

FERNANDO CORDEIRO - TSBCP  
MARIA CRISTINA SARTOR - TSBCP  
FLÁVIO ANTONIO QUILICI - TSBCP  
GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA - TSBCP  
JOÃO GOMES NETINHO - TSBCP  
PAULO ROBERTO ARRUDA ALVES - TSBCP  
SIDNEY ROBERTO NADAL - TSBCP

---

CORDEIRO F., SARTOR M.C., QUILICI F.A., FORMIGA G.J.S., NETINHO J.G., ALVES P.R.A., NADAL S.R. - Tribuna livre: Como eu faço. *Rev bras Coloproct*, 1999; 19(14): 297-301

Como sempre, gostaríamos de agradecer aos nossos colegas a participação nesta seção pois, sem eles, ela não existiria. Lembramos sempre que o nosso objetivo é favorecer a participação de todos, permitindo assim que emitam suas opiniões livremente.

Além destes agradecimentos, gostaríamos de lembrar aos colegas que esta é uma **TRIBUNA LIVRE** e não há necessidade de convites para que sua opinião seja discutida. Enquanto houver distintos posicionamento dos apresentados, o tema será mantido ou retornará à discussão, porém não serão publicados os textos considerados contestatórios.

Gostaríamos ainda de solicitar aos colegas que queiram participar, que enviem sugestões de novos temas ou perguntas, bem como suas condutas nos casos discutidos.

Àqueles interessados em colaborar, manteremos sempre um canal aberto pelo **fax 01 9.2543839** ou **E.mail: scut@lexxa.com.br**.

Antes de passarmos ao tema desta edição, gostaríamos de apresentar a discussão sobre **Fístulas retovaginais: como tratá-las?**, encaminhada pela nossa colega **Dra. Maria Cristina Sartor (Curitiba-PR)**

---

### **1. Como identificar uma fístula retovaginal? Quais exames de imagem ou não você utiliza para confirmar esta hipótese?**

Em geral a paciente queixa-se de eliminação de fezes e/ou gases pela vagina, o que pode ser confirmado no exame físico proctológico e vaginal, complementando-se com o toque reto-vaginal simultâneo. Muitas vezes, pode ser difícil caracterizar a situação com um exame proctológico habitual.

Quando o paciente tem continência fecal, uma das maneiras de se confirmar clinicamente o diagnóstico é colocá-la em posição genupeitoral ou de canivete e encher a vagina com água ou solução salina. Em seguida é insuflado ar no reto pelo retoscópio, percebendo-se o seu escape pela vagina.

Outra maneira de se identificar, durante o exame proctológico, uma fístula deste tipo é colocar um tampão na vagina e, a seguir, introduzir no reto uma solução com azul de metileno. A paciente deverá caminhar por, aproximadamente vinte minutos, sendo retirado então o tampão, o qual poderá estar manchado de azul.

No entanto, existem algumas situações nas quais é difícil caracterizar o problema ou mesmo mensurá-lo. A ultrassonografia transretal pode ser útil, localizando o defeito e determinando seus limites, bem como a integridade do esfíncter.

A associação de diferentes graus de incontinência não é rara, sendo também útil a manometria ano-retal para mensurá-la e documentá-la ainda no pré-operatório.

### **2. Como classificá-las? Qual a importância desta quanto à técnica a ser aplicada na sua correção?**

Há várias classificações: quanto à localização, ao tamanho e à causa. A mais simples e útil é a que divide as fístulas em baixas, médias e altas.

As fístulas baixas estão localizadas até a altura da linha pectínea ou logo acima dela, sendo mais corretamente denominadas fístulas ano-vaginais. As fístulas altas estão ao nível do colo uterino e, as médias, entre ambas.

São consideradas pequenas quando têm menos de 2,5 cm de diâmetro.

Também deve-se levar em consideração a causa destas fístulas. Serão fístulas simples se, além de baixas e pequenas, forem causadas por trauma ou infecção. Já as que são secundárias a doença inflamatória, irradiação ou neoplasia são quase sempre complexas. Também podem ser complexas aquelas com várias intervenções e recidivas.

