

Assistência de enfermagem perioperatória aos pacientes com câncer de bexiga

Asistencia de enfermería perioperatoria a pacientes con cáncer de vejiga

Perioperative nursing care to patients with bladder cancer

• Helena Megumi Sonobe¹ • Rouziane Sabino Ravena² • Fábio Saia Moreno³ •
• Luciana Scatralhe Buetto⁴ • Marissa Silva de Oliveira⁵ •

•1• Doutora em Enfermagem Fundamental. Professora Doutora, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, Brasil.
E-mail: megumi@eerp.usp.br

•2• Especialista em Oncologia, Fundação Pio XII. Enfermeiro. Barretos, Brasil.

•3• Especialista em Oncologia, Fundação Pio XII. Enfermeira. Barretos, Brasil.

•4• Doutora pelo Programa Enfermagem Fundamental, Universidade de São Paulo. Hospital Unimed de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, Brasil.

•5• Mestre pelo Programa Enfermagem Fundamental, Universidade de São Paulo, Hospital de Clínicas da Universidade de Campinas - UNICAMP. Campinas, Brasil.

Recibido: 15/03/2013 Aprobado: 25/11/2016

DOI: 10.15446/av.enferm.v34n2.37465



Resumo

Objetivo: O planejamento da assistência de enfermagem perioperatória para pacientes com câncer de bexiga requer conhecimento científico e incorporação tecnológica. Este estudo objetivou caracterizar o perfil de pacientes com câncer de bexiga em uma unidade cirúrgica de um hospital especializado em oncologia do interior paulista e analisar os cuidados de enfermagem realizados para esses pacientes.

Metodologia: Estudo exploratório retrospectivo, cujos dados foram coletados em 80 prontuários de pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico urológico no período de janeiro a setembro de 2008.

Resultados: Houve predomínio do sexo masculino, na faixa etária de 60 a 80 anos, com formação fundamental incompleta, de raça branca, estadiamento I e procedimento cirúrgico de Ressecção Transuretral. A assistência de enfermagem perioperatória abarca intervenções educativas de autocuidado, cuidados procedimentais como soroterapia, preparo colônico, administração de medicamentos, posicionamento do paciente, monitorização de sinais vitais, cuidados com sonda e drenos, controle hídrico, passagem de plantão e encaminhamento de prontuário e exames. No caso específico de pacientes com urostomia, é importante a avaliação clínica e das condições do estoma; ensinar as ações específicas do autocuidado; planejar a alta hospitalar, fornecer equipamentos e encaminhar aos recursos da comunidade.

Conclusão: Para prestar assistência perioperatória para esses pacientes é necessário um planejamento fundamentado em conhecimentos científicos, educação permanente da equipe de enfermagem e supervisão do trabalho pelo enfermeiro.

Descritores: Cuidados Pré-Operatórios; Neoplasias de Bexiga Urinária; Procedimentos Cirúrgicos Operatórios (fonte: DECS BIREME).

Resumen

Objetivo: El planeamiento de la asistencia de enfermería perioperatoria para los pacientes con cáncer de vejiga requiere del conocimiento científico y de la incorporación tecnológica. El objetivo de este estudio fue caracterizar el perfil de los pacientes con cáncer de vejiga en una unidad quirúrgica de un hospital especializado en oncología del interior de São Paulo y analizar los cuidados de enfermería realizados para estos pacientes.

Metodología: Estudio exploratorio retrospectivo, cuyos datos fueron recolectados en 80 prontuarios de pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico urológico en el periodo enero-septiembre de 2008.

Resultados: Hubo predominio del género masculino en la franja etaria de 60 a 80 años, con formación fundamental incompleta, de raza blanca, estadiamiento I y procedimiento quirúrgico de Resección Transuretral. La asistencia de enfermería perioperatoria abarca intervenciones educativas de autocuidado y cuidados procedimentales como sueroterapia, preparación colónica, administración de medicamentos, posicionamiento del paciente, monitorización de signos vitales, cuidados con sonda y drenaje, control hídrico, cambio de turno, envío de historia clínica y exámenes. En el caso específico de los pacientes con ostomía urológica, es importante tener en cuenta la evaluación clínica y de las condiciones del estoma; enseñar las acciones específicas del autocuidado; planear la alta hospitalaria proporcionar equipos y enviarlos a los recursos de la comunidad.

Conclusión: Para brindar asistencia quirúrgica a los pacientes, es necesario un planeamiento fundamentado en conocimientos científicos, educación permanente del equipo de enfermería y supervisión del trabajo realizado por el enfermero.

Descritores: Cuidados Preoperatorios; Neoplasias de la Vejiga Urinaria; Procedimientos Quirúrgicos Operativos (fuente: DECS BIREME).

Abstract

Objective: The perioperative nursing care planning for patients with bladder cancer needs scientific knowledge and incorporation of technology. Our study aimed to characterize the profile of bladder cancer population in a surgical unit of a hospital specializing in oncology in São Paulo State, and to analyze the nursing care made for this population.

Methodology: Retrospective exploratory study, whose data were collected in 80 medical records of patients undergoing urology surgical treatment from January to September of 2008.

