

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

BRENA KELLY BARROS DO NASCIMENTO

**ESTOMIA E GESTAÇÃO: COMO É ABORDADO NA LITERATURA?**

BRASÍLIA / DF,  
2017

BRENA KELLY BARROS DO NASCIMENTO

**ESTOMIA E GESTAÇÃO: COMO É ABORDADO NA LITERATURA?**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade de Brasília como parte dos requisitos para obtenção do grau de bacharel em enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Lúcia da Silva

BRASÍLIA / DF,  
2017

## **AGRADECIMENTOS**

### **Aos meus pais e família**

*Agradeço primeiramente aos meus pais pela frequente demonstração de amor; e ao contínuo incentivo aos estudos.*

### **Aos professores e professoras**

*Agradeço a todos os professores que acompanharam minha jornada enquanto universitária e foram essenciais à minha formação como profissional e minha evolução como pessoa.*

### **Aos meus amigos e amigas**

*Por fim, agradeço todos os amigos e amigas que compreenderam minha ausência; vocês estiveram sempre em meus pensamentos, e, com certeza são parte dessa vitória.*

“A gente fica esperando que a alegria haverá de chegar depois da formatura, do casamento, do nascimento, da viagem, da promoção, da loteria, da eleição, da casa nova, da separação, da aposentadoria... E ela não chega, porque a alegria não mora no futuro, mas só no agora.” – Rubem Alves

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades. Lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.” – Charles Chaplin

## **Estomia e gestação: como é abordado na literatura?**

### **RESUMO**

**Introdução:** A necessidade de submissão a operações por distúrbios do sistema urinário ou intestinal é ou já foi realidade para muitas mulheres em idade fértil. As principais causas desses distúrbios são doenças inflamatórias do intestino, más formações congênitas ou outros eventos com mau prognóstico. A literatura especializada alega que mulheres com estomias geralmente não têm a oportunidade de discutir dúvidas e experiências relacionadas à gestação, trabalho de parto e parto com outras mulheres que tiveram essas vivências. Há, apesar de algumas dificuldades apresentadas, evidências de que mulheres estomizadas que gestaram vivenciaram esse momento do ciclo vital com saúde e bem-estar.

**Objetivos:** Identificar estudos que relatem situações e cuidados vivenciados por mulheres com estomia, na ocorrência de gestação e seu desenvolvimento; Identificar problemas e potencialidades das mulheres estomizadas que vivenciaram o ciclo gravídico-puerperal; Compreender a atuação da equipe de enfermagem em tais situações. **Método:** Revisão integrativa da literatura durante o mês de março de 2016 e setembro de 2017, nas bases de dados *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature* (CINAHL), Literatura Latino-Americana e do Caribe e em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). A composição da amostra seguiu os critérios de inclusão: artigos originais, nos idiomas português, inglês ou espanhol, com texto disponível gratuitamente e sem limite de data.

**Resultados:** Dois artigos preencheram os requisitos da revisão. As autoras consultadas trazem que existem complicações relacionadas à presença da estomia, algumas sendo auto-resolutivas e outras demandando atenção especializada; e dão atenção especial ao manejo de sinais e sintomas, orientação antecipatória e importância de estimular o autocuidado. **Considerações finais:** A literatura sobre o assunto é escassa. As autoras dos artigos consultados afirmam que é possível gestar e parir de forma saudável, sendo uma mulher estomizada.

**Palavras chave:** estomia, gestação, cuidados de enfermagem, obstetrícia, enfermagem.

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - Dados bibliométricos dos artigos selecionados para revisão integrativa. Brasília – DF, 2017. .... P. 12

Tabela 2. Caracterização dos pontos abordados em cada estudo. Brasília – DF, 2017. .... P. 13

## Sumário

INTRODUÇÃO .....	8
JUSTIFICATIVA .....	9
OBJETIVOS .....	9
MÉTODOS .....	10
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	11
1 - Potenciais complicações para mulheres estomizadas que vivenciam o ciclo gravídico-puerperal .....	15
2 - Potencialidades da mulher estomizada que vivencia o ciclo gravídico puerperal	26
3 - Atuação da equipe de enfermagem .....	26
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	26
REFERÊNCIAS.....	27

## INTRODUÇÃO

Face à necessidade de realizar cirurgia para construção de uma estomia, cada paciente reage de forma diferente. A estomia altera vários aspectos da vida da pessoa, de ordens física e emocional, tendo efeito no convívio social. Como resultado, não é incomum que o indivíduo se sinta muito diferente dos outros e até mesmo excluído. Para prestar assistência de qualidade ao paciente estomizado, demanda-se dos profissionais de saúde uma reflexão sobre aspectos da reabilitação, sendo imprescindível investigar as necessidades desses pacientes, uma vez que são variadas e tendem a mudar constantemente. (SILVA; SHIMIZU, 2006).

