde, independentemente do padrão de uso (Barbosa, *et al.*, 2018). Verifica-se, de fato, o aumento da vulnerabilidade na população da terceira idade que consome álcool e tabaco, resultando em problemas de saúde causados pelas substâncias presentes nestes produtos, juntamente com a perigosa associação com diversos medicamentos. Essa combinação eleva a suscetibilidade às internações, agravamento das doenças de base e dificuldade na recuperação da saúde (Barbosa, *et al.*, 2018). Destaca-se que o abandono do hábito de fumar é a medida considerada mais efetiva para a diminuição de risco de doenças cardiovasculares – apesar de não diminuir os níveis pressóricos (Francisco, *et al.*, 2018).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) evidenciou-se dentre os idosos. A HAS é observada com grande frequência na população idosa, porém não deve ser considerada como um evento natural do envelhecimento. A intervenção sobre os fatores de risco é necessária para prevenir a doença e/ou controlá-la, sendo um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, renais, cerebrovascular e morte (Pimenta, *et al.*, 2015). Sobre o quadro nutricional do idoso, uma parcela estava classificada em sobrepeso, o que repercute negativamente no estado de saúde e aumenta o risco de doenças crônicas como a hipertensão e o diabetes (Tinoco, *et al.*, 2006).

A segunda doença de base mais incidente foi a Diabetes Mellitus (DM), comumente em associação com a HAS, no avanço da idade. A DM tem impacto significativo na diminuição da expectativa de vida, além de representar umas das principais causas de mortalidade e complicações diversas entre os idosos, como: amputação de membros inferiores, cegueira, insuficiência renal crônica, e doença cardiovascular (Pimenta, *et al.*, 2015).

Outra afecção importante é a Doença Cardiovascular, também considerada uma doença crônica não transmissível, em que a população idosa se situa como grupo de vulnerabilidade (Piuvezam, *et al.*, 2015). A própria fragilidade fisiológica dos indivíduos da terceira idade se intensifica quando associada aos fatores de risco – como as doenças anteriormente descritas (Pimenta, *et al.*, 2015; Pereira, Nogueira, & Silva, 2015).

Assim, o alto risco cardiovascular estava presente em 49% da amostra em estudo. A classificação do risco potencial auxilia os profissionais de saúde a elaborarem o melhor manejo clínico possível, para agirem de forma preventiva na morbidade e mortalidade. O aumento dos fatores de risco eleva a probabilidade de evento cardiovascular adverso (Pimenta, & Caldeira, 2014).

Diante da classificação do estado físico, o mais observado na amostra foi ASA II (paciente com doença sistêmica leve ou moderada, sem limitação funcional) e, através desse dado, é possível avaliar e medir a reserva fisiológica que o indivíduo apresenta antes do procedimento cirúrgico. Conforme aponta Zampieri (2015), do estado físico ASA II até o ASA V (paciente moribundo com pouca chance de sobrevivência, submetido à cirurgia como último recurso) ocorre a diminuição da sobrevida do paciente de forma progressiva.

Sobre as cirurgias eletivas, Chaimowicz (2013) descreve que o terceiro maior motivo de o idoso jovem ser internado no SUS é para procedimento cirúrgico eletivo, e a presença de fraturas e traumas na terceira idade ocorre de forma expressiva, quando comparado com a população jovem. Esse fato corrobora a especialidade cirúrgica mais requisitada – ortopedia e traumatologia. O mecanismo de trauma do paciente idoso é o mesmo que ocorre no restante da população. A diferença é que, no idoso, o fator envelhecimento vem associado com as doenças preexistentes e ao uso diários de medicamentos – a união desses elementos interfere negativamente na recuperação (Degani, *et al.*, 2014). Foi frequente neste estudo as cirurgias de porte 2 – cirurgias que duram de 2 a 4 horas, cujo tempo médio de duração da cirurgia fornece o dado para sua classificação quanto ao porte da operação. É de extrema importância ter a previsão do tempo cirúrgico para gerenciar as salas operatórias e, assim, ocorrer o melhor aproveitamento dos recursos disponíveis (Costa JR, 2017).

O período após o procedimento cirúrgico é conhecido como pós-operatório, dividido em imediato, mediato e tardio (Sobecc, 2017). No geral, observou-se que 70% dos pacientes tiveram alguma complicação e, dentre as complicações, a maior registrada foi no período imediato, seguido pelo mediato e tardio. Na tentativa de evitar as complicações é imprescindível conhecê-las, a fim de identificar previamente as condições clínicas que necessitam de controle e monitoramento, principalmente nas primeiras 24 horas de pós-operatório (Dalri, Rossi, & Dalri, 2006; Torrati, & Dantas, 2012).