A classificação das fístulas quanto à localização e etiologia determina o tipo de abordagem a ser feita.

As fístulas baixas e médias simples podem ser corrigidas localmente, por via baixa. Já as fístulas altas requerem a via abdominal.

### **3. Qual a técnica de sua preferência para correção e por que via de acesso?**

Felizmente a maioria das fístulas reto-vaginais são simples, ocorrendo após cirurgia obstétrica ou ginecológica,

ou mesmo após drenagem de abscesso ano-retal. As fístulas ano-vaginais, quando envolvem uma porção significativa do esfíncter, podem ser corrigidas via trans-esfincteriana, com ressecção do trajeto e esfínteroplastia. Quando muito superficiais, basta a fistulotomia.

As fístulas mais proximais, embora ainda de correção via baixa, podem ser abordadas tanto via retal quanto vaginal, sendo que na maioria das vezes é possível se fazer uma incisão elíptica ao redor do orifício com dissecação do mesmo e posterior identificação do plano retal, do septo reto-vaginal e da parede da vagina. Os dois primeiros são suturados separadamente e a mucosa vaginal pode ser deixada aberta para drenagem.

Deve-se levar em conta que, em algumas vezes, a correção não é tão simples, dependendo do tamanho do orifício e da causa, podendo ser necessário um avanço de retalho mucoso e até mesmo o reparo da fístula com derivação do trânsito intestinal quando houver ainda muita atividade inflamatória local.

Já com relação às fístulas altas ou proximais que requerem abordagem via abdominal, esta vai depender da situação anatômica local. Naquelas situações em que não há doença subjacente e os tecidos ao redor estão perfeitamente viáveis, a dissecação da fístula com sutura da parede retal e interposição do omento em geral é satisfatória.

No entanto, nos casos mais complexos, onde há doença de base afetando os tecidos envolvidos, muitas vezes é necessária a ressecção intestinal com anastomose e reparo da fístula. Esta anastomose pode ser obtida por duplo grampeamento, sutura simples ou técnicas de abaixamento, todas visando a manutenção da integridade esfincteriana.

#### **4. Em caso de insucesso qual a sua conduta? Já se encontrou frente a situações de difícil resolução e qual foi sua opção?**

Quando houver uma recidiva simples, ou seja, a fístula continuar sendo distal e pequena, sem doença subjacente, pode-se usar a mesma abordagem ou um avanço mucoso via retal. Quando a fístula for complexa ou secundária a doenças não controladas, muitas vezes é necessária a derivação do trânsito intestinal, temporária ou definitivamente.

#### **5. Comentários?**

Independentemente do tipo de fístula e da localização, o tratamento cirúrgico definitivo deve ser tomado preferentemente quando houver controle da atividade in-

flamatória e da infecção local, bem como quando o tecido envolvido esteja perfeitamente viável para que se aumentem as chances de sucesso.

Agradecemos a colaboração da Dra. Maria Cristina Sartor e esperamos que outros que tenham algum tipo de comentário sobre os assuntos abordados que o façam por escrito para que possamos publicá-los no tempo devido.

---

O tema desta edição será: “**Visita clínica e equipe multidisciplinar**” e para desenvolvê-lo contaremos com a colaboração de 5 membros da nossa Sociedade:

**Flávio Antonio Quilici - Campinas (SP)**  
**Galdino José Sítonio Formiga - São Caetano do Sul (SP)**  
**João Gomes Netinho - São José do Rio Preto (SP)**  
**Paulo Roberto Arruda Alves - São Paulo (SP)**  
**Sidney Roberto Nadal - São Paulo (SP)**

---

#### **1. Muito se fala na atualidade a respeito das visitas clínicas multidisciplinares. Qual seria a composição ideal de uma equipe multidisciplinar na área de Coloproctologia?**

**Flávio Antonio Quilici** — A nossa disciplina de coloproctologia conta, desde 1992, com o apoio de uma equipe multidisciplinar que atua na enfermaria do Hospital de Clínicas HMCP da Faculdade de Ciências Médicas da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Ela é constituída pelos médicos docentes dessa disciplina, uma enfermeira especialista em estomatoterapia, uma nutricionista, duas psicólogas (uma especializada em oncologia e outra em doenças inflamatórias intestinais), um fisioterapeuta e uma assistente social. As visitas gerais na enfermaria são realizadas com a presença de todos os componentes dessa equipe, duas vezes por semana (terças e quintas-feiras) com um residente de terceiro ano, um de segundo-ano e um de primeiro ano, além de 4 doutourandos (quinto ano médico).

