

Realizado de 29 de setembro a 2 de outubro de 1993
Brasília - DF
Presidente - Francisco Floripe Ginani, TSBCP

CONFERÊNCIA

O MERCADO DE TRABALHO MÉDICO E A ÉTICA DO SÉCULO XXI

Assaf Hadba
Defesa de Classe do SBCP

A abrangência do tema nos permite apenas um breve comentário, mesmo porque alcançar os resultados e seus efeitos que haverão de surgir pelas pesquisas médicas eugênicas e biológicas, suportadas pelos avanços fantásticos da informática, seria prever futurologicamente ou com a força criativa de ficção científica a integração de todo o planejamento eletrônico à vida normal.

Ao homem a ciência confere poderes sobre a vida desde o seu início até as fases posteriores, porém o seu uso deve obedecer às leis naturais e o direito, regras que incluem o mercado de trabalho e a ética. O mercado de trabalho e a ética terão sempre sutis ou palpáveis distinções entre um país e outro quando analisados, em razão da evolução cultural e a conseqüente estrutura médica implantada.

Sejam quais forem as razões determinantes, todo e qualquer mercado de trabalho encontra sobrevivência e equilíbrio na lei da oferta e da procura. Sempre que a oferta superar a procura haverá uma degeneração perigosa do mercado de trabalho, com sérios reflexos no campo ético.

A proliferação sem critérios de escolas médicas no Brasil, formando médicos de poucos conhecimentos, e a falta imperdoável da qualificação profissional fizeram a oferta superar e de muito a procura, ensejando ao governo oportunidade de empregar os médicos com vis e humilhantes salários.

A melancólica realidade brasileira mostra alguns dados que se conflitam, principalmente pela ausência de uma melhor evolução cultural que atinge desde os nossos governantes até a população como um todo.

A organização mundial de saúde preconiza que para o equilíbrio e satisfação da assistência médica deva existir um médico para cada 1.000 habitantes. Possuímos hoje no Brasil 229.000 médicos, com aproximadamente 200.000 em atividade, e isto nos dá a média de quase 1,3 médicos por 1.000 habitantes.

Embora possuamos um número de médicos acima da média que a organização mundial de saúde sugere, o que nos deveria colocar frente a um mercado concorrente, e saudável, inversamente vivenciamos talvez a mais triste e odiosa página da medicina brasileira. A estrutura da assistência médica aqui imposta e posteriormente ratificada pela Constituição Federal cavou um fosso tão abismante, que conseguiu separar os médicos em duas categorias: os de 2ª classe (a imensa maioria), destituída de mercado e subalternizada

à ética médica patronal, e os de 1ª classe (pequena minoria), cujo mercado promissor estará sempre fortalecido pelos poucos ricos e os quase ricos.

A espaçosa lacuna hoje existente, estrangulando o mercado de trabalho e sombreando com nebulosidade a visão ética do exercício profissional médico, deverá receber de cada um de nós meditação consciente e trabalho profícuo para que não nos percamos na fantástica transformação que se realizará daqui a pouco.

Em passado ainda recente a humanidade sofreu o impacto da revolução industrial, quando, no século passado, com pavor e espanto de todos, temia-se pela substituição do homem em sua força de trabalho pela máquina. A história se repete até mesmo nos seus mais marcantes caprichos. A humanidade de hoje enfrenta os mesmos temores com a revolucionária informática, mormente no campo médico, onde as pesquisas tomaram grandezas incomensuráveis. Para os médicos, a ética e o mercado de trabalho sofrerão transformações tão revolventes no já próximo século, que muitas das sonhadas utopias e até mesmo outras tantas aparentes fantasias serão realidades.

A mão-de-obra não qualificada dificilmente acompanhará a velocidade com que estas realidades estarão sendo requeridas, para um mercado que será exigente e altamente ético em sua nova roupagem.

O médico, mão-de-obra altamente qualificada, de imputabilidade rigorosa, pelos bens indisponíveis e inalienáveis vida e saúde que constituem o seu mercado de trabalho, como estará posto no século XXI, diante de tamanha evolução? Esta interrogação nos embarca na nau das elocubrações que, forjadas no passado, e sopesadas no presente, nos conduzem às incertezas do futuro com um facho luzidio emanado do fanal da esperança. O temor que hoje nos invade pela possível estreiteza do mercado de trabalho médico no século XXI desperta-nos ousados planejamentos para que não incorramos na desventura de assistir a fratricidas lutas causadas pelo excesso de população e pelo ócio que possivelmente o aprimoramento da informática e a evolução científica determinarão em todos os setores da vida humana e, mais propriamente, na medicina, onde a luta da vida contra a morte muito se acentuará. Talvez fosse prudente iniciarmos um planejamento familiar estimulado para não cometermos, com certeza, o erro de possuirmos mão-de-obra humana muito além do que as máquinas necessita-

ção. É uma idéia, porém não paira dúvida que os avanços técnicos e de conhecimentos cujos resultados sempre foram frutos de sedimentação de acumuladas experiências e da dedicação dos médicos, serão, mais rapidamente do que se imagina, substituídos, no próximo século XXI, em grande parte, pela frieza da máquina e a exatidão de cálculo que a ciência matemática propõe.

A indispensável participação de outras ciências, acentuadamente a engenharia, já presente na tecnologia médica, caminha para um desenvolvimento tal que faz a todos acreditarmos na mesclagem de ambas para a formação de um novo mercado de trabalho e novas, modernas e diferenciadas regras éticas. Esta inovação denominada engenharia médica já se encontra mergulhada em um projeto iniciado em 1990 e sustentado pelos EUA, Alemanha, Japão, Inglaterra e França, e que deverá estar concluído no ano 2005. Este projeto que recebeu o nome de Gênomia tem como precípua finalidade o mapeamento genético do ser humano, o que significa dizer o conhecimento e característica de cada um dos 100.000 genes que compõem o patrimônio hereditário do homem. Os desdobramentos da conclusão destes estudos levarão a repercussões ainda pouco imaginadas, não só no mercado de trabalho e nas normas éticas, mas, fundamentalmente, na área do direito da própria filosofia. Sem circunscrever a importância que o assunto merece, algumas colocações cabem para ilustrar o nosso tema.

Entre outras, o processo de eugenia haverá de predominar, pois, conhecidas as funções de cada gene, as doenças hereditárias tenderão a desaparecer ou pela eliminação de sua porção doente ou pela sua substituição. Essas doenças são estimadas em torno de 3.000. Como em todas as áreas, teremos na ginecologia e obstetrícia os robôs, que em muitas ações substituirão o médico com precisas intervenções em variadas patologias, não só no diagnóstico como também na terapêutica.

Podemos lembrar que um útero eletrônico poderá ser solução para muitos casais, que, embora se abstenham do ato de amor e doação recíproca para a procriação, poupará a mulher, não só as ações patológicas a que um complexo gravídico pode conduzir, como também a própria estética. Os estudos sobre inseminação artificial e os resultados obtidos nos permitem esta conclusão no campo da ginecologia e obstetrícia. Se hoje já possuímos o útero de aluguel, por que não o eletrônico que extinguirá a luta sobre o direito de posse, sem no entanto manter rígidos e cada vez mais os direitos da personalidade?

No campo cirúrgico, cuja revolução já vem encantando pela caminhada firme na direção da simplicidade do ato com ajuda da complexidade da informática, cremos que para o século XXI o mercado de trabalho e as regras éticas sofrerão modificações acentuadas. A laparoscopia, associada à microcirurgia, deverão ocupar o maior ou quase total espaço da área cirúrgica no século XXI, onde robôs-cirurgiões deverão, informados sobre cada uma das patologias, executar os atos cirúrgicos com precisão tal, que nem sequer incorrerão nos chamados erros médicos. Suas mãos firmes e

inabaláveis, sem quaisquer tremores, diferentemente dos cirurgiões humanos, poderão penetrar nos recônditos nobres e de difícil acesso sem lesarem elementos importantes. Muitas destas intervenções poderão ser executadas por raios que atingiriam somente a minúscula região afetada sem a necessidade do risco de uma maior participação no campo cirúrgico. Estes raios serão muito daqueles que também servirão para o combate de bactérias, principalmente na extinção da infecção hospitalar.

A clínica médica em todas as suas especialidades sofrerá transformações inimagináveis. Com o advento do projeto Gênomia, a endocrinologia deverá ter um terrível impacto no que se refere ao mercado de trabalho, se realmente eliminarmos as doenças hereditárias (quer no conhecimento e técnicas); no que se refere às demais doenças clínicas, o computador chamado de "Diagnóstico" terá, após a anamnese, condições de dizê-la (ou dizê-las), para que o médico a confirme. A medicina de imagem, talvez a de maior progresso até hoje verificado com o advento da informática e a associação de engenharia médica, deverá ser pela nossa ótica a que sofrerá a maior restrição no mercado de trabalho, pela simplificação que se lhe haverá de dar. Os próprios robôs, com todos os informes, captarão a imagem e, através de processos analíticos que já estão em aprimoramento, entregarão os laudos minuciosos com os respectivos diagnósticos, e possivelmente, em muitos casos, até com a terapêutica.

Outras ou quase todas as áreas médicas verão progredir as suas ações no campo da informática em benefício dos pacientes.

A ética no século XXI será, como em todas as épocas, modelada pela moral existente, cujos valores a sociedade exige sejam respeitados para o seu equilíbrio. O que deverá suceder no que se refere ao exercício ilegal da medicina, quando algum enfermeiro ou pessoa credenciada mobilizar um robô para salvar uma vida? Estará praticando ilegalmente? Poderia ser chamado de charlatão aquele que em local distante e sem médico possuísse um computador que lhe desse o diagnóstico e terapêutica? Ou este robô só poderá ser acionado por médico? E o segredo médico, como seria colocado frente às grandes necessidades que haverá de surgir para o novo direito? Teríamos, no capítulo do relacionamento com os colegas, alterações tão profundas que a urbanidade e a lealdade passariam a fundamentar o traço de união entre eles, mesmo porque os laudos e os diagnósticos dos médicos-robôs teriam expurgado o tão prejudicial corporativismo, também a concorrência desleal em todos os seus maléficos aspectos. Os erros médicos, hoje causas éticas de maior volume nas denúncias aos conselhos médicos e na justiça, ficariam reduzidos a uns poucos casos e mesmo desapareceriam, ou, quem sabe, até mudariam de nome.

A responsabilidade ética, penal e cível do médico sofrerá mudanças tão radicais nos próximos 60 anos, que, não cabe dúvida, de que, para a nova medicina, a justiça, para não cometer injustiças, terá robôs juizes, ou juizes auxiliados por robôs.

No que tange às análises clínicas, ou seja, a patologia clínica, a velocidade das mudanças será ultra-sônica e rápida, uma vez que os computadores analistas, darão em segundos ou minutos, auxiliados por novas técnicas, resultados quase matemáticos para todos os exames requeridos. Chegar-se-á no próximo século a formidável resposta para a análise dos elementos que se deseja após ingestão de determinada substância marcada com função específica. Por exemplo: a dosagem de hormônio será dada em toda a sua amplitude em poucos minutos após a ingestão ou a injeção de um marcador. Assim, para as enzimas e tudo o mais.

Talvez cheguemos à forma de captação de todos os humores que, jogados no computador, serão seletivamente separados, revelando os respectivos números.

Esta evolução nos levará rápido à substituição de muitos órgãos por instrumentos organizados em suas funções, mormente agora com descobertas e melhores conhecimentos do processo de rejeição. Acredito que no final do século XXI estaremos caminhando para o Homem Biônico, cumprindo quase todas as finalidades do ser humano.

Os hospitais sofrerão profundas modificações físicas, talvez no tamanho e também no formato, imitando as atuais naves espaciais, facilitando, assim, a movimentação rápida dos robôs-médicos e alguns auxiliares. A movimentação de pacientes será rápida e a maioria pelo ar, através de balões apropriados ou dos chamados "aviões hospitalares".

A sobrevivência do médico, em sua maioria, só será possível se ele tiver o seu consultório agregado ao hospital ou dentro dele.

