



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2009/2010

Maria Sofia Alves Vinhas

Complicações das ostomias urinárias e digestivas

Abril, 2010

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Maria Sofia Alves Vinhas

Complicações das ostomias urinárias e digestivas

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Cirurgia Geral

Trabalho efectuado sob a Orientação de: Dr. João José Vieira Amândio

Prof. Associado convidado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Abril, 2010

Artigo segundo as normas da revista *Arquivos de Medicina*

FMUP

U. PORTO

FMUP FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

UNIDADE CURRICULAR
PROJECTO DE OPÇÃO
DISSERTAÇÃO/MONOGRAFIA/RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Projecto de Opção do 6º ano - DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Eu, Maria Sofia Alves Viulhas, abaixo assinado, nº mecanográfico 040801112, aluno do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter actuado com absoluta integridade na elaboração deste projecto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (acto pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 19/04/2010

Assinatura: Maria Sofia Alves Viulhas

Agradecimentos

Agradeço ao Dr. João Vieira Amândio pela disponibilidade e orientação durante a realização desta monografia.

Resumo

Uma ostomia é uma abertura cirurgicamente criada do tracto digestivo ou urinário na superfície corporal.

A problemática das complicações das ostomias urinárias e digestivas não é um conceito novo, tendo em conta que as cirurgias que originam ostomias são procedimentos não recentes.

As complicações relacionadas com as ostomias são um problema frequente e afectam a qualidade de vida dos pacientes ostomizados.

Os estudos feitos relatam mais as complicações das ostomias relacionadas com aspectos cirúrgicos do que com o impacto que essas complicações ou que a própria ostomia tem no dia-a-dia do ostomizado.

O objectivo desta monografia consiste em descrever as principais complicações decorrentes de uma ostomia, fazendo uma breve revisão das mais frequentes, incidindo principalmente nas relacionadas com a sexualidade, alteração da imagem corporal, saúde psicológica e qualidade de vida dos ostomizados, assim como na abordagem do importante papel dos enfermeiros estomoterapeutas.

Apesar de tudo, os sentimentos em relação à ostomia acabam por ser, na generalidade, de aceitação e adaptação.

(Palavras-chave: ostomias, complicações das ostomias, sexualidade, qualidade de vida, mecanismos de coping, imagem corporal.)

Abstract

A stoma is a surgically created opening of the intestinal or urinary tract on the body surface.

The problematic regarding urinary and intestinal stoma complications is not a new concept, because, as we know the stomas surgeries are not recent procedures.

Stomas related complications are a frequent problem and affect the quality of life in stoma patients.

The studies that were made, report more about the complications related to aspects of surgery, than about the impact that those complications or the stoma itself have in the normal life of a stoma patient.

The purpose of this monograph is to describe the major complications of a stoma, doing a brief review of the most frequent, mostly the ones that are relate with sexuality, altered body image, psychological health and quality of life of stoma patients, as well in the addressing the important role of stomatherapist nurses.

After all, the feelings regarding the stomas turn out to be, in general, acceptance and adaptation.

(Key-words: stoma, stoma complications, sexuality, quality of life, coping mecanisms, body image.)

1. Introdução

Resenha Histórica

A cirurgia para formação de uma ostomia não é um conceito novo. Celsus (55 AC até 7 DC) observou que a penetração do intestino delgado numa ferida na parede abdominal não deixava “nada que se pudesse fazer”; contudo, “o intestino grosso podia ser suturado, e a cicatrização sob a forma de uma fístula ficaria no seu lugar.” [1]

O primeiro paciente que teve uma ostomia cirurgicamente criada foi Margaret White; em 1756, o seu cirurgião William Cheselden realizou uma colostomia transversa devido a uma hérnia estrangulada. [2]

O sucesso dos cirurgiões na criação de colostomias surgiu na metade do séc. XIX até aos inícios do séc. XX. A cirurgia para a formação de uma ileostomia só foi desenvolvida muito tempo depois. [3]

Definição

Uma ostomia é uma abertura cirurgicamente criada do tracto digestivo ou urinário na superfície corporal. [3]

O termo ostomia refere-se à porção final da víscera oca que atravessa a superfície da parede abdominal e é baseado na palavra grega para boca ou abertura. [4]

Classificação

Existem diversos tipos de ostomias e a sua construção é determinada pela necessidade de obter uma via alternativa para um de dois possíveis objectivos: ou para alimentar o paciente impedido de comer normalmente pela boca, ou para drenagem do conteúdo fecal ou urinário num paciente impossibilitado de defecar ou urinar normalmente. [5]

Podemos então classificar as ostomias em digestivas ou urinárias. E as primeiras em de eliminação ou de alimentação. Dentro das ostomias de eliminação temos as colostomias, ou exteriorização do cólon, e as ileostomias, ou exteriorização do intestino delgado mais distal. [6]

