

**Modalidade do trabalho:** Relato de experiência  
**Evento:** XXIV Seminário de Iniciação Científica

## **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PERIOPERATÓRIO A UM PACIENTE COM HIPERPLASIA PROSTÁTICA<sup>1</sup>**

**Cátia Cristiane Matte Dezordi<sup>2</sup>, Gerli Elenise Gehrke Herr<sup>3</sup>, Eniva Miladi Fernandes Stumm<sup>4</sup>, Jaqueline Herter<sup>5</sup>, Carolina Pretto<sup>6</sup>, Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz<sup>7</sup>.**

<sup>1</sup> Programa Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção Integral à Saúde UNICRUZ/UNIJUÍ.

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção Integral à Saúde UNICRUZ/UNIJUÍ. Enfermeira Assistencial Hospital de Caridade de Ijuí. E-mail: catiacmatte@yahoo.com.br.

<sup>3</sup> Enfermeira, Mestranda Atenção Integral da Saúde, Enfermeira Assistencial no Hospital Unimed Ijuí/RS, Docente do Curso de Enfermagem da UNIJU. Email: gerli.herr@yahoo.com.br

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutora em Ciências-Enfermagem. Docente do Departamento de Ciências da Vida, Curso de Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção Integral à Saúde UNICRUZ/UNIJUÍ. E-mail: eniva@unijui.edu.br

<sup>5</sup> Graduanda do Curso de Enfermagem, 9º semestre, DCVida/UNIJUÍ. Email: jaque-66@hotmail.com

<sup>6</sup> Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção Integral à Saúde UNICRUZ/UNIJUÍ. Bolsista UNICRUZ/UNIJUÍ. E-mail: carol\_pretto14@yahoo.com.br.

<sup>7</sup> Enfermeira, Doutora em Ciências, Graduação/Programa de Pós-Graduação em Atenção Integral à Saúde, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul/UNIJUÍ. Ijuí (RS), Brasil. E-mail: adri.saudecoletiva@gmail.com. Integrante do Grupo de Pesquisa Atenção à Saúde – GPAS

### Introdução

O crescimento não-cancerígeno da próstata, denominado hiperplasia prostática benigna (HPB), é comum em homens a partir da quinta década de vida (SANTOS, 2014). Pode acometer até 90% da população masculina, com idade superior a 80 anos. Essa afecção é um problema de saúde pública, ao se considerar o aumento da longevidade. O envelhecimento é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da doença (AVERBECK, 2010).

O aumento da próstata inicia na maioria dos homens acima de 40 anos, e culmina com o estreitamento da uretra que pode evoluir para obstrução do fluxo urinário (ANJOS, 2016). Aos 70 anos, o risco de retenção urinária aguda é seis vezes maior que aos 50 anos, acomete aproximadamente 15% dos pacientes não tratados (CLARO, 2012).

No Brasil, a prevalência de hiperplasia prostática histológica é de 10% aos 30 anos e se aproxima de 90% em indivíduos com mais de 80 anos de idade. Cerca de 5% a 20% dos homens são submetidos a intervenções cirúrgicas para o alívio das manifestações clínicas da doença (SALDANHA et al, 2013). Os sintomas relacionados à HPB são denominados coletivamente de sintomas do trato urinário inferior - STUI, e compreendem: jato fraco e fino; dificuldade miccional; acordar à noite para urinar; frequência urinária; sensação de esvaziamento incompleto da bexiga e urgência urinária. Esses sintomas comprometem a qualidade de vida ao interferirem nas atividades diárias e no padrão de sono dos pacientes (CLARO, 2012). A doença, quando não tratada, pode levar à retenção urinária, hidronefrose, insuficiência renal, infecção e falência da bexiga (SANTOS, 2012).

Do ponto de vista histológico, a HPB caracteriza-se pela hiperplasia das células do estroma e do epitélio da glândula prostática. Esta pode evoluir para aumento volumétrico da glândula, com

**Modalidade do trabalho:** Relato de experiência  
**Evento:** XXIV Seminário de Iniciação Científica

interferência no fluxo normal de urina por compressão da uretra prostática e relaxamento inadequado do colo vesical (AVERBECK, 2010).