A possibilidade de cada médico possuir o seu consultório será remota, pois ficará quase impossível dotá-lo dos meios modernos e revolucionários, que se gerarão em tempo cada vez mais curto.

O mercado de trabalho terá o seu espaço diminuído em muito pela substituição que se fará dos médicos em várias especialidades pelos robôs-médicos. Estes terão um trabalho em determinadas especialidades de atendimento maciço, o que seria impossível exigir do médico de hoje. A velocidade com que essas realidades vêm sendo colocadas não nos permite imaginar de modo diferente. Essa imaginação pode parecer uma fantasia, porém é algo que vem se realizando a cada passo que a civilização de hoje dá no caminho do século XXI.

A remuneração dos médicos só não será vil se eles forem os donos do hospital, do contrário a ética será da máquina e o mercado de trabalho dos seus proprietários.

O que fazer? Como fazer? As respostas são difíceis. A humanidade, entretanto, em sua milenar sabedoria, saberá certamente, não obstante seus tropeços, encontrar as soluções para essa medicina, a medicina do futuro, esse futuro que já começou e que hoje é uma presença palpável. Ao final, estou convencido, vencerá a medicina.

MESA-REDONDA

COLITE ULCERATIVA

INDICAÇÕES CIRÚRGICAS

Indicações de urgências

A - Colite aguda tóxica

Aproximadamente 15% dos pacientes com colite ulcerativa sofrem um ataque agudo fulminante, durante o curso de sua doença. Esta ocorrência foi definida por Truelve e Witts (1), como apresentando as seguintes manifestações: diarreia sangüinolenta com frequência maior de 10 vezes ao dia, febre, hipoalbuminemia, anemia significativa $\geq 100\text{g/L}$, perda de peso, severa debilidade das condições gerais, desidratação e desequilíbrio hidroeletrólítico. Antes dos anos 50, quando medidas conservadoras ou somente ileostomias eram praticadas, aproximadamente 50% dos pacientes nessas condições evoluíam para o óbito (2). A adoção das colectomias de emergência fez o prognóstico melhorar um pouco, com a mortalidade variando de 25% a 43% (3); no entanto, a grande evolução no tratamento desses pacientes ocorreu a partir de 1974 quando Truelve e Jewell (4) introduziram o chamado regime Oxford, que se compunha do seguinte: repouso colônico, nutrição parenteral e tratamento com corticosteróides. Se a remissão não ocorresse em cinco dias o paciente era submetido a colectomia. Se alguma deterioração ocorresse, antes de cinco dias, a cirurgia era imediata. Com esta orientação a mortalidade caiu para 2,9% na experiência desses autores (5). Essa é a conduta indicada atualmente para o tratamento de pacientes nessas condições.

B - Megacólon tóxico

Ocorre como um agravante de uma colite tóxica, embora em variável percentual de casos possa apresentar-se como uma manifestação inicial da doença (6). Ainda que em raras situações possa ocorrer como complicação de colite disenterica, pseudo-membranosa ou isquêmica (6), a colite ulcerativa e a doença de Cröhn são os grandes responsáveis por essa patologia. Caracteriza-se por apresentar as mesmas manifestações da colite tóxica acrescidas de dilatação colônica maior que 9 cm, vista através de RX simples de abdômen (1). Há alguns fatores que podem predispor ao desenvolvimento do megacólon tóxico como o enema de bário, a colonoscopia, a hipocalcemia, bem como as medicações anti-diarreicas e anticolinérgicas. Mediante a apresentação aguda, rapidamente é instituída medicação consistindo basicamente de reposição hidroeletrólítica, albumina ou sangue total, corticóides endovenosos, ou ACTH, antibióticos de largo espectro, nutrição parenteral total e sonda nasogástrica em aspiração. Com a melhora do quadro a me-

Nilo Luiz Cerato

dicação é continuada, com a piora a cirurgia é indicada imediatamente; com a estagnação o paciente deve ser operado no máximo dentro de 72 h (7).

C - Perfuração colônica

É a mais séria e freqüentemente fatal complicação da colite ulcerativa. Ela pode desenvolver ou acompanhar a dilatação colônica e raramente ocorre sem essa dilatação, como uma complicação da colite tóxica (8). Os pacientes com megacólon tóxico ou colite tóxica, que apresentam pneumoperitônio, peritonite generalizada, bacteremia severa, dor abdominal localizada, devem ser submetidos a cirurgia de emergência, pela já ocorrida ou imediata perfuração. A mortalidade de pacientes operados com perfuração pré-operatória varia de 45% a 57% (8), enquanto baixa 8% para em pacientes com megacólon tóxico, sem perfuração. Em consequência da elevada mortalidade dos pacientes com perfuração, a tendência moderna entre os autores (8) é a indicação da colectomia precoce nas patologias de urgência da colite ulcerativa.

D - Hemorragia colônica: severa

Definida como sangramento agudo, originado do cólon, que requer no mínimo quatro unidades de sangue, num período não excedente a três semanas anteriores à cirurgia, ou durante toda a hospitalização, caso o paciente não tenha sido operado (9). Se o sangramento for maciço e persistente, com necessidade de contínua transfusão, a cirurgia de emergência é mandatória. É uma complicação relativamente rara da colite ulcerativa, ocorrendo com uma média citada na literatura de 2,2% e sendo responsável por aproximadamente 1% de todas as colectomias de urgência por essa patologia. Ocorre mais freqüentemente com a doença envolvendo todo o cólon, e costuma ser uma das mais precoces complicações.

Indicações eletivas

A - Intratabilidade

É a indicação cirúrgica mais freqüente para a colite ulcerativa. Trata-se da doença crônica, recorrente, que origina freqüentes sintomas, tanto colônicos como extra-colônicos, resistentes à terapêutica clínica; ou daqueles pacientes que apresentam intolerância pelas drogas eletivas ao seu tratamento. Há ainda a adicional indicação cirúrgica para aqueles adolescentes que desenvolveram a colite ulcerativa

na infância e apresentam um atraso no seu crescimento e desenvolvimento de caracteres sexuais secundários (10).

B - Risco de câncer e câncer

Há um consenso entre os autores de que pacientes portadores de colite ulcerativa, com envolvimento global do intestino grosso, e de longa duração (acima de 10 anos), passa a tornar-se um risco de transformação carcinomatosa (11). Esse risco vai crescendo a partir do 11º ano de doença, sendo em média estipulado em 3% aos 15 anos, 5% aos 20 anos e 9% aos 25 anos (11). No entanto, esses percentuais são muito divergentes entre os diversos autores de diferentes países, o que não permite concluir ainda qual é o real risco na população em geral (12). A partir de 1967, Morson e Pang descreveram as displasias epiteliais (mudanças pré-cancerosas), observadas em biópsias retais de pacientes com colite ulcerativa, que desenvolveram carcinoma de cólon. Em 1983, por recomendação internacional (11), essas displasias foram classificadas como indefinidas, baixo grau e alto grau. A partir de então, alto grau, severa displasia e pré-câncer passaram a ser vistos como equivalentes. Com o desenvolvimento dos achados anatomopatológicos e da colonoscopia, diversos programas de vigilância passaram a desenvolver-se em pacientes portadores de colite ulcerativa após 10 anos de evolução. Embora esses programas apresentem pequenas variações entre os autores, eles consistem fundamentalmente na realização de uma colonoscopia anual, com múltiplas biópsias em todos os segmentos colônicos e reto. Quando severas displasias são identificadas, o exame é repetido três meses após, e, se persistirem, o tratamento cirúrgico é indicado. Esses programas de vigilância encontram ainda diversas objeções, tais como: concordância dos pacientes, principalmente os assintomáticos, a submeterem-se aos exames, dificuldades de identificar endoscopicamente áreas de displasia, a não ser quando haja a presença de uma lesão proliferativa; maior ou menor experiência entre os patologistas e divergência entre suas opiniões. Em função disso, Collins, Feldman e Fortran (12) propõem de uma forma objetiva a conduta a ser adotada para pacientes com colite ulcerativa:

1. Fazer proctocolectomia profilática oito a 10 anos após o início da doença para eliminar o risco de carcinoma colorretal, aos pacientes cuja enfermidade iniciou em idade jovem, pela perspectiva de longa vida e insegura vigilância.

2. Utilizar a vigilância colonoscópica e proceder à colectomia, se displasia severa associada à lesão ou massa ou carcinoma é descoberto.

3. Ignorar o risco se a colite ulcerativa surgiu em pacientes já idosos, uma vez que eles terão poucos anos de risco.

C - Estreitamento colônico ou retal

É uma indicação cirúrgica eletiva, particularmente quando a estenose não permite uma avaliação endoscópica adequada.

REFERÊNCIAS

1. Truelve SC, Witts LJ. Cortisone in ulcerative colitis. Br Med J Vol. II - 1041: 1048-1955.
2. Mikkola KA, Järvinen HJ. Management of fulminating ulcerative colitis. An Chir et Gyn 81: 37-41.
3. Lennard, Jones JE, Vivian AB. Fulminating ulcerative colitis. Recent Experience in Management. Br Med J 1960; 2: 96.
4. Truelve SC, Jewel DP. Intensive intravenous regimen for severe attacks of ulcerative colitis. Lancet 1974; 1: 1067.
5. Truelve SC, Willoughby CP et al. Further experience in the treatment of severe attacks of ulcerative colitis. Lancet 1978; 2: 1086.
6. Heppel J et al. Toxic megacolon. An analysis of 70 cases. Dis Colon Rectum 1986; 29: 789.
7. Fazio VR et al. Toxic Megacolon-Colorectal Disease. In 1991 Cleveland Clin Florida.
8. Dagfinn A et al. Urgent surgery for ulcerative colitis; Early colectomy in 132 patients-world. J Surg 1981: 5.607.
9. Robert J et al. Management of severe hemorrhage in ulcerative colitis. J Surg 1990; 159-550.
10. Orkin B, Telander R et al. The surgical management of children with ulcerative colitis. Dis Colon Rectum 1990; 33-947.
11. Jones JEL, Melville DM, Morson BC, JKR, CBW. Precancer and cancer in extensive ulcerative colitis: finding among 401 patients over 22 years. Gut 1990; 31: 800-806.
12. Collins RH, Feldman M, Fordtran JS. Colon cancer, dysplasia, and surveillance in patients with ulcerative colitis. N Engl J Med 1987; 316:1654-1658.

RESERVATÓRIO ÍLEO-ANAL

Magaly Gemio Teixeira

A anastomose íleo-anal com reservatório, desenvolvida nos últimos 15 anos, constitui-se em procedimento cirúrgico com morbidade elevada e baixa mortalidade.

Indicações e contra-indicações

A anastomose íleo-anal com reservatório é atualmente o procedimento de escolha para o tratamento da retocolite ulcerativa universal e da polipose familiar. Erradica total-

mente a doença, preservando a função sexual e o aparelho esfinteriano anal e vesical, além de manter o trânsito intestinal sem modificar a imagem corporal. Pode ser indicada também no tratamento da obstipação intestinal crônica.

A operação está contra-indicada nos casos em que houver estenose anal, fibrose retal intensa, neoplasia no reto ou tumor desmóide. Se o aparelho esfinteriano não estiver em perfeitas condições de funcionamento, como, por exemplo, em virtude de senilidade, trauma ou doença neurológica, é

preferível indicar a proctocolectomia total com ileostomia definitiva (30). Alguns autores são contrários à realização desta operação em doentes com doença do Cröhn, devido ao caráter recidivante desta doença (2).

Este procedimento não deve ser realizado em condições de urgência, como no tratamento do megacólon tóxico. Nessas situações, é mais aconselhável a colectomia total com sepultamento do reto e ileostomia terminal, e, em um segundo tempo cirúrgico, proceder à feitura da anastomose íleo-anal com reservatório (2).

A seleção dos pacientes a serem submetidos a este tipo de operação é fundamental para que se obtenham resultados satisfatórios. O doente deve estar em boas condições clínicas e ter potencial de cooperação.

Técnica

Paciente sob anestesia geral, em decúbito horizontal dorsal, na posição de litotomia e em Trendelenburg, com as pernas elevadas e abduzidas de 15 graus.