Results: There were prevalence of male gender, in the age group from 60 to 80 years-old, with incomplete elementary school education, white people, staging cancer I and tumor resection. The perioperative nursing care includes educational interventions of self-care, procedural care as antivenin therapy, bowel's prepare, patient position, administration of drugs, monitoring of vital signs, care with catheters and drains, water control, change of shift, and routing of medical records and exams. In the specific case of patients with urostomy it is important to evaluate clinical situation and ostomy conditions; to teach the specific action of self-care, to plan hospital discharge; and to give equipment routing it to community resources.

Conclusion: To give perioperative care to this population, it is necessary a planning based on scientific knowledge, permanent education and job supervision by a nurse.

Descriptors: Preoperative Care; Urinary Bladder Neoplasms; Surgical Procedures Operative (source: DECS, BIREME).

Introdução

Atualmente, o câncer de bexiga tem alta incidência. Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva para o ano de 2016, estimam-se 9 670 casos novos. O câncer de bexiga ocupa o sétimo lugar em incidência para os homens e o oitavo lugar entre as mulheres, acometendo de três a quatro vezes mais em homens do que para as mulheres, e mais incidente após os 60 anos (1, 2).

Cerca de 90% dos casos de câncer de bexiga surge a partir da mucosa, ou seja, do urotélio vesical. Cerca de 80 a 90% dos tumores vesicais ocorrem nas células de transição e 10 a 20% nas outras células escamosas como adenocarcinoma (2, 3).

Após seu diagnóstico, as modalidades de tratamento são a cirurgia, a quimioterapia, a radioterapia e a imunoterapia, utilizados isoladamente ou em conjunção. A indicação do tratamento depende do grau de invasão tumoral, idade, estado mental, emocional e físico do paciente (2, 3).

Na cirurgia, várias técnicas podem ser utilizadas, gerando consequências mutilatórias o que requer planejamento do cuidado de enfermagem especializado. Novas técnicas são frequentemente introduzidas para melhorar a qualidade de vida do paciente, considerando a idade e as condições clínicas, assim como suas condições de autocuidado (4, 5).

A assistência de enfermagem perioperatória está diretamente relacionada com as características destes pacientes, os tratamentos instituídos e a evolução ao longo do seguimento. O planejamento da assistência de enfermagem deve ser realizado com a coleta de dados sobre tratamentos prévios, complicações, evolução, queixas, suporte social e avaliação clínica para identificar necessidade de cuidados prioritários e prevenir complicações e, assim, possibilitar uma recuperação pós-operatória mais rápida e o alcance da reabilitação (4-9).

No período de internação hospitalar, a assistência de enfermagem perioperatória deve focalizar os aspectos físicos e psicossociais. O enfermeiro se defronta com situações mais complexas, que envolvem maior incorporação de tecnologia para a alta resolubilidade da demanda de cuidados

destes pacientes. Assim, a caracterização do perfil dos pacientes atendidos com câncer de bexiga favorece o planejamento da assistência de enfermagem perioperatória (6-8, 10).

Os objetivos deste estudo foram caracterizar o perfil dos pacientes com câncer de bexiga, internados na Unidade de Internação Cirúrgica de um hospital especializado em oncologia do interior paulista, no período de janeiro a setembro de 2008, e analisar os cuidados de enfermagem perioperatória realizados para esses pacientes.

Metodologia

Trata-se de um estudo retrospectivo exploratório sobre os pacientes com câncer de bexiga e os cuidados de enfermagem perioperatória prestados a estes pacientes, em uma unidade de internação cirúrgica de um hospital especializado em oncologia do interior paulista.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (0052.0.153-08). A coleta de dados foi realizada nos prontuários dos pacientes, para o qual utilizou-se um instrumento sobre características sociodemográficas e clínicas destes pacientes, assim como os cuidados de enfermagem realizados no perioperatório. Os dados foram coletados de 80 prontuários de pacientes com câncer de bexiga, submetidos ao tratamento cirúrgico, no período de janeiro a setembro de 2008. Foi realizada uma análise estatística descritiva.

Resultados e Discussão

A caracterização sociodemográfica da amostra na Tabela 1 indica predomínio do sexo masculino, de pacientes na faixa acima de 61 anos. Isto foi corroborado com a epidemiologia atual deste câncer como a nona causa de óbitos em homens brancos no mundo, cuja incidência aumenta na sexta e sétima década de vida (1, 2).

Também identificamos 53 (66,3%) tabagistas e oito (10%) etilistas, hábitos de risco, principalmente o tabagismo, por aumentar em quatro vezes o risco desta neoplasia para fumantes (1, 2). Contudo, ressaltamos outros fatores de risco como exposição a corantes, solventes industriais ou gases de escape, bem como tratamentos prévios com ciclofosfamida e radiação pélvica, dieta rica em gordura, infecção urinária crônica, paraplegia, baixa ingestão de água e abuso de analgésicos (2).