No que tange às complicações nos pós-operatórios, a HAS foi a intercorrência mais registrada nos períodos, imediato e mediato, respectivamente. Esse achado se relaciona às doenças preexistentes que acompanham esses idosos (Torrati, & Dantas, 2012), ou em decorrência de desequilíbrio hemodinâmico – sobrecarga volêmica durante a cirurgia – que promove a complicação cardiovascular com elevação da pressão arterial (Sobecc, 2017). No período imediato, houve registro frequente de hipotensão arterial, evento normalmente ligado à redução do volume sanguíneo circulante no corpo, bem como a possível associação entre vasodilatação e bloqueio de nervos simpático e espinal como técnica anestésica

(Sobecc, 2017). Sequencialmente, a hiperglicemia nos períodos, sendo que essa intercorrência acontece devido ao próprio estresse cirúrgico que promove a elevação da necessidade de insulina pelo aumento da glicemia (Sobecc, 2017); a desaturação de oxigênio, que tem ligação direta com a depressão do sistema nervoso central devido aos analgésicos e anestésicos utilizados durante o procedimento cirúrgico. A desaturação tem forte relação com a ocorrência de dor (Sobecc, 2017), frequente nos pós-operatórios imediato e mediato. A dor pode ser explicada pela extensão do trauma tecidual que o indivíduo passou durante o ato operatório, descrita pela literatura como a complicação mais comum no pós-operatório imediato (Torrati, & Dantas, 2012).

Sobre as complicações no pós-operatório mediato, foram relatados, como frequentes, a hipertensão, hiperglicemia, óbito e infecção no sítio cirúrgico. O óbito foi observado em 12% da amostra, muitas vezes ligado com patologias preexistentes. A literatura enfatiza que o óbito tem forte relação com o número de comorbidades, sendo que a existência de duas ou mais doenças de base eleva consideravelmente a taxa de morbimortalidade (Antunes Filho, *et al.*, 2019; Rodrigues, *et al.*, 2012). Outra complicação, a infecção no sítio cirúrgico se associa à presença de diabetes, que eleva o risco de infecção em 3,1 vezes – a hiperglicemia está fortemente ligada com a infecção no sítio cirúrgico. Ademais, o hábito de fumar, conseqüentemente, desencadeia a vasoconstrição periférica, o déficit de oxigenação nos tecidos e o aumento do risco de infecção (Antunes Filho, *et al.*, 2019; Rodrigues, *et al.*, 2012, Martins, *et al.*, 2017).

Observaram-se, também, complicações de menor dimensão clínica, porém, devem ser consideradas e tratadas, como a presença de prurido, náuseas, vômitos e cefaleia; complicações comuns na presença de raquianestesia (Tennant, *et al.*, 2012; Torrati, & Dantas, 2012), a modalidade de anestesia mais descrita nesta pesquisa.

Considerações finais

A maior parte da amostra desta pesquisa foi do gênero masculino, com idade média de 70,7 anos. Existiu limitação de dados nos prontuários analisados que apresentassem a real situação das variáveis estado civil, etnia e índice de massa corporal.

Os hábitos de tabagismo, etilismo e o sobrepeso estavam presentes em parcela da população idosa estudada, sendo que este perfil é extremamente prejudicial à saúde no

envelhecimento. Além disso, a principal comorbidade identificada foi a hipertensão arterial, seguida por diabetes mellitus e doença cardiovascular – doenças comumente identificadas nessa faixa etária. Essas informações, por sua vez, influenciaram a classificação do alto risco cardiovascular e da classificação do estado físico como ASA II.

O maior tempo de internação foi registrado no período pré-operatório, quando comparado ao pós-operatório, possivelmente relacionado à internação prévia dos idosos para controle das doenças crônicas preexistentes antes do procedimento cirúrgico.

A maioria dos idosos apresentou algum tipo de complicação após o procedimento cirúrgico, em especial no pós-operatório imediato. No período imediato, as principais complicações foram hipertensão, hipotensão, hiperglicemia, desaturação de oxigênio e dor. No período mediato, os idosos apresentaram principalmente hipertensão, hiperglicemia, óbito, e infecção no sítio cirúrgico.

Esses achados são importantes para que a equipe de saúde identifique o perfil dos pacientes idosos atendidos, bem como as complicações mais frequentes no pós-operatório. Contudo, as informações contribuirão com a implementação de rotinas de atenção ao idoso no centro cirúrgico. O planejamento da assistência à saúde baseada em evidências promove a qualidade e a segurança do paciente cirúrgico.