Existem diferentes modalidades de estomias. A urostomia é um procedimento destinado a contornar a bexiga por causa de obstruções causadas por câncer, defeitos congênitos ou trauma. O canal ileal é o procedimento de urostomia mais comum feito para desviar a urina. Para mulheres em idade fértil, defeitos congênitos ou trauma representam a etiologia usual. O estoma é o menor dentre todos os desvios urinários e fecais. O aspecto característico do estoma é semelhante ao interior da boca na medida em que é molhado, brilhante e rosa escuro. (AUKAMP; SREDL, 2004).

Ileostomia é a criação cirúrgica de uma abertura no íleo ou intestino delgado geralmente por meio de um estoma ileal na parede abdominal para desvio fecal. O estoma deve parecer molhado, brilhante e rosa escuro. (AUKAMP; SREDL, 2004).

Conforme exposto por Aukamp e Sredl (2004), na realidade do país das autoras, a colostomia é o procedimento menos frequente para o desvio fecal em adultos jovens. Algumas mulheres em idade fértil foram submetidas a essa cirurgia devido a doença inflamatória, neoplasia, anomalias congênitas ou trauma. Polipose é uma etiologia comumente presente quando uma colostomia é realizada. O estoma pode estar localizado no abdômen no lado direito, transversal ou esquerdo do cólon. A superfície do estoma é o revestimento exposto do cólon, que é molhado, brilhante e vermelho escuro. (AUKAMP; SREDL, 2004).

Van Hom e Barret (1997) também apontam que muitas mulheres em idade fértil tiveram que se submeter a operações por distúrbios do sistema urinário ou intestinal, devido a doenças inflamatórias do intestino, más formações congênitas ou



outros eventos com prognóstico ruim. Essas mulheres, suas famílias e os profissionais de saúde que os assistem preocupam-se com os impactos desses distúrbios na fertilidade, ocorrência de gravidez, parto e puerpério. Além disso, os profissionais obstetras podem não ter experiência com pacientes que vivenciaram tais situações. (VAN HOM; BARRETT, 1997).

Ainda segundo as autoras, frequentemente, mulheres com estomias não têm a oportunidade de discutir questões relacionadas à gestação, trabalho de parto e parto com outras mulheres que tiveram essas experiências. Levando em consideração a realidade do país onde estas atuam, afirmam que uma mulher com estomia que tem questionamentos relacionados a gestações, com frequência buscará uma enfermeira estomaterapeuta para sanar suas dúvidas. (VAN HOM; BARRETT, 1997). Aukamp e Sredl (2004) pontuam que gestar e parir podem significar um desafio para mulheres com estomias. Porém, apesar das dificuldades apresentadas, mulheres com estomia que gestaram, se apresentaram como um contínuo de saúde e bem-estar. (AUKAMP; SREDL, 2004).

## **JUSTIFICATIVA**

Pessoa com estomias estão continuamente buscando atendimento nos serviços de saúde, e muitas dessas são mulheres em idade fértil e seus familiares. Há informações escassas sobre essa temática na literatura; portanto, o presente estudo se justifica como potencial fonte de dados para orientar profissionais de saúde no atendimento a esse público, com vistas a fornecer orientações com embasamento científico sobre experiências de mulheres estomizadas que vivenciaram o ciclo gravídico-puerperal.

## **OBJETIVOS**

- Identificar estudos que relatem situações e cuidados vivenciados por mulheres com estomia, na ocorrência de gestação e seu desenvolvimento;

- Identificar problemas e potencialidades das mulheres estomizadas que vivenciam o ciclo gravídico-puerperal;
- Compreender a atuação da equipe de enfermagem em tais situações.

