

**COMPLICAÇÕES EM DOENTES COM HIPERPLASIA  
BENIGNA DA PRÓSTATA SUBMETIDOS A  
PROSTATECTOMIA TRANSVESICAL**

**Ana Júlia Colaço Gabriel**

**Relatório Final de Estágio Profissional apresentado à Escola Superior de Saúde do  
Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem  
Médico-Cirúrgica**

Orientador – Professora Doutora Maria Augusta Romão Veiga-Branco

Categoria – Professora Coordenadora

Afiliação – Instituto Politécnico de Bragança

Este trabalho de projeto inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri.

Maio de 2021

Gabriel, A.J.C.; Veiga-Branco, M.A.R. (2021). Complicações em Doentes Submetidos a Prostatectomia Transvesical. (Trabalho de projeto, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, Portugal)

Gabriel, Ana; Veiga-Branco, Maria Augusta (2021). Prevenir Complicações e Condicionantes de Prostatectomia transvesical – Estudo descritivo no momento da alta clínica (Comunicação livre, Congresso de Literacia em Saúde, Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, Portugal)

Gabriel, Ana; Veiga-Branco, Maria Augusta (2021). Literacia em Saúde – O que há a saber em Disfunção Sexual na Hiperplasia Benigna da Próstata? (Comunicação livre, Congresso de Literacia em Saúde, Instituto Politécnico de Bragança, Bragança, Portugal)

Ao Daniel...

## **AGRADECIMENTOS**

À minha família pelo apoio incondicional.

À minha Orientadora Professora Doutora Maria Augusta Romão da Veiga-Branco (minha Mentora), por todo o apoio, empenho, dedicação e acompanhamento ao longo de todo este percurso, pelo estímulo na aprendizagem, pelo incentivo em tentar alcançar sempre mais.

A todos os colegas de equipa – enfermeiros, médicos, auxiliares e secretária de unidade do serviço de Especialidades Cirúrgicas pela disponibilidade e colaboração incondicional desde o início do processo de investigação.

Ao Diretor do Serviço, de onde o estudo partiu, pela atenção e partilha à conceção do estudo e pelas estratégias para o seu desenvolvimento. E não só, pelo companheirismo, pelo incentivo, pela disponibilidade desde o primeiro minuto...

Agradecer a disponibilidade de acesso à ciência e atualização científica, à fisiopatologia da Urologia e, portanto, à motivação intelectual que pode ser emprestada à qualidade do cuidado prestado por toda a equipa de saúde e particularmente pela Enfermagem. Em meu nome pessoal, e quiçá, em nome de todos os doentes, bem-haja.

Aos utentes que aceitaram participar. Pela partilha das experiências dolorosas, confiabilidade e credibilidade durante essa partilha, porque a partilha nos torna mais humanos ao ponto de sermos capazes de apartir dela fazermos ciência.

Sem eles e sem a sua partilha o estudo não existiria...

**A todos um sincero obrigada.**

## RESUMO

A literatura científica apresenta complicações evidentes, pós prostatectomia – que, mais do que a patologia propriamente dita – tornam pertinente o estudo. A enfermagem deverá desenvolver competências específicas e autónomas, no sentido de diminuir os seus potenciais riscos, os prognósticos lesivos na vida do utente, que devem ser estudados pela enfermagem, para, através das suas competências, os poderem diminuir senão anular. Os múltiplos impactos na qualidade de vida do homem, fazem emergir a pertinência para o estudo do tema, suas abordagens e necessidades cuidadoras, que representam para os enfermeiros especialistas, um desafio a enfrentar, no sentido da qualidade dos cuidados.

Reconhecer as complicações emergentes após prostatectomia transvesical em doentes diagnosticados com Hiperplasia Benigna da Próstata (HBP).

Estudo transversal, exploratório, de metodologia quantitativa e analítica, aos resultados emergentes da colheita de dados, a partir da aplicação de um questionário em entrevista direta, a uma amostra de 214 utentes submetidos a prostatectomia transvesical, entre 2015-2020, no Norte Litoral de Portugal. O critério de inclusão amostral foi a aceitação pessoal para participar no estudo, e de exclusão, foi a incapacidade mental para responder às questões, ou a apresentação de comorbilidades.

Da análise, foi verificado que as complicações emergentes após prostatectomia transvesical em doentes com HBP, no imediato, são, a hematúria, a urgência urinária, a infeção da ferida operatória. No primeiro mês de pós-operatório, verificaram-se a urgência e incontinência urinária, a hematúria e infeção urinária. De forma discreta, foi assinalada a disfunção sexual, a fístula vesico-cutânea, e, mais tardias, a disfunção sexual – com expressão crescente e progressivamente perturbadora -, e por oposição, e de forma decrescente, a urgência urinária, incontinência urinária, infeção urinária e orquiepididimite. Foi verificada a relação entre complicações pós-operatórias e comorbilidades clínicas: há relação estatística e altamente significativa entre a variável algaliação prévia à cirurgia e infeção da ferida operatória. Não foram encontradas relações estatísticas significativas para as restantes variáveis com o estatuto de comorbilidade. Todavia, foram encontradas relações de frequência entre a presença de diabetes mellitus e as infeções - urinária e da ferida operatória -, e, entre hipertensão arterial e hematúria pós operatória. Não foram encontradas estratégias cuidadoras de enfermagem, promotoras da diminuição das complicações em doentes prostatectomizados.

O campo clínico da enfermagem continua a precisar deste investimento empírico, e a construir

uma metodologia de ação, a partir do campo de análise de dados de investigação, para organizar-se numa prática baseada na evidência, criar um espaço de investigação ação, no sentido de avançar com propostas de *guidelines* e ou protocolos neste tipo de cuidados, e implementação de consultas de enfermagem pré e pós operatórias.

**Palavras-chave:** Prostatectomia transvesical; complicações cirúrgicas emergentes; cuidados Enfermagem

## ABSTRACT

The scientific literature presents evident complications, after prostatectomy – which, more than the pathology itself – make it pertinent to the study that nursing should develop specific and autonomous skills, to reduce its potential risks, the bad prognoses in the patient's life, that should be studied by nursing, that, through their skills, they can reduce them, if not delete them. The multiple impacts on man's quality of life, bring relevance to the study of the theme, their approaches and care needs, which represent for specialist nurses, a challenge to face, towards the quality of care.

Recognize the complications after transvesical prostatectomy in patients diagnosed with Benign Prostate Hyperplasia (BPH).

Cross-sectional, exploratory study, with quantitative and analytical methodology, to the results emerging from data collection, from the application of a questionnaire in direct interview, to a sample of 214 patients submitted transvesical prostatectomy, between 2015-2020, in the North Coast of Portugal. The inclusion criterion was personal acceptance to participate in the study, and the exclusion criterion, was the mental inability to answer the questions, or the presentation of comorbidities.

From the analysis, it was found that the emerging complications after transvesical prostatectomy in patients with BPH, in the immediate, are hematuria, urinary urgency and surgical wound infection. In the first postoperative month, urinary urgency and incontinence, hematuria and urinary infection were noted. Discretely, sexual dysfunction, vesico-cutaneous fistula, and, later, sexual dysfunctions were noted – with increasing and progressively disturbing expression – and by opposition, and in decreasing order, urinary urgency, urinary incontinence, urinary infection and orchiepididymitis. The relationship between postoperative complications and clinical comorbidities was verified: there is a statistically and highly significant relationship between the variable algalization prior to surgery and surgical wound infection. No statistically significant relationships were found for the remaining variables with comorbidity status. However, frequency relationships were found between the evidence of diabetes mellitus and infections – urinary and surgical wound -, and, between arterial hypertension and postoperative hematuria. No nursing care strategies were found, that promote the reduction of complications in prostatectomized patients.

The clinical field of nursing continues to need this empirical investment, and to build an action methodology from the field of research data analysis, to organize into an evidence-based

practice, to create a space for action research, in the sense of advancing with proposals for guidelines and or protocols in this type of care, and implementation of pre- and post-operative nursing consultation.

**Keywords:** Transvesical prostatectomy, emerging surgical complications, nursing care.

**ABREVIATURAS E/OU SIGLA**

APU – Associação Portuguesa de Urologia

DHT – Di-hidrotestosterona

DM – Diabetes Mellitus

DP - Desvio padrão

GR. – Gramas

GR/L – gramas por litro

HBP – Hiperplasia Benigna Prostática

HIA – Hipertensão Arterial

IC – Índice de confiança

IRD – Instrumento de recolha de dados

IU – Incontinência urinária

IUE – Incontinência urinária de Esforço

LUTS - *Lower Urinary Tract Symptoms*

ML - Mililitros

OE – Ordem dos Enfermeiros

PES – Programa de educação em saúde

PSA - Antígeno Prostático Específico

PTV – Prostatectomia transvesical

RTU-P - Ressecção transuretral da próstata

SEFI – Serviço de estágio, formação e investigação

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

TA – Tensão arterial

UU – Urgência urinária

WMA - *World Medical Association*

$\chi^2$  - Qui-quadrado

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>HIPERPLASIA BENIGNA DA PRÓSTATA</b> .....	<b>19</b>
<b>ETIOPATOGENIA DA HIPERPLASIA BENIGNA DA PRÓSTATA</b> .....	<b>20</b>
<b>SINTOMATOLOGIA.</b> .....	<b>23</b>
<b>DIAGNÓSTICO DE HBP.</b> .....	<b>24</b>
<b>PROSTATECTOMIA TRANSVESICAL</b> .....	<b>25</b>
<b>COMPLICAÇÕES DA PROSTATECTOMIA TRANSVESICAL.</b> .....	<b>29</b>
<b>COMPLICAÇÕES HEMORRÁGICAS/HEMATÚRIA.</b> .....	<b>29</b>
<b>URGÊNCIA URINÁRIA</b> .....	<b>31</b>
<b>INCONTINÊNCIA URINÁRIA.</b> .....	<b>31</b>
<b>DISFUNÇÃO SEXUAL.</b> .....	<b>33</b>
<b>COMPLICAÇÕES INFECIOSAS.</b> .....	<b>34</b>
<b>COMPLICAÇÕES TARDIAS</b> .....	<b>36</b>
<b>COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS E AUTÓNOMAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA – CONTEXTO DO DOENTE CRÍTICO: QUE RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS EM ESTUDO E O CAMPO DA PROFISSÃO?</b> .....	<b>40</b>
<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>44</b>
<b>TIPO DE ESTUDO</b> .....	<b>44</b>
<b>POPULAÇÃO E AMOSTRA</b> .....	<b>44</b>
<b>PERÍODO DE RECOLHA DE DADOS</b> .....	<b>45</b>
<b>INSTRUMENTO DE RECOLHA DOS DADOS</b> .....	<b>46</b>
<b>PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS</b> .....	<b>46</b>
<b>VARIÁVEIS EM ESTUDO</b> .....	<b>48</b>
<b>CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</b> .....	<b>49</b>
<b>PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS</b> .....	<b>50</b>
<b>APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS</b> .....	<b>52</b>
<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>70</b>
<b>CONCLUSÕES DO ESTUDO</b> .....	<b>89</b>

---

---

<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>91</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>2</b>
<b>Anexo I – Declaração de Orientação Científica do Trabalho de Investigação.....</b>	<b>3</b>
<b>Anexo II – Consentimento Informado.....</b>	<b>4</b>
<b>Anexo III – Parecer da Comissão de Ética da Instituição de Saúde Relativo ao Projeto de Investigação Apresentado.....</b>	<b>6</b>
<b>Anexo IV – Instrumento de Recolha de Dados.....</b>	<b>7</b>
<b>Anexo V – Certificados de Comunicações Orais.....</b>	<b>8</b>
<b>Anexo VI – Submissão de Artigo Científico.....</b>	<b>10</b>
<b>Anexo VII – Artigo Científico.....</b>	<b>11</b>
<b>Anexo VIII – Relatório de estágio.....</b>	<b>23</b>

---

---

## ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 1 - Ilustração anatômica do aparelho genito-urinário
- Figura 2 - Ilustração anatômica da próstata
- Figura 3 - Ilustração da hiperplasia benigna prostática
- Figura 4 - Apresentação da evolução do peso da próstata em função da idade
- Figura 5 - Apresentação e representação da evolução da HBP ao longo do ciclo da vida do homem
- Figura 6 - Apresentação da sintomatologia de LUTS
- Figura 7 – Ilustração demonstrativa e elucidativa da evolução da HBP e razão consequente das queixas urinárias
- Figura 8 – Ilustração da cirurgia à HBP sob a técnica cirúrgica RTU-P
- Figura 8.1 – Ilustração da cirurgia a HBP sob a técnica cirúrgica RTU-P.
- Figura 9 – Ilustração da cirurgia a HBP sob a técnica prostatectomia retropúbica
- Figura 10 - Ilustração da cirurgia à HBP sob a técnica cirúrgica da prostatectomia transvesical
- Figura 11 – Ilustração representativa dos diferentes tipos de hematúria urinária
- Figura 12 – Ilustração representativa dos diferentes exercícios de Kegel
- Figura 13 – Ilustração representativa da disfunção sexual
- Figura 14 – Ilustração representativa de orquiepididimite
- Figura 15 – Ilustração representativa da estenose da uretra
- Figura 16 – Ilustração da fístula vesico-cutânea.
- Figura 17 - Apresentação da distribuição dos valores percentuais da variável complicações no momento da alta da amostra
- Figura 18 – Apresentação da distribuição dos valores percentuais da variável complicações no momento da 1º consulta (30 dias) da amostra
- Figura 19 - Apresentação da distribuição dos valores percentuais da variável complicações no momento da 2º consulta (3 meses) da amostra
- Figura 20 - Apresentação da distribuição dos valores percentuais da variável complicações no momento da 3º consulta (6 meses) da amostra
- Figura 21 - Apresentação da distribuição dos valores percentuais das variáveis dependentes, relativas à amostra no momento da alta, na 1º, 2º e 3º consulta
- Figura 22 - Apresentação da distribuição dos valores de frequência relativa para a variável antecedentes com a variável complicações no momento da alta da amostra
- Figura 23 - Apresentação da distribuição dos valores de frequência relativa para a variável

cálculos vesicais com a variável infecção da ferida operatória no momento da alta da amostra

Figura 24 - Apresentação da distribuição dos valores de frequência relativa para a variável cirurgia abdominal prévia com a variável infecção da ferida operatória no momento da alta da amostra

Figura 25 - Apresentação da distribuição dos valores de frequência relativa para a variável tamanho da próstata com a variável complicações no momento da alta da amostra

Figura 26 - Apresentação da distribuição dos valores de frequência relativa para a variável tamanho da próstata com a variável complicações hematuria da amostra

Figura 27 - Apresentação da distribuição dos valores de frequência relativa para a variável tamanho da próstata com a variável complicações disfunção sexual da amostra

Figura 28 - Apresentação da distribuição dos valores de frequência relativa para a variável tamanho da próstata com a variável complicações perda de urina da amostra

Figura 29 - Apresentação da distribuição dos valores de frequência relativa para a variável complicações no momento da alta, 1º, 2º e 3º consulta da amostra

Figura 30 - Esquema representativo das complicações prevalentes no momento da alta e 30 dias

Figura 31 – Esquema representativo das complicações aos 3 e 6 meses de pós-operatório

Figura 32 – Ilustração de exercícios de Kegel

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Apresentação e identificação variáveis independentes do estudo

Tabela 2 - Apresentação e identificação dos critérios de inclusão e exclusão amostral

Tabela 3 - Apresentação da caracterização da amostra nas variáveis idade e residência

Tabela 4 – Apresentação das variáveis independentes de caracterização sociodemográfica da amostra

Tabela 5 - Apresentação das variáveis independentes de caracterização da variável dependente, clínica, da amostra

Tabela 6 - Apresentação e identificação das variáveis independentes relativas ao objeto de estudo da amostra

Tabela 7 - Apresentação de distribuição dos valores absolutos e percentuais das variáveis sociodemográficas relativas à amostra

Tabela 8 - Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais das variáveis caracterização clínica relativas à amostra

Tabela 9 - Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais das variáveis dependentes, relativas à amostra no momento da alta

Tabela 10 - Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais de relação entre as variáveis de comorbilidade clínica algaliação prévia à cirurgia e DM com a variável independente infecção da ferida operatória, relativas à amostra

Tabela 11 - Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais da relação entre a variável de comorbilidade clínica HTA com a variável independente Hematúria, relativas à amostra

Tabela 12 - Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais da relação entre a variável comorbilidade clínica DM com a variável independente infecção urinária, relativas à amostra

Tabela 13 - Apresentação das variáveis independentes, de caracterização da variável dependente complicações, presente na amostra do estudo

## INTRODUÇÃO

Muito poucos homens, saem de uma cirurgia prostática de forma indelével. Todos, de uma forma mais ou menos controlada, percebem esta patologia e respetiva cirurgia, como um ponto de viragem nas suas vidas. A hiperplasia benigna prostática (HBP) é um tumor benigno que afeta uma percentagem significativa de homens (Fontenele, 2021). Resulta da proliferação anormal das células prostáticas, que se traduz num aumento do volume prostático, provocando alterações e sintomatologia urinária, incapacitante no indivíduo, a nível físico, psíquico e social e sobretudo, pessoal e íntimo. É uma doença progressiva, com grande impacto na qualidade de vida do indivíduo e da família, mas, e especificamente, a ou o companheiro. Uma das técnicas cirúrgicas usadas, e aqui em estudo e análise, é a prostatectomia transvesical, recomendada em próstatas acima das 80 gramas, com uma melhoria sintomática e do fluxo urinário de 95%, e com uma taxa de re-intervenção menor cerca de 2% (Marques, 2014).

Assim, parte-se do pressuposto, da pertinência deste estudo, emergir do fato da patologia e da cirurgia urológica serem uma problemática atual, perturbadora a curto, médio e longo prazo, e que afeta uma grande percentagem de homens. As aprendizagens empíricas através das experiências profissionais, revelam lacunas na aquisição de conhecimentos, e, portanto, de ações cuidadoras minimizadoras, bem como a inexistência de protocolos de implementação e uniformização de cuidados, planos de cuidados de enfermagem implementados para a sua prevenção, monitorização e tratamento.

Para além disto, o caminho que a Enfermagem está a percorrer na sua autonomia e identidade, na investigação, que abandona o carácter empírico, que lhe está associado, para renascer, sustentada na prática baseada na evidência, na incessante procura por novos conhecimentos. Esta evolução/transformação, desencadeia uma maior eficácia e eficiência dos serviços de saúde, nomeadamente ao nível das práticas clínicas prestadas aos utentes e seus familiares.

Neste sentido, a abordagem cuidadora no pós-operatório urológico, exige competências específicas de enfermagem, descritas no regulamento 429/2018, sendo o especialista em médico-cirúrgica em contexto do doente crítico, o executor a partir dos conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza na sua práxis e prática clínica. Só esta conduta, promove o processo de recuperação da pessoa, a sua autonomia (o melhor e mais rapidamente possível), proporcionando ganhos em saúde e gerindo, de forma eficiente, os recursos disponíveis (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Perante a relevância da problemática, foi elaborada as seguinte questões de

investigação: Será que é possível identificar e analisar as complicações emergentes em doentes submetidos a prostatectomia transvesical? Será que há estratégias cuidadoras de enfermagem, promotoras da diminuição das complicações nestes doentes?

No sentido da construção da resolução destas questões, o objetivo geral do estudo centra-se em: Reconhecer as complicações emergentes após prostatectomia transvesical em doentes diagnosticados com HBP.

Os objetivos específicos do estudo:

1 - Reconhecer as complicações emergentes após prostatectomia transvesical em doentes diagnosticados com HBP ao longo de quatro momentos de pós-operatório;

2 - Analisar a relação entre a presença de complicações pós-operatórias e a existência prévia de comorbilidades clínicas do utente diagnosticado com HBP;

3 – Reconhecer as estratégias cuidadoras da parte de enfermagem, promotoras da diminuição das complicações, em doentes diagnosticados com HBP.

Tomando como linha orientadora, este conjunto de objetivos, será seguido um desenho de investigação de caráter exploratório, observacional, quantitativo, descritivo e analítico.

Em termos metodológicos, definiu-se como instrumento de recolha de dados, (IRD) (anexo IV) construído e formulado para a realização desta investigação (Gabriel & Veiga-Branco, 2021), - aplicado a 214 doentes prostatectomizados . tendo sido os seus conteúdos fundamentados na pesquisa bibliográfica, dividido em 3 partes: a primeira para a caracterização sociodemográfica da amostra, a segunda para a caracterização clínica do utente no pré-operatório: antecedentes pessoais, ingestão de álcool, hábitos tabágicos, algaliação prévia à cirurgia e dimensão da próstata; e a última, para as variáveis dependentes em estudo, nomeadamente, as complicações pós-operatórias verificadas: no momento da alta, na primeira consulta – 30 dias de pós-operatório, na segunda consulta – 90 dias de pós-operatório e na terceira consulta – 6 meses após a cirurgia.

### **Apresentação da Dissertação**

Este trabalho de pesquisa expõe-se apresentado num texto dividido em 2 capítulos. No primeiro capítulo, o enquadramento teórico do estudo com base na revisão de literatura efetuada, dando a conhecer termos, conceitos, estado de arte, perante a abordagem do tratamento cirúrgico urológico da hiperplasia benigna prostática. No segundo capítulo, dedicado ao estudo empírico, é descrito todo o processo metodológico realizado, onde são apresentados, analisados e discutidos os resultados encontrados e realizada uma síntese final das principais conclusões do estudo.

Relativamente ao processo metodológico, iniciamos por descrever tipo de estudo,

população/amostra em estudo, período de recolha de dados, bem como o instrumento recolha e procedimentos de recolha de dados. Finalizamos com a apresentação das variáveis em estudo, considerações éticas e procedimentos aplicados na análise dos dados. Em seguida apresentamos e analisamos os resultados obtidos, através de tabelas, a partir das quais, emergem os resultados essenciais para a discussão. Iniciamos por uma caracterização sociodemográfica e clínica dos indivíduos e identificação da frequência da ocorrência ou não de certas sintomatologias que descrevem a variável dependente complicações.

Posteriormente, apresenta-se a análise da relação entre as variáveis independentes clínicas de comorbilidade no pré-operatório e as variáveis independentes de pós-operatório. A discussão dos resultados obtidos, é feita mediante os objetivos previamente formulados, apresentando as comparações reflexivas entre os resultados de estudos anteriores e os obtidos no presente estudo. Para finalizar o capítulo dedicado ao estudo empírico, a conclusão apresenta os objetivos e respetivos resultados encontrados, suas implicações práticas e sugerem-se novos trabalhos que complementem e aprimorem os resultados deste estudo.

## **CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO**

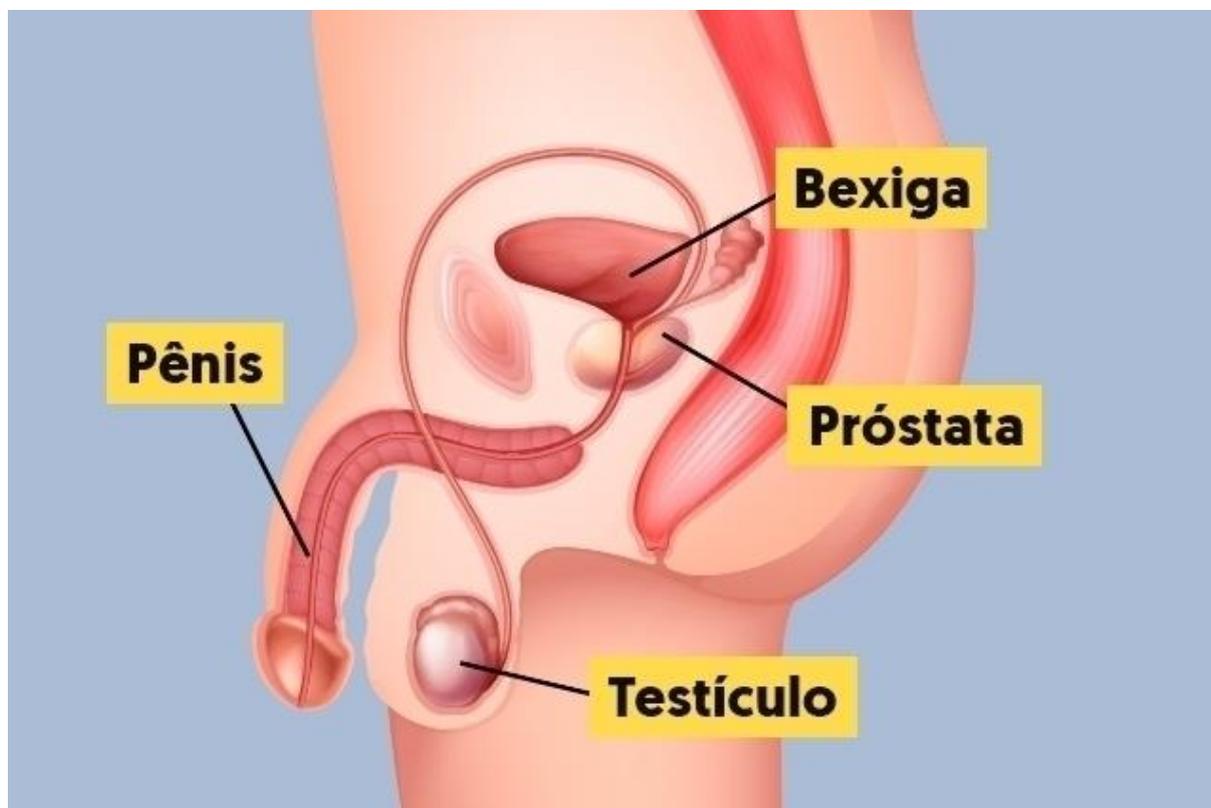
## HIPERPLASIA BENIGNA DA PRÓSTATA

O objetivo deste estudo é conhecer e reconhecer a importância das complicações e não tanto, a componente anátomo-fisiológica da próstata, pelo que, está será apresentada mais do ponto de vista ilustrativo e de situação do leitor no estudo realizado.

A próstata, glândula que pertence ao sistema genital masculino, habitualmente com um peso de 20 gramas (gr.) – face aos artigos publicados internacionalmente, este peso foi adaptado para 38 gr. nos homens entre os 50 e 80 anos -, localiza-se na base da bexiga e circunda a uretra na sua parte inicial (uretra prostática).

### Figura 1

*Ilustração anatómica do aparelho genito-urinário*



Fonte: <https://www.tuasaude.com>

Tem um papel/função bipartida na micção e no ato sexual, isto é, age no controlo do fluxo do jato urinário durante a micção e na reprodução, na medida em que, produz secreções que aumentam o volume do esperma ajudando-o a manter a vitalidade e a mobilidade dos espermatozoides (Figueiredo et al., 2017), “sem as secreções produzidas pela próstata, os espermatozoides não viveriam até atingir o óvulo no momento da fecundação” (Fonseca & Palmas, n.d. p 1).

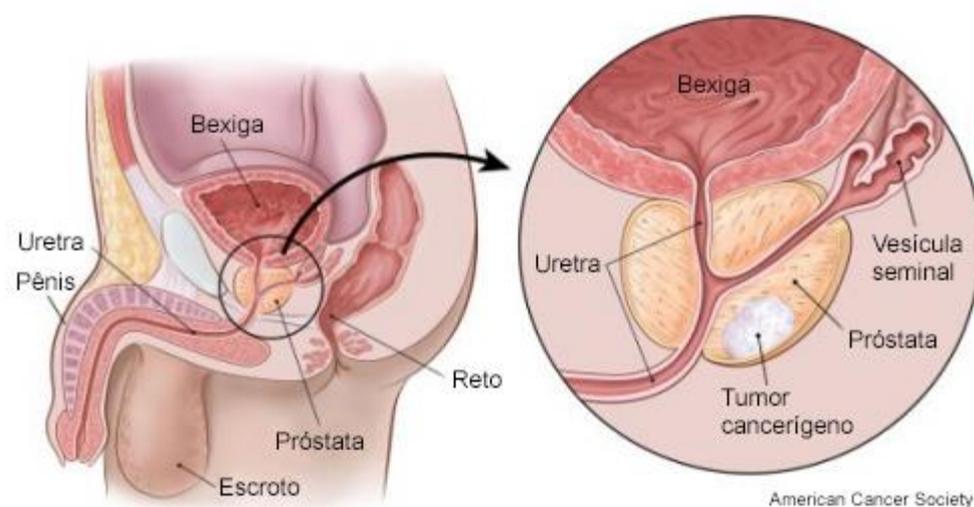
Glândula que produz cerca de um terço do líquido que sai na ejaculação, este constitui

10 a 30% do sêmen. “Esse líquido, que dá o aspeto esbranquiçado ao esperma, serve como veículo e nutriente para auxiliar os espermatozoides na sua progressão (Fonseca & Palmas, n.d. p. 1).

Composta por diversos tipos de células, responsáveis pela produção de hormonas e substâncias que compõem o líquido seminal, outra das funções da próstata que envolve o sistema endócrino (transformação da testosterona em Di-hidrotestosterona (DHT) para o desenvolvimento dos caracteres masculinos) e dada a presença, de células musculares e a sua localização também participa na dinâmica da continência urinária desempenhando assim funções no sistema urinário (Pedrosa, 2018).

### Figura 2

*Ilustração anatómica da próstata*



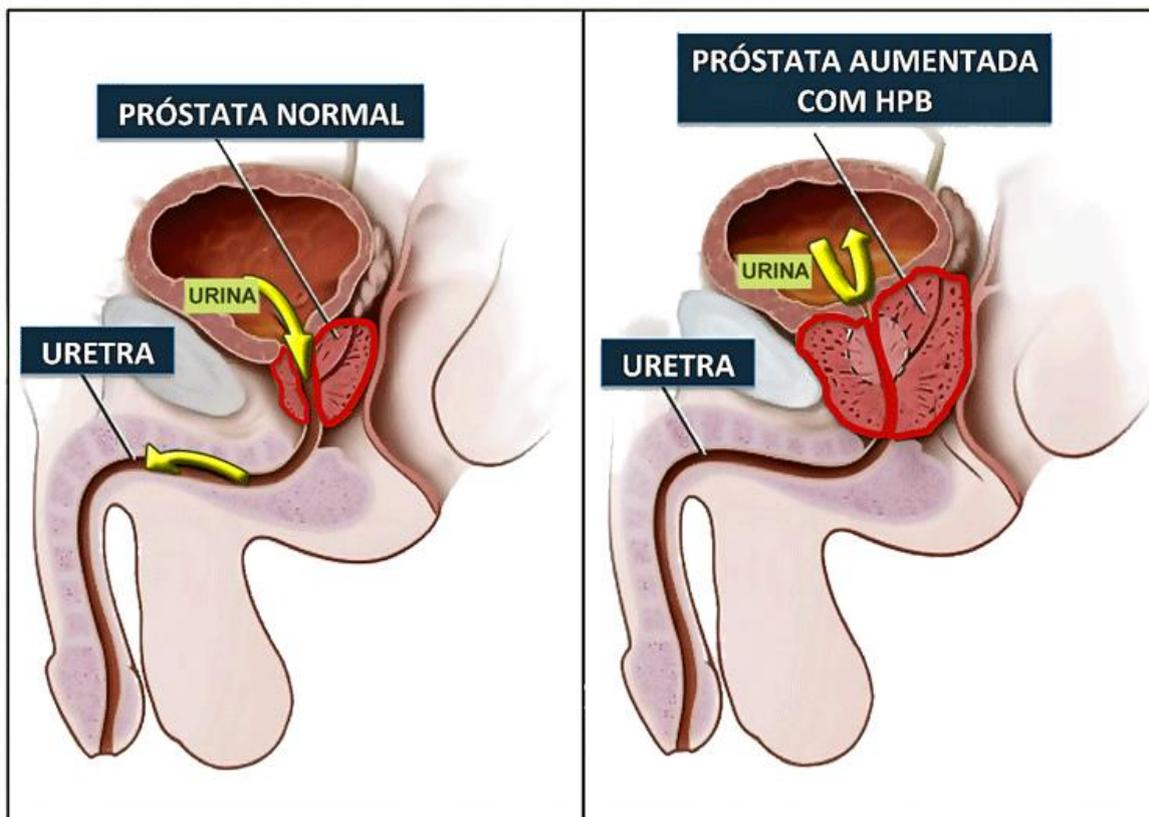
Fonte: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/a-prostata/770/149/>

### **ETIOPATOGENIA DA HIPERPLASIA BENIGNA DA PRÓSTATA**

A hiperplasia benigna da próstata, por definição, é a proliferação de células do músculo liso, tecido conjuntivo e epiteliais, correspondendo ao aumento do volume da glândula. Como consequência, pode haver compressão da uretra prostática (primeira porção da uretra), restringindo o fluxo de urina a partir da bexiga. Trata-se de uma das doenças benignas, tumor benigno, mais frequente entre os homens, podendo acarretar um considerável grau de incapacidade física, psíquica e social no indivíduo.

### Figura 3

*Ilustração da hiperplasia benigna prostática*

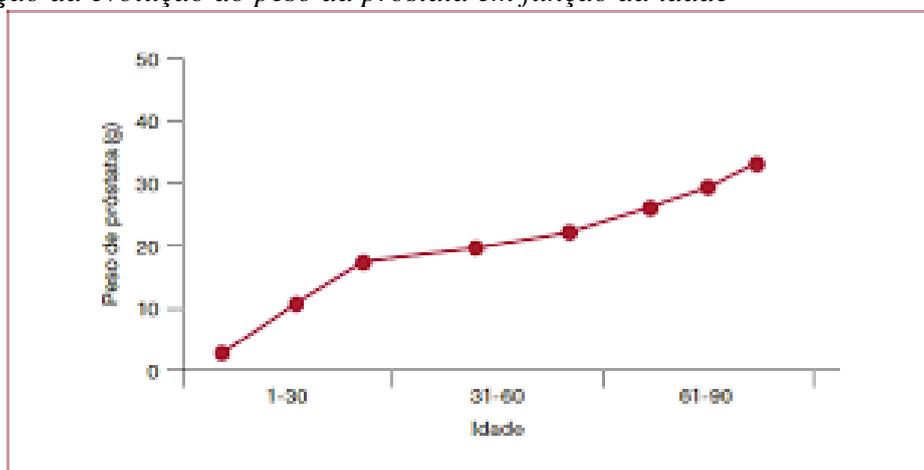


Fonte: [www.clinicamarconato.com.br](http://www.clinicamarconato.com.br)

A partir dos 30 anos de idade com a estimulação androgénica e hormonal, pode haver proliferação das células da zona peri uretral da próstata, resultando no aumento do volume da próstata, na obstrução da uretra prostática e aparecimento de sintomas do trato urinário inferior, a tríade que define a doença hiperplasia benigna prostática (Figueiredo et al., 2017). “O principal mediador do crescimento prostático é a di-hidrotestosterona, um metabolito da testosterona que é formado nas células prostáticas” (Figueiredo, et al., 2014 p. 1)

#### Figura 4

Apresentação da evolução do peso da próstata em função da idade



Fonte: <https://apurologia.pt/wp-content/uploads/2019/04/Protocolos2.0.pdf>

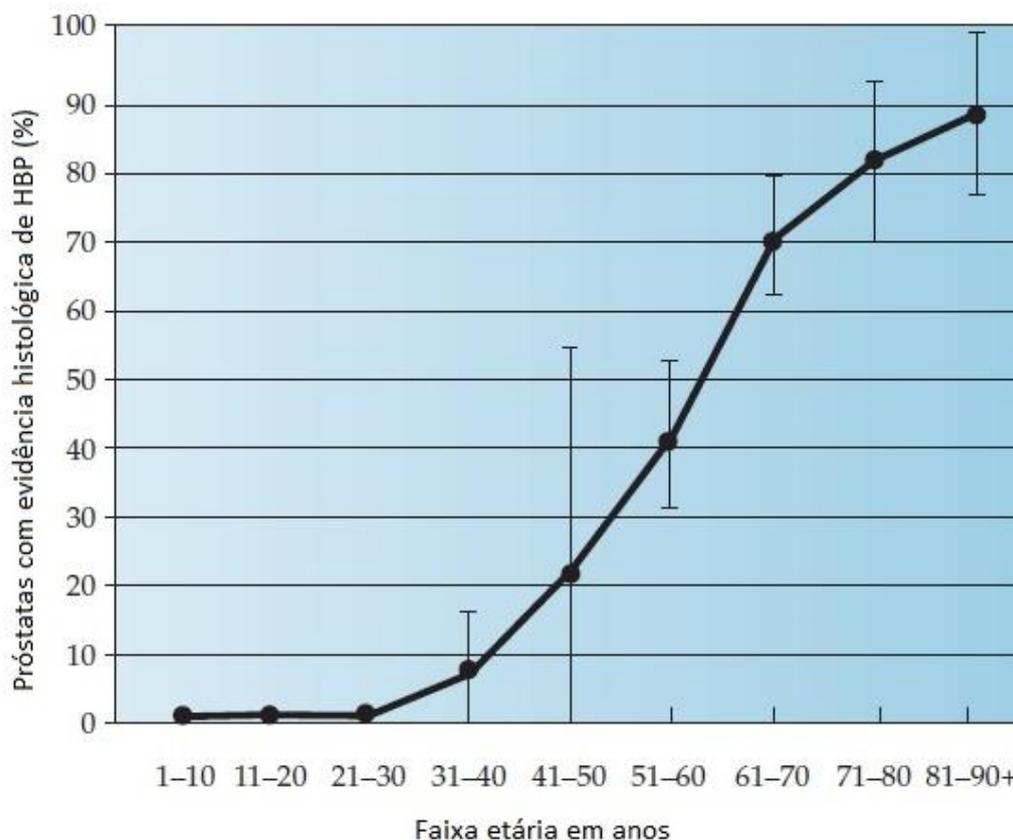
A definição de HBP, encontra a sua pertinência de estudo e prognóstico, no que em fisiopatologia, se considera o que resulta da combinação do aumento de volume da glândula, da respetiva hiperplasia histológica das células e da sintomatologia que provoca, a curto, médio e longo prazo.

A próstata aumenta de volume com a progressão da idade cronológica, numa proporção dependente da função hormonal, constituindo-se assim, como o fator de risco determinante que se encontra normalmente associado, ao desenvolvimento da patologia propriamente dita, ou seja, a HBP. A proporção de homens que desenvolve sintomas moderados-severos, duplica por cada década de vida (Fontenele, 2021), em cada dez anos vividos – e sem qualquer vigilância morfológica da próstata – há tendencialmente, probabilidade do aumento, mesmo que não sintomático.

A Associação Portuguesa de Urologia (APU) refere, que a prevalência da hiperplasia benigna da próstata “diagnosticada histologicamente aumenta de 8% nos homens com idade entre os 31- 40 anos, para 40 a 50% em homens com 51 a 60 anos e mais de 80% acima dos 80 anos” (Figueiredo et al., 2017, p.31).

### Figura 5

*Apresentação e representação da evolução da HBP ao longo do ciclo da vida do homem*



Fonte: [http://www.medicinanet.com.br/conteudos/acpmedicine/5880/hiperplasia\\_benigna\\_da\\_prostata\\_%E2%80%93\\_michael\\_j\\_barry.htm](http://www.medicinanet.com.br/conteudos/acpmedicine/5880/hiperplasia_benigna_da_prostata_%E2%80%93_michael_j_barry.htm)

Não é uma doença que coloque a vida em risco, no entanto, “Tem, por isso, marcadas implicações na vida dos homens a partir dos 45-50 anos, podendo causar sintomas significativos em até 30% dos homens com mais de 65 anos” (Dias, & Vendeira, 2018, p.31), reduzindo assim a qualidade de vida destes homens.

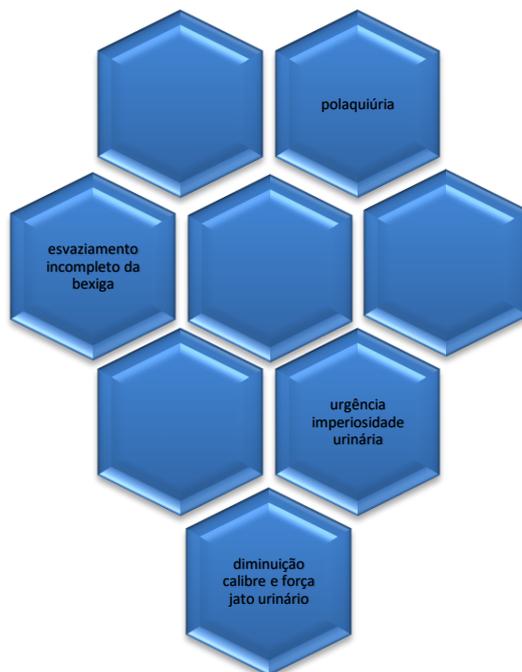
### **SINTOMATOLOGIA.**

Dado que a próstata rodeia a uretra masculina, qualquer alteração, irá produzir sintomas no aparelho urinário, habitualmente, relacionados com a obstrução da uretra e com o funcionamento da bexiga.

As manifestações clínicas mais frequentes, denominadas de LUTS (*Lower Urinary Tract Symptoms*), condicionam a qualidade de vida do homem, nomeadamente, alteração do padrão do sono e da sua atividade de vida diária.