Referências

Antunes Filho, J., Silva, A. L. C., Junior, A. F. M., Pereira, F. J. C., Oppe, I. G. & Loures, E. A. (2019). Fatores preditivos de morte após cirurgia para tratamento de fratura proximal do fêmur. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 54(4), 402-407. Recuperado em 30 março, 2020, de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-36162019000400402&script=sci_arttext&tlngarttext&pid=S1413-81232014000601731.

Barbosa, M. B., Pereira, C. V., Cruz, D. T., & Leite, I. C. G. (2018). Prevalência e fatores associados ao consumo de álcool e de tabaco em idosos não institucionalizados. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia*, 21(2), 123-133. Recuperado em 30 março, 2020, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000200123&lng.

Brasil. (2003). *Lei 10.741. Estatuto do Idoso, de 1º de outubro de 2003*. Recuperado em 30 março, 2020, de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm.

Campos, J. A. R., Costa, A. C. B., Dessotte, C. A. M., & Silveira, R. C. C. P. (2015). Produção científica da enfermagem de centro cirúrgico de 2003 a 2013. *Revista. Sobecc*, 20(2), 81-95. Recuperado em 30 março, 2020, de: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/8>.

Chaimowicz, F., Barcelos, E. M., Madureira, M. D. S., & Ribeiro, M. T. F. (2013). *Saúde do idoso*. Belo Horizonte, MG: Nescon UFMG.

Costa, Jr, A. S. (2017). Avaliação dos tempos operatórios das múltiplas especialidades cirúrgicas de um hospital universitário público. *Einstein (São Paulo)*, 15(2), 200-205. Recuperado em 30 março, 2020, de: http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1679-45082017.

Daniachi, D., Netto, A. S., Ono, N. K., Guimarães, R. P., Polesello, G. C., & Honda, E. K. (2015). Epidemiologia das fraturas do terço proximal do fêmur em pacientes idosos. *Revista Brasileira Ortopedia*, 50(4), 371-377. Recuperado em 30 março, 2020, de: http://www.scielo.br/pdf/rbort/v50n4/pt_1982-4378-rbort-50-04-00371.pdf.

Degani, G. C. Júnior, G. A. P., Rodrigues, R. A. P., Luchesi, I. B. M., & Marques, S. (2014). Idosos vítimas de trauma: doenças preexistentes, medicamentos em uso no domicílio e índices de trauma. *Revista Brasileira Enfermagem*, 67(5), 759-765. Recuperado em 30 março, 2020, de: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0759.dosa.pdf>.

Figueiredo Neto, E. M., & Corrente, J. E. (2018). Qualidade de vida dos idosos de Manaus segundo a escala de Flanagan. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia*, 21(4), 480-487. Recuperado em 30 março, 2020, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000400480&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

Francisco, P. M. S. B., Segri, N. J., Borim, F. S. A., & Malta, D. C. (2018). Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. *Ciência Saúde Coletiva*, 23(11), 3829-3840. Recuperado em 30 março, 2020, de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n11/1413-8123-csc-23-11-3829.pdf>.

Loures, F. B., Chaoubah, A., Maciel, V. S., Paiva, E. P., Salgado, P. P., & Netto, A. C. (2015). Custo-efetividade do tratamento cirúrgico da fratura do quadril em idosos no Brasil. *Revista Brasileira Ortopedia*, 50(1), 38-42. Recuperado em 30 março 2020, de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-36162015000100038&script=sci_arttext&tlng.

Luzardo, A. R., Paula Júnior, N. F., Medeiros, M., Wolkers, P. C. B., & Santos, S. M. A. (2018). Repercussões da hospitalização por queda de idosos: cuidado e prevenção em saúde. *Revista Brasileira Enfermagem*, 71(2), 763-769. Recuperado em 30 março, 2020, de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672018000800763&script=sci_arttext&tlng.

Martins, F. Z., & Dall'Agnol, C. M. (2016). Centro cirúrgico: desafios e estratégias do enfermeiro nas atividades gerenciais. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 37(4), e56945. Recuperado em 30 março, 2020, de: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n4/0102-6933-rgenf-1983-1447201604>.

Ministério da Saúde. (2006). *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília, DF. Recuperado em 30 março, 2020, de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_i.

Miranda, G. M. D, Mendes, A. C. G., & Silva, A. L. A. (2016). O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(3), 507-519. Recuperado em 30 março, 2020, de: <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>.