As baixas condições socioeconômicas e instrucionais constituem os determinantes sociais do adoecimento, pois dificultam as práticas de saúde e de acesso às informações e ao sistema de saúde pública, aumentando a morbimortalidade, além do diagnóstico tardio e tratamentos de maior custo com maior densidade tecnológica (5, 9-11).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra do estudo, Ribeirão Preto, 2016

Caracterização	n (80)	%
Sexo		
Masculino	67	83,8
Feminino	13	16,2
Faixa etária		
40 a 60 anos	25	31,3
Acima de 61 anos	55	65,0
Cor		
Branca	67	83,8
Negra/parda	13	16,2
Escolaridade		
Analfabetos	7	8,7
Fundamental incompleto/completo	60	75,0
Médio incompleto/completo	5	6,3
Superior incompleto/completo	8	10,0
Renda		
Aposentadoria	1	2,9
Pensão/Auxílio doença	4	11,4
Total	80	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação à caracterização clínica da amostra na Tabela 2, verificamos que houve predomínio de estadiamentos I e II, o que corrobora com outros estudos que identificaram prevalência da doença em fase precoce e tipo histológico de células epiteliais transitórias (90% dos casos), células epiteliais (7%) e adenocarcinoma (2%) (1, 2, 5).

Os profissionais da saúde devem utilizar estratégias para sensibilizar e conscientizar os homens sobre medidas preventivas com adoção de hábitos de vida saudáveis, relacionados aos fatores de risco para esta neoplasia, além das consultas periódicas (5, 10, 11).

Por outro lado, em 100% dos casos o tempo de internação foi de um a quatro dias, o que pode estar associado à incorporação da alta tecnologia e à recomendação de alta precoce, para diminuição de custos e prevenção de infecção hospitalar. Para

Tabela 2. Caracterização clínica da amostra do estudo, Ribeirão Preto, 2016

Dados clínicos	n	%
Neoplasia		
Estadiamentos I e II	55	68,8
Estadiamentos III e IV	25	31,2
Cirurgia realizada		
Ressecção Transuretral de Bexiga (RTU)	45	56,2
Re-RTU de bexiga (Reoperação de RTU)	13	16,3
Cistectomia Radical + Neobexiga/Ureterostomia/Bricker	12	15,0
Ureterostomia bilateral/Evacuação de coágulo	10	12,5
Complicações cirúrgicas		
Hemorragia/Fístulas urinárias/Deiscência cirúrgica	14	17,5
Infecção do trato urinário/sítio cirúrgico	17	21,2
Terapia adjuvante		
Radioterapia	6	7,5
Quimioterapia com BCG intravesical	21	26,3
Total	80	100,0

Fonte: Dados da pesquisa

tanto, há necessidade de investimento pelos hospitais na educação permanente para capacitação dos profissionais (6, 8). As cirurgias realizadas foram em sua maioria a Ressecção Transuretral de Bexiga —RTU de bexiga—, que resultaram em sequelas mutilatórias.

Para a assistência destes pacientes, é importante a capacitação profissional, principalmente na área de estomaterapia, pois necessitam de intervenções no perioperatório como ensino, demarcação de estoma pré-operatório, preparo psicossocial e físico. Além de ensino do autocuidado com equipamentos coletores e estomias urinárias, assim como encaminhamento ao Programa de Ostomizados para seguimento especializado, mantido pelo governo federal e gerido pelo município (3, 4, 7, 8, 13).

A cistoscopia é um procedimento diagnóstico padrão e de estadiamento da doença, que geralmente constata 90% das lesões por exame anatomicopatológico (2, 3). Posteriormente, quando as lesões são superficiais, realiza-se a RTU endoscópica, com biópsia e remoção das lesões (3, 7).

A recidiva tumoral após RTU pode acometer cerca de 50 a 70% dos casos e para diminuí-las em até 32%, recomenda-se quimioterapia intravesical

com BCG (Bacilos Calmette-Guerin), que se liga ao urotélio, desencadeando reação imune para reconhecimento e destruição das células tumorais. Os melhores resultados ocorrem com a aplicação intravesical nas primeiras 24 horas pós-RTU (7).

Por outro lado, a quimioterapia com BCG intravesical adjuvante foi realizada por uma parcela da amostra como recomendada pelas diretrizes terapêuticas (2, 3). A radioterapia, apesar de constituir outra possibilidade tecnológica, somente uma parcela mínima de pacientes a realizou para obtenção de hemostasia (2, 3).

Identificamos complicações cirúrgicas em 14 (17,5%) pacientes, que apresentaram hemorragia, fístulas entérico-urinárias e deiscência cirúrgica, além de 17 (21,2%) com infecção do trato urinário/sítio cirúrgico. Isso indica a necessidade de assistência perioperatória especializada e no seguimento de controle oncológico (6-8).

A hemorragia foi decorrente do sangramento vesical, conseqüente à lesão e a infecção do trato urinário pela sondagem vesical de demora e por manuseio da sonda. Há necessidade de supervisão da equipe de enfermagem e educação permanente para este procedimento (8). A assistência de enfermagem deve focalizar observação, avaliação e curativo da ferida cirúrgica, rigor asséptico, controle e manutenção de ambiente biologicamente seguro, administração correta de antibióticos, avaliação dos sinais vitais e possíveis intercorrências (7, 8).

O controle da infecção hospitalar depende da otimização dos recursos humanos, tecnológicos e financeiros, além das equipes de saúde que devem assumir a responsabilidade na manutenção da higiene hospitalar, realizar procedimentos com segurança, racionalização de tempo e movimento no trabalho, aumento de produtividade e diminuição de gastos.