Incisão mediana

Colectomia, seccionando o íleo junto da transição ileo-cólica. Dissecção cuidadosa para preservar a irrigação do íleoterminal, que em 28% dos casos é feita exclusivamente pelas artérias recorrentes ileais que vêm do ceco (4).

Mobilização retal até o nível dos músculos elevadores do reto. Dissecção cuidadosa junto ao reto poupando trauma aos nervos erigentes e hipogástricos simpáticos. Fechamento do coto retal com grampeador reto, tão baixo quanto possível, deixando apenas um centímetro de tecido a partir da linha pectínea.

Dissecção do íleo até a raiz do mesentério, o que pode liberar até dois centímetros de intestino delgado (4). Quando necessário, efetuar a secção do pedículo vascular ileocecal. Esta manobra pode liberar até cinco centímetros de intestino delgado, sendo útil para qualquer tipo de reservatório (4).

Fechamento do segmento distal do íleo terminal com grampeador reto.

Confecção do reservatório em "J" com grampeamento. Seleção de alça de íleo, que dobrada sobre si mesma, permita que o ápice deste "J" assim formado atinja a pelve. Feitura de sutura em bolsa no ápice da alça ileal. Introdução de grampeador para a confecção da anastomose látero-lateral ao longo dos 15-18 centímetros distais do íleo. A anastomose é conseguida com dois ou três disparos do grampeador. Colocação da ogiva do grampeador circular dentro do reservatório, através da sutura em bolsa realizada previamente e amarradura do reservatório ileal em torno do eixo do aparelho.

Introdução do grampeador circular pelo canal anal e perfuração do reto com o eixo do grampeador. Conectar as ogivas e disparar o grampeador, realizando assim a anastomose íleo-anal.

Proteção ou não com ileostomia.

Drenagem ou não do espaço pré-sacral.

A cirurgia pode ser realizada em:

três estágios:

- colectomia + sepultamento do reto + ileostomia;
- ressecção do reto + reservatório + anastomose íleo-anal;
- fechamento da ileostomia.

dois estágios:

- colectomia + confecção do reservatório + anastomose íleo-anal + ileostomia de proteção;
- fechamento da ileostomia.

um estágio:

- colectomia + confecção do reservatório + anastomose íleo-anal.

Modificações da técnica operatória

Esta operação tem sofrido muitas modificações técnicas.

Remoção da mucosa retal

A dissecção era feita por via endoanal. Mais recentemente tem-se advogado a dissecção por via abdominal (15, 17).

Alguns cirurgiões removem toda a mucosa retal acima da linha pectínea, mas outros (9, 16, 21) deixam um centímetro de mucosa anal com o intuito de preservar os receptores que, se acredita, sejam responsáveis pela discriminação entre conteúdo gasoso, líquido e sólido (6). Esta região do canal anal corresponde à zona de transição anal que, preservada, manteria a doença na maioria dos pacientes.

Tipos de reservatório

Reservatório triplo ou em "S" - Parks et al., 1980 (27).

Vantagens: menor número de evacuações, provavelmente pela necessidade de entubação.

Desvantagens: construção mais difícil; 50% dos pacientes necessitam de entubação para esvaziar o reservatório.

Reservatório em "J" - Utsonomyia et al., 1980 (29).

Vantagens: confecção mais fácil; evacuação espontânea.

Reservatório em "H" - Fonkalsrud (10).

Reservatório em "W" - Nichols e Pezim (26).

Tipos de sutura

As suturas manuais foram recentemente substituídas pelas suturas mecânicas, o que diminuiu em muito o tempo cirúrgico (15, 18).

Ileostomia

A maioria dos autores considera a ileostomia desejável (14, 22), embora alguns não a utilizem (2, 23). Além de diminuir as complicações relacionadas ao reservatório, consideramos a ileostomia útil porque dá ao doente a possibilidade de comparar a qualidade de vida com ou sem ileostomia. Esta comparação pode tornar o paciente mais cooperativo na fase inicial após o fechamento da ileostomia.

Normalmente a ileostomia é fechada após período de tempo variável em torno de três meses, geralmente através de incisão periestomal. Em 20% dos casos há necessidade de laparotomia para fechamento da ileostomia (2).

Devem ser consideradas ainda as complicações do fechamento da ileostomia. Podem ocorrer obstrução em 13% dos doentes e peritonite em 7% (22). Alguns doentes apresentam sinais de obstrução temporária após o fechamento da ileostomia.

Resultado clínico e funcional do procedimento

A maioria dos pacientes é capaz de exercer controle sobre a exoneração intestinal pelo menos durante o período diurno. O controle noturno é menos satisfatório. Muitos pacientes apresentam escape fecal. Para evitar a incontinência muitos acordam à noite uma ou duas vezes para exoneração intestinal. A incontinência noturna é mais freqüente em mulheres (2).

A freqüência da exoneração intestinal varia de duas a 14 vezes/24 horas, com média de 5-7 (5, 14). No entanto, é importante frisar que as casuísticas incluem vários tipos de reservatórios. Nichols et al. (25) constataram que, para evacuar, 50% dos doentes submetidos a reservatório em "S" necessitavam de entubação.

Doentes mais jovens têm menor freqüência de evacuações (2). Os doentes cuja operação foi motivada por polipose familiar também têm melhores resultados funcionais (2).

Na fase inicial muitos doentes apresentam dermatite perianal, o que pode ser melhorado com drogas antidiarréicas e cremes locais de proteção. A continência e a freqüência melhoram à medida que o tempo passa.

Complicações

Este tipo de operação é complexo e associado à alta incidência de morbidade. Segundo Beart (2), a morbidade total é de 30%. Muitas destas complicações podem ser tratadas cirurgicamente, com resultados satisfatórios em 70% dos pacientes (13).

Sepse pélvica

Esta é complicação grave e provavelmente a mais comum. Resulta da contaminação secundária de sangramento coletado junto à anastomose íleo-anal. Pode ocorrer em até 25% dos pacientes, motivando a indicação de laparotomia exploradora em mais de 50% deles e a perda do reservatório em 25% (2).

Na suspeita de seps, deve-se iniciar com a prescrição de antibióticos de largo espectro. Se a melhora não ocorrer entre 24 e 36 horas, procura-se pelo foco e indica-se drenagem. A drenagem precoce associa-se com menor fibrose pélvica e melhor complacência do reservatório no futuro (2). Em alguns casos há necessidade de laparotomia (28).

Estenose da anastomose íleo-anal

Ocorre em pacientes que apresentaram sepsé pélvica ou naqueles em que a tensão sobre a anastomose estava muito intensa. Respondem à dilatação (2). Shoetz et al. (28) relataram que 7,7% dos doentes necessitaram de uma ileostomia em razão de estenose persistente.

Para o tratamento destas estenoses Fazio et al. (7) sugeriram a ressecção da área estenosada e reanastomose do reservatório ao canal anal, com bons resultados em três pacientes.

Obstrução

A obstrução pode ocorrer antes ou após o fechamento da ileostomia. Ocorre em 20%-23% dos pacientes, mas apenas 7%-9% necessitam de laparotomia para sua resolução (2, 30).

Uma causa pouco freqüente de obstrução é motivada pela síndrome da artéria mesentérica superior (1).

Fístulas

Resultam de drenagem de abscesso através da anastomose íleo-anal, isquemia ou deiscência da anastomose.

As fístulas são demonstradas em geral por ocasião do exame radiológico realizado antes do fechamento da ileostomia.

Disfunção do reservatório

Galandiuk et al. (13), estudando 114 pacientes reoperados por complicações relacionadas ao reservatório, referiram 13 pacientes com disfunção. Submetidos à revisão cirúrgica, observou-se em três doentes com reservatório em "S", alça eferente longa. Cinco pacientes apresentavam incontinência porque o reservatório era muito pequeno ou muito grande, ou localizado na cavidade intra-abdominal e em um deles verificou-se esvaziamento inadequado. Cinco apresentavam obstrução, quatro por septo em reservatório em "J" e um por prolapso mucoso. O tratamento cirúrgico possibilitou a melhora dos resultados funcionais em 60% dos pacientes (13).

Bolsite - "Pouchitis"

Acredita-se que o processo inflamatório do reservatório ocorra entre 8% e 29% dos pacientes submetidos à anastomose íleo-anal com reservatório (2, 14, 20). Normalmente ocorre entre dois dias após o fechamento da ileostomia até 95 meses após (12). Pode se constituir em evento único ou repetir-se (20). Alguns autores acreditam que ocorra apenas em pacientes com retocolite ulcerativa (3). No entanto, outros autores demonstraram que pode ocorrer em 6% dos pacientes operados por polipose familiar (20).

O diagnóstico clínico baseia-se na presença de dor abdominal, diarreia aquosa, às vezes com sangue, urgência, incontinência, mal-estar e febre.

A etiologia é desconhecida. Acredita-se que a estase, quer motivada por reservatório pouco contrátil, obstrução ao fluxo por estenose ou por obstrução funcional, devido a reservatório muito longo, levaria a processo inflamatório do reservatório. É difícil a diferenciação entre a inflamação e a disfunção do reservatório. A estenose em alguns casos pode dificultar o esvaziamento do reservatório e favorecer os episódios recorrentes de inflamação. O fato do processo inflamatório do reservatório responder bem ao uso do metronidazol levou à postulação da teoria bacteriológica. O estudo da flora bacteriana do reservatório demonstrou aumento na contagem total das bactérias e na relação entre anaeróbios e aeróbios (24). Estas alterações não se traduziram por alterações clínicas.

A mucosa ileal que sofreu colometaplasia pode ficar mais susceptível a alterações da flora bacteriana e desenvolver inflamação.

Outro fator considerado na etiologia da bolsite seria a isquemia. A construção do reservatório pode induzir a isquemia quando se faz necessária a secção dos vasos mesentéricos com o intuito de conseguir diminuir a tensão da anastomose íleo-anal. O esvaziamento difícil com ou sem estenose pode levar também a aumento de pressão no reservatório, levando à isquemia da mucosa. Uma das associações mais perturbadoras da inflamação do reservatório é com o desenvolvimento de manifestações extra-intestinais similares às observadas na doença inflamatória intestinal. Podem ocorrer artrite, lesões cutâneas e oculares (20). Quatro por cento dos pacientes submetidos à anastomose íleo-anal com reservatório sem manifestações extra-intestinais no pré-operatório as desenvolverão no pós-operatório. A inflamação ocorreu em 39% dos pacientes que apresentavam manifestações extra-intestinais antes da operação e em 26% dos pacientes que não as apresentavam (20).

O tratamento racional para esta manifestação é difícil, uma vez que se desconhece a etiologia. A droga de escolha, no entanto, é o metronidazol (3). O racional para o uso do metronidazol baseia-se na suposição de ocorrerem alterações bacteriológicas no reservatório. A maioria dos pacientes responde rapidamente ao seu uso, no entanto 3% precisam de manutenção profilática. Podem ainda ser utilizadas a sulfasalazina ou derivados do 5-ASA e corticóides, com algum resultado. Metade dos pacientes poderão responder ao uso de inibidores da xantina-oxidase (19).

Outras formas de tratamento incluem o uso de colestiramina, para quelar os ácidos biliares, ácidos graxos de cadeia curta e dieta.

Alguns autores advogam a revisão cirúrgica, acreditando na estase como causa etiológica (11). Reservatório mal construído, alça eferente longa e estenose podem realmente se transformar em indicação para operação, mas raramente a bolsite é indicação para ileostomia desfuncionalizante ou retirada do reservatório.

Causas de retirada do reservatório

A incidência de insucesso da anastomose íleo-anal com reservatório obrigando à retirada do reservatório oscila entre 5% e 10% (2, 30). As principais razões para tal incluem: sepsis persistente, funcionamento intestinal aumentado in-

controlável e intolerável para o paciente, ou complicações decorrentes de doença de Cröhn não diagnosticada previamente.

Mortalidade

A mortalidade é praticamente nula (2, 5, 14).