As ostomias podem ainda ser classificadas como temporárias ou definitivas, ou em terminais ou laterais. [7] Contudo ureterostomias ou condutos intestinais para derivação urinária são sempre ostomias terminais. [3]

Quanto às ostomias urinárias temos cinco tipos principais: nefrostomia, ureterostomia, cistostomia, conduto ileal e conduto colónico.[3] Quando uma ureterostomia é criada, um ou os dois ureteres são separados da bexiga e são conduzidos através da parede abdominal para a pele para a

formação de uma ostomia. O conduto ileal é formado por ressecção de uma porção do íleo. Um ou os dois ureteres são anastomosados à porção ressecada do íleo, e a porção terminal é trazida para a superfície da pele para formar uma ostomia. O conduto colónico é criado de uma maneira muito similar, mas em vez de uma porção de íleo é utilizada uma porção do cólon sigmóide, técnica hoje abandonada. [3]



Figura 1- Ostomias urinárias e digestivas

As condições mais comuns que resultam na necessidade de formação de uma ostomia são o carcinoma colorrectal, o cancro da bexiga e do aparelho genital feminino, a colite ulcerosa e a doença de Crohn. [8]

As complicações das ostomias e da pele periostomal são reconhecidas como tendo um impacto negativo na vida dum ostomizado. [9]

Objectivos

A formação de uma ostomia também pode resultar em morbidade psicológica. E isto pode ser exacerbado para aqueles que vivem em países industrializados onde a cultura de consumo promove uma imagem corporal estereotipada. [10]

As pessoas a quem se realiza uma ostomia passam por alterações profundas nas suas vidas, incluindo mudanças físicas e psicológicas sobretudo na sexualidade. [11]

O objectivo deste trabalho é mencionar as complicações decorrentes da formação de uma ostomia, seja ela urinária ou digestiva, mas salientando a problemática que considero mais relevante para os próprios ostomizados: aprender a viver com uma ostomia.

O impacto na sexualidade, a alteração da imagem corporal, a qualidade de vida e a adaptação psicológica do doente e do seu parceiro à ostomia serão os temas mais abordados desta monografia, salientando a importância dos enfermeiros estomoterapeutas.

2. Complicações

A. Precoces:

Muitos pacientes submetidos a cirurgia para criação de uma ostomia sofrem complicações durante o período pós-operatório precoce. Apesar dos avanços significativos que foram feitos na cirurgia para formação de uma ostomia as complicações podem ocorrer. Estas influenciam, não apenas os cuidados imediatos pós-operatórios, mas também têm impacto na qualidade de vida do ostomizado. [12]

O reconhecimento precoce dos sinais e sintomas de uma complicação, e intervenções pontuais são cruciais para manutenção de uma ostomia viável e um bom resultado cirúrgico. A avaliação e gestão da ostomia e das complicações periestomais durante o período pós-operatório precoce são fundamentais para uma adaptação bem sucedida a uma nova situação. [12]

Vários factores pré-operatórios e intra-operatórios podem contribuir para a ocorrência de complicações precoces pós-operatórias: o mau posicionamento da ostomia [7, 13-15] pode levar no pós-operatório a uma inevitável morbidade, incluindo dor, inadaptação do sistema, irritação da pele periestomal, e perturbação da saúde psicológica [12]; a cirurgia emergente frequentemente obriga a colocação de uma ostomia numa localização atípica, muitas vezes sem o benefício da cuidadosa marcação do local da ostomia sob a orientação de um enfermeiro estomoterapeuta [16]; agressões cirúrgicas podem levar a desequilíbrios hidro-electrolíticos e a uma resposta inflamatória sistémica, que, em casos extremos, podem evoluir para uma insuficiência multi-orgânica, mesmo com uma intervenção adequada [12]; factores técnicos também afectam o risco de complicações pós-operatórias imediatas. Por exemplo, a habilidade do cirurgião para mobilizar e traccionar o intestino através da parede abdominal influencia a maturação da ostomia. [17] Outros factores que influenciam o risco de complicações pós-operatórias incluem hipertensão intra-abdominal, a dependência de esteróides, e a malnutrição. [18]

As principais complicações precoces são: edema, que habitualmente desaparece ao fim de 2 a 3 semanas [13, 14]; hemorragia periostomal, que pode ser hemoperitoneu, hematoma da parede ou presença de sangue na bolsa colectora [14]; necrose, definida como a morte do tecido ostomal resultante de um fluxo sanguíneo prejudicado [17], e a isquemia que normalmente ocorre dentro de 24 horas após a cirurgia, resultando numa ostomia que aparece com uma coloração marrom a preta e é tipicamente macia e flácida à palpação [12-14]; deiscência da sutura mucocutânea que consiste na separação da ostomia da pele periostomal e pode ser total ou parcial [14, 17]; infecção e abscesso periostomal que geralmente ocorre na primeira semana pós-operatória e se manifesta pela presença dos sinais de Celso (ruborização, tumefacção e aumento da temperatura da pele periostomal) e pode levar a deiscência e evisceração; oclusão intestinal aguda frequentemente resultante de adesões intra-abdominais decorrentes da ressecção intestinal prévia. [13] A presença de vólvulos, hérnias internas ou encarceramento de uma ansa intestinal entre a ostomia e a parede abdominal também são condições predisponentes para a ocorrência de oclusão intestinal. [13]