Assistência de enfermagem perioperatória

Na amostra deste estudo, a assistência de enfermagem nos períodos pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório imediato totalizaram 2 188 (100%) cuidados, conforme Tabela 3. Identificou-se uma alta demanda de cuidados específicos para a equipe de enfermagem.

Tabela 3. Cuidados de enfermagem pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório imediato prestados para a amostra do estudo, Ribeirão Preto, 2016

Cuidados de enfermagem pré-operatório	n	%
Orientação pré-operatória; identificação paciente; monitorização sinais vitais; coleta de sangue	320	14,62
Preparo colônico	15	0,68
Administração de medicações intravenosa e oral	35	1,60
Preparo psicossocial	30	1,38
Avaliação da dor	20	0,91
Encaminhamento prontuários/exames; registro de enfermagem	240	10,97
Subtotal	660	30,16
Cuidados de enfermagem intraoperatório	n	%
Montagem da sala; posicionamento do paciente	160	7,31
Auxílio na anestesia; monitorização sinais vitais; controle hídrico	240	10,97
Passagem de plantão; encaminhamento prontuário/exames; registro de enfermagem	240	10,97
Subtotal	640	29,25
Cuidados de enfermagem pós-operatório imediato	n	%
Monitorização sinais vitais; cuidados, higiene corporal e conforto; controle hídrico	240	10,97
Coleta de sangue, medicação intravenosa e intramuscular	178	8,14
Avaliação de dor	80	3,65
Avaliação da ferida operatória e curativo	38	1,74
Cuidados com sondas e drenos	97	4,44
Troca de equipamento de urostomia	15	0,68
Passagem de plantão; encaminhamento prontuário/exames; registro de enfermagem	240	10,97
Subtotal	888	40,59
Total	2188	100,00

Fonte: Dados da pesquisa

O preparo colônico no dia anterior da cirurgia eletiva pode ser realizado com administração via oral da solução de *fleet* enema —preparo anterógrado— ou lavagem intestinal por via retal —preparo retrógrado— para diminuir o risco de evacuação no intraoperatório (4, 15). Em outras instituições, este preparo é realizado no dia da cirurgia, com jejum de oito horas (4, 15, 19). A administração de medicações no pré-operatório relacionou-se com soroterapia, administração de analgésicos e de ansiolíticos, anteriormente à cirurgia (15).

A avaliação psicossocial foi realizada em 30 (6%) pacientes, o que indica a necessidade de maior investimento para que seja estendida para todos os pacientes. Ressaltamos que, quando a cirurgia é de urgência, esta abordagem ao paciente pode ser inviável. Contudo, a família deve ser incluída no planejamento da assistência para favorecer a reabilitação destas pessoas, principalmente pela estomia urinária trazer repercussões físicas e psicossociais (5, 7, 15, 16, 18).

Em todos os pacientes, a coleta de sangue para avaliação hematológica e de alterações hidroeletrólíticas foi realizada, pois a doença oncológica causa depleção e a tipagem sanguínea deve ser feita para garantir a reserva em caso de necessidade de transfusão de hemoderivados, por se tratar de cirurgias de grande porte (5, 9, 20, 21).

A avaliação da dor é um aspecto importante, pois a doença oncológica acarreta dor e mobiliza os recursos fisiológicos e psicossociais, que pode dificultar a recuperação fisiológica em decorrência da fadiga oncológica, que se soma ao estresse do processo anestésico-cirúrgico (15, 16, 18). Para tanto, há necessidade de melhor capacitação dos profissionais.

O registro de enfermagem e os encaminhamentos de prontuário/exames foram valorizados como 240 (10,97%) cuidados pré-operatórios por constituir um documento legal de segurança para os pacientes e profissionais; e como um meio de avaliar a qualidade da assistência prestada (18). O enfermeiro deve planejar uma assistência de enfermagem com o objetivo de atender as necessidades dos pacientes e seus familiares (6, 8, 14).

Um dos aspectos que merece atenção é o ensino pré-operatório, que deve englobar orientações sobre jejum, instalação de soroterapia, explicação sobre cirurgia, possíveis consequências e esclarecimentos de dúvidas do paciente e seus familiares (6, 8, 14, 16). Assim, conhecer o perfil dos pacientes neste estudo, cuja maioria possui formação educacional de ensino fundamental incompleto, pôde favorecer a utilização de estratégias mais apropriadas (15, 16).

A assistência de enfermagem pré-operatória objetiva, além do preparo físico, reduzir a ansiedade do paciente e estabelecer uma comunicação terapêutica com fornecimento de informações e conhecimentos para o paciente, para

que ele possa sanar as dúvidas ou dificuldades em relação à cirurgia e suas consequências (9, 15, 16, 18). Ainda, considerando o predomínio de homens com idade acima de 61 anos há necessidade de ações educativas mais efetivas sobre a saúde do homem, cujas estratégias estejam articuladas à formação cultural e ao contexto social para conscientização sobre práticas de saúde (1, 2, 7, 12, 19).