REFERÊNCIAS

1. Ballantine GH, Graham SM, Hammers L, Modlin I. Superior mesenteric artery syndrome following ileal J-pouch anal anastomosis. An iatrogenic cause of early postoperative obstruction. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 472-474.
2. Beart RW. Proctectomy and ileoanal anastomosis. *World J Surg* 1988; 12: 160-163.
3. Becker JM, Raymond JL. Ileal pouch-anal anastomosis: a single surgeon's experience with 100 consecutive cases. *Ann Surg* 1986; 204: 375.
4. Cherqui D, Valleur P, Perniceni T, Hautefeuille P. Inferior reach of ileal reservoir in ileoanal anastomosis, experimental anatomic and angiographic study. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 365-371.
5. Cohen Z, McLeod RS. Proctocolectomy and ileoanal anastomosis with J-shaped or S-shaped ileal pouch. *World J Surg* 1988; 12: 164-168.
6. Duthie HL, Cairns FW. Sensory nerve endings and sensation in the anal region in man. *Br J Surg* 1960; 47: 585-595.
7. Fazio VW, Tjandra JJ. Pouch advancement and neoleoanal anastomosis for anastomotic stricture and anovaginal fistula complicating restorative proctocolectomy. *Br J Surg* 1992; 79: 694-696.
8. Fleshman JW, Cohen Z, McLeod RS, Stern H, Blair J. The ileal reservoir and ileo-anal anastomosis procedure: factors affecting technical and functional outcome. *Dis Colon Rectum* 1988; 31: 10.
9. Fonkalsrud EW. Total colectomy and endo-rectal ileal pull-through with ileal reservoir for ulcerative colitis. *Surg Gynecol Obstet* 1980; 150: 1-9.
10. Fonkalsrud EW. Endorectal ileal pullthrough with lateral ileal reservoir for benign colo-rectal disease. *Ann Surg* 1981; 194: 761.
11. Fonkalsrud EW, Phillips JD. Reconstruction of malfunctioning ileoanal pouch procedures as an alternative to permanent ileostomy. *Am J Surg* 1990; 160: 245.
12. Fozard BJ, Pemberton JH. Results of pouch surgery after ileo-anal anastomosis: the implications of pouchitis. *World J Surg* 1992; 16: 880-884.
13. Galandjuk S, Scott NA, Dozois RR, Kelly KA, Ilstrup DM, Beart Jr RW, Wolff BG, Pemberton JH, Santhath I, Devine RM. Ileal pouch-anal anastomosis. Reoperation for pouch-related complications. *Ann Surg* 1990; 212: 446-454.
14. Habr-Gama A, Teixeira MG, Brunetti-Netto C, Souza Jr AHS, Alves PRA, Pinotti HW. Restorative proctocolectomy with ileo-anal J pouch anastomosis for treatment of ulcerative colitis. *ABCD Arq Bras Cir Dig*, São Paulo, 1992; 7: 72-78.
15. Heald RJ, Allen DR. Stapled ileo-anal anastomosis; a technique to avoid mucosal proctectomy in the ileal pouch operation. *Br J Surg* 1986; 73: 571-572.
16. Johnston D, Williams NS, Neal DE, Axon ATR. The value of preserving the anal sphincter in operations for ulcerative colitis and polyposis: a review of twenty-two mucosal proctectomies. *Br J Surg* 1981; 68: 874-878.
17. Keighley MRB. Abdominal mucosectomy reduces the incidence of soiling and sphincter damage after restorative proctocolectomy and J-pouch. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 386-390.
18. Kmiot WA, Keighley MR. Totally stapled abdominal restorative proctocolectomy. *Br J Surg* 1989; 76: 961-964.
19. Levin KE, Pemberton JH, Phillips SF, Zinsmeister AR, Pezim ME. Effect of a xanthine oxidase inhibitor (allopurinol) in patients with pouchitis after ileal pouch-anal anastomosis. *Gut* 1990; 31: A 1168.
20. Lohmuller JL, Pemberton JH, Dozois RR, Ilstrup D, Van Heerden J. Pouchitis and extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease after ileal pouch - anal anastomosis. *Ann Surg* 1990; 211: 622.
21. Martin LW, Lecoulter C, Schubert WK. Total colectomy and mucosal proctectomy with preservation of continence in ulcerative colitis. *Ann Surg* 1977; 186: 477-480.
22. Metcalf AM, Dozois RR, Beart RW Jr, Kelly KA, Wolff BG. Temporary

- ileostomy for ileal pouch-anastomosis; function and complications. Dis Colon Rectum 1986; 29: 300-303.
23. Metcalf AM, Dozois RR, Kelly KA, Wolff BG. Ileal pouch-anal anastomosis without temporary diverting ileostomy. Dis Colon Rectum 1986; 29: 33-35.
24. Nasmyth DG, Godwin PGR, Dixon MF, Williams NS, Johnston D. Ileal ecology after pouch-anal anastomosis or ileostomy: a study of mucosal morphology, fecal bacteriology, fecal volatile fatty acids and their interrelationship. Gastroenterology 1989; 96: 817.
25. Nasmyth DG, Johnston D, Godwin PGR, Dixon MF, Smith A, Williams NS. Factors influencing bowel function after ileal pouch-anal anastomosis. Br J Surg 1986; 73: 469.
26. Nicholls RJ, Pescatori M, Motson RW, Pezin ME. Restorative proctocolectomy with a three loop ileal reservoir for ulcerative colitis and familial adenomatous polyposis: clinical results in 66 patients followed for up to 6 years. Ann Surg 1984; 27: 383.
27. Nicholls RJ, Pezin ME. Restorative proctocolectomy with ileal reservoir for ulcerative colitis and familial adenomatous polyposis: a comparison of three reservoir designs. Br J Surg 1985; 72: 470.
28. Parks AG, Nicholls RJ, Belliveau P. Proctocolectomy with ileal reservoir and anal anastomosis. Br J Surg 1980; 67: 533.
29. Schoetz DJ, Coller JA, Veidenheimer MC. Can the pouch be saved? Dis Colon Rectum 1988; 31: 671-675.
30. Utsunomiya J, Iwama T, Imajo M, Matsuo S, Sawai S, Yaegashi K, Hirayama R. Total colectomy, mucosal proctectomy and ileoanal anastomosis. Dis Colon Rectum 1980; 23: 459-466.
30. Williams NS, Johnston D. The current status of mucosal proctectomy and ileo-anal anastomosis in the surgical treatment of ulcerative colitis and adenomatous polyposis. Br J Surg 1985; 72: 159-168.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA COLITE ULCERATIVA

Há mais ou menos 30 anos o procedimento cirúrgico de escolha para tratamento da colite ulcerativa tem sido a Proctocolectomia Total com Ileostomia definitiva.

Várias técnicas cirúrgicas foram desenvolvidas com o propósito de curar as lesões e manter o paciente continente.

Colectomia total e ileorretroanastomose

O reto freqüentemente está envolvido nesta patologia. Colectomia com anastomose ileorretal é um convite para complicações futuras. Em medicina como em outras oportunidades na vida não é o que deveria acontecer, mas sim o que realmente acontece, o que importa.

A despeito da inflamação residual do reto, muitos pacientes apresentam ótimos resultados com estas técnicas, enquanto outros apresentam diarreia, muco e sangue, decorrentes do reto residual. Outro fator negativo desta técnica é a possibilidade de desenvolvimento de malignidade no coto retal preservado.

Trabalho publicado em "Diseases of the colon and rectum", Estocolmo, 1991, por Tribukait, com análise de ADN por citometria de fluxo em núcleos celulares, mostrou transformação maligna de baixa freqüência.

A favor da colectomia total com anastomose ileorretal, é o fácil monitoramento do coto retal no pós-operatório, vislumbrando precocemente as displasias.

Proctocolectomia total com bolsa ileal continente

Bacon e Peck foram os primeiros a idealizarem a bolsa ileal como reservatório fecal.

Kock, em 1962, utilizou a ileostomia continente como complementação da proctocolectomia total. Esta ileostomia continente demonstrou que bolsa ileal é consistente com função intestinal.

Fonkalsrud, Parks, Nichols e Utsunomiya desenvolveram este procedimento com várias modalidades de reservatório colocado na pelve.

Dithelmo Kanto

Estado atual do procedimento

1º tempo: proctocolectomia total. Construção do reservatório ileal e ileostomia em alça para proteção da anastomose.

2º tempo: fechamento da ileostomia dois meses após o 1º tempo cirúrgico.

Complicações técnicas

- Abscesso pélvico
- Inflamação da bolsa
- Hemorragia
- Fechamento da ileostomia
- Os abscessos ocorrem entre a parede ileal e a parede do reto. Prevenção: drenagem deste local no 1º estágio cirúrgico.
- Inflamação da bolsa - ("Pouchite") decorrente de necrose axonal e estase fecal.
- Obstrução intestinal. Incidência de mais ou menos 5%. Ocorre também quando do fechamento da ileostomia.
- Hemorragia das suturas. Decorrentes de diástese sangüínea, pelo tempo prolongado cirúrgico e também mais freqüente com o emprego de grampeamento.
- Atualmente a técnica cirúrgica de maior aceitação, apesar dos contratempos, tem sido a proctocolectomia total com bolsa ileal continente, com ou sem ileostomia em alça para proteção anastomótica.

REFERÊNCIAS

1. Löfberg R, Leijonmarck CE, Broström, Hellers, Tribukait, Ost A. Mucosal dysplasia and DNA content in ulcerative colitis. Patients with ileorectal anastomosis. Dis Colon Rectum 1991; 34: 566-571.
2. Decosse JJ. Sphincter-Sparing surgery. Surgery 1991; 110: 457-8.
3. Levitt MD, Lewis AA. Determinants of ileoanal pouch function. Gut 1991; 32: 126-7.
4. Ian P, Tood, Fielding LP. Consultant Editors. Operative Surgery Rob and Smith's. Alimentary Tract and Abdominal Wall. Colon, Rectum and Anus. Butterworths.
5. Corman Marvin. Colon and Rectal Surgery.
6. Jonathan Mark Skier and Christopher Barry Wood. Ulcerative and polyposis coli: surgical options. Surg Clinics North America 1988; 68: 1319-1338.

MESA-REDONDA

TRAUMA COLO-RETO-ANAL

RECONSTRUÇÃO DE TRÂNSITO: QUANDO E COMO?

Valério Celso Madruga Garcia

A questão, para sua clara exposição e conseqüente dedução, necessita partir das premissas que determinam a criação de uma ostomia nos cuidados do trauma colorretal.

A revisão da literatura referenda critérios rígidos para Serviços de Urgência no manejo de ferimentos abdominais com compromisso colorretal. Hoje se sugere adoção de índices prognósticos que objetivamente determinam ostomias. Como exemplo de uma escala geral temos o PATI (Índice de Trauma com Penetração Abdominal) e de escala específica temos o CIS (Escore de Ferimento do Cólon) que quantificam a severidade dos ferimentos de cada paciente (1, 2). Assim exemplificando, pela escala CIS teríamos esta graduação: Grau 1 = Ferimento só da serosa, Grau 2 = Ferimento simples da parede do cólon, Grau 3 = Menos de 25% de lesão da parede, Grau 4 = Mais de 25% de lesão da parede e Grau 5 = Lesão vascular e total da parede do cólon. Considera-se impositiva a ostomia com os escores 3, 4 e 5. Também nesse somatório há que se avaliar o peso dos agentes que determinaram os ferimentos. Exemplo: projéteis de alta velocidade, projéteis de baixa velocidade com feridas complexas, explosões e esmagamentos. Importantes também são os fatores vinculados ao paciente como idade e condição clínica. Por fim, os indutores de lesão como a infecção, os corpos estranhos, a vascularização deficiente, o choque e a hemorragia, as lesões extensas ou associadas, as lesões tóraco-abdominais e o intervalo entre a lesão e a intervenção. Em resumo, essas circunstâncias determinam o futuro da reconstrução do trânsito intestinal (3).

A resposta do "quando" da reconstrução está, por conseqüência, vinculada à recuperação integral dos tecidos lesados. É óbvio que o determinismo cicatricial impõe tempo irreduzível de reparação, o qual às vezes se prolonga por cronificação de agentes flogógenos. Normalmente, conforme trabalhos experimentais e clínicos, a cicatrização de feridas do cólon demanda de sete a 12 dias após suturadas (3, 7).