#### **Figura 6**

*Apresentação da sintomatologia de LUTS*



Em doentes que não tenham sido devidamente diagnosticados e não tratados, podem evoluir para retenção urinária, infeções do trato urinário, hidronefrose e em casos mais graves insuficiência renal por obstrução prostática (Teixeira, 2016).

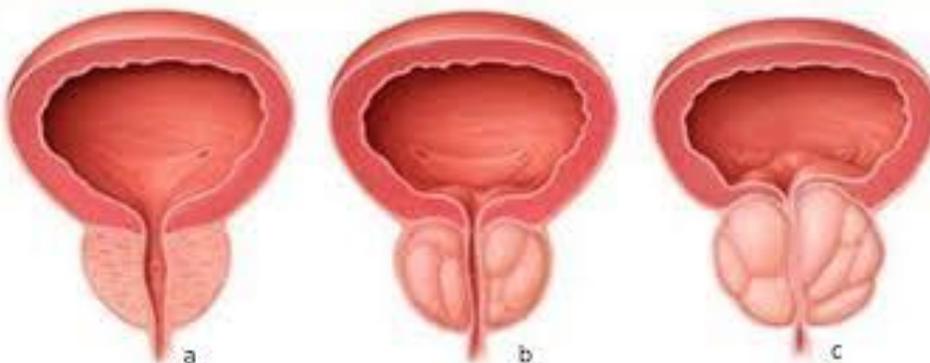
A evolução da hiperplasia benigna prostática não tratada vai no sentido do agravamento progressivo, lento, da gravidade dos sintomas urinários e com repercussões em termos de disfunção sexual, com redução da libido, diminuição do volume da ejaculação e da disfunção

erétil (Figueiredo et al., 2017).

Poderá causar sintomatologia/problemas de saúde mais graves como: retenção urinária, infecções urinárias recorrentes, hematuria, litíase vesical, lesões renais, tais como, hidronefrose e incontinência urinária (Dias et al., 2018).

### **Figura 7**

*Ilustração demonstrativa e elucidativa da evolução da HBP e razão conseqüente das queixas urinárias*



Fonte: [https://migs.pt/sites/default/files/ficheiros\\_anexos/manual\\_de\\_formacao\\_-\\_hbp\\_2017.pdf](https://migs.pt/sites/default/files/ficheiros_anexos/manual_de_formacao_-_hbp_2017.pdf)

### **DIAGNÓSTICO DE HBP.**

O diagnóstico da HBP baseia-se essencialmente na apresentação dos sintomas associados a esta patologia. A recolha de uma história clínica detalhada e um exame físico são a base do diagnóstico. A aplicação de questionários e escalas auxiliam na uniformização da severidade dos sintomas e são úteis na monitorização da gravidade e evolução da doença. Para além disso, o toque retal é importante para estimar o volume e características físicas da próstata de forma a determinar a terapêutica a instituir. Os exames auxiliares de diagnóstico, incluem: (1) análise sumária de urina, (2) determinação do Antígeno Prostático Específico (PSA) sérico, (3) ecografia transretal que pode auxiliar a determinar possíveis complicações associadas a esta patologia. Outros exames poderão ser: (4) fluxometria e (5) estudo pressão-fluxo que auxiliam a determinar o resíduo vesical pós-miccional e a força miccional determinantes na avaliação da evolução da doença (Dias et al., 2018). É de extrema importância a responsabilização do indivíduo/Homem na autovigilância da sua próstata, na realização de exames de vigilância frequentes e precoces na vigilância da sua HBP, a fim de evitar tratamentos tardios, com conseqüente aumento das possíveis complicações. Este aspeto, particular e pessoal, é da competência da enfermagem, nomeadamente do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, como adiante se apresentará, em subcapítulo próprio. Todavia e para que fique claro, qualquer enfermeiro pode e deve, em termos das suas funções em educação para a

saúde, desenvolver iniciativas de motivação dos doentes para o seu autocuidado.

### ***PROSTATECTOMIA TRANSVESICAL***

O objetivo do tratamento da hiperplasia benigna da próstata não é curar, mas sim reduzir os sintomas e evitar as complicações da doença. As opções terapêuticas incluem vigilância da sintomatologia, terapêuticas médicas e terapêuticas cirúrgicas (Dias et al., 2018).

Recentemente, o tratamento foca-se na prevenção da progressão da doença e das complicações associadas. A escolha do tratamento mais adequado, deve ser feita após uma avaliação individual de cada utente, considerando os seus sintomas, comorbilidade e experiência médica do urologista (Fontenele, 2021).

A opção cirúrgica é a opção usada, habitualmente, em doentes que desenvolveram complicações da hiperplasia benigna da próstata, ou em doentes com sintomatologia moderada a severa, refratária à terapêutica farmacológica.

Têm indicação cirúrgica absoluta, utentes com: hematúria recorrente, retenção urinária ou infeções urinárias recorrentes, litíase vesical, divertículos volumosos ou sintomáticos, uropatia obstrutiva secundária a HBP com compromisso do trato urinário superior, com hidronefrose e insuficiência renal associada (Caro-Zapata et al., 2018).

Há técnicas cirúrgicas – consideradas clássicas e mais usuais – e que serão aqui apresentadas no sentido de distinguir os seus acessos específicos e morfologias diferenciadas da próstata com as compressões de impacto também muito diferentes. Assim, neste conjunto estão: a resseção transuretral (RTU-P) (figura 8) e a prostatectomia supra-púbica que pode ser realizada usando diferentes técnicas, tais como: a técnica aberta transcapsular (Figura 9), (também denominada de Millin) ou transvesical (Figura 10), (desenvolvida por Freyer).

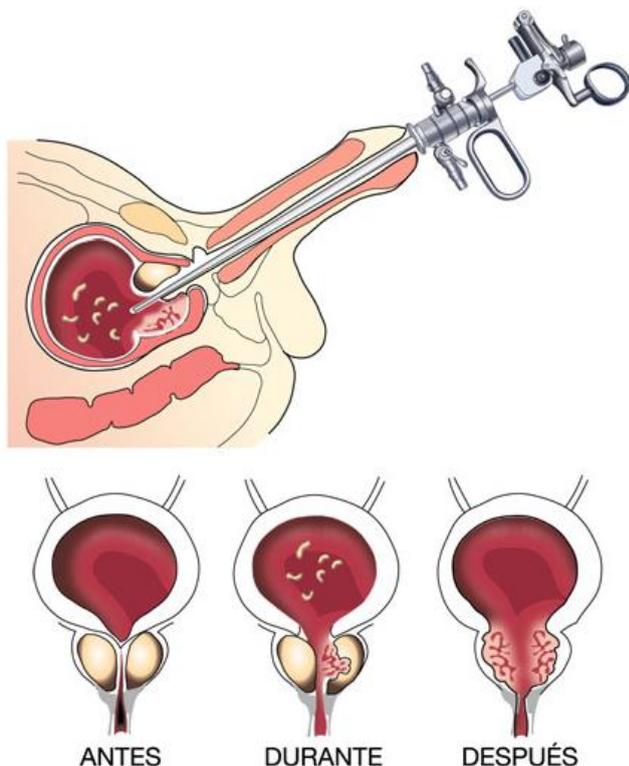
Existem algumas diferenças entre as técnicas cirúrgicas, tendo cada uma destas técnicas, indicações mais precisas para a sua escolha, vantagens e desvantagens. É da responsabilidade do médico (Urologista) assistente, - sem, todavia, excluir os elementos integrantes da equipa de saúde - explicar ao utente cada uma destas técnicas, com as suas indicações e possíveis consequências, para um consentimento devidamente consciente e informado, mas também a escolha da técnica mais eficaz e adequada às características da sua HBP.

Relativamente, à técnica cirúrgica RTU-P, o procedimento de resseção transuretral de próstata não envolve a remoção total da próstata, apenas uma porção do seu interior é removida, nomeadamente pequenas porções das células hiperplásicas, tal como se pode observar na figura

8, apresentada de seguida. A RTUP é uma técnica transuretral ablativa indicada para o tratamento de próstatas com volume entre os 30-80 gramas, tem como grande desvantagem um impacto negativo na função sexual, principalmente na função ejaculatória.

### Figura 8

*Ilustração da cirurgia à HBP sob a técnica cirúrgica RTU-P*

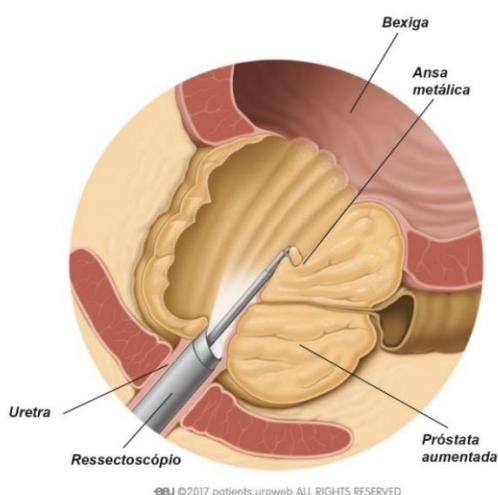


Pode ser observada a técnica RTU-P, com o retossigmoidoscópio, usado para ressecar pequenos fragmentos do interior da próstata, e que estão a ser canalizados para o interior da bexiga (extraídos posteriormente, através da lavagem vesical, com irrigação da bexiga). Na imagem menor, à direita, a próstata ressecada, apresenta esvaziamento central, e deixa de comprimir a uretra, diminuindo a pressão uretral exercida.

Fonte: <https://www.teknon.es/es/especialidades/gil-vernet-sedo-jose-maria/prostata/tecnicas-quirurgicas>

### Figura 8.1

*Ilustração da cirurgia a HBP sob a técnica cirúrgica RTU-P.*



Pode ser observada a técnica RTU-P, especificamente, a ansa metálica da extremidade do retossigmoidoscópio, usada para ressecar pequenos fragmentos do interior da próstata, de forma a diminuir a pressão da próstata sobre a uretra prostática e, permitir assim, melhoria do fluxo urinário do indivíduo.

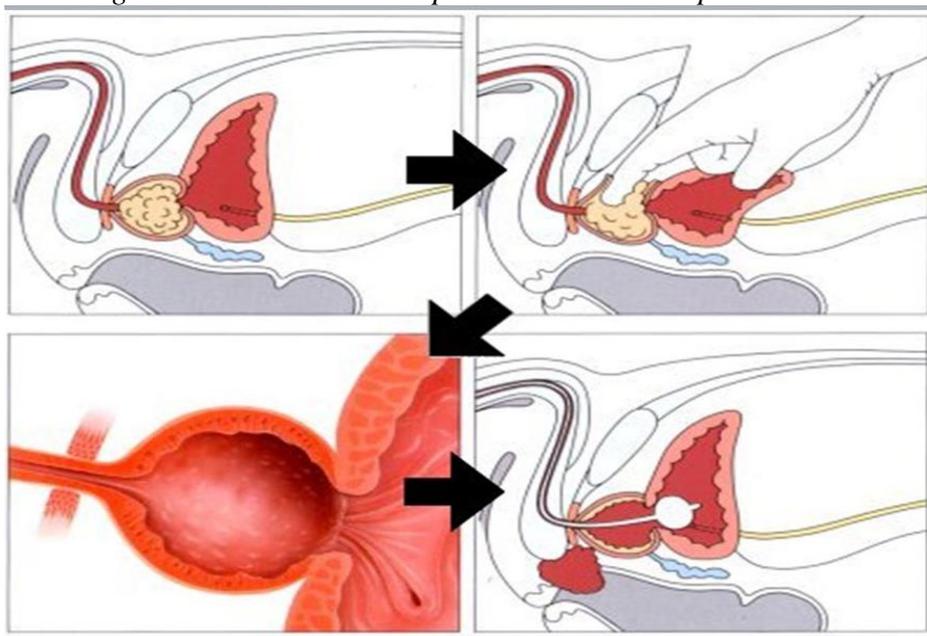
Fonte: <https://patients.uroweb.org/pt/ressecao-transuretral-de-prostata-rtup/>

A prostatectomia por via aberta está reservada para próstatas de dimensões maiores, considerada uma técnica mais invasiva, mas também a mais eficaz, com melhores resultados a longo prazo, e, com uma taxa de re-intervenção de apenas 2% (Fontenele, 2021).

Na abordagem cirúrgica à HBP através da técnica prostatectomia retro púbica, também denominada de Millin (Figura 9), há a remoção do interior da próstata, conservando-se a sua cápsula externa, através de uma incisão na região supra-púbica do homem, no entanto, a sua abordagem não se faz através de incisão na bexiga, tal como se pode verificar na Figura 9.

### Figura 9

*Ilustração da cirurgia à HBP sob a técnica prostatectomia retropúbica*



Fonte: <https://www.ivuweb.com/instituto-valenciano-de-urologia/servicios/cirurgia-convencional/>

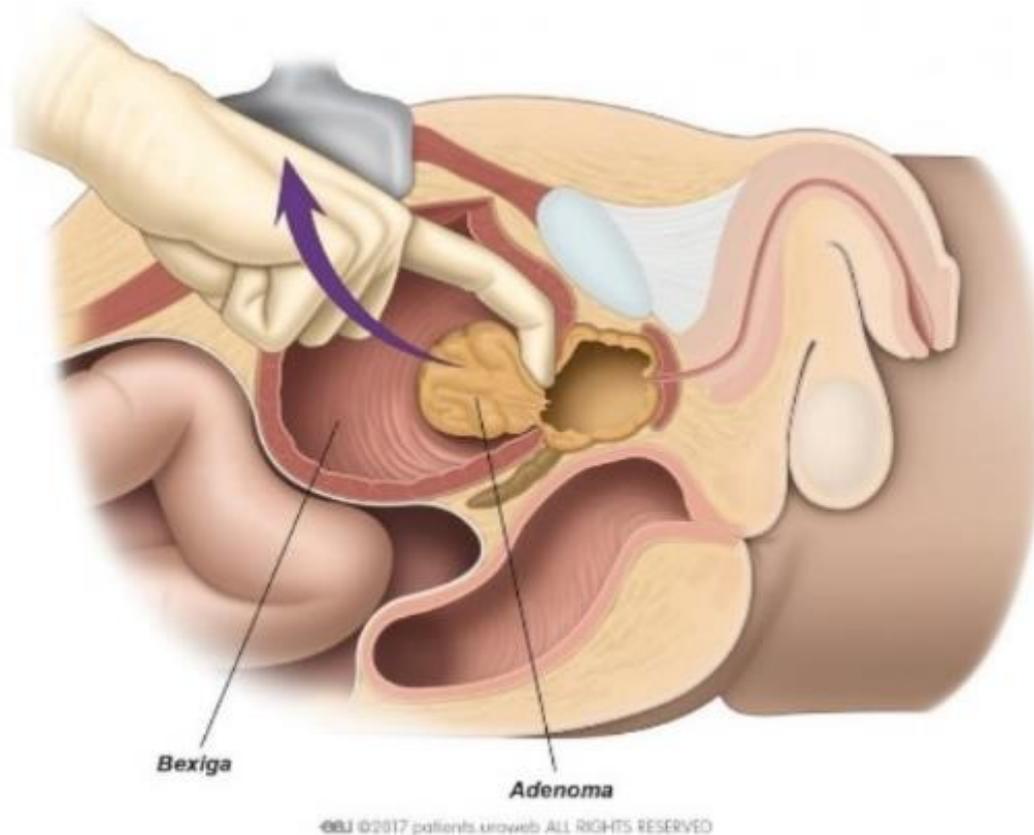
A prostatectomia transvesical (PTV) foi o primeiro procedimento cirúrgico desenvolvido para a resolução da patologia da HBP e consiste em retirar o interior da próstata através de uma incisão supra-púbica, tal como pode ser observado na figura 10, apresentada em seguida.

Tem por objetivo retirar o tecido prostático benigno que cresce em direção à uretra, obstruindo assim a passagem da urina. Este procedimento também pode ser realizado por via laparoscópica ou mais recentemente por cirurgia robótica.

Na prostatectomia transvesical, também designada por supra-púbica, o cirurgião urologista, efetua a enucleação do adenoma prostático (figura 10) através de uma incisão extraperitoneal na metade inferior da parede anterior da bexiga (Marques, 2014). Terminada a ressecação, é efetuado o realinhamento da uretra e suturada a bexiga.

### Figura 10

*Ilustração da cirurgia à HBP sob a técnica cirúrgica da prostatectomia transvesical*



Fonte: <https://patients.uroweb.org/pt/prostatectomia-aberta/>

Esta técnica tem uma melhoria sintomática e do fluxo urinário de 95%, com uma taxa de re-intervenção menor que 2% (Marques, 2014). É importante referir que, neste tipo de cirurgia, é preservada a cápsula prostática e a zona periférica da glândula o que vem reduzir o tipo de complicações de longo prazo (Pedrosa, 2018). Salienta-se o facto que esta técnica cirúrgica não confere qualquer proteção em relação às patologias neoplásicas malignas da próstata, já que não é removida a zona periférica da próstata, local onde surgem mais frequentemente as lesões desencadeantes da neoplasia maligna da próstata.

Esta técnica cirúrgica (PTV) é recomendada pela APU em casos de utentes com próstatas acima de 80gr. de peso (Caro-Zapata et al., 2018; Dias et al., 2018). É também o tratamento de eleição nos doentes que apresentam concomitantemente, litíase ou divertículos vesicais (Marques, 2014).

As contraindicações para a realização desta técnica incluem a presença de uma glândula/próstata fibrosa, adenocarcinoma da próstata ou cirurgias prévias a nível pélvico ou prostatectomia prévia (Marques, 2014).

As desvantagens desta técnica cirúrgica, referidas na literatura, passam por ser a técnica mais invasiva, requiere um tempo médio de internamento mais elevado, com convalescenças

mais prolongadas e hematúria com frequente necessidade de transfusão sanguínea (Fontenele, 2021; Caro-Zapata et al., 2018; Teixeira, 2016; Marques, 2014).

### **COMPLICAÇÕES DA PROSTATECTOMIA TRANSVESICAL.**

Este capítulo refere-se à variável dependente pelo que a explicação desta e o texto se demorará na apresentação desta variável.

A avaliação minuciosa, do utente no pré-operatório, é crucial para a redução da probabilidade de complicações que possam surgir no pós-operatório. A percentagem destas complicações não é grande, no entanto, estas podem ocorrer e é necessário estar alerta a sinais da sua manifestação.

O conhecimento das possíveis complicações, a sua identificação e tratamento precoce são essenciais para o êxito cirúrgico, nomeadamente, em doentes com idade mais avançada.

No geral, a cirurgia urológica apresenta um índice de complicações baixo, no caso da prostatectomia transvesical, a taxa de mortalidade ronda os 0,2% e a sua morbilidade aproximadamente 18% (Marques, 2014).

A taxa de complicações neste tipo de cirurgia tem vindo a reduzir situando-se em cerca de 0,25%. É referido como possíveis complicações desta técnica, hematúria com necessidade de transfusão sanguínea, alterações da ordem sexual, infeções urinárias. A longo prazo podem surgir incontinência urinária, contraturas do colo vesical e estenose uretral (Caro-Zapata et al., 2018).

As complicações desta cirurgia são distinguidas em dois grandes momentos: o pós-operatório imediato que engloba as complicações que ocorrem nos primeiros 30 dias e as complicações tardias que traduzem alterações ao estado habitual do utente após este primeiro mês de pós-operatório.

Na literatura são referidas como possíveis complicações no imediato: hematúria, orquiepididimite, fístulas urinárias, infeções da ferida cirúrgica e infeções urinárias.

Relativamente a complicações tardias, a literatura aborda a incontinência urinária, estenose uretral e a disfunção sexual como as mais frequentes (Francesca, 2016).

### ***COMPLICAÇÕES HEMORRÁGICAS/HEMATÚRIA.***

As complicações hemorrágicas são as mais preocupantes no pós-operatório imediato e constituem uma das desvantagens referida desta técnica cirúrgica, baseado num estudo de Paranhos et al. de 2011, Fontenele (2021, p.3) acrescenta, “Temos ainda um maior número de

complicações hemorrágicas no peri operatório com necessidade de transfusão”.

**Figura 11**

*Ilustração representativa dos diferentes tipos de hematúria urinária*



Fonte: <https://www.bancodasaude.com/info-saude/hematuria/>

Em 2013, observou-se num estudo uma alteração significativa no nível médio de hemoglobina no sangue entre o pré-operatório e o pós operatório imediato da PTV, estudo efetuado por Elshal et al. referido por Fontenelle (2021) na sua revisão bibliográfica.

No ano de 2007, Gratzke et al., refere uma taxa de incidência de hemorragia importante de 11,6% com necessidade de transfusão sanguínea em 7,5% dos utentes. Noutro estudo com 60 utentes, efetuado por Dall'Oglio et al., em 2006, demonstrou-se uma perda hemática de cerca de 640 mililitros (ml) no peri-operatório (Fontenele, 2021).

Num estudo retrospectivo, com uma amostra de 88 utentes, verificou-se necessidade de transfusão sanguínea no pós-operatório em 5 utentes (Casanova et al., 2019).

Num estudo prospetivo, realizado em 2018, com uma amostra de 76 utentes, chegou-se a conclusão de uma perda estimada de 500ml de sangue por consequência desta cirurgia, 15 utentes (19,74%) tiveram necessidade de transfusão sanguínea na sua recuperação (Botcho et al., 2018).

Num estudo com 65 utentes, Carneiro et al. (2016), evidenciou uma estimativa de perda de sangue peri-operatória de 927ml, com uma média de variação da hemoglobina de perda de cerca de 3 gramas por litro (gr/l) nas primeiras 48h.

Em 2016, em Portugal, verificou-se, numa amostra de 442 utentes, uma taxa de 4% de

hematúria no pós-operatório imediato (Teixeira, 2016). Por seu lado, num estudo retrospectivo, de utentes intervencionados entre 2010-2015 (261 utentes) a proporção de hematúria desenvolvida no pós-operatório imediato foi de 1,92% (Francesca, 2016).

Torna-se assim, evidente a pertinência do estudo desta complicação de forma a tentar minorar as suas consequências.

#### *URGÊNCIA URINÁRIA.*

Esta variável caracteriza-se por uma vontade súbita em urinar, que pode ser sentida e referida pelos utentes com hiperplasia benigna prostática ou submetidos a cirurgia prostática, como um esforço constante e doloroso (tenesmo), causa de desconforto e diminuição da qualidade de vida do utente.

Esta urgência urinária (UU) pode desencadear uma perda incontrolada de urina, nomeadamente, incontinência urinária, se o indivíduo não urinar rapidamente.

A literatura consultada coloca esta variável como uma possível complicação após a prostatectomia transvesical, dada a inflamação dos tecidos prostáticos, dada a irritabilidade da parede muscular da bexiga.

Num estudo sobre a prevalência de complicações em 442 utentes intervencionados à próstata, são referidos como complicação no imediato urgência urinária na proporção de 9,2% dos utentes (Teixeira, 2016).

No estudo realizado para reconhecer as complicações existentes após a prostatectomia transvesical por Prado et al. (1990) este conclui que 5% da sua amostra apresentou no pós-operatório a urgência urinária.

#### *INCONTINÊNCIA URINÁRIA.*

Depois da cirurgia, o utente pode apresentar alguma dificuldade no controlo da micção, quer pela urgência urinária, polaquiúria, quer por apresentar mesmo alguma incontinência urinária (IU). Essa incontinência pode ser discreta, apenas pela urgência urinária, resultante de pequenos esforços, ou total e, geralmente, dura entre algumas semanas ou meses após a prostatectomia.

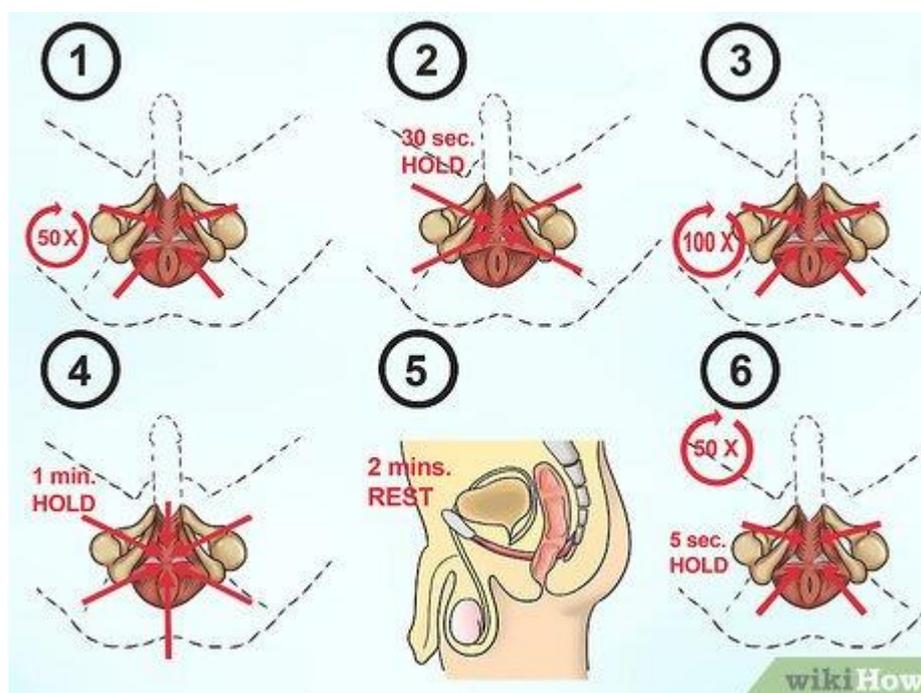
Este problema é mais comum em homens com mais idade, mas pode ocorrer em qualquer idade e depende do grau de desenvolvimento da hiperplasia benigna da próstata.

O tratamento inicia-se, o mais precocemente possível, com sessões de fisioterapia, com exercícios pélvicos como os exercícios de Kegel. Nos casos mais extremos, quando a

incontinência se torna irreversível, pode-se realizar uma cirurgia para correção desta disfunção (Bezerra, 2019).

### Figura 12

*Ilustração representativa dos diferentes exercícios de Kegel*



Fonte: <https://pt.wikihow.com/Exercitar-o-Seu-M%C3%BAsculo-PC>

A incontinência urinária por alteração do esfíncter associada à complicação iatrogênica da cirurgia é uma condição rara, ocorrendo mais em doentes com adenomas prostáticos de dimensões maiores. A sua incidência numa fase tardia é descrita na literatura como uma taxa de 0,5 a 8% (Fontenele, 2021).

Num estudo sobre a prevalência de complicações em 442 utentes intervencionados, são referidos como complicação no imediato urgência urinária na proporção de 9,2% e 2,2% de incontinência urinária e como complicação tardia numa proporção de 5,6% e 2,3%, respetivamente (Teixeira, 2016).

Corroborar esta teoria um estudo, realizado por Elshal et al.(2013), referido na revisão de literatura efetuada por Fontenele (2021), que também conclui como complicação desta técnica cirúrgica a perda de urina.

Noutro estudo, é referido como complicação a longo prazo, uma taxa de incontinência urinária a rondar os 10% (Caro-Zapata et al., 2018). Num estudo realizado prospectivamente, numa amostra de 76 utentes verificou-se uma taxa de IU de 9,21% (Botcho et al., 2018).

Também num estudo de 2014, conclui-se que o risco de IU era de 10% (Marques, 2014).

## DISFUNÇÃO SEXUAL.

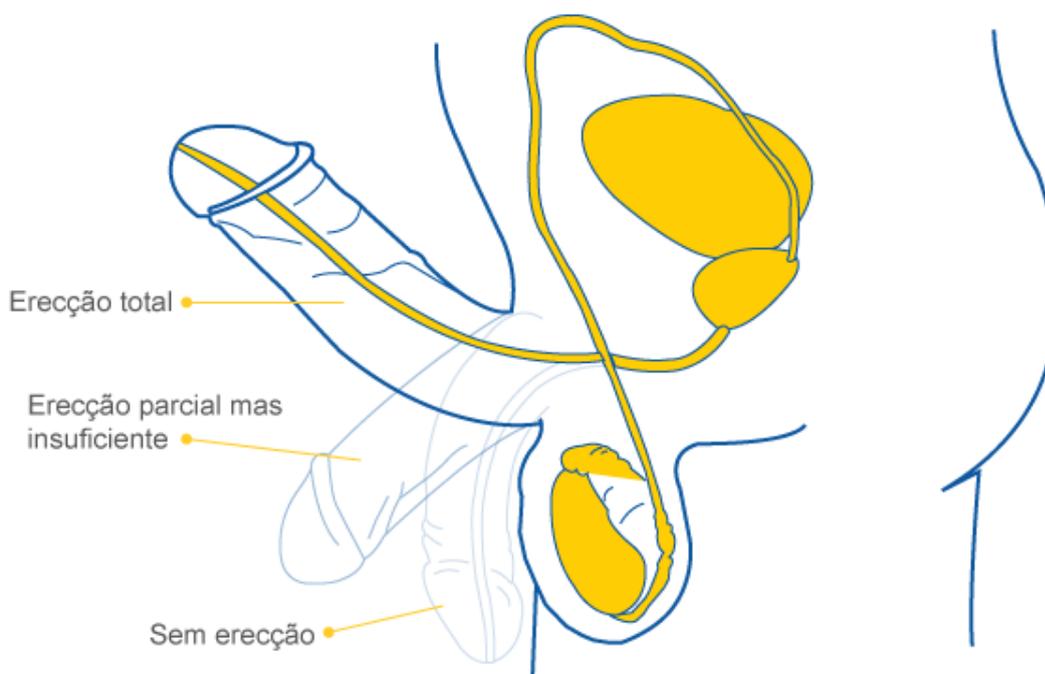
Há alguma diferença significativa entre disfunção e impotência sexual. Esta, diz respeito a um amplo conjunto disfuncional da componente sexual, onde a impotência se inclui. A impotência sexual é uma das complicações que surge e mais causa preocupação no utente, pois manifesta dificuldade em conseguir iniciar ou manter uma ereção. Isto acontece porque junto da próstata existem nervos importantes que controlam a ereção, se no decorrer da cirurgia, estes forem afetados, pode manifestar-se.

No caso da prostatectomia transvesical, estes nervos são pouco afetados dado que só se intervencionam no interior da próstata, no entanto, deve-se alertar o utente para essa possibilidade.

Nalguns casos, a ereção pode ficar afetada apenas devido à inflamação dos tecidos em volta da próstata, que pressionam os nervos e tendem a melhorar à medida que os tecidos vão recuperando. Inicialmente e para ajudar nos primeiros meses, o urologista pode recomendar alguns remédios disponíveis no mercado e que ajudam a ter uma ereção satisfatória. Esta dificuldade não é, habitualmente, permanente neste tipo de cirurgia (Bezerra, 2019).

### Figura 13

*Ilustração representativa da disfunção sexual*



Fonte: <https://www.euroclinx.net/br/impotencia/mitos-e-verdades-sobre-disfuncao-sexual>

Da pesquisa bibliográfica conclui-se que 7 a 14%, dos doentes, com idade avançada, referem como consequência desta cirurgia disfunção erétil de 3 a 5% e ejaculação retrógrada

em 80 a 90% (Caro-Zapata et al., 2018).

No estudo efetuado em Portugal, é referido uma proporção de 1,1% de ejaculação retrógrada (Teixeira, 2016).

O risco de desenvolver disfunção sexual é de aproximadamente 3-5% e proporcionalmente mais comum em utentes mais idosos e com volumes de próstata, é referido também neste estudo, um risco de ejaculação retrógrada de cerca de 80% (Marques, 2014).

Em 2011, um estudo referia como consequência pós-operatória a ejaculação retrógrada em cerca de 80% dos utentes intervencionados (Varregoso, 2011b).

### *COMPLICAÇÕES INFECCIOSAS.*

Outro grupo de complicações, referidas na literatura, pós-operatórias da prostatectomia transvesical são a classe das infecciosas que se dividem em infeções do local cirúrgico e infeção do trato urinário.

As complicações pós-operatórias mais frequentes na urologia são as infeções urinárias. Aliás, são a infeção nosocomial mais referida na literatura, que aumenta a morbimortalidade do utente, custos hospitalares, tempo de hospitalização e o risco de possíveis sequelas significativas no utente (Caro-Zapata et al., 2018).

No caso da cirurgia prostática (PTV) vários estudos, consultados na pesquisa bibliográfica efetuada, corroboram esta conclusão, num estudo alemão, em 2007, efetuado com uma amostra de 902 utentes é referido uma taxa de infeção de 17,3%, nomeadamente de infeções urinárias de 5,1%. Num estudo efetuado em Espanha, em 2012, com uma amostra de 325 utentes, com objetivo de identificar a taxa de infeção nosocomial neste tipo de cirurgia foi identificado uma taxa de 2.8% do local cirúrgico e de 0.9% de infeção urinária (Caro-Zapata et al., 2018).

Num estudo prospetivo, realizado com uma amostra de 76 utentes, verificou-se uma taxa de infeção da ferida de 13,16% e de epidídimo-orquite (figura 14) de 15,8% (Botcho, et al., 2018).

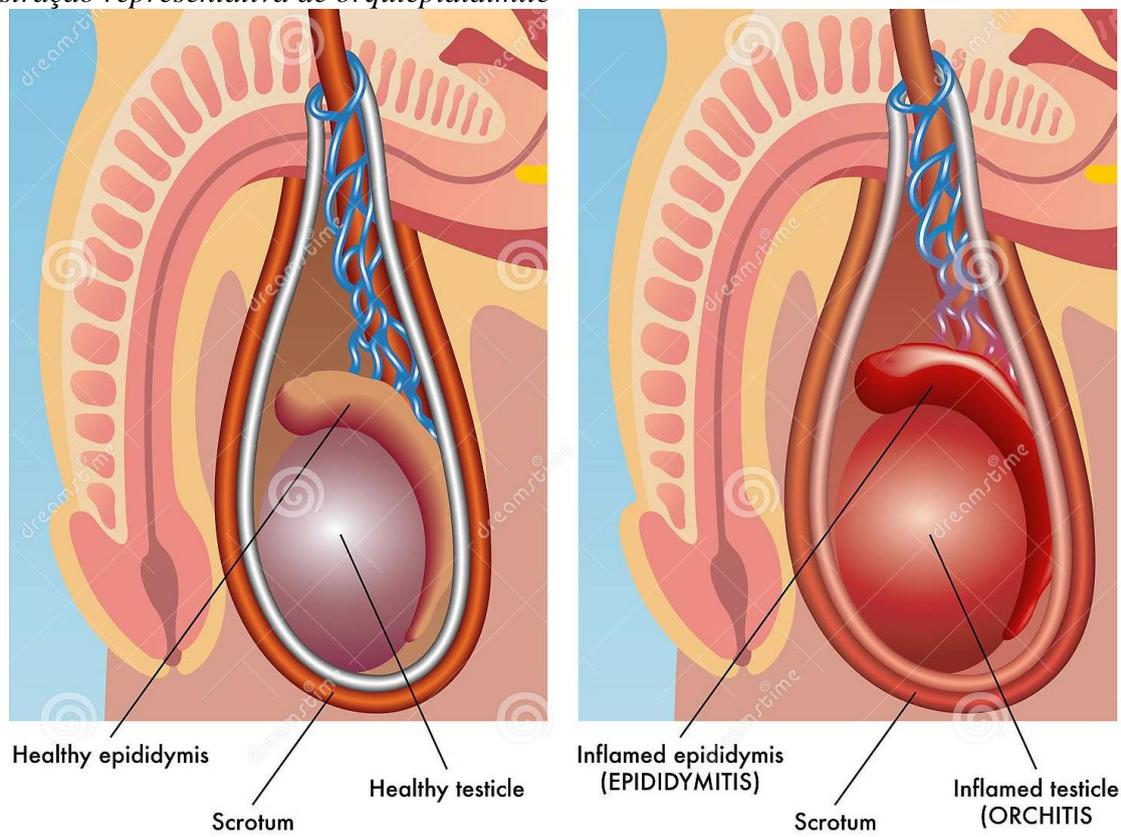
Em 2011, Taha et al., em 96 utentes intervencionados identificou em 6,3% infeção da ferida operatória (Fontenele, 2021). Num estudo efetuado, em 2016, com uma amostra de 32 utentes a infeção urinária afetou 4 utentes (Carneiro et al., 2016).

Um estudo efetuado, em 2016 em Portugal, com uma amostra de 442 utentes submetidos a cirurgia prostática, conclui que a prevalência de complicações precoces no pós-operatório é de 30,1% sendo 2,6% destas relativas a infeção urinária e 10,1% relacionadas com

deiscência ou infecção da sutura operatória (Teixeira, 2016). De salientar neste estudo, que a proporção de doentes algaliados cronicamente no pré-operatório e que desenvolveram infecção da ferida operatória foi significativamente maior.

#### Figura 14

*Ilustração representativa de orquiepididimite*



Fonte: <https://pt.dreamstime.com/epididymitis-e-orquite-uma-ilustra%C3%A7%C3%A3o-m%C3%A9dica-de-duas-inflama%C3%A7%C3%B5es-do-test%C3%ADculo-chamou-o-image154076358>

Num estudo efetuado em 2019, verificou-se uma proporção de infecção da ferida operatória de 7,9% o que correspondia a 7 utentes e uma taxa de 37,1% de íleo paráltico no pós-operatório (Casanova et al., 2019).

Em 2016, Francesca, no seu estudo retrospectivo, dos utentes intervencionados entre 2010-2015, obtém uma proporção de 10,35% de infeção urinária e de 5,75% da ferida operatória no pós-operatório imediato.

Em 2014, um estudo com uma amostra de 202 utentes submetidos a esta cirurgia, verificou uma taxa de infeção urinária de 5,44% e da ferida operatória de 3,94% (Inzunza, 2014).

Num estudo em 2010, efetuado na Arábia Saudita para determinar a prevalência da infeção urinária em 120 utentes intervencionados, os utentes com urocultura positiva pós-operatória foi de 7,5% e por consequência tiveram necessidade no pós-operatório de mais

tempo de irrigação vesical, mais tempo de algaliação e de dias de internamento, no pós-desalgaliação apresentaram mais perda de urina comparativamente com utentes com urocultura negativa no pós-operatório (Pourmand, et al., 2010).

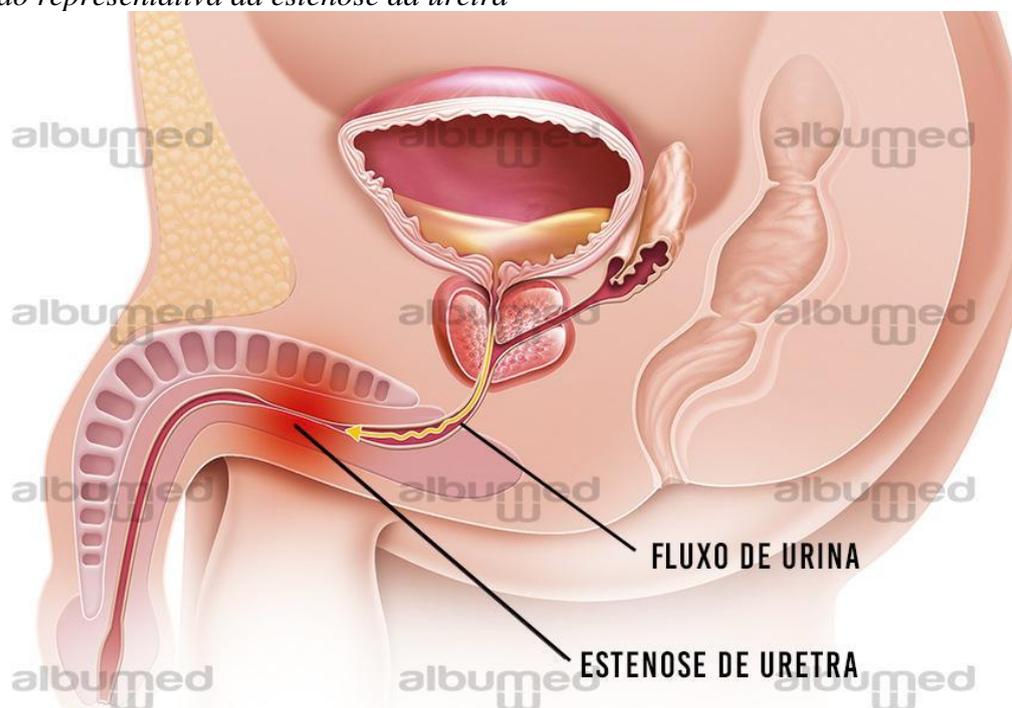
Em 2021, depois de uma revisão de literatura, Fontenele refere que estas infeções poderão ser evitadas com a combinação de antibioterapia profilática e o uso de técnicas adequadas. Este autor sugere ainda que todos os utentes no pré-operatório deveriam colher urocultura na ambulatório e tratar a infeção urinária se existente como forma de prevenção de complicações pós-operatórias (Fontenele, 2021).

### *COMPLICAÇÕES TARDIAS.*

Para além destes problemas mais frequentes a literatura consultada fala de outras prováveis consequências/complicações que podem ocorrer, em menor frequência, nomeadamente: estenose da uretra (figura 15) e/ou do colo vesical, epididimite e orquites, ejaculação retrógrada (Varregoso, 2011b), fístulas vesico-cutâneas (figura16), litíase vesical e infeção da ferida abdominal (Teixeira, 2016).