## **MÉTODOS**

Trata-se de revisão integrativa da literatura. Segundo Sousa, Silva e Carvalho (2010), a revisão integrativa deve ser realizada com uma organização criteriosa, pois desta dependerá a validade do estudo. São percorridas seis fases, a saber: elaboração da pergunta norteadora; busca ou amostragem na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados; apresentação da revisão integrativa. As autoras pontuam que elaborar uma pergunta pode ser uma atividade difícil para os pesquisadores iniciantes, mas com o tempo aprende-se a fazer boas perguntas; essas são fundamentais para a realização de pesquisas relevantes para as ciências da saúde. (SOUSA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Ainda conforme o estudo, a primeira e segunda fases da revisão são complementares, pois além de ter uma boa pergunta, é de suma importância escolher os descritores que nos ajudarão a encontrar os estudos mais pertinentes aos nossos interesses. Para a terceira fase, a organização, como já citei, é elemento-chave, poupando tempo e auxiliando inclusive visualmente o trabalho de quem irá elencar os dados, e posteriormente, daqueles que irão ler; como orientação, as autoras trazem um modelo básico de organização dos dados. A fase da discussão de resultados tem como objetivos interpretar, sintetizar e comparar os dados evidenciados na análise dos artigos ao referencial teórico; além disso, identifica possíveis lacunas do conhecimento, podendo delimitar prioridades para estudos futuros. Na fase de apresentação da revisão integrativa deve-se ter o cuidado de não omitir quaisquer evidências relacionadas, e apontar relações ou conclusões com base na fonte primária, para evitar conclusões prematuras ou exclusão de evidências durante o processo. (SOUSA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Dessa forma, foi realizada coleta de dados a partir de fontes secundárias, por meio de levantamento biográfico em bases de dado. Tem-se como questão

norteadora: *Como as situações de mulheres com estomia que vivenciaram o ciclo gravídico-puerperal são abordadas na literatura?*

A composição da amostra seguiu os critérios de inclusão: artigos originais, nos idiomas português, inglês ou espanhol, com texto disponível gratuitamente e sem limite de data. Os critérios de exclusão foram: estudos em outros idiomas, revisões de literatura e trabalhos sem acesso gratuito ou acesso restrito por algum motivo.

A pesquisa foi realizada durante o mês de março de 2016. Foram verificadas as bases de dados *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature* (CINAHL), Literatura Latino-Americana e do Caribe e em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Foi realizada nova busca em setembro de 2017, para localizar possíveis novos estudos.

Para encontrar os artigos, foram utilizados os seguintes descritores: “estomia” E “gestação”, bem como seus correspondentes em inglês e espanhol (ostomy AND pregnancy; estomía Y embarazo). Em duas bases (LILACS e BDENF), foram tentadas combinações dos termos conforme os tipos de estomia comuns à região abdominal e pélvica: ileostomia e gestação, colostomia e gestação, jejunostomia e gestação, urostomia e gestação; na base CINAHL, o mecanismo de busca oferecia a possibilidade de adicionar essas variações em uma única pesquisa. Foram selecionados artigos cuja amostra constituiu-se de relatos sobre mulheres em situação concomitante de estomia e gestação, e cujas estomias fossem em área abdominal ou suprapúbica, independente do ciclo gravídico-puerperal. Inicialmente, foi realizada leitura dos resumos, e posteriormente, a íntegra dos textos selecionados.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Na base de dados *Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature* (CINAHL) foram encontrados quatro artigos que, por seus títulos, pareciam se enquadrar nos objetivos desta revisão. Após leitura de resumos, três foram selecionados, porém, só foi possível acessar o texto completo de dois.

Na base de dados BVS, foram encontrados artigos duplicados com os do CINAHL. Houve um artigo diferenciado, porém, sem texto completo disponível. No

LILACS, não foram encontrados resultados com os termos escolhidos para a revisão.

Portanto, esta revisão consta de dois artigos, selecionados após leitura do texto completo e conferência dos critérios de inclusão e exclusão. Trata-se de dois estudos descritivos. Quanto à origem dos estudos, ambos foram realizados nos Estados Unidos. Com relação ao ano de publicação, percebe-se que houve estagnação das pesquisas relacionadas a essa temática, visto que a diferença de um para outro foi de sete anos, e o último foi publicado no ano de 2004; há mais de dez anos (Tabela 1).

Tabela 1. Dados bibliométricos dos artigos selecionados para revisão integrativa. Brasília – DF, 2017.