B. Tardias:

As complicações tardias mais frequentes são: hérnia paraostomal que ocorre mais nas colostomias do que nas ileostomias [4, 19], e a maioria surge nos primeiros dois anos após a cirurgia [19]; prolapso que pode ocorrer tanto nas ostomias terminais como nas laterais mas é frequente nas laterais [13], e o segmento intestinal distal é o mais vezes envolvido [4, 13, 14, 20]; estenose com insuficiência de drenagem de efluentes, devido ao estreitamento ou contracção do tecido da ostomia ao nível da pele ou da fáscia,[17] e que habitualmente ocorre secundariamente a isquemia, infecção ou retracção ostomal [4, 14]; retracção que é definida como o desaparecimento da normal protrusão da ostomia, e é classificada como uma complicação porque as ostomias são mais fáceis de manejar quando se projectam a um nível adequado acima da pele e além disso dificulta a adaptação e aderência dos dispositivos [4, 12, 14, 17]; fístulas periostomais que mais frequentemente aparecem em ileostomias e como manifestação de recidiva da doença de Crohn. [13]



Figura 2 - Eventração

C. Cutâneas:

A pele periestomal desempenha um papel importante no funcionamento de todo o sistema colector já que é a superfície à qual adere, e frequentemente as complicações da pele periestomal diminuem a capacidade das placas se anexarem à pele; assim sendo, a qualidade da pele periestomal é importante.[21]

Muitas pessoas com uma ostomia experimentam afecções da pele periestomal. Estes problemas são comuns e podem afectar a qualidade de vida, e tem sido sugerido que podem influenciar a maneira como uma pessoa encara o facto de viver com uma ostomia. [22]

Existem diferentes tipos de afecções da pele periestomal. Elas podem incluir: dermatite irritativa de contacto, que pode ser causada pelo contacto com as fezes, urina ou químicos; trauma mecânico em resposta à pressão e à fricção; problemas relacionados com a doença pré-existente, tal como a doença de Crohn ou Psoríase; e infecção por microorganismos patogénicos, que podem originar dano da pele. [23]

A dermatite irritativa de contacto é uma das complicações mais comuns. Associada com outros factores, pode desencadear um ciclo de agravamento progressivo de dano na pele, falência da aderência do saco colector e extravasamento do conteúdo. [23]

Muitos pacientes não compreendem o processo de maturação da ostomia ou que as alterações de peso podem modificar o seu formato e tamanho. Estas alterações podem requerer uma mudança da placa ou da técnica de manuseamento. As desordens da pele periestomal estão escondidas sob as placas e muitas vezes são encaradas como factos da vida e as pessoas não procuram ajuda até o dano ser severo. [23]

A qualidade de vida de um doente é influenciada pelas afecções da pele periestomal, e muitos factores podem contribuir para isso. Primeiro porque existe a dor originada pela própria afecção, a qual pode ser extrema, por exemplo ao remover a barreira adesiva; segundo porque o aumento nos derrames de efluentes e a sua associação com o mau odor pode resultar num estigma ou embaraço com recusa e afastamento de actividades sociais. Finalmente porque o fardo económico associado às despesas resultantes de consultas especializadas e sacos colectores, secundário às desordens da pele periestomal pode ter um impacto real no indivíduo e na sua qualidade de vida. [23]

O tipo de ostomia e o contacto do efluente com a pele são os maiores factores de risco para as complicações dermatológicas. Os pacientes ileostomizados têm um risco maior de desenvolver complicações na pele periestomal do que os pacientes com uma colostomia. [21]. A urostomia é uma ostomia húmida, isto é, expõe a pele circundante ao produto drenado, neste caso urina. Esta é agressiva para a pele porque a expõe a uma humidade constante e porque dependendo da composição

química, a urina pode alterar o ambiente ácido da pele, rompendo o equilíbrio existente. [24] A alcalinidade aumenta a capacidade irritativa da urina, alimentando um ciclo vicioso que termina numa maior frequência de complicações locais como as lesões irritativas dérmicas, ulcerações e estenoses das ostomias, com agravamento da qualidade de vida dos urostomizados. [24]

Estudos sugerem que a obesidade é um factor de risco para escoriação precoce da pele periostomal. Pacientes com complicações dérmicas possuem em média um índice de massa corporal (IMC) de 27.3 kg/m², enquanto pacientes sem complicações dérmicas têm IMC de 26.0 kg/m². Um limiar parece ocorrer quando o IMC é superior a 30 kg/m², para além do qual as complicações da pele periostomal são mais prováveis de ocorrer. Um IMC acima de 30 kg/m² está directamente associado com o facto de ter uma complicação da pele periostomal.[21]



Figura 3 – Afeção da pele periostomal ligeira, moderada e severa. Gentilmente cedida por Agneta Andersson (Editorial Manager) .