O diagnóstico da doença inicia-se com a entrevista, para verificar as principais queixas, segue com o toque retal, coleta de exames complementares para a avaliação da função renal, dosagem do antígeno específico prostático (PSA) e por último, a ultrassonografia do trato urinário. A rigor, todo homem com mais de 40 anos ou com algum sintoma urinário, deve ser avaliado (CLARO, 2012).

O tratamento depende do distúrbio adjacente, idade, estado físico e preferências do doente (SALDANHA et. al, 2013). Pacientes com sintomas graves, com repercussões na qualidade de vida, devido a HPB, em relação à função renal, funcionamento vesical ou anatomia do trato urinário, é indicado tratamento cirúrgico.

Diante do cenário epidemiológico, do envelhecimento populacional como fator de risco para o desenvolvimento da doença e aumento no número de cirurgias como forma de tratamento, se faz necessário o cuidado de enfermagem em centro cirúrgico, direcionado a esse perfil de pacientes. A utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) permite aliar conhecimentos teóricos de enfermagem com a prática do cuidado no perioperatório.

A SAEP é um método científico, específico do enfermeiro, proporciona o gerenciamento e aperfeiçoamento da assistência de enfermagem no perioperatório, de maneira organizada, segura, dinâmica e competente. Tem como objetivo subsidiar meios para a assistência de enfermagem global, às necessidades do paciente, extensivo aos familiares. Ela prioriza a dinâmica das ações ordenadas e inter-relacionadas, com ênfase no cuidado ao ser humano (MARINELLI et. al., 2015). Ao realizar a SAEP o enfermeiro presta atendimento individualizado, planeja condutas, analisa o histórico do paciente, realiza exame físico, para posteriormente, diagnosticar e conduzir um cuidado integral a cada ser humano (ZANARDO, et.al, 2011).

A educação para o autocuidado e o apoio emocional são ações que qualificam a relação entre enfermeiro, paciente e familiares, e importantes na redução da ansiedade e do medo no perioperatório. Esse enfoque reforça, sobretudo, a relevância de estudo da SAEP para a eficácia na qualidade da assistência de Enfermagem ao paciente submetido à cirurgia (VASCONCELOS et al., 2014).

Diante destas considerações, o presente trabalho busca refletir e discutir sobre a importância do cuidado de enfermagem individualizado ao paciente e familiares a partir do uso da SAEP.

## Metodologia

Trata-se de um relato de experiência, realizado no primeiro semestre de 2016, durante o Estágio Curricular Supervisionado em Enfermagem II, no nono semestre do curso de graduação em Enfermagem. Este compreende um olhar qualitativo, que aborda a problemática desenhada a partir de métodos descritivos e observacionais. Apresenta reflexão sobre uma ação que aborda uma situação vivenciada no âmbito profissional de interesse da comunidade científica (CAVALCANTE; LIMA, 2012).

O relato foi desenvolvido no Centro Cirúrgico de um Hospital Geral porte IV de um município do noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, no período de fevereiro a abril de 2016. Os dados foram coletados de acordo com o preconizado no Processo de Enfermagem (PE) e compreenderam as

**Modalidade do trabalho:** Relato de experiência  
**Evento:** XXIV Seminário de Iniciação Científica

cinco etapas: anamnese e exame físico, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação (MEIRELES et al, 2012).

## Resultados e Discussão

Paciente sexo masculino, 77 anos, de cor branca, padeiro, aposentado, viúvo, católico, possui ensino fundamental completo. Pai de quatro filhos, um adotivo. Reside com sua filha mais nova, em casa própria, de alvenaria, com saneamento básico na área urbana.

Relata que há trinta dias apresenta dores nas costas, sensação de inchaço e dificuldade em urinar (urinava muito pouco). Consultou com o médico urologista que diagnosticou Hiperplasia Benigna de Próstata, informou sobre a necessidade de realizar um procedimento cirúrgico e o encaminhou à Unidade Básica de Saúde para colocar uma sonda vesical de demora. Permaneceu com sonda 30 dias. Informou ter desenvolvido infecção urinária, com tratamento em casa, conforme orientação médica, com antibióticos, mas sem sucesso. Cinco dias anteriores ao procedimento cirúrgico, retornou ao consultório médico com febre, tontura, níveis pressóricos baixos, oligúria e infecção urinária e foi encaminhado para internação hospitalar e realização de procedimento cirúrgico de remoção de tumor de próstata.