Foram realizados 640 (29,25%) cuidados no intraoperatório, correspondentes à montagem da sala e posicionamento do paciente, além de cuidados de auxílio na anestesia, monitorização dos sinais vitais e de controle hídrico; e aspectos legais do cuidado como a passagem de plantão, o encaminhamento prontuário/exames e o registro de enfermagem. Todos estes cuidados asseguram um ambiente biologicamente seguro e a própria segurança do paciente e do profissional (20).

No registro de enfermagem, aspectos importantes são o início e término da anestesia e da cirurgia; a realização da entubação e medicações; soroterapia e hemoderivados administrados; colocação da placa de bisturi elétrico; intercorrências, instalação de dispositivos e equipamentos; procedimentos realizados e tipo de curativo e extubação realizada. Isso assegura a qualidade do cuidado realizado (18, 20, 21).

A duração da cirurgia foi de uma a três horas na maioria das cirurgias realizadas e numericamente menor para casos com duração acima de quatro horas, que envolveram cirurgias de cistectomia com confecção de derivações urinárias. Todas estas cirurgias são consideradas de médio e grande porte, o que aumenta o risco, pois a doença de base é o câncer (2, 3, 5, 9, 20).

Um dos cuidados de enfermagem fundamentais durante o intraoperatório para estes pacientes, considerando as posições litotômica e dorsal estendido e o tempo de duração das cirurgias, é a prevenção de lesão por posicionamento perioperatório. Assim, para o posicionamento do paciente, realizado pelo circulante de sala e pelo cirurgião, devem-se utilizar protetores principalmente nas regiões articulares e nas proeminências ósseas (9, 16, 20, 21).

Para dimensionar a importância da assistência de enfermagem intraoperatória, identificamos situações com hemotransfusão, utilização de placa de bisturi elétrico e a associação de tipos de anestesia e necessidade de entubados orotraqueais (20).

Na assistência de enfermagem aos pacientes quando são submetidos à anestesia geral, há necessidade de observação de sinais vitais, com atenção especial ao padrão respiratório, oxigenação arterial, pressão arterial, temperatura e pulso; aos efeitos colaterais como náuseas e vômitos, dor, nível de sedação e evolução clínica do paciente (22).

Quando o paciente é submetido à raqui-anestesia, deve-se contemplar a avaliação da sensibilidade e mobilidade de membros inferiores; mínimo de dor, medicamentos e alimentação via oral, que deve ser liberado somente na enfermaria cirúrgica. Para a alta de enfermaria cirúrgica, não é necessário que o paciente tenha apresentado diurese espontânea, mas deve constatar-se ausência de bexigoma. Além disso, é necessário o balanço hídrico das infusões por soroterapia e medicamentos; e perdas por drenos, sondas e curativo cirúrgico (21, 22).

A assistência de enfermagem intraoperatória requer manutenção de um ambiente biologicamente seguro e capacitação dos profissionais, principalmente pela possibilidade de mudança da condição clínica e de reações ao processo anestésico-cirúrgico (23).

No pós-operatório imediato, os cuidados de enfermagem foram: monitorização dos sinais vitais, cuidados de higiene corporal e conforto e o controle hídrico; coleta de sangue, medicação intravenosa e intramuscular; avaliação da dor e da ferida operatória e realização de curativo; cuidados com sondas e drenos, além da troca de equipamento de urostomia; e aspectos da documentação legal do cuidado como passagem de plantão, encaminhamento de prontuário/exames e registro de enfermagem (21, 22).

Chamou-nos a atenção o fato dos cuidados relacionados à avaliação da ferida operatória e curativo terem sido realizados em apenas 19 (23,75%) pacientes; estes constituem prioridade no pós-operatório imediato, pois uma das complicações é a hemorragia, que pode agravar a condição clínica.

Os cuidados identificados no pós-operatório imediato para esta amostra são coerentes, pois dimensionam as necessidades específicas de cirurgia urológica, que requer coleta de exame de sangue. O anterior é pelo fato dos pacientes apresentarem hematúria ou sangramento no ato cirúrgico, assim como a necessidade de administração de medicações intramusculares e cuidados com sondas, drenos e troca do equipamento de urostomia.

Recomenda-se a monitorização dos parâmetros destes pacientes, considerando-se o comprometimento clínico e o porte cirúrgico a cada 15 minutos na primeira hora, a cada 30 minutos na segunda hora e a cada hora após a terceira hora (22).

Em relação à higiene corporal e mobilização, os pacientes em pós-operatório receberam assistência integral e auxílio, pois apresentavam punções venosas, drenos e sondas. Isso é importante para a prevenção de lesões de pele e traumas. Os cuidados de enfermagem são intensivos neste período, para que o paciente recupere o equilíbrio hidroeletrólítico, com detecção precoce de complicações relacionadas ao processo anestésico-cirúrgico. Assim, para que o paciente receba alta da recuperação pós-anestésica, os parâmetros de avaliação são: padrão respiratório eficaz com troca gasosa adequada; presença de reflexos glossofaríngeos e estabilização dos sinais vitais; retorno do nível de consciência; mínimo de dor possível; sinais de volemia adequada; diurese de 30 ml/h e pressão arterial estável; e ausência de sangramentos por sondas ou drenos (22).

