

Capítulo 1

Introdução

Este livro tem como objetivo ajudar a ensinar e capacitar todos os enfermeiros para que sejam capazes de prestar cuidados de enfermagem bons e eficazes a todas as pacientes após correção cirúrgica de fístula vesicovaginal (FVV), fístula retovaginal (FVR) e lacerações perineais de 3.º e 4.º graus. Os cuidados não são difíceis ou complicados, mas são especializados e requerem o conhecimento da cirurgia específica a que cada mulher foi sujeita, para permitir que os enfermeiros prestem cuidados holísticos e de alta qualidade à paciente. São necessários cuidados de enfermagem antes, durante e após a cirurgia para limitar as complicações pós-operatórias e para garantir que as mulheres tenham uma recuperação segura e sem complicações.

Como a maioria das correções cirúrgicas de fístula são atualmente realizadas em instalações de tratamento de fístula de rotina com a adição de campanhas cirúrgicas, este livro constitui um guia para os cuidados de enfermagem específicos exigidos num hospital/unidade dedicado a fístulas ou durante uma campanha de correção cirúrgica de fístula.

Nos centros especializados de tratamento de fístulas, as pacientes são atendidas por uma equipa multidisciplinar de cuidados holísticos, que inclui enfermeiros de enfermaria e da sala de operações, especialistas em fisioterapia e reabilitação, conselheiros de apoio psicossocial, nutricionistas, bem como médicos e cirurgiões. No entanto, nem todas as pacientes terão acesso a todos estes especialistas de saúde; isto dependerá do que estiver disponível no local onde a cirurgia for realizada.

A correção cirúrgica da FVV é uma tarefa difícil devido à natureza da lesão que envolve a bexiga, a vagina e muitas vezes a uretra, devido à perda de tecido associada ao defeito. Danos nervosos associados envolvendo os esfíncteres uretrais e o mecanismo de enchimento da bexiga afetam a capacidade do corpo de manter a continência urinária. É necessário um cirurgião altamente qualificado para reparar com sucesso a fístula obstétrica (Figura 1).



Figura 1 Cirurgiões altamente qualificados a trabalhar

Nos países afetados por fístulas, há um número muito reduzido de cirurgiões com a formação, as competências e a experiência necessárias para realizar estas operações com sucesso, o que, combinado com a falta de financiamento para o trabalho da fístula, torna difícil que estas mulheres recebam ajuda. Idealmente, a correção cirúrgica de fístula deveria ser realizada regularmente em centros especializados, mas infelizmente estes são poucos e distantes entre si. Para além de existirem poucos cirurgiões treinados em correção cirúrgica de fístula, também o espaço para casos ginecológicos e cirúrgicos eletivos é limitado.

Contudo, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) está atualmente a abordar a formação de cirurgiões especialistas em fístulas com a sua abrangente Iniciativa de Formação em correção cirúrgica de Fístula. Existem agora muitos cirurgiões e equipas holísticas de tratamento de fístulas inscritos no programa de formação, provenientes de países de todo o mundo com uma elevada carga de fístulas obstétricas.

Embora exista um hospital dedicado a fístulas na Etiópia, o Hospital Especializado em Fístulas de Adis Abeba, bem como outros centros que prestam cuidados contínuos de fístulas, algumas cirurgias também são realizadas em campanhas cirúrgicas onde equipas de cirurgiões e outros profissionais de saúde trabalham em conjunto para prestar cuidados às pacientes com fístulas. As campanhas cirúrgicas são geralmente financiadas por agências humanitárias ou instituições de caridade, geralmente permitindo que as mulheres tenham acesso a cirurgia e a tratamento gratuitamente.

No entanto, estima-se que por cada mulher submetida a tratamento cirúrgico, há outras 50 mulheres que não tiveram acesso à cirurgia no mundo. A maioria destas mulheres terá muito pouco conhecimento sobre o que causou a sua fístula ou que existe tratamento disponível para a sua condição, sendo que algumas acreditam que foram amaldiçoadas ou que foi usada bruxaria. Muitas das mulheres vivem em zonas rurais inacessíveis e com más ligações de transportes. Estas podem não ter dinheiro para viajar até ao centro de tratamento ou campanha cirúrgica. Algumas também receiam frequentar serviços de tratamento ou usam medicamentos tradicionais para tentar curar a sua fístula em vez de práticas médicas modernas.