Informou que foi sua primeira experiência cirúrgica, negou alergias, ausência de doenças crônicas no âmbito familiar, relatou ser hipertenso, em tratamento, nega alcoolismo e tabagismo. Relatou não dormir bem à noite, ter uma alimentação saudável, três refeições diárias, com frutas, verduras, legumes, consumo moderado de sal e doces. Refere boa ingestão hídrica diária, não pratica exercícios físicos regulares e como lazer, menciona cuidar da horta. Eliminação urinária via sonda vesical de demora e intestinal, via normal.

Medicações em uso: Losartana potássica 50mg – 1comp. V.O. 1x ao dia/manhã; Dipirona 1g/2ml – EV 6/6h Se dor ou febre; Omeprazol 20mg– 1 comp. V.O. 1x ao dia/ manhã; Metoclopramida 10mg/2ml – EV 6/6h Se necessário; Soro Fisiológico 0,9% 1000ml – EV contínuo – 30 gotas/min; Piperlacilin+tazobactam: Frasco/ampola 4,5g - EV 6/6h – diluir em 100ml SF 0,9%.

Os exames laboratoriais evidenciaram alterações no número de Segmentados (10.582) e Uréia (67 mg/dl). A Hemocultura manual da 1ª e da 2ª amostra mostrou presença de Cocos Gram positivos sensíveis à Cefazolina, gentamicina, vancomicina (MIC vanco 2mcg/ml) e clindamicina. O Exame Qualitativo de Urina demonstrou Ph : 5, densidade: 1.020, proteínas positivas +, hemoglobina positiva +++, leucócitos de 15 a 20, hemácias de 10 a 12, algumas células epiteliais e bacteriúria moderada.

No exame físico pré-operatório, encontrava-se orientado auto e alo psiquicamente, com vestes adequadas ao clima e ambiente. Peso: 64 kg, altura: 1,67 cm, IMC: 19,1 – adequado. Apresentava pele íntegra, branca, pelos bem distribuídos, boa perfusão sanguínea. Acuidade auditiva diminuída, uso de aparelho auditivo. Mucosa oral íntegra, arcada dentária completa. Aceita bem a dieta oferecida. Ausculta pulmonar, cardíaca e abdominal normais. Mantinha acesso venoso periférico com cateter cano curto nº 22, no dorso da mão direita, infundido soro fisiológico 1000 ml a 30 gotas/min.

A abordagem inicial pré-operatório é um momento para iniciar os cuidados da SAEP. A assistência adequada pode interferir positivamente no restabelecimento do indivíduo no pós-operatório e redução do tempo de internação (OLIVEIRA; MENDONÇA, 2014). O enfermeiro conhece o

**Modalidade do trabalho:** Relato de experiência  
**Evento:** XXIV Seminário de Iniciação Científica

indivíduo, realiza anamnese e pode contribuir para reduzir os fatores estressores presentes aliados a definição dos diagnósticos de enfermagem e intervenções (ROCHA; IVO, 2015).

Os diagnósticos de enfermagem e respectivas intervenções no pré operatório foram: 1) Disposição para nutrição melhorada, evidenciada por consumo de alimentos e líquidos adequados e expressão de conhecimento sobre as escolhas alimentares saudáveis; 2) Ansiedade, relacionada à mudança no estado de saúde, evidenciada por preocupação e medo; 3) Conhecimento deficiente, relacionado à falta de exposição, evidenciado por verbalização do problema; 4) Insônia, relacionada a desconforto físico (p.ex., retenção urinária/sonda vesical), evidenciada por relato de dificuldade de permanecer dormindo; 5) Eliminação urinária prejudicada relacionada à infecção no trato urinário, evidenciada por retenção urinária/uso de sonda vesical de demora; 6) Risco de quedas, evidenciado por quarto não familiar, idade acima de 65 anos, uso de agentes anti-hipertensivos.