Moreno, R. P., Pearse, R. & Rhodes, A. (2015). O escore da American Society of Anesthesiologists: ainda útil após 60 anos? *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 27(2), 105-112. Recuperado em 30 março 2020, de: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v27n2/0103-507X-rbti-27-02-0105-suppl01.pdf>.

Pereira, D. S., Nogueira, J. A. D. & Silva, C. A. B. (2015). Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia*, 18(4), 893-908. Recuperado em 30 março 2020, de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232015000400893&script=sci_arttext&tlng

Pimenta, F. B., Pinho, L. Silveira, M. F. & Botelho, A. C. C. (2015). Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. *Ciência Saúde Coletiva*, 20(8), 2489-2498. Recuperado em 30 março 2020, de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n8/1413-8123-csc-20-08-2489.pdf>.

Pimenta, H. B., & Caldeira, A. P. (2014). Fatores de risco cardiovascular do Escore de Framingham entre hipertensos assistidos por equipes de Saúde da Família. *Ciência Saúde Coletiva*, 19(6), 1731-1739. Recuperado em 30 março, 2020, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_

Piuezam, G., Medeiros, W. R., Costa, A. V., Emerenciano, F. F., Santos, R. C. & Seabra, D. S. (2015). Mortalidade em Idosos por Doenças Cardiovasculares: Análise Comparativa de Dois Quinquênios. *Arquivo Brasileiros de Cardiologia*, 105(4) 371-380. Recuperado em 30 março, 2020, de: http://www.scielo.br/pdf/abc/2015nahead/pt_0066-782X-abc-20150096.pdf.

Rego, A. S., Rissardo, L. K., Scolari, G. A. S., Sanches, R. C. N., Carreira, L. & Radovanovic, C. A. T. (2017). Fatores associados ao atendimento a idosos por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasília Geriatria Gerontologia*, 20(6), 773-784. Recuperado em 30 março, 2020, de: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n6/pt_1809-9823-rbgg-20-06-00773.pdf.

Rodrigues, P., Silva, M., Antunes, A., Neves, N., Oliveira, P., & Pinto, R., (2012). Factores de risco para a infecção em artroplastia total do joelho. *Revista Portuguesa Ortopedia Traumatologia*, 20(4), 437-443. Recuperado em 30 março, 2020, de: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-21222012000400005.

Tennant, I., Augier, R., Crawford-Sykes, A., Ferron-Boothe, D., Meeks-Aitken, N., Jones, K., *et al.* (2012). Complicações pós-operatórias menores relacionadas à anestesia em pacientes de cirurgias eletivas ginecológicas e ortopédicas em um hospital universitário de Kingston, Jamaica. *Revista Brasileira Anestesiologia*, 62(2), 193-198. Recuperado em 30 março, 2020, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942012000200005.

Tinoco, A. L. A., Brito, L. F., Sant'Anna, M. de S. L., Abreu, W. C. de, Mello, A. de C., Silva, M. M. S. da, Franceschini, S. do C., & Pereira, C. A. dos S. (2006). Sobrepeso e obesidade medidos pelo índice de massa corporal (IMC), circunferência da cintura (CC) e relação cintura/quadril (RCQ), de idosos de um município da Zona da Mata Mineira. *Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia*, 9(2), 63-73. Recuperado em 30 março, 2020, de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232006000200063&script=sci_arttext.

Tinoco, A. L. A., Brito, L. F., Sant'Anna, M. de S. L., Abreu, W. C. de, Mello, A. de C., Silva, M. M. S. da, & Zampieri, F. G. (2015). Avaliações categorizadas da subjetividade: a classificação ASA ainda tem um papel a desempenhar? *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 27(2), 89-91. Recuperado em 30 março, 2020, de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X20.

Recebido em 08/04/2020

Aceito em 30/06/2020

Elizabete Cristina de Lira Santiago - Enfermeira, Especialista em Centro Cirúrgico, Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, ESCS/FEPECS. Distrito Federal, Brasil.

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-5724-2076>E-mail: betedelira@gmail.com

Marcelo Moreira Corgozinho - Enfermeiro. Doutor em Bioética, Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília. Tutor e preceptor do Programa de Residência Uniprofissional de Enfermagem em Centro Cirúrgico, Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, ESCS/FEPECS. Distrito Federal, Brasil.

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-1919-475X>E-mail: mmcorgozinho@gmail.com

Jacqueline Ramos de Andrade Antunes Gomes – Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Coordenadora do Programa de Residência Uniprofissional de Enfermagem em Centro Cirúrgico, Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, ESCS/FEPECS. Distrito Federal, Brasil.

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-7243-4073>E-mail: jantunesster2@gmail.com