A maioria das séries recomenda o não fechamento de colostomias antes da decorrência de quatro semanas de sua execução (5).

Os intervalos entre a feitura e o fechamento têm medido entre um e 12 meses, com o maior índice entre o primeiro e o terceiro mês (4). Antes da quarta semana há maior incidência de complicação, provavelmente pelo edema inflamatório e por níveis elevados de colagenase (5). Infecção de ferida, deiscência, fístula fecal e hérnia pós-operatória são as complicações prevalentes.

A resposta do "como" reconstruir se radica em cuidadosa avaliação pré-operatória, dando-se ênfase à endoscopia e ao enema baritado.

Essa propedêutica é fundamental principalmente nas lesões extensas e distais à colostomia. O preparo mecânico, notadamente do segmento desfuncionalizado, junto com antibiótico profilático, são procedimentos padronizados.

Técnica cirúrgica meticulosa é seguro meio de redução de morbidade. A sutura convencional em um ou dois planos prevalece entre a maioria dos autores como método de escolha. Fio delicado, monofilamentar, mostra vantagens nos trabalhos experimentais (7). O uso de drenos intraperitoneais não agrega vantagens devido a aumento de infecção de parede. Em casos escolhidos, por suspeição de contaminação maior, o não fechamento de pele e subcutâneo minimiza a infecção. Em termos de avanço, parece que as suturas mecânicas têm somente aportado diminuição do tempo cirúrgico. Para futuro próximo, antevê-se a Oximetria de Pulso e o Eco Doppler como métodos objetivos de quantificar o suprimento sangüíneo e a disponibilidade de oxigênio, essencial para a síntese de colágeno.

Concluindo, nas lesões do cólon e reto o fechamento de uma ostomia é melhor conduzido pela estrita individualização de cada caso. Não há um tempo rigidamente padronizado para reconstrução do trânsito. Há, sim, a partir da quarta semana um tempo ajustado para cada paciente. Obedecidos os princípios fundamentais acima citados, com maduro julgamento cirúrgico, o fechamento em tempo hábil de uma ostomia deve ser um ato de baixa morbidade e quase nenhuma mortalidade.

REFERÊNCIAS

1. Moore EE et al. Penetrating abdominal trauma index. *J Trauma* 1981; 21: 439-45.
2. Gordon PH, Nivatvongs S. Principles and practice of surgery for the colon, rectum and anus. Quality Publishing Inc 1992; 971-2.
3. Nallathambi MN, Ivatury RR, Rohman and Stahl WM. Penetrating colon injuries. Exteriorized repair vs. loop colostomy. *J Trauma* 1987; 27: 876-82.
4. Walt AJ. Management of injuries of the colon and rectum. *Adv surg* 1983; 16: 277-97.
5. Thal ER, Yeary EC. Morbidity of colostomy closure following colon trauma. *J Trauma* 1980; 20: 287-91.
6. Williams RA et al. Analysis of the morbidity and cost of colostomy closure in traumatic compared with nontraumatic colorectal diseases. *Dis Colon Rectum* 1986; 30: 164-67.
7. Khoury GA, Waxman BP. Large bowel anastomoses. The healing process and sutured anastomoses. A review. *Br J Surg* 1983; 70: 61-3.

RAFIA OU COLOSTOMIA? COMO OPTAR?

Júlio César Monteiro dos Santos Jr., FMRP-USP

A decisão de derivar o trânsito intestinal com o propósito de ampliar a “segurança” de procedimentos cirúrgicos sobre o intestino grosso, ou minorar a gravidade de eventuais complicações decorrentes de lesões traumáticas que possam favorecer a contaminação fecal extra-intestinal, tem sido revista e amplamente analisada, incorporando substanciais modificações.

Os conceitos relativos ao uso de colostomias têm evoluído nos últimos 50 anos, não só motivados pelas experiências acumuladas nas duas grandes guerras mundiais e no conflito do Vietnã, mas também por causa da significativa melhoria dos conhecimentos médicos e expansão do arsenal terapêutico, como pela crescente agitação urbana envolvendo o homem em graves acidentes, com traumas abdominais e lesões intestinais frequentes.

A oportunidade do manuseio dessas lesões, sem dúvida alguma, oferece campo para experiente aprendizado e amadurecida revisão de conceitos.

Quaisquer que sejam os motivos, o fato é que a colostomia, sem perder seu importante papel como método coadjuvante no tratamento de trauma do intestino grosso ou da região da pelve, tem seu uso diminuído de maneira relevante nos últimos anos, frente ao crescente emprego, eficaz e seguro, do tratamento primário daquelas lesões.

Indicações

Como regra, para a qual pode haver inúmeras exceções, a colostomia está indicada sempre que houver necessidade do desvio do trânsito fecal com o propósito de “abolir” riscos de contaminação intra-abdominal. Assim, as indicações podem ser divididas em três grandes grupos:

1 - Grupo I

Situações em que a exigência da colostomia é absoluta. Nesse grupo I estão incluídas as seguintes situações:

- Lesões explosivas do intestino grosso
- Lesões extensas do reto
- Fratura exposta da pelve com ou sem lesão do reto

2 - Grupo II

Engloba situações em que a exigência da colostomia é relativa.

Nesse grupo estão as seguintes situações:

- Trauma perfurante do intestino grosso
- Impalação
- Trauma contuso com diagnóstico tardio

3 - Grupo III

Envolve situações graves em que, por contraditório que possa parecer a colostomia, deve ser evitada ou postergada.

Caracterizam esse grupo as seguintes situações:

- Risco de vida persistente
- Choque prolongado
- Transfusão maciça
- Coagulopatia pós-transfusional
- Hipotermia
- Lesões que exigem manutenção de abdômen aberto e
- Reoperações programadas

1 - Grupo I - Indicação absoluta

a. Lesões explosivas do intestino grosso

As lesões explosivas dos cólons, ou por esmagamento, não representam a maioria das lesões das vísceras abdominais.

A causa mais comum está no acidente de trânsito e comumente envolve o uso inadequado do cinto de segurança.

A avaliação dessas lesões deve ser cuidadosa, pois a extensão do dano não se limita à área de rompimento da parede cólica.

Em geral, as lesões, que na parede do cólon são de gravidade variável, envolvem vasos do meso, com conseqüente desvascularização do segmento correspondente, obrigando a ressecções segmentares. Na dependência de fatores de riscos, e do tipo de lesão, a correção deve ser feita com colostomia, de bocas separadas.

Quando a lesão é mínima, o tratamento com anastomose primária pode ser considerado.

b. Lesões extensas do reto

Figuram como causas comuns de trauma retal as lesões determinadas por agentes penetrantes, principalmente as ocasionadas pelo projétil de arma de fogo e pela introdução de corpo estranho no reto na prática do auto-erotismo anal.

A impalação acidental e os traumas perineais com avulsão do reto são mais raros.

Há situações em que a lesão retal é óbvia e o paciente na apresentação faz referência a sentidos que endereçam o diagnóstico. Contudo, há outras, de considerável gravidade, provocadoras de abdômen agudo e de sepse que põe em risco a vida e que são representadas pelos ferimentos retais decorrentes do crime sexual ou do auto-erotismo anal, na grande maioria das vezes omitidos pelos pacientes.

O atraso na procura de cuidados médicos, pelas peculiaridades do trauma, e o retardo no diagnóstico e tratamento, aumentam as complicações e gravidade das lesões. Nessas condições a correção da ferida impõe a derivação fecal.

A necessidade de colostomia pode, no entanto, ser questionada naqueles casos em que o ferimento retal, prontamente diagnosticado, não é representado por lesão que envolve grandes danos teciduais ou naquelas cuja abordagem permite reconstrução com ampla drenagem da área contaminada.

Afora as circunstâncias geradoras de opinião controversa, o tratamento da lesão retal envolve:

- a. derivação
- b. reparo
- c. lavagem
- d. drenagem

c. Fraturas pélvicas expostas com ou sem lesão retal

A causa mais comum do alto índice de mortalidade nas fraturas graves da pelve é a hemorragia incoercível inicial ou seguida ao destamponamento, por ocasião da exploração cirúrgica, com perda sangüínea contínua. Segue ao fator hemorrágico, como causa de morte, a sepse, que na região é facilitada pela extensa necrose tecidual, exposição e pela proximidade com o reservatório fecal, altamente contaminante, que são o reto e o sigmóide distal.

Os cuidados meticulosos e agressivos com que deve ser tratada tão grave lesão não dispensa a colostomia, independente de ferimento retal presente ou não. A colostomia, de preferência, deve propiciar derivação fecal completa, se as condições do paciente assim o permitirem.

O segmento intestinal distal à colostomia deve ser evacuado e rigorosamente lavado. Essa manobra é facilitada quando é possível a construção de boca distal da colostomia. Na impossibilidade de colostomia com bocas separadas (paciente em situação crítica), a opção da colostomia em alça se prioriza, com as momentâneas vantagens.

Grupo II - Indicações relativas

a. Lesões perfurantes do intestino grosso

Há no conteúdo das condutas atualmente adotadas para o tratamento das lesões penetrantes do intestino grosso aspectos históricos que vão desde o tratamento conservador (2ª década deste século) até os conceitos predominantes nos anos 50 que impunham a colostomia, sempre. A experiência adquirida nos períodos de guerras e transferida, no pós-guerra, para tratamento de lesões intestinais sofridas pela população civil foi paulatinamente sendo acrescida de modificações, universalizando-se a tendência do reparo primário, para os ferimentos penetrantes, tanto os causados por faca como pelo projétil de arma de fogo.

O reparo primário ganhou popularidade, evidentemente sob regras que determinam sua eficácia e segurança.

Os fatores de risco, que podem comprometer o sucesso no tratamento primário das lesões do intestino grosso e que devem ser considerados, são os que envolvem pacientes com:

- a. choque volêmico pré ou intra-operatório
- b. lesões associadas de outros órgãos
- c. contaminação
- d. tempo decorrido entre o acidente e o tratamento
- e. gravidade e localização da lesão
- f. quantidade de sangue transfundido

Considerando todos os fatores acima enumerados, mais de 70% dos pacientes com ferimentos abdominais penetrantes envolvendo o intestino grosso serão candidatos ao reparo primário.

Resumo

A despeito das mudanças de conceitos, da emergência de condutas mais arrojadas e de todo o enriquecimento do arsenal terapêutico e de suporte, a colostomia permanece como procedimento importante, seja para desviar o trânsito, seja como técnica para evitar a contaminação fecal de ferimentos abdominais ou pélvicos graves.

A decisão de Faço ou Não faço colostomia deve estar alicerçada na experiência pessoal e no conhecimento acumulado na literatura médica mundial que, além de levar em conta a habilidade do cirurgião, considera fatores que dão ênfase não só à gravidade da lesão dos cólons, em si, mas também às condições gerais de saúde do paciente, seja por causa de doença presente por ocasião do trauma, ou por causa de alterações associadas, causadas pelo trauma.

REFERÊNCIAS

1. Haynes G, Gunn C, Martin J. Colon injuries. Arch Surg 1968; 96: 944.
2. Stone II, Fabian T. Management of perforating colon trauma. Ann Surg 1979; 190: 430.
3. George S, Fabian T, Voeller G et al. Primary repair of colons wounds. Ann Surg 1989; 209: 728.
4. Lociero J, Tajima T, Drapanas T. A half century of experience in management of colon injuries: changing in concepts. J Trauma 1975; 15: 575.
5. Tuggle D, Hurber P. Management of rectal trauma. Am J Surg 1984; 148: 806.
6. Levinson M, Thomas D et al. Management of the injured colon: involving practice of an urban trauma center. J Trauma 1990; 30: 247.
7. Strate R, Grieco J. Blunt injury to the colon and rectum. J Trauma 1983; 23: 384.

