

LESÕES DE PELE DECORRENTES DO POSICIONAMENTO CIRÚRGICO NO CLIENTE IDOSO

SKIN LESIONS RESULTING FROM SURGICAL POSITIONING IN ELDERLY

LESIONES DE LA PIEL RESULTANTES DEL POSICIONAMIENTO CIRÚGICO EN EL CLIENTE ANCIANO

Adriana Cristina Bentlin, Andréia Regina Lopes Grigoletto, Maria do Carmo Querido Avelar, Maria Célia Kirchner Sundfeld

RESUMO: Trata-se de um estudo descritivo, observacional, com abordagem quantitativa, que teve como objetivo levantar os fatores de risco para lesões de pele do cliente idoso decorrentes do posicionamento cirúrgico no período intraoperatório. Foram realizadas três etapas: levantamento das condições da pele do idoso no pré-operatório imediato; acompanhamento do cliente no intraoperatório (posicionamento e recursos de proteção); reavaliação das condições da pele do cliente na sala de recuperação pós-anestésica e no pós-operatório imediato. Quatorze idosos foram avaliados na sala de recuperação; destes, seis apresentaram alterações na pele, as quais não estavam presentes na primeira etapa do estudo (hiperemias, escoriações e hematomas). Esses idosos permaneceram em mesa operatória entre 50 e 130 minutos, sem os devidos recursos de proteção. A ocorrência das alterações observadas nas condições da pele dos idosos relaciona-se a vários fatores, sendo um deles a imobilização devido ao posicionamento cirúrgico e, conseqüentemente, falhas na utilização dos recursos de proteção recomendados.

Palavras-chave: Idoso. Assistência perioperatória. Modalidades de posição. Lesões dos tecidos moles.

ABSTRACT: This is a descriptive study, observational, with a quantitative approach, which aimed to identify the skin lesions risk factors of elderly client due to surgical positioning at intraoperative period. There were three steps: identification of elderly skin conditions at immediate preoperative period; client's monitoring at intraoperative (positioning and protection features); client's skin conditions reevaluation at postanesthesia recovery room and at immediate postoperative. Fourteen elderly were evaluated at postanesthesia recovery room. From these, six showed skin changes,

whose weren't present at first study step (hyperemia, excoriations, hematomas). These elderly stayed at operating table between 50 and 130 minutes, without adequate protection resources. The occurrence of these observed alterations at elderly skin conditions relates to several factors, among them, immobilization due to surgical positioning and therefore failures at the use protection features recommended.

Key words: Elderly; perioperative care; detailed position; soft tissue injuries.

RESUMEN: Se trata de un estudio descriptivo, observacional, con abordaje cuantitativo que tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo para lesiones de la piel del cliente anciano a raíz de la posición quirúrgica en el período "intra-operatorio". Fueron realizadas tres etapas: recopilación de las condiciones de la piel en el "pre-operatorio" inmediato, acompañamiento del cliente en el "intra-operatorio" (posición y recursos de protección) y reevaluación de las condiciones de la piel del cliente en la sala de recuperación "pos-anestésica" y en el "pos-operatorio" inmediato. Catorce ancianos fueron evaluados en la sala de recuperación "pos-anestésica". De estos, seis presentaron alteraciones en la piel, las cuales no estaban presentes en la primera etapa del estudio. Esos ancianos permanecieron en la mesa operatoria entre 50 y 130 minutos, sin los correctos recursos de protección. La ocurrencia de las alteraciones observadas en las condiciones de la piel del anciano se relaciona a varios factores, como la inmovilización debido al posicionamiento quirúrgico y conseqüentemente fallos en la utilización de los recursos de protección recomendados.

Palabras clave: Anciano; asistencia "perioperatória"; modalidades de posición; lesiones de los tejidos moles.