Morbidade

Estima-se que as fístulas obstétricas afetem entre 50 000 e 100 000 mulheres em todo o mundo todos os anos. O desenvolvimento de fístula obstétrica está diretamente ligado à obstrução do trabalho de parto, uma das principais causas de mortalidade materna.

As mulheres que sofrem de fístula obstétrica sofrem de incontinência contínua de urina e/ou fezes, estigma, isolamento social e problemas de saúde associados. A Organização Mundial da Saúde estima que existam atualmente mais de 2 milhões de mulheres que vivem com fístula obstétrica não tratada, principalmente na África subsariana e no Sudeste asiático, bem como em várias outras regiões do planeta.

A fístula obstétrica é evitável e pode ser evitada com acesso a serviços de parto seguros e cuidados obstétricos de emergência atempados.

Infelizmente, a fístula obstétrica afeta esmagadoramente as mulheres com menos recursos a nível mundial, que provavelmente não receberam instrução, que não compreendem exatamente o que lhes aconteceu, muitas vezes casadas ainda jovens com a expectativa de terem muitos filhos. A maioria destas mulheres vive em aldeias rurais com acesso limitado a cuidados de saúde (Figura 2). As suas aldeias podem estar a distâncias muito longas de hospitais, com estradas em más condições e transportes locais pouco desenvolvidos, dificultando as viagens (Figura 3).



Figura 2 Ambientes rurais onde as mulheres dão à luz



Figura 3 O transporte pode ser difícil devido a redes rodoviárias deficientes

A pobreza é também um fator importante que aumenta a probabilidade de sofrer de fístula obstétrica, uma vez que as mulheres nestes ambientes têm frequentemente pouco dinheiro para pagar o transporte para o hospital ou quaisquer custos associados ao internamento hospitalar, caso tenham problemas durante o parto. As mulheres que sofrem de fístula obstétrica vivem frequentemente em países onde os direitos e o estatuto social das mulheres são débeis, o que significa que terão um poder limitado para tomarem decisões por si próprias sobre o local do parto. Muitas farão o parto em casa, sem parteiras devidamente treinadas, como é o caso das parteiras tradicionais. Estas decisões são muitas vezes tomadas pelos homens da família.

Muitas mulheres em países de baixos rendimentos, incluindo África, dão à luz em casa, sob a supervisão da parteira tradicional local. As parteiras são mulheres da aldeia que supervisionam os partos sem qualquer formação obstétrica formal, cujas competências tendem a ser “aprendidas”, tendo sido transmitidas através das famílias.

Isso funciona bem no caso de partos mais simples e as parteiras tradicionais ajudam a nascer centenas de bebés com segurança.

Contudo, as parteiras tradicionais nem sempre reconhecem a tempo quando o trabalho de parto está obstruído e quando uma cesariana é a única opção para um parto seguro de um bebé vivo. Desencadeia-se então uma série de eventos com um atraso no reconhecimento da obstrução, agravado por atrasos adicionais na chegada ao hospital e, em seguida, na chegada ao centro cirúrgico para uma cesariana. Nesta altura, o bebé geralmente já faleceu e, se a mãe sobreviver, é provável que tenha desenvolvido uma fístula devido à pressão da cabeça do bebé na pélvis durante o trabalho de parto distócico.

Fístula vesicovaginal, Fístula retovaginal, Lacerações perineais de 3.º e 4.º graus

A maioria das fístulas desenvolvem-se após o trabalho de parto distócico e são chamadas de fístulas obstétricas, que podem ser divididas em fístulas vesicovaginais (FVV) e fístulas retovaginais (FRV). A fístula obstétrica pode ser urinária (FVV) ou fecal (FRV) ou ambas. A fístula vesicovaginal ocorre quando é formado um “orifício” entre a bexiga e a vagina, causando a passagem de urina pela vagina (Figura 4).