#### **Figura 15**

*Ilustração representativa da estenose da uretra*



Fonte: <https://album.med.br/midia/estenose-uretral/>

Surgem, frequentemente associadas à PTV, complicações tardias como a incontinência

urinária com um risco de 10%, contratura do colo vesical em 1,8%, estenose uretral com 2,6% e perturbações da função sexual, nomeadamente e a mais frequente, a ejaculação retrógrada com um risco de 80%, relativamente à disfunção erétil estudos indicam o risco de vir a desenvolver no pós-operatório entre 3 a 5% (Marques, 2014).

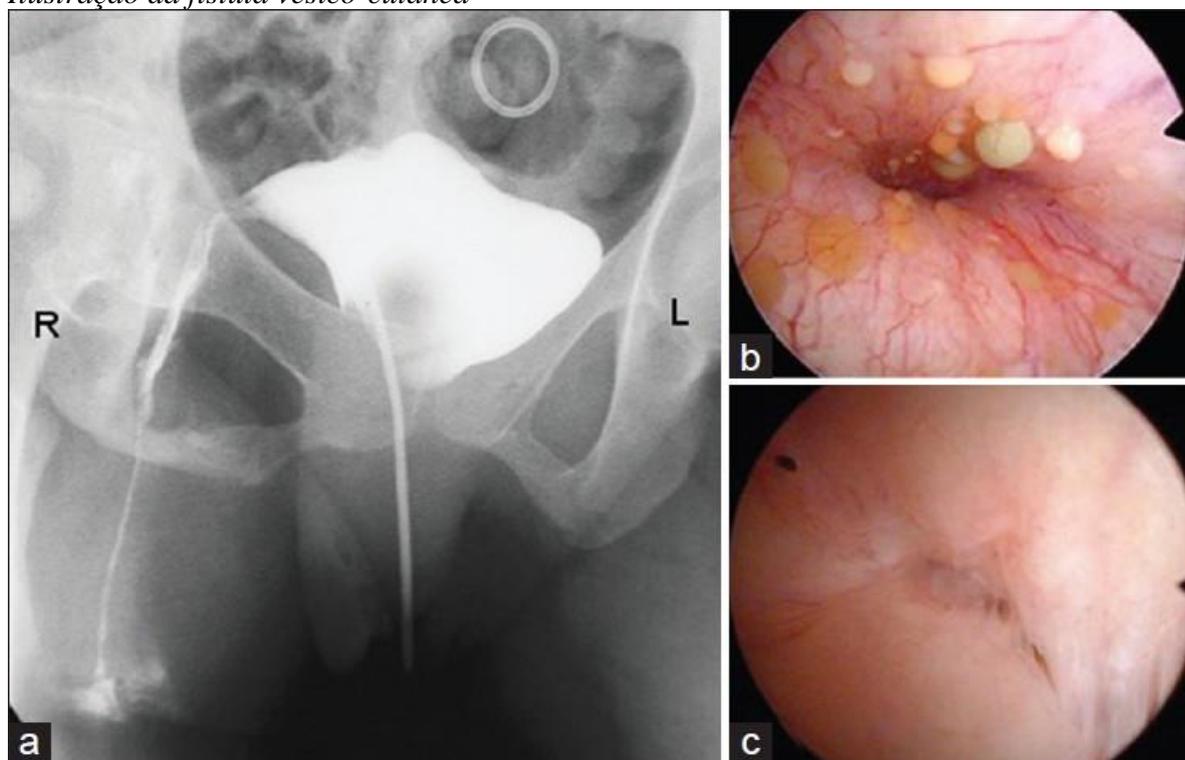
Associada a esta técnica cirúrgica surge também na literatura estudos a mencionar como complicação tardia a estenose da uretra e esclerose do colo vesical, nomeadamente no estudo de Carneiro et al. (2016), acrescenta Caro-Zapata et al. (2018) que estas complicações surgem numa proporção de 6%.

É reforçada esta percentagem de estenose da uretra de 5,2% num estudo, em 2011 em 96 utentes, efetuado por Taha et al., neste mesmo estudo refere-se também como complicação tardia uma percentagem de 4,2% de utentes com fístula urinária (Fontenele, 2021).

Em 2013, num estudo retrospectivo, de Elshal et al, identificou-se uma taxa de perda de urina/ fistula urinária de cerca de 4,9% em doentes submetidos a esta cirurgia (Fontenele, 2021). Num estudo realizado em 2019, verificou-se a existência de fístula urinária em 3,4% da amostra (Casanova et al., 2019).

### Figura 16

*Ilustração da fístula vesico-cutânea*



Nota: Na imagem da direita superior imagem obtida por cistoscopia, na imagem inferior aspeto da bexiga após encerramento da fístula

Fonte: <https://www.jpgmonline.com/article.asp?issn=0022-593Byear=2013%3Bvolume=59%3Bissue=3%3Bpage=220%3Bepage=222%3Baulast=Wang>

59%3Byear=2013%3Bvolume=59%3Bissue=3%3Bpage=220%3Bepage=222%3Baulast=Wang

Num estudo, realizado em Togo, numa amostra de 76 utentes intervencionados verificou-se como complicação tardia fístulas vesico-cutâneas em 7,9% da amostra (Botcho, et al., 2018).

Num estudo efetuado em 2016 por Francesca, surgem como outras complicações uma proporção de 5,75% de utentes que desenvolveram orquiepididimite e 4,21% de fístula urinária.

As complicações tardias percebidas, num estudo em 2016, em Portugal, foram de 18,6%, sendo elas identificadas como 1,7% de estenose da uretra, 1,1% de esclerose do colo vesical e 1,1% de ejaculação retrógrada entre outras (Teixeira, 2016).

No estudo desenvolvido por Inzunza (2014), refere-se a taxa de 1,48% de utentes que desenvolveram estenose da uretra.

As complicações desta técnica cirúrgica, não relacionados com problemas urológicos, incluem trombose venosa profunda, embolia pulmonar, enfarte do miocárdio e acidente vascular cerebral, mas a sua incidência é referida como inferior a 1% (Caro-Zapata et al., 2018; Marques, 2014).

### **Tabela 1**

*Apresentação e identificação variáveis independentes do estudo*

Hematúria	Verificado em Paranhos et al. em 2011 referido por Fontenele (2021); Casanova (2019); Caro-Zapata (2018); Botcho et al.(2018); Carneiro et al. (2016); Teixeira (2016)
Urgência Urinária	Verificado em Teixeira (2016); Prado et al.,(1990);
Incontinência Urinária	Verificado em Fontenele (2021); Caro-Zapata (2018); Botcho et al (2018); Francesca (2016); Teixeira (2016).
Infeção Ferida Operatória	Verificado em Taha et al (2011) referido por Fontenele (2021); Casanova (2019); Botcho et al (2018); Teixeira (2016); Francesca (2016); Inzunza (2014).
Infeção Urinária	Verificado em Botcho et al (2018); Teixeira (2016); Francesca (2016); Inzunza (2014); Pourmand et al. (2010).
Orquite	Verificado em Botcho et al (2018); Francesca (2016); Varregoso (2011).
Epididimite	Verificado em Botcho et al (2018); Francesca (2016); Varregoso (2011).
Estenose Uretral	Verificado em Caro-Zapata (2018); Carneiro et al. (2016); Teixeira (2016); Inzunza (2014); Marques (2014).
Esclerose do Colo Vesical	Verificado em Caro-Zapata (2018); Teixeira (2016); Marques (2014).
Litíase Renal	
Litíase Vesical	Verificado em Teixeira (2016); Prado, et al. (1990).
Dor por espasmo	
Disfunção Sexual	Verificado em Caro-Zapata (2018); Francesca (2016); Marques (2014).
Impotência Sexual	
Ejaculação Retrógrada	Verificado em Caro-Zapata (2018); Francesca (2016); Marques (2014).
Fístula Vesico-cutânea	Verificado em Taha et al (2011) referido por Fontenele (2021); Casanova (2019); Botcho et al (2018); Teixeira (2016); Francesca (2016);
Outras	Verificado em Marques (2014); Prado et al (1990).

À exceção dos manuais considerados na formação académica de Enfermagem, (Brunner & Suddarth, PHIPPS, entre outros), não foram encontrados na literatura científica atual, os cuidados de enfermagem, dispensados ao doente com HBP, razão pela qual, é, pertinente

considerar-se o objetivo e a pertinência de conhecer quais os cuidados de enfermagem indicados neste contexto e destes, especificamente, quais os cuidados que podem ser assumidos como indicadores sensíveis da qualidade dos cuidados de Enfermagem.

## COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS E AUTÓNOMAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA – CONTEXTO DO DOENTE CRÍTICO: QUE RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS EM ESTUDO E O CAMPO DA PROFISSÃO?

Este estudo, parte do respeito pela pertinência do desenvolvimento da prática profissional, em contexto de internamento cirúrgico, numa unidade de internamento de especialidades cirúrgicas, de entre as quais, a Urologia. Assim, as componentes e abordagens terapêuticas e cuidadoras dentro desta área de trabalho, permitem a aquisição de novos conhecimentos e o desenvolvimento de novas práticas. Todo este conjunto, faz emergir novas competências na área de enfermagem e mais especificamente, na área da especialidade em médico- cirúrgica, ao nível da Pessoa em situação crítica.

Nas competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para os enfermeiros especialistas em Médico-Cirúrgica na área do doente crítico, destaca-se:

“a) Cuida da pessoa, família/cuidados, a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; (...)

c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobiano perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.”  
(Ordem dos Enfermeiros[OE], 2018, p. 19359)

Há uma sinergia entre o enunciado das competências esperáveis/expectáveis pela OE no Decreto-lei número 429/2018 e o que se vai apresentar em discussão/conclusões para poder sustentar uma proposta de criação de consulta de Enfermagem em Urologia, ou *guideline* para objetivar um programa de ações cuidativas em hiperplasia prostática.

Para criar propostas fundamentadas é necessário sustentá-las em resultados de investigação. Eis porque este estudo é essencial do ponto de vista do desenvolvimento da competência específica e autónoma do enfermeiro , nomeadamente em contexto “de doentes em risco”, quer ao nível da promoção de saúde quer ao nível da prevenção de doença.

Esta mesma entidade define doente crítico como “ (...) cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais (...)”(Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011, p. 8656), pelo que o doente submetido a prostatectomia transvesical, tal como referido anteriormente, tem o risco de desenvolver diversas complicações, nomeadamente, risco de hematúria, de infeção quer urinária, quer da ferida operatória, constituindo-se assim, um doente crítico.

Estes utentes necessitam de prestadores de cuidados de enfermagem altamente qualificados, que deem resposta às suas necessidades afetadas, prevenindo complicações e limitando possíveis incapacidades, ao longo da recuperação total do utente.

Este trabalho tem como um dos seus objetivos conhecer as complicações inerentes a esta intervenção cirúrgica de forma a tornar o profissional de saúde, neste caso, enfermeiro especialista em médico-cirúrgica capaz de prever, detetar precocemente as complicações que se possam vir a desenvolver, de forma a assegurar intervenções, cuidados de enfermagem, de uma forma precisa e eficiente em tempo útil.

Mais acrescenta a OE no regulamento das competências do enfermeiro especialista em médico-cirúrgico em doente crítico que, este deve prestar cuidados à pessoa/utente que esteja em estado emergente/crítico, antecipando a instabilidade e o risco de falência orgânica.

Assistindo a pessoa, familiar/cuidador na gestão das perturbações emocionais decorrentes desta situação crítica, gerindo a comunicação interpessoal e a relação terapêutica, entre o utente, família/cuidador e equipa de prestação de cuidados face às situações de alta complexidade do seu estado de saúde (OE, 2018).

Outro objetivo deste trabalho, é desenvolver um guião de procedimentos específicos nesta área, no sentido de proporcionar melhores cuidados a estes utentes, o que constitui uma outra competência comum do enfermeiro especialista em médico-cirúrgica, nomeadamente, a melhoria contínua da qualidade e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, “desenvolve o autoconhecimento (...) e baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019, p. 4745).

Constituindo-se a infeção, uma das complicações identificadas nesta técnica cirúrgica, torna-se pertinente, a necessidade de desenvolver a competência específica na especialidade médico-cirúrgica no doente crítico, na área da prevenção de infeção e resistência a antimicrobianos, com a elaboração de um guia como plano de prevenção e controlo dessa infeção, bem como o enfermeiro especialista assumir a liderança no desenvolvimento de procedimentos de controlo dessa infeção, tal como determinado no regulamento de competências nº 429/2018, definido pela OE (OE, 2018).

Para além disso, este documento servirá para a apresentação dos resultados em contexto de pares, de forma a proporcionar momentos de análise e reflexão, o que também constitui uma das competências a desenvolver, pelo enfermeiro especialista em médico-cirúrgica, tal como definido no regulamento nº 122/2011 das competências comuns para o enfermeiro especialista e que estabelece no seu artigo 4º a gestão dos cuidados como um dos quatro domínios das competências comuns, estando estas plasmadas no seu artigo 7, a saber: “gere os cuidados de

enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (...) visando a otimização da qualidade dos cuidados” (OE, 2019, p. 4748), nomeadamente para análise e reflexão sobre o tema, para a otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.

## **CAPÍTULO II – ESTUDO EMPIRICO**

## **METODOLOGIA**

A forma de adquirir novos conhecimentos com vista ao crescimento pessoal e profissional, emerge de questões/problemas que vamos constatando na prática do dia a dia, e da pesquisa/investigação minuciosa, que devemos efetuar de forma sistemática ao longo da nossa vida profissional e pessoal. A investigação torna-se assim uma forma de aquisição de conhecimento científico com o objetivo de evoluir cientificamente na profissão e obter respostas às dúvidas e questões que surjam.

Esta investigação partiu das questões de investigação: Será que é possível identificar e analisar as complicações emergentes em doentes submetidos a prostatectomia transvesical? Será que há estratégias cuidadoras de enfermagem, promotoras da diminuição das complicações nestes doentes?

De forma a dar resposta a esta problemática e após uma pesquisa/revisão bibliográfica formulou-se o seguinte objetivo:

Reconhecer as complicações emergentes após prostatectomia transvesical em doentes diagnosticados com HBP.

Como objetivos específicos foram definidos:

Reconhecer as complicações emergentes após prostatectomia transvesical em doentes diagnosticados com HBP, ao longo de quatro momentos de pós-operatório;

Analisar a relação entre a presença de complicações pós-operatórias e a existência prévia de comorbilidades clínicas no utente diagnosticado com HBP;

Reconhecer as estratégias cuidadoras da parte de enfermagem, promotoras da diminuição das complicações, em doentes diagnosticados com HBP.

## ***TIPO DE ESTUDO***

Para dar consecução aos objetivos definidos foi elaborado um estudo transversal, de carácter exploratório, observacional, descritivo e analítico, do ponto de vista metodológico quantitativo pois a pesquisa centra-se numa análise de fatos e fenómenos observáveis, procurando comprovar a relação causal das variáveis medidas e comparadas ou relacionadas, através de dados numéricos e quantificáveis (Coutinho, 2019).

## ***POPULAÇÃO E AMOSTRA***

A população alvo do estudo foram todos os utentes submetidos à cirurgia

prostatectomia por via transvesical num Centro Hospitalar do Norte de Portugal no período de 2015-2020, será desta que emerge a amostra, sujeitos com as mesmas características desta população, sobre onde incide a colheita de dados e por consequência a investigação (Coutinho, 2019).

**Tabela 2**

*Apresentação e identificação dos critérios de inclusão e exclusão amostral*

<b>Crítérios inclusão</b>	<b>Crítérios exclusão</b>
Utentes intervencionados com esta técnica operatória no período de 2015-2020	Existência de comorbilidades semelhantes às do estudo
Consentimento livre em participar no estudo	

A população inicial deste estudo, foi registada, numericamente, de 228 utentes intervencionados à próstata, nomeadamente, prostatectomia transvesical que foram intervencionados num Centro Hospitalar do Norte de Portugal, no período de 2015-2020, tendo sido referenciados pelos urologistas (elos de ligação) que laboram neste momento no serviço de Urologia desse mesmo Centro Hospitalar.

Destes utentes todos foram contactados, sendo que, 13 utentes tinham falecido e 1 utente recusou entrar no estudo sem especificar o motivo, constituindo-se assim uma amostra respondente de 214 utentes submetidos a prostatectomia transvesical num Centro Hospitalar do Norte de Portugal no período de 2015-2020.

**Tabela 3**

*Apresentação da caracterização da amostra nas variáveis idade e residência*

	<b>FREQUÊNCIA ABSOLUTA (N)</b>	<b>FREQUÊNCIA RELATIVA (%)</b>
<b>IDADE</b>		
51-55	5	2,3
56-60	19	8,9
61-65	39	18,2
66-70	50	23,4
71-75	50	23,4
>75	51	23,8
<b>RESIDÊNCIA</b>		
Meio rural	181	84,6
Meio urbano	33	15,4

### **PERÍODO DE RECOLHA DE DADOS**

A aplicação do questionário à amostra respondente, constituindo-se assim, o período da colheita de dados, ocorreu durante os meses de fevereiro e março de 2021.

## ***INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS***

A definição do instrumento de colheita de dados partiu dos objetivos definidos nesta investigação e das características da população a ser investigada, para isso definiu-se como instrumento de recolha de dados, o preenchimento de um questionário.

O instrumento de recolha de dados (IRD) (anexo IV) foi construído e formulado para a realização desta investigação (Gabriel & Veiga-Branco, 2021), tendo sido os seus conteúdos fundamentados na pesquisa bibliográfica. Foram consideradas as variáveis emergentes do construto teórico descritas no item 1.2.1 (páginas 29-39), onde se encontram explicitamente ancoradas as variáveis assumidas como independentes neste estudo.

Este questionário ou instrumento de recolha de dados está dividido em 3 partes:

1º parte: Questionário orientado para a caracterização das variáveis sociodemográficas: idade, estado civil, residência, cuidador informal, habilitações literárias, situação laboral.

2º parte: Questionário orientado para a caracterização clínica do utente no pré-operatório: antecedentes pessoais, ingestão de álcool, hábitos tabágicos, algaliação prévia à cirurgia e dimensão da próstata.

3º parte: Orientado para as variáveis dependentes em estudo, nomeadamente, as complicações pós-operatórias verificadas: no momento da alta, na primeira consulta – 30 dias de pós-operatório, na segunda consulta – 90 dias de pós-operatório e na terceira consulta – 6 meses após a cirurgia.

## ***PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS***

No momento inicial, aqui considerado preliminar ao início do estudo, foi preparada uma solicitação de acesso aos dados clínicos do utente. Todavia, a morosidade e a complexidade ligadas à Comissão de Proteção de Dados, exigiu a criação de uma estratégia metodológica, que de alguma forma, permitisse a consecução dos objetivos do estudo, sem de qualquer modo correr o risco de dano ético ou deontológico. Assim, e considerando estes pressupostos foi encontrada uma estratégia metodológica viável, que permitia acesso – para fazer a colheita de dados direta – aos doentes, a partir dos responsáveis pelos doentes propriamente ditos, pelas decisões terapêuticas, médicas e cirúrgicas e pelo seu estatuto enquanto cidadãos inseridos no Sistema Nacional de Saúde, numa unidade de internamento.

A recolha de dados obedeceu a um procedimento de 3 momentos cronológicos conforme a autorização específica no anexo III.

1ª Momento cronológico - Solicitação da colaboração ao Diretor do Serviço de

Especialidades Cirúrgicas -Urologia do Centro Hospitalar do Norte de Portugal.

A primeira abordagem, efetuada pela investigadora, para realização do estudo e a aplicação desse questionário foi o devido pedido de colaboração ao Diretor de Serviço da Urologia desse centro hospitalar e à restante equipa médica que prontamente responderam que poder-se-ia contar com a sua colaboração e referência dos utentes para o estudo, constituíram-se assim elos de ligação entre o hospital e a investigadora. Após esta abordagem à equipa de Urologia foi feito o pedido de autorização da realização do estudo ao Conselho de Administração desse centro hospitalar do norte de Portugal e respetiva Comissão de Ética, através do Serviço de Formação Estágios e Investigação (SEFI) existente nesse hospital, respeitando os protocolos existentes no hospital com a entrega do processo de pedido de investigação na instituição.

2º Momento cronológico - Após a autorização destas entidades pode iniciar-se o processo de investigação com a aplicação do questionário.

O momento do processo de aplicação do IRD aos doentes, emergiu da sinalização prévia e organizada, por parte de cada médico responsável pelo(s) respetivo(s) utente(s).

Para tal, contactou-se a equipa médica do serviço de urologia que, após apresentação e análise do projeto, o aceitou, pelo que se disponibilizou, por contactar, explicar a finalidade, motivar e referenciar os utentes, para o estudo.

3º Momento cronológico - Recolha de dados através da aplicação de um guião de entrevista semiestruturada aos utentes previamente referenciados:

a) contacto com os doentes para a entrevista por telefone, em utentes com dificuldade de locomoção e geograficamente distantes;

b) entrevista pessoal na consulta externa de urologia do centro hospitalar por ser considerado de conveniência para o utente.

Nesta fase a investigadora, depois de se identificar, explicou novamente o estudo, de forma a obter o devido consentimento informado do utente, para a sua inclusão no estudo e aplicação do questionário.

De salientar que, no preenchimento do questionário, não existe qualquer referência aos dados pessoais do utente, nomeadamente, nome ou contacto telefónico.

4º Momento cronológico - Construção de uma base de dados, apartir dos elementos recolhidos para tratamento de todas as variáveis pré-configuradas.

Esta recolha ocorreu durante os meses de fevereiro e de março de 2021.

## VARIÁVEIS EM ESTUDO

Neste estudo identificamos como variável dependente: complicações em doentes submetidos a PTV; como variáveis independentes sociodemográficas - idade, estado civil, cuidador informal, habilitações literárias, residência e situação laboral; e variáveis independentes clínicas: antecedentes pessoais, ingestão de álcool, hábitos tabágicos, algaliação previa à cirurgia, cirurgias abdominais prévias, dimensão da próstata. Como variáveis independentes que emergem da variável dependente e que são operacionalizadas cronologicamente e de situação conforme a identificação da presença destas pelo utente.

As variáveis são a base da investigação, usadas com o intuito de caracterizar e descrever o fenómeno em tudo nessa investigação. Acrescenta Pais Ribeiro (2010), que estas são uma característica que se distribuem por diferentes valores qualidades. Pelo que, se procedeu à sua identificação e operacionalização, como se pode verificar na tabela 4, de forma, a que a recolha de dados, análise e interpretação destes, se simplificasse e fossem analisados, para dar consecução aos objetivos já apresentados.

**Tabela 4**

*Apresentação das variáveis independentes de caracterização sociodemográfica da amostra*

Variável	Tipificação	Operacionalização
<b>Idade</b>	Classes/Escalões etários	<45; 45-50; 51-55; 56-60; 61-65; 66-70; 71-75; >75
<b>Estado civil</b>	Qualitativa	Solteiro, Casado, Divorciado, Viúvo, União de facto
<b>Cuidador informal</b>	Dicotómica	Sim; Não
<b>Residência</b>	Qualitativa	Meio urbano; Meio rural
<b>Habilitações literárias</b>	Ordinal	Analfabeto; Ensino primário; Ensino secundário; Ensino superior
<b>Situação laboral</b>	Qualitativa	Emprego; Desemprego; Reformado

No sentido de estudar as condições comportamentais e/ou de atitude, que de alguma forma podem promover a ocorrência desta patologia em estudo, foram estudadas e selecionadas a fim de serem estudadas, como elementos desencadeadores, ou não, da hipertrofia benigna da Próstata. Assim, e como pode ser constatado, na Tabela 5, foram reunidas – a partir da literatura anteriormente apresentada – cada uma destas variáveis, também independentes, com as respetivas sinaléticas de sintomatologia.

**Tabela 5**

*Apresentação das variáveis independentes e de caracterização da variável dependente, clínica, da amostra*

Variável	Tipificação	Operacionalização
<b>Antecedentes pessoais</b>	Qualitativa	Hta; dm; patologia respiratória; cálculos renais, cálculos vesicais; cirurgia abdominal prévia; outros

<b>Ingestão de álcool</b>	Qualitativa	Não bebe; consumo à refeição; consumo fora da refeição; consumo à refeição e fora desta
<b>Hábitos tabágicos</b>	Dicotômica	Sim; não
<b>Dimensão da próstata</b>	Ordinal	Resposta em gramas
<b>Algaliação prévia à cirurgia</b>	Dicotômica	Sim; não

No sentido de estudar a variável dependente, foram estudadas e selecionadas as variáveis independentes, que servem para operacionalizar a variável dependente, e serem estudadas, como determinantes relativas ao objeto de estudo, ou seja, as complicações da cirurgia prostatectomia transvesical à Hipertrofia benigna da Próstata. Assim, e como pode ser constatado, na Tabela 6, foram reunidas – a partir da literatura anteriormente apresentada – cada uma destas variáveis independentes relativamente ao objeto de estudo.

**Tabela 6**

*Apresentação e identificação das variáveis independentes relativas ao objeto de estudo da amostra*

Variável	Tipificação	Operacionalização
<b>Hematuria</b>	Dicotômica	Sim; não
<b>Urgência urinária</b>	Dicotômica	Sim; não
<b>Incontinência urinária</b>	Dicotômica	Sim; não
<b>Infeção ferida operatória</b>	Dicotômica	Sim; não
<b>Epididimite</b>	Dicotômica	Sim; não
<b>Orquite</b>	Dicotômica	Sim; não
<b>Estenose uretral</b>	Dicotômica	Sim; não
<b>Esclerose colo vesical</b>	Dicotômica	Sim; não
<b>Disfunção sexual</b>	Dicotômica	Sim; não
<b>Impotência sexual</b>	Dicotômica	Sim; não
<b>Ejaculação retrógrada</b>	Dicotômica	Sim; não
<b>Fístula vesico-cutânea</b>	Dicotômica	Sim; não
<b>Dor por espasmo</b>	Dicotômica	Sim; não
<b>Infeção urinária</b>	Dicotômica	Sim; não
<b>Litíase vesical</b>	Dicotômica	Sim; não
<b>Litíase renal</b>	Dicotômica	Sim; não
<b>Outras</b>	Dicotômica	Sim; não

## **CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

A componente ética numa investigação, deverá ter como base de ação a Declaração de Helsínquia (1964), difundida por códigos de ética e regulamentos de investigação em seres humanos, em que se destacam os princípios do Código de Nuremberga em 1949 (Fortin, 2009; Albuquerque, 2013). A *World Medical Association* (WMA) elaborou a Declaração de Helsínquia com base em princípios éticos para a investigação clínica em seres humanos, incluindo investigação dos dados e material humanos identificáveis.

Como atrás se expôs, e assumindo os princípios da Declaração de Helsínquia, foi elaborado um pedido de autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar e à

Comissão de Ética da Instituição, para execução do estudo, com parecer favorável do diretor de serviço e respetiva equipa, anexando-se a declaração de responsabilidade do orientador científico do estudo. Após o parecer positivo da comissão de ética, da referida instituição, o Conselho de Administração, deu autorização para a sua execução (Anexo III).

Ao desenvolvimento do *rationale* metodológico desta pesquisa em doentes prostatectomizados, foi aplicado o princípio da autonomia ou princípio da liberdade, que de forma clara e concisa, estabelece e determina a autonomia das pessoas, admitindo que as suas escolhas e decisões são verdadeiramente autónomas e livres. Insere-se neste campo o Consentimento Informado (anexo II) – que, em suma, é uma autorização pessoal e intransmissível, autónoma (livre) emitida para toda e qualquer intervenção médica ou/e pesquisa e condições legais por ela implicadas. Neste estudo e porque todos os doentes sem exceção, são neurologicamente autónomos (conscientes), o consentimento informado foi solicitado individualmente, sem necessidade de qualquer evidência de representante legal, pese embora houvesse por parte da equipa de investigação, desta evidência, conhecimento.

Após ter sido aprovado o consentimento informado, pôde ter-se acesso aos doentes, deixando claramente apresentadas as três componentes em colheita de dados, nestas condições, conforme atrás apresentado:

1 - Liberdade para consentir – Deve ser livre, voluntário e consciente, e isento de coação física, psíquica e/ou moral;

2 - Informação esclarecedora – As informações devem constar de forma esclarecedora e adequada para uma tomada de decisão autónoma e isenta de dúvidas;

3 - Privacidade e Confidencialidade – É a base para a confiança entre o investigado e o investigador. É obrigação do investigador garantir a privacidade.

Todas as condições foram neste estudo, asseguradas.

### ***PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS***

Após a colheita de dados foi chegada a fase analítica da investigação, de forma a reunir, analisar os dados obtidos, interpretá-los e daí retirar as devidas ilações e conclusões.

Para os procedimentos de análise de dados, nomeadamente no tratamento estatístico deste estudo empírico, foram necessárias análises descritivas e inferenciais sobre os resultados obtidos. Para tal, recorreu-se ao programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* – *SPSS for Windows*, versão 22.0 para o *Windows*.

Para descrever as características relativas aos doentes da amostra, e dar resposta aos

objetivos de investigação, foram selecionados os seguintes testes:

1. Estatística descritiva - na análise descritiva, utilizaram-se frequências absolutas e relativas, médias, desvio padrão (DP), mínimos e máximos, sempre que considerado útil para melhor caracterizar a amostra em estudo, para todas as variáveis independentes socio demográficas e clínicas relativas à variável dependente.

2. Análise inferencial para conhecer as relações dos resultados provenientes da amostra, que poderão prever complicações ou comorbilidades mediante as características da população aqui inserida. Na análise inferencial e no estudo da relação no cruzamento para teste estatístico entre a variável dependente com as independentes relacionadas, utilizou-se o teste de Qui-quadrado ( $\chi^2$ ), já que esta em causa o cruzamento de duas variáveis nominais.

Nos casos em que os pressupostos do teste de Qui-quadrado não puderam ser garantidos, foi utilizado o Teste Exato de Fisher. O valor-p do teste exato de Fisher é preciso para todos os tamanhos amostrais, mesmo se, e eventualmente, os resultados provenientes do teste qui-quadrado que examina as mesmas hipóteses, possam ser imprecisos quando o número de células é pequeno (Pestana & Gageiro, 2014).

Para toda a análise inferencial dos dados, considerou-se o nível de significância a probabilidade ( $p$ ) < 0,05 ou intervalo de confiança (IC) de 95%.

## APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

No sentido de manter o trabalho estruturado e para uma melhor observação e percepção dos dados obtidos após a aplicação do instrumento de recolha de dados, procedemos a apresentação dos resultados obtidos da amostra respondente, em tabelas e gráficos, numa primeira fase de apresentação relativa à caracterização desta amostra a nível sociodemográfico, seguida da caracterização desta amostra respondente, a nível clínico no período do pré-operatório.

Apresentam-se em primeiro lugar as variáveis que caracterizam a amostra, o perfil sociodemográfico dos 214 doentes respondentes diagnosticados com hiperplasia benigna da próstata, submetidos a prostatectomia transvesical.

Da análise dos dados recolhidos verifica-se que se trata de uma amostra relativamente envelhecida, com uma minoria amostral de 11,2% de doentes até aos 60 anos de idade, e a maioria (70,6%) dos doentes acima dos 65 anos de idade.

Este dado vai ao encontro dos dados obtidos acerca da situação laboral onde se verifica que 70,1% estão reformados. De salientar que apenas 5 utentes têm a sua idade compreendida entre os 51 e 55 anos e abaixo desta faixa etária não houve nenhum utente intervencionado nesta altura.

Avaliando os resultados referentes à situação laboral verifica-se que para além dos 70,1% da amostra que se encontram reformados, 28% dos utentes da amostra ainda trabalham e 4 utentes que representam 1,9% da amostra encontram-se desempregados.

Apreciando os dados da amostra acerca da zona de residência constata-se que 84,6% dos respondentes habitam em meio rural, em comparação com 15,4% que habitam em meio urbano.

Analisando a amostra referente ao seu estado civil e da existência ou não de cuidador informal: 89,3% da amostra é casada e 84,6% têm apoio no seu domicílio, de um cuidador informal, caso seja necessário, na sua recuperação pós-operatória.

Em contraste 22 utentes (10,3%) não possuíam qualquer apoio no seu domicílio. A restante amostra respondente distribui-se entre 5,6% de viúvos, 3,7% solteiros e 3 utentes (1,45%) estão divorciados.

Mencione-se que a amostra se caracteriza a nível da escolaridade, na sua maioria, ao nível do ensino primário (171=79,9%), sendo que 12 respondentes (5,6%) assumem ser analfabetos. Em menor expressão temos os 29 doentes (13,6%) que assumem ter concluído o Ensino Secundário e finalmente, só 2 doentes (0,9%), terão concluído o Ensino Superior.

**Tabela 7**

*Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais das variáveis sociodemográficas, relativas à amostra*

	Frequências absolutas (n)	Frequências relativas (%)
<b>Idade</b>		
51-55	5	2,3
56-60	19	8,9
61-65	39	18,2
66-70	50	23,4
71-75	50	23,4
>75	51	23,8
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	8	3,7
Casado	191	89,3
Divorciado	3	1,4
Viúvo	12	5,6
<b>Residência</b>		
Meio rural	181	84,6
Meio urbano	33	15,4
<b>Cuidador informal</b>		
Não	22	10,3
Sim	192	89,7
<b>Habilitações literárias</b>		
Analfabeto	12	5,6
Ensino primário	171	79,9
Ensino secundário	29	13,6
Ensino superior	2	0,9
<b>Situação laboral</b>		
Empregado	60	28,0
Desempregado	4	1,9
Reformado	150	70,1

Analisando os dados obtidos na instrumento de recolha de dados acerca da variável antecedentes clínicos – comorbilidades da amostra, constata-se que, 54 doentes (25,2%), apresentam-se sem antecedentes, por oposição à maioria que se distribui por sete tipologias de comorbilidades: por exemplo, 130 doentes (60,7%), apresentam HTA, 38 doentes (17,8%) assumiram estar diagnosticados com DM, em 10 doentes (4,75%) foi verificada patologia respiratória, seguido de cálculos vesicais e cálculos renais, em 17 (7,9%), e 11 doentes (5,1%), respetivamente.

Constatou-se de experiência cirúrgica anterior, cirurgia abdominal prévia em 34 doentes (15,9%), bem como outras patologias de menor relevo, em outros 21 doentes (9,8%).

A grande maioria dos doentes (94,4%), consome álcool apenas à refeição, 2 utente (0,9%) não bebem qualquer bebida alcoólica e 46,3% tem hábitos tabágicos. Verifica-se que

27,1% dos doentes, - por oposição à maioria de 72,9% dos doentes -, assumiu que vivia com algaliação permanente, pelo que apresentava algaliação prévia à cirurgia.

A variável tamanho da próstata, aqui considerada um indicador de relevo, foi estudada, - e partindo do volume médio fisiológico da próstata em adulto entre 50 e 80 anos, que aumentou de 24 para 38 gramas - verifica-se nesta amostra o aumento médio evidente do tamanho da próstata. Mesmo considerando o DP de 39,07, e sendo que o valor médio aqui observado, se situa em 101,98 gramas, foi registado que uma parte da amostra pode apresentar-se com o mínimo de 36 gr. (e, portanto, até inferior ao valor observado neste escalão etário), mas há de facto outra parte com um valor máximo de 291 gr., ou seja, com a próstata hipertrofiada.

### Tabela 8

*Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais das variáveis caracterização clínica, relativas à amostra*

	Frequências absolutas (n)	Frequências relativas (%)
<b>Ingestão de álcool</b>		
Não bebe	2	0,9
Consumo à refeição	202	94,4
Consumo à refeição e fora desta	10	4,7
<b>Hábitos tabágicos</b>		
Não	115	53,7
Sim	99	46,3
<b>Algaliação prévia à cirurgia</b>		
Não	156	72,9
Sim	58	27,1
<b>Antecedentes</b>		
Sem antecedentes	54	25,2
HTA	130	60,7
DM	38	17,8
Patologia respiratória	10	4,7
Cálculos vesicais	17	7,9
Cálculos renais	11	5,1
Cirurgia abdominal prévia	34	15,9
Outros	21	9,8

Tamanho da próstata: média 101,98 gramas (desvio padrão 39,07); min: 36; máx: 291

Explorando os dados obtidos pela aplicação do instrumento de recolha de dados à amostra respondente iremos em seguida expor os resultados relativamente às complicações verificadas no pós-operatório em 4 fases: no momento da alta, na primeira consulta de pós-operatório aos 30 dias, aos 3 meses de pós-operatório e aos 6 meses após a cirurgia.

Para estudar a variável complicações presentes no momento da alta clínica, após a cirurgia, a tabela 9, apresenta a distribuição dos valores das variáveis independentes, como a seguir se expõe.

A maioria da amostra não apresenta quaisquer complicações no pós operatório

imediate, à exceção de hematúria, urgência urinária e infecção da ferida operatória. Todavia, verifica-se que: uma evidente maioria, 78,5% dos utentes, refere apresentar hematúria, que a quase totalidade da amostra, 96,3% referem urgência urinária, e a infecção da ferida operatória, está presente em 27 (12,6%) utentes.

Relativamente a sintomas de infecção, 12,6% da amostra no momento da alta apresentam infecção da ferida operatória, 7,5% de infecção do trato urinário, 1,9% de orquite e 0,9% refere ter epididimite no momento da alta o que corresponde a uma taxa de queixas associadas a infecção de 22,9% no total.

Constata-se ainda 1,9% incontinência urinária a presença de litíase vesical e renal na proporção de 0,9% cada uma e de 0,5% em queixas de dor por espasmo ou outras queixas. Todos os utentes no momento da alta referem a presença de algum sintoma.

**Tabela 9**

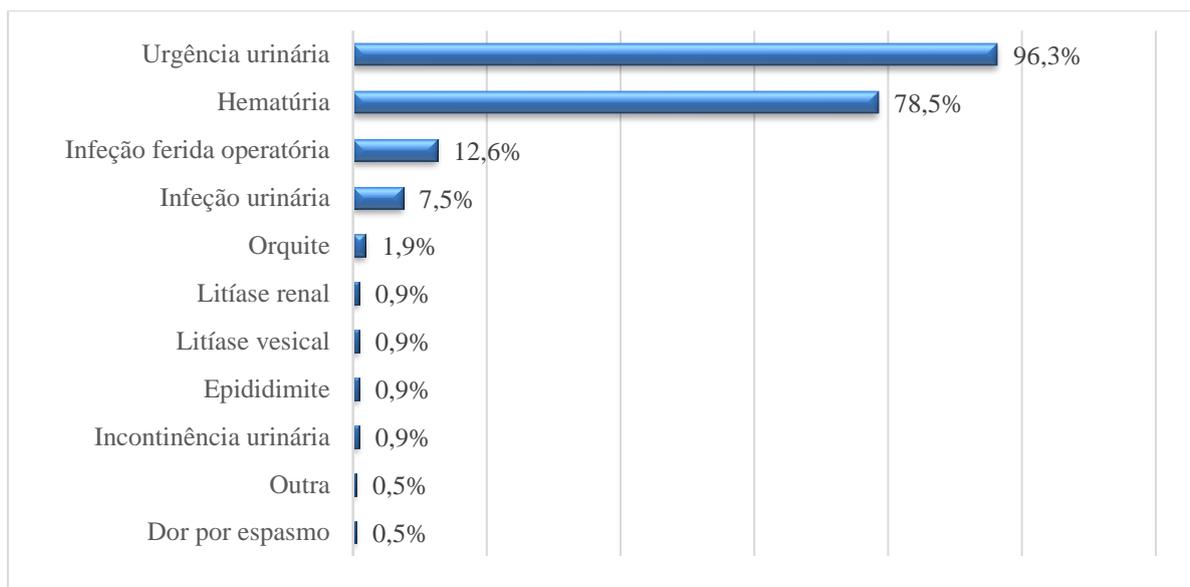
*Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais das variáveis dependentes, relativas à amostra no momento da alta*

	SIM		NÃO	
Hematúria	<b>168</b>	78,5%	46	21,5%
Urgência urinária	<b>206</b>	96,3%	8	3,7%
Infecção ferida operatória	<b>27</b>	12,6%	187	87,4%
Incontinência urinária	2	0,9%	212	99,1%
Epididimite	2	0,9%	212	99,1%
Orquite	4	1,9%	210	98,1%
Estenose uretral	0	0%	214	100%
Esclerose colo vesical	0	0%	214	100%
Disfunção sexual	0	0%	214	100%
Impotência sexual	0	0%	214	100%
Ejaculação retrógrada	0	0%	0	100%
Fístula vesico-cutânea	0	0%	214	100%
Dor por espasmo	1	0,5%	213	99,5%
Infecção urinária	16	7,5%	198	92,5%
Litíase renal	2	0,9%	212	99,1%
Litíase vesical	2	0,9%	212	99,1%
Outras	1	0,5%	213	99,5%

A figura 17, pretende tornar mais visível a pertinência dos dados, demonstrando as variáveis mais representativas e presentes no momento da alta, verificando-se assim as três principais complicações emergentes, presentes no momento da alta, na amostra de doentes submetido a prostatectomia transvesical: urgência urinária, hematúria e infecção da ferida operatória.

**Figura 17**

*Apresentação da distribuição dos valores percentuais da variável complicações no momento da alta da amostra*



A próxima figura 18, apresenta a variável dependente complicações, na observação do segundo momento cronológico, ou seja, no momento da consulta dos 30 dias de pós-operatório.