INTRODUÇÃO

Envelhecer é um processo natural que caracteriza uma etapa da vida do homem e se dá por meio de mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem de forma particular cada indivíduo com sobrevida prolongada.¹

No decorrer do processo de envelhecimento, o grau de dependência dos idosos tende a aumentar gradativamente, exigindo uma assistência de enfermagem apropriada e eficaz, crescente em quantidade e qualidade, capacitada para atender às necessidades individuais e coletivas, bem como às particularidades da idade.¹⁻²

Com o envelhecimento, muitos idosos têm necessidade de procedimentos cirúrgicos. Durante tal intervenção, é importante atentar-se para o posicionamento do cliente, que deve ser considerado um fator chave, para promover seu bem estar e sua segurança, atendendo suas necessidades fisiológicas e prevenindo eventos adversos, entre eles, os relacionados à lesão de pele. A abordagem cirúrgica determina a escolha da posição do cliente na mesa operatória e é definida pelo cirurgião, pelo anestesista e pelo enfermeiro.³

O posicionamento cirúrgico é originado de três posições básicas: decúbito dorsal ou posição supina, decúbito ventral ou posição prona e decúbito lateral, pois os procedimentos operatórios são realizados com o cliente repousando o dorso, o abdome ou o lado não comprometido sobre a mesa operatória.⁴

A escolha da posição na mesa cirúrgica deve ser individualizada e adaptada às necessidades de cada cliente e aos procedimentos previstos na sala de operações. O profissional de enfermagem, atuante no posicionamento, deve ter o conhecimento básico de que a boa posição cirúrgica é aquela que oferece o máximo de segurança ao cliente e facilita o ato anestésico-cirúrgico.³

De acordo com o Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP), o enfermeiro e sua equipe devem organizar os requisitos para o procedimento do posicionamento cirúrgico, de acordo com: avaliação pré-operatória e identificação dos problemas do cliente; planejamento da assistência de enfermagem; implementação da assistência de enfermagem e a avaliação pós-operatória.⁴⁻⁵

A assistência de enfermagem pré-operatória proporciona ao enfermeiro, bem como à equipe multiprofissional, a possibilidade de avaliar a vulnerabilidade do idoso quanto ao rompimento da integridade da pele, levando-se em conta o período previsto de imobilização na mesa cirúrgica, o levantamento dos problemas individuais que colaboram para a ocorrência do evento adverso, bem como o planejamento das ações perioperatórias para evitá-los.⁶

Visto que a população idosa é susceptível a alterações na integridade da pele e, com isso, pode sofrer prejuízos na qualidade de vida, o presente estudo tem a finalidade de alertar a equipe que atua na sala de operações quanto à prevenção de lesões de pele no período perioperatório em clientes idosos, prevenir agravos e promover a saúde.

OBJETIVOS

Objetivo geral

O presente estudo teve por objetivo investigar os fatores de risco para lesões de pele do cliente idoso decorrentes do posicionamento cirúrgico no período intraoperatório.

Objetivos específicos

- Levantar as condições da pele do cliente idoso nos períodos pré e pós-operatórios;
- Registrar os procedimentos realizados, com o cliente idoso, no período intraoperatório, considerados fatores de risco para lesão de pele;
- Descrever os recursos de proteção utilizados para o posicionamento do cliente idoso no período intraoperatório.

MÉTODO

Este estudo do tipo descritivo, observacional, com abordagem quantitativa, foi realizado em um hospital de médio porte em uma cidade do interior paulista, onde a média é de 200 cirurgias ao mês, conforme registros da Instituição. A população do estudo foi composta por clientes idosos submetidos a cirurgias eletivas nos meses de setembro e outubro de 2009 e determinada por conveniência. Foram atendidos 14 indivíduos idosos no período citado, com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos; internados, no mínimo, duas horas antes da realização do

procedimento cirúrgico.

O estudo foi desenvolvido de modo a garantir o cumprimento dos preceitos éticos da Resolução 196/96,⁷ do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e desenvolvido após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Camilo Castelo Branco, sob número do processo 2655-2875/09 e autorização do representante legal da instituição hospitalar pesquisada.

A coleta de dados realizou-se em três etapas:

- Primeira etapa: incluiu a visita pré-operatória e a avaliação das condições da pele do cliente internado na clínica cirúrgica, utilizando-se instrumentos específicos para o registro dos dados observados em cada uma das etapas do estudo;

- Segunda etapa: consistiu no acompanhamento do cliente na fase intraoperatória pelas pesquisadoras. Na sala de operações as pesquisadoras observaram os procedimentos realizados com o cliente, os quais eram considerados fatores de risco para lesão de pele por posicionamento e que constavam no instrumento de coleta de dados;

- Terceira etapa: realizada a avaliação da pele do cliente na sala de recuperação pós-anestésica e no primeiro dia de pós-operatório, na unidade de internação. Os clientes que tiveram alta antes da visita das pesquisadoras para o registro dos dados foram contatados via telefônica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e as discussões são apresentados em três etapas, seguindo-se os objetivos específicos propostos pelo estudo.