3. Impacto da Ostomia na sexualidade

Os seres humanos têm necessidade de se expressarem sexualmente durante a vida apesar da ocorrência de incapacidades e doenças debilitantes. A sexualidade é muito mais do que o acto físico da expressão sexual e envolve a totalidade do ser humano. A sexualidade envolve aspectos biológicos, psicológicos e sociais. A auto-imagem, sentimentos e relações com outros afectam os comportamentos sexuais. [11] A formação de uma ostomia cria mudanças físicas que resultam numa alteração da imagem corporal, a qual pode causar alteração da função sexual. [25]

A. Impacto fisiológico na sexualidade masculina:

Uma cirurgia que resulta na formação de uma ostomia pode resultar em dano aos nervos que controlam a ejaculação e a erecção e causa uma alteração da função sexual nos homens. [26] A dimensão da lesão nervosa depende da localização e do grau de adesão às estruturas vizinhas durante a cirurgia. Por exemplo, o risco de impotência é extremamente alto nos homens que passaram por uma cistectomia radical. Frequentemente a uretra e a próstata são removidas e o nervo erétil é danificado. [25] Quando o recto é cirurgicamente removido e uma ileostomia ou uma colostomia é efectuada, pode ocorrer uma lesão dos nervos genitais (plexos autónomos). [27]

A disfunção sexual também pode tomar a forma de ejaculação retrógrada. Nesta condição, a junção uretrovesical falha o encerramento durante o orgasmo e o sémen entra na bexiga em vez de seguir através da uretra. Uma incompetência ejaculatória total ou uma inabilidade para ejacular pode também ocorrer. [28]

Uma disfunção orgásmica pode também resultar da remoção da bexiga ou do recto. Muitos homens experienciam incapacidade para ter orgasmos ou diminuição da intensidade do orgasmo. [28]

Esterilidade ou incapacidade de produção de esperma pode também resultar da formação de uma ostomia. [28]

Para homens que têm relações sexuais com outros homens, a perda do ânus/recto na cirurgia que origina uma ostomia, pode remover toda a fonte de prazer. [11]

B. Impacto fisiológico na sexualidade feminina:

A disfunção sexual fisiológica mais comum nas mulheres com uma ostomia é a dispareunia. O tecido cicatricial resultante das cirurgias pélvicas pode criar aderências ao redor da vagina. A constrição e a falta de lubrificação também criam dor e atrito durante o acto sexual. A insuficiência de lubrificação pode ser exacerbada pela diminuição da produção de estrogénios decorrente da idade ou pela remoção cirúrgica dos ovários, levando a vaginite atrófica. [29]

Se o recto é removido na cirurgia que origina uma ostomia, o ângulo da cavidade vaginal vai mudar e alterar a penetração. O orgasmo pode também tornar-se mais difícil de alcançar. O útero pode mudar de posição, o que pode levar à infertilidade. [27]

As mulheres podem também ter complicações durante a gravidez. As alterações gestacionais podem levar ao prolapso da ostomia, e nas últimas semanas de gestação a uma obstrução intestinal. Na

altura do parto, algumas mulheres podem ter dificuldades na segunda fase do trabalho de parto porque a musculatura que ajudaria na expulsão foi removida durante a cirurgia que levou à ostomia. [30]

C. Parceiros sexuais e a sua relação com a ostomia:

A reacção do parceiro sexual à ostomia também pode afectar a sexualidade. Muitos parceiros reagem negativamente ou com precaução porque têm medo de danificar a ostomia. [27]

Os ostomizados que ainda não se encontram num relacionamento estável têm preocupações especiais sobre a intimidade e a sexualidade. Eles podem ter medo e dificuldade em explicar a cirurgia a que foram sujeitos, ao seu novo parceiro sexual, por esta poder afectar negativamente o desenvolvimento da nova relação. [27]

4. Alteração da imagem corporal

Os ostomizados passam por múltiplas modificações na sua imagem corporal. A imagem corporal pode ser definida como a maneira como nós próprios nos vemos e como nos sentimos em relação à maneira como os outros nos vêem. [11]

A imagem corporal é uma parte importante do dia-a-dia e a sociedade coloca uma enorme importância no facto de se ter um corpo atraente. [8]

Os factores que afectam a imagem corporal incluem a genética, a socialização, a moda, a cultura, a raça, a educação e os media. Doenças que requerem a formação de uma ostomia produzem uma alteração na aparência e na função do corpo. [11] A função sexual pode ser indirectamente influenciada pela criação de uma ostomia pela alteração da imagem corporal, a qual, por sua vez, influencia o desejo de actividade sexual. [27]