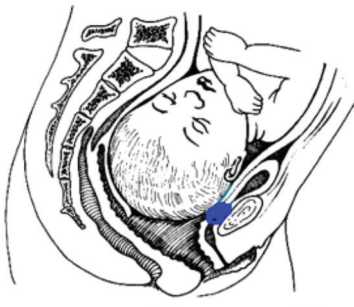


Figura 4 A área a azul mostra o local da fístula vesicovaginal

Em alguns casos, também pode haver um “orifício” ou fístula entre o intestino e a vagina (FRV), que deixa a paciente a libertar fezes pela vagina. As fístulas retovaginais (Figura 5) aparecem muito raramente de forma isolada e ocorrem, geralmente, com uma FVV após o primeiro parto da mulher, nos casos em que o trabalho de parto dura um dia a mais do que com uma FVV isolada.

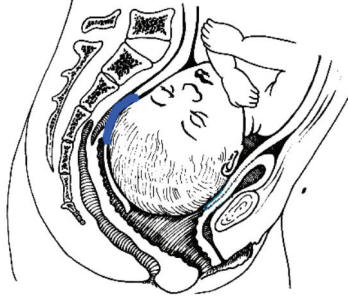


Figura 5 A área a azul mostra a posição da fístula retovaginal

Essas mulheres por vezes também sofrem danos nos nervos devido à compressão do plexo lombossagrado, resultando muitas vezes em pé caído devido ao envolvimento do nervo L5. Estas podem apresentar-se a coxear ou a usar uma muleta. Na maioria dos casos, o pé caído recupera lentamente, mas pode demorar até 2 anos e, em casos graves, pode nunca recuperar.

Outros fatores que levam ao desenvolvimento de fístulas que requerem intervenção cirúrgica para cura são principalmente iatrogénicos, nos casos em que houve danos na bexiga, na vagina ou nos ureteres durante uma cirurgia de histerectomia ou cesariana. A probabilidade das fístulas iatrogénicas é maior se o trabalho de parto distócico for muito prolongado e os tecidos maternos estiverem frequentemente num estado muito frágil. Bons cuidados obstétricos e o encaminhamento atempado para cesariana em caso de trabalho de parto distócico são fundamentais para reduzir o risco de lesões iatrogénicas.

Os danos ocorrem acidentalmente, possivelmente durante uma cesariana difícil, em que o útero se rompeu. Lesões na bexiga ou no uréter podem ocorrer inadvertidamente durante este procedimento para salvar a mãe e o bebé. Uma iluminação deficiente, instrumentos cirúrgicos limitados e a falta de conhecimentos cirúrgicos, podem aumentar o risco de ocorrência de uma fístula iatrogénica após uma histerectomia. Os problemas podem não ser detetados durante vários dias ou semanas após a cirurgia.

Partos vaginais assistidos, tal como a extração a vácuo, se não forem realizados corretamente, podem fazer com que a parede da bexiga, da vagina ou do reto fique presa no vácuo, resultando potencialmente numa fístula iatrogénica. Uma situação semelhante pode ocorrer após partos instrumentais com fórceps.

As fístulas também podem desenvolver-se com tuberculose urogenital ou em cancro avançados; estas são muitas vezes inoperáveis, pois é improvável que cicatrizem ou se recuperem à medida que o cancro avança.

Outras causas incluem radioterapia, traumatismo, trauma sexual e defeitos congénitos.

As lacerações perineais (Figura 6), embora não sejam definidas como fístula, são outra causa comum de incontinência em mulheres após o nascimento do bebé. Nestas situações, a incontinência é fecal, o que significa que as mulheres perdem fezes devido à rutura total ou parcial do músculo do esfíncter do ânus. A rutura do músculo anal pode ocorrer após o parto rápido do bebé, onde não há proteção do períneo durante o parto. Isso pode causar uma laceração no períneo que se estende até ao reto.

A rutura completa do músculo anal com envolvimento da pele entre a vagina e o reto é conhecida como laceração de 4.º grau. Nas lacerações de 3.º grau, o esfíncter anal é rompido, mas as mulheres ainda apresentam o ânus e a parede retal intactos.