Condições da pele do cliente idoso na fase pré-operatória

Segundo os dados coletados, observou-se que 12 (85,7%), dos 14 (100,0%) clientes idosos, avaliados no período pré-operatório (primeira etapa da coleta de dados), apresentaram algum tipo de alteração nas condições da pele (petéquias, equimose, hiperemia, hematoma e/ou alopecia). Apenas dois (14,3%) indivíduos apresentaram pele íntegra; nove (64,3%) deles apresentaram comorbidades clínicas, sendo cinco (35,7%) hipertensão (HAS) e quatro (28,6%) diabetes mellitus (DM).

Dos 12 (85,7%) idosos que apresentaram alterações nas condições da pele, cinco (35,7%) tinham petéquias nos membros superiores (MMSS); quatro (28,9%) apresentavam hematomas nos membros inferiores (MMII); um (7,1%) hiperemia na face; um (7,1%) alopecia no couro cabeludo e um (7,1%) tinha equimose nos MMSS (Figura 1).

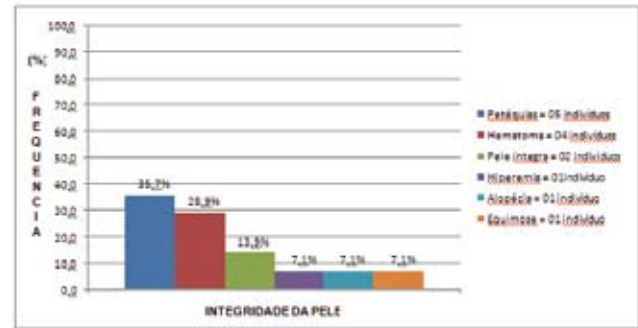


Figura 1- Distribuição das alterações observadas na pele do cliente idoso na fase pré-operatória, Porto Ferreira (SP) – 2009.

Fisiologicamente, o tecido tegumentar dos idosos se torna mais frágil devido à termorregulação deficiente decorrente de uma diminuição no número de glândulas sudoríparas. Ocorre também a diminuição de glândulas sebáceas, que deixa a pele mais seca, rugosa, menos elástica e flácida, alterando a resposta imunológica celular e diminuindo a espessura da derme e da epiderme.⁸

Dentre os 40 sujeitos de uma pesquisa, com idades entre 60 e 80 anos, que objetivou estudar a ocorrência de Integridade da Pele Prejudicada em idosos de uma comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família, 20 (50,0%) apresentaram alterações nas condições da pele.⁹

A pele é o órgão que mais denuncia os sinais de envelhecimento.¹⁰ Manter a pele íntegra é fundamental para que o organismo possa se defender contra alterações diversas, como: traumatismos mecânicos, térmicos, químicos, radiação, ou situações múltiplas as quais o ser humano está exposto durante toda sua vida.¹¹

Procedimentos realizados com o cliente idoso no intraoperatório

No transcorrer do período intraoperatório, foi executada a segunda etapa do presente estudo. Para melhor visualização destas alterações, os clientes idosos foram denominados S (sujeitos) acompa-

nhados de um número de referência, seguindo-se a ordem na qual ocorreu a investigação. Para os 14 (100,0%) sujeitos submetidos à cirurgia eletiva, observou-se o posicionamento na mesa de operações, segundo o tipo de procedimento cirúrgico e o tempo de duração da cirurgia.

Segundo os resultados referentes ao posicionamento adotado e ao tempo de cirurgia, observou-se que cinco (35,7%) deles ficaram em decúbito dorsal por 15 minutos; um (7,1%) em decúbito dorsal por 147 minutos; um (7,1%) em decúbito dorsal por 75 minutos; um (7,1%) em decúbito dorsal por 50 minutos;

um (7,1%) em decúbito dorsal por 90 minutos; um (7,1%) em decúbito dorsal por 30 minutos mais uma hora em decúbito ventral; um (7,1%) em decúbito dorsal por 80 minutos mais uma hora em litotomia; um (7,1%) em decúbito ventral por 140 minutos; um (7,1%) em decúbito lateral direito por 110 minutos; um (7,1%) em litotomia por 130 minutos.