Codificação	Título	Autor (es)	País	Ano	Idioma	Base de Dados
<b>A1</b>	<i>Pregnancy, Delivery, and Postpartum Experiences of Fifty-Four Women With Ostomies</i>	VAN HOM, Cheryl BARRETT, Patricia	Estados Unidos	1997	Inglês	CINAHL
<b>A2</b>	<i>Collaborative care management for a pregnant woman with an ostomy</i>	AUKAMP, Virginia SREDL, Darlene	Estados Unidos	2004	Inglês	CINAHL

Tendo em vista o que foi abordado na tabela 1, verifica-se que há escassos estudos acerca dessa temática, uma vez que houve um hiato de sete anos de um estudo para o outro, e que o último foi publicado há mais de dez anos. Outro ponto a ser destacado é que não há estudos em idiomas diferentes do inglês; não foram encontrados nenhum em língua portuguesa e nem realizados no Brasil. Infere-se que os profissionais de enfermagem no Brasil podem não estar atualizados quanto aos conhecimentos necessários para atender esse público.

A tabela 2 foi elaborada para trazer um resumo das principais ideias abordadas em cada um dos artigos selecionados. Os dois estudos têm foco na descrição das situações vivenciadas por mulheres estomizadas durante o ciclo gravídico-puerperal, abordam as potenciais complicações relacionadas à presença do estoma, e enfatizam a orientação de enfermagem e a promoção do autocuidado.

Tabela 2. Caracterização dos pontos abordados em cada estudo. Brasília – DF, 2017.

<b>Cod.</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Desenho</b>	<b>Resultados</b>
<b>A1</b>	Descrever o período gestacional, parto e puerpério de 54 mulheres estomizadas.	74 questionários com 12 perguntas enviados para pacientes da clínica de estomaterapia e outras associações de estomizados.	Foram devolvidos 54 questionários respondidos, com relato de mulheres que vivenciaram o ciclo gravídico puerperal, incluindo quais foram as complicações e o desfecho.
<b>A2</b>	Descrever as principais complicações que podem ocorrer com gestantes estomizadas, quais são as características de um estoma saudável, e dar orientações para o autocuidado.	Entrevista com parteiras, enfermeiras de <i>home-care</i> , enfermeiras obstetras e estomaterapeutas.	O estudo traz uma abordagem geral das complicações, conforme cada tipo de estoma; e tem ênfase na educação em saúde e promoção do autocuidado.

Existe, porém, uma diferença a se destacar entre o estudo A1 e o A2: este trouxe um desenho bem definido e apresentou em anexo os formulários com as perguntas enviadas para as pacientes, conforme o tipo de estomia; aquele, apesar de afirmar que foram realizadas entrevistas, não deixa claro quantos profissionais

foram entrevistados e nem quais foram exatamente as perguntas; dessa forma, traz informações diversas e importantes, no entanto, não tem rigor metodológico.

No estudo A1, dos setenta e quatro questionários enviados, cinquenta e quatro foram respondidos. Desse total, quarenta e cinco (83%) eram de mulheres com ileostomia. Dessas, trinta e uma fizeram cirurgia por causa de colite ulcerativa e quatorze por Doença de Crohn. Fazem parte da amostra de mulheres com urostomia, seis mulheres (11%), por defeitos congênitos; das quais, cinco com conduto ileal e uma com conduto colônico. Da amostra de mulheres com ileostomia continente por colite ulcerosa, fazem parte três (5%). Uma mulher com reservatório pélvico respondeu ao estudo, porém, por ser a única, não foi considerada no estudo. Não houve relatos de mulheres com colostomias. (VAN HOM; BARRETT, 1997). A média de idade foi 24 a 67 anos; o total de gestações relatadas foi 95. Os intervalos entre a realização da cirurgia de estomia e a ocorrência de gravidez variaram de aproximadamente 5 meses até 22 anos. (VAN HOM; BARRETT, 1997).

O estudo A2, por sua vez, traz que três tipos de estoma são comumente vistos, no caso de mulheres estomizadas grávidas: ileostomia, urostomia e colostomia. Dessas, a ileostomia é a mais provável de ser encontrada. (AUKAMP; SREDL, 2004).

Esse artigo traz uma descrição geral de sinais e sintomas de complicações em diferentes momentos do ciclo gravídico-puerperal, inclusive orientações para o cuidado pré-concepcional. São abordadas algumas das principais complicações, como detectá-las e como manejá-las. Enfatizou-se o auto-cuidado e a importância de existir uma equipe multiprofissional cuidando dessa mulher, seu/sua parceiro/a e familiares. (AUKAMP; SREDL, 2004).