No dia da cirurgia, o paciente foi recebido no centro cirúrgico, acompanhado de familiar. Realizado passagem de plantão para a enfermeira desta unidade cirúrgica com todas as informações do checklist pré-operatório. Paciente calmo, orientado e verbalizando. Com pulseira de identificação em membro superior direito, em NPO e acesso venoso periférico nº 18 em membro superior direito, com SF 0,9% a 30 gotas/min. Nesse contexto, na passagem de plantão, Enfermeiros transmitem informações sobre os tratamentos recebidos pelos pacientes, transmitem informações acerca das necessidades do paciente e não somente das atividades que a enfermagem realiza, a fim de facilitar o planejamento da assistência (SOUSA, et al, 2014).

A assistência intraoperatória refere-se à intervenção sobre o sítio cirúrgico (VASCONCELOS et al, 2014). Nesse período se rompem as barreiras epiteliais, o o paciente fica mais exposto aos patógenos (MONTEIRO et al, 2014). O paciente foi monitorizado, estava hipertenso e bradicárdico. Foi instalado cateter nasal tipo Óculos, O<sub>2</sub> a 3l/min e placa de eletrocautério em omoplata direita. O anestesista comunicou o cirurgião sobre a hipertensão e este decidiu realizar o procedimento. Administrado 1 ampola de clonidina EV + 1 ampola de furosemida EV pelo anestesista.

Paciente foi submetido à anestesia raquidiana, mantido em posição ginecológica. Realizada introdução de sonda foley nº 22 de 3 vias em bolsa coletora e irrigação contínua. Ao término do procedimento, presença de sangramento na bolsa coletora, administrado 2ml de ípsilon em 100ml de SF 0,9% e soro gelado. Paciente encaminhado à sala de recuperação pós-anestésica. Diagnósticos de enfermagem no transoperatório: 1) Ansiedade relacionada ao aumento da pressão sanguínea, evidenciada por estresse (cirúrgico); 2) Risco de disfunção neuro vascular periférica relacionado à imobilização; 3) Risco de lesão por posicionamento perioperatório relacionado à imobilização; 4) Risco de resposta alérgica, relacionado a medicação; 5) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal relacionado a sedação.

Os sentimentos relatados durante o procedimento cirúrgico divergem de pessoa pra pessoa, dependem do grau de informações recebidas, da compreensão e de sua cultura. A ansiedade é uma reação inconsciente frente ao desconhecido, ao medo da morte, devido à incerteza quanto ao procedimento cirúrgico e pelos riscos associados (ROCHA; IVO, 2015).

Ao ser transferido para Unidade de Recuperação Pós-anestésica, o paciente calmo, orientado, sonolento, sem dor. Monitorizado, manteve cateter de O<sub>2</sub> a 3L/min, acesso venoso periférico nº 18 em membro superior direito infundindo SF 0,9%, irrigação vesical contínua com SF 0,9% gelado, drenagem sanguinolenta em grande quantidade. Apresentava-se hipotenso e bradicárdico. Médico assistente comunicado quanto aos parâmetros e prescreveu medicações. Mais tarde, paciente

**Modalidade do trabalho:** Relato de experiência  
**Evento:** XXIV Seminário de Iniciação Científica

apresentou crise hipertensiva e foi medicado. Após estabilização dos níveis pressóricos, o paciente apresentou sangramento ativo, coletado sangue para avaliação de hematócrito e hemoglobina. Realizado infusão de duas unidades de Concentrado de Hemácia. Após estabilização paciente recebeu alta da URPA à noite.

A Unidade de Recuperação Anestésica (URA) é responsável pelo atendimento no pós-operatório imediato, que compreende o período desde a saída da sala operatória (SO) até a recuperação da consciência, eliminação de anestésicos e estabilização dos sinais vitais. É um setor que avalia os pacientes no pós-operatório, com ênfase na previsão e prevenção de complicações decorrentes de anestesia ou procedimento cirúrgico (SARAIVA; SOUSA, 2015). Os autores pontuam que o enfermeiro, ao cuidar de um paciente em pós-anestésico imediato, deve ter conhecimento específico quanto ao padrão de cuidado a ser instituído, agentes anestésicos, farmacodinâmica da anestesia e analgesia, fisiologia, fisiopatologia, procedimentos cirúrgicos e gerenciar potenciais complicações. Deve saber identificar e atender intercorrências, mudanças na homeostase orgânica, tais como: hipotermia, alterações dos níveis pressóricos, arritmias cardíacas, desconforto respiratório, alterações hidroeletrólíticas e acidobásicas, sangramentos, entre outras.