A formação de uma ostomia pode resultar numa imagem de si próprio empobrecida e na diminuição da auto-estima. Isto pode alterar a percepção dos ostomizados sobre si próprios, vendo-se como menos atraentes sexualmente para o seu parceiro. [27]

Os medos e as preocupações associadas à alteração da imagem corporal afectam a sexualidade. Por exemplo, o medo de danificar a ostomia, a inibição dos movimentos do acto sexual devido à preocupação de que o parceiro se aperceba da ostomia ou perca o desejo com a pressão

contra o saco colector. Outros receios frequentes são relacionados com o odor e pelo barulho do gás a ser expelido através da ostomia, para além do potencial extravasamento de conteúdo do saco colector. O deslocamento do saco colector durante o acto sexual pode levar a um sentimento de culpa, embaraço e humilhação. [11]

5. Qualidade de vida

A formação de uma ostomia normalmente tem um impacto negativo na qualidade de vida e afecta o estilo de vida de variadas maneiras. [31]

Num estudo realizado por Nugent et al. 50% dos ostomizados que responderam ao questionário afirmaram que o facto de possuírem uma ostomia não teve influência nenhuma ou quase nenhuma na sua capacidade para procurar emprego. Mais de 20% dos colostomizados e 15% dos ileostomizados referiram que a ostomia significou a procura de um novo emprego. Alguns dos ostomizados que responderam ao questionário mencionaram problemas sérios em relação à alimentação e vestuário devido à sua ostomia. [32]

Nordstrom e Nyman, no seu estudo sobre urostomizados, chegaram à conclusão que os problemas físicos eram a principal influência negativa na qualidade de vida dos ostomizados. Benefícios por incapacidade foram requeridos por quase metade dos participantes e cerca de 50% desses por problemas relacionados com a ostomia, principalmente extravasamento do conteúdo do saco colector, o qual era a razão para desistência do emprego. Mas apesar de problemas físicos e psicossociais, a maioria dos participantes considerou a generalidade da sua saúde boa ou muito boa. [33]

Um estudo sobre a qualidade de vida a longo prazo em pacientes com cancro colorectal que foram submetidos a cirurgia com ou sem formação de uma ostomia, chegou à conclusão que as complicações pós-operatórias estão associadas a uma diminuição da qualidade de vida a longo prazo, mas em contraste, a formação de uma ostomia permanente está associada com uma melhoria da qualidade de vida a longo prazo e está associada a uma menor ocorrência de perturbações gastrointestinais. Não é então necessário evitar a formação de uma ostomia a qualquer custo em pacientes com cancro colorectal porque a qualidade de vida é comparável ou ainda melhor nos pacientes ostomizados. [34]

Outro estudo sobre a qualidade de vida, em relação aos ileostomizados, e como a maioria decorria por doença inflamatória intestinal, os doentes não possuíam uma boa qualidade de vida previamente à ostomia, e como tal, após a cirurgia a qualidade de vida, adaptação e coping foi muito melhor que nos colostomizados, que em geral previamente eram assintomáticos. [32]

6. Adaptação psicológica e coping

A compilação das estratégias de coping foi desenvolvida por Lazarus e Folkman em 1984. Eles definiram coping como um conjunto de pensamentos e comportamentos utilizados para superar situações que foram consideradas de stress pelo sujeito que as experimenta. [35] É dividido em oito factores que consistem no seguinte: (a) de confronto, (b) distanciamento, (c) auto-controle, (d) busca de suporte social, (e) aceitação da responsabilidade, (f) fuga-eviçã, (g) planeamento da resolução de problemas, e (h) reavaliação positiva. [35]

Foi realizado um estudo para avaliar a qualidade de vida de pacientes com ostomias temporárias e permanentes e os respectivos mecanismos de coping utilizados. Os autores propuseram o conceito de qualidade de vida como sendo a percepção de bem-estar que resulta de satisfação ou insatisfação nas áreas da vida que são importantes para ele/ela. [36]

A análise e comparação das estratégias de coping empregadas por indivíduos com ostomias temporárias e permanentes demonstrou uma qualidade de vida semelhante nos dois grupos, apesar das diferenças relacionadas com diagnóstico de base e permanência da ostomia. Embora os resultados da análise da qualidade de vida fossem semelhantes, as diferenças foram observadas na utilização de estratégias de coping. Nesse estudo, a estratégia de coping mais frequentemente empregada por indivíduos com ostomias temporárias, fuga-eviçã, não foi eficaz, uma vez que não permitia ao paciente abordar o problema directamente ou trabalhar através das emoções resultantes. Em contraste, a estratégia de coping mais frequentemente empregada por portadores de ostomias permanentes, planeamento da resolução de problemas, providenciou um comportamento mais pró-activo e maduro, permitindo uma maior autonomia e responsabilidade quando o paciente lida com a sua ostomia e doença de base. [36]