Conforme se pode verificar, há 29,4% dos utentes que mantem queixas de hematúria. Relativamente a queixas de urgência urinária, 97,7% da amostra respondente, refere esta sintomatologia e 13,1% dos utentes refere mesmo incontinência urinária.

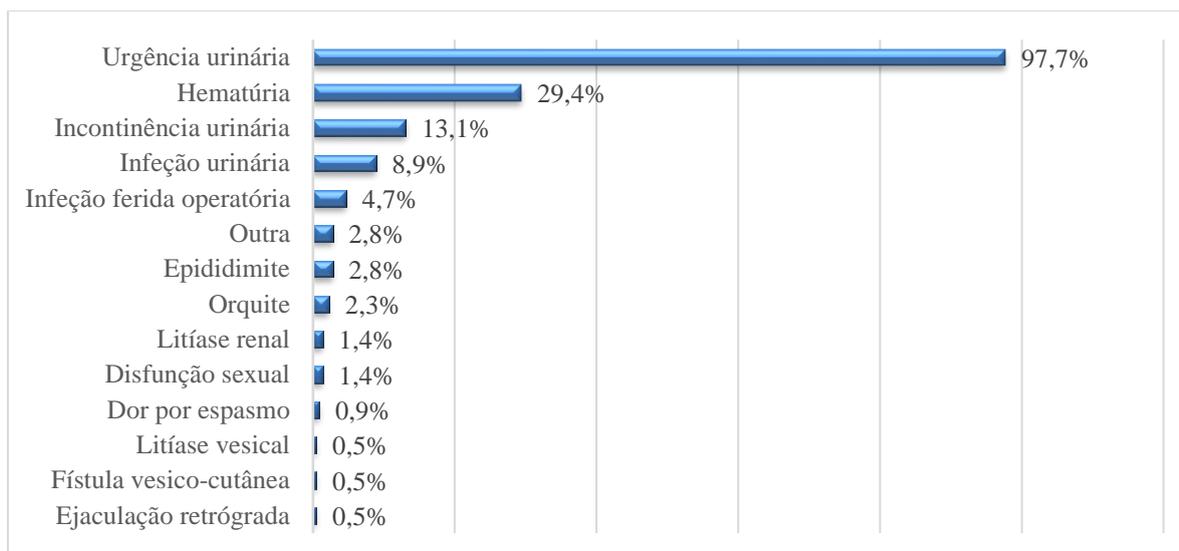
Analisando os dados relativos a presença de sintomatologia de infeção, 8,9% dos utentes referem infeção do trato urinário, 4,7% da ferida operatória, 2,8% epididimite e 2,3% referem ter tido orquite nos primeiros 30 dias de pós operatório.

Surgem nesta fase, - e é necessário ser aqui referido, para efeito de comparação posterior - utentes com queixas de alteração na função sexual, nomeadamente, 1,4% com queixas de disfunção sexual, 0,5% com ejaculação retrógrada.

A amostra respondente (1), refere litíase vesical, e outro, a presença de fístula vesico-cutânea. Há 2,8% da amostra, que refere ter litíase renal nesta fase e 2,8%, apresenta outras queixas não mencionadas no questionário.

### **Figura 18**

*Apresentação da distribuição dos valores percentuais da variável complicações no momento da 1ª consulta (30 dias) da amostra*



Relativamente a análise dos dados referentes as complicações referidas pela amostra a médio prazo, aos 3 meses de pós-operatório verifica-se que:

Analisando queixas urinárias, 69,2% da amostra respondente refere ter urgência urinária e 23 utentes (10,7%) apresentam incontinência urinária.

Associada a alterações do padrão sexual 6,5% da amostra refere disfunção sexual e 0,5% impotência sexual. Constituindo assim, as três variáveis estatisticamente mais presentes na amostra: urgência urinária (69,2%), incontinência urinária (10,7%) e alteração do padrão sexual (7%).

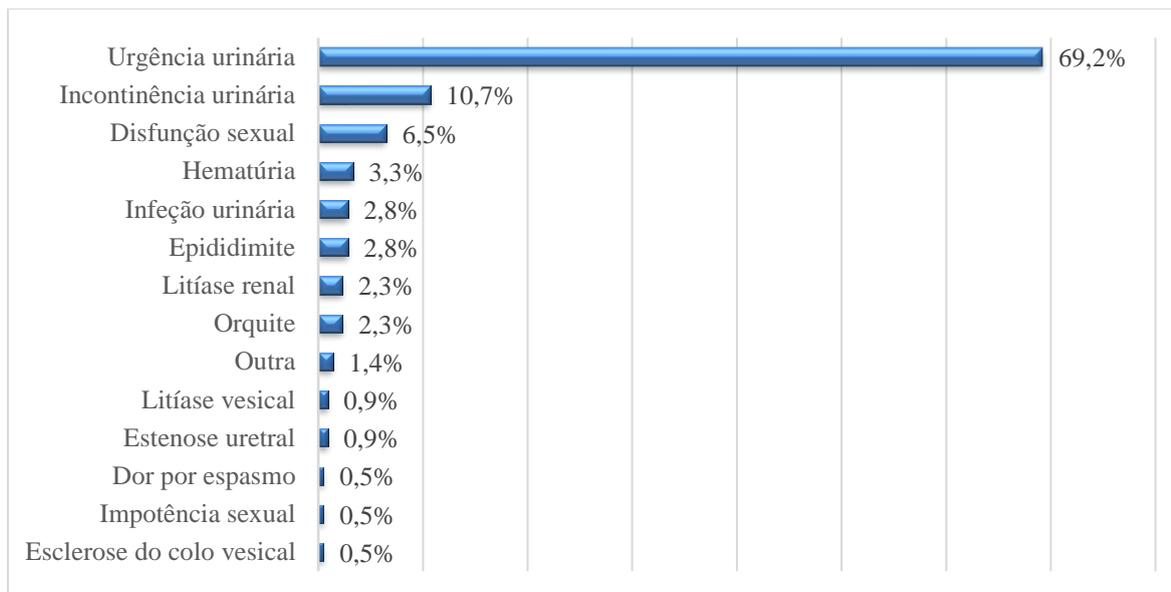
De referir que apesar de 3 meses de pós-operatório, 3% da amostra ainda refere manter hematúria. Analisando as queixas associadas a infeção encontramos que 2,8% da amostra refere epididimite e infeção urinária e 2,3% dos utentes respondentes referem orquite.

Relativamente a queixas associadas a litíase, 2,3% da amostra refere litíase renal e 0,5% da amostra respondente referem litíase vesical.

Surgem nesta fase, de médio prazo, queixas relativas a estenose uretral (0,9%) e 0,5% da amostra refere esclerose do colo vesical. Nesta fase, 24,8% da amostra não refere ter no momento qualquer tipo de complicação presente.

### **Figura 19**

*Apresentação da distribuição dos valores percentuais da variável complicações no momento da 2ª consulta (3 meses) da amostra*



Apreciando os dados obtidos pela aplicação do instrumento de dados acerca das complicações presentes a longo prazo, aos 6 meses de pós-operatório verifica-se que:

Uma percentagem significativa da amostra (68,7%) não refere ter qualquer tipo de complicações.

Relativamente aos dados obtidos pela aplicação do IRD verifica-se que: 15,4% da amostra mantém urgência urinária, 4,7% (10 utentes) mantêm queixas de incontinência urinária e 0,5% da amostra refere ter hematúria.

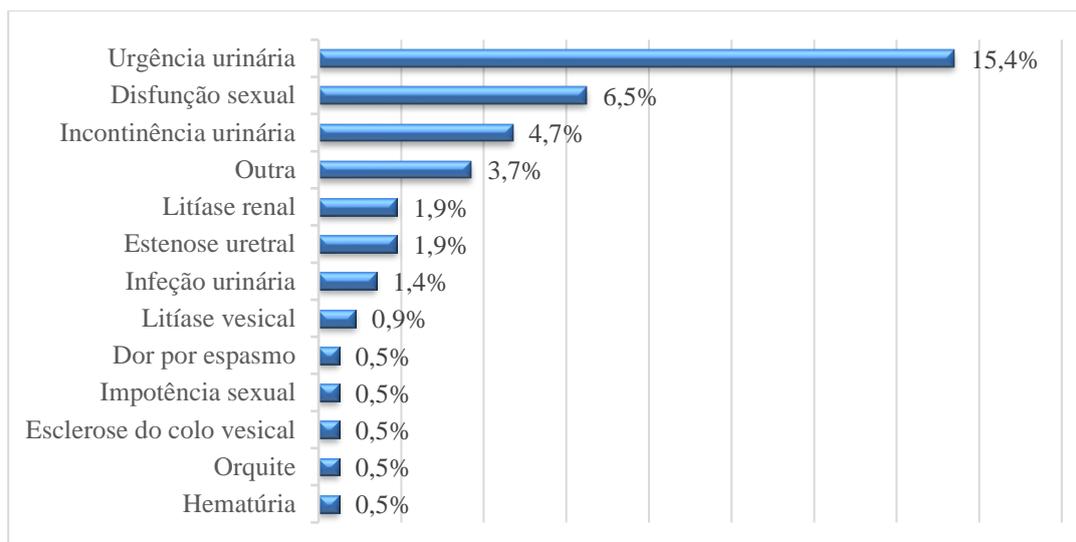
Mantêm-se os valores de queixas relativas a alteração da função sexual (7%), da estenose uretral (1,9%) e esclerose vesical (0,5%).

Avaliando as queixas relacionadas com infeção verifica-se que 1,4% da amostra refere infeção do trato urinário e 0,5% orquite. A litíase renal e vesical verifica-se em 1,9% e 0,5% da amostra, respetivamente.

A amostra respondente (8=3,7%), refere ainda queixas que não são especificadas no instrumento de recolha de dados.

### **Figura 20**

*Apresentação da distribuição dos valores percentuais da variável complicações no momento da 3ª consulta (6 meses) da amostra*



Em suma, e como resumo sucinto - e como pode ser verificado na Figura 21 - através da apresentação global dos valores respectivos, as variáveis que assumem o estatuto de complicações mais frequentes no momento da alta, são a sensação (eminente) de urgência urinária (96,3%), a hematúria (78,5%) e a infecção da ferida operatória (12,6%). As frequências relativas destas variáveis, tendem a diminuir a partir da 2ª consulta.

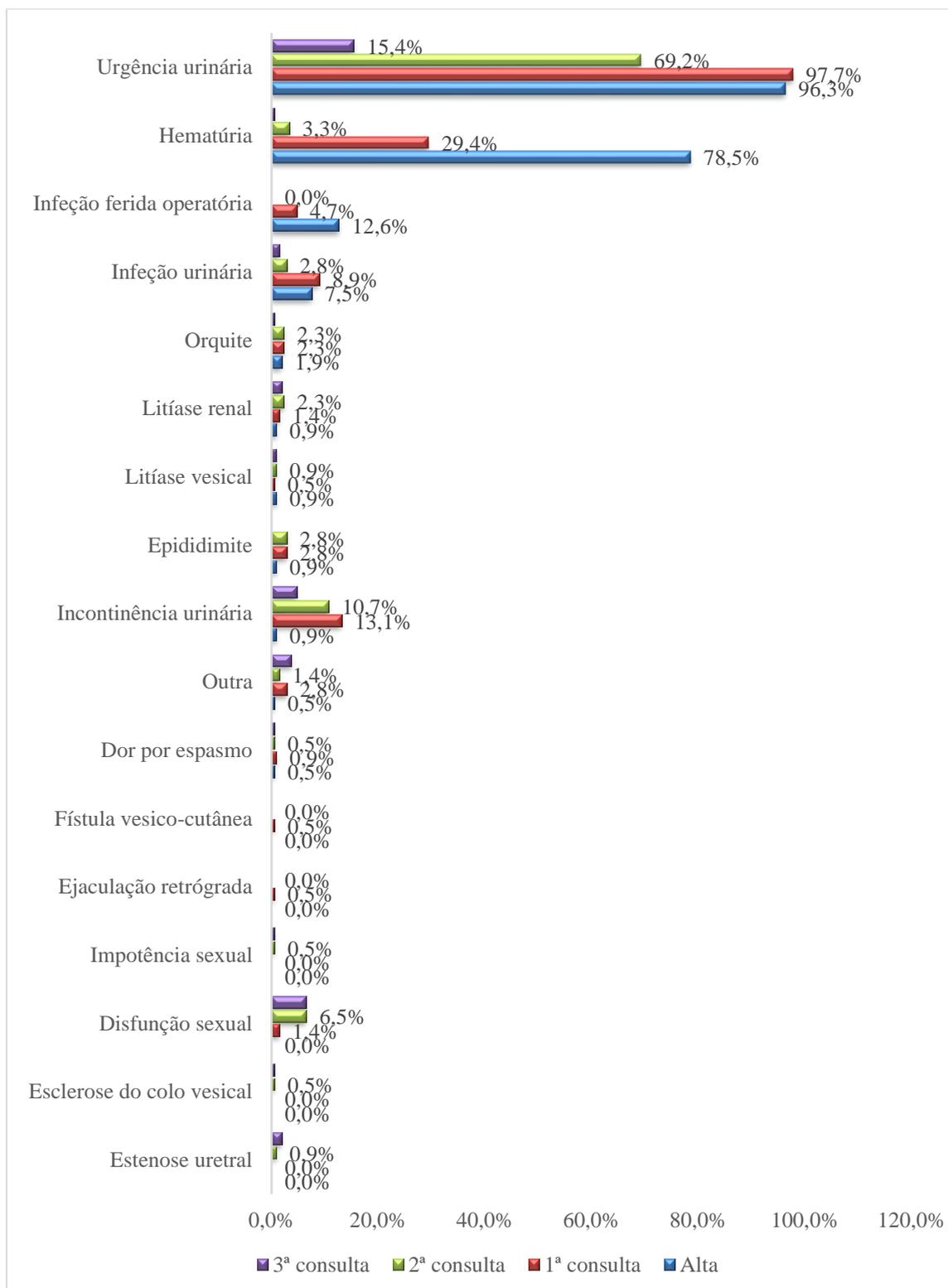
Em relação à incontinência urinária, muito embora não se tenha verificado ocorrência evidente no momento da alta (0,9%), a sua frequência, é claramente maior no momento da 1ª consulta (13,1%) e da 2ª consulta (10,7%), do que anteriormente, ao momento da alta.

A evidência de queixas de alteração, do padrão sexual, no momento da alta, não é uma queixa presente, mas esta, é tendencial e progressivamente superior, com o passar do tempo pós-operatório, sendo de 1,9% no primeiro mês e 7% aos três e seis meses de pós-operatório.

Verifica-se igualmente, a presença de esclerose e estenose apenas a médio e longo prazo, nomeadamente, estenose uretral (0,9%) e 0,5% da amostra, refere esclerose do colo vesical, presente aos 3 meses e estenose uretral (1,9%) e esclerose vesical (0,5%), presente aos 6 meses de pós operatório.

### **Figura 21**

*Apresentação da distribuição dos valores percentuais das variáveis dependentes, relativas à amostra no momento da alta, na 1ª, 2ª e 3ª consulta*



No sentido de estudar a variável antecedentes ao próprio processo hiperplásico, e analisando os resultados obtidos da aplicação do instrumento de recolha de dados observou-se – como pode verificar-se na Figura 22 - que os utentes da amostra respondente, com antecedentes já evidentes – emergentes da anamnese de enfermagem, nomeadamente no momento da admissão - no pré-operatório, posteriormente, apresentam mais complicações no

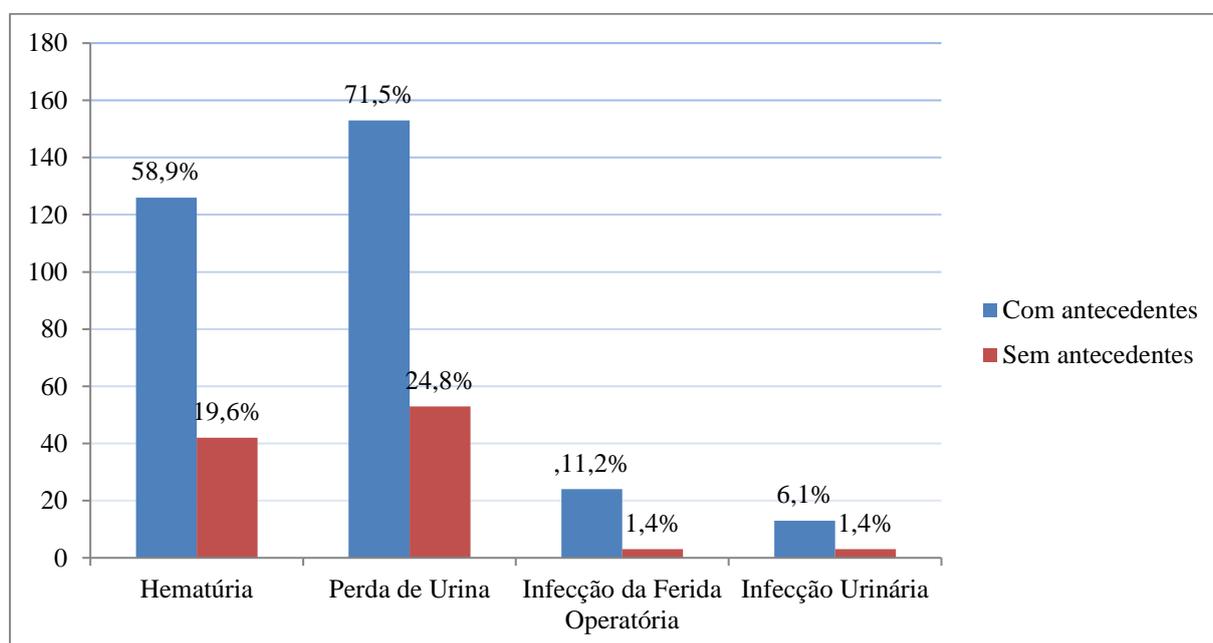
pós-operatório, verificado no momento da alta. Nomeadamente, 126 utentes (58,9%, mais do que metade da amostra aqui em estudo), apresentam hematúria, por oposição a 42 (19,6%) utentes, que não apresentam antecedentes e que desenvolveram hematúria no pós-operatório imediato. Em conclusão parcelar e básica, os doentes com antecedentes, apresentam, à posteriori, evidência mais expressiva de complicações.

Em relação à perda de urina (aqui designada como urgência urinária e/ou incontinência urinária), foi constatada a existência de antecedentes da HBP, nomeadamente em 153 (71,5%) doentes e por oposição 53 (24,8%) utentes sem antecedentes pese embora também tenham referido perda de urina.

Como pode ser observado, na figura seguinte, referente à análise da variável infeção, (na ferida operatório ou urinária), verifica-se que: 17,3% dos utentes com antecedentes prévios, desenvolveram sintomatologia de infeção no pós-operatório, contrariamente, a 2,8% dos utentes que a desenvolveram e não tinham no pré-operatório antecedentes.

### Figura 22

*Apresentação da distribuição dos valores de frequência relativa para a variável antecedentes com a variável complicações no momento da alta da amostra*

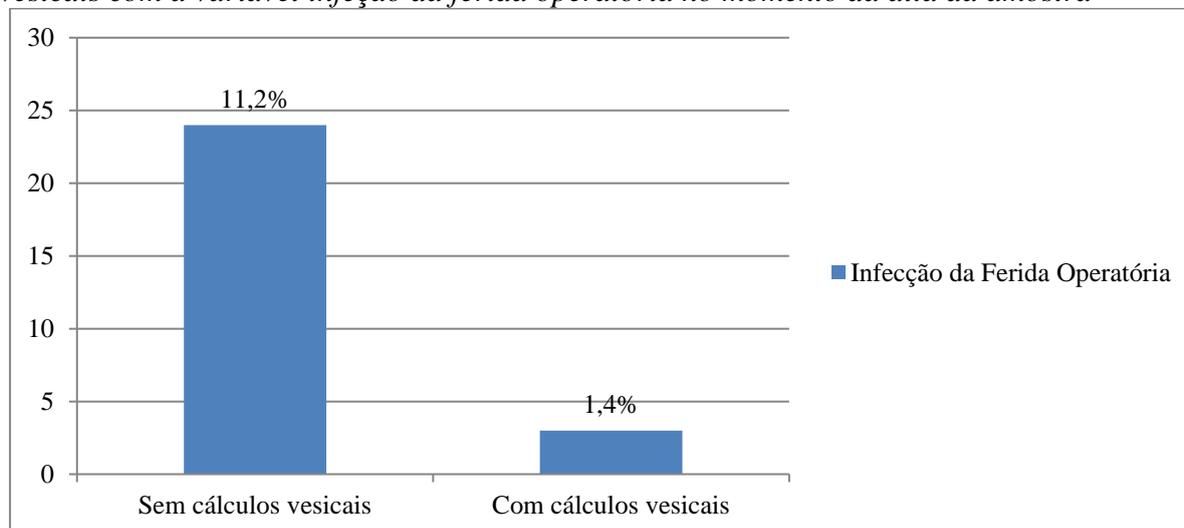


Como pode também ser verificado através da Figura 23, e a partir das observações no momento da alta, constatou-se que 11,2% dos utentes referiram infeção da ferida operatória, sem que tivesse sido verificada - como antecedente no pré-operatório - a variável cálculos vesicais. Apenas uma escassa minoria de 1,4% dos utentes, ou seja, 3 utentes da amostra, revelou que terá desenvolvido infeção na ferida operatória, sem nunca terem tido esse

antecedente, isto é, cálculos vesicais.

### Figura 23

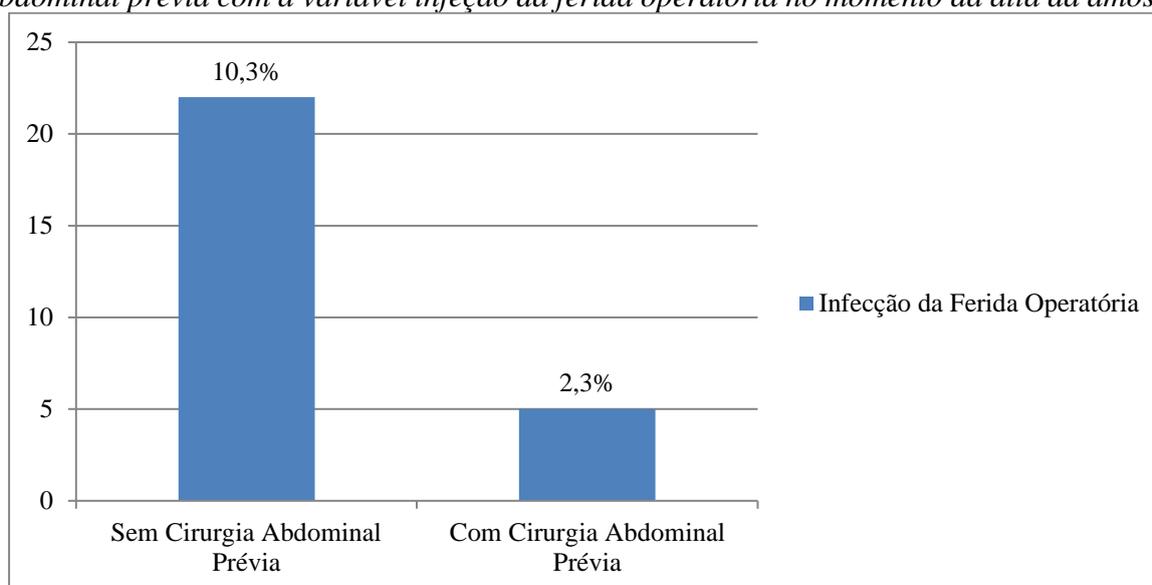
*Apresentação da distribuição dos valores de frequência relativa para a variável cálculos vesicais com a variável infecção da ferida operatória no momento da alta da amostra*



Analisando os dados referentes à amostra com antecedentes de cirurgia abdominal prévia no pré-operatório verificou-se que 5 (2,3%) utentes vieram a desenvolver infecção da ferida operatória no pós-operatório, contrastando com os 22 (10,3%) utentes que desenvolveram infecção da ferida operatória, mas que não apresentavam no pré-operatório como antecedente uma cirurgia abdominal prévia.

### Figura 24

*Apresentação da distribuição dos valores de frequência relativa para a variável cirurgia abdominal prévia com a variável infecção da ferida operatória no momento da alta da amostra*



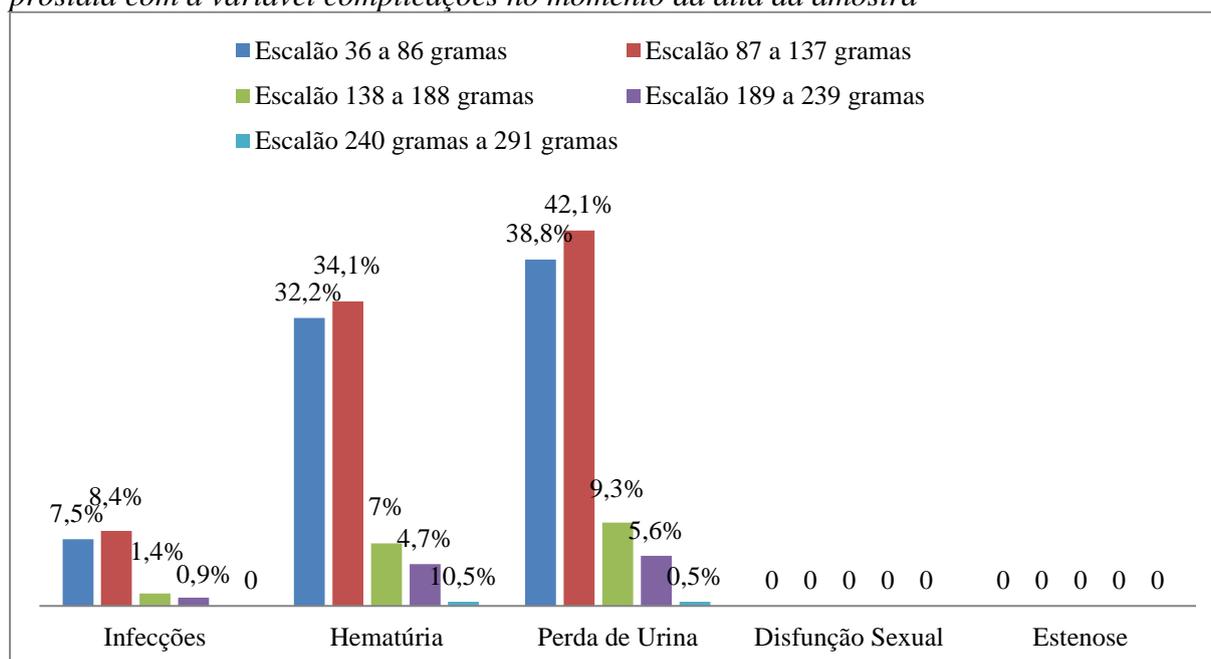
Apreciando os dados obtidos da amostra da relação entre o tamanho da próstata (nos escalões definidos e apresentados em legenda do gráfico de 50 em 50gr.) e as complicações presentes no momento da alta observa-se que: 66,3% (142) utentes com próstata abaixo das 137 gr. desenvolveram hematúria em contraste com 12,1% (26) utentes com próstata acima desse tamanho que a desenvolveram. Analisando a perda de urina verifica-se que 80,8% (173) utentes referem esta complicação tendo a próstata abaixo das 137gr. contrariamente, existem 15,4% (33) utentes com o tamanho da próstata acima desse valor até ao máximo de 391gr. que referem esta perda de urina.

Verifica-se ainda que: 15,9% (34) utentes com próstata abaixo das 137gr. referem ter tido no momento da alta infeção - quer da ferida operatória, urinária ou outro tipo de infeção.

Salienta-se o facto de no momento da alta nenhum utente da amostra respondente referir queixas de disfunção sexual ou estenose.

### Figura 25

*Apresentação da distribuição dos valores de frequência relativa para a variável tamanho da próstata com a variável complicações no momento da alta da amostra*



Relativamente à análise, dos dados da amostra, referente ao tamanho da próstata no pré-operatório com a presença de complicações de hematúria, verifica-se que, 142 (66,3%) utentes da amostra que apresentam esta complicação no momento da alta tinham no pré-operatório próstatas de dimensões inferiores a 137 gr., contrastando com 26 (12,1%) utentes que apresentavam esta hematúria no pós-operatório imediato e tinham no pré-operatório próstata de tamanho superior a 138 gr. até 291gramas.

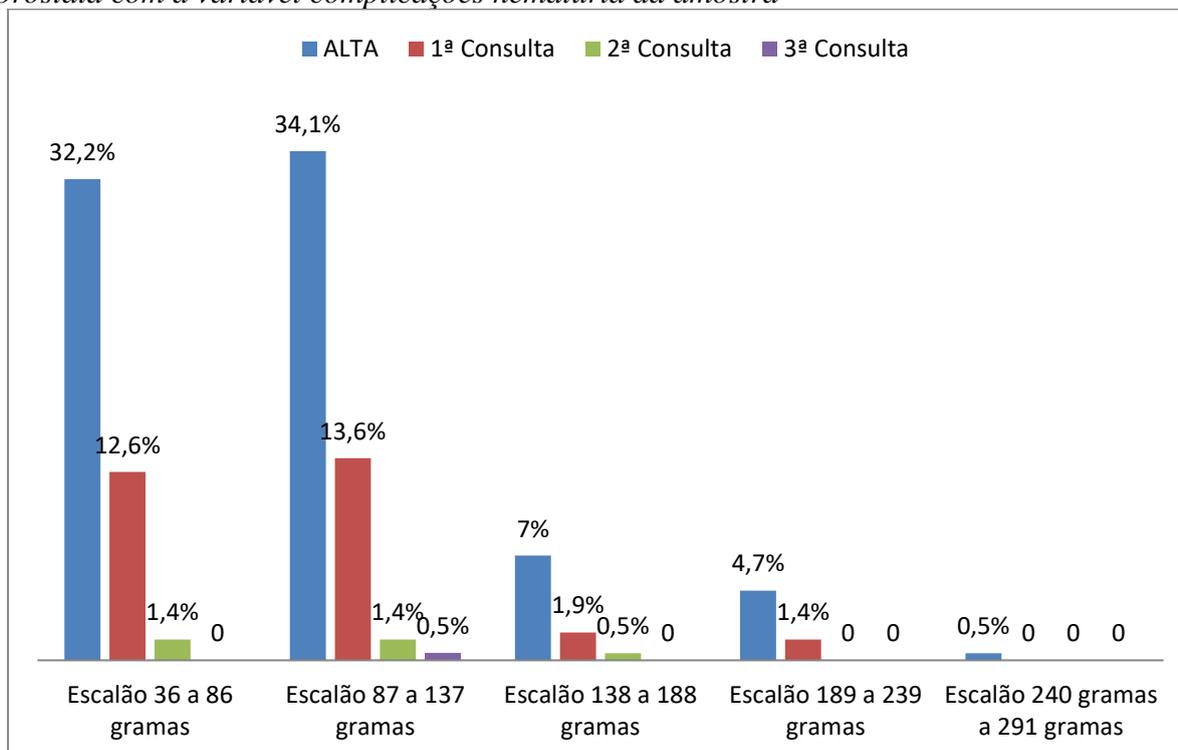
Analisando os dados relativos à presença desta variável na primeira consulta da amostra verifica-se que 56 (26,2%) utentes com próstatas de menores dimensões (até 137 gr.) apresentavam queixas de hematuria, comparativamente com 7 (3,3%) utentes que apresentava a mesma sintomatologia de hematuria com próstata de tamanho superior a 138 gramas até 291 gramas.

Na 2ª consulta verifica-se que 6 (2,8%) utentes percecionam a alteração da coloração da urina para hemática com próstata de dimensão inferior a 137 gr. e um (0,5%) utente apresentava esta sintomatologia com tamanho superior a este.

Relativamente à terceira consulta verificou-se que: nenhum utente respondente refere esta complicação (hematuria) independentemente do tamanho prostático no pré-operatório.

### Figura 26

*Apresentação da distribuição dos valores de frequência relativa para a variável tamanho da próstata com a variável complicações hematuria da amostra*



Relativamente à análise, dos dados da amostra, referente ao tamanho da próstata no pré-operatório com a presença de complicações de disfunção sexual, verifica-se que, a amostra apenas a refere na primeira consulta. Analisando os dados relativos à presença desta variável na primeira consulta da amostra verifica-se que 1,4% dos utentes com próstatas de menores dimensões (até 137 gr.) apresentavam queixas de disfunção sexual – quer disfunção sexual, impotência ou ejaculação retrógrada -, comparativamente com 1 (0,5%) utente que apresentava a mesma sintomatologia de alteração sexual com próstata de tamanho superior a 138 gramas

até 291 gramas.

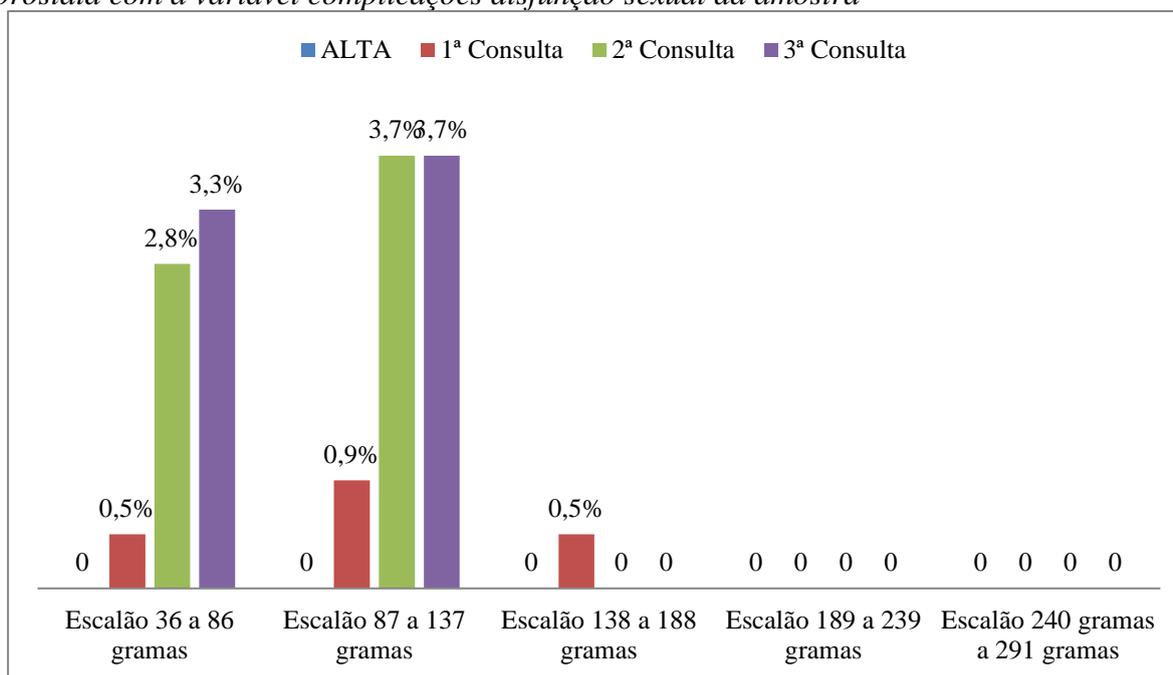
Na 2ª consulta verifica-se que 6,5% dos utentes percecionam a alteração do padrão sexual com volume prostático, de dimensão inferior a 137 gr. e nenhum utente apresenta esta sintomatologia com tamanho superior a este.

Relativamente à terceira consulta verificou-se que: os valores apurados se mantêm, com um valor idêntico, de 7% utentes com alteração sexual e tamanho prostático até 137 gr. e nenhum utente respondente perceciona essa disfunção sexual com tamanho superior a 138 gr. até 291 gramas.

Na terceira consulta, aos seis meses de pós-operatório, 16,4% dos utentes da amostra respondente referem perda de urina tendo como antecedente pré-operatório a próstata de tamanho até 137 gr. contrastando com 3,3% dos utentes que referem essa mesma perda de urina, mas que no pré-operatório apresentavam como antecedentes de tamanho da próstata valor mais elevado, acima de 138 gr. até ao valor máximo apresentado de 291 gramas.

### Figura 27

*Apresentação da distribuição dos valores de frequência relativa para a variável tamanho da próstata com a variável complicações disfunção sexual da amostra*



Apreciando os dados obtidos pela aplicação do instrumento de recolha de dados da variável tamanho da próstata com a presença de perda de urina como complicação pós-cirúrgica verifica-se que, no momento da alta, 80,8% dos utentes com próstatas de menores dimensões (até 137 gr.) apresentavam perda de urina – quer urgência urinária e/ou incontinência urinária –, comparativamente com 15,4% dos utentes que apresentavam a mesma sintomatologia de

perda de urina com próstata de tamanho superior a 138 gr. até 291 gramas.

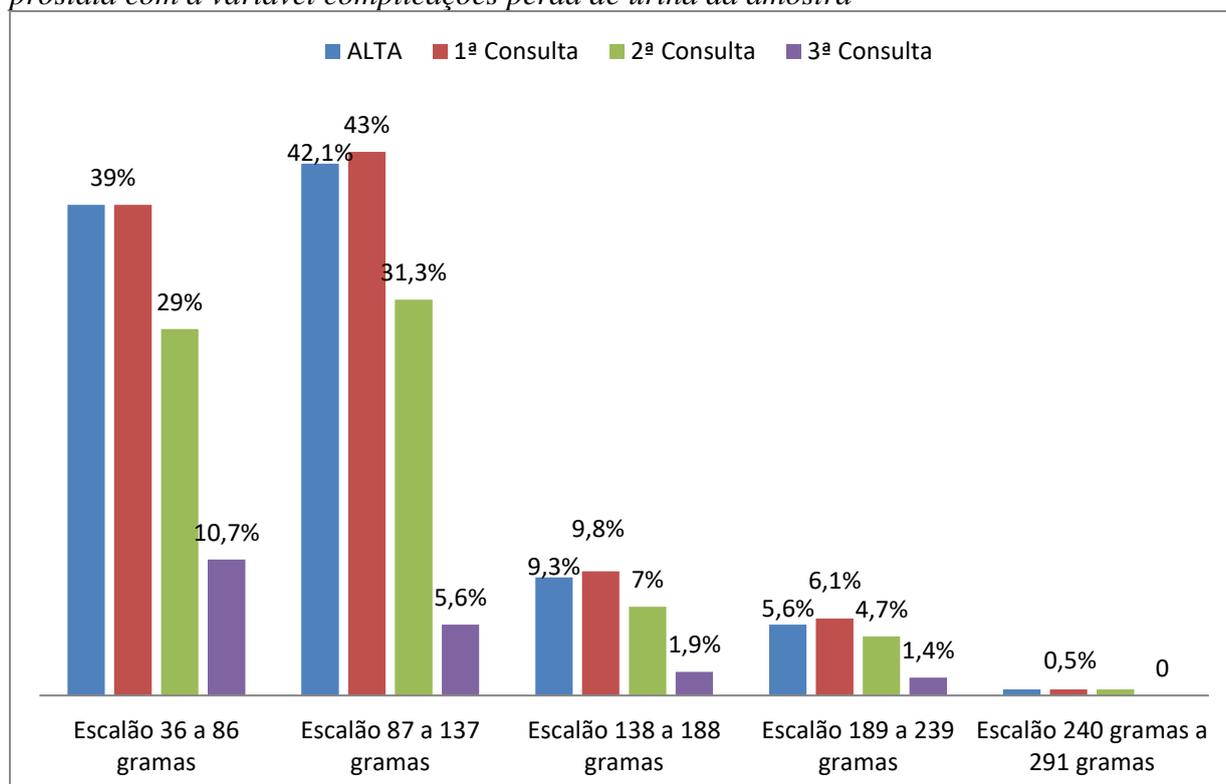
Relativamente à primeira consulta verificou-se que: os valores apurados se mantêm, com um valor idêntico, de 81,8% utentes com perda de urina e tamanho prostático até 137 gr. e 16,4% utentes respondentes que percecionam essa perda de urina com tamanho superior a 138 gr. até 291 gramas.

Na 2ª consulta verifica-se que 60,3% dos utentes percecionam a perda de urina com próstata de dimensão inferior a 137 gr. e 12,1% dos utentes apresentam esta sintomatologia com tamanho superior a este.

Na terceira consulta, aos seis meses de pós-operatório, 16,4% dos utentes da amostra respondente referem perda de urina tendo como antecedente pré-operatório a próstata de tamanho até 137 gr. contrastando com 3,3% dos utentes que referem essa mesma perda de urina, mas que no pré-operatório apresentavam como antecedentes de tamanho da próstata valor mais elevado, acima de 138 gr. até ao valor máximo apresentado de 291 gramas.

### Figura 28

*Apresentação da distribuição dos valores de frequência relativa para a variável tamanho da próstata com a variável complicações perda de urina da amostra*



Analisando os dados obtidos pela aplicação da entrevista verifica-se que, no momento da alta, 18,2% dos utentes referem infeção (da ferida operatória, urinária, orquite ou epididimite), 96,3% dos utentes percecionam perda de urina (urgência urinária e/ou

incontinência urinária), 78,5% referem hematúria não havendo amostra a referir quer disfunção sexual, quer estenose.