AVALIAÇÃO DO TRAUMA COLORRETAL

Eleodoro Carlos de Almeida

O trauma constitui um dos mais sérios problemas de saúde pública no mundo civilizado, representando a primeira causa de morte entre os adultos jovens. Cabe a nós, colo-proctologistas, acompanhar a evolução constante na avaliação do diagnóstico e do tratamento do trauma colorretal. Hoje, a Tomografia Computadorizada (TC), a Ressonância Magnética (RM), o Ultra-som e a Laparoscopia adquiriram

uma enorme importância na exclusão ou descoberta de lesões retroperitoneais ou intraperitoneais traumáticas.

Na nossa longa experiência como cirurgião do Setor de Emergência de um dos maiores e mais bem equipados hospitais de pronto-socorro do Rio, Hospital Miguel Couto, viemos acompanhando de perto a evolução significativa, nas últimas duas décadas, no diagnóstico e tratamento das le-

sões colorretais, o que nos credencia a expor com segurança as nossas conclusões:

A) As colostomias de proteção de suturas ou para exteriorização de lesões diminuíram mais de 50%.

B) Atualmente mais de 80% das suturas colônicas são primárias.

C) A avaliação colorretal das lesões retroperitoneais do intestino grosso por fistulografias e CT impediram que lesões penetrantes assintomáticas levassem o paciente à operação tardia.

D) A possibilidade de avaliação correta pelo especialista do grau de lesão do anorreto (aparelho esfinteriano) impede colostomias desnecessárias ou incontinência fecal tardia de difícil tratamento.

E) A evolução no transporte, na antibioticoterapia e a colaboração do CT, RM e ultra-som, no diagnóstico precoce de abscessos residuais infra-abdominais, diminuíram muito a morbidade e mortalidade operatórias. Na década passada, em 500 casos de trauma abdominal tivemos 88 lesões de intestino grosso, com 9% de mortalidade.

Atualmente dobrou o número de atendimento geral em nosso Hospital e observou-se que a morbidade e mortalida-

de devido ao trauma colorretal reduziram-se significativamente.

Terminando, repetirei as palavras de um grande cirurgião de trauma americano: "Os primeiros médicos eram médicos de pacientes traumatizados e parece que os últimos também o serão".

REFERÊNCIAS

1. Macfadyen Jr. BV, Wolfe BM, McKernan JB. Tratamento laparoscópico do abdome agudo, apêndice e intestinos delgado e grosso. *Surg Clin North Am* 1992; 5: 1183-1196.
2. Feliciano DV. Modalidades diagnósticas no traumatismo abdominal: lavado peritoneal, ultra-sonografia, mapeamento por TC e arteriografia. *Surg Clin North Am* 1991; 2: 265-281.
3. Flint LM. Complicações abdominais agudas pós-operatórias precoces. *Surg Clin North Am* 1988; 2: 459-469.
4. Goligher JC. *Surgery of the Anus, Rectum and Colon*. 5ª ed., London: Baillière Tindal 1984: 1119-35.
5. Trunkey D, Hays RJ, Shires GT. Management of rectal trauma. *J Trauma* 1973; 13: 411-15.
6. Haddad J. Contribuição para tratamento cirúrgico dos ferimentos do Cólon, Reto e Canal Anal - São Paulo 1972 (Tese Livre-Docência - Fac. de São Paulo).

TRAUMA COLO-RETO-ANAL

Geraldo Magela Gomes da Cruz

A exteriorização e a colostomia em casos de lesões colônicas como conduta permanente vem da Segunda Guerra Mundial, técnicas advogadas por Ogilvie (9) e seguidas por cirurgiões colorretais americanos (2, 14) como uma rotina. Com o término da guerra, veio o desenvolvimento de melhores antibióticos, cuidados pré e pós-operatórios, revisões estatísticas que levaram Williams et al. (14) e Tucker e Fey (13) a advogarem o fechamento primário de casos selecionados. Há, atualmente, um consenso de que ferimentos colônicos de bom prognóstico podem ser reparados primariamente, sem exteriorizações ou colostomias (4, 6, 7, 11, 12).

Fazer uma comparação entre as duas condutas - reparo primário e colostomia ou exteriorização - é muito difícil, pois os vários autores usam parâmetros diferentes para caracterizar o que venha a ser uma lesão colorretal severa, moderada ou leve. Da mesma forma, a escolha dos melhores casos para serem aos mesmos destinados reparos primários e aos piores casos a colostomia torna as possíveis conclusões comprometidas. Dimensionamentos das lesões traumáticas colorretais são feitos de várias formas por vários autores, fatos que dificultam, sobremaneira, uma criteriosa análise comparativa dos resultados obtidos pelos mesmos. Nota-se, recentemente, uma tentativa de homogeneizar os dimensionamentos das lesões colorretais, principalmente no tocante às medidas do trauma (TS - Trauma Score), medida da gravidade do ferimento (ISS - Injury Severity Score) e índice do trauma abdominal penetrante (PATI - Penetrating Abdominal Trauma Index), desenvolvidos, respectivamente,

por Champion et al. (3), Baker et al. (1) e Moore et al. (8). A graduação dos três índices vai de 0 a 100.

Paralelamente Flint et al. (6) aperfeiçoaram a classificação intra-operatória dos ferimentos colorretais, que ficou com os significados de Grau I (ferimentos isolados do cólon, com mínima contaminação, sem choque e sem evolução superior a seis horas), Grau II (perfurações transfixantes, lacerações moderadas e contaminação de baixa intensidade) e Grau III (graves perdas tissulares, desvascularização e marcante contaminação fecal).

Há poucos estudos prospectivos randomizados na literatura (2, 4-7, 10-12), mas nota-se um consenso cada vez mais marcante em se proceder a reparos primários nas lesões traumáticas colorretais menores (4-6, 11, 12). São alcunhadas de lesões traumáticas colorretais menores aquelas de pequenas dimensões, simples, únicas, com mínima contaminação cavitária, sem atraso de atendimento, verificadas em um paciente estável (4-6, 11, 12). Ravo e Ger (10) preconizam o uso de curto-circuitos (bypasses) intracolônicos protetores de anastomoses e reparos primários.

Revedo a literatura especializada, com referências e abordagens, dentro de critério homogêneo de dimensionamento dos ferimentos traumáticos colorretais, são muito dignos de notas, entre outras, os estudos retrospectivos realizados por Burch et al. (2), Chappuis et al. (4), Falcone et al. (5), Flint et al. (6), George et al. (7), Shannon e Moore (11) e Stone e Fabian (12), como se pode ver nos Quadros 1 e 2. Estes autores operaram um número apreciável de pacientes - 727 (2), 56 (4), 22 (5), 137 (6), 102 (7), 228 (11) e 139

(12) - que totalizaram 1.411 intervenções abdominais, abordando peritonite fecal por perfuração colorretal decorrentes de arma branca, arma de fogo e acidentes.

O Quadro 1 mostra as complicações surgidas em decorrência de sutura primária e colostomia com anastomose primária, realizadas nos casos tidos como de bom prognóstico - lesões menores, simples, únicas, com mínima contaminação fecal, de curto período de evolução, em pacientes estáveis. A infecção da ferida atingiu 4,5% (2), 3,6% (4), 18,2% (5), 7% (6), 8,6% (7), 7% (11) e 48% (12), atingindo a média estatística corrigida de 7%. Os abscessos abdominais atingiram as cifras de 5,3% (2), 10,7% (4), 9,1% (5), 13% (6), 5,5% (7), 14% (11) e 15% (12), com média estatística ponderável de 8%. Os níveis de óbito foram de 1,6% (2), 0% (4), 9,1% (5), 3,1% (6), 1,4% (7), 1% (11) e 1,5% (12), com média de 1,6%.

O Quadro 2 mostra as mesmas complicações surgidas no pós-operatório de pacientes abordados com colostomias, realizadas em pacientes portadores de peritonite fecal por traumatismos colorretais, que fugiram àquelas indicações de sutura e anastomose primária. A infecção da ferida atingiu 5,3% (2), 3,6% (4), 22,2% (5), 12,2% (6), 29% (7), 12% (11) e 57% (12) dos pacientes, ficando a média estatística em 16%. Já as incidências de abscessos intra-abdominais ficaram em 16,7% (2), 14,3% (4), 22,2% (5), 12,2% (6), 10% (7), 25% (11) e 29% (12), resultando em uma média de incidência de

18,3%. Os óbitos atingiram as incidências de 9,2% (2), 0% (4), 0% (5), 2% (6), 6,4% (7), 2% (11) e 1,4% (12), com média de 5,3%.

Traçando-se um paralelo entre as duas formas de abordagens, verifica-se que a infecção de ferida teve uma incidência de 7%, o abscesso abdominal de 8% e a mortalidade, 1,6%, nos casos em que se optou pela sutura e colectomia com anastomose primária, sendo que, na abordagem por colostomia, os valores foram, respectivamente, 16%, 18,3% e 5,3%. Até que ponto se pode tributar às cifras mais elevadas de morbidade e mortalidade observadas nas abordagens por colostomia, à técnica cirúrgica ou à gravidade dos casos em que ela foi praticada é de resposta difícil ou mesmo impossível. Paralelamente ainda é cedo para se julgar a técnica intermediária entre o reparo primário e a colostomia, qual seja, os reparos com "bypasses" intracolônicos (10).

O diagnóstico, a fisiopatogenia, a evolução, as condutas genéricas de tratamento clínico e abordagens cirúrgicas, as coberturas antibióticas, as técnicas cirúrgicas a serem usadas, o pós-operatório, as complicações e a mortalidade no tocante ao quadro grave e intrigante da perfuração traumática colorretal serão motivo de dissertações por eminentes conferencistas brasileiros e estrangeiros que participam desta mesa sobre "Trauma Colo-retal-anal". E, certamente, todos nós, participantes e ouvintes, sairemos enriquecidos com os ensinamentos e discussões deste tema tão grave e atual.

Quadro 1 - Sutura e colectomia com anastomose - Morbimortalidade.

Autores	Nº total de pacientes	Nº total de suturas e colectomia	Infecção da ferida (%)	Abscesso abdominal (%)	Óbitos (%)
Burch et al. (1986) (2)	727	378	4,5	5,3	1,6
Chappuis et al. (1991) (4)	56	21	3,6	10,7	0
Falcone et al. (1992) (5)	22	11	18,2	9,1	9,1
Flint et al. (1981) (6)	137	32	7,0	13,0	3,1
George et al. (1989) (7)	102	13	8,6	5,5	1,4
Shannon e Moore (1985) (11)	228	112	7,0	14,0	1,0
Stone e Fabian (1979) (12)	139	22	48,0	15,0	1,5
Totais	1.411	589	7,0	8,0	1,6

Quadro 2 - Perfuração colorretal traumática. Colostomia - Morbimortalidade.

Autores	Nº total de pacientes	Nº total de colostomia	Infecção da ferida (%)	Abscesso abdominal (%)	Óbitos (%)
Burch et al. (1986) (2)	727	349	5,3	16,7	9,2
Chappuis et al. (1991) (4)	56	35	3,6	14,3	0
Falcone et al. (1992) (5)	22	11	22,2	22,2	0
Flint et al. (1981) (6)	137	105	12,2	12,2	2,0
George et al. (1989) (7)	102	89	29,0	10,0	6,4
Shannon e Moore (1985) (11)	228	116	12,0	25,0	2,0
Stone e Fabian (1979) (12)	139	117	57,0	29,0	1,4
Totais	1.411	822	16,0	18,3	5,3

RERERÊNCIAS

1. Baker SP, O'Neill B, Haddon W, Long WG. The injury severity score. *J Trauma* 1974; 14: 177-96.
2. Burch JM, Brock JC, Gevirtzman L et al. The injured colon. *Ann Surg* 1986; 230: 701-11.
3. Champion HR, Sacco WJ, Carnazzo AZ. Trauma score. *Crit Care Med* 1981; 9: 672-6.
4. Chappuis CW, Frey DJ, Dietzen CD, Panetta TP, Buechter KJ, Cohn I. Management of penetrating colon injuries. *Ann Surg* 1991; 213: 492-8.
5. Falcone RE, Wanamaker SR, Santanello SA, Carey LC. Colorectal trauma: primary repair or anastomosis with intracolonic bypass vs. ostomy. *Dis Colon Rectum* 1992; 35: 957.
6. Flint LM, Vitale GC, Richardson JD, Polk HC. The injured colon: relationships of management to complications. *Ann Surg* 1981; 193: 619-22.
7. George SM, Fabian TC, Voeller GR. Primary repair of colon wounds: a prospective trial in non selected patients. *Ann Surg* 1989; 209: 728-34.
8. Moore EE, Dunn EL, Moore JB. Penetrating abdominal trauma index. *J Trauma* 1981; 21: 439-45.
9. Ogilvie WH. Abdominal wounds in the Western desert. *Surg Gynecol Obstet* 1944; 78: 225-38.
10. Ravo B, Mishrick A, Addei K et al. The treatment of perforated diverticulitis by one stage intracolonic bypass procedure. *Surgery* 1987; 102: 771-6.
11. Shannon FL, Moore EE. Primary repair of the colon: when is it a safe alternative? *Surgery* 1985; 98: 851-7.
12. Stone HH, Fabian TC. Management of perforating colon trauma. *Ann Surg* 1979; 190: 430-5.