Um outro estudo, a cujos participantes foi realizada uma ressecção do cólon com e sem formação de uma ostomia, chegou à conclusão que não existiam diferenças no nível de adaptação psicológica dos doentes ostomizados e nos não ostomizados, quatro anos após a cirurgia. Uma variável

encontrada que influenciava significativamente a adaptação era o melhor ou pior outcome da doença, estando um melhor outcome associado a uma melhor adaptação. [37]

7. Papel dos(as) enfermeiros(as) estomoterapeutas

Há pouca informação disponível sobre as crenças dos pacientes acerca da cicatrização das feridas e pensos, e essas crenças podem influenciar fortemente os cuidados de saúde prestados. A pesquisa futura deve examinar com mais detalhe as percepções dos pacientes acerca dos cuidados a ter com a ferida e a cura, o nível de conforto na realização dos cuidados à ferida e os produtos de tratamento da ferida que os pacientes estão dispostos e aptos a comprar. [38]

Cuidados gerais é um conceito amplo que inclui actividade, necessidades de tratamento, dieta, bem-estar, e cuidados pessoais. O nível de actividade e as orientações alimentares são frequentemente identificados como áreas nas quais existe uma necessidade de informação. Os níveis de actividade têm impacto no retorno ao trabalho ou no retornar ao ambulatório para consultas pós operatórias, especialmente se o transporte é deficiente. Enquanto aumenta o número de adultos mais velhos, as questões de actividade tornar-se-ão ainda mais importantes. [38]

Os pacientes geralmente querem um alto nível de informação, esta informação ajuda especialmente durante as primeiras 2 semanas em casa. A participação da família no cuidado do paciente influencia positivamente mudanças comportamentais. [38] Os pacientes afirmam que recebem demasiada informação no dia da admissão, mas muito pouca no dia da alta e que é insuficiente para as suas necessidades. [38]

A sexualidade deve ser incorporada no planeamento dos cuidados de enfermagem para todos os pacientes. Muitas vezes, a sexualidade é um assunto que é evitado quando os profissionais de saúde colhem a história clínica dos pacientes. [27]

Quando se faz um plano para nos cuidados de enfermagem abordar temas da sexualidade, o enfermeiro deve conhecer a anatomia e fisiologia do sexo masculino e o sistema reprodutor feminino e não fazer suposições sobre as preferências sexuais. O emprego de certas habilidades interpessoais excelentes, tais como ouvir, colocar questões abertas, utilizar o silêncio, e resumir a discussão, irão facilitar a partilha de informações. [27]

Durante a recolha da história, nos antecedentes pessoais, o enfermeiro deve perguntar ao paciente sobre sua actividade sexual prévia à cirurgia. O enfermeiro, deverá portanto, ser capaz de determinar a pré-existência de problemas sexuais ou preocupações que precisam de ser abordadas. Para além de não fazerem qualquer julgamento, os enfermeiros devem estar confiantes do seu próprio conhecimento da sexualidade, estarem conscientes das suas limitações, e saberem quando encaminhar o paciente para outro profissional. [27]

O momento certo para as discussões sexuais com o paciente é importante. Imediatamente após cirurgia, o paciente está mais preocupado com a sua sobrevivência. Somente após as necessidades básicas estarem satisfeitas, as necessidades sexuais devem ser abordadas. Incluir o parceiro sexual nos debates é importante para a adaptação após a cirurgia que origina uma ostomia. Preocupações e problemas sexuais são privados e pessoais e devem ser manuseados com cuidado e sensibilidade. [27]

Mitos e equívocos a respeito de mudanças no desejo sexual e na imagem corporal devem ser discutidos. Os homens devem ser informados sobre o risco de impotência e problemas ejaculatórios que seguem à cirurgia para criação da ostomia. As mulheres devem ser informadas acerca da potencial dispareunia e secura vaginal pós-cirúrgica. Quando aplicável, a possibilidade de uma gravidez normal após a cirurgia da ostomia deve ser discutida. As mulheres também precisam de saber que não existe perigo em ter relações sexuais, embora um certo aperto vaginal possa estar presente. Homens que têm relações sexuais com outros homens devem ser informados de que a ostomia não deve ser utilizada como um local alternativo de penetração por causa do potencial dano à ostomia. [27]

O enfermeiro estomoterapeuta é responsável por providenciar intervenções no sentido de promover a reabilitação sexual e restaurar a saúde sexual. [27]

8. Conclusão

Existem lacunas no que diz respeito à qualidade de vida dos indivíduos ostomizados e a sua adaptação (fisiológica e psicológica) à ostomia. Os estudos feitos relatam mais as complicações das ostomias relacionadas com aspectos cirúrgicos do que com o impacto que essas complicações ou que a própria ostomia tem no dia-a-dia do ostomizado.

A adaptação psicológica e fisiológica a uma ostomia não é uma tarefa fácil, nem para o indivíduo ostomizado nem para o seu parceiro. Muito menos é uma situação rapidamente ultrapassável, na qual o doente se conforma rapidamente com a presença de uma ostomia.