Subentende-se que o tempo mínimo de permanência na mesa cirúrgica foi de 15 minutos e o tempo máximo foi de 147 minutos. Estas informações e também as idades dos pacientes e as cirurgias às quais foram submetidos podem ser vistas no Quadro 1.

Quadro 1 - Clientes idosos submetidos a procedimentos cirúrgicos segundo idade, posicionamento adotado na mesa de operações e tempo de cirurgia, Porto Ferreira (SP) – 2009.

Sujeito	Idade	Procedimento cirúrgico	Posicionamento adotado	Tempo de cirurgia
S 1	72 anos	Facectomia	Decúbito dorsal	15 minutos
S 2	76 anos	Facectomia	Decúbito dorsal	15 minutos
S 3	76 anos	Facectomia	Decúbito dorsal	15 minutos
S 4	72 anos	Facectomia	Decúbito dorsal	15 minutos
S 5	72 anos	Facectomia	Decúbito dorsal	15 minutos
S 6	69 anos	Colecistectomia	Decúbito dorsal	147 minutos
S 7	71 anos	Paracentese	Decúbito dorsal	75 minutos
S 8	62 anos	Correção de varizes bilaterais	Decúbito dorsal e decúbito ventral	90 minutos
S 9	64 anos	Correção de lesão de ligamento de tornozelo	Decúbito ventral	140 minutos
S10	78 anos	Histerectomia e colperineoplastia	Decúbito dorsal e litotomia	140 minutos
S11	87 anos	Cirurgia de redução de fratura em tornozelo	Decúbito lateral	110 minutos
S12	72 anos	Curetagem uterina	Litotomia	130 minutos
S13	77 anos	Osteossíntese de membro inferior esquerdo	Decúbito dorsal	90 minutos
S14	62 anos	Correção de síndrome do túnel do carpo	Decúbito dorsal	50 minutos

O posicionamento mais adotado com estes clientes foi o decúbito dorsal (11 idosos ou 78,6%). A posição de decúbito dorsal é considerada como a mais comum e natural do corpo em repouso.³ Nesta posição, o dorso do cliente e a coluna

vertebral permanecem em repouso na superfície do colchão da mesa de cirurgia. Essa posição permite abordar as grandes cavidades do corpo (torácica e abdominal) e as quatro extremidades (MMSS e MMII).

Observou-se o posicionamento dos braços dos sujeitos abduzidos em um ângulo superior a 80°, com as palmas das mãos voltadas para cima. Recomenda-se manter o cliente com as mãos em pronação (palmas para baixo) ou “em cruz”; o braço, num ângulo inferior a 80° em relação ao corpo, para não provocar estiramento dos músculos e nervos nesta região, assim como a compressão das artérias subclávia e axilar sob o processo coróide da escápula, ou a compressão entre a clavícula e as primeiras duas costelas. Não se deve garrotear as extremidades para fixar as mãos; o lençol da mesa cirúrgica pode ser utilizado para fixar os braços em toda a sua extensão e prevenir que fiquem pendentes ao longo da mesa.

A cabeça deve estar alinhada à coluna vertebral e ao quadril; um pequeno coxim abaixo da cabeça permite o relaxamento do músculo trapézio e previne a distensão do pescoço; flexões e torções podem causar contraturas e interferir na permeabilidade das vias aéreas. Os MMII devem permanecer estendidos e os pés ligeiramente separados.¹²

Sequencialmente, observou-se o posicionamento de dois sujeitos em litotomia (S10 e S12). A colocação dos MMII foi realizada de forma rápida e intempesitiva nas perneiras metálicas, a qual se encontrava revestida por um “propé”, e sem ajustamento ao comprimento dos membros de cada paciente.

No entanto, as recomendações estão em revestir as perneiras metálicas com coxins macios, com altura ajustada ao comprimento dos MMII do cliente, posicionando os dois membros ao mesmo tempo, ou seja, dois profissionais executando o procedimento, atentando-se, ainda, em realizá-lo de forma segura e lenta, flexionando os joelhos e apoiando uma das mãos na região da planta dos pés.³

Outra posição utilizada nas cirurgias foi o decúbito ventral, em dois clientes (S8 e S9). Após o procedimento anestésico, realizou-se o posicionamento. Durante o procedimento, os braços ficaram mantidos sobre os suportes tipo braçadeiras, constituídas de madeira revestida com material impermeável (napa); os cotovelos foram flexionados de forma cautelosa e não estavam posicionados antes dos ombros (ângulo maior que 90°), em uma análise cefalocaudal; as palmas das mãos ficaram voltadas para baixo. Todos estes procedimentos são recomendados para evitar luxações do ombro e danos ao plexo braquial.¹²