MESA-REDONDA

OS OSTOMIZADO E O TRABALHO

REABILITAÇÃO DO OSTOMIZADO

Este trabalho se propõe a traçar o perfil do ostomizado no Brasil, com um enfoque para sua readaptação ao trabalho.

A idéia de desenvolver este trabalho preventivo e reabilitador surgiu da dificuldade que se defrontam os ostomizados em função dos mais variados tipos de preconceitos, desenvolvidos pela sociedade, além da própria visão do sistema previdenciário, que os rotulam de incapacitados para o trabalho, e aposentados.

Tomou-se como base usuários ostomizados do Hospital Geral de Jacarepaguá para traçar o perfil profissional e social deste grupo.

O ostomizado não depende tão-somente de uma cirurgia bem-sucedida. Muito mais que isso, vai depender da atua-

Tânia Maria Paiva de Almeida

ção de toda a equipe de Saúde no sentido de estimulá-lo a continuar sua vida com a mesma qualidade anterior.

REFERÊNCIAS

1. Almeida I. Manual do Direito Processual do Trabalho. 4ª Edição. São Paulo. LTR, 1986, v. 8.
2. Gomes O. Curso de Direito do Trabalho. 8ª Edição - Rio de Janeiro. Forense, 1981, v: 1.
3. Kretschmer KP. Estomas Intestinais. Rio de Janeiro. Interamericana, 1978: 122.
4. MPAS. Hospital Geral de Jacarepaguá. Manual do Usuário Ostomizado, 1981.
5. Sussekind A., Maranhão D, Vianna S. Instituições do Direito do Trabalho. 10ª Edição. Rio de Janeiro. Freitas Bastos, 1987, v. 2.
6. Leão PHS. Síndrome Pós-Colostomia. Fortaleza, Edições UFC, 1989.
7. Leão PHS. Colostomias e Colostomizados. Fortaleza. Edições UFC, 1981.

IRRIGAÇÃO DA COLOSTOMIA

Atualmente a irrigação da colostomia é considerada uma alternativa para que uma pessoa colostomizada possa conseguir um hábito intestinal regular, obtendo-se a "continência". É fundamental para ele, que é um indivíduo privado de controle esfinteriano, obter um "controle" das exonações pelo estoma, tendo na ausência de vazamentos e odores a normalização de um fator biológico, relacionado à autoimagem, indispensável no processo global de sua reabilitação.

Irrigação é um método mecânico com a finalidade de exoneração intestinal, obtendo-se o esvaziamento de todo o conteúdo fecal. Consiste num enema realizado a cada 24, 48 ou 72 horas (gradativamente conforme o cliente adquire um hábito intestinal), sendo o fluido enviado através do estoma ao intestino grosso, estimulando a peristalse em massa, e assim ocorrendo o esvaziamento do conteúdo fecal.

Para eficiência do método, o material utilizado deverá ser de boa qualidade, encontrado facilmente no mercado, custo aquisitivo, prático e de fácil manuseio, possível

Cecília Aparecida Rodrigues de Melo

higienização e com dispositivos e acessórios que facilitam a realização do procedimento com precisão e conforto, pelo cliente.

O material para o processo de irrigação evoluiu muito, desde sua primeira utilização. Agora com o avanço tecnológico houve aprimoramento do sistema de irrigação e acessórios, para melhor auxiliar o ostomizado a chegar o mais próximo das condições de uma pessoa "normal".

REFERÊNCIAS

1. Breackman B. Enfermería del estoma. Madri, Interamericana, 1987.
2. Santos VLGG. Estudos sobre os resultados da irrigação em colostomizados submetidos a um processo de treinamento sistematizado. São Paulo, Escola de Enfermagem da USP, dissertação de mestrado, 1989.
3. Iglesia EGL. Continent Colostomy and Quality of Life. Canadian, Eight Biennial Congress of the World Council of Enterostomal Therapists, July 1990: 15-20.
4. Leão PHS. Síndrome pós-colostomia. Fortaleza. Edições UFC, 1989.
5. Leão PHS. Colostomias e colostomizados. Fortaleza. Edições UFC, 1981.

COMPLICAÇÕES COM ESTOMAS PÓS-CIRURGIA

A necessidade de uma investigação quanto às complicações mais frequentes na confecção de estomas faz-se necessária diante dos problemas advindos do pós-operatório, onde o paciente experimenta inúmeros sofrimentos físicos,

Tania das Graças Lima Pinheiro

aliados a outros comuns à pessoa ostomizada, determinados pelas várias modificações ocorridas, comprometendo profundamente a qualidade de sua vida e suas reações interpessoais.

Atualmente, mesmo com técnicas cada vez mais avançadas, objetivando melhorar a sobrevida dos doentes portadores de doença inflamatória, neoplasias ou outras patologias que os obriguem a serem portadores de um estoma, ainda se torna indispensável os estudos e pesquisas acerca dopós-operatório destes e conseqüentemente sua reabilitação(7).

Embora constitua parte integrante do processo terapêutico, o estoma acarreta profundas alterações que necessitam ser previstas e "trabalhadas" para que interfiram o menos possível no processo reabilitatório (8).

Apesar disso, as ostomias podem salvar vidas em várias condições, porém comportam algumas complicações que podem impor uma carga adicional ao paciente, ocorrendo na grande maioria das vezes no pós-operatório imediato e mediato, num momento difícil para adaptação do paciente, dificultando ainda mais sua reintegração à família e à sociedade.

As complicações, segundo Kretschmer (4), em geral representam o resultado da combinação de um ou mais dos seguintes fatores: erro no diagnóstico, na indicação, na técnica operatória ou o resultado da doença; enquanto que para Winkler (10) nas cirurgias de confecção de estomas os problemas secundários a uma técnica cirúrgica incorreta representam 40% do total, o que piora o desconforto do paciente, visto que as cirurgias em sua grande maioria foram realizadas com fins paliativos.

Lima (5) afirma não persistir dúvidas de que os resultados da cirurgia colorretal dependem em grande parte da boa qualidade do preparo intestinal.

As complicações imediatas, isto é, aquelas ocorridas nas primeiras 24 horas de pós-operatório, podem ser (6, 8):

Edema - A maioria dos estomas mostra inicialmente um edema submucoso. Se a incisão é muito estreita o edema pode assumir forma grotesca, dando lugar à diminuição da luz intestinal.

Necrose - Causada pelo comprometimento do suprimento sanguíneo, pelo uso de suturas contínuas produzindo constricção, pela tensão excessiva sobre o mesentério, por infecção ou por pressão na haste que realiza a suspensão nas colostomias em alça.

A necrose, se é intraperitoneal, requer imediata exploração podendo ocasionar a morte por peritonite.

Retração - Poderá ser causada nos casos onde o estoma não é maturado primariamente e o *clamp* que o sustenta é retirado precocemente; pela necrose do estoma; por infecções periestomais; pela fixação insuficiente do tubo intestinal e de seu mesentério ao peritônio e pele, ou em pacientes constipados.

Hérnia interna - Pode ocorrer devido à encarceração do intestino delgado entre o cólon e o fêo na parede abdominal.

Hemorragia e hematoma - Pode aparecer na borda da incisão do intestino, cessando ao ser suturado. Em geral se origina de pequenos vasos da submucosa ou do

mesentério, e pode ser causada também por traumatismo.

As seqüelas imediatas, isto é, aquelas ocorridas nas primeiras 24 horas de pós-operatório até o momento de alta do paciente, são (6, 8):

Dermatites - São mais comuns nas colostomias de cólon direito, da parte direita do cólon transversal, ou mais freqüente ainda nas ileostomias. Podem ser causadas por dispositivos mal adaptados, higiene inadequada do estoma, infecções por fungos, sensibilidade cutânea ao material usado ou ao seu adesivo, ou ainda pelas trocas freqüentes do dispositivo.

Abscessos - Podem ser causados pela violação das técnicas assépticas, por preparo intestinal precário, por pontos de fixação que violam a luz intestinal, por hematomas intestinais, pela formação de fístulas ou por doenças primárias do estoma. Segundo Goliguer (3), a freqüência de infecção pericostômica ocorre em uma pequena proporção de casos contrariamente à Maac (6), que em trabalho realizado com 207 pacientes submetidos a colostomias, observou que complicação mais freqüente foi abscesso paracostômico, perfazendo 30% dos doentes estudados.

As complicações tardias compreendem (2, 3):

Estenose - Segundo Doberneck (1), é a complicação mais comum da colostomia e ocorre quase sempre ao nível da pele (1, 4). O estreitamento do orifício do estoma pode ser devido a causas técnicas ou às recidivas da doença causal. Entre as primeiras, a etiologia pode ser uma das complicações descritas anteriormente: necrose, infecção ou retração, ou ainda a técnica cirúrgica incorreta (1, 2, 4, 6).

Esta complicação passou a ser observada menos freqüentemente desde a introdução das técnicas de Brooke e de Turnbull (2, 4, 6).

Prolapso - Este ocorreu mais freqüentemente nas colostomias em alça (1, 2, 4, 6). Pode variar desde uma protrusão mucosa simples até uma grande exteriorização, e pode apresentar-se como uma complicação crônica ou aguda. As pequenas variações diárias do tamanho do estoma são fisiológicas, variando com a atividade peristáltica. Em geral as causas do prolapso são: abertura demasiadamente grande na abdominal, fixação insuficiente do estoma, aumento da pressão intra-abdominal, com espirros, tosse ou levantamento de objetos pesados ou ainda a associação freqüente com hérnia paracostômica. Em geral se o segmento prolapsado do cólon é pequeno e crônico pode ser reduzido facilmente, não exigindo intervenção cirúrgica (1, 2, 6). O tratamento de um prolapso crônico maior é cirúrgico, porém a excisão do segmento prolapsado sem fixação de seu mesentério é suficiente. Se o estoma original se localizava na incisão principal ou se o prolapso está associado com uma hérnia incisional, a recolocação do estoma torna-se indispensável (1, 2, 4).

Hérnia Paraestomal - A hérnia paraestomal é uma hérnia incisional que ocorre ao redor do estoma na parede abdominal (9). Segundo Maac (6) e Foulks (2), em geral as hérnias paraestomais não requerem intervenções cirúrgicas,

salvo quando ocorrer encarceramento ou estrangulação do intestino delgado. A hérnia paraestomal ocorre menos freqüentemente hoje em dia do que antigamente; quando o cólon era exteriorizado em freqüência através de um pólo de incisão funcional. Agora a hérnia paraestomal é mais freqüente nas circunstâncias em que o cólon é exteriorizado através da parede abdominal lateralmente no músculo reto-abdominal ou quando a incisão é excessivamente grande em relação ao diâmetro do cólon. O tratamento consiste no reparo do defeito na parede abdominal e na recolocação do estoma em um novo local (1, 2, 4, 9).