Aprender a lidar com as alterações corporais, tanto a nível de sexualidade como na percepção da imagem corporal que o doente tem de si, não é imediato, exige tempo e força de vontade, e para tal contribui em muito o papel do enfermeiro estomoterapeuta, o contacto com outros portadores de ostomias e o apoio familiar.

A necessidade de informação relativa às alterações que irão ocorrer pós-cirurgia deve ser antecipada pelo enfermeiro estomoterapeuta, cuja abordagem de assuntos complexos, tais como as alterações ao nível da sexualidade, pode evitar mais tarde uma redução da auto-estima, o isolamento social e diminuição da qualidade de vida.

Apesar de tudo, os sentimentos em relação à ostomia acabam por ser, na generalidade, de aceitação e adaptação. O retorno à vida normal é o mais frequente.

9. Bibliografia

1. Dinnick, T., *The origins and evolution of colostomy*. Br J Surg, 1934. **22**: p. 142-54. Citado de: "Lyon, C.C. and A.J. Smith, *Abdominal Stomas And Their Skin Disorders*. 2001. 220."
2. Lewis, L., *History and evolution of stomas and appliances*. Stoma care in the community, ed. P. Taylor. 1999, London: Nursing times books. Citado de: "Lyon, C.C. and A.J. Smith, *Abdominal Stomas And Their Skin Disorders*. 2001. 220."
3. Lyon, C.C. and A.J. Smith, *Abdominal Stomas And Their Skin Disorders*. 2001. 220.
4. Yeo, H., F. Abir, and W.E. Longo, *Management of parastomal ulcers*. World J Gastroenterol, 2006. **12**(20): p. 3133-7.
5. Osório, F., *Revista da Liga dos Ostomizados de Portugal*. Revista da Liga dos Ostomizados de Portugal, 1999.
6. Amândio, V., *Revista da Liga dos Ostomizados de Portugal*. Revista da Liga dos Ostomizados de Portugal, 1999.
7. Zinner, M.J. and S.W. Ashley, *Maingot's Abdominal Operations*. 11 ed. 2006. 2472.
8. Salter, M.J., *Altered body image: the nurse's role*. 2 ed. 1997: Bailliere Tindall. Citado de "Brown, H. and J. Randle, *Living with a stoma: a review of the literature*. J Clin Nurs, 2005. **14**(1): p. 74-81."
9. Colwell, J.C., M. Goldberg, and J. Carmel, *The state of the standard diversion*. J Wound Ostomy Continence Nurs, 2001. **28**(1): p. 6-17.
10. Hancok, P., et al., *The body, culture and society*, in *Open university press*. 2000: Buckingham. Citado de "Brown, H. and J. Randle, *Living with a stoma: a review of the literature*. J Clin Nurs, 2005. **14**(1): p. 74-81."
11. Salter, M.J., *Aspects of sexuality for patients with stomas and continent pouches*. J ET Nurs, 1992. **19**(4): p. 126-30. Citado de "Sprunk, E. and R.R. Alteneeder, *The impact of an ostomy on sexuality*. Clin J Oncol Nurs, 2000. **4**(2): p. 85-8."
12. Butler, D.L., *Early postoperative complications following ostomy surgery: a review*. J Wound Ostomy Continence Nurs, 2009. **36**(5): p. 513-9; quiz 520-1.
13. Shellito, P.C., *Complications of abdominal stoma surgery*. Dis Colon Rectum, 1998. **41**(12): p. 1562-72.
14. Barr, J.E., *Assessment and management of stomal complications: a framework for clinical decision making*. Ostomy Wound Manage, 2004. **50**(9): p. 50-2, 54, 56 passim.
15. Shabbir, J. and D.C. Britton, *Stoma Complications: A literature overview*. Colorectal Dis, 2009.
16. Steele, S.E., *When trauma means a stoma*. J Wound Ostomy Continence Nurs, 2006. **33**(5): p. 491-500; quiz 500-2.
17. Colwell, J.C. and J. Beitz, *Survey of wound, ostomy and continence (WOC) nurse clinicians on stomal and peristomal complications: a content validation study*. J Wound Ostomy Continence Nurs, 2007. **34**(1): p. 57-69.
18. Malian, M.S. and C.E. Lucas, *Surgical considerations in the intensive care unit*. 2nd ed. Critical care medicine: Perioperative management, ed. M.J. Murray, et al. 2002, New York: Lippincott Williams & Wilkins. Citado de: "Butler, D.L., *Early postoperative complications following ostomy surgery: a review*. J Wound Ostomy Continence Nurs, 2009. **36**(5): p. 513-9; quiz 520-1."
19. Carne, P.W., G.M. Robertson, and F.A. Frizelle, *Parastomal hernia*. Br J Surg, 2003. **90**(7): p. 784-93.
20. Cheung, M.T., *Complications of an abdominal stoma: an analysis of 322 stomas*. Aust N Z J Surg, 1995. **65**(11): p. 808-11. Citado de "Yeo, H., F. Abir, and W.E. Longo, *Management of parastomal ulcers*. World J Gastroenterol, 2006. **12**(20): p. 3133-7."
21. Nybaek, H., et al., *Skin problems in ostomy patients: a case-control study of risk factors*. Acta Derm Venereol, 2009. **89**(1): p. 64-7.