Para prestar uma assistência de enfermagem qualificada, são necessárias a educação permanente e a incorporação de novas tecnologias pela equipe de enfermagem (22, 23). Em relação à assistência de enfermagem no pós-operatório imediato, na Tabela 4 classificamos os cuidados relacionados ao pós-operatório imediato e à alta hospitalar.

Desta forma, o conjunto de cuidados realizados foi de monitorização de parâmetros vitais e de monitorização de sondas, drenos e bolsa coletora de sinais vitais, além de cuidados de higiene e de conforto. Foram destacados também a terapia medicamentosa e soroterapia, avaliação da ferida operatória, alimentação, encaminhamento de prontuário/exames e o registro de enfermagem (18).

Tabela 4. Cuidados de enfermagem no pós-operatório mediato e para a alta hospitalar prestados para amostra do estudo, Ribeirão Preto, 2016

Cuidados de enfermagem pós-operatório mediato	n	%
Monitorização sinais vitais; cuidados, higiene corporal e conforto; controle hídrico	240	18,12
Medicação intravenosa, intramuscular e via oral/soroterapia	134	10,12
Cuidados com sondas, drenos e bolsa coletora	97	7,32
Troca de equipamento de urostomia	15	1,13
Avaliação da ferida operatória; cuidados com alimentação	38	2,88
Encaminhamento prontuário/exames; registro de enfermagem	160	12,09
Subtotal	684	51,66
Alta hospitalar	n	%
Orientação paciente; família sobre medicamentos; retorno e seguimento ambulatorial	320	24,16
Orientação troca de equipamento coletor; indicação de equipamento	160	12,09
Encaminhamento prontuário e exames; registro de enfermagem	160	12,09
Subtotal	640	48,34
Total	1324	100,00

Fonte: Dados da pesquisa

No pós-operatório mediato, a avaliação do paciente deve ser realizada comparativamente aos parâmetros pré, intra e pós-operatório imediato. Assim em relação à respiração: permeabilidade, profundidade, frequência; circulação: coloração das extremidades, lábios e edema em membros inferiores. No que se refere ao sistema nervoso: consciência, localização espacial e temporal, além da movimentação. Para a monitorização de drenos: permeabilidade, quantidade e curativo. Para o controle de infusão venosa: tipo, volume, gotejamento e punção venosa. Em relação à ferida cirúrgica: localização, curativo, exsudato; e para avaliar o conforto: dor, posicionamento corporal e estado psicológico como agitação e apatia. É importante atentar sobre o uso de aparelhos específicos —bomba de infusão, frasco de aspiração, monitores—; assim como o registro dos dados e intervenções (22).

O conjunto de cuidados como administração de medicamentos intravenosa, intramuscular e via oral, além da soroterapia, troca de bolsa de urostomia, avaliação da ferida operatória, curativos e

cuidados com alimentação são fundamentais para pacientes submetidos às cirurgias urológicas. Estes cuidados têm especificidade, portanto, requer a avaliação clínica do paciente pelo enfermeiro e a supervisão do trabalho da equipe de enfermagem.

Em relação ao equipamento coletor para a urostomia, indicam-se bolsas transparentes e de peça única para facilitar a visualização e avaliação da urostomia e do efluente. E fim é evitar a manipulação do abdome do paciente e minimização da dor, avaliação do débito de 24 horas e de suas características, bem como avaliação dos sinais flogísticos (8).

Já no pós-operatório mediato, considerando-se as condições do paciente para a alta hospitalar, o estomizado pode escolher, com auxílio do enfermeiro, o equipamento que permita a sua adaptação e retorno às atividades cotidianas e que lhe dê segurança, além do ensino do autocuidado. Por outro lado, o enfrentamento do adoecimento oncológico e da sequela mutilatória são aspectos importantes da assistência perioperatória destes pacientes (24, 25). Os protetores cutâneos são indicados para facilitar a colocação do equipamento na urostomia; são materiais constituídos por hidrocoloides, compostos por gelatina, pectina e carboximetilcelulose sódica que formam a resina sintética, protegendo a pele do paciente. Ainda, é possível a indicação de adjuvantes, conforme as necessidades específicas (21).

Neste período, é importante retomar o ensino do autocuidado em relação à ferida operatória, cuidados com sondas e trocas de bolsa de urostomia, além de cuidados higiênicos e de alimentação (8, 15).

Os cuidados para a alta hospitalar foram orientação do paciente e da família sobre medicamentos, retorno e seguimento ambulatorial, bem como sobre troca e indicação de equipamento e encaminhamento de prontuário/exames e registro de enfermagem.

No período pós-operatório é necessário observar e avaliar condições do estoma —localização, coloração, protrusão e complicações—; controlar qualidade e quantidade do efluente do estoma; avaliar adaptação do equipamento coletor. Ao realizar a primeira troca do sistema coletor —48 a 72 horas a cirurgia—, é possível ensinar ações específicas do autocuidado —troca e esvaziamento do dispositivo—, retomando o ensino pré-operatório e planejar a alta hospitalar. Deve-se estimular o

retorno gradual às atividades da vida diária, por meio de um trabalho multidisciplinar com nutricionistas, psicólogos, equipe médica e fisioterapeutas; e avaliar o aprendizado alcançado pelo paciente e familiar. É para assegurar a aquisição de equipamentos é fundamental encaminhar aos recursos da comunidade como o Programa de Ostomizados, mantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (8, 13, 14-16, 24, 25).