**Galdino José Sítonio Formiga** — A composição ideal de uma equipe multidisciplinar na área coloproctológica, em um hospital de grande porte com toda infra-estrutura técnica e que exerça atividades assistenciais, didáticas e científicas, consiste em: coloproctologistas, cirurgiões gerais, radiologista, residentes, estagiários, enfermeiros, estomaterapeutas, nutricionista, psicólogo, assistente social e se possível oncologista.

**João Gomes Netinho** — A composição ideal de uma equipe multidisciplinar em Coloproctologia varia de

acordo com as características do Serviço onde ela atua. Em Hospitais públicos que atendem pacientes da Previdência, talvez seja valiosa a participação de uma assistente social. Se há um grande número de doentes com neoplasias colorretais, seria muito bom poder contar com o apoio de oncologista, estomaterapeuta e se possível uma psicóloga. No Hospital escola em que eu trabalho, tenho o privilégio de contar com colaboração efetiva de um oncologista, uma patologista, uma estomaterapeuta, uma psicóloga e eventualmente uma assistente social, o que considero uma equipe adequada para o Serviço.

**Paulo Roberto Arruda Alves** — A composição ideal da equipe multidisciplinar em Coloproctologia seria a de reunir profissionais de diferentes áreas com a real preocupação de contribuir na melhora do atendimento ao paciente, motivados a aprender com as dificuldades em suas áreas específicas e generosos em partilhar conhecimento e experiência interdisciplinar. A equipe deve contar com a condução de coloproctologista com visão de conjunto e liderança, capaz de aglutinar profissionais de diferentes áreas. Os pós-graduandos são essenciais à motivação de pesquisa estruturada e os residentes constituem-se na alma do questionamento das rotinas e do modo estabelecido de fazer as tarefas de cuidado do paciente.

**Sidney Roberto Nadal** — Acreditamos que não só na área de Coloproctologia, mas também em todas as outras, devem fazer parte da equipe multidisciplinar todos aqueles que podem auxiliar direta e indiretamente no tratamento do paciente. Em nosso grupo, contamos com médicos coloproctologistas, cirurgiões gerais, clínicos gerais, radiologistas, endoscopistas, oncologistas, residentes e estagiários, acadêmicos, enfermeiros, estomaterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais e psicólogos.

**2. Na sua visita ideal, você colocaria juntos: coloproctologistas, cirurgiões gerais, radiologistas, residentes, estagiários, enfermeiros, estomaterapeutas, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais?**

**Flávio Antonio Quilici** — Não tenho dúvidas que numa visita ideal, seriam incorporados nesta equipe multidisciplinar: cirurgiões gerais, radiologistas, endoscopistas, oncologistas, patologistas e clínicos gerais.

**Galdino José Sítonio Formiga** — Sim. A visita clínica do Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis é feita com equipe multidisciplinar, composta por cerca de vinte pessoas, inclusive outros profissionais da área de saúde (especialistas, graduandos), que, uma vez por se-

mana, atuam em conjunto discutindo as possibilidades diagnósticas e terapêuticas dos nossos doentes.

**João Gomes Netinho** — Dificilmente colocaria um cirurgião geral na visita, pois considero que o coloproctologista antes de ser um especialista foi um cirurgião geral. O radiologista pode contribuir muito discutindo os exames radiológicos e ultrassonográficos. A enfermeira deve participar da visita pois é importante que ela conheça cada caso e saiba prestar os cuidados necessários adequados para cada paciente. A estomaterapeuta representou um avanço significativo na qualidade, tanto para a confecção como para os cuidados dos estomas intestinais. Acho fundamental sua participação na equipe. Os nutricionistas, os psicólogos e assistentes sociais não o porquê de sua participação constante, mas, se estiverem disponíveis na Instituição, sempre que houver necessidade da sua colaboração, os mesmos devem ser chamados.