Figura 6 Laceração de 3.º grau

Efeitos psicossociais da fístula obstétrica

Estima-se que 97% das mulheres que vivem com fístula sofrem de depressão e 40% tiveram pensamentos suicidas ou fizeram tentativas de pôr termo à vida. Muitas mulheres com fístula levarão vidas muito restritas, incapazes de sair de casa, de socializar no mercado ou de frequentar serviços religiosos. Devido à incontinência, não conseguem ter um emprego remunerado e, conseqüentemente, têm poucos recursos financeiros. Algumas podem estar a viver isoladas depois da partida do marido ou parceiro e são condenadas à solidão pelas suas famílias e pela comunidade porque cheiram fortemente a urina e/ou fezes.

Estas mulheres sofreram lesões terríveis sem culpa própria. Além de ter uma fístula e ficar constantemente molhada de urina (Figura 7), a maioria também terá sofrido o trauma de ter dado à luz um bebé morto.



Figura 7 Jovem com perda constante de urina devido a fístula

Estar na situação destas mulheres é impensável para a maioria de nós, por isso devemos tratá-las com respeito e oferecer-lhes os cuidados humanos que merecem.

Quando mulheres e raparigas se apresentam para tratamento, devemos respeitar o seu direito à privacidade e dar-lhes tempo para contar a sua história, compreendendo que provavelmente estão apavoradas, apesar de terem vindo pedir ajuda. Esta é uma lesão íntima e mostrar bondade e empatia com a situação irá ajudá-las a sentirem-se seguras, valorizadas e até, quiçá, amadas novamente. Este é um papel em que os

enfermeiros se podem notabilizar, conquistando a confiança das pacientes e tornando a sua estadia no hospital uma experiência tão positiva quanto possível.

O ambiente de uma unidade de tratamento de fístulas é uma boa forma de apresentar pacientes que passaram por experiências semelhantes para que possam discutir os seus problemas entre si e desenvolver uma rede de apoio durante o internamento. Muitas mulheres procuram ajuda num estado muito deprimido, mas prosperam à medida que são fisicamente reparadas, encontram outras pessoas em situações semelhantes e são encorajadas com o auxílio do pessoal de enfermagem. Atividades sociais durante o dia, como aulas de tricô, aulas de costura, pintura de unhas ou fazer tranças, ajudam a aproximar as mulheres e a incentivá-las a conversar (Figuras 8 a 10).



Figura 8 (em cima) Aulas de tricô; Figura 9 (em baixo à esquerda) Pintura de unhas;
Figura 10 (em baixo à direita) Aulas de costura

Necessidade de bons cuidados de enfermagem para fístulas e lacerações perineais

Cuidados de enfermagem de alta qualidade requerem uma boa compreensão do sofrimento a que as mulheres têm sido sujeitas devido a

fístulas e lacerações perineais. Todas estas mulheres precisam de ser tratadas com dignidade e respeito quando chegam ao hospital para obter ajuda. Muitas terão um odor intenso e desagradável devido à incontinência urinária ou fecal, agravado pelo facto de a urina estar mais concentrada à medida que reduzem a ingestão de líquidos na tentativa de controlar a perda de urina (Figura 11).



Figura 11 A indignidade de viver com uma fístula

Todos os funcionários do hospital que entram em contacto com estas pacientes precisam de ser sensíveis para com estas mulheres e evitar usar linguagem que faça com que a paciente se sinta mal com a sua condição.

Mostrar gentileza para com esse grupo de pacientes muito assustadas ajudá-las-á a relaxar e a sentir que alguém se importa com elas. Durante o internamento hospitalar, todos os profissionais devem procurar tratá-las como se fossem uma irmã, mãe ou avó. A conhecida expressão que diz que devemos “tratar os outros como gostaríamos de ser tratados” pode ser um princípio orientador válido. Os funcionários devem lembrar-se de que a situação em que estas mulheres e raparigas se encontram não é culpa delas. Enfermeiros que conseguem demonstrar empatia e gentileza são exemplos para os seus colegas e estudantes de enfermagem.