Os pacientes com urostomia foram encaminhados ao Programa de Ostomizados com o relatório médico com as informações sobre o diagnóstico médico, cirurgia realizada e tipo de estomia e do enfermeiro com a indicação do equipamento adequado para o paciente, adaptação à nova condição e capacidade para o autocuidado. Considerando o custo da bolsa coletora e a necessidade de seguimento especializado por esses pacientes, este encaminhamento assegura a sua recuperação fisiológica e psicossocial (9, 14, 24, 25).

Por outro lado, é importante que estes pacientes possam ter maior conscientização em relação à saúde e que realizem um seguimento de controle oncológico, pois muitas vezes não está descartada a possibilidade de recidiva ou metástase (1, 2, 12, 13). Na prática clínica, a orientação do seguimento ambulatorial não expressa necessariamente as recomendações preconizadas sobre o seguimento de controle oncológico de cinco anos (1, 2, 5, 12, 13).

Para prestar assistência perioperatória para esses pacientes, é necessário um planejamento fundamentado em conhecimentos científicos, educação permanente da equipe de enfermagem e supervisão da equipe de enfermagem pelo enfermeiro.

Conclusões

Na amostra deste estudo predominaram pacientes do sexo masculino, com câncer de bexiga em fase precoce, acima de 61 anos, com nível fundamental incompleto; brancos e submetidos à cirurgia de RTU de bexiga.

Com os resultados deste estudo verificamos a assistência de enfermagem perioperatória destes pacientes, com intervenções educativas para o autocuidado e assistenciais, como soroterapia, preparo colônico, administração de medicamentos, posicionamento cirúrgico, monitorização de sinais vitais, cuidados com sonda e drenos, controle hídrico, passagem de plantão e encaminhamento de

prontuário e exames. Para os pacientes com urostomia é importante assegurar o encaminhamento para a aquisição de equipamentos e o seguimento secundário especializado.

Um aspecto não explorado neste estudo e que futuramente merece ser abordado é o enfrentamento do processo de estomização.

Referências

- (1) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil [informe na Internet]. Rio de Janeiro: Coordenação de Prevenção e Vigilância. Serviço de Edição e Informação Técnico-Científica; 2015 [acesso: 2016 nov 21]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>
- (2) Skare NG. Câncer de bexiga. Em: Sociedade Brasileira de Oncologia. 2º Manual de condutas. Oncologia Clínica. 2ª ed. Gramado (RS): Editora O Lutador; 2011.
- (3) Stenzl A, Witjes JA, Compérat E, Cowan NC, DeSantis M, Kuczyk M *et al.* Diretrizes para o câncer de bexiga músculo invasivo e metastático [cartilha na Internet]. São Paulo: Sociedade Brasileira de Urologia e Sociedade Brasileira de Patologia; 2012 [acesso: 2016 nov 21]. Disponível em: <http://uroweb.org/wp-content/uploads/Muscle-invasive-and-metastatic-Bladder-Cancer-2012-pocket1.pdf>
- (4) Tiraboschi RB, Dias-Neto JA, Martins AC, Cologna AJ, Suaid, HJ, Tucci Jr S. Fatores de risco em carcinomas de células transicionais da bexiga. *Acta Cir Bras* 2002; 17(Supl 3):20-23.
- (5) Moon A, Vasdev N, Thorpe AC. Continent Urinary Diversion. *Indian J Urol* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2016 Nov 21];29(4):303-309. Available from: doi:10.4103/0970-1591.120111
- (6) Martins PAF, Alvim NAT. Saberes e práticas de clientes estomizados sobre a manutenção da estomia de eliminação intestinal e urinária e sua pertinência no cuidado. *Perspect Online Biol Saúde* [periódico na Internet]. 2012 [acesso: 2016 nov 21];2(6):54-69. Disponível em: http://www.seer.perspectivasonline.com.br/index.php/biologicas_e_saude/article/view/210/127