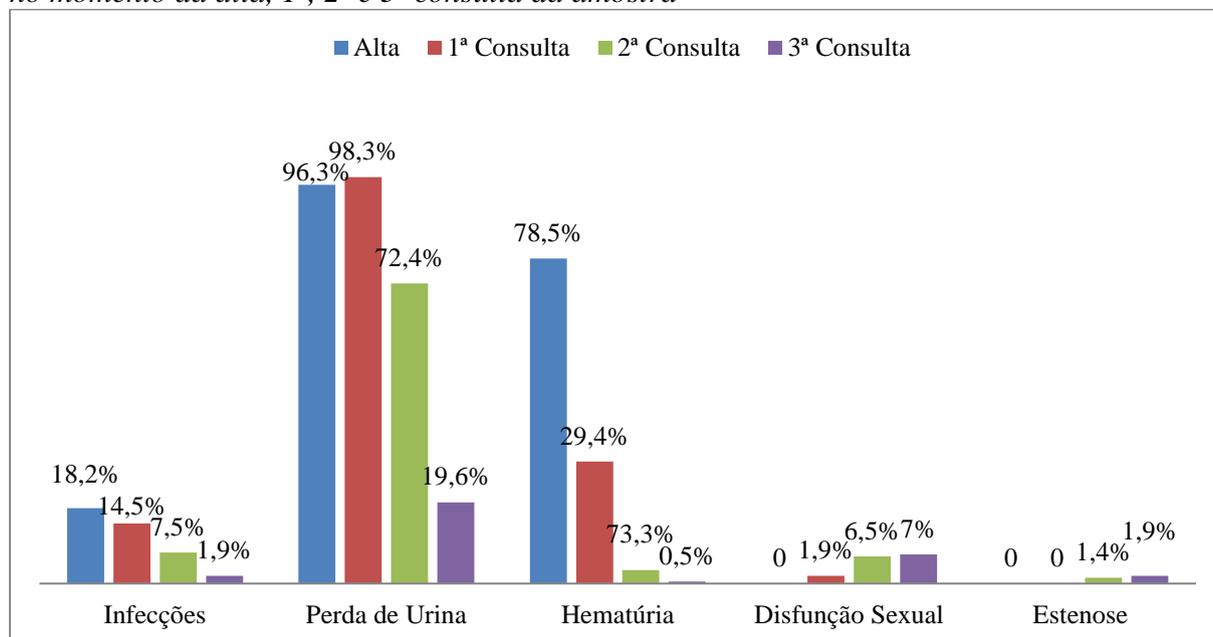
Na 1ª consulta, 14,5% (31) dos utentes referem infeção, 98,3% (210) dos utentes percecionam perda de urina (urgência urinária e/ou incontinência urinária), 29,4% (63) dos referem hematúria e 1,9% (4) disfunção sexual, nenhum utente a esta data refere qualquer queixa relativa a estenoses.

Relativamente à consulta dos 3 meses (2ª consulta), a amostra respondente refere infeções (7,5% utentes), perda de urina (72,4% utentes), 3,3% dos utentes mantêm referência de hematúria, 6,5% dos utentes referem nesta consulta alguma alteração do padrão sexual (seja disfunção sexual, impotência ou ejaculação retrógrada) e 1,4% dos utentes referem estenose (estenose uretral ou esclerose do colo vesical).

Apreciando os resultados obtidos em relação à consulta dos 6 meses verifica-se que: 1,9% utentes mantêm queixas de infeção, 19,6% utentes percecionam perdas de urina, 0,5% mantem queixas de hematúria, 7% utentes referem alteração sexual e 1,9% utentes mencionam estenose.

### Figura 29

*Apresentação da distribuição dos valores de frequência relativa para a variável complicações no momento da alta, 1ª, 2ª e 3ª consulta da amostra*



Para dar consecução ao objetivo conhecer a relação entre as variáveis independentes estudadas e já apresentadas e as comorbilidades clínicas, serão apresentados os resultados do estudo de análise inferencial.

Conforme se verifica na tabela 10, existe relação estatisticamente significativa entre a algaliação prévia à cirurgia e a ocorrência de infecção ferida operatória ( $p < 0,001$ ), havendo maior percentagem de infecção para quem fez essa algaliação.

A probabilidade de desenvolver infecção é 6,054 vezes superior para quem viveu permanentemente algaliado, isto é, apresentava no pré-operatório como comorbilidade a algaliação prévia à cirurgia em comparação com quem não a fez.

A percentagem de infecção ferida operatória é significativamente superior para quem tem DM ( $p < 0,05$ ), sendo que a probabilidade de desenvolver essa infecção é 2,724 superior para quem tem DM em comparação com quem não tem.

### Tabela 10

*Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais da relação entre as variáveis de comorbilidade clínica algaliação prévia à cirurgia e DM com a variável independente infecção da ferida operatória, relativas à amostra*

	INFEÇÃO FERIDA OPERATÓRIA				P	Odds ratio
	Não		Sim			
	N	%	N	%		
Algaliação prévia à cirurgia						
Não	146	93,6	10	6,4	<0,001	6,054
Sim	41	70,7	17	29,3		
Dm						
Não	158	89,8	18	10,2	<0,05	2,724
Sim	29	76,3	9	23,7		

Como pode verificar-se na Tabela 11, foi feito o estudo de relação entre as variáveis apresentadas, e verifica-se que entre a variável de comorbilidade clínica HTA e a independente Hematúria, é muito maior ( $79,2\% = 103$ ) o número de doentes hipertensos que apresentam hematúria, por oposição aos 65 doentes, ( $77,4\%$ ) normotensos apresentam sinais de hematúria.

Todavia, segundo o teste aplicado, não existe relação estatisticamente significativa entre HTA e Hematúria ( $p = 0,737 > 0,05$ ).

Esta evidência, apesar de não colocar a HTA como determinante para a ocorrência de Hematúria, não deixa de ser assinalável, a necessidade em vigiar prévia e sucintamente os valores de tensão arterial (TA), nos dias prévios à cirurgia.

### Tabela 11

*Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais da relação entre a variável de comorbilidade clínica HTA com a variável independente Hematúria, relativas à amostra*

**HEMATÚRIA**

	Não		Sim		P	Odds ratio
	N	%	N	%		
<b>HTA</b>						
<b>Não</b>	19	22,6	65	77,4	0,737	1,115
<b>Sim</b>	27	20,8	103	79,2		

Embora não exista relação estatisticamente significativa entre DM e infecção urinária ( $p=0,170>0,05$ ), verifica-se uma maior percentagem de infecção urinária para quem tem DM. Todavia importa clarificar, que é percentualmente menor o número de não diabéticos (165) que desenvolvem infecção urinária (6,2%), do que os 5 diabéticos infetados, mas que representam nesta dimensão (13,2%) da amostra, ou seja, a maioria.

**Tabela 12**

*Apresentação da distribuição dos valores absolutos e percentuais da relação entre a variável comorbilidade clínica DM com a variável independente infecção urinária, relativas à amostra*

**INFEÇÃO URINÁRIA**

	Não		Sim		p	Odds ratio
	n	%	n	%		
<b>DM</b>						
<b>Não</b>	165	93,8	11	6,2	0,170	2,724
<b>Sim</b>	33	86,8	5	13,2		

## DISCUSSÃO

O texto que a seguir se apresenta, emerge da relação contrastada entre o *rationale* teórico e o resultante dos sucessivos estudos descritivos e analíticos das variáveis do *rationale* empírico, que acabou de ser exposto, no sentido de dar consecução aos objetivos formulados.

Assim, e após a apresentação de todos os resultados obtidos, da análise descritiva e estatística, torna-se importante realizar uma análise crítica dos mesmos, a partir do tema do estudo – Complicações do doente submetido a prostatectomia transvesical – e de cada um dos Objetivos.

A amostra em estudo, apresenta um tipo de caracterização em torno de dois grupos de variáveis: as sociodemográficas e clínicas, como componente metodológica essencial, e importante numa pesquisa exploratória. Importa saber do contexto e das características dos utentes que compõem a amostra de forma a interpretar da maneira adequada os resultados obtidos e daí retirar conclusões e ilações mais ajustadas à realidade e para dar resposta aos objetivos previamente definidos.

Analisando os dados obtidos neste estudo verifica-se que se trata de uma amostra constituída por 214 utentes de um centro hospitalar do norte de Portugal, diagnosticados com HBP, e submetidos a cirurgia prostática, através da técnica cirúrgica prostatectomia transvesical. Esta amostra é relativamente envelhecida, dado que a maioria da amostra (151 utentes) se encontra acima da idade média da reforma (68-70 anos), e uma minoria - constituída por 63 utentes - abaixo da idade média da reforma (67 anos). Estes valores vêm confirmar os já encontrados nos estudos efetuados anteriormente (Botcho et al., 2018; Cornejo-Dávila et al., 2015; Francesca, 2016; Teixeira, 2016), e consultados na pesquisa apresentada, que referem também a média de idade 69-70 anos, para os utentes com HBP, intervencionados à próstata sob esta técnica. É de salientar que num estudo de Pernigotti, (n.d.)<sup>1</sup>, realizado na década de 70, os utentes intervencionados à próstata estavam compreendidos entre os 54 e os 92 anos, ou seja, num muito mais amplo espectro de idade do que os estudos posteriores, nomeadamente no que se refere ao escalão mínimo etário.

Da amostra respondente, conclui-se ainda, que a grande maioria (70,1%) se encontra reformada, habita no meio rural (84,6%) e é casada (89,3%). Na eventualidade de no pós-operatório necessitar de um cuidador informal para auxiliar nas atividades de vida diária, 84,6%

---

<sup>1</sup> Este estudo de Pernigotti, realizado sem ter sido encontrada a data exata de publicação, e somente uma alusão na web ao ano de 1972, sem referência no documento de publicação, é aqui apresentado, por ter resultados, algo diferentes dos restantes estudos referenciados, e usados em discussão de resultados

destes respondentes, referem que têm esse mesmo cuidador informal para auxiliar na recuperação pós-operatória.

A escolaridade da amostra, é maioritariamente de ensino básico (79,9% - ensino primário), mas de salientar que 5,6%, (12) utentes respondentes, assumem ser analfabetos. A constatação desta evidência, permite-nos considerar a validade e pertinência da criação de uma proposta em promoção da educação em saúde (PES) levada a cabo pela equipa de enfermagem, em sede de consulta de enfermagem, no espaço de educação para a saúde. Pelo que é importante a promoção e acompanhamento de todos estes utentes nos cuidados inerentes no pré e pós-operatório da cirurgia prostática, com vista a promoção da literacia do utente e família e a promoção do seu autocuidado.

O estudo dos antecedentes prévios nos utentes da amostra, aqui considerados como comorbilidades ou, variáveis e fenómenos paralelos ou consequenciais de uma patologia é essencial e, portanto, pertinente, para compreender, o contexto dos resultados do estudo. Foram encontradas como comorbilidades predominantes, conforme os dados revelam, as perturbações cardiovasculares (HTA) e as perturbações endócrinas (DM), pois são as que a amostra manifesta em maior percentagem, respetivamente. Assim: 130 doentes (60,7% da amostra) referem HTA, e 38 doentes (17,8%) referem DM. Estes valores vão ao encontro das patologias também assumidas como prevalentes nos estudos de Teixeira (2016) e Francesca (2016) com valores de HTA em 7,9% da amostra (Teixeira, 2016), e em 19,16% (Francesca, 2016) respetivamente, e com referência de DM em 22,6% da amostra (Teixeira, 2016) e 4,98% (Francesca, 2016) respetivamente.

Foram ainda verificados na amostra antecedentes de cálculos vesicais, em 17 (7,9%) utentes, dado que vai ao encontro do que a literatura (Marques, 2014) estipula, como um dos critérios de seleção para este tipo de técnica cirúrgica, como já referido anteriormente. Este autor defende também que esta técnica cirúrgica, é o tratamento de eleição nos doentes que apresentam para além de HBP, litíase ou divertículos vesicais (Marques, 2014). Esta variável de cálculos vesicais, é também referida como antecedente presente no pré-operatório no estudo de Teixeira (2016).

Constatou-se ainda, que 34 doentes (15,9%).da amostra, apresentavam como experiência anterior a esta cirurgia prostática, uma cirurgia abdominal prévia, não tendo sido verificada qualquer relação com quaisquer das complicações estudadas.

Foi estudada a variável tamanho da próstata, e verifica-se que nesta amostra, decorreu o aumento médio evidente do tamanho da próstata, - sendo o valor médio situado nas 101, 98gr (DP= 39,07)gr., com um valor mínimo de 36 gr. e um valor máximo de 291 gr., pelo que

representa uma amostra com valores dispares, de grande amplitude. Este valor médio de volume prostático, enquadra-se nos valores relatados em estudos anteriores, nomeadamente: 104,3 gr. no estudo de Botcho et al (2018), 113,7 gr. relatado por Teixeira no seu estudo em 2016, e Francesca (2016) no seu estudo refere um valor médio prostático da sua amostra de 90,1gr, e, em 2015, Cornejo-Dávila et al, referem um volume médio prostático de 119,5gr. na amostra do seu estudo.

De referir, que grande percentagem desta amostra, 158 utentes, apresenta uma próstata acima das 80gr. de dimensão, fato que corrobora a literatura que indica (Caro-Zapata et al., 2018; Dias et al., 2018), que acima de 80gr., deve ser preferencialmente esta, - a prostatectomia transvesical - a técnica cirúrgica a adotar.

Da apreciação dos dados estudados – nomeadamente, pela presença ou não da algaliação permanente antes da cirurgia - relativamente à variável de antecedentes no pré-operatório, conclui-se que 27,1% (58) utentes – mais de ¼ da amostra – estava algaliado já previamente à cirurgia resultante da incapacidade de esvaziar a bexiga. Este contexto prévio, e este valor, corroboram o valor referido no estudo de Teixeira (2016) também realizado em Portugal. No entanto, verifica-se que este valor em (27,1% desta amostra) é significativamente inferior aos valores encontrados nos estudos efetuados por Botcho et al (2018), Francesca (2016) e Cornejo-Dávila et al (2015), com valores referidos de algaliação prévia em 63,16% da amostra, em 72,8% e em 71% da amostra, respetivamente.

Explorando os dados obtidos pela aplicação do instrumento de recolha de dados à amostra respondente, e no sentido de dar consecução ao objetivo (1) “Reconhecer as complicações emergentes após prostatectomia transvesical em doentes com HBP, ao longo de quatro momentos de pós operatório”, serão expostos e analisados, de seguida, os resultados face às complicações verificadas no pós-operatório nas 4 fases cronológicas: (1) momento da alta, (2) primeira consulta de pós-operatório aos 30 dias, (3) consulta clínica aos 3 meses de pós-operatório e (4) consulta clínica aos 6 meses após a cirurgia em função das complicações mais prevalentes.

### **Da hematúria**

A hematúria está presente em 78,5% da amostra e em 29,4%, ao longo do pós-operatório mediato (momento da alta e 1º mês), sendo uma das complicações mais frequentes. Estas frequências de aparecimento nesta densidade amostral, vão ao encontro dos descritos na literatura (Caro-Zapata et al., 2018), que concluem que esta técnica cirúrgica apesar de ter uma frequência de complicações tendencialmente baixa (0,25%) tem como possível complicação a

hematúria, com posterior necessidade de transfusão sanguínea.

Já em 2011, se concluíra que as complicações hemorrágicas são as mais preocupantes no pós-operatório imediato e constituem uma das desvantagens referida desta técnica cirúrgica (Paranhos et al., 2011).

Uma proporção de 78,5% de utentes da amostra, a referir hematúria no momento da alta, corrobora os estudos consultados anteriormente, que demonstram a presença de hematúria/hemorragia como consequência desta cirurgia: hematúria com necessidade de transfusão, conforme foi referido por Casanova et al. (2019) em 5 utentes da sua amostra, e ainda, hematúria com frequência de transfusão sanguínea em 7 a 14% da amostra, referido no estudos de Caro-Zapata et al. (2018).

Um outro estudo prospetivo, realizado em 2018, com uma amostra de 76 utentes, apresentou a conclusão de uma perda estimada de 500ml de sangue, por consequência desta cirurgia, tendo havido 15 utentes (19,74%) que tiveram necessidade de transfusão sanguínea na sua recuperação (Botcho et al., 2018).

No terceiro grupo cronológico de resultados – no momento da consulta aos 3 meses de pós operatório - verifica-se, que há ainda 29,4% dos utentes, a manter queixas de hematúria, valor significativamente mais baixo, em relação ao momento da alta – em que há queixas em 78,5% da amostra - mas ainda assim, são de valorizar e de anotar, com vista, à necessidade de promover o aumento da literacia dos utentes e familiares.

O que aqui se pretende dizer, é que de novo se verifica a pertinência de educação do utente e família na aprendizagem de como agir e prevenir a hematúria no pós-operatório após a alta.

A hematúria, como queixa/complicação, vai-se mantendo, mas em diminuição progressiva, seja ao número de doentes, seja à intensidade, sendo que, aos 6 meses de recuperação de pós-operatório, apenas 3% da amostra ainda refere manter hematúria. Estes resultados vão ao encontro do descrito na literatura, onde são referidas como possíveis complicações: a hematúria com 1,92% (Francesca, 2016) ou uma frequência de 4% de hematúria no estudo de Teixeira (2016), e ainda em Pernigotti (n.d.) que no seu estudo, conclui, que no imediato 22 utentes apresentam hematúria franca, e faz referência apenas a 2 casos de hematúria tardia.

Os valores referidos para a hematúria noutros estudos, são consideravelmente mais baixos do que os apresentados neste estudo. Esta diferença, importante, poderá, eventualmente, dever-se ao facto de que a colheita de dados ser junto dos utentes desta amostra, parte da sua perceção subjetiva e não da mensuração da coloração hemática da urina. No IRD aplicado aos

utentes, estes referem hematúria, desde que observem qualquer coloração na urina, não havendo dados clínicos/médicos mais evidentes, para mensurar esta variável, e portanto, relativos a esta hematúria.

### **Da urgência urinária**

A Urgência Urinária, é outra variável importante para operacionalizar a variável dependente, porque é uma circunstância da vida do doente, com contornos que importa refletir. A UU não é exatamente uma incontinência, porque o doente sente – ainda que muito brevemente e de forma imperiosa – vontade de urinar, sendo que, e, todavia, por dano tecidual da ferida cirúrgica, o doente não consiga controlar o esfíncter durante mais do que uns segundos, no pós-operatório inicial. A UU, ressalta na conclusão da análise dos dados assumindo que a quase totalidade da amostra, 96,3%, refere UU não só no momento da alta, mas em frequências temporais, significativamente elevadas, ao longo de todo o pós-operatório: 97,7% da amostra, refere UU na primeira consulta, 69,2% mantém esta queixa na segunda consulta, e aos seis meses de pós-operatório ainda há 15,4% dos utentes que referem ter UU. Partindo do pressuposto que a UU decorre com emissão de urina, esta complicação, pode tornar-se lesiva para o autoconceito do utente. Por isto, mas não só, deve esta sinalética, ser usada como barómetro, no sentido da implementação de educação vesical e desenvolvimento de exercícios de Kegel, ao nível da musculatura transuretral e pélvica.

De ressaltar que, grande parte dos estudos consultados, referem mais a existência ou percepção de incontinência urinária. No entanto, neste estudo, foi analisada e feita a distinção entre incontinência urinária e urgência urinária, sendo esta, mais prevalente no momento da alta da amostra. Também é referida esta complicação no pós-operatório, em 5,6% e 5% da amostra, respetivamente, nos estudos efetuados por Teixeira (2016) e Prado et al. (1990), em doentes submetidos a cirurgia prostática. No seu estudo, Teixeira (2016) mantém referência a esta complicação no mediato, em 9,2% da amostra, o que corrobora o resultado deste estudo, na continuidade das queixas relativas a urgência urinária para além do momento da alta.

### **Da infeção**

Relativamente a sintomas de infeção, há 12,6% da amostra, que no momento da alta, apresenta infeção da ferida operatória, e há 7,5% com infeção do trato urinário, 1,9% de orquite e ainda, uma minoria de 0,9%, que refere ter epididimite no momento da alta. Estes resultados, correspondem, à frequência de infeção, no global de 22,9% da amostra. Estes dados, são congruentes com os descritos na literatura relativa às complicações, desta técnica cirúrgica, no

imediate/emergente, e serem identificadas como: hematúria, infecções da ferida cirúrgica, infecção urinária e orquitepididimite (Botcho et al., 2018; Francesca, 2016; Teixeira, 2016). Prado et al. (1990) no seu estudo conclui que, as complicações desenvolvidas no imediato, são as hemorragias severas e bacteriemia, e no mediato, infecção da pele e epididimite.

Os resultados relativos à infecção, nesta investigação, são corroborados pelos estudos realizados previamente, nomeadamente, um estudo efetuado em 2019, onde se verificou uma frequência de infecção da ferida operatória em 7,9% da amostra (Casanova et al., 2019), e num estudo prospetivo (com 76 utentes), verificou-se infecção da ferida em 13,16% da amostra (Botcho et al., 2018). Em 1990, Prado et al., verificou uma frequência de infecção da ferida em 12,3% (22 utentes) e Pernigotti (n.d.) referiu no seu estudo, 9 casos de infecção da ferida, em 100 elementos estudados.

Corroborar também esta conclusão, um estudo alemão de 2007, efetuado numa amostra de 902 utentes, onde é referida uma frequência de infecção de 17,3%, nomeadamente de infecções urinárias em 5,1% da amostra (Fontenelle, 2021).

Num estudo espanhol de 2012, em 325 utentes, com objetivo de identificar a frequência de infecção nosocomial, neste tipo de cirurgia, foi identificado uma frequência de 2,8% da amostra, no local cirúrgico e em 0,9% da amostra, de infecção urinária (Caro-Zapata et al., 2018).

Analisando-se os dados colhidos nesta amostra, e referentes à variável infecção urinária, verifica-se que está presente em 7,5% dos respondentes, no momento da alta, em 8,9% no primeiro mês de pós-operatório, em 2,8% da amostra e em 1,4%, nos 3 e 6 meses respetivamente. Este conjunto de resultados vão ao encontro do descrito na literatura, que refere que: as complicações pós-operatórias mais frequentes na urologia, são as infecções urinárias. Aliás, em Caro-Zapata et al. (2018), a infecção nosocomial é referida na literatura, como a variável que aumenta a morbimortalidade do utente, com custos hospitalares, tempo de hospitalização e o risco de possíveis sequelas significativas no utente (Caro-Zapata et al., 2018). No estudo destes autores, a frequência de infecção do trato urinário situa-se nos 5,1% da amostra.

Analisando os resultados obtidos da frequência da infecção urinária neste estudo, em relação com o descrito na literatura, verifica-se que estes são consideravelmente, superiores, no entanto, ressalva-se o conhecimento empírico advindo da prática e experiência clínica que o tempo médio de internamento pós-desalgaliação não permite a manifestação de sintomatologia de infecção urinária durante o internamento, sendo por vezes apenas manifestado no domicílio. Perante esta sintomatologia o utente recorre ao seu médico de família, sendo este

responsável pelo diagnóstico e consequente, tratamento da infecção urinária, passando despercebida à estatística do internamento hospitalar. Neste estudo, dado que aplicação do IRD foi ao utente, este diagnóstico de infecção urinária foi referido e assinalado como complicação desta cirurgia.

Em 2010, na Arábia Saudita, para determinar a prevalência da infecção urinária (em 120 utentes), 7,5% dos utentes, apresentaram urocultura positiva pós-operatória, pelo que, e em consequência tiveram necessidade - no pós-operatório - de mais tempo de irrigação vesical, mais tempo de algaliação e de mais dias de internamento. Além destes desconfortos, também se verificou que na pós-desalgaliação, apresentaram mais perda de urina, comparativamente aos utentes com urocultura negativa, no pós-operatório (Pourmand et al., 2010).

Os resultados obtidos por esta investigação, apontam para o reconhecimento da complicação infecção – quer ferida operatória, urinária ou orquiepididimite – como variável reveladora da importância da implementação de *guidelines*/ protocolos de atuação da equipa de saúde, com vista a melhoria dos cuidados prestados a estes utentes, no sentido da redução das complicações que possam eventualmente surgir, bem como, promover a melhoria dos padrões da qualidade e satisfação do utente, recomendados pela Ordem dos Enfermeiros.

Esta complicação infecções (urinária, ferida operatória, orquiepididimite) mantém-se presente ao longo de todo o processo de recuperação, mas como se pode verificar nos resultados obtidos, numa forma tendencialmente decrescente.

Assim, e por exemplo, no primeiro mês de pós-operatório: 8,9% dos utentes referem infecção do trato urinário, 4,7% referem infecção da ferida operatória, 2,8% referem epididimite e 2,3% orquite. Posteriormente, aos 3 meses: 2,8% da amostra refere infecção urinária e epididimite e 2,3% refere orquite. E ainda depois, aos 6 meses pós cirurgia, apenas há 1,4% de queixas de infecção urinária e 0,5% de orquite.

Ainda no que respeita à infecção, no primeiro mês de pós-operatório é de salientar que a frequência de queixas de infecção da ferida operatória, ainda se mantém em valores significativos, no entanto, estas queixas de infecção da ferida operatória decrescem, o que poderá estar relacionado ainda com a evolução e cicatrização da ferida operatória, que no momento da alta se encontrava infetada.

Salienta-se o aumento do número de utentes da amostra respondente, que referem padecer no primeiro mês de pós-operatório de infecção urinária, aumentando neste primeiro mês de pós-operatório, de uma frequência de 7,5% para 8,9% (19) dos utentes intervencionados.

Estes valores vão ao encontro ao descrito em estudos consultados (Francesca, 2016; Teixeira, 2016,), nomeadamente o segundo, um estudo português, numa amostra de 442

utentes, submetidos a esta cirurgia prostática, que conclui, que a prevalência de complicações no pós-operatório é em 30,1% da amostra. E destas complicações, em 2,6% da amostra, são relativas a infecção urinária e em 10,1%, relacionadas com deiscência ou infecção da sutura operatória (Teixeira, 2016). Nesse mesmo ano, um outro estudo retrospectivo dos utentes intervencionados entre 2010-2015, apresenta infecção urinária em 10,35% da amostra e em 5,75%, infecção da ferida operatória no pós-operatório mediato. Conclui ainda que são referidas como possíveis complicações no imediato: a orquiepididimite, em 5,75%, da amostra, e além desta também são referidas as fístulas urinárias, as infecções da ferida cirúrgica e as infecções urinárias (Francesca, 2016).

Em 2011, Taha et al., numa amostra de 96 utentes intervencionados, identificou uma percentagem de 6,3% de infecção da ferida operatória, e em 2014, Inzunza, refere no seu estudo uma percentagem de infecção da ferida operatória de 3,94% (Fontenele, 2021).

Analisando as queixas de infecção urinária, nesta amostra, verifica-se que esta complicação é prevalente a longo prazo, no 3º e 4º momentos de observação: constataram-se queixas em 2,8% e 1,4% da amostra, aos 3 e 6 meses de pós-operatório. Estes resultados corroboram o que se refere na literatura como infecção urinária tardia, em 2,3% da amostra (Teixeira, 2016), e em 5,44% Inzunza (2014), conforme referido na pesquisa de Fontenelle (2021).

Relativamente às queixas de orquite e epididimite aqui estudadas, e que surgem numa percentagem de 2,3% e 2,8% da amostra, nesta investigação, corroboram os estudos anteriores, que já fazem menção a esta complicação, nomeadamente numa percentagem de orquiepididimite como complicação emergente em 15,8% da amostra no estudo de Botcho et al. (2018), e em 5,75% (Francesca, 2016), em 4,5% (Prado et al, 1990), e ainda em 10% da amostra (Pernigotti, n.d.). Mais acrescenta Varregoso (2011), referindo que as consequências/complicações que podem ocorrer, mas em menor frequência, são: estenose da uretra e/ou do colo vesical.

### **Da incontinência urinária**

Em relação à análise dos dados obtidos referentes à variável complicação do pós-operatório de prostatectomia transvesical - incontinência urinária, muito embora só se tenha verificado ocorrência muito discreta no momento da alta (0,9%), a sua frequência é claramente maior no momento da 1ª consulta (13,1%) e adota uma tendência decrescente a partir da 2ª consulta (10,7%) e aos 6 meses de pós-operatório, em 4,7% da amostra. Estes resultados, corroboram os referidos na literatura, nomeadamente, em 2013, num estudo retrospectivo, de

Elshal et al, onde se identificou uma frequência de perda de urina em cerca de 4,9% dos doentes submetidos a esta cirurgia (Fontenele, 2021). No estudo de Caro-Zapata et al. (2018) verifica-se uma frequência em 5,1% da amostra, de incontinência urinária. Teixeira (2016) no seu estudo conclui que 2,2% da sua amostra refere incontinência urinária no mediato e Marques (2014) também refere como resultado do seu estudo uma percentagem de 10% de utentes com incontinência urinária no pós-operatório mediato.

Relativamente a análise dos dados referentes as complicações referidas pela amostra a médio/longo prazo, isto é, aos 3 meses de pós-operatório verifica-se que 23 utentes (10,7%) apresentam incontinência urinária e aos 6 meses esta incontinência urinária verifica-se em 10 utentes (4,7%). Estes valores de alteração do padrão urinário a médio/longo prazo (3 e 6 meses de recuperação pós-operatória) corroboram os resultados obtidos por Francesca (2016) que no seu estudo, conclui, que a incontinência urinária está associada a complicações tardias. Para além disto, a literatura aborda a incontinência urinária através dos estudos de Caro-Zapata (2019), Botcho et al (2018) e Teixeira (2016), que referem como complicações a longo prazo ou tardias, a incontinência urinária em 10%, 9,21% e 2,3% das amostras, respetivamente. Acrescenta ainda Fontenelle (2021), como conclusão na sua revisão de literatura que a incidência desta complicação (IUE), decorre numa fase tardia, com uma frequência de 0,5 a 8%.

### **Da fístula vesico-cutânea**

Relativamente à discussão dos dados obtidos na análise da variável dependente complicações – fístula vesico-cutânea, verifica-se que é uma das complicações ausente no momento da alta, mas que, surge no pós-operatório mediato (aos 30 dias) numa percentagem de 0,5% (1 utente). Apesar de esta complicação surgir frequentemente em dados de estudos anteriores é um resultado que difere nesta investigação, na medida, em que, nos artigos consultados surgem valores relativamente superiores, nomeadamente, 3,4% (Casanova, 2019), 7,9% (Botcho et al, 2018), 4,21% (Francesca, 2016) e 9% (Prado et al, 1990). É ainda, referido num estudo desenvolvido por Paranhos et al (2011) que esta técnica cirúrgica dada a abertura da bexiga tem um risco acrescido de desenvolver fístula urinária no pós-operatório (Fontenele, 2021). Nesta investigação esta revelou-se de pequena importância, será a prova de cuidados operatórios e técnica cirúrgica de excelência?

### **Da alteração padrão sexual**

Analisando os dados referentes das queixas de alteração do padrão sexual, verifica-se

que esta complicação apresenta contornos diferentes nos diferentes momentos de observação. No momento da alta, não é uma queixa presente, mas é tendencialmente superior com o passar do tempo pós-operatório: está presente em 1,9% da amostra, no primeiro mês e em 7% dos homens respondentes, aos três e seis meses de pós-operatório.

Na pesquisa bibliográfica já havia sido encontrada e assinalada, a alteração sexual, como uma das possíveis complicações desta cirurgia, mas é mais referenciada como complicação tardia. Talvez por isso, esta complicação de disfunção sexual, surja, nesta investigação, apenas no primeiro mês - ainda de forma ténue - mas com uma evolução crescente. Este padrão de frequência corrobora a conclusão do estudo efetuado por Varregoso (2011), que refere prováveis consequências de ejaculação retrógrada, bem como o estudo português, de Teixeira, (2016), que refere uma percentagem de 1,1% de ejaculação retrógrada como consequência/complicação desta cirurgia. Mais acrescenta a conclusão de um outro estudo, que refere a disfunção sexual como uma das complicações tardias mais frequentes (Francesca, 2016).

Nesta amostra em estudo, apesar da disfunção sexual estar ausente no momento da alta, surge pela primeira vez, na consulta dos 30 dias de pós-operatório, expressa por 1,4% da amostra de homens respondentes, com queixas de disfunção sexual sem especificarem o tipo de disfunção, e em 0,5% desta amostra, com queixas de ejaculação retrógrada.

Esta alteração do padrão sexual presente nesta investigação, vai ao encontro da pesquisa bibliográfica que conclui-se que entre 7 a 14%, dos doentes, com idade mais avançada, referem como consequência desta cirurgia, disfunção erétil em 3 a 5% da amostra, e ejaculação retrógrada em 80 a 90% dos homens com HBP, sujeitos a esta cirurgia (Caro-Zapata et al., 2018). Estes autores corroboram Marques (2014) quando defende, que o risco de desenvolver disfunção sexual é de aproximadamente 3-5% e proporcionalmente mais comum, em utentes mais idosos e com volumes de próstata maiores.

Independentemente da variável idade, é pertinente considerar a possibilidade de desenvolver esforços para diminuir e ou contornar a disfunção erétil, pela sua representação nos fenómenos auto do sujeito, e pela complementaridade de sentimentos desenvolvidos pelos companheiros de vida íntima.

### **Da esclerose e estenose**

Verifica-se igualmente, a presença de esclerose e estenose apenas a médio e longo prazo, nomeadamente: a estenose uretral em 0,9% da amostra, e 0,5% da amostra refere esclerose do colo vesical, presente aos 3 meses. Posteriormente, aos 6 meses, em 1,9% da

amostra, verifica-se estenose uretral e esclerose vesical 0,5% da amostra, o que corrobora as conclusões obtidas por Prado et al (1990) que referem como complicações tardias: o estreitamento uretral, a esclerose do colo vesical, a litíase vesical e a incontinência urinária.

Mais se assinala que, e comparativamente, os resultados obtidos neste estudo, para a estenose uretral e para a esclerose vesical, são consideravelmente menos significativos, que os valores encontrados noutros estudos. Por exemplo, no estudo de Caro-Zapata (2018) foram encontrados valores de estenose uretral e de esclerose colo vesical, em 6% da amostra, e ainda, no estudo de Teixeira (2016) que verificou estas complicações em 1,7% de estenose uretral e 1,1% de esclerose do colo vesical. Ainda noutro estudo, verificou-se uma frequência de 1,53% de estenose uretral (Francesca, 2016), e em 2015, Cornejo-Dávila verificou no seu estudo como complicações tardias uma frequência de esclerose vesical em 18% da amostra. Finalmente, no estudo de Marques (2014) surgiu 2,6% da amostra com estenose uretral e 1,8% com esclerose do colo vesical.

Os valores baixos, encontrados nesta investigação vão ao encontro da conclusão obtida pela revisão de literatura de Fontenelle (2021) que refere o estudo de Louis et al. (2006), onde conclui, que as complicações de estenose, nomeadamente, a estenose da uretra e esclerose do colo vesical, são raras na prostatectomia transvesical; bem como o estudo de Carneiro et al. (2016), que numa amostra de 32 homens, apenas 1 apresentou esclerose do colo vesical.

### **Da litíase renal ou vesical**

Relativamente aos dados obtidos na análise da variável dependente complicações, através da presença ou não da variável independente litíase renal ou vesical, verificou-se que a presença de litíase vesical e renal é na proporção de 0,9% cada uma, no momento da alta. Já na primeira consulta do pós-operatório (30 dias), apenas um homem refere litíase vesical, e há 2,8% da amostra, que refere ter litíase renal nesta fase. As complicações referidas pela amostra a médio prazo, - aos 3 meses de pós-operatório - em relação à litíase, esta verifica-se em: 2,3% da amostra para litíase renal e 0,5% para litíase vesical. Na literatura consultada a referência a esta complicação pós-operatória, apenas é referida no estudo de Prado et al. (1990) que reconhece como complicações tardias o estreitamento uretral, esclerose vesical e litíase vesical.

### **Em suma...**

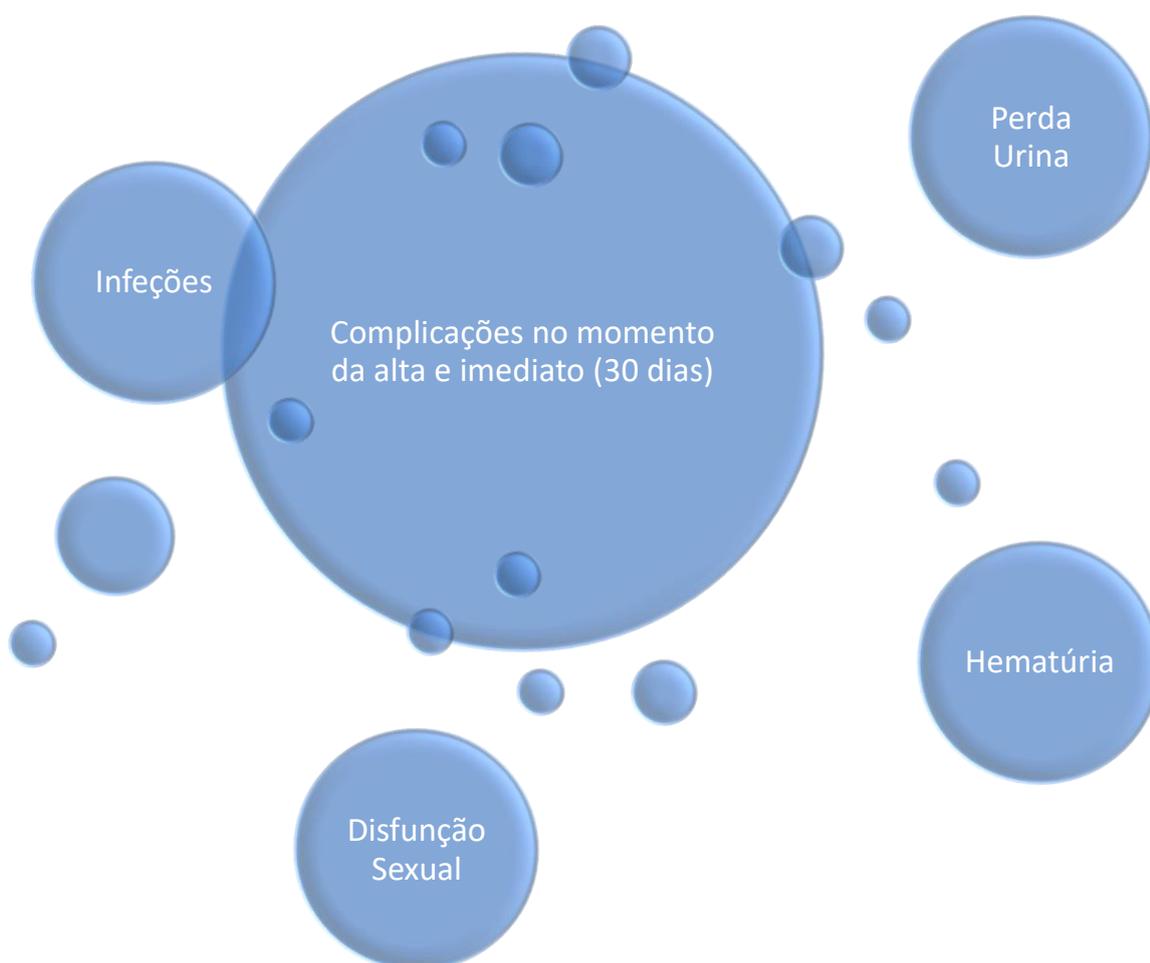
Analisando os dados obtidos pela aplicação da entrevista, e de uma forma global, verifica-se que, no momento da alta, 39 utentes referem infeção (da ferida operatória, urinária, orquite ou epididimite), 206 utentes percecionam perda de urina (urgência urinária e/ou

incontinência urinária), 168 referem hematúria não havendo amostra a referir quer disfunção sexual, quer estenose. Mais especificamente se apresenta, que:

No segundo momento de observação, que corresponde à 1ª consulta, 31 utentes referem infeção (da ferida operatória, urinária, orquite ou epididimite), 210 utentes percecionam perda de urina (urgência urinária e/ou incontinência urinária), 63 referem hematúria e 4 disfunção sexual.