Para apresentar as informações que respondem ao objetivo desta revisão, os resultados foram separados em três categorias: “Potenciais complicações para mulheres estomizadas que vivenciam o ciclo gravídico-puerperal”, “Potencialidades da mulher estomizada que vivencia o ciclo gravídico puerperal” e “Atuação da equipe de enfermagem”. A primeira categoria foi subdividida em Orientação antecipada na pré-concepção; Considerações sobre problemas de fertilidade; Considerações sobre ocorrência de abortamento; Principais complicações e orientações para o primeiro trimestre; Principais complicações e orientações para o segundo e terceiro trimestres; Momento do parto (via de parto); Complicações no pós-parto relacionadas à estomia.

## **1 - Potenciais complicações para mulheres estomizadas que vivenciam o ciclo gravídico-puerperal**

### ***1.1 - Orientação antecipada na pré-concepção***

O estudo A2 traz que a atenção pré-natal para mulheres estomizadas deve idealmente começar durante o período pré-concepcional. A mulher deve ter sua saúde avaliada, priorizando-se seu histórico médico e estado atual da doença que motivou a realização da estomia. As autoras enfatizam a importância de uma reunião multiprofissional para orientar a mulher, seu parceiro e familiares, com vistas a desenvolver um plano para a gravidez. (AUKAMP; SREDL, 2004).

Sugere-se tornar a mulher e o seu par os elementos centrais desse atendimento. Thompson (1997 apud AUKAMP; SREDL, 2004) relatou que a maioria dos pacientes com estomia escolheram se integrar a uma equipe de saúde no processo decisório sobre seu auto-cuidado, porque seu nível de conhecimento acerca da própria condição de saúde era geralmente baixo. Dessa forma, as autoras sugerem a programação individualizada de visitas pré-concepcionais para detecção oportuna de sinais e sintomas de problemas; a periodicidade dependerá da situação de saúde da mulher, podendo variar de comunicação diária via telefone, em caso de sintomas de Doença Intestinal Inflamatória, a visitas a cada duas semanas ou mensalmente. A cada visita, deve-se avaliar a mulher quanto ao padrão alimentar, ocorrência de diarreia, náuseas e vômitos, e cólicas abdominais. Para os dias em que a mulher não for avaliada por profissional, é sugerido a realização de diários, para registrar sintomas potenciais. (AUKAMP; SREDL, 2004).

### ***1.2 - Considerações sobre problemas de fertilidade***

No estudo A1, oito mulheres (15% do total de entrevistadas) relataram problemas de fertilidade. Não houve diferença significativa entre as mulheres que tiveram a cirurgia de estomia por colite ulcerativa, Doença de Crohn ou desvio no trato urinário. Cinco listaram adesão pélvica como causa da infertilidade. Duas relataram ter útero invertido e uma relatou histórico de endometriose. Duas referiram

mais de um problema de fertilidade; e três não tiveram certeza da causa de seus problemas de fertilidade. (VAN HOM; BARRETT, 1997).

### ***1.3 - Considerações sobre ocorrência de abortamento***

No estudo A1, nove das 54 mulheres relataram a ocorrência de abortamentos. Uma mulher sofreu dois abortamentos. Sendo um total de dez abortamentos, dentre 95 gestações. Todos os abortamentos ocorreram no primeiro trimestre de gestação; nenhum abortamento teve a estomia como causa ou fator relacionado. A mulher que sofreu dois abortamentos, posteriormente deu à luz. Uma mulher deu à luz um natimorto; depois sofreu um abortamento, e posteriormente deu à luz duas crianças. (VAN HOM; BARRETT, 1997).

No estudo A2, a Doença Intestinal Inflamatória (DII) é mencionada como relativamente comum em mulheres em idade fértil; podendo ser aguda ou crônica. É difícil de ser diagnosticada durante a gestação e os efeitos sobre a mesma são incertos. Segundo as autoras, apesar de a ocorrência de gravidez não afetar a chance de um "ataque" da doença, mulheres com DII aguda, ou com exacerbação da DII crônica, quando engravidam, têm maior risco de abortamento. (AUKAMP; SREDL, 2004).