**Paulo Roberto Arruda Alves** — As visitas são oportunidades preciosas de integração. Como toda reunião ou atividade de equipe devem obedecer dinâmica própria a facilitar a participação de todos. Em geral as dificuldades em realizar as visitas com diferentes profissionais não se associam ao convívio de diferentes modos de ver a realidade do paciente mas a dificuldades banais. Entre estas dificuldades banais a mais simples é a incapacidade de colocar todas as pessoas junto ao leito do doente, fazer com que todos escutem a apresentação da história e as discussões e estejam em condições de falar e serem ouvidos.

**Sidney Roberto Nadal** — Consideramos que devam estar em nossa visita todos os profissionais que cuidam diariamente do paciente, a saber, os médicos coloproctologistas, residentes e estagiários, acadêmicos, enfermeiros, nutricionista, assistente social e psicólogo. Pensamos que desta forma teremos uma equipe mais “enxuta” e mais atenta aos assuntos debatidos. Em nossa experiência, nos grupos muito grandes há maior facilidade para conversações paralelas e desatenção, com queda do aproveitamento. Os demais profissionais devem ser vistos como consultores e convidados a participar sempre que se considerar conveniente.

**3. Qual a utilidade desta equipe multidisciplinar para o enfermo?**

**Flávio Antonio Quilici** — Esta equipe multidisciplinar contribuiria para uma melhor abordagem ao enfermo, propiciando uma visão muito mais ampla de suas enfermidades.

**Galdino José Sitonio Formiga:** A utilidade é grande, uma vez que o diagnóstico, evolução clínica, tratamento e pós-operatório podem ser discutidos entre todos, inclusive com a opinião do doente. Os protocolos de diagnóstico e tratamento, inicialmente aplicados, podem ser individualizados, a partir de cada visita.

**João Gomes Netinho** — A discussão de cada caso pela equipe em que cada profissional expõe o seu ponto de vista, sem dúvida resultará em uma melhor compreensão da doença e da inter-relação doença/doente, levando a um melhor tratamento e resultado final mais eficaz.

**Paulo Roberto Arruda Alves** — O enfermo sempre se beneficia do fato de passar a ser visto de forma mais integral. Em alguns ambientes pode ser a **diferença entre ele ser um câncer de reto e ser uma pessoa.**

**Sidney Roberto Nadal** — O objetivo mais importante dessas visitas é mostrar ao paciente que ele está sendo acompanhado por profissionais preocupados com o seu problema. É o momento em que todos os membros da equipe expõem seus pontos de vista e trocam idéias, visando sempre o bem estar do doente. Pensamos que, ao ser encarado pelo aspecto biopsicossocial, ele se sentirá mais seguro e confiante no grupo que o assiste, o que sem dúvida resultará em recuperação mais rápida.

#### **4. Como você analisaria os aspectos administrativos e éticos desta visita?**

**Flávio Antonio Quilici** — O maior problema administrativo será a necessidade de um grande entrosamento entre seus membros, além do estabelecimento de uma hierarquia para comando da equipe. Não há qualquer problema ético nessa abordagem multidisciplinar.

**Galdino José Sitonio Formiga:** Quanto aos aspectos administrativos, penso que se seguindo as normas administrativas do hospital e os regulamentos da clínica, em relação a: dias e horários definidos, hierarquia, organização, não haverá problemas para a entidade. Em relação aos aspectos éticos, devem ser seguidas as normas do Conselho Federal de Medicina para visitas clínicas, obedecendo-se aos princípios elementares de proteção ao doente, como: não realizar nova anamnese coletiva; não fazer exame proctológico ou ginecológico na enfermaria; em resumo, preservar a integridade física e moral do enfermo.