REFERÊNCIAS

1. Doberneck RC. Reintervencões Abdominais, pág. 213-216: Revisão e fechamento da colostomia. Complicaciones de los estomas digestivos de evaluación.
2. Foulkes B et al. Indicaciones y cuidados de los estomas. Barcelona, España, 1989; 7: 187-199.
3. Goliguer J. Cirurgia do ânus, reto e colo. 5ª ed. São Paulo, Manole, 1990; 2(19): 762-765: Tratamento do carcinoma de reto.
4. Kretschmer KP. Estomas Intestinais: Indicações, Métodos Operatórios, Cuidados, Reabilitação, Rio de Janeiro, Interamericana, 1980: 75-82. Complicações: Prevenção e Tratamento.
5. Lima IS, Almeida ES. Colostomia. Análise de 119 casos. Rev Bras Colo-Proct 1987; 7(4): 149-152.
6. Maac RLP et al. Complicaciones de las Colostomias. Rev Arg Cir, Buenos Aires 1990; 59(6): 263-264.
7. Santos VLG. A reabilitação do paciente com câncer: o ostomizado. Trabalho apresentado durante o Curso Básico de Oncologia para enfermeiros, São Paulo, 1990.
8. Santana MHP. A enfermagem e as ostomias. Enf Nov Dim, 1979; 5. 5(2): 39-46.
9. Silva JH et al. Hérnia Paraestomal - A colostomia extraperitoneal evita sua ocorrência? Rev Col Bras Cir, São Paulo, 1991; 6: 233-235.
10. Winkler R. Ostomias. Barcelona, Doyma. 1987: 42-62. Complicaciones del estoma.
11. Leão PHS. Síndrome pós-colostomia. Fortaleza, Edições UFC, 1989.
12. Leão PHS. Colostomias e colostomizados. Fortaleza, Edições UFC, 1981.

MESA-REDONDA

EXPERIÊNCIA EM PROGRAMA DE ATENDIMENTO AO OSTOMIZADO

UMA VISÃO HOLÍSTICA DO OSTOMIZADO: ABORDAGEM PARA O FUTURO

Adaptação do ostomizado depende da ação dos profissionais, interagindo nos estados de desequilíbrios, considerando os aspectos biopsicossociais, visando alcançar um nível aceitável de vida.

A adaptação do ostomizado à sociedade tem sido enfatizada pelo profissional enfermeiro, ao perceber que esse cliente necessita de orientação no decorrer de sua vida. A problemática inicia-se com o fenômeno vivenciado, decorrente da interrupção das dejeções pelo trajeto fisiológico, levando a distúrbios de ordem físico-psicossocial, surgidos da alteração da auto-imagem e dos hábitos das eliminações, através da parede abdominal. Na tentativa de averiguar a adaptação do ostomizado, realizou-se um estudo no "Clube dos Ostomizados" do Hospital Geral de Fortaleza - Ceará. Selecionaram-se dois grupos, sendo que um grupo de 30 clientes iniciantes, enquanto que o outro constava de 30 clientes pertencentes ao clube há mais de um ano. Utilizou-se como referencial teórico a Teoria de Adaptação de Callista Roy, considerando os pressupostos básicos de que o indivíduo é um ser biopsicossocial, está em constante interação com o meio e é passível de adaptação, mesmo em situações de doenças que geram tensões e desequilíbrios de ordem físico-psicossocial. Os resultados levam a concluir que existe no cliente ostomizado um desajuste quanto aos aspectos físico, psicológico e social e a sua adaptação é um processo gradual. O Clube dos Colostomizados foi considerado, por

Maria Euridéa de Castro

um dos grupos, de grande valia em relação à orientação por parte dos profissionais, ressaltando-se a aquisição de bolsas pelo clube; entretanto, a convivência com outras pessoas é destaque da maioria. Entretanto, apesar do Clube ter sido bastante enfatizado, em relação a adaptação à própria ostomia, à bolsa e ao autocuidado, os dois grupos não estão ainda adaptados, ou seja, em relação à adaptação às necessidades psicossociais, segundo o modelo de Roy.

REFERÊNCIAS

1. Beland I. Aspectos psicossociais da doença: In: Enfermagem Clínica. São Paulo, EPU 1979; U1(8): 380-419.
2. Bloom JR. Social support systems and cancer: a conceptual view. In: Collen J et al. Psychosocial aspects of cancer. New York, Raven Press, 1982; 13: 129-49.
3. Gabriel P. Possible psychosexual conflicts in bodily illness. In: Rev Ostomy International Magazine, 1989; 10(1): 10-12.
4. Galbreath JC. Sister Callista Roy. In: Nursing Theories. 2. ed. New Jersey, Prentice-Hall, 1985; 17: 300-318.
5. Leão PHS. Morbidade emocional da colostomia definitiva. Rev Col Bras Cir 1979; 6(3): 131-4.
6. _____. Síndrome pós-colostomia (U.F.C.). Editora da UFCE, Fortaleza, CE 1980: 93.
7. Roy C. The adaptation model. In: Riehl JP, Roy C. Conceptual models for nursing practice. 2 ed. Norwalk, 1980: 179-88.
8. Souza MC et al. Semiologia psicológica do período pré-operatório. Rev Bras Cir 1988; 78(3): 167-170.
9. Vietta EP. Marco conceitual para a prática de enfermagem social: contribuição para base de uma teoria de enfermagem. In: Rev Paul Enf, SP, 1986; 6(4): 132-139.

EXPERIÊNCIA EM PROGRAMA DE ATENDIMENTO AO OSTOMIZADO

Elizabeth Caixeta

Em outubro de 1978, logo após a participação do curso de Estomoterapia em Porto Alegre, ministrado por Norma Gill, enfermeira norte-americana, ileostomizada, reuniram-se três funcionários do Hospital das Clínicas da UFGO, interessados em implantar um trabalho em grupo que atendesse o ostomizado na sua globalidade biopsicossocial.

A complexidade do trabalho exigia a formação de uma equipe multiprofissional, a qual foi constituída pelos seguintes profissionais: Dr. Hélio Moreira, médico coloproctologista; Maria Aparecida Veloso, enfermeira, e Elizabeth Caixeta, assistente social.

Era constrangedora a situação dos ostomizados que procuravam o Hospital das Clínicas, a maioria usava dispositivos improvisados (sacos plásticos e panos), por falta de uma melhor orientação aos aspectos higiênicos da ostomia, como também pela grande carência econômica dos mesmos.

Os profissionais empenhados em organizar e implantar o trabalho proposto buscaram subsídios técnico-práticos em Fortaleza (Clube dos Ostomizados do Brasil) e na Universidade do Rio de Janeiro (Grupo dos Ostomizados do Hospital das Clínicas), pois eram esses os dois únicos trabalhos do gênero no país, vindo Goiás em terceiro lugar.

Após adquirir informações básicas sobre o assunto, também foram abordados os ostomizados para serem esclarecidos quanto à necessidade de se organizarem em busca de alternativas que lhes proporcionassem melhores condições de conviverem como portadores de ostomia, aos quais foi apresentada a proposta do trabalho supracitado, o qual teve boa receptividade.

Em 27.04.79, foi realizada a primeira reunião no Hospital das Clínicas, coordenada pelos profissionais acima mencionados, a qual contou com a participação de outros profis-

sionais do Hospital das Clínicas, do Hospital Geral de Goiânia e de seis ostomizados.

Havia o entusiasmo de levar a idéia avante, porém as dificuldades eram muitas. Estas foram discutidas juntamente com os participantes e todos concordaram que as mesmas poderiam ser vencidas e que para isto bastaria trabalho e dedicação. A partir daí, o trabalho prosseguiu com reuniões mensais, e um ano e meio depois foi criada a Associação de Ostomizados de Goiás (AOG), constituindo-se em Entidade de Personalidade Jurídica.

Após sete anos de trabalho contínuo, a AOG já passou a funcionar em sua sede própria.

O objetivo geral do trabalho consiste em focar a educação como centro das questões pertinentes às dificuldades por eles apresentadas, assessorando-os na busca de soluções de seus impasses, estendendo a intervenção profissional da equipe aos familiares, comunidade, médicos e paramédicos, aos quais estão abertas as reuniões mensais, a fim de ajudá-los na abordagem adequada ao ostomizado, no pré e pós-operatórios, pois daí depende sua melhor reabilitação.

Sempre foi motivo de preocupação dos profissionais desenvolver com os associados um certo grau de afetividade, mediante um relacionamento direto e amistoso, pois entende-se ser este o ponto chave para o desenrolar do trabalho, e isso só é possível através de contatos permanentes e contínuos, tais como: telefônico, entrevistas, visitas domiciliares e hospitalares, reuniões semanais para confecção de bolsas mensais, para distribuição das mesmas em datas festivas.

Ressalta-se a importância do trabalho grupal onde os membros do grupo comungam os mesmos objetivos, discutem os problemas inerentes a sua nova situação e se sentem menos excluídos.

Os ostomizados são incentivados a encontrar alternativas e formas de encaminhamentos para suas situações, através de trocas de experiências e esclarecimentos sobre os mais variados aspectos, para que os mesmos se tornem agentes de transformações.

É claramente observada a diferença de aceitação da ostomia entre os que são encaminhados para a AOG nos pré e pós-operatórios, e os que só tomam conhecimento da existência da mesma após meses de ostomizados. Estes últimos chegam com evidências de que viviam marginalizados até pela família, sem os mínimos conhecimentos dos cuidados higiênicos específicos da ostomia, alguns totalmente desintegrados da sociedade. Porém, logo que começam a participar das reuniões da AOG se surpreendem, porque não se sentem mais sozinhos, que podem viver como viviam antes da

ostomia e que a mesma é um recurso utilizado pela medicina para lhes salvar a vida.

São reconhecidos, tanto pela equipe, quanto pelos associados, os saldos positivos do trabalho da AOG, no que se refere ao progresso dos ostomizados quanto às relações sociais, após o conhecimento correto e seguro do uso do equipamento adequado, condições necessárias à reabilitação.

Neste sentido citaremos dois dos vários depoimentos que constam no arquivo da AOG.

“Antes de freqüentar as reuniões da AOG, eu me afastava das pessoas e queria morrer, agora me sinto uma pessoa normal, foi ótimo conhecer o grupo.”

“Antes de participar dessas reuniões eu me internava todo mês. As reuniões me deram forças, agora sou alegre.”

Outro lado relevante para a avaliação do trabalho é a permanência de alguns ex-ostomizados na AOG como sócios colaboradores. Mesmo eles não necessitando das bolsas fornecidas gratuitamente pela Associação, não deixam de participar, dedicando-se assiduamente ao trabalho.

Com o desenvolvimento do trabalho, tornou-se necessária a ampliação da equipe, a qual atualmente é composta por profissionais voluntários das seguintes categorias: médicos colo-proctologistas, enfermeiras, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, técnico em educação física e odontólogo.

A AOG sempre foi representada por associados e profissionais, em todos os eventos regionais, estaduais e no VII Congresso Mundial de Ostomizados, RJ - 05/91. Participou também de várias comissões que foram a Brasília para reivindicar, junto às autoridades competentes da área de saúde, recursos necessários para melhorar o atendimento ao ostomizado.

REFERÊNCIAS

1. Leão PHS. Acerca de ostomizados. Separata da Rev Ass Med Bras CE. Janeiro/78; 1: 1-42.
2. Torres PP. Trabalho com os Ostomizados (um ano de Experiência no Hospital das Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro). Jornal Brasileiro de Medicina, RJ. Maio/78: 86-39.
3. Equipe Multiprofissional da Clínica Cirúrgica. Aspecto psicológico do paciente colostomizado antes e depois da cirurgia. Pesquisa realizada no Hospital das Clínicas da UFGO. Goiânia, dezembro/79.
4. Gill NN. Ainda posso levar uma vida normal? Trabalho distribuído no XXVIII Congresso Brasileiro de Proctologia - Porto Alegre, RGS, setembro/78.
5. Vida e Saúde. Passaporte para a vida. Ostomia. Revista Mensal da Família. Junho/84; 6: 24-26.
6. Moreira H. Associação de Ostomizados de Goiás Inaugura Sede. Jornal do Hospital das Clínicas. Goiânia, março/87: 3.
7. Caixeta E. Associação de Ostomizados de Goiás. Trabalho apresentado no I Curso sobre Cuidados de Ostomia e Ostomizados. Goiânia, 5/89.