Em relação à posição do cliente em decúbito lateral (S11), este posicionamento foi utilizado apenas uma vez, no período do estudo. Observou-se no posicionamento do cliente, no decúbito lateral direito, que a perna do plano inferior ficou o tempo todo estendida, sem alinhamento cervical e vertebral; o braço do plano superior permaneceu apoiado na braçadeira, com acesso venoso para soroterapia. Entretanto, as recomendações são para que a perna que estiver em plano superior à outra fique estendida e a de baixo flexionada; a cabeça e as vértebras torácicas, no mesmo plano, deverão ser mantidas alinhadas em relação à coluna cervical. O braço inferior deve permanecer apoiado na braçadeira disponível. O braço do plano superior geralmente é preso ao arco metálico, que deverá estar protegido para evitar contato com partes do corpo do cliente idoso.¹²

Recursos de proteção utilizados para o posicionamento do cliente idoso no intraoperatório

O uso dos recursos de proteção no posicionamento do cliente no intraoperatório assegura a manutenção da integridade da pele e das pressões osteoarticulares e neuromusculares. Tem como objetivo evitar atritos, prevenindo lesões da pele, como as úlceras por pressão, compressão ou estiramentos neuromusculares, contato com o metal da mesa que pode ocasionar queimaduras (devido, primordialmente, ao uso do bisturi elétrico) e outros danos.⁵

No presente estudo, o colchonete de espuma sobre a mesa cirúrgica foi utilizado em 100,0% dos procedimentos; a almofada utilizada como acomodador de cabeça em 64,3% dos procedimentos e os acomodadores de braço, braçadeiras de madeira revestidas por tecido impermeável, foram utilizados em 100,0% dos procedimentos (Figura 2).

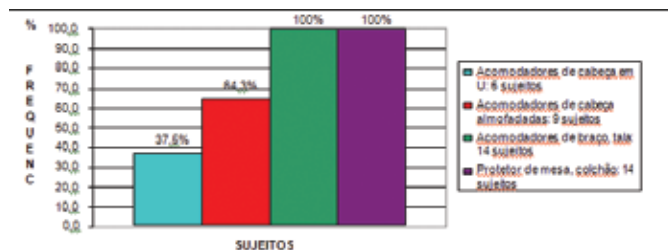


Figura 2 - Distribuição das frequências dos recursos de proteção utilizados durante o procedimento cirúrgico, Porto Ferreira (SP) – 2009.

OBS: Um sujeito pode e deve fazer uso de vários recursos de proteção.

Os colchonetes utilizados como recurso de proteção, entre a mesa cirúrgica e o cliente durante o procedimento anestésico-cirúrgico, podem ser classificados como estáticos, sendo que os produzidos à base de espuma, e aqueles à base de gel são considerados de baixa eficácia na prevenção de lesões de pele por pressão.

Os dispositivos estáticos à base de fluido são considerados eficazes na prevenção de lesões de pele, porém, sem indicação para uso em sala de operações, uma vez que impossibilita a manutenção da posição cirúrgica, altera o tempo de cirurgia, bem como interfere significativamente no posicionamento do cliente na mesa.

O uso de dispositivos estáticos à base de polímero de visco elástico seco e colchão a ar apresenta resultados eficazes na prevenção de úlceras por pressão, sendo considerados alternativas adequadas no alívio das interfaces de pressão. Os colchões ou as coberturas de colchão a ar dinâmico, ou sistema micropulsante, poderiam ser considerados os dispositivos mais eficazes na prevenção de lesões de pele no período perioperatório.⁵

Os idosos durante o procedimento cirúrgico estão em constante risco, devido ao seu estado fisiológico declinante. Com o avanço da idade, a capacidade física de um cliente idoso de se adaptar ao estresse da cirurgia é comprometida por causa da deterioração em determinadas funções orgânicas,¹³ o que aumenta, significativamente, a responsabilidade da equipe perioperatória, quanto à implementação de ações voltadas para prevenção.