**João Gomes Netinho** — Não vejo problemas éticos da visita, pois a reunião dos profissionais tem um objetivo muito louvável, que é o melhor tratamento para os pacientes. Já os aspectos administrativos têm a ver com a anuência da direção em permitir esse agrupamento, que no final das contas também pode ser beneficiada com os resultados alcançados nos pacientes.

**Paulo Roberto Arruda Alves** — Não há nenhum obstáculo ético à abordagem multidisciplinar, pelo contrário a universalidade de visões leva a comportamento mais ético sensu lato e à condução ética do tratamento sensu strictu. Administrativamente é necessário deixar claras as responsabilidades em cada área de atuação através de regras explícitas, preferencialmente regras escritas, de conhecimento de todos, na forma de um manual a ser entregue no primeiro contato a quem se agrega à equipe.

**Sidney Roberto Nadal** — Conduzimos nossa visita com formalidade, tratando o paciente com individualidade, chamando-o pelo nome e sempre respeitando seus pudores. Devemos ter a perspicácia de reconhecer aquele que se sente constrangido por ter o grupo à sua volta, reduzir o tempo da visita e tratar do seu caso fora do quarto. Acreditamos que, agindo desta forma, mantemos os preceitos éticos da profissão e as normas de conduta socialmente aceitas. Já, em termos administrativos, a visita é importante por definir a conduta a ser seguida, evitando exames em excesso e prolongamento do tempo de internação. Na época atual é importante cortar gastos sem alterar a qualidade do atendimento prestado. Devemos lembrar que o excesso para um pode significar ausência de recursos para outro, principalmente para aqueles que buscam tratamento em hospitais universitários, públicos ou filantrópicos.

#### **5. Comentários adicionais?**

**Galdino José Sitonio Formiga** — Em nosso hospital, a troca de conhecimentos científicos aplicados à prática clínica, só foi possível com as visitas multidisciplinares, utilizando-se também convidados de outros hospitais e universidades. O exemplo de um programa é o seguinte:

- Visita clínica multidisciplinar;
- Discussão de caso importante, grave ou óbito;
- Apresentação de tema científico;
- Debates.

**Paulo Roberto Arruda Alves** — Dentro da tradição do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, as equipes e visitas multidisciplinares estão plenamente

consolidadas há muitos anos e diversas gerações de profissionais de áreas correlatas tem sido formados nesta tradição, com dividendos para a estrutura de atendimento, valorização de todas as áreas médicas, técnicas e de enfermagem, bem como no enriquecimento humano da experiência terapêutica.

**Sidney Roberto Nadal** — Precisamos estar cientes de que o paciente internado fica em ambiente estranho, afastado de sua família e amigos. Ele sofre fisicamente com sua doença e com as dúvidas que ela suscita quanto

à real gravidade, possibilidade de tratamento e prognóstico. Além disso, em se tratando de doença com terapêutica cirúrgica, imagina as dores que terá após a operação e as restrições que causará. Pensa no afastamento das atividades profissionais e na possibilidade de falhar no sustento da família. Ele não é apenas uma doença. Os temores e problemas que o envolvem são múltiplos e complexos. Cabe a nós tratá-lo de maneira respeitosa, eficiente e carinhosa, fazendo que sua estada hospitalar seja breve e acolhedora e que o restabelecimento seja rápido e indolor.

---

Esta rodada de perguntas e respostas encerra esta seção da **TRIBUNA LIVRE: COMO EU FAÇO**.

Agradecemos novamente a inestimável colaboração dos colegas.

Este tema é amplo e nossa intenção é a de dar um rápido enfoque do tratamento da enfermidade em vários locais alcançados por nossa Sociedade.

Se você tem alguma opinião divergente ou gostaria de completar aquilo que foi aqui referido, escreva-nos.

Gostaríamos de ter sua participação efetiva independente de sua titulação dentro da sociedade e mais uma vez agradecer àqueles que de maneira tão rápida, gentil e extremamente concisa colaboraram para manter acesa conosco a chama desta TRIBUNA.

Novamente, o nosso fax é: 01 9.2543839 e E.mail: scut@lexxa.com.br. Participe.

*Fernando Cordeiro*

---