### ***1.4 - Principais complicações e orientações para o primeiro trimestre***

No Estudo A2, afirma-se que o primeiro trimestre traz consigo um desafio para a mulher estomizada e gestante: o manejo das náuseas e vômitos. Segundo as autoras, esses sintomas afetam 80% das mulheres gestantes na cultura ocidental. Como conduta, a cliente deve ser orientada a comunicar caso apresente vômitos mais de uma vez ao dia, ou se apresentar sinais de desidratação, tais como boca ressecada e/ou urina concentrada. Isso é enfatizado para o caso das mulheres com desvios urinários ou fecais que necessitam de informações específicas quanto ao manejo do balanço de fluidos e eletrólitos, bem como necessidades nutricionais. (AUKAMP; SREDL, 2004).

As autoras trazem que a prevenção e manejo do desequilíbrio hidroeletrólítico são desafios para gestantes ileostomizadas, visto que há perda das funções absorptivas do cólon e alteração do ritmo intestinal anteriormente fornecidas pela



válvula ileocecal. Conforme esse estudo, a pessoa estomizada tem uma perda de cerca de 500 a 750 ml de fluidos via estoma por dia, comparada com a média de 100 a 200 ml que uma pessoa com cólon intacto perde. No caso da mulher estomizada, esta está em risco muito aumentado de desequilíbrio hidroeletrólítico durante períodos de aumento de perdas (vômito e diarreia) ou redução da ingestão durante os enjoos matinais. (AUKAMP; SREDL, 2004).

Nesses casos, conforme as autoras, a conduta é informar sobre a importância de uma vigorosa reposição de fluidos, compensando a perda de eletrólitos, detectar imediatamente os sinais e sintomas de desequilíbrio hidroeletrólítico, bem como da notificar imediatamente um profissional de saúde caso a mulher não seja capaz de repor o que perdeu. Quanto às medidas para o autocuidado na ocorrência de náuseas e vômitos, inclui-se evitar odores ou fatores que "disparam" o sintoma; comer biscoitos tipo "Cream Crackers" ou torradas antes de levantar da cama pela manhã; ingerir refeições pequenas em quantidades reduzidas, com frequência aumentada; evitar ingerir alimentos gordurosos ou muito temperados; Complementar as refeições secas com fluidos e ingerir fluidos frequentemente entre as refeições. Em caso de desidratação, deve-se fornecer fluidos e eletrólitos via parenteral, com a quantidade apropriada de sódio, potássio, cloreto, lactato ou bicarbonato, glicose e água. (AUKAMP; SREDL, 2004).

Quanto à orientação nutricional, as autoras afirmam que pode-se seguir as diretrizes gerais de nutrição materno-infantil, incluindo uma dieta variada, com boa densidade de nutrientes e quantidade adequada de calorias conforme o estágio da gestação e do desenvolvimento fetal. As informações no estudo A2 apontam que o controle de odores e gases pode ser um problema, e enfermeiras e parteiras podem orientar sobre o que influencia a formação desses gases. As principais fontes citadas como geradoras de gases são o ar deglutido, bebidas carbonatadas e gases formados por bactérias que atuam em alimentos não digeridos. Refere-se, ainda que muitos estomizados manipulam suas dietas para proporcionar controle do odor. Dessa forma, a mulher estomizada deve ser orientada a evitar alimentos formadores de gases e bebidas carbonatadas. Quanto ao odor, pode-se orientar o uso de equipamento coletor à prova de odor e a realizar limpeza frequente do equipamento. Existem desodorantes próprios para utilizar nos equipamentos e nos ambientes. (AUKAMP; SREDL, 2004).

## **1.5 Principais complicações e orientações para o segundo e terceiro trimestres**

O estudo A2 traz como possíveis complicações do segundo e terceiro trimestres: constipação intestinal, a qual pode evoluir para obstrução intestinal; suscetibilidade aumentada a infecções urinárias (agravado para mulheres com urostomias), prolapso do estoma, hérnia paraestomal, estenose, retração do estoma, lacerações e sangramento peri-estoma. (AUKAMP; SREDL, 2004).

Dos problemas potenciais durante gestação e parto, sugeridos nos questionários do estudo A1: Dezesete mulheres (31,5%) relataram: nenhum problema; trinta e sete (68,5%) relataram problemas durante o segundo ou terceiro trimestres, dos quais não necessitaram intervenção médica para a resolução, na maioria dos casos. (VAN HOM; BARRETT, 1997). As autoras apresentaram esses problemas na ordem de maior para menor frequência de relato: 1 - problema com equipamento coletor; 2 - obstrução intestinal; 3 - prolapso do estoma. Dessa maneira, convém trazer as informações acerca desses problemas criando sub-itens para tratar dos problemas mais frequentes e dos outros também mencionados no estudo A1 e A2.