Identificação de alterações das condições de pele dos idosos no período pós-operatório imediato

Dos 14 idosos avaliados na sala de recuperação pós-anestésica e no primeiro dia de pós-operatório, seis apresentaram alterações nas condições da pele, as quais não estavam presentes na avaliação pré-operatória. O Quadro 2 apresenta as lesões decorrentes do posicionamento presentes em cada um dos seis idosos, assim como alterações no período pré-operatório, patologias associadas e tempo em que permaneceram na cirurgia com a devida posição adotada.

Quadro 2 - Descrições da classificação dos sujeitos relacionados com as lesões de pele decorrentes do posicionamento cirúrgico, Porto Ferreira (SP) – 2009.

Sujeito	Alterações da pele no período pré-operatório	Patologias associadas	Tempo de cirurgia e Posição adotada	Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico
S7	Petéquias nos membros superiores	Hipertensão	75 minutos em Decúbito dorsal	Hiperemia escapular bilateral
S8	Hematoma nos membros inferiores	Hipertensão	30 minutos em Decúbito dorsal e 60 minutos em Decúbito ventral	Escoriações na crista ilíaca
S10	Ausente	Ausente	80 minutos em Decúbito dorsal e 60 minutos em Litotomia	Hiperemia escapular bilateral
S11	Ausente	Ausente	110 minutos em decúbito lateral	Escoriações na crista ilíaca
S12	Alopécia	Diabetes	130 minutos em Litotomia	Hiperemia sacral
S13	Petéquias nos membros superiores	Diabetes	50 minutos em Decúbito dorsal	Hematoma em membro inferior direito

O idoso S7 permaneceu 75 minutos em decúbito dorsal na mesa cirúrgica e o S10 permaneceu 80 minutos na mesma posição, sendo que ambos apresentaram hiperemia na região escapular. S13 permaneceu 50 minutos em decúbito dorsal, apresentando hematoma no membro inferior direito (MID). Já o S8 permaneceu em decúbito dorsal por 30 minutos e mais 60 minutos em decúbito ventral, desenvolvendo escoriações nas cristas ilíacas.

Quanto ao posicionamento em decúbito lateral direito, o idoso S11 foi mantido nesta posição por 110 minutos, apresentando escoriações na crista ilíaca. S12 ficou em posição de litotomia por um tempo excessivo de 130 minutos, devido às intercorrências que apresentou durante o procedimento cirúrgico, sendo observado o surgimento hiperemia na região sacral.

Por se tratar de eventos evitáveis, enfatiza-se o trabalho dos profissionais da equipe perioperatória na prevenção das lesões de pele, uma vez que os idosos apresentam necessidades diferenciadas dos demais grupos etários com os quais a enfermagem trabalha. Suas próprias condições dificultam o processo de recuperação diante de episódios de agressão física e orgânica e os tornam mais vulneráveis a essas ocorrências.⁴

CONCLUSÕES

Diante dos resultados obtidos em cada uma das três etapas da coleta de dados do presente estudo, foi possível concluir que, no período pré-operatório, dos 14 sujeitos da pesquisa, 12 (85,7%) apresentavam algum tipo de alteração nas condições da pele, tais como petéquias, equimose, hiperemia, hematoma e/ou alopecia, demonstrando que o idoso, com o decorrer da idade, evolui com fragilidade tecidual, o que, conseqüentemente, deve ser visto pela equipe perioperatória como um fator de risco para lesões.

No período intraoperatório, observou-se que o decúbito dorsal foi o mais utilizado e os recursos de proteção empregados foram colchonetes de espuma, braçadeiras de madeira recobertas com tecido impermeável e acomodadores de cabeça de tecido.

O fato chama a atenção quanto à necessidade da equipe em conhecer a importância dos recursos de proteção, os quais auxiliam na prevenção de lesões de pele, entre outras, mas que, no entanto, necessitam ser adequados, tanto em quantidade como em

qualidade, bem como a importância e o diferencial benéfico que seu uso traz à assistência.

Na avaliação da pele do cliente idoso na sala de recuperação pós-anestésica e no período pós-operatório imediato, na clínica cirúrgica, foi possível verificar alterações na pele de seis idosos, as quais não foram identificadas na primeira etapa do estudo, sendo elas: hiperemia escapular bilateral, hiperemia sacral, escoriações na crista ilíaca e hematoma no membro inferior. Estes idosos permaneceram na mesa operatória entre 50 e 130 minutos, sendo observadas falhas de proteção quanto ao posicionamento requerido.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente aos resultados observados, considera-se que as falhas na técnica de posicionamento cirúrgico e na utilização dos recursos de proteção necessários à prevenção de lesões ocorreram, determinando alterações nas condições da pele dos sujeitos desta pesquisa. O posicionamento perioperatório está intrinsecamente relacionado a estas ocorrências, seja pelo período de imobilização, pela falta de recursos de proteção, pela alteração sensorial decorrente dos fármacos anestésicos, seja pela fragilidade da pele do idoso.