Equipamento básico necessário para cuidar de pacientes com FVV

Os cuidados de enfermagem em fístulas requerem poucos equipamentos, mas existem alguns itens que são necessários antes do início do tratamento cirúrgico. Esses itens estão listados de seguida, podem ser obtidos por uma pequena quantia em dinheiro e geralmente estão incluídos nos custos de uma campanha de operações (Figura 12).

- É necessário um balde pequeno para a drenagem de um cateter vesical para cada paciente. Isso permite que as pacientes se mobilizem o mais rápido possível com o cateter vesical em drenagem livre.
- Cintas ou fita adesiva para garantir que os cateteres são fixos com segurança no abdômen/perna da paciente para evitar qualquer puxão do cateter na bexiga.
- Uma seringa estéril com ponta de cateter de 60 ml ou 100 ml e um frasco de soro fisiológico estéril para lavar cateteres bloqueados. É uma boa ideia preparar antecipadamente alguns pacotes estéreis com um recetor (bacia reniforme) e uma seringa.
- Solução antisséptica (Betadine diluído com soro Fisiológico), Savlon®, ou semelhante para higiene vulvar e higiene perineal no pós-operatório.
- Absorventes higiênicos feitos de compressas e lã de algodão.
- Lubrificante hidrossolúvel (gel K-Y®).
- Cateteres urinários extra, caso algum precise de ser substituído e não possa ser desobstruído.
- Analgesia – é útil garantir que haja um suprimento imediato de analgesia antes do início do internamento. É necessário um fornecimento de opiáceos, anti-inflamatórios e paracetamol.



Figura 12 Itens básicos de equipamento necessários

Prevenção de infecções

Higiene das mãos

A higiene das mãos é um dos passos mais importantes na prevenção de infecções associadas aos cuidados de saúde pela propagação de microrganismos nocivos. A higiene das mãos significa lavar as mãos ou usar um produto para esfregar as mãos à base de álcool após tocar numa paciente. O gel com álcool pode ser usado após três contactos consecutivos com a paciente e, em seguida, as mãos devem ser lavadas com água e sabão. Se utilizar luvas, estas devem ser eliminadas após utilização numa única paciente.

Deve estar disponível um dispensador de água e sabão para lavagem das mãos. Idealmente, o sabão deve ser dispensado num recipiente com bomba manual. A higiene das mãos deve ser realizada de acordo com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (Anexo A). Uma boa higiene das mãos ajudará a proteger as pacientes sob os seus cuidados, os seus colegas, você e a sua família.

Limpeza

Outra fonte de infecção hospitalar são as camas e os colchões das enfermarias. Sempre que uma paciente é retirada da cama, o colchão deve ser lavado com desinfetante e secado antes de preparar a cama para a próxima paciente. A estrutura da cama também deve ser lavada para evitar infecções cruzadas.

A limpeza do chão da enfermaria deve ser realizada todos os dias e com maior frequência em caso de derrame de urina ou sangue, o que é comum em sistemas abertos de drenagem urinária (Figura 13). Isso ajudará a prevenir infecções e a contaminação das pacientes no pós-operatório.

Os quartos de banhos das pacientes precisam ser limpos e desinfetados diariamente. Um auxiliar de limpeza hospitalar deve cuidar deste trabalho importante. Qualquer lixo, incluindo absorventes usados, precisa de ser removido regularmente e as pacientes são aconselhadas a eliminar esses resíduos no caixote de resíduos hospitalares adequado.



Figura 13 Exemplo de uma enfermaria cirúrgica limpa e bem conservada

As áreas de lavagem para uso das pacientes devem ser limpas pelo menos diariamente. As pacientes são aconselhadas a tomar banho todos os dias e, em casos especiais, duas vezes por dia, incluindo lavagem vulvar e perineal diária e secar a pele para reduzir a infecção pós-operatória. Estas devem ser incentivadas a limpar e a secar o períneo após defecar. As pacientes também devem evitar introduzir os dedos na vagina, pois podem danificar a correção.