

PROGRAMA DE TREINAMENTO E REABILITAÇÃO EM ESTOMATERAPIA*

Maria Célia Borchert Lopes

Inicialmente eu gostaria de agradecer o convite e informar que apresentaremos o trabalho que nós estamos desenvolvendo no Instituto Nacional de Câncer e que este é uma adaptação brasileira aos trabalhos que temos visto nos Estados Unidos.

O tema Manejo das Colostomias e Ileostomias requer para o seu desenvolvimento importantes considerações muito mais de cunho psicossocial do que simples exposição de slides com diferentes tipos de bolsas, arsenal terapêutico e intervenções técnicas.

Como bem tem sido demonstrado nos últimos sete anos, nestes congressos de colo-proctologia, sempre tem havido um espaço para a estomaterapia e para o paciente ostomizado. Isto demonstra o grande interesse que o cirurgião de colo e reto tem pelo seu paciente quando faz uma ostomia, além da tentativa de envolver a outros membros da equipe de saúde nestes cuidados.

Toda cirurgia que resulta em uma ostomia tem como objetivo a restauração da saúde, a *cura*, ou a melhora da qualidade de vida. No entanto, nós sabemos que nem sempre é assim percebido pelo paciente ou pela sua família. Uma pessoa com colite ulcerativa vai com a ileostomia ganhar possivelmente a cura e certamente uma melhor qualidade de vida. Ela terá renovadas suas esperanças de um futuro melhor e de total reabilitação, desde que tenha um bom estoma (feitura técnica) e disponha de ortese adequada.

Também nos pacientes com doença de Crohn (rara patologia em nosso meio) pode-se também mensurar os ganhos com a ostomia e a qualidade

de vida melhora desde que não haja recorrência da doença. Já o paciente com câncer precisa ser convencido da necessidade da ostomia, de modo geral ele tem uma sintomatologia pobre (muitas das vezes até a confundem com hemorróidas) e a proposta do cirurgião parece ao paciente e à família, uma coisa muito agressiva. Se o cirurgião pretende ser o mais sincero possível com o seu paciente, lhe dirá que ele tem um tumor, que precisa ser ostomizado, o que é uma ostomia e até que a cirurgia poderá torná-lo impotente (no caso dos homens). Este grupo de informações tem por certo o pior efeito para qualquer pessoa. Baseado nesta realidade muitos cirurgiões omitem ou falam subliminarmente com o seu paciente, procurando justificativas como *pena*, respeito, fragilidade do paciente etc. Ao longo de nossa experiência temos visto que tanto o acúmulo de informações quanto a omissão destas, são prejudiciais ao paciente, caracterizam e reforçam um sentimento de não envolvimento da equipe. Não só as técnicas cirúrgicas devem ser aprimoradas, a relação médico-paciente precisa ser desenvolvida.

Com referência a isto o Dr. Fazio fez menção ao Dr. Robert Turnbull, que treinou o primeiro estomaterapeuta, por quem eu tive a satisfação de ter sido treinada, a Dr^a Norma Gill, uma sua ex-paciente, ileostomizada.

Precisamos olhar nossos pacientes como indivíduos que têm suas vidas lá fora, que têm o poder

* Apresentado no Curso de Estomaterapia no 34^o Congresso Brasileiro de Colo-Proctologia. Rio de Janeiro, 1984.

**INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER – SEÇÃO DE REABILITAÇÃO
PROGRAMA DE REABILITAÇÃO DE OSTOMIZADOS – PRÉ-OPERATÓRIO,
PÓS-OPERATÓRIO E SEGUIMENTO AMBULATORIAL**