Sugere-se que, em futuras investigações sobre o tema, a amostragem tenha maior representatividade. Nos casos em que se pretende avaliar as lesões, além de se investigar os fatores de risco decorrentes do posicionamento cirúrgico no período intraoperatório, as autoras deste estudo recomendam que sejam registradas imagens, para melhor visualização, compreensão e acompanhamento das lesões.

Vale ressaltar que, mesmo com as limitações abordadas, o estudo possibilitou verificar a necessidade de atuar junto aos profissionais das equipes cirúrgicas, abordando a população idosa e suas peculiaridades em decorrência da idade.

A falta de prevenção de eventos adversos, como as lesões de pele, podem levar o cliente idoso a ter prejuízos na sua qualidade de vida, o que é extremamente significativo. Relacionando-se essa questão ao posicionamento cirúrgico, a equipe perioperatória deve ter como meta a sua prevenção, atentando-se para o correto posicionamento e segurança do cliente na mesa cirúrgica, bem como disponibilizando os recursos de proteção específicos a cada tipo de posição.

REFERÊNCIAS

1. Mendes MR, Barbosa SS, Gusmão JL, Faro ACM, Leite RCBO. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paul Enferm.* 2005;18(4):422-6.
2. Rocha FCV, Brito CMSL, Figueiredo BA, Fortes ML. Análise da produção científica sobre o idoso na REBEn. *Rev Bras Enferm.* 2007;60(4):449-51.
3. Heizenroth PA. Posicionamento do paciente para cirurgia. In: Rothrock JC. Alexander: cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 13ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007. p.130-57.
4. Palazzo S. Análise dos procedimentos e recursos de proteção utilizados nas posições cirúrgicas [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000.
5. Ursi ES. Prevenção de lesão de pele no perioperatório: uma revisão integrativa da literatura [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.
6. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. Práticas recomendadas - SOBECC. 5ª ed. São Paulo: SOBECC; 2009.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília; 1996. [citado 2010 mai 12] Disponível em: http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude/resolucoes/Resolucao_CNS_196.1996
8. Oriá RB, Brito GAC, Ferreira FVA, Santana EM, Fernandes MR. Estudo das alterações relacionadas com a idade na pele humana, utilizando métodos de histomorfometria e autofluorescência. *An Bras Dermatol* 2005;78(4):347-425.
9. Resende DM, Bachion MM, Araújo LAO. Integridade da pele prejudicada em idosos: estudo de ocorrência numa comunidade atendida pelo Programa de Saúde da Família. *Acta Paul Enferm.* 2006;19(2):168-73.
10. Sakano LM, Yoshitome AY. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em idosos hospitalizados. *Acta Paul Enferm.* 2007;20(4):495-8.
11. Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK. Tratado de anestesiologia clínica. São Paulo: Manole; 1993.
12. Leite RCBO, Silveira CT. A assistência de enfermagem durante o posicionamento cirúrgico. In: Malagutti W, Bonfim IM, organizadores. *Enfermagem em centro cirúrgico: atualidades e perspectivas no ambiente cirúrgico.* São Paulo: Martinari; 2008. p.135-64.
13. Carpenito MLJ. Manual de diagnósticos de enfermagem. 10ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

Autoras

Adriana Cristina Bentlin

Enfermeira graduada pela Universidade Camilo Castelo Branco (UNICASTELO), Enfermeira do Hospital Dona Balbina, Porto Ferreira (SP).

E-mail: dribentlin@yahoo.com.br.

Andréia Regina Lopes Grigoletto

Enfermeira Mestre, Professora da Universidade Camilo Castelo Branco (UNICASTELO).

E-mail: andreiarlopes@ig.com.br.

Maria do Carmo Querido Avelar

Enfermeira Doutora, Professora do Programa de Mestrado da Universidade Guarulhos (UNG).

E-mail: carmoav@uol.com.br.