- (7) Kim SP, Shah ND, Weight CJ, Thompson RH, Wang JK, Karnes RJ *et al.* Population-based trends in urinary diversion among patients undergoing radical cystectomy for bladder cancer. *BJU Int* [serial on the Internet]. 2013 [access: 2016 Nov 21];112(4):478-484. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1464-410X.2012.11508.x/epdf>
- (8) Roveron G, DeToma G, Barbierato M. Italian Society of Surgery and Association of Stoma Care Nurses Joint Position Statement on Preoperative Stoma Siting. *J Wound Ostomy Continence Nurs* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2016 Nov 21];43(2):165-169. Available from: http://journals.lww.com/jwocnonline/Abstract/2016/03000/Italian_Society_of_Surgery_and_Association_of.10.aspx
- (9) Silva VL, Cesse EA, Albuquerque MF. Determinantes sociais da mortalidade do idoso: uma revisão sistemática da literatura. *Rev Bras Epidemiol* [periódico na Internet]. 2014 [acesso: 2016 nov 21];17(Supl 2):178-193. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v17s2/pt_1415-790X-rbepid-17-s2-00178.pdf
- (10) Jemal A, Miller K, Torre L. Promoção da saúde: Uma abordagem populacional e sistêmica. In: *O Atlas do Câncer*. Jemal A, Vineis P, Bray F, Torre L, Forman D (Eds.). The Cancer Atlas. 2nd ed. Atlanta, GA (EUA): American Cancer Society; 2014 [access: 2016 Nov 21]. pp. 68-69. Available from: <http://canceratlas.cancer.org/assets/uploads/2015/04/The-Cancer-Atlas-Second-Edition-in-Portuguese.pdf>
- (11) Kassouf W, Aprikian A, Black P, Kulkarni G, Izawa J, Eapen L *et al.* Recommendations for the improvement of bladder cancer quality of care in Canada: A consensus document reviewed and endorsed by Bladder Cancer Canada (BCC), Canadian Urologic Oncology Group (CUOG), and Canadian Urological Association (CUA), December 2015. *Can Urol Assoc J* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2016 Nov 21];10(1-2):E46-80. Available from: doi: 10.5489/caaj.3583
- (12) Lukacz ES, Sampsel C, Gray M, Macdiarmid S, Rosenberg M, Ellsworth P *et al.* A healthy bladder: a consensus statement. *Int J Clin Pract* [serial on the Internet]. 2011 [access: 2016 Nov 21];65(10):1026-1036. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3206217/pdf/ijcp0065-1026.pdf>
- (13) República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 400 de 16 de novembro de 2009. Diretrizes Nacionais para a Atenção à Saúde das Pessoas Estomizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) [regra na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [acesso: 2016 Nov 21]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/p_sas_400_2009_ostomizados.pdf
- (14) Souza EC, Figueiredo GL, Lenza NF, Sonobe HM. As consequências da estomia intestinal para estomizados e seus familiares. *Rev Enferm UFPE On Line* [periódico na Internet]. 2010 [acesso: 2016 Nov 21];4(Esp):1081-1086. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/942/pdf_102
- (15) Lenza NF, Sonobe HM, Zago MM, Buetto LS. Características socioculturais e clínicas de estomizados intestinais e de familiares em um Programa de Ostomizados. *Rev Eletr Enf* [periódico na Internet]. 2013 [acesso: 2016 nov 21];15(3):755-762. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n3/pdf/v15n3a18.pdf
- (16) Miranda SM, Luz MH, Sonobe HM, Andrade EM, Moura EC. Caracterização sociodemográfica e clínica de pessoas com estomia em Teresina. *ESTIMA* [periódico na Internet], 2016 [acesso: 2016 nov 21];14(1):29-35. Disponível em: <http://www.revistaestima.com.br/index.php/estima/article/download/117/pdf>
- (17) Menezes LC, Guedes MV, Oliveira RM, Oliveira SK, Meneses LS, Castro ME. Prática de autocuidado de estomizados: contribuições da Teoria de Orem. *Rev Rene* [periódico na Internet]. 2013 [acesso: 2016 nov 21];14(2):301-310. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027986008.pdf>

(18) República Federativa do Brasil. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Câmara Técnica de Legislação e Normas (CTLN) [regra na Internet]. Portaria n. 514/2016 Guia de Recomendações para os registros de enfermagem no prontuário do paciente, com a finalidade de nortear os profissionais de Enfermagem de 05 de maio de 2016. [acesso: 2016 nov 21]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05142016_41295.html

(19) Matheus WE. Câncer de Bexiga. In: Zerati-Filho M, Nardozza-Júnior A, Reis RB (Eds.). *Urologia Fundamental*. São Paulo: Planmark, 2010. pp. 157-162.

(20) Jardim DP, Bianchi ERE, Costa ALS, Vattimo MFF. Assistência de enfermagem no período transoperatório. Em: Carvalho R, Ferraz EB (Orgs.). *Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação*. Barueri-SP: Manole; 2016. pp. 146-159.

(21) Silveira CT, Silveira RT, Guido LA, Oliveira RC. Posicionamento do paciente para o procedimento anestésico-cirúrgico. Em: Carvalho R, Ferraz EB (Orgs.). *Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação*. Barueri-SP: Manole; 2016. pp. 160-187.

(22) Rossi LA, Dessote CAM, Pompeo DA, Galdeano LE, Peniche ACG. Assistência de enfermagem na recuperação pós-anestésica. Em: Carvalho R, Ferraz EB (Orgs.). *Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação*. Barueri-SP: Manole; 2016. pp. 247-280.

(23) Carvalho R, Paula MF, Moraes MW. Assistência humanizada e tecnologia no Bloco Cirúrgico. Em: Carvalho R, Ferraz EB (Orgs.). *Enfermagem em centro cirúrgico e recuperação*. Barueri-SP: Manole; 2016. pp. 281-295.

(24) Lopes M, Nascimento LC, Zago MM. Paradox of life among survivors of bladder cancer and treatments. *Rev Esc Enferm USP* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2016 Nov 21];50(2):222-229. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n2/0080-6234-reeusp-50-02-0224.pdf>

(25) Pazar B, Yava A, Başal S. Health-related quality of life in persons living with a urostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs* [serial on the Internet]. 2015 [access: 2016 Nov 21];42(3):264-270. Available from: <http://sci-hub.cc/10.1097/won.0000000000000110>