Os diagnósticos de enfermagem compreenderam: 1) Risco de choque relacionado à hipotensão e 2) Risco de sangramento relacionado a efeitos secundários ao tratamento (exemplo, cirurgia).

#### Conclusão

A Assistência de Enfermagem com o uso da SAEP deve ser compreendido pelo enfermeiro como um instrumento de trabalho e que requer conhecimento técnico e científico, com vistas a segurança do paciente e da equipe envolvida no cuidado.

A aplicação da SAEP favorece a identificação de problemas, estabelecimento de diagnósticos e intervenções. Dessa maneira garante a assistência integral, continuada, participativa e individualizada do paciente no perioperatorio extensivo aos familiares até a alta hospitalar

#### Referências

ROCHA, Débora Rodrigues da; IVO, Olguimar Pereira. Assistência de enfermagem no pré-operatório e sua influência no pós-operatório, uma percepção do cliente. *Revista Enfermagem Contemporânea*, v. 4, n. 2, p. 170-178, jul./dez. 2015.

CAVALCANTE, Bruna Luana de Lima; LIMA, Uirassú Tupinambá Silva de. Relato de experiência de uma estudante de enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas. *Journal Nursing Health*, Pelotas, v. 1 n. 2, p. 94-103, jan./jun. 2012.

MARINELLI, Natália Pereira; SILVA, Allynne Rosane Almeida da; SILVA, Déborah Nayane de Oliveira. Sistematização da assistência de enfermagem desafios para a implantação. *Revista Enfermagem Contemporânea*, v.4, n. 2, p. 254-263, jul./dez. 2015.

SANTOS, José Agostinho. Hiperplasia prostática benigna e PSA: o efeito dominó. *Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade*, v. 7, n. 25, p. 259-64, out./dez. 2012.

CLARO, Joaquim de Almeida. A experiência bem-sucedida do Centro de Referência da Saúde do Homem no tratamento da hiperplasia benigna da próstata. *BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)*, v.14,n.1, p. 119-124, 2012.

**Modalidade do trabalho:** Relato de experiência

**Evento:** XXIV Seminário de Iniciação Científica

AVERBECK, Márcio Augusto et al. Diagnóstico e tratamento da hiperplasia benigna da próstata. Revista da AMRIGS, v. 54, n. 4, p. 471-77, out./dez. 2010.

OLIVEIRA, Marly Maria de; MENDONÇA, Katiane Martins. Análise da visita pré-operatória de enfermagem: revisão integrativa. Revista SOBECC, v. 19, n. 3, p. 164-172, jul./set. 2014.

SOUSA, Cristina Silva et al. Comunicação efetiva entre o Centro Cirúrgico e a Unidade de Terapia Intensiva. Revista SOBECC, v. 19, n. 1, p. 44-50, jan./mar. 2014.

SARAIVA, Eliane Laranjeira; SOUSA, Cristina Silva. Pacientes Críticos na unidade de recuperação pós anestésica: revisão integrativa. Revista SOBECC, v. 20, n. 2, p. 104-112, abr./jun. 2015.

Saldanha E. A. et al. O perfil sociodemográfico de pacientes em pós-operatório imediato de prostatectomia. Revista de Enfermagem da UFPE online, v. 7, n. 1, p. 62-6, jan. 2013.

ANJOS, Quezia da Silva dos; LEAL Ivonilde; FILHO Alvaro Ragadali et al. Práticas de Prevenção do Câncer de Próstata em Uma Unidade Básica de Saúde no Município de Rolim de Moura – RO. Revista de Enfermagem e Saúde Coletiva, v. 1, n. 1, p. 2-18, 2016.

VASCONCELOS, Adriana Santana de et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória em cirurgia da cavidade oral ambulatorial. Revista SOBECC, v. 19, n. 1 p. 34-43 jan./mar. 2014.

MONTEIRO, Edna Lopes et al. Cirurgias seguras: elaboração de um instrumento de enfermagem perioperatória. Revista SOBECC, v. 19, n. 2, p. 99-109, abr./jun. 2014.