### Figura 30

*Esquema representativo das complicações prevalentes no momento da alta e 30 dias*

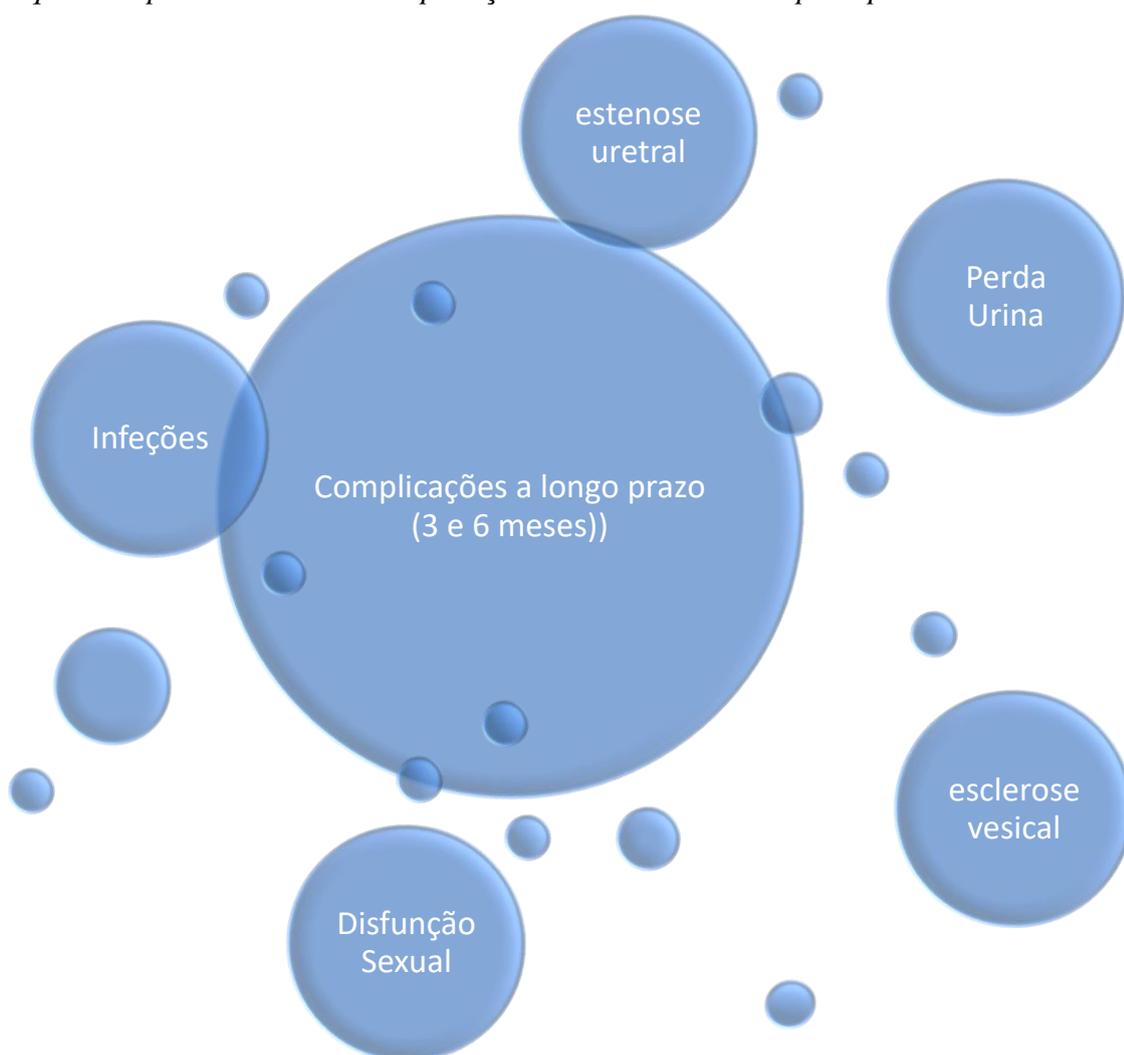


No terceiro momento de observação, que corresponde à 2ª consulta, a amostra respondente refere infeções (16 utentes), perda de urina (155 utentes), 7 utentes mantêm referência de hematúria, 14 utentes referem nesta consulta alguma alteração do padrão sexual (seja disfunção sexual, impotência ou ejaculação retrógrada) e 3 utentes referem estenose (estenose uretral ou esclerose do colo vesical).

No quarto e último momento de observação, que corresponde à consulta dos 6 meses pós-operatório, verifica-se que: 4 utentes mantêm queixas de infeção, 42 utentes percecionam perdas de urina, 1 mantêm queixas de hematuria, 15 utentes referem alteração sexual e 4 utentes mencionam estenose.

### Figura 31

*Esquema representativo das complicações aos 3 e 6 meses de pós-operatório*



Analisando estes resultados, verifica-se que no pós-operatório emergente, temos como complicações prevalentes: a urgência urinária, infeção da ferida operatória e hematuria, sendo que estes resultados, corroboram o descrito na literatura, nomeadamente em Teixeira (2016), em Francesca (2016), e Prado et al. (1990).

Relativamente ao pós-operatório mediato (observação aos 30 dias) como complicações prevalentes, mantem-se a hematuria, e a urgência urinária. Todavia, surge de forma, mais prevalente a incontinência urinária, o que corrobora as conclusões da literatura referente a estas

variáveis, como complicações presentes no mediato, conforme resultados de Botcho et al. (2019), Caro-Zapata et al. (2018) e Teixeira (2016).

Analisando as complicações mais prevalentes a médio/ longo prazo verifica-se que, e como se verifica na tabela 13, que estas são: a incontinência/urgência urinária, a disfunção sexual e esclerose/estenose uretral e vesical. Estas conclusões estão de acordo com a literatura que refere estas complicações como presentes a longo prazo Caro-Zapata et al. (2018), Teixeira (2016), Carneiro et al. (2016), Marques (2014) e Prado et al. (1990).

**Tabela 13**

*Apresentação das variáveis independentes, de caracterização da variável dependente complicações, presente na amostra do estudo*

<b>Tipo complicações</b>	<b>Resultados deste estudo</b>	<b>Autores em referência</b>
Complicações emergentes	urgência urinária, infecção da ferida operatória, hematúria	Teixeira (2016); Francesca (2016); Prado et al. (1990)
Complicações no mediato	hematúria, urgência urinária, incontinência urinária	Botcho et al. (2019); Caro-Zapata et al. (2018); Teixeira (2016)
Complicações a Médio/longo prazo	incontinência/urgência urinária, disfunção sexual, esclerose vesical estenose uretral	Caro-Zapata et al. (2018), Teixeira (2016), Carneiro et al. (2016), Marques (2014) e Prado et al. (1990)

De salientar que as complicações relativas a hematúria, perda de urina, infecção têm uma tendência cronológica decrescente. No entanto, as escleroses/estenoses e a disfunção sexual têm cronologicamente, uma tendência ascendente.

Por estes achados e outros já abordados, considera-se pertinente, o já exposto anteriormente:

- a criação de *guidelines*/protocolos de enfermagem para a sua redução, prevenção;
- a criação de protocolos com o serviço de estágio, formação e investigação (SEFI) do centro hospitalar, para a promoção da literacia quer dos profissionais cuidadores, quer destes utentes;
- a criação de um espaço-tempo de consulta de enfermagem de pré-operatório, e de seguimento no pós-operatório destinada aos utentes e seus familiares para que se preparem da melhor forma para a realidade desta complicação.

Para conhecer a relação entre as variáveis independentes estudadas e já apresentadas e as comorbilidades clínicas, e no sentido de dar consecução ao objetivo: (2) analisar a relação entre a presença de complicações pós-operatórias e a existência prévia de comorbilidades clínicas no utente diagnosticado com HBP, efetuou-se o estudo de análise inferencial para cinco variáveis.

A seleção destas variáveis, para o estudo analítico, emerge da construção e da

observação empírica da sua elevada frequência, no campo de trabalho. Além disto, também se considerou pertinente, verificar como a sua eventual e provável relação, poderia ser considerada um contributo no desenvolvimento das competências específica e autónoma na prestação de cuidados de enfermagem no pré-operatório. Por exemplo, a experiência clínica adquirida, indicava que, algumas complicações poderiam - ao ser reconhecidas – ser objeto de cuidado de enfermagem.

Neste contexto, estudou-se a relação entre a HTA e a presença de hematúria no pós-operatório, a relação entre a DM e a presença de infeção quer da ferida operatória, quer da infeção urinária e a relação entre os doentes previamente algaliados e a presença de infeção da ferida operatória.

Verificou-se então na análise dos resultados obtidos desta estatística inferencial que:

1 - A variável de comorbilidade clínica HTA, apresenta efeito determinante na variável independente hematúria. Os 130 doentes hipertensos, (79,2% da amostra) 103 apresentam hematúria, 27 (20,8%) não apresentam hematúria, e, por oposição, dos 84 doentes normotensos (65+19), só 65 (77,4%) é que apresentam sinais de hematúria.

Todavia, segundo o teste aplicado, não existe relação estatisticamente significativa entre HTA e Hematúria ( $p=0,737>0,05$ ). Esta evidência, apesar de não colocar a HTA como determinante para a ocorrência de Hematúria, não deixa de ser assinalável, a necessidade de reforçar a educação para os cuidados dos profissionais de enfermagem, para a supervisão prévia e sucinta dos valores de TA, nos dias prévios à cirurgia bem como no pós-operatório imediato como forma de prevenção da hematúria e conseqüente necessidade de transfusões sanguíneas referidas, frequentemente, como conseqüência desta cirurgia, nomeadamente em Casanova et al. (2019), Caro-Zapata et al. (2018), Botcho et al. (2018).

2 – Não foi comprovada relação estatisticamente significativa entre DM e infeção urinária ( $p=0,170>0,05$ ), tendo sido verificada uma maior percentagem de infeção urinária em quem tem DM. Todavia importa clarificar, que é percentualmente menor o número de não diabéticos (165) que desenvolvem infeção urinária (6,2%), do que os 5 diabéticos infetados, mas que representam nesta dimensão (13,2%).

3 - A percentagem de infeção na ferida operatória é significativamente superior para quem tem DM ( $p<0,05$ ), sendo que a probabilidade de desenvolver essa infeção é 2,724 superior para quem tem DM em comparação com quem não tem. Este resultado vai ao encontro à conclusão de Teixeira (2016) que refere, que apesar de não haver significância estatística, desenvolveram infeção da ferida operatória mais doentes com DM e cálculos vesicais.

Assim, é essencial manter a estabilidade da DM nestes doentes, seja do ponto de vista

dos sinais vitais, da educação para a saúde, tanto no pré operatório imediato, mas sobretudo desenvolver esforços para que estes doentes tenham literacia em saúde suficiente, para poderem conviver com os danos cirúrgicos consequentes, pelo que importa que estas populações façam educação tão distantes quanto possíveis do momento operatório.

4 – Na análise da relação entre a variável de comorbilidade clínica “algaliação prévia à cirurgia” e a independente, ocorrência de “infecção da ferida operatória”, verificou-se que existe relação estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ), havendo maior percentagem de infecção para quem tinha essa algaliação. A probabilidade de desenvolver infecção é 6,054 vezes superior para quem viveu permanentemente algaliado, isto é, apresentava no pré-operatório como comorbilidade a algaliação prévia à cirurgia, em comparação com quem não a apresentava. Este resultado corrobora o estudo de Teixeira (2016) que também conclui que doentes algaliados desenvolveram mais frequentemente infecção da ferida operatória (21,2%) quando abordados pela técnica de prostatectomia transvesical. Em 2021, depois de uma revisão de literatura, Fontenele, defende, que a proporção de doentes algaliados cronicamente no pré-operatório, e que desenvolveram infecção da ferida operatória, foi significativamente maior, e, acrescenta ainda, que estas infeções poderão ser evitadas com a combinação de antibioterapia profilática e o uso de técnicas adequadas. Este autor sugere ainda que todos os utentes no pré-operatório, deveriam colher urocultura no ambulatório, e tratar a infecção urinária, se existente, como forma de prevenção de complicações pós-operatórias (Fontenele, 2021).

Para reconhecer estratégias de enfermagem, através da reflexão sobre os resultados obtidos, já apresentados anteriormente, e, no sentido de dar consecução ao objetivo: (3) reconhecer as estratégias cuidadoras da enfermagem, promotoras da diminuição das complicações em doentes prostatectomizados, diagnosticados com HBP, verificou-se que a nível teórico havia esses procedimentos, mas não a nível prático, como evidência.

Inicia-se esta reflexão, partindo da reconhecida necessidade de desenvolver praxis de educação para a saúde em contexto de prevenção de doença, principalmente em populações iletradas ou e com dificuldade de compreensão de procedimentos clínicos. Por exemplo, como aqui foi estudada, e referenciado anteriormente, a maioria desta amostra é de idade cronológica acima dos 70 anos, com escolaridade de nível primário e uma percentagem da amostra assume mesmo o analfabetismo pelo que a constatação desta evidência, o que nos permite considerar a validade e pertinência da criação de uma proposta em PES, para o aumento da literacia em saúde, dos utentes e seus cuidadores informais, levada a cabo pela equipa de enfermagem, em sede de consulta de enfermagem, no espaço de educação para a saúde.

A reflexão sobre esta temática, revela a importância da promoção e acompanhamento

de todos estes utentes, - o que não foi comprovadamente verificado - na vigilância da sua saúde. Ora, esta prática é essencial, quer a nível primário (prevenção), quer a nível secundário já após o diagnóstico, nos cuidados inerentes no pré e pós-operatório da cirurgia prostática, com vista a promoção da literacia do utente e família e a promoção do seu autocuidado.

Refletindo sobre a patologia e seu tratamento cirúrgico, verifica-se que estas complicações se revelam de enorme importância, não só a nível físico, podendo ocorrer risco de vida, mas adquirem uma enorme importância a nível psico-social. Estas, acarretam significativas alterações na vida pessoal e social do homem e da família, acarretam uma readaptação à nova realidade física, psíquica, sexual, familiar e social do homem.

Tal como já referido, a complicação hematória está presente numa frequência significativa no momento da alta (78,5%) e prolonga-se de forma decrescente, mas presente ao longo dos 6 meses de pós-operatório, pelo que, se verifica a pertinência de educação do utente e família na aprendizagem de como agir e prevenir a hematória no pós-operatório após a alta.

Relativo à complicação urgência urinária e partindo do pressuposto que com a urgência urinária pode ocorrer com emissão de urina, esta complicação, pode tornar-se magoadora e lesiva para o autoconceito do utente. Por isto, mas não só, deve esta sinalética, ser usada como barómetro, no sentido da implementação de educação vesical e desenvolvimento de exercícios de Kegel, ao nível da musculatura transuretral e pélvica.

### Figura 32

*Ilustração de exercícios de Kegel*



Fonte: <https://www.istockphoto.com/pt/vetorial/pelvic-floor-exercises-for-men-kegel-gymnastics-illustration-gm1187114204-335199313>

Outra das complicações presente significativamente no momento da alta e no mediato (1º mês) é a infecção, a nível da ferida operatória ou urinária, assim, tal como já analisado atrás, os resultados obtidos por esta investigação, apontam para o reconhecimento desta complicação como variável reveladora da importância da implementação de *guidelines*/ protocolos de atuação da equipa de saúde, com vista a melhoria dos cuidados prestados a estes utentes, no sentido da redução das complicações que possam eventualmente surgir, bem como, promover a melhoria dos padrões da qualidade e satisfação do utente, recomendados pela Ordem dos Enfermeiros no seu regulamento nº 361/2015 sobre os padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem especializados em médico cirúrgica em pessoa em situação crítica (OE, 2015).

Uma das grandes preocupações do homem submetido a qualquer tratamento urológico, nomeadamente, à próstata é se poderá haver o risco de alteração do padrão sexual. Esta realidade, traduz a pertinência de considerar a possibilidade de desenvolver esforços para diminuir e ou contornar a disfunção erétil, pela sua representação, nos fenómenos auto do sujeito, e pela complementaridade de sentimentos desenvolvidos pelos companheiros de vida íntima.

Da análise inferencial de variáveis efetuada concluiu-se que apesar de não haver significância estatística, entre as variáveis HTA e DM com as complicações hematuria e infecção, os resultados evidenciam a necessidade de reforçar a educação para os cuidados dos profissionais de enfermagem, para a supervisão prévia e sucinta dos valores de TA, nos dias prévios à cirurgia bem como no pós-operatório imediato como forma de prevenção da hematuria e conseqüente necessidade de transfusões sanguíneas.

Assim como, é essencial manter a estabilidade da DM nestes doentes, seja do ponto de vista dos sinais vitais, da educação para a saúde, tanto no pré-operatório imediato, mas sobretudo desenvolver esforços para que estes doentes tenham literacia em saúde suficiente, para poderem conviver com os danos cirúrgicos conseqüentes, pelo que importa que estas populações façam educação tão distantes quanto possíveis do momento operatório.

Relativamente às conclusões gerais do estudo, no que respeita às complicações desta cirurgia (prostatectomia transvesical) aqui reconhecidas como as presentes no imediato, mediato e médio/longo prazo considera-se pertinente, o já exposto anteriormente:

- a criação de *guidelines*/protocolos de enfermagem para a sua redução, prevenção;
- a criação de protocolos com o serviço de estágio, formação e investigação (SEFI) do centro hospitalar, para a integração de novos profissionais na área da urologia, para a promoção

da literacia quer dos profissionais cuidadores, quer destes utentes,

- a criação de um espaço-tempo de consulta de enfermagem de pré-operatório, e de seguimento no pós-operatório destinada aos utentes e seus familiares para que se preparem da melhor forma para a realidade desta cirurgia e de eventuais complicações.

Para além disso, toda a pesquisa bibliográfica efetuada, a investigação, análise e interpretação dos dados obtidos, bem como o reconhecer das complicações que podem ocorrer nesta cirurgia, promoveu vários momentos de reflexão e consciencialização da melhoria de cuidados que pode ocorrer na prestação dos cuidados de enfermagem, de forma a melhorar a práxis clínica do futuro enfermeiro especialista em médico-cirúrgica.

É importante promover a educação para a saúde, tanto no pré operatório imediato, como no seguimento pós-operatório, em função das consequências que advenham do ato cirúrgico. Importa, sobretudo desenvolver esforços para que estes doentes, família, cuidadores informais em geral, tenham literacia em saúde suficiente, para poderem conviver com as complicações cirúrgicas consequentes, pelo que importa que estas populações façam educação tão distantes quanto possíveis do momento operatório.

## CONCLUSÕES DO ESTUDO

Efetuada a análise de interpretação dos resultados e discussão dos mesmos, pretende-se nesta fase, evidenciar as conclusões que se revelem significativas.

Relativamente ao objetivo: “Reconhecer as complicações emergentes após prostatectomia transvesical em doentes com HBP” pode-se concluir que foi alcançado, dado que se reconheceu como complicações pós-operatórias da cirurgia prostática pela técnica cirúrgica prostatectomia transvesical: hematúria, urgência urinária; infecção da ferida operatória, no pós operatório imediato. No primeiro mês de pós-operatório obtivemos como complicações mais frequentes: urgência e incontinência urinária, hematúria e infecção urinária, de forma discreta, a disfunção sexual, fístula vesico-cutânea. Como complicações mais tardias reconhecemos: a disfunção sexual em evolução cronológica crescente, esclerose do colo vesical e estenose uretral. Tendencialmente menor: a urgência urinária, incontinência urinária, infecção urinária e orquitepididimite.

Relativamente ao objetivo: “Analisar a relação entre a presença de complicações pós-operatórias e as comorbilidades clínicas do utente com HBP” pode concluir-se que foi dada consecução através dos resultados: foi reconhecida, relação estatística e altamente significativa entre a variável algaliação prévia à cirurgia e o risco de infecção da ferida operatória. Dito de outra forma, é maior o risco – seis vezes superior - de desenvolver infecção da ferida operatória em doentes com algaliação prévia, permanente, do que em doentes não previamente algaliados.

Não foram encontradas relações estatísticas significativas para as restantes variáveis com o estatuto de comorbilidade. Todavia, foram encontradas relações - embora sem significado estatístico – entre HTA e hematúria pós-operatória, bem como, entre a presença de DM e as infeções urinária e da ferida operatória. Assim, reconheceu-se que os utentes hipertensos, tinham mais tendência para a ocorrência de hematúria. Bem como, os doentes diabéticos, tinham maior probabilidade de desenvolver infecção urinária e da ferida operatória.

Relativamente ao objetivo de: “Analisar estratégias promotoras da diminuição das complicações em doentes prostatectomizados” também foi parcialmente atingido, embora só ao nível do construto teórico. O fato de não se ter tido conclusões e publicados resultados que explicitem os cuidados de enfermagem aos doentes com HBP, considera-se pertinente que se mantenha este objetivo, como expressão de rota futura, no sentido de indicar a necessidade urgente de estudar ou analisar os cuidados de enfermagem essenciais que possam ser reconhecidos como indicadores sensíveis da qualidade dos cuidados de enfermagem.

O campo clínico da enfermagem continua a precisar deste investimento empírico, e a

construir uma metodologia de ação, apartir do campo de análise, ou da prática para a teoria, numa investigação ação.

Em suma:

- o doente e companheiros(as) tem que ser responsabilizados pelo seu empoderamento em vigilância da hiperplasia benigna da próstata;
- o campo clínico da enfermagem pode e deve fornecer ao conhecimento, em sede de consulta onde a educação para a saúde e a prevenção da doença, ocorra;
- a literacia da saúde, como estratégia de sobrevivência e de promoção da relação através da educação sexual.

Em termos de estratégias futuras, com o objetivo de melhoria dos cuidados, pretende-se formar os restantes profissionais de enfermagem de urologia para que possam ser envolvidos nesta transformação, para uma enfermagem mais científica, com melhoria da sua práxis.

Por tudo o que foi dito anteriormente, é possível afirmar que a elaboração e execução deste estudo/trabalho levou à aquisição de diversas competências. No âmbito das competências do enfermeiro especialista, destaca-se o contributo deste trabalho para a aquisição das competências do domínio da melhoria contínua da qualidade e do domínio das aprendizagens profissionais.

Neste sentido, considera-se com este trabalho estar a cooperar para o despoletar de novos percursos, levando ao enriquecimento e desenvolvimento da enfermagem e da excelência na prestação de cuidados ao doente urológico.

#### **Para um Projeto de futuro....**

**Não foi possível verificar qualquer tipo de relação entre as ações cuidadoras e a diminuição da frequência de complicações, pelo que continua a manter-se a pertinência para retomar os estudos nesta matéria e em torno deste objetivo, criando uma proposta para um protocolo de cuidados de enfermagem em doente com HBP...**

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, A. (2013). Para uma ética em pesquisa fundada nos Direitos Humanos. *Rev. Bioét. (Impr.)*, 21(3), 412–434.
- Bezerra, C. (2019). *Cirurgia de próstata: recuperação e consequências - Tua Saúde*. Tua Saúde. <https://www.tuasaude.com/cirurgia-para-cancer-de-prostata/>
- Botcho, G., Kpatcha, T., Tengue, K., Dossouvi, T., Sewa, E., Simlawo, K., Leloua, E., Sikpa, K., & Anoukoum, T. (Anoukoum, T.); Dosseh, ED (Dosseh, E. (2018). Morbidade e mortalidade após prostatectomia aberta para hiperplasia prostática benigna por abordagem transvesical no Hospital de Ensino de Kara, Togo. *Revista Africana de Urologia*, 24(4), 353–358. <https://doi.org/10.1016/j.afju.2018.01.008>
- Carneiro, A., Sakuramoto, P., Wroclawski, M. L., Forseto, P. H., Julio, A. Den, Bautzer, C. R. D., Lins, L. M. M., Kataguirí, A., Yamada, F. B., Teixeira, G. K., Tobias-Machado, M., & Pompeo, A. C. L. (2016). Open suprapubic versus retropubic prostatectomy in the treatment of benign prostatic hyperplasia during resident's learning curve: A randomized controlled trial. *International Braz J Urol*, 42(2), 284–292. <https://doi.org/10.1590/S1677-5538.IBJU.2014.0517>
- Caro-Zapata, F. L., Vásquez-Franco, A., Correa-Galeano, É. D., & García-Valencia, J. (2018, March 10). Complicaciones infecciosas despues de prostatectomia abierta y reseccion trasnuretral de próstata en pacientes con hiperplasia prostática benigna. *Iatreia - Julio-Septiembre*, 31(3), 274–283. <http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v31n3/0121-0793-iat-31-03-00274.pdf>
- Casanova, M. A. A. ; Ramo, J. G. M., Phillips, K. V., Castilho, L., Zoehler, L. V., Valente, A. P., Deves, A., & Nabinger, G. B. (2019). XXXIII CONGRESSO BRASILEIRO DE CIRURGIA. *XXXIII Congresso Brasileiro de Cirurgia*. <https://sistemaparaevento.com.br/evento/congbracirurgia/trabalhosaprovados/naintegra/1729>
- Cornejo-Dávila, V., Mayorga-Gómez, E., Palmeros-Rodríguez, M. A., Uberetagoiyena-Tello de Meneses, I., Garza-Sáinz, G., Osornio-Sánchez, V., Trujillo-Ortiz, L., Sedano-Basilio, J. E., Preciado-Estrella, D. A., Herrera-Muñoz, J. A., Gómez-Sánchez, J., Martínez-Arroyo, C., Cantellano-Orozco, M., Morales-Montor, J. G., & Pacheco-Gahbler, C. (2015, January 1). Papel de la adenomectomía transvesical en el manejo del crecimiento prostático obstructivo. Experiencia de 7 años de un solo centro en la ciudad de México. *Revista Mexicana de Urologia*, 75(1), 14–19.

<https://doi.org/10.1016/j.uromx.2014.11.002>

- Coutinho, C. P. (2019). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (Edições AI). Edições Almedina.
- Dias, J. S., Parada, B., & Vendeira, P. A. (2018). *Urologia em 10 minutos*. Bayer Healthcare.
- Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Pessoa em situação crítica, Ordem dos Enfermeiros 1 (2010).
- Figueiredo, A., Carlos, J. S., Príncipe, P., Correia, R., & Lopes, T. (2014). Avaliação e seguimento do doente com HBP. In *Protocolos clínicos - Associação Portuguesa de Urologia* (Springer H). [www.springerhealthcare.com](http://www.springerhealthcare.com)
- Figueiredo, A., Pereira, M., Príncipe, P., Nogueira, R., Lopes, T., & Maricoto, T. (2017). *Sintomas do Trato Urinário Inferior (LUTS) no Homem*. Springer Healthcare Ibérica S.L. ©. [www.springerhealthcare.com](http://www.springerhealthcare.com)
- Fonseca, J. F., & Palmas, A. S. (n.d.). HBP - Sintomas e impacto na qualidade de. In *Associação Portuguesa de Urologia* (Associação). Associação Portuguesa de Urologia.
- Fontenele, T. J. L. C. (2021). Prostatectomia Transvesical X Prostatectomia a Millin: Revisão de literatura. *Revista PubSaúde*, 1–5. <https://doi.org/10.31533/pubsau5.a113>
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (Lusodactia (ed.)). Lusodactia.
- Francesca, B. V. M. (2016). *CARACTERÍSTICAS DE LAS COMPLICACIONES POST PROSTATECTOMIA ABIERTA POR HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA DURANTE LOS años 2010-2015*. Universidad Nacional de An Agustín.
- Inzunza, J. A. N. (2014). Surgical management of benign prostatic hyperplasia and evaluation of adverse events according to Clavien. Experience in the Hospital of Villarrica. *Revista Chilena de Urologia*, 79(4), 34–39.
- Marques, R. M. R. C. (2014). Hiperplasia benigna da próstata: tratamento médico vs tratamento cirúrgico [Universidade de Coimbra]. In *Repositório Institucional da Universidade de Coimbra*. <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/31867/1/tese.pdf>
- Regulamento n.º 124/2011 do Ministério da Saúde, Diário da República, 2.ª série-N.º 35 8656 (2011).
- Regulamento n.º 361/2015 - do Ministério da Saúde, Diário da república: II série, n.º123 17240 (2015). <https://dre.pt/application/file/67613096>
- Regulamento n.º429/2018 do Ministério da Saúde, Diário da República, 2.ª série-N.º 135 19359 (2018).

- Regulamento nº 140/2019 do Ministério da Saúde, Diário da República : II Série, nº 26 4744 (2019). <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Pedrosa, J. A. (2018). *Câncer de Próstata*. <https://www.drjappedrosa.com/uro-oncologia/cancer-de-prostata/>
- Pernigotti, O. R. (n.d.). *CONSIDERAÇÕES SOBRE CEM PROSTATECTOMIAS POR VIA TRANSVESICAL EM PORTO ALEGRE*.
- Pestana, M. H. de A. P., & Gageiro, J. M. N. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais: a Complementaridade do SPSS, 6ª Edição Revista e Aumentada com novos modelos teórico e aplicações práticas. A obra de referência da Análise de dados em Portugal* (Edições Sí, Vol. 1).
- Pourmand, G., Abedi, A. R., Karami, A. A., Khashayar, P., & Mehraei, A. R. (2010). Infecção urinária antes e depois da prostatectomia. *Jornal Saudita de Doenças Renais e Transplante - Centro Saudita de Transplantes de Órgãos*, 290–294. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20228515/>
- Prado, Augusto Ramos do; Bülow, Ernani Clóvis; Aquino, Manoel Nascimento; Bülow, Neusa Heinzman; Crestani, Antonio Jair S; Copetti, H. (1990). *Complicações cirúrgicas da prostatectomia transvesical*. Saúde Santa Maria. <https://doi.org/lil-120697>
- Teixeira, T. F. C. (2016). *Prostatectomia Simples Aberta Qual é a melhor técnica?* Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Varregoso, J. (2011a). *Hipertrofia Benigna da Próstata (HBP) Terapêutica Cirúrgica*.
- Varregoso, J. (2011b). *Hipertrofia Benigna da Próstata (HBP) Terapêutica Cirúrgica* (E. P. E. Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca (ed.)). <http://hdl.handle.net/10400.10/322>

**ANEXOS**

## Anexo I– Declaração de Orientação Científica do Trabalho de Investigação



### DECLARAÇÃO

Por me ter sido solicitado e para os devidos efeitos, declaro, que sou responsável pela Orientação Científica, do trabalho de investigação, a ser desenvolvido por Ana Júlia Colaço Gabriel, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, com o número a45174, submetido ao tema “Incidência e Prevalência de complicações em doentes submetidos a prostatectomia transvesical”.

Mais assumo que me encontro disponível para qualquer esclarecimento, acompanhamento e supervisão, relativamente à eventual explicitação metodológica, ou divulgação posterior, relacionada com qualquer componente cronológica do desenvolvimento deste processo.

Atenciosamente,  
ESSA, 09 novembro 2020

Maria Augusta Romão da Veiga Branco,  
Professora Doutora do Instituto Politécnico de Bragança

Maria Augusta Romão Da Veiga Branco



Sciences of Education, PhD

Health Education, Master

Neuroeducation, PG

Coordinator Professor - Higher Health School, Polytechnical Institute, Bragança

Erasmus+ PSI-Well Project Coord (Portugal, IPB): [www.psiwell.eu](http://www.psiwell.eu)

Department of Social Sciences and Gerontology Chair

Post Graduation in Emotional Education in Health Coordinator <http://essa.ipb.pt/index.php/essa/cursos/pos-graduacoes/educacao-emocional-em-saude/plano-de-estudos>

Chairman Direction PAIDEIA - Open Platform - Association for Development of Emotional Education

CIÊNCIA ID <https://www.cienciavita.pt/pt/6211-8999-F020>

ORCID iD <http://orcid.org/0000-0002-7963-2291>

Telf (+351)273330950

Av. D. Afonso V

5300-121 Bragança, Portugal

## **Anexo II – Consentimento Informado**

Foi convidada(o) a participar num estudo conduzido pela Enfermeira Ana Júlia Colaço Gabriel, integrado no Mestrado Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Bragança no âmbito do estudo: ***“Incidência e Prevalência de complicações agudas em doentes submetidos a Prostatectomia Transvesical”***.

*A sua participação é voluntária. Leia por favor a informação em baixo antes de decidir se vai ou não participar no estudo. Se concordar, pedimos que assine no final.*

***Objetivo do estudo*** - Este estudo quantitativo tem como objetivos: analisar a incidência e prevalência de complicações em doentes submetidos a prostatectomia transvesical e as variáveis condicionantes para essas complicações pós-operatórias; analisar as complicações emergentes após prostatectomia transvesical; analisar a relação entre a presença de complicações pós-operatórias e as comorbilidades clínicas do utente; analisar estratégias promotoras da diminuição da incidência e prevalência das complicações em doentes prostatectomizados.

***Benefícios do estudo*** - Os resultados do estudo permitirão um planeamento e prestação de cuidados de enfermagem mais adequados aos utentes submetidos a uma prostatectomia transvesical.

***Procedimentos*** - A colheita de dados consiste no preenchimento de um questionário em papel pelo investigador com base nas respostas do utente que tenha sido submetido a prostatectomia transvesical no Centro Hospitalar, nos últimos 5 anos (2015-2020).

***Tratamento de dados*** - O tratamento dos dados obtidos garante o anonimato dos participantes, nunca sendo feito qualquer tipo de uso que possa revelar a identidade dos participantes. A recolha e análise de dados do estudo serão integradas num trabalho de investigação e num artigo científico de acesso livre. Este trabalho de investigação e artigo científico não conterá quaisquer dados pessoais que possam revelar direta ou indiretamente a identidade de uma pessoa singular.

***Confidencialidade*** - Qualquer informação obtida no âmbito do presente estudo que o possa identificar será confidencial e não será divulgada sem a sua prévia autorização. Serão expressas e sucintamente acauteladas as questões éticas relativas à recolha, tratamento e divulgação de dados (confidencialidade e anonimato), tal como consignado na Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina referido posteriormente como Convenção de Oviedo e Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

***Eliminação de dados pessoais*** - No final do estudo, todos os dados pessoais dos participantes serão eliminados.

***Recusa em participar*** - É inteiramente livre de participar ou não neste estudo. Se se voluntariar para participar no estudo, é livre de se retirar a qualquer momento sem consequências de qualquer tipo. Também é livre de responder ou não a qualquer pergunta efetuada pela investigadora.

***Riscos potenciais*** - O estudo não envolve qualquer risco potencial, quer sejam sociais, legais ou financeiros.

***Contexto do estudo*** - O estudo é realizado sem qualquer tipo de apoio financeiro ou

institucional e obteve o parecer favorável da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE.

**Identificação dos investigadores** - Se tiver qualquer questão ou apreensão relativo a este estudo, poderá contactar a investigadora principal: Ana Júlia Colaço Gabriel, aluna da Escola Superior de Saúde de Bragança, através do email: enf.anagabriel@hotmail.com.

**A investigadora principal**

---

*Compreendo os procedimentos acima descritos. As minhas questões foram respondidas de forma satisfatória e concordo em participar neste estudo. Foi-me fornecida uma cópia deste protocolo.*

---

(Nome)

---

(Assinatura)

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## Anexo III – Parecer da Comissão de Ética da Instituição de Saúde Relativo ao Projeto de Investigação Apresentado



**Exmo. (a) Senhor(a)**

Enfª Ana Júlia Colaço Gabriel

[enf.anagabriel@hotmail.com](mailto:enf.anagabriel@hotmail.com)

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
	22/02/2021	PROC. Nº: 17/2021	06-04-2021

**ASSUNTO: "Incidência e prevalência de complicações agudas em doentes submetidos a prostatectomia transvesical"**

Exma Senhora Enfª Ana Júlia Colaço Gabriel,

Acusamos a receção do seu pedido para realização do estudo **"Incidência e prevalência de complicações agudas em doentes submetidos a prostatectomia transvesical"**.

Agradecemos a preferência pela nossa instituição.

A Comissão Ética de Saúde não tem objeção ética à realização do estudo no CHTS, nas condições referidas no mesmo.

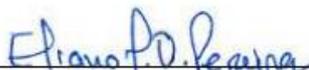
Informamos que, em reunião de Conselho de Administração de 31/03/2021 foi autorizada a realização do estudo, nos termos do Parecer da Comissão.

No final da realização do estudo deverá entregar, no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, no Serviço de Ensino, Formação e Investigação (SEFI), **o relatório final, sendo este de carácter obrigatório.**

Estaremos ao dispor para qualquer informação ou esclarecimento que entenda solicitar.

Com os melhores cumprimentos,

A Diretora do SEFI,

  
(Eliana Pereira, Dra)

## Anexo IV – Instrumento de Recolha de Dados

<b>Caracterização sociodemográfica</b>	
Idade: <input type="checkbox"/> <45 <input type="checkbox"/> 45-50 <input type="checkbox"/> 51-55 <input type="checkbox"/> 56-60 <input type="checkbox"/> 61-65 <input type="checkbox"/> 66-70 <input type="checkbox"/> 71-75 <input type="checkbox"/> >75	
Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> União de fato	
Residência <input type="checkbox"/> Meio rural <input type="checkbox"/> Meio urbano	Cuidador Informal <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Habilitações literárias: <input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Ensino primário <input type="checkbox"/> Ensino secundário <input type="checkbox"/> Ensino Superior	
Situação Laboral <input type="checkbox"/> Emprego <input type="checkbox"/> Desemprego <input type="checkbox"/> Reformado	
<b>Caracterização clínica</b>	
Antecedentes pessoais: <input type="checkbox"/> HTA <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Patologia respiratória <input type="checkbox"/> Cálculos vesicais <input type="checkbox"/> Cálculos renais <input type="checkbox"/> Cirurgia abdominal previa <input type="checkbox"/> Outros:	
Ingestão de álcool: <input type="checkbox"/> Não bebe <input type="checkbox"/> Consumo à refeição <input type="checkbox"/> Consumo fora da refeição <input type="checkbox"/> Consumo à refeição e fora desta	
Hábitos tabágicos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Algaliação prévia à cirurgia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Dimensão próstata	Qual o tamanho da próstata? ----- gramas
<b>Complicações pós-operatórias</b>	
No momento da alta: <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Urgência urinária <input type="checkbox"/> Incontinência urinária <input type="checkbox"/> Infecção ferida operatória <input type="checkbox"/> Epididimite <input type="checkbox"/> Orquite <input type="checkbox"/> Estenose uretral <input type="checkbox"/> Esclerose do colo vesical <input type="checkbox"/> Disfunção sexual <input type="checkbox"/> Impotência sexual <input type="checkbox"/> Ejaculação retrógrada <input type="checkbox"/> Fístula vesico-cutânea <input type="checkbox"/> Dor por espasmo <input type="checkbox"/> Infecção urinária <input type="checkbox"/> Litíase vesical <input type="checkbox"/> Litíase renal <input type="checkbox"/> outras:	
No momento da 1º consulta médica - 30 dias de pós-operatório: <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Urgência urinária <input type="checkbox"/> Incontinência urinária <input type="checkbox"/> Infecção ferida operatória <input type="checkbox"/> Epididimite <input type="checkbox"/> Orquite <input type="checkbox"/> Estenose uretral <input type="checkbox"/> Esclerose do colo vesical <input type="checkbox"/> Disfunção sexual <input type="checkbox"/> Impotência sexual <input type="checkbox"/> ejaculação retrógrada <input type="checkbox"/> fístula vesico-cutânea <input type="checkbox"/> dor por espasmo <input type="checkbox"/> Infecção urinária <input type="checkbox"/> Litíase vesical <input type="checkbox"/> Litíase renal <input type="checkbox"/> outras:	
No momento da 2º consulta médica - 3 meses de pós-operatório: <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Urgência urinária <input type="checkbox"/> Incontinência urinária <input type="checkbox"/> Infecção ferida operatória <input type="checkbox"/> Epididimite <input type="checkbox"/> Orquite <input type="checkbox"/> Estenose uretral <input type="checkbox"/> Esclerose do colo vesical <input type="checkbox"/> Disfunção sexual <input type="checkbox"/> Impotência sexual <input type="checkbox"/> ejaculação retrógrada <input type="checkbox"/> fístula vesico-cutânea <input type="checkbox"/> dor por espasmo <input type="checkbox"/> Infecção urinária <input type="checkbox"/> Litíase vesical <input type="checkbox"/> Litíase renal <input type="checkbox"/> outras:	
No momento da 3º consulta médica - 6 meses de pós-operatório: <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Urgência urinária <input type="checkbox"/> Incontinência urinária <input type="checkbox"/> Infecção ferida operatória <input type="checkbox"/> Epididimite <input type="checkbox"/> Orquite <input type="checkbox"/> Estenose uretral <input type="checkbox"/> Esclerose do colo vesical <input type="checkbox"/> Disfunção sexual <input type="checkbox"/> Impotência sexual <input type="checkbox"/> ejaculação retrógrada <input type="checkbox"/> fístula vesico-cutânea <input type="checkbox"/> dor por espasmo <input type="checkbox"/> Infecção urinária <input type="checkbox"/> Litíase vesical <input type="checkbox"/> Litíase renal <input type="checkbox"/> outras:	

Anexo V – Certificados de Comunicações Orais



**CONGRESSO INTERNACIONAL  
LITERACIA EM SAÚDE E AUTOCUIDADOS  
EVIDÊNCIAS QUE PROJETAM A PRÁTICA CLÍNICA**

**CONGRESO INTERNACIONAL  
ALFABETIZACIÓN EN SALUD Y AUTOCUIDADO  
EVIDENCIAS QUE DISEÑAN LA PRÁCTICA CLÍNICA**

**28, 29 de abril 2021**  
Online

**Organização:**  
**INFAD, Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde**

**D. Florencio Vicente Castro y Dña. Ana Maria Nunes  
Portugués Galvão, presidentes del Comité  
Organizador del “Congreso Internacional  
Alfabetización en Salud y Autocuidado. Evidencias que  
diseñan la práctica clínica” celebrado en el Instituto  
Politécnico de Bragança de forma online los días 28 y  
29 de abril de 2021**

Certifican que:

Ana Júlia Colaço Gabriel, Ana Júlia Colaço Gabriel, Maria  
Augusta Romão da Veiga Branco

Participó en el mencionado congreso con el siguiente  
trabajo científico

*Comunicação Oral*

*Prevenir Complicações e Condicionantes de  
Prostatectomia transvesical – Estudo descritivo no  
momento da alta clinica*

  
Fdo: Florencio Vicente Castro  
Presidente Asociación INFAD

  
Instituto Politécnico de Bragança





**CONGRESSO INTERNACIONAL  
LITERACIA EM SAÚDE E AUTOCUIDADOS  
EVIDÊNCIAS QUE PROJETAM A PRÁTICA CLÍNICA**

**CONGRESO INTERNACIONAL  
ALFABETIZACIÓN EN SALUD Y AUTOCUIDADO  
EVIDENCIAS QUE DISEÑAN LA PRÁCTICA CLÍNICA**

**28, 29 de abril 2021**

Online

Organização:

**INFAD, Instituto Politécnico de Bragança, Escola  
Superior de Saúde**



**D. Florencio Vicente Castro y Dña. Ana Maria Nunes  
Portugués Galvão, presidentes del Comité  
Organizador del “Congreso Internacional  
Alfabetización en Salud y Autocuidado. Evidencias que  
diseñan la práctica clínica” celebrado en el Instituto  
Politécnico de Bragança de forma online los días 28 y  
29 de abril de 2021**

Certifican que:

Ana Julia Colação Gabriel, Maria Augusta Romão da Veiga Branco

Participó en el mencionado congreso con el siguiente  
trabajo científico

*Comunicação Oral*

*Literacia em Saúde – O que há a saber em  
Disfunção Sexual na Hiperplasia Benigna da  
Próstata?*

Fdo: Florencio Vicente Castro  
Presidente Associação INFAD



Instituto Politécnico de Bragança

### Revista Referência | Submissão de artigo

referencia@esenf.c.pt <referencia@esenf.c.pt>

Qui, 27/05/2021 23:00

Para: enf.anagabriel@hotmail.com <enf.anagabriel@hotmail.com>



Caro(a) Ana Julia Colaço Gabriel,

Agradecemos o Interesse pela Revista de Enfermagem Referência.