22. English, E. and I. Claessens, *How peristomal skin disorders impact on ostomy care*. WCET Journal, 2008. **28**(2): p. 3-7.
23. Claessens, I., et al., *Peristomal skin disorders and the Ostomy Skin Tool*. WCET Journal, 2008. **28**: p. 26-27.
24. Silva, C., *Revista da Liga dos Ostomizados de Portugal*. Revista da Liga dos Ostomizados de Portugal, 1999.
25. Anders, K., *Open communication can restore self-esteem: sexuality issues related to cystectomy for stoma formation*. Professional nurse, 1993. **8**: p. 638-643. Citado de " Sprunk, E. and R.R. Alteneider, *The impact of an ostomy on sexuality*. Clin J Oncol Nurs, 2000. **4**(2): p. 85-8."
26. Nordstrom, G.M. and C.R. Nyman, *Male and female sexual function and activity following ileal conduit urinary diversion*. Br J Urol, 1992. **70**(1): p. 33-9. Citado de "Sprunk, E. and R.R. Alteneider, *The impact of an ostomy on sexuality*. Clin J Oncol Nurs, 2000. **4**(2): p. 85-8."
27. Sprunk, E. and R.R. Alteneider, *The impact of an ostomy on sexuality*. Clin J Oncol Nurs, 2000. **4**(2): p. 85-8.
28. Young-McCaughan, S., *Invasive bladder cancer*. Oncology nursing: assessment and clinical care, ed. C.M.P. Buschsel. 1999: St. Louis: Mosby. Citado de " Sprunk, E. and R.R. Alteneider, *The impact of an ostomy on sexuality*. Clin J Oncol Nurs, 2000. **4**(2): p. 85-8."
29. Golis, A.M., *Sexual issues for the person with an ostomy*. Journal of wound, Ostomy and Continence Nursing, 1996. **23**(1): p. 33-37. Citado de: "Sprunk, E. and R.R. Alteneider, *The impact of an ostomy on sexuality*. Clin J Oncol Nurs, 2000. **4**(2): p. 85-8."
30. Gopal, K. and M. Van Wert, *Pregnancy in ostomates*. Ostomy Quarterly, 1986. **23**(3): p. 59-61. Citado de: " Sprunk, E. and R.R. Alteneider, *The impact of an ostomy on sexuality*. Clin J Oncol Nurs, 2000. **4**(2): p. 85-8."
31. Brown, H. and J. Randle, *Living with a stoma: a review of the literature*. J Clin Nurs, 2005. **14**(1): p. 74-81.
32. Nugent, K.P., et al., *Quality of life in stoma patients*. Dis Colon Rectum, 1999. **42**(12): p. 1569-74.
33. Nordstrom, G.M. and C.R. Nyman, *Living with a urostomy. A follow up with special regard to the peristomal-skin complications, psychosocial and sexual life*. Scand J Urol Nephrol Suppl, 1991. **138**: p. 247-51. Citado de "Brown, H. and J. Randle, *Living with a stoma: a review of the literature*. J Clin Nurs, 2005. **14**(1): p. 74-81."
34. Bloemen, J.G., et al., *Long-term quality of life in patients with rectal cancer: association with severe postoperative complications and presence of a stoma*. Dis Colon Rectum, 2009. **52**(7): p. 1251-8.
35. Lazarus, R.S. and S. Folkman, *Stress appraisal and coping*. 1984, New York: Springer. Citado de " de Gouveia Santos, V.L., E.C. Chaves, and M. Kimura, *Quality of life and coping of persons with temporary and permanent stomas*. J Wound Ostomy Continence Nurs, 2006. **33**(5): p. 503-9."
36. de Gouveia Santos, V.L., E.C. Chaves, and M. Kimura, *Quality of life and coping of persons with temporary and permanent stomas*. J Wound Ostomy Continence Nurs, 2006. **33**(5): p. 503-9.
37. Bekkers, M.J.T.M., et al., *Survival and psychosocial adjustment to stoma surgery and nonstoma bowel resection: A 4-year follow-up*. Journal of Psychosomatic Research, 1997. **42**(3): p. 235-244. Citado de "Brown, H. and J. Randle, *Living with a stoma: a review of the literature*. J Clin Nurs, 2005. **14**(1): p. 74-81."
38. Pieper, B., et al., *Discharge information needs of patients after surgery*. J Wound Ostomy Continence Nurs, 2006. **33**(3): p. 281-9; quiz 290-1.