OBSERVAÇÃO DE PROBLEMAS POTENCIAIS PRÉ-OPERATÓRIO	CONDUTA OU PROVIDÊNCIA
1. Rejeição – negação e mudança de comportamento frente ao diagnóstico e cirurgia (ostomia) 2. Marcação do sítio para a ostomia.	1. A) Intervenção do ET e cirurgião na decodificação da necessidade da ostomia – “Contrato de Apoio”. B) Avaliação de necessidade de visitador ostomizado. 2. A) Verificação de peculiaridades do abdome do paciente: cicatrizes, depressões, proeminências ósseas etc... B) Escolha do melhor local.
PÓS-OPERATÓRIO	
3. Coloração saudável da ostomia. 4. Isquemia – Necrose – Deiscência. 5. Funcionamento da ostomia para saída de gases e fezes 6. Escoriação da pele ao redor da ostomia por vazamento e contato de fezes ou por reação a adesivos e outros produtos. 7. Pele apresentando problemas de rejeição a adesivos ou alergias devido à fermentação, presença de fungos, bactérias etc... 8. Ocorrências diversas tais como retração da ostomia por falha na construção, sangramento da mucosa, presença de bastão (ostomia em alça). – Separação do ostoma da pele por rejeição à sutura. – Processo de maturação e junção cutâneo-mucoso. 9. Preparação do paciente e família para a alta (reabilitação) 10. Apresentação de lista do material necessário para os cuidados – baseado nas necessidades financeiras da família. 11. Indicação de locais para aquisição do material. – Encaminhamento ao grupo de ostomizados do INCa e Ambulatório de Estomatoterapia. – Encaminhamento à AORJ – Associação de Ostomizados do Rio de Janeiro. 12. Depressão por sentimento de alteração da imagem corporal – Preocupação com a auto-imagem e função sexual. – Ansiedade do paciente e família devido ao diagnóstico, à terapêutica e ao prognóstico.	3. A) Observação constante e notificação ao cirurgião. B) Inicialmente troca contínua de curativos úmidos sobre a ostomia (N bolsa). 4. Curativos diários – bolsas transparentes 5. A) Atenção e avaliação de sinais de desconforto; eliminação de gases, tipo de secreção e excreta (cor-odor), vômitos, náuseas, além do volume e tensão abdominal. B) Notificação ao cirurgião. C) Irrigação e ou dilatação (digital ou mecânica) da colostomia (se prescrita) D) Tranquilizar o paciente e restabelecer confiança 6. A) Manter a pele limpa B) Evitar uso de produtos químicos – Ex.: Éter C) Bolsa que assegure vedação D) Bolsa com sistema de drenagem E) Observar reação dos produtos usados 7. A) Substituição do adesivo – uso de bolsa com cinto sob pressão B) Irrigação? C) Utilização de antimicóticos e derivados de hidróxido de alumínio, na falta de arsenal terapêutico específico. 8. A) Notificar ao cirurgião e avaliar os procedimentos. B) Não manter o paciente alheio às informações na vigência de complicações – Promover a participação e colaboração no tratamento. 9. A) Inicia e processa-se desde o 1º atendimento ao paciente. B) Atendimento individual e familiar no alerta aos cuidados e procedimentos de manutenção da ostomia no uso de ortese e arsenal terapêutico. C) Oferta do Manual de Orientação sobre Cuidados com a Ostomia-INCa – Campanha Nacional de Combate ao Câncer. 10. A) Promover a participação nestes grupos porém sem torná-los compulsórios. 11. A) Estudo psicossocial do paciente e família. 12. A) Encorajar o paciente a sentir, tocar e olhar a ostomia. B) Marcar na relação com o paciente abertura para a apresentação de dúvidas e conflitos existenciais – verbalização dos medos. C) Encaminhamento ao psicólogo e ou psiquiatra. D) Ensinar ao paciente o autocuidado, transmitindo-lhe desde os primeiros curativos todos os passos e etapas do manejo da ostomia. Naturalidade e carinho na abordagem dos problemas verbalizados ou não. E) Ajudar o paciente a ter uma imagem realista da situação. F) Reforçar os sentimentos positivos de autovalorização do paciente, afastar os sentimentos negativos do paciente e família (culpas, rejeição, negação, superproteção etc...).
OBSERVAÇÃO DE PROBLEMAS POTENCIAIS NO SEGUIMENTO AMBULATORIAL	
13. Possíveis problemas colaterais da radioterapia ou quimioterapia no funcionamento da ostomia ou na pele periestomal 14. Complicações tardias Retração Prolapso Hérnia Sangramento Estenose Perfuração etc...	13. Conhecer a programação do tratamento e trabalhar sobre ele. 14. A) Indicação de manobras para prevenção B) Informar ao cirurgião C) Assegurar ou evitar a não evolução D) Acompanhamento do paciente no ambulatório e no grupo de ostomizados

de decidir e devem fazê-lo. O *discurso democrático* deve ser estendido à relação médico-paciente e também com a equipe de saúde. Observa-se que existe uma relação verticalizada com o doente, quer dizer com os *pacientes* de modo geral.

A ostomia é uma agressão à auto-imagem corporal, é também uma agressão à intimidade que está impregnada no ato de evacuar, já antes bastante valorizado por Freud em seus trabalhos. Concordemos ou não com as teorias freudianas devemos estar atentos à importância dos processos que a criança passa até total controle dos esfíncteres, controle que vai sendo valorizado como uma porta aberta (escola) para a vida social – a noção de limpo-bom.

A ostomia para o adulto é sem dúvida, em diferentes níveis, uma repressão, é uma grande perda que pode acelerar vários processos patológicos latentes. As características da personalidade não mudam – exacerbam-se (a obsessividade por limpeza é um exemplo). Nós acreditamos que uma ostomia não é causa para suicídio de ninguém, só se esta for feita em uma pessoa que tenha personalidade com problemas patológicos, a situação doença como um todo obviamente pode exacerbar isso.

A massificação do atendimento não dá possibilidade de que o médico e a equipe de saúde treinem suas sensibilidades para procurar entender aquela pessoa com quem está lidando. Isto é essencial no caso dos colo-proctologistas e dos médicos que fazem cirurgias de certa forma *mutilantes*.

Estamos vendo acontecer no momento do *Curso de Visitadores* a confirmação de que muitas

vezes devem ser controladas as transferências que são feitas para o médico, após as ostomias. Muitas vezes nós vemos sentimentos flutuando entre ódio e amor nesta relação que se estabelece e que não será a mesma com um paciente que opera o estômago por úlcera, onde não se estabelece vínculo da mesma ordem. O paciente muitas vezes inconscientemente responsabiliza o médico pelos seus sentimentos de regressão.

Reflexões semelhantes já há mais de 30 anos são objeto de preocupação de profissionais de saúde. Nos Estados Unidos a profissão de estomaterapeuta foi criada na intenção de reabilitar o ostomizado.

O estomaterapeuta é o profissional que recebe treinamento formal para tratar todos os tipos de ostomias, incluindo as fístulas e feridas de alta drenagem, introduzindo o paciente e a família no manejo e cuidados com o ostoma, promovendo suporte emocional e bases para reabilitação.

Os programas de ação para reabilitação e reestruturação do equilíbrio emocional do paciente estão intimamente ligados às próprias ações da equipe no pré e pós-operatório, pois é muitas vezes no pós-operatório que o paciente começa a sentir o quanto a ostomia é anti-social e este sentimento vem da própria equipe multidisciplinar, através de ações e reações ao lidar com a ostomia e o ostomizado.

O Instituto Nacional de Câncer é o primeiro Hospital no Brasil a ter um programa de Reabilitação que inclui o atendimento de estomaterapia implantado em 1982. Nossa programação é realizada em conjunto com serviços de apoio como Psicologia, Serviço Social, Nutrição e Cirurgias Oncologistas.