O seu artigo foi submetido com êxito.

Código do artigo: -----

Título: A hiperplasia benigna da próstata – complicações pós-operatórias

Tipo: Artigo de Investigação Empírica

### Ciclo de um Artigo: da Submissão à Divulgação

8 Dias	7 Dias	7 Dias	10 Dias	7 Dias	7 Dias	8 Dias	7 Dias	7 Dias	8 Dias	12 Dias	3 Dias	7 Dias	3 Dias	30 Dias	
Fase de Pré- Análise (incluindo entrevista, se aplicável)	Fase de Checklist	Editor ↕ Autor	Fase de Revisão por Pares	Editor ↕ Autor	Fase de Outor de Artigo	Editor ↕ Autor	Fase de Tratamento Técnico e Documental	Fase de Revisão Final	Editor ↕ Autor	Fase de Tradução	Editor ↕ Autor	Fase de Maquetingação e Atribuição de DOI	Editor ↕ Autor	Fase de Misturados	Fase de Divulgação Digital (base de Dados)

## **Anexo VII – Artigo Científico**

### **A hiperplasia benigna da próstata – complicações pós-operatórias**

#### **Benign prostate hyperplasia - postoperative complications**

#### **Hiperplasia próstata benigna - complicaciones postoperatorias**

Ana Júlia Gabriel, Instituto Politécnico de Bragança

Maria Augusta Romão da Veiga Branco, Instituto Politécnico de Bragança

#### **Resumo**

A literatura científica apresenta complicações evidentes, pós-prostatectomia – que tornam pertinente o desenvolvimento de competências específicas e autónomas, para diminuir os potenciais riscos. Reconhecer as complicações pós prostatectomia transvesical (PTV) em doentes com Hiperplasia Benigna da Próstata (HBP).

Estudo exploratório, quantitativo, descritivo a partir da aplicação de um questionário, a uma amostra de 214 utentes, submetidos a PTV, entre 2015-2020, no Norte Portugal. O critério de inclusão amostral foi a aceitação pessoal para participar no estudo; e o de exclusão, foi a incapacidade mental para responder às questões, ou a apresentação de comorbilidades. Da análise, verificou-se que as complicações emergentes após PTV, em doentes com HBP, no imediato, são: hematúria, urgência urinária, infeção da ferida operatória. O campo clínico da enfermagem precisa deste investimento nos dados de investigação, para melhorar o campo empírico, a partir da prática baseada na evidência. Propõe-se uma proposta de protocolo neste tipo de cuidados, e implementação de consultas de enfermagem pré e pós-operatórias.

**Palavras-chave:** Hiperplasia Benigna da Próstata; complicações pós-operatórias; Enfermagem

#### **Abstract**

The scientific literature presents evident complications, post-prostatectomy - which make the development of specific and autonomous pertinent skills, in order, to reduce potential risks. Recognize complications after transvesical prostatectomy (PT) in patients with Benign Prostate Hyperplasia (BPH). Exploratory, quantitative, descriptive study based on the application of a questionnaire, to a sample of 214 users, submitted to PT, between 2015-2020, in Northern Portugal. The sample inclusion criterion was personal acceptance to participate in the study; and the one of exclusion, was the mental inability to answer the questions, or the presentation of comorbidities. From the analysis, it was found that the complications that emerged after PT in patients with BPH, in the immediate period, are,

hematuria, urinary urgency, infection of the surgical wound. The clinical field of nursing needs this investment in research data, to improve the empirical field, starting from an evidence-based practice. It is proposed a protocol in this type of care, and implementation of pre- and postoperative nursing consultations.

**Keywords:** Benign prostatic hyperplasia; postoperative complications; Nursing

## **Resumen**

La literatura científica presenta complicaciones, post prostatectomía, que hacen pertinente el desarrollo de habilidades específicas y autónomas, con el fin de reducir los riesgos potenciales. Reconocer las complicaciones post prostatectomía transvesical (PT) en pacientes con hiperplasia benigna de próstata (HPB). Estudio exploratorio, cuantitativo, descriptivo basado en la aplicación de un cuestionario, a una muestra de 214 usuarios, sometidos a PT, entre 2015-2020, en Portugal-Norte. El criterio de inclusión de la muestra fue la aceptación personal para participar en el estudio; y la exclusión, fue la incapacidad mental para responder a las preguntas, o la presentación de comorbilidades. A partir del análisis, se encontró las complicaciones emergentes post PT, en pacientes con HBP, en el inmediato, son: hematuria, urgencia urinaria, infección de la herida quirúrgica. El campo clínico de enfermería necesita esta inversión en datos de investigación, para mejorar el campo empírico, sustentado por la práctica basada en la evidencia. Se propone una propuesta de protocolo en este tipo de cuidados, y implementación de consultas de enfermería pre y postoperatorias.

**Palabras llave:** Hiperplasia Benigna de Próstata; complicaciones posoperatorias; Enfermería

## **INTRODUÇÃO**

A hiperplasia benigna da próstata (HBP), constitui uma das patologias mais prevalentes no homem. Desencadeia sintomatologia no aparelho urinário incapacitante, provocando alterações biopsicossociais, e especificamente, tanto quanto mais íntima for a expressão destes e com estes familiares. A proporção de homens que desenvolve sintomas moderados-severos, duplica por cada década de vida (Fontenele, 2021), em cada dez anos vividos – e sem qualquer vigilância morfológica da próstata – há tendencialmente, probabilidade do aumento, mesmo que não sintomático.

O objetivo do tratamento da hiperplasia benigna da próstata não é curar, mas sim reduzir os sintomas e evitar as complicações da doença. As opções terapêuticas incluem vigilância da sintomatologia, terapêuticas médicas e cirúrgicas (Dias et al., 2018). A avaliação minuciosa, do utente no pré-operatório, é crucial para a redução da probabilidade de complicações que

possam surgir no pós-operatório pelo que é pertinente o enfermeiro especialista em médico-cirúrgica a laborar nesta área urológica da pessoa em situação crítica, saber reconhecer as complicações adjacentes a esta patologia e à sua cirurgia para estar alerta a sinais da sua manifestação.

O estudo que se apresenta, partiu da questão à investigação: Será que é possível reconhecer as complicações emergentes da prostatectomia transvesical em doentes com hiperplasia benigna da próstata? E dos objetivos: Reconhecer as complicações emergentes após prostatectomia transvesical, e respetivas comorbilidades, em doentes diagnosticados com HBP.

## **ENQUADRAMENTO**

A próstata, tem uma função bipartida no sistema genital masculino, seja na micção, seja no ato sexual, isto é, age no controlo do fluxo do jato urinário durante a micção e, produz secreções que aumentam o volume do esperma ajudando-o a manter a vitalidade e a mobilidade dos espermatozoides (Figueiredo et al., 2017).

A definição de HBP, resulta da combinação do aumento de volume da glândula desenvolvimento e respetiva hiperplasia histológica das células e da sintomatologia que provoca, a curto, médio e longo prazo. Pode acarretar um considerável grau de incapacidade física, psíquica e social no indivíduo.

Dado que a próstata rodeia a uretra masculina, qualquer alteração, irá produzir sintomas no aparelho urinário, habitualmente, relacionados com a obstrução da uretra e com o funcionamento da bexiga. A abordagem terapêutica cirúrgica – prostatectomia por via aberta ou transvesical ou supra púbica (de Freyer) - é a opção prioritária para volume prostático acima de 80cc, e, nomeadamente, em doentes que desenvolveram complicações da hiperplasia benigna da próstata, ou com sintomatologia moderada a severa, refratária à terapêutica farmacológica.

Esta abordagem, reservada, para próstatas que apresentam dimensões maiores, não só é considerada uma técnica mais invasiva, mas também a mais eficaz, já que apresenta melhores resultados a longo prazo, e, com uma taxa de re-intervenção de apenas 2% (Fontenele, 2021). Esta técnica, promove melhoria dos sintomas e do fluxo urinário, de 95%, com uma taxa de re-intervenção menor que 2% (Marques, 2014). É importante referir que, neste tipo de cirurgia, é preservada a cápsula prostática e a zona periférica da glândula, o que vem reduzir o tipo de complicações de longo prazo (Pedrosa, 2018), nomeadamente as sinaléticas de disfunção sexual, quer as auto percebidas, quer as externamente percebidas.

A literatura vem apresentando, redução progressiva no que respeita à taxa de complicações, neste tipo de cirurgia, situando-se em cerca de 0,25% (Caro-Zapata et al., 2018), todavia continuam com expressão prevalente algumas situações perturbadoras para

o homem. É referido como possíveis complicações desta técnica, a hematuria - que se faz acompanhar da conseqüente necessidade de transfusão sanguínea -, as alterações mais ou menos expressivas, mas sempre perturbadoras, da componente funcional sexual, as infeções da ferida operatória, as infeções urinárias, a incontinência urinária, e ainda, mas em menor proporção, nesta fase do imediato, a disfunção sexual, as contraturas colo vesical, estenose uretral e fístulas vesico-cutâneas (Botcho et al., 2018; Caro-Zapata et al., 2018; Francesca, 2016; Marques, 2014). Acrescenta-se ainda, como possíveis complicações no imediato a urgência urinária (Teixeira, 2016; Prado, Augusto Ramos do; Bülow, Ernani Clóvis; Aquino, Manoel Nascimento; Bülow, Neusa Heinzman; Crestani, Antonio Jair S; Copetti, 1990).

### **QUESTÃO INVESTIGAÇÃO**

Será que é possível reconhecer as complicações emergentes da prostatectomia transvesical em doentes com hiperplasia benigna da próstata, no pós operatório imediato, no momento da alta?

### **METODOLOGIA**

Foi desenvolvido um estudo quantitativo, transversal, de carácter exploratório, observacional e descritivo. A amostra foi constituída por 214 utentes, submetidos à cirurgia prostatectomia, por via transvesical num Centro Hospitalar do Norte de Portugal, no período entre 2015-2020, cuja constituição obedeceu aos seguintes critérios: de inclusão – utentes intervencionados com esta técnica, no período de 2015-2020, e consentimento livre em participar no estudo – e, de exclusão, a incapacidade mental para responder ao questionário, e a existência de comorbilidades idênticas ao estudo.

Para a construção do instrumento de recolha de (IRD) aplicado na realização desta investigação (Gabriel & Veiga-Branco, 2021), foram consideradas as variáveis emergentes encontradas na literatura – como atrás expressas -, que se assumem como as variáveis independentes neste estudo. Para descrever as características relativas aos doentes da amostra, e dar resposta aos objetivos de investigação, foi feita na análise estatística descritiva, - valores das frequências absolutas e relativas, médias, desvio padrão, mínimos e máximos -, sempre que considerado útil, não só para as variáveis socio demográficas de caracterização amostral, como também para as variáveis clínicas, relativas à variável dependente.

O desenvolvimento do processo metodológico do estudo envolveu 3 momentos cronológicos: no primeiro procedeu-se à apresentação do Projeto e respetiva solicitação para a devida autorização da realização do estudo ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar onde se realizou o estudo, à respetiva Comissão de Ética da instituição, e, de ambos se obteve a aprovação e consentimento expresse.

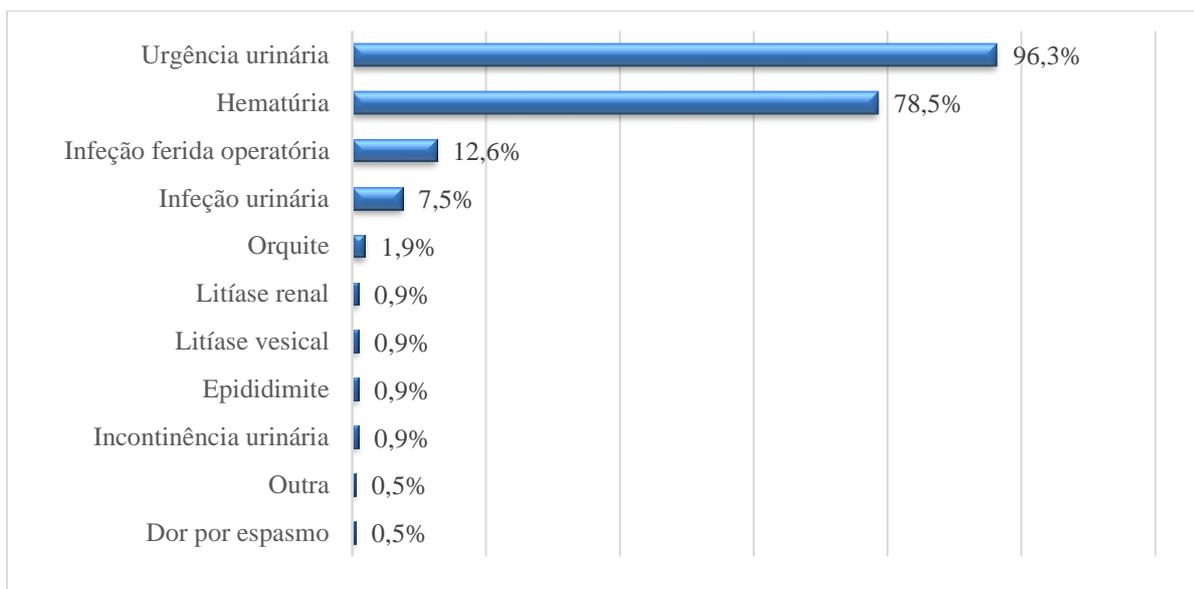
No segundo momento decorreu a colaboração da equipa médica na sinalização dos

utentes, que inseriram a amostra, à qual foi aplicada o Instrumento de Recolha de Dados no terceiro momento cronológico do estudo. Esta aplicação decorreu de modo direto, - em local de consulta médica pós-operatória - e em algumas situações, por contacto telefónico. A participação dos utentes, foi sempre precedida de abordagem preparatória individual, em espaço e tempo próprios, completa e previamente aceites pelo doente, para explicação do estudo, - objetivos e finalidade - e apresentação de um documento com o consentimento informado para assinar. A colheita dos dados, em momento de diálogo formal, foi registada por escrito, sem qualquer tipo de identificação (nome, número, origem), obtendo assim, um conjunto de documentos, que posteriormente foram transcritos, e constituíram a base de dados, para respetiva análise.

## **RESULTADOS**

Da análise dos dados, verifica-se que a maioria (70,6%) dos doentes se encontra acima dos 65 anos de idade, sendo que 89,3% dos doentes são casados e 84,6% residem em meio rural. Apenas 28,0% dos doentes estão empregados, sendo que nesta etapa de vida, a maioria, ou seja, 70,1% dos utentes estão reformados e só 1,9% estão desempregados. Mencione-se também que a amostra se caracteriza a nível da escolaridade, na sua maioria, ao nível do ensino primário, atual ensino básico (171=79,9%), sendo que 12 respondentes (5,6%) assumem ser analfabetos. No que respeita à existência ou não de cuidador informal: verificou-se que 84,6% têm apoio no seu domicílio, em contraste com 22 utentes (10,3%) que não possuíam qualquer apoio no seu domicílio, seja porque economicamente não podem, ou não tem familiares disponíveis, para efeito de suporte de cuidados domiciliários. Analisando os dados obtidos, acerca da variável antecedentes clínicos – comorbilidades da amostra -, constata-se que, a grande maioria dos doentes consome álcool apenas à refeição (94,4%) e constatou-se que 46,3% tem hábitos tabágicos. Verifica-se que 27,1% dos doentes, - por oposição à maioria de 72,9% dos doentes -, assumiu que vivia com algaliação permanente, pelo que apresentava assim, algaliação prévia à cirurgia. Nesta amostra, o aumento médio do tamanho da próstata, foi evidente e discrepante - sendo que a média aqui encontrada para o tamanho da próstata foi de 101,98 gramas (com o desvio padrão de 39,07),- registando-se um mínimo de 36 gramas e um máximo de 291 gramas. Em relação aos antecedentes, constata-se que, 54 doentes, 25,2% da amostra, apresentam-se sem antecedentes, por oposição à maioria. Estes, a maior parte dos doentes, distribui-se por sete tipologias de comorbilidades: por exemplo, 130 doentes (60,7%), apresentam hipertensão arterial, depois verificam-se que 38 doentes (17,8%) assumiram estar diagnosticados com diabetes mellitus, em 10 doentes (4,75%), foi verificada patologia respiratória, seguido e finalmente, de 17 (7,9%), e 11 doentes (5,1%), com cálculos vesicais e cálculos renais, respetivamente. Constatou-se que havia, além destas, 34 utentes (15,9%), com experiência cirúrgica

anterior, bem como, em outros 21doentes (9,8%), outras patologias de menor relevo. Explorando os dados obtidos pela aplicação do IRD à amostra respondente, relativamente às complicações relativas ao pós-operatório no momento da alta, verificou-se que a maioria da amostra não apresenta quaisquer complicações no pós operatório imediato, à exceção de hematúria, urgência urinária e infecção da ferida operatória. Especificamente, verifica-se que: (1) uma evidente maioria, 78,5% dos utentes, refere apresentar hematúria, (2) a quase totalidade da amostra, 96,3%, referem urgência urinária, e (3) em 27 (12,6%) utentes, está presente a infecção da ferida operatória. Relativamente a sintomas de infecção, 12,6% da amostra no momento da alta, apresentam infecção da ferida operatória, um grupo menor de 7,5% da amostra apresenta infecção do trato urinário, 1,9% apresenta orquite e 0,9%, refere ter epididimite no momento da alta, o que corresponde a uma frequência 22,9% no total de queixas, associadas a infecção, relativamente ao geral amostral. Constata-se ainda que 1,9% assumiu incontinência urinária, e em 0,9% a presença de litíase vesical e renal, e 0,5% da amostra revelou queixas de dor por espasmo ou outras queixas. Todos os utentes no momento da alta referem a presença de algum sintoma.



**Figura 1**

*Apresentação da distribuição dos valores percentuais da variável complicações no momento da alta da amostra*

## **DISCUSSÃO DE DADOS**

Analisando os dados obtidos neste estudo, verifica-se que se trata de uma amostra constituída por 214 utentes, relativamente envelhecida, dado que a maioria (151 utentes), se encontra acima da idade média da reforma (68-70 anos), e uma minoria - constituída por 63 utentes - abaixo da idade média da reforma (67 anos). Estes valores vêm confirmar os já encontrados nos estudos efetuados anteriormente (Botcho et al., 2018; Francesca, 2016; Teixeira, 2016), que referem também a média de idade 69-70 anos, para os utentes com

HBP, intervencionados à próstata através desta técnica. A grande maioria (70,1%) está reformada, e na eventualidade de no pós-operatório necessitar de um cuidador informal para auxiliar nas atividades de vida diária, 84,6% destes respondentes, referem que têm esse mesmo cuidador informal para auxiliar na recuperação pós-operatória. A literacia literária, ser maioritariamente de ensino básico (79,9% - ensino primário), com 5,6%, (12) utentes analfabetos, permite-nos considerar a validade e pertinência da criação de uma proposta em promoção da educação em saúde (PES) levada a cabo pela equipa de enfermagem, em sede de consulta de enfermagem, no espaço de educação para a saúde, quer ao nível do pré como do pós operatório. Pelo que é importante a promoção e acompanhamento estruturado e metodológico, de todos estes utentes, para o desenvolvimento de cuidados inerentes no pré e pós-operatório da cirurgia prostática, com práticas baseadas na evidência, com vista a promoção da literacia do utente e família, a promoção do seu autocuidado e o empoderamento nas decisões da sua saúde.

O estudo dos antecedentes prévios, nos utentes da amostra, aqui considerados como comorbilidades, é essencial e pertinente, para compreender, o contexto dos resultados. Foram encontradas como comorbilidades predominantes, as perturbações cardiovasculares e as perturbações endócrinas. Assim, 130 doentes (60,7% da amostra) referem hipertensão arterial, e 38 doentes (17,8%) referem diabetes mellitus, que corroboram as patologias também assumidas como prevalentes nos estudos de Teixeira (2016) e Francesca (2016). Além destes, verificaram-se antecedentes de cálculos vesicais, em 17 (7,9%) utentes, o que vai ao encontro do referido, no estudo de Teixeira (2016) e do que a literatura (Marques, 2014) estipula, como um dos critérios de seleção – cálculo vesical - para este tipo de técnica cirúrgica.

Como já se referiu, ocorreu o aumento médio evidente do tamanho da próstata, - sendo o valor médio situado nas 101, 98gr, com um valor mínimo de 36 gr. e um valor máximo de 291 gr., pelo que se representa uma amostra com valores dispares, de grande amplitude. Este valor médio de volume prostático, enquadra-se nos valores relatados em estudos anteriores, nomeadamente: 104,3 gr. no estudo de Botcho et al (2018), com aumento 113,7 gr. relatado por Teixeira (2016), bem como no de Francesca (2016), que refere um valor médio prostático, da sua amostra, de 90,1gr. De referir, que grande percentagem desta amostra, 158 utentes, apresenta uma próstata acima das 80gr. de dimensão, o que corrobora o estudo de Caro-Zapata et al., (2018), no qual defendem, que acima de 80gr., deve ser preferencialmente esta, - a prostatectomia transvesical - a técnica cirúrgica a adotar.

Da apreciação dos dados estudados – nomeadamente, pela presença ou não da algaliação permanente antes da cirurgia, conclui-se que 27,1% (58) utentes – mais de ¼ da amostra – estava, portanto, vivia algaliado, já previamente à cirurgia, como necessidade, pela

incapacidade de esvaziar a bexiga. Este contexto prévio, e este valor, corroboram o valor referido no estudo de Teixeira (2016). No entanto, verifica-se que este mesmo valor em 27,1% desta amostra, é significativamente inferior aos valores encontrados nos estudos efetuados por Botcho et al. (2018), e Francesca (2016) que referem valores de algaliação prévia em 63,16% da amostra, e em 72,8%, respetivamente.

Ao estudar e analisar os dados relativos à variável complicações presentes no momento da alta clínica, após a cirurgia, conclui-se: são três as grandes complicações que surgem: hematúria, urgência urinária e infeção da ferida operatória. Especificamente, verifica-se: uma evidente maioria, 78,5% dos utentes, que refere apresentar hematúria, a quase totalidade da amostra, 96,3%, referem urgência urinária, e 27 (12,6%) utentes, refere a infeção da ferida operatória. Estes dados vão ao encontro dos descritos na literatura, que concluem, que esta técnica cirúrgica, apesar de ter uma taxa de complicações tendencialmente baixa (0,25%) tem como possíveis complicações hematúria com necessidade de transfusão sanguínea, alterações a nível infeccioso (Caro-Zapata et al., 2018).

A constatação de que (78,5%) de utentes, refere hematúria no momento da alta, corrobora os estudos, que demonstram a presença de hematúria/hemorragia como consequência desta cirurgia: hematúria com necessidade de transfusão, referida por Casanova et al. (2019), hematúria com taxa de transfusão sanguínea de 7 a 14% no estudos de Caro-Zapata et al. (2018), hematúria com 1,92% (Francesca, 2016) ou uma taxa de 4% de hematúria, conforme Teixeira (2016).

A quase totalidade da amostra, 96,3%, refere urgência urinária, todavia, grande parte dos estudos consultados, referem mais a existência ou perceção de incontinência urinária, sem referência à urgência urinária. Neste estudo, foi analisada e feita a distinção entre incontinência urinária e a urgência urinária, sendo esta mais prevalente no momento da alta. Também é referida esta complicação no pós-operatório de doentes submetidos a cirurgia prostática, nos estudos de Teixeira (2016) e Prado et al. (1990) que concluem ter verificado, uma taxa de 5,6% e 5%, de urgência urinária, respetivamente.

Relativamente a sintomas de infeção, 12,6% da amostra, no momento da alta clínica, apresentam infeção da ferida operatória, 7,5% de infeção do trato urinário, 1,9% de orquite e 0,9% refere ter epididimite no momento da alta o que corresponde a uma taxa de queixas associadas a infeção de 22,9% no total. Estes dados corroboram os estudos realizados previamente, nomeadamente, um estudo, em 2019, onde se verificou infeção da ferida operatória em 7,9% da amostra (Casanova et al., 2019), uma taxa de infeção da ferida de 13,16% (Botcho et al., 2018). Estes dados são congruentes com os descritos na literatura relativa às complicações, desta técnica cirúrgica, no imediato: já que referem hematúria, infeções da ferida cirúrgica e urinária e orquiepididimite (Botcho et al., 2018; Teixeira, 2016;

Francesca, 2016). Ainda, Prado et al. (1990), no seu estudo concluem que, as complicações desenvolvidas no imediato, são as hemorragias severas e bacteriemia, e no mediato, são a infecção da pele e epididimite.

Constatou-se ainda, no momento da alta, que 1,9% da amostra referiu incontinência urinária, 0,9% referiu a presença de litíase vesical e renal e 0,5% referiu dor por espasmo ou outras queixas. Não foram registados, ao momento da alta, utentes sem queixas. Estas três complicações anteriores, corroboram nomeadamente, Caro-Zapata et al. (2018) que obtém, como conclusão, no seu estudo, uma taxa de 5,1% de incontinência urinária emergente, Teixeira (2016) que conclui que 2,2% da sua amostra refere incontinência urinária no momento da alta, e Marques (2014), também refere como resultado do seu estudo, uma percentagem de 10% de utentes, com incontinência urinária no pós-operatório imediato.

## **CONCLUSÃO**

Relativamente ao objetivo: reconhecer as comorbilidades presentes nos doentes diagnosticados com HBP, verificou-se que as prevalentes, são a hipertensão arterial e diabetes mellitus. Em relação ao objetivo, reconhecer as complicações emergentes após prostatectomia transvesical em doentes com HBP, pôde concluir-se que as complicações pós-operatórias da cirurgia prostática pela técnica cirúrgica prostatectomia transvesical são a hematúria, urgência urinária; infecção da ferida operatória, no pós operatório imediato. A elaboração e execução deste estudo, levou à aquisição de conclusões, a partir das quais, se podem e devem desenvolver análises reflexivas, no sentido de potencializar diversas competências, nomeadamente, no âmbito das competências do enfermeiro especialista, no cuidado à pessoa em situação crítica na área da enfermagem urológica. Estes resultados são reveladores da importância da implementação de protocolos de atuação da equipa de saúde, nomeadamente da equipa de enfermagem, na sua observação e cuidados, com vista a melhoria dos cuidados prestados a estes utentes, redução das complicações que possam eventualmente surgir, bem como promoção da melhoria dos padrões da qualidade e satisfação do utente, recomendados pela Ordem dos Enfermeiros.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Albuquerque, A. (2013). Para uma ética em pesquisa fundada nos Direitos Humanos. *Rev. Bioét. (Impr.)*, 21(3), 412–434.
- Bezerra, C. (2019). *Cirurgia de próstata: recuperação e consequências - Tua Saúde*. Tua Saúde. <https://www.tuasaude.com/cirurgia-para-cancer-de-prostata/>
- Botcho, G., Kpatcha, T., Tengue, K., Dossouvi, T., Sewa, E., Simlawo, K., Leloua, E., Sikpa, K., & Anoukoum, T. (Anoukoum, T.); Dosseh, ED (Dosseh, E. (2018). Morbilidade e mortalidade após prostatectomia aberta para hiperplasia prostática benigna por abordagem transvesical no Hospital de Ensino de Kara, Togo. *Revista Africana de*

*Urologia*, 24(4), 353–358. <https://doi.org/10.1016/j.afju.2018.01.008>

- Carneiro, A., Sakuramoto, P., Wroclawski, M. L., Forseto, P. H., Julio, A. Den, Bautzer, C. R. D., Lins, L. M. M., Kataguir, A., Yamada, F. B., Teixeira, G. K., Tobias-Machado, M., & Pompeo, A. C. L. (2016). Open suprapubic versus retropubic prostatectomy in the treatment of benign prostatic hyperplasia during resident's learning curve: A randomized controlled trial. *International Braz J Urol*, 42(2), 284–292. <https://doi.org/10.1590/S1677-5538.IBJU.2014.0517>
- Caro-Zapata, F. L., Vásquez-Franco, A., Correa-Galeano, É. D., & García-Valencia, J. (2018, March 10). Complicaciones infecciosas despues de prostatectomia abierta y reseccion trasnuretral de próstata en pacientes con hiperplasia prostática benigna. *Iatreia - Julio-Septiembre*, 31(3), 274–283. <http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v31n3/0121-0793-iat-31-03-00274.pdf>
- Casanova, M. A. A. ; Ramo, J. G. M., Phillips, K. V., Castilho, L., Zoehler, L. V., Valente, A. P., Deves, A., & Nabinger, G. B. (2019). XXXIII CONGRESSO BRASILEIRO DE CIRURGIA. *XXXIII Congresso Brasileiro de Cirurgia*. <https://sistemaparaevento.com.br/evento/congbracirurgia/trabalhosaprovados/naintegra/11729>
- Cornejo-Dávila, V., Mayorga-Gómez, E., Palmeros-Rodríguez, M. A., Uberetagoiyena-Tello de Meneses, I., Garza-Sáinz, G., Osornio-Sánchez, V., Trujillo-Ortiz, L., Sedano-Basilio, J. E., Preciado-Estrella, D. A., Herrera-Muñoz, J. A., Gómez-Sánchez, J., Martínez-Arroyo, C., Cantellano-Orozco, M., Morales-Montor, J. G., & Pacheco-Gahbler, C. (2015, January 1). Papel de la adenomectomía transvesical en el manejo del crecimiento prostático obstructivo. Experiencia de 7 años de un solo centro en la ciudad de México. *Revista Mexicana de Urologia*, 75(1), 14–19. <https://doi.org/10.1016/j.uromx.2014.11.002>
- Coutinho, C. P. (2019). *Metodologia de Investigaçao em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática* (Edições Al). Edições Almedina.
- Dias, J. S., Parada, B., & Vendeira, P. A. (2018). *Urologia em 10 minutos*. Bayer Healthcare.
- Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Pessoa em situação crítica, Ordem dos Enfermeiros 1 (2010).
- Figueiredo, A., Carlos, J. S., Príncipe, P., Correia, R., & Lopes, T. (2014). Avaliação e seguimento do doente com HBP. In *Protocolos clínicos - Associação Portuguesa de Urologia* (Springer H). [www.springerhealthcare.com](http://www.springerhealthcare.com)
- Figueiredo, A., Pereira, M., Príncipe, P., Nogueira, R., Lopes, T., & Maricoto, T. (2017). *Sintomas do Trato Urinário Inferior (LUTS) no Homem*. Springer Healthcare Ibérica S.L. ©. [www.springerhealthcare.com](http://www.springerhealthcare.com)
- Fonseca, J. F., & Palmas, A. S. (n.d.). HBP - Sintomas e impacto na qualidade de. In

- Associação Portuguesa de Urologia* (Associação). Associação Portuguesa de Urologia.
- Fontenele, T. J. L. C. (2021). Prostatectomia Transvesical X Prostatectomia a Millin: Revisão de literatura. *Revista PubSaúde*, 1–5. <https://doi.org/10.31533/pubsau5.a113>
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* (Lusodactia (ed.)). Lusodactia.
- Francesca, B. V. M. (2016). *CARACTERÍSTICAS DE LAS COMPLICACIONES POST PROSTATECTOMIA ABIERTA POR HIPERPLASIA BENIGNA DE PROSTATA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA DURANTE LOS años 2010-2015*. Universidad Nacional de An Agustín.
- Inzunza, J. A. N. (2014). Surgical management of benign prostatic hyperplasia and evaluation of adverse events according to Clavien. Experience in the Hospital of Villarrica. *Revista Chilena de Urología*, 79(4), 34–39.
- Marques, R. M. R. C. (2014). Hiperplasia benigna da próstata: tratamento médico vs tratamento cirurgico [Universidade de Coimbra]. In *Repositório Institucional da Universidade de Coimbra*. <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/31867/1/tese.pdf>
- Regulamento nº 124/2011 do Ministério da Saúde, Diário da República, 2.ª série-N.º 35 8656 (2011).
- Regulamento nº 361/2015 - do Ministério da Saúde, Diário da república: II série, nº123 17240 (2015). <https://dre.pt/application/file/67613096>
- Regulamento nº429/2018 do Ministério da Saúde, Diário da República, 2.ª série-N.º 135 19359 (2018).
- Regulamento nº 140/2019 do Ministério da Saúde, Diário da República : II Série, nº 26 4744 (2019). <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Pedrosa, J. A. (2018). *Câncer de Próstata*. <https://www.drjappedrosa.com/uro-oncologia/cancer-de-prostata/>
- Pernigotti, O. R. (n.d.). *CONSIDERAÇÕES SOBRE CEM PROSTATECTOMIAS POR VIA TRANSVESICAL EM PORTO ALEGRE*.
- Pestana, M. H. de A. P., & Gageiro, J. M. N. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais: a Complementaridade do SPSS, 6ª Edição Revista e Aumentada com novos modelos teórico e aplicações práticas. A obra de referência da Análise de dados em Portugal* (Edições Sí, Vol. 1).
- Pourmand, G., Abedi, A. R., Karami, A. A., Khashayar, P., & Mehrsai, A. R. (2010). Infecção urinária antes e depois da prostatectomia. *Jornal Saudita de Doenças Renais e Transplante - Centro Saudita de Transplantes de Órgãos*, 290–294. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20228515/>
- Prado, Augusto Ramos do; Bülow, Ernani Clóvis; Aquino, Manoel Nascimento; Bülow, Neusa

- Heinzman; Crestani, Antonio Jair S; Copetti, H. (1990). *Complicações cirúrgicas da prostatectomia transvesical*. Saúde Santa Maria. <https://doi.org/lil-120697>
- Teixeira, T. F. C. (2016). *Prostatectomia Simples Aberta Qual é a melhor técnica?* Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Varregoso, J. (2011a). *Hipertrofia Benigna da Próstata (HBP) Terapêutica Cirúrgica*.
- Varregoso, J. (2011b). *Hipertrofia Benigna da Próstata (HBP) Terapêutica Cirúrgica* (E. P. E. Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca (ed.)). <http://hdl.handle.net/10400.10/322>

**Anexo VIII – Relatório de estágio**



**RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO PROFISSIONAL APRESENTADO À  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE  
BRAGANÇA PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM  
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

Ana Júlia Colaço Gabriel

Orientadora – Professora Doutora Matilde Delmina da Silva Martins

Categoria – Professora Coordenadora

Afiliação – Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Bragança

Março de 2021

## **RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO PROFISSIONAL**

Relatório Final do Estágio Profissional integrado no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica realizado pela discente Ana Júlia Colaço Gabriel nº a45174 no âmbito da Unidade Curricular Trabalho de Projeto e Estágio, com a coordenação pedagógica da Prof.ª Dr.ª. Matilde Martins, e em contexto de estágio sob a orientação direta dos Enfermeiros Especialistas em Médico-Cirúrgica Filomena Silva, Pedro Macedo e Catarina Carvalho.

Março de 2021

## ABREVIATURAS E/OU SIGLA

CHTS – Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

CAM-ICU - Confusion Assessment Method – Intensive Care Units

EPIS – Equipamento de Proteção Individual

IPB – Instituto Politécnico de Bragança

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PPCIRA – Programa de prevenção e Controlo de Infecção e Resistência a Antimicrobianos

UCIP – Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>27</b>
<hr/> <hr/>	
<b>ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIA</b> .....	<b>29</b>
<hr/> <hr/>	
• <b>CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO</b> .....	<b>29</b>
<hr/> <hr/>	
• <b>REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</b> .....	<b>37</b>
<hr/> <hr/>	
<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>44</b>
<hr/> <hr/>	
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>46</b>

## INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório de atividades surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica lecionado na Escola Superior de Saúde de Bragança, irá constituir um momento de reflexão crítica das atividades desenvolvidas neste processo de aprendizagem, ao longo dos 3 estágios realizados e articulados entre si, onde me foram proporcionadas múltiplas aprendizagens para o desenvolvimento das competências especializadas comuns e específicas dos enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e tem como objetivo ser um instrumento de avaliação à unidade curricular Trabalho de Projeto ou Estágio.

Este ensino clínico/estágio foi realizado no Centro Hospitalar Tâmega e Sousa (CHTS), unidade de Penafiel, sendo selecionados os serviços: Urgência Geral, Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente (UCIP) e Bloco Operatório, respetivamente, na medida em que são locais fundamentais no atendimento e tratamento do doente crítico. Foram locais de estágios muito enriquecedores, neste processo de reconhecimento e aprendizagem, no domínio da prestação de cuidados especializados e diferenciados a estes doentes, por serem unidades dotadas de recursos humanos, materiais e clínicos com reconhecimento multidisciplinar, que prestam no seu dia-a-dia cuidados diferenciados a diversos doentes, com múltiplas patologias e situações críticas, urgentes e emergentes que abrangem a denominação do doente crítico.

Ao enfermeiro especialista em Médico-cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica, é pedido a aptidão para lidar com situações críticas e fundamentais, com celeridade e precisão elevadas, com um nível de exigência elevado na capacidade de avaliação, intervenção, tratamento e prestação de cuidados. Esta prestação de cuidados requer cada vez mais uma diferenciação na Enfermagem, com a consequente, aquisição de qualificações técnicas, científicas, relacionais aliadas à experiência profissional. Foi este o meu objetivo pessoal principal, aliar à minha formação académica básica (Licenciatura) e à experiência profissional exercida no contexto de internamento cirúrgico, conhecimentos científicos, experiências mais específicas e diferenciadas na prestação de cuidados aos utentes e em especial ao doente crítico.

Ao longo do decurso do estágio, adotei uma metodologia de análise crítico-reflexiva aos objetivos pré-definidos pela escola e pessoais, ajustando-os às oportunidades e necessidades surgidas ao longo do estágio, independentemente do serviço onde este decorria.

Com a elaboração deste relatório pretendo:

- 1 – Descrever as etapas do estágio clínico e o meu percurso de aprendizagem;
- 2 – Analisar de uma forma crítico-reflexiva o desenvolvimento e a aquisição de

## competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Do ponto de vista estrutural, neste relatório, farei previamente uma contextualização do hospital onde decorreram os estágios e caracterização desses campos de estágio, numa segunda parte efetuei uma descrição e análise crítica das atividades e competências desenvolvidas baseadas nos objetivos definidos, obedecendo aos domínios e padrões de qualidade preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para o perfil do Enfermeiros Especialista à Pessoa em Situação Crítica, e finalmente, farei uma conclusão global de como decorreu o estágio e os contributos para o meu processo de aprendizagem.

De salientar, o momento em que vivemos atualmente, com todos os planos de contingência inerentes ao COVID-19, declarada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma pandemia internacional, que influenciou o decorrer deste estágio. Aumentando as experiências vivenciadas, exigindo mais capacidade de análise, reflexão, implementação de cuidados mais rigorosos, nomeadamente, cuidados individuais prestados, controle de infeção, proteção pessoal, mas também que exigiu mais capacidade física e mental do profissional e aluno ao longo do estágio. As necessidades de cuidados de saúde alteraram-se e tornaram-se ainda mais complexas.

## **ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIA**

### **• CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO**

O CHTS é considerado uma importante instituição de cuidados de saúde do Norte, dispõe de capacidades humanas, técnicas e estruturais de excelência, que lhe permite oferecer aos seus utentes cuidados de saúde diferenciados e de qualidade. Hospital dinâmico que definiu como objetivos prioritários para 2020: promoção da qualidade dos cuidados, dinamização da formação em serviço e ensino de enfermagem, promoção da investigação na área de enfermagem e outras, objetivos fundamentais para elevar os níveis do desempenho profissional e dos cuidados prestados, razões mais que válidas para a minha escolha como campo de estágio do Mestrado Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica.

O CHTS é constituído por duas unidades funcionais Hospital Padre Américo e o Hospital de S. Gonçalo, sediadas em Penafiel e Amarante, respetivamente. Possui serviços, recursos humanos e tecnologias estruturas e integradas com o objetivo de proporcionar um atendimento personalizado, humanizado, individualizado e integral aos utentes que recorram aos seus serviços, assegurando o melhor nível de satisfação dos utentes com a prestação de cuidados de saúde seguros e de qualidade, acessíveis e equitativos, baseados num quadro de eficiência e eficácia. Tem como missão a prestação de cuidados de saúde à população da sua área geográfica de influência, sendo esta constituída por 12 concelhos de quatro distritos, nomeadamente: Porto, Aveiro, Baga e Viseu. Abrange uma população residente próxima dos 510 mil habitantes. Analisando dados recolhidos junto do plano de atividades do CHTS e dos agrupamentos de Centro de Saúde ligados a este hospital concluí que as principais causas de morte prematura no sexo masculino são: doenças cerebrovasculares, tumores das vias respiratórias e doenças isquémicas do coração, nas mulheres: doenças cerebrovasculares, tumor maligno da mama e das vias respiratórias. A taxa de mortalidade infantil (3,1%) é ligeiramente superior em relação à taxa verificada no continente, mas com uma tendência evolutiva decrescente e deve-se sobretudo à mortalidade infantil precoce. Em relação ao estudo sobre a principal morbilidade da população concluí que as principais causas de doenças associadas a esta morbilidade são: hipertensão arterial, alteração do metabolismo lipídico, perturbações depressivas, obesidade e Diabetes Mellitus.

O plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica prevê uma unidade curricular dedicada à prática clínica e à investigação. Esta componente de prática clínica desenvolve-se ao longo de 540 horas, distribuídas por dois campos de estágios obrigatórios, sendo eles Urgência Geral e Unidade de Cuidados Intensivos

Polivalentes e por um campo de estágio opcional, que optei por ser desenvolvido no Bloco Operatório. Estes estágios decorreram no CHTS, nomeadamente, no Hospital Padre Américo, Penafiel.

Para melhor corresponder, enquanto aluna, com o objetivo de atualizar os conhecimentos pré-existentes, como profissional, adquiridos na parte teórica do curso e com o objetivo de adquirir novas competências enquanto enfermeira especialista, iniciei este percurso refletindo e repensando, objetivamente sobre as aprendizagens, defini objetivos gerais e específicos para cada campo de estágio, baseados nas competências e padrões de qualidade definidos pela OE para o Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica.

#### Objetivos Gerais:

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, desenvolver uma prática profissional e ética, respeitando os direitos humanos e as responsabilidades profissionais inerentes;

No domínio da qualidade, desempenhar um papel dinamizador nas iniciativas estratégicas institucionais e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade;

No domínio da gestão de cuidados, gerir os cuidados prestados otimizando a resposta da equipa de enfermagem englobada na equipa multidisciplinar; adaptar a liderança e gestão dos recursos face à situação e ao contexto visando a melhoria da qualidade em eficácia e eficiência dos cuidados prestados;

No domínio do desenvolvimento profissional, desenvolver o autoconhecimento e assertividade, baseando a praxis clínica em padrões de conhecimentos sólidos e válidos, científicos, com pensamento crítico e reflexivo, desenvolver competências que visem a prestação de cuidados de enfermagem especializados de excelência;

#### Objetivos específicos:

Dinamizar a resposta da equipa de enfermagem em situações de emergência, exceção e catástrofe;

Adquirir competências no âmbito do enfermeiro especialista na prestação de cuidados à Pessoa em situação Crítica, cuidando da pessoa, família ou cuidador a vivenciar processos complexos da doença crítica;

Maximizar a intervenção na prevenção e controle da infeção e resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica;

Perceber a orgânica funcional e dinâmica da prestação de cuidados numa unidade de emergência, unidade de cuidados intensivos e bloco operatório na vertente da cirurgia programada e de urgência;

Colaborar na gestão da qualidade, gestão do risco e controle da infeção nos diferentes contextos e serviços.

### Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

Os serviços de urgência são serviços de saúde, cujo principal objetivo é a prestação de cuidados de saúde em todas as situações de emergência e urgência, cuja gravidade exija uma intervenção médica imediata, segundo o Ministério da Saúde. A reforma de requalificação do serviço de emergência e urgência do país classificou os serviços de urgência em três tipos: Serviço de Urgência Polivalente, Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica e Serviço de Urgência Básica.

O Serviço de Urgência do CHTS é classificado como um serviço de urgência médico-cirúrgica e presta cuidados à população da área geográfica do Vale do Sousa e Baixo Tâmega tal como já referido anteriormente. Tem como Diretor de Departamento de Urgência, Emergência, Medicina Intensiva e Anestesiologia o Dr.º Pedro Dinis Mendes; como Diretor de Serviço o Dr.º Manuel Filipe Alves. A Enfermeira Cristina Pinto acumula o cargo de Enfermeira chefe com o da Direção de Enfermagem do Departamento de Urgência, Emergência, Medicina Intensiva e Anestesiologia.

O ensino clínico deste estágio decorreu no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica do CHTS, no período de 28 Setembro a 10 de Novembro sob a orientação da Enfermeira Especialista em Médico-Cirúrgica Filomena Silva com uma duração de 170H.

Este serviço de urgência está integrado no Departamento de Urgência, Emergência, Medicina Intensiva e Anestesiologia do CHTS e recebe utentes de toda a área geográfica adstrita a este Centro Hospitalar. Os utentes dão entrada vindos do exterior, por meio próprio ou acompanhados, quer por bombeiros, referenciados pelos diversos agrupamentos de centros de saúde da área ou de outras unidade de saúde hospitalares, quer pelos meios do Instituto Nacional de Emergência Médica, nomeadamente, Viatura de Emergência e Reanimação, ambulância de Suporte Imediato de Vida e helitransportados.

Está situado no 4º piso do edifício do CHTS, contíguo à Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Bloco Operatório e serviço de Imagiologia. Com porta de entrada/admissão para o exterior. Segundo informação obtida, recebe em média 350 doentes adultos diários, no entanto, comparando dados de admissão de utentes no mês de Outubro de 2019 foram admitidos neste serviço 10275 utentes sendo no mesmo período de 2020 admitidos 12636 utentes (um acréscimo de 2361 utentes o que reflete bem o estado pandémico que vivenciei neste período de estágio). Divide-se em 5 áreas funcionais distintas, nomeadamente: triagem, sala de emergência, sala de trauma, área

cirúrgica e área médica (área verde, área amarela e área laranja).

A admissão de utentes inicia-se, após os devidos procedimentos burocráticos, junto do balcão de admissão onde aguardam chamada para o local da triagem de prioridades (duas salas de triagem de adultos) efetuada por um elemento da equipa de Enfermagem conforme a Triagem de Manchester. De salientar que funciona neste Hospital duas Vias Verdes (vias prioritárias de atendimento) para os utentes que apresentem critérios bem definidos de inclusão, sendo elas Via Verde de Acidente Vascular Cerebral e Via Verde Coronária, estão em fase de implementação a Via Verde Sepsis e a Via Verde Cólica Renal. Estas obedecem a critérios próprios de ativação e permitem aos utentes serem rapidamente atendidos reduzindo assim a sua morbilidade e/ou mortalidade.

Conforme a avaliação e prioridade atribuída, o utente é encaminhado para a área correspondente, onde aguarda a observação e prestação dos cuidados multidisciplinares que necessita.

O serviço de urgência possui uma equipa de enfermagem diversificada e dinâmica com conhecimentos, competências e capacidades específicas, numa ampla área de situações e patologias clínicas no âmbito médico, cirúrgico, traumático e de emergência. É constituída por uma Enfermeira Gestora, 22 Enfermeiros Especialistas, sendo que 9 destes desempenham também funções de coordenação da equipa e 42 Enfermeiros de Cuidados Gerais, perfazendo um total de 65 elementos a exercer funções de gestão/coordenação, especialidade e cuidados gerais. Dos 22 Enfermeiros Especialistas, 17 detém o título de Especialidade Médico-Cirúrgica, 3 em Enfermagem de Reabilitação e 2 em Enfermagem Comunitária. Nesta equipa 15 elementos têm o curso de Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) desempenhando cumulativamente essas funções.

Relativamente à distribuição dos recursos da equipa de Enfermagem por turno e área clínica, esta é diferente conforme o turno, sendo que, no turno diurno (8H-20H) encontram-se ao serviço 12 enfermeiros distribuídos da seguinte forma: 1 enfermeiro de coordenação/gestão, 2 elementos de triagem, 1 na sala de emergência, 2 enfermeiros na área laranja, 3 elementos na área amarela, 1 enfermeiro na área verde e dois enfermeiros na área cirúrgica tendo um destes que dar apoio à sala de trauma. No horário 20h – 24H estão ao serviço 10 enfermeiros estando apenas 1 enfermeiro na área da triagem e se necessário o enfermeiro alocado à área verde apoia a triagem. No horário noturno (0H-8H) permanecem 8 enfermeiros em serviço distribuídos pela triagem, sala de emergência e área cirúrgica com um elemento em cada área, dois enfermeiros na área laranja e 3 enfermeiros na área amarela. De referir que o Enfermeiro adstrito à sala de Emergência é também responsável pelo transporte de doentes inter-hospitalar pelo que um dos

elementos da área laranja dá apoio à sala de emergência durante o transporte de algum doente para outro hospital.

Na fase em que decorreu o estágio face à situação de pandemia ocorrida pela COVID - 19 a estrutura física e a divisão dos recursos humanos foi sofrendo várias readaptações, deixando de existir a área amarela e verde passando a denominar-se a área COVID com 3 a 4 elementos de enfermagem no turno diurno e 3 elementos no turno noturno.

Para além da equipa de Enfermagem, este serviço desenvolve a sua prática diária numa equipa multiprofissional e multidisciplinar pelo que é constituído também por outros recursos humanos, nomeadamente: 4 seguranças, 46 assistentes operacionais, 19 assistentes técnicos administrativos, 8 técnicos de Cardiopneumologia e um vasto número de médicos e internos de especialidade no serviço ou de apoio a este nas áreas de Clínica Geral, Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Gastroenterologia, Cirurgia Vascular, Cardiologia, Anestesia, Medicina Intensiva. De realçar também serviços de apoio nomeadamente, Serviço de Imagiologia, Serviço de Imunohemoterapia, Serviço de Patologia e Serviço de Apoio Social. Neste momento de pandemia encontra-se suspenso o serviço de voluntariado existente.

#### Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente

A Unidade de Cuidados Intensivos é definida pela Direção Geral da Saúde como um conjunto integrado de meios físicos, técnicos e humanos especializados, que presta cuidados de excelência a doentes em estado crítico que apresentem falência de funções orgânicas vitais, assistidos por meio de suporte avançado de vida, nas 24 horas por dia.

O Serviço Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente do CHTS tem como Diretor de Departamento de Urgência, Emergência, Medicina Intensiva e Anestesiologia o Dr.º Pedro Dinis Mendes; como Diretor de Serviço a Dr.ª Maria Glória Campelo. A Enfermeira Cristina Pinto acumula o cargo de Enfermeira chefe com o da Direção de Enfermagem do Departamento de Urgência, Emergência, Medicina Intensiva e Anestesiologia, tendo como enfermeiro coordenador do serviço o Enfermeiro José Paulo Costa.

O ensino clínico deste estágio decorreu no Serviço de Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente do CHTS, no período de 16 de Novembro de 2020 a 13 de Janeiro de 2021, sob a orientação do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica Pedro Macedo com uma duração de 170H.

Esta unidade integra o departamento de Medicina Intensiva desde 2016 adotando a designação de Unidade Intermédia Polivalente considerada de nível 2 funcionando em articulação com a unidade de nível 3 a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, no entanto,

dada a declaração de estado de pandemia relacionada com a COVID-19, a reestruturação que o Hospital teve que efetuar com os planos de contingência e face às necessidades existentes na região, em março de 2020 esta unidade foi reestruturada e passou a integrar os dois níveis de medicina intensiva. Para isso, tem uma capacidade de 10 camas, distribuídas por 7 camas de unidade intensiva de nível 3 onde se inclui um quarto de isolamento equipado com sistema de pressão negativa e 3 camas referenciadas como unidade de nível 2.

A equipa multidisciplinar desta Unidade de Cuidados Intermédios Polivalentes é constituída por 9 médicos, 16 enfermeiros e 11 auxiliares. Em cada turno estão 4 enfermeiros de serviço dado ser uma unidade, maioritariamente, de cuidados de nível intensivo. No decorrer do meu estágio esta unidade era, segundo o plano de contingência do hospital, a Unidade de Intensivos deste com “doentes limpos”, isto é, doentes sem a patologia COVID.

A unidade tem o formato tradicional de “U” com sistema de monitorização central e sistema de registos (computadores) na zona central da unidade, o que permite a observação, visualização direta de todos os utentes internados e a sua monitorização contínua por toda a equipa multidisciplinar. Todas as unidades (10) têm monitores de sinais vitais com capacidade de monitorização diferenciada e invasiva, fonte de O<sub>2</sub>, nebulizadores, aspirador, bombas e seringas infusoras, sistema de ventilação não-invasiva (BIPAP, CPAP, CPAP por máscara de Boussignac), sistema de O<sub>2</sub> de alto fluxo, 7 destas camas estão equipadas com sistema de ventilação invasiva (ventiladores). Existe ainda um equipamento para técnica dialítica bem como monitor e ventilador mecânico para o transporte do doente para a realização de exames complementares de diagnóstico ou transferência para outra unidade, sendo este transporte sempre acompanhado pela equipa de enfermagem e médica. Os utentes têm habitualmente alta para unidades de internamento interna ou de outra unidade hospitalar, no entanto, no decorrer do meu estágio ocorreu uma situação rara de uma alta de um utente para o domicílio.

É uma unidade polivalente que recebe doentes críticos provenientes de diversas especialidades como a medicina, cirurgia, ortopedia, cardiologia, especialidades médicas (pneumologia, gastroenterologia), ginecologia/obstetrícia, especialidades cirúrgicas (urologia, otorrino, cirurgia vascular e cirurgia plástica), urgência (sala de emergência e trauma), bloco operatório com pós-operatórios mais específicos e que necessitam de cuidados diferenciados, utentes de proveniência interna ou doentes transferidos de outras unidades hospitalares. A admissão de um utente nesta unidade é sempre após observação e avaliação da equipa de intensivistas que a constitui, conforme a disponibilidade de vagas após o consenso acerca dessa admissão é informada a equipa de enfermagem da necessidade dessa admissão que desencadeia a partir daí um conjunto de procedimentos inerentes ao processo de admissão preparando a

unidade para a devida receção do utente.

O circuito de visitas a utentes nesta unidade processa-se pela admissão destas no serviço de urgência, tendo cada utente direito a duas visitas com duração de 10 minutos cada no período das 11 as 19h. No entanto, face à ativação do plano de contingência, devido ao COVID-19 estão de momento interditas as visitas, realizadas apenas em situações pontuais após a reflexão da equipa multidisciplinar e atendendo à gravidade do estado clínico do utente (apenas situações terminais). Está instituído no serviço as chamadas audiovisuais conforme a disponibilidade da equipa e o estado do utente assim o permita. As informações da situação clínica do utentes prestadas à família, atualmente, dada a situação pandémica e na ausência de visitas, são fornecidas telefonicamente a um familiar de referência entre as 17h e 19h pela equipa médica.

Existe no serviço um conjunto de normas de procedimentos e técnicas que surgem da necessidade de uniformizar os cuidados, na instituição e no próprio serviço, e de simplificar a comunicação entre os elementos da equipa, bem como na integração de novos profissionais no serviço. É utilizada como forma de registo clínico do utente a aplicação informática SClínico, software que permite a integração e consulta de todo o processo multidisciplinar pela equipa em tempo real.

#### Bloco Operatório

O Serviço do Bloco Operatório do CHTS esta situado no 4º piso do edifício, tem como Diretor de Departamento de Urgência, Emergência, Medicina Intensiva e Anestesiologia o Drº. Pedro Dinis Mendes; como Diretor de Serviço de Anestesia o Drº. Fernando Moura, como Diretor do Bloco Operatório a Drª. Ana Cristina Pires. A Enfermeira Cristina Pinto é o elemento da Direção de Enfermagem do Departamento de Urgência, Emergência, Medicina Intensiva e Anestesiologia, e tem como Enfermeira Chefe do serviço a Enfermeira Paula Guimarães.

O ensino clínico deste estágio decorreu no Serviço do Bloco Operatório do CHTS, no período de 18 de Janeiro a 4 de Março de 2021, sob a orientação da Enfermeira Especialista em Médico-Cirúrgica Catarina Carvalho com uma duração de 168H.

A equipa de enfermagem é constituída por 54 enfermeiros, distribuídos da seguinte forma: uma enfermeira gestora, 5 enfermeiros especialistas e restantes 48 enfermeiros de cuidados gerais. A equipa de enfermagem está organizada segundo um modelo integrativo de gestão, obedecendo a critérios de hierarquias e responsabilidades, valorizando as qualificações e competências individuais, assente numa filosofia de partilha de conhecimentos e experiências e espírito de equipa. O número de enfermeiros por turno é bastante variável no turno da manhã

pois está altamente influenciado em função do número de salas de cirurgia programada, que se encontram a funcionar, no entanto, tem por base: 1 enfermeiro de admissão, 2 enfermeiros na sala pós-anestésica, 2 enfermeiros de coordenação/apoio, 3 enfermeiros por cada sala de cirurgia programada em funcionamento (numa média de 20 enfermeiros por manhã e 15 a 17 de tarde, exceto à sexta-feira que serão 15 enfermeiros no turno da manhã), 4 enfermeiros de apoio à sala de urgência. No turno da noite encontram-se de serviço 5 enfermeiros.

O Bloco Operatório é dividido em várias áreas funcionais, definidas pelas: área administrativa (secretariado do serviço (duas unidades), gabinetes de chefias (2)), área de apoio constituída pelo vestiário, WC, 4 salas de armazém (consumo clínico e material/equipamento cirúrgico esterilizado), farmácia, 3 salas de arrumos, sala de limpos e de sujos, sala de registos, laboratório, sala de pessoal, área de acolhimento e transferência de utentes para as salas de indução.

Apresenta ainda 4 salas de indução anestésica equipadas com monitores e equipamento anestésico diverso, nomeadamente carro de entubação difícil, carro de emergência, entre outros. Estas salas servem de antecâmara às 7 salas operatórias existentes que se encontram devidamente equipadas com ventiladores, monitores, sistemas de aspiração, sistema de O2 e gases anestésicos necessários, bisturi elétrico, colunas de laparoscopia, adufas de apoio com material cirúrgico, carro de anestesia com diverso material anestésico para dar apoio, carro de apoio ao enfermeiro circulante, a devida marquesa com material de suporte para as diversas tipologias cirúrgicas. De salientar que uma dessas salas a denominada sala 7 se encontra neste momento, devidamente equipada e exclusiva, para receber doentes com SARS COV2. Existe ainda uma unidade de cuidados pós-anestésico devidamente equipada, com espaço para 10 camas, esta caracteriza-se por ter a capacidade de monitorização e recuperação destes utentes em tempo útil de forma a dar resposta as salas em serviço cirúrgico e aos cuidados inerentes prestados aos utentes e à tipologia da cirurgia a que foram submetidos.

O bloco operatório define como sua missão ser um espaço próprio onde são realizadas múltiplas e diversificadas intervenções cirúrgicas previamente avaliadas e validadas, com técnicas inovadoras e seguras, permitindo o tratamento eficaz, seguro e em tempo útil para o regresso à vida ativa e da comunidade do utente. Diversas especialidade laboram neste espaço, nomeadamente; cirurgia geral, ortopedia, ginecologia/obstetrícia, cirurgia plástica, cirurgia vascular, urologia, otorrino, quer em cirurgia programada como cirurgia de urgência. A equipa de enfermagem presta ainda apoio à denominada sala híbrida (sala operatória inserida no serviço de imagiologia) onde ocorrem cirurgias de cirurgia vascular e gastroenterologia.

O serviço do Bloco Operatório deste hospital é bastante dinâmico e luta por ser cada

vez mais eficaz e eficiente, consultando dados estatísticos acerca do número de cirurgias que se efetuam ao longo do mês neste serviço pude concluir que também aqui a pandemia COVID-19 interviu, com uma redução significativa do número de doentes operados, isto porque, no ano de 2020 durante o mês de janeiro e fevereiro efetuaram-se 1237 cirurgias e no mesmo período mas no ano de 2021 apenas se efetuaram 888 cirurgias sendo destas a maioria, proveniente da sala de urgência por trauma e cirurgias urgentes.

## • REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Virginia Henderson em 1966 referia-se a enfermagem como alguém com a função de ajudar o indivíduo/utente, saudável ou doente, a realizar as atividades que contribuem para recuperar ou manter a sua saúde, ajudando-o e não o substituindo nessa função, de forma a mantê-lo o mais independente possível. Segundo esta perspectiva, o enfermeiro deve ajudar o doente no seu autocuidado, fomentando o ensino e se necessário substituir esse autocuidado aquando a incapacidade esteja momentaneamente presente. Ser enfermeiro é dar resposta a estas necessidades, ajudando, cuidando, muitas vezes em situações urgentes e emergentes. Diariamente, debatemo-nos com dificuldades na prestação desses cuidados cada vez mais complexos, com a necessidade de prestar cuidados de qualidade, cada vez mais especializados, diferenciados e individualizados. Daí a necessidade, cada vez maior, de a Enfermagem evoluir para especialidades, de forma, a proporcionar cuidados de excelência, que vão ao encontro das necessidades dos utentes e a satisfação dos padrões de qualidade no seu exercício profissional.

A OE no seu regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista definiu 4 grandes domínios, sendo eles: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; domínio da melhoria contínua da qualidade, domínio da gestão dos cuidados e domínio das aprendizagens profissionais. Para além disso, e indo ao encontro das necessidades do desenvolvimentos das competências específicas para a prestação de cuidados ao doente crítico, no seu regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica especifica mais e define como competências deste: cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, desde a conceção à ação e maximizar a intervenção na prevenção e controle de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas(Regulamento Das Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica Na Pessoa Em

Situação Crítica, 2010).

Baseada neste regulamento que deverá pautar a prestação dos meus cuidados enquanto futura enfermeira especialista de médico-cirúrgica na pessoa em situação crítica farei uma breve reflexão na aquisição ou não destas competências previamente enunciadas no decorrer deste ensino clínico/estágio.

#### Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Relativamente a este domínio toda a minha prática profissional é pautada por promoção do respeito pelo outro, pelas suas crenças, seja ele utente ou membro da equipa multidisciplinar com que contacto diariamente. A minha prestação de cuidados visou sempre o bem-estar do utente, o conforto e respeito pela sua dignidade, mesmo quando em situações de gravidade clínica na sala de emergência ou doentes com diminuição do estado de consciência na UCIP ou bloco operatório quando estes não podiam manifestar a sua vontade, procurei sempre basear a minha prática na tomada de decisão reflexiva, consolidada na evidência científica, sustentada em conhecimentos científicos e na boa prática ético-legal. O enfermeiro especialista deve demonstrar uma capacidade de tomada de decisão ética superior, numa grande variedade de situações, refletindo nestas, o conhecimento científico e a experiência no qual essa tomada de decisão se baseia, foi o que pude vivenciar no convívio diário com os meus enfermeiros tutores permitindo assim, desenvolver melhor ao longo do estágio, a aquisição e melhoria dessa competência.

Durante o ensino clínico da UCIP e Urgência (sala de emergência) em particular deparei-me com várias situações de doentes em estado crítico, com prognóstico muito reservado, na fase de catástrofe que vivenciei associada à segunda vaga de COVID-19, com ausência de recursos, várias questões ético-legais surgiram diariamente, nomeadamente, indicação de não escalar nos cuidados prestados, indicação de não reanimar, realização ou não de certos tratamentos, aplicação de novas tecnologias e protocolos, procurei sempre desempenhar a minha prática baseada nos princípios ético-legais aprendidos e assimilados na parte teórica, respeitando sempre ao máximo o bem-estar do utente, tentando numa fase terminal e face à proibição de visitas, proporcionar algum conforto ao utente e proporcionar dentro do possível algum apoio à família deste utente.

Ao longo do estágio, em todos os serviços que passei, considero que no contacto com o utente e família pude respeitar, a confidencialidade das informações que me eram confiadas e a privacidade do doente, quer a nível físico como moral, promovendo a sua autonomia no processo de tratamento e de prestação de cuidados.

#### Domínio da melhoria contínua da qualidade

Para a satisfação deste grande objetivo tive no início de cada campo de estágio sempre a preocupação de me inteirar dos protocolos instituídos nesse serviço, de forma a uniformizar cuidados e a melhorar a qualidade dos cuidados que poderia vir a prestar. As exigências e necessidades são muito específicas de cada serviço. Enquanto que no estágio no serviço de urgência me pude debater com a tentativa máxima de manter a qualidade dos cuidados prestados apesar da “azáfama”, que necessitávamos de ter na prestação de cuidados, face ao número elevado de doentes que tínhamos ao nosso cargo, a necessidade de celeridade na prestação de cuidados na sala de emergência, entre outros, pude constatar que no estágio decorrido no bloco operatório e na unidade de cuidados intermédios polivalente a admissão e prestação de cuidados ao utente era feita de forma mais coordenada, mais protocolada, diria mesmo “mais lenta” onde se priorizava não só os cuidados que o utente necessitava e a satisfação destes, como a qualidade com que estes cuidados eram prestados. Nestes dois locais de estágio tudo se preparava antes da chegada do utente – eram preparadas as unidades do utente cautelosamente, obedecendo a protocolos bem definidos, nomeadamente, verificação de monitores, máquinas de infusão, preparação de material clínico e esterilizado necessário, verificação e realização de testes de ventiladores, verificação do suporte farmacológico, obedecendo a protocolos já previamente existentes formulados pela equipa de trabalho do serviço (habitualmente liderado por um enfermeiro especialista), pela equipa de gestão de risco hospitalar e pela equipa de controle de infeção (PPCIRA), de forma a uniformizar cuidados, melhorar a organização dos serviços, melhoria da qualidade e redução dos riscos para os doentes e profissionais de Saúde.

Pude no decorrer do estágio constatar o trabalho dessas equipas nos serviços, da realização de auditorias frequentes a toda a equipa do serviço, nomeadamente, auditoria ao uso de luvas e EPIS adequados às patologias dos utentes, confirmação da identificação correta do utente, implementação do programa da cirurgia segura nos três momentos, gestão do risco de quedas do utentes, gestão do risco de úlceras de pressão do utente, entre outras. Em todos os três serviços pude constatar e inteirar-me do processo de idoneidade que apresentaram à OE e que foram aprovados, encontrando-se em fase de verificação/auditoria, neste momento temporariamente suspensas dada a situação de pandemia. Um outro sinal do trabalho desenvolvido pelos serviços, na tentativa de melhoria da qualidade dos cuidados prestados nesse serviço.

A dotação segura dos profissionais face ao rácio de utentes é também, uma preocupação. Tal como pude observar, existe na equipa de gestão essa preocupação, sendo que verifiquei ao longo estágio, se necessário, o acréscimo de mais elementos de enfermagem no

turno, conforme a disponibilidade de recursos humanos existentes.

### Domínio da gestão dos cuidados

Os cuidados de enfermagem são avaliados, não só pelos ganhos em saúde, mas também pelos recursos utilizados, pelo que a gestão dos recursos humanos e materiais se revela como importante para a manutenção de um elevado padrão dos cuidados prestados. É solicitado frequentemente à equipa de enfermagem que sejam eficazes e eficientes, que atinjam metas para obter certos resultados, que promovam a satisfação do utente e o seu bem-estar, usando os recursos disponíveis, daí que a Ordem dos Enfermeiros determine este como um domínio a ser desenvolvido por um enfermeiro especialista. Compete assim ao enfermeiro especialista a gestão dos cuidados e dos recursos disponíveis para a prestação de cuidados, sendo que esta função era desempenhada nos serviços onde estagiei primeiramente pela chefia do serviço na pessoa da Enfermeira Chefe e pelo enfermeiro coordenador de serviço aí existente. No entanto, ao longo do turno da tarde e noite, na ausência das chefias, cabia ao enfermeiro especialista esse papel. Pude contactar com essa realidade, na grande maioria das vezes que estive presente, dado que em todos os locais de estágio os meus enfermeiros tutores desempenharam essa função de responsável de turno frequentemente.

No decorrer deste percurso de ensino clínico pude aprimorar as minhas competências na gestão de cuidados, relativamente ao tempo disponível para a prestação dos cuidados propriamente dita, estabelecer prioridades, na gestão de material, gestão de espaços e reorganização de espaços e circuitos, nomeadamente, requalificação de novos espaços destinados a utentes com isolamentos de via aérea, locais de vestiário de equipamentos de proteção individual dos profissionais, reorganização de equipas e espaços de acordo com a implementação do plano de contingência do hospital, face a necessidades extremas vividas no serviço de urgência relacionadas com a pandemia. No bloco operatório pude efetuar pedidos de material quer à farmácia, armazém ou esterilização, bem como pedidos de limpeza e desinfeção extra de salas cirúrgicas. Na unidade de cuidados intermédios polivalente pude participar na elaboração de planos de trabalho, distribuição de tarefas face aos recursos existentes, gestão das camas/vagas existentes estabelecendo prioridade nos cuidados prestados.

Pude constatar durante a prestação de cuidados gerais, que o Enfermeiro Especialista desempenhava também o papel de dinamizador da qualidade dos cuidados prestados, estando atento a prestação dos cuidados de toda a equipa, encorajando-a a prestar cuidados seguros e maximizando a qualidade destes, certificando-se os padrões de qualidade definidos pela OE. Reconheço que aprendi muito neste estágio para poder desenvolver cada vez mais e melhor esta competência da gestão de cuidados de qualidade.

### Domínio das aprendizagens profissionais

Apresentei-me sempre disponível para a aquisição de novos saberes e observação de experiências novas com partilha de conhecimentos da equipa em que estava inserida, o que veio permitir a aquisição de novas competências e conhecimentos. As equipas, com quem contactei, também, se demonstraram sempre disponíveis para essa partilha de experiências, mesmo não sendo diretamente com o meu enfermeiro tutor, pelo que tive assim várias oportunidades de ir observando, aprendendo e refletindo sobre essas diferentes experiências e assim contribuir em muito para o desenvolvimento das competências inicialmente definidas.

Ao longo do estágio tive várias oportunidades de desenvolver conhecimentos de farmacocinética e farmacodinâmica dos fármacos mais utilizados em cuidados de emergência, em unidades de cuidados intensivos e no bloco operatório. A administração destas substâncias terapêuticas variadas e complexas exigem um conhecimento contínuo e profundo de forma a identificar precocemente complicações ou interações medicamentosas. No estágio da unidade de cuidados intermédios, mais concretamente, desenvolvi o conhecimento de técnicas de monitorização invasivas e não invasivas, do estado de sedação de um utente através da escala de Richmond Agitation Sedation Scale, que apenas conhecia na teórica e pude perceber a sua aplicação prática, a avaliação e monitorização do delirium através da aplicação desta escala e da escala de método de avaliação da confusão mental (CAM-ICU), assim como implementar as medidas não farmacológicas se este delirium estiver presente. Pude perceber e experienciar a técnica dialítica de um doente ato que também apenas conhecia na teoria. No decorrer do meu estágio nesta unidade, pude contactar com a equipa de ECMO, que se deslocou ao local para a admissão de um utente nesta técnica e sua posterior transferência para a unidade do hospital de S. João. Mais tarde pude readmitir este utente novamente na unidade e observar a eficácia desta técnica. Foi sem dúvida uma experiência rara.

No decorrer do estágio do bloco operatório exerci a minha atividade mais centrada na parte de anestesia, mas pude acompanhar e experienciar também alguns turnos como enfermeira circulante, enfermeira instrumentista, acompanhar de perto algumas responsabilidades de gestão quando a minha enfermeira tutora se encontrava como enfermeira responsável. Considero que tive um estágio bastante abrangente passando pelas diversas competências que o enfermeiro especialista exerce no bloco operatório. Pude acompanhar diversas cirurgias diferenciadas e de risco variado para o utente quer em cirurgias programadas quer em cirurgias de urgência. Senti-me integrada na equipa multidisciplinar participando ativamente no decorrer da cirurgia experienciando cuidados anestésicos diversos e diferenciados. Pude observar vários tipos de anestesia que se efetuam neste bloco operatório e

o cuidado com a assepsia que existe por parte de toda a equipa multidisciplinar. Existem circuitos e áreas bem definidos, nomeadamente, com a sala destinada a doentes com COVID-19 que possui protocolos de utilização e desinfeção muito bem definidos e conhecidos por toda a equipa.

#### Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica

Também neste âmbito adquiri conhecimentos, vivenciei situações de alto risco para o utente, situações de urgência e emergência que me permitiram priorizar cuidados, de minimizar danos, demonstrar conhecimentos científicos e técnicos de forma a manter o utente crítico o mais hemodinamicamente estável, permitiu-me mobilizar conhecimentos e habilidades práticas necessárias para o cuidar do doente crítico.

Desenvolvi competências de comunicação com utente e sempre que possível com a família, estabeleci frequentemente uma relação empática e relacional com estes. Aprimorei no decorrer do estágio algumas das competências exigidas ao enfermeiro especialista, nomeadamente: satisfação do utente, promoção da saúde deste, prevenção de complicações, promoção do bem-estar e autocuidado, e a sua readaptação funcional.

Consegui aperceber-me ao longo do estágio que cuidar do doente crítico exige uma atitude de serenidade, discernimento e aptidão para agir rápido e eficazmente em diversas situações. A minha postura enquanto aluna em processo de aprendizagem e de assimilação das competências de um enfermeiro especialista foi sempre de prontidão e de máxima atenção para a assimilação do máximo de conhecimentos e competências no cuidar do doente crítico. Face as experiências que tive no decorrer dos três estágios considero que melhorei essa capacidade e essa atitude exigida.

#### Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, desde a conceção à ação

Nesta dinâmica de responder, de forma célere, mas com qualidade, às multi-vítimas em situações de catástrofe ou emergência, os cuidados de enfermagem têm como principal objetivo reduzir ao máximo a mortalidade, os danos físicos e psicológicos aos utentes, famílias e aos próprios profissionais. Cabe às equipas desenvolverem planos estratégicos para que a qualquer momento se encontrem preparadas para a ação. Pude ao longo do meu estágio analisar esses planos de emergência específicos em cada serviço e consultei o plano de emergência do hospital, bem como o plano de contingência hospitalar que sofreu no decurso do estágio várias adaptações face a evolução da pandemia COVID-19.

No decurso do estágio no serviço de urgência pude viver de perto a implementação

desses planos de catástrofe quando fomos “invadidos” por uma avalanche de doentes (já referido anteriormente, com um acréscimo de mais de 2400 utentes no mês de outubro, no “pico da pandemia” que o hospital experienciou) e com a conseqüente redução da equipa de saúde por contaminação dos profissionais com a doença. Vivi momentos de readaptação do serviço e da equipa quase horária. O que era implementado num dia, ao outro dia já era insuficiente. Foram momentos de grande tensão física e psicológica com momentos de grande stress profissional, com o medo do risco de contaminação própria ou de colegas, com o isolamento familiar, com a sobrecarga de trabalho e de carga emocional que acarretou foram momentos difíceis, mas que também reconheço que me proporcionaram a devida aquisição de certas competências que me ficarão para a vida pessoal e profissional. Permitiu angariar ferramentas e competências que aumentaram o meu discernimento perante este tipo de situações de catástrofe e de emergência.

Maximizar a intervenção na prevenção e controle de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas

As infeções associadas aos cuidados de saúde são cada vez mais um indicador importante na avaliação da qualidade dos cuidados prestados, pelo que é cada vez mais exigido às unidades hospitalares e serviços em específico o seu controle. Neste âmbito, pude reconhecer os protocolos/normas/procedimentos existentes na instituição para o combate às infeções. Tive oportunidade de partilhar com a equipa esses procedimentos, desde a simples lavagem das mãos, às medidas de proteção individuais necessárias face ao tipo de contaminação ou microorganismo existente no utente, até à administração de terapêutica de profilaxia antimicrobianas protocolada no serviço, quer no bloco operatório, que na unidade de cuidados intermédios polivalente.

No decorrer desta etapa pude constatar que o controle de infeções assume um aspeto de extrema importância na prática clínica diária dos nossos cuidados, nomeadamente em procedimentos invasivos tão frequentes no doente crítico. É primordial intervir na prevenção destas infeções, desenvolvendo práticas comuns, baseadas em protocolos e orientações clínicas elaboradas a partir da evidência científica. No CHTS cabe à equipa PPCIRA a elaboração dessas diretrizes e a sua implementação através dos elos de ligação existentes em cada serviço (escolhido habitualmente um enfermeiro especialista de médico-cirúrgica). Constatei no decurso do estágio a frequente preocupação dos profissionais de saúde para a implementação dessas boas práticas e normas, nomeadamente, higienização das mãos, uso de EPIS, rastreios e isolamentos de utentes no caso de suspeita ou confirmação de infeções por microrganismos

multirresistentes. Na unidade de cuidados intermédios polivalente, por exemplo, existe um protocolo na admissão de utentes que implica o rastreio séptico de diversos microorganismos na tentativa de diagnóstico precoce dessas infeções.

Pude frequentemente contactar com a equipa PPCIRA existente no hospital, nomeadamente, com a enfermeira dessa equipa bem como com os infeciologistas e partilhar com eles ideias e conhecimentos. Foi alvo de frequentes momentos de reflexão com os meus orientadores de estágio e com os elos de ligação desta equipa existente em cada serviço, dada a sua relevância no impacto na morbi-mortalidade que acarreta para o doente, mas também para o impacto financeiro que dela resulta.

## **CONCLUSÃO**

No decorrer do percurso profissional do enfermeiro é exigido cada vez mais, novas competências, mais conhecimentos técnicos e científicos, mais capacidades na resposta a utentes a vivenciar patologias ou situações urgentes e emergentes, pelo que me propus a mim mesma a procura dessa especialização/ atualização de conhecimentos. Face a minha experiência profissional a escolha teria que ser a Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Pessoa em Situação Crítica, foi esse o objetivo principal do início desta caminhada.

Após o relembrar e a aquisição de conhecimentos científicos dei início a uma nova etapa a implementação no terreno dessas novas competências adquiridas pelo que me propus atingir alguns objetivos gerais e específicos definidos quer pela equipa pedagógica quer por mim própria.

Em relação ao objetivo de desenvolver competências na gestão da qualidade e dos cuidados prestados, da responsabilidade ética e legal e do desenvolvimento de aprendizagens profissionais foi atingido na medida em que desempenhei ao longo dos três estágios um papel dinamizador no processo da gestão diária de cuidados e alguma gestão de serviço quando auxiliava o enfermeiro coordenador do turno, colaborei em programas de melhoria dos cuidados de qualidade prestados, promovendo sempre um ambiente seguro para o utente e profissionais.

Em todos os campos de estágio pude cuidar de utentes a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, pude dinamizar respostas face a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, dado que, vivenciei de perto a fase pandémica/catástrofe ocorrida neste hospital na 2ª vaga de COVID-19. Maximizei intervenções na prevenção e controle da

infecção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e às necessidades de respostas adequadas e em tempo célere, realizadas de acordos com os protocolos estipulados pelo serviço e pela equipa da PPCIRA, desenvolvi sempre uma prática profissional baseada na ética e no respeito pelos direitos humanos do utente e profissionais. Pelo que, considero que, adquiri as competências específicas definidas para a prestação de cuidados especializados ao doente crítico.

Em todos os locais de estágio foi-me dada a possibilidade de observação e participação de prestação de cuidados diferenciados, especializados, de alta qualidade, máxima eficácia e eficiência, equitativos ao doente crítico, pude contactar com novas matérias, equipamentos, com técnicas de diagnóstico, terapêuticas e de tratamento novas o que contribuiu para a aquisição de novos conhecimentos e competências que serão muito válidas para mim enquanto futura enfermeira especialista de médico-cirúrgica na pessoa em situação crítica.

Face ao exposto, chego ao final desta etapa com a satisfação de ter conseguido satisfazer plenamente os objetivos previamente definidos quer pela equipa pedagógica quer por mim própria no início deste estágio.

## BIBLIOGRAFIA

CHTS (2021). *Plano de atividades do CHTS*. Disponível em <http://www.infonet.pt>.

CHTS (2020). *Plano de contingência para COVID-19*. Disponível em <http://www.infonet.pt>.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Enfermeiros, O. dos. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Pessoa em situação crítica*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem médico-cirúrgica na Pessoa em situação crítica*. Lisboa

Regulamento n° 122/2011 de 18 fevereiro de 2011. Diário da República n° 35/2011 – Série II.

Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Regulamento n° 429/2018 de 16 julho de 2018. Diário da República n° 135/2018 – 2° série.

Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Penedo, J., Ribeiro, A., Lopes, H., Pimentel, J., Pedrosa, J., Sá, R., Moreno, R. (S.D.)-

*Avaliação da situação nacional das unidades de cuidados intensivos*. Consultado em 15

março 2021. Disponível em [https://www.sns.gov.pt/wp-](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avaliacao-nacional-da-situacao-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf)

[content/uploads/2016/05/Avaliacao-nacional-da-situacao-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Avaliacao-nacional-da-situacao-das-unidades-de-cuidados-intensivos.pdf)