### **1.5.1 Problema com equipamento coletor**

No estudo A1, dezessete mulheres (31,5%) referiram ter tido problemas com o equipamento coletor durante o segundo ou terceiro trimestre de gestação. Como soluções desse problema, foi sugerido aumentar o diâmetro do equipamento coletor; usar um sistema coletor diferente; alterar a convexidade do equipamento; utilizar um equipamento mais flexível e com cinto. Algumas mulheres relataram a necessidade de usar um espelho para auxiliar no correto posicionamento do equipamento coletor, tendo em vista o aumento do abdome. (VAN HOM; BARRETT, 1997).

As autoras do estudo A2 também referem que o uso de um espelho para observar e localizar o estoma à medida que o abdômen aumenta é uma ação necessária para garantir a colocação correta do equipamento coletor para evitar vazamentos. Segundo elas, a forma do estoma muda à medida que o abdômen aumenta, muitas vezes se tornando mais oval. Dessa forma, pode ser necessário um tamanho e tipo diferentes de equipamento coletor, com um orifício de corte

personalizado para garantir um ajuste adequado. As alterações da pele devido a flutuações hormonais geralmente são percebidas quando o equipamento usual não se ajusta bem. (AUKAMP; SREDL, 2004).

Utilizar adesivo extra pode ajudar a resolver o problema, segundo as autoras, mas as alterações da pele tornam-se mais pronunciadas à medida que a gravidez avança. Um aumento da frequência de troca, com uso de adesivo extra e vazamentos persistentes podem causar irritações ou lesões na pele. O uso de uma barreira protetora pode resolver o problema do adesivo enquanto protege a pele. O monitoramento da pele ao redor do estoma é essencial para prevenir a erosão periestomal. (AUKAMP; SREDL, 2004).

Ainda conforme o estudo A2, à medida que a gravidez avança, o estoma pode ficar mais curto ou mais longo. Se o estoma encurta, pode retrair-se abaixo das flanges do aparelho, causando mais vazamentos, especialmente à noite, quando a mulher está deitada. Escapes do conteúdo fecal podem ocorrer quando a pessoa está nessa posição, porque a mudança no formato do abdômen torna o estoma mais lateral. O deslocamento lateral do estoma pode criar mais preocupações ao colocar o equipamento coletor. Ao se deitar na posição lateral também é possível alterar o formato do equipamento coletor, resultando em vazamentos. (AUKAMP; SREDL, 2004).

Quanto às mulheres com urostomias e seus problemas com equipamento, o estudo A2 aponta que pode inadvertidamente acontecer uma torção na tubulação dos cateteres, resultando em um fluxo de urina fraco. O uso de um dispositivo de fixação, e um posicionamento cuidadoso com travesseiros na hora de dormir ajudará a evitar as torções. Orienta-se também utilizar forros na cama para casos de vazamento do conteúdo. (AUKAMP; SREDL, 2004).

### ***1.5.2 Obstrução intestinal***

Conforme o estudo A2, a constipação é uma preocupação comum no terceiro trimestre da gravidez e também pode levar à obstrução intestinal, a qual pode ser uma grande complicação para a estomizada grávida. Medidas de autocuidado para prevenir e tratar constipação incluem aumento da ingestão de líquidos, desenvolvimento de hábitos intestinais regulares e uso de amaciantes de fezes conforme recomendação médica. (AUKAMP; SREDL, 2004).

Se a constipação ocorre no final da gravidez, os sintomas de obstrução (náuseas, vômitos, dor abdominal) podem ser confundidos com o trabalho de parto e não são tratados por profissionais de saúde que não estão familiarizados com questões colorretais. Conforme CUNNINGHAM et al. (1997 apud\_AUKAMP; SREDL, 2004), é mais provável que a obstrução intestinal ocorra em um período avançada da gestação, quando a cabeça fetal desce, ou imediatamente pós-parto, quando há uma alteração aguda no tamanho do útero. (CUNNINGHAM et al., 1997 apud AUKAMP; SREDL, 2004). Isso pode causar atraso no reconhecimento de uma obstrução, o que pode levar a complicações maternas, incluindo a morte. Sugere-se que o monitoramento fetal eletrônico é importante para diferenciar a dor abdominal de uma obstrução ou dor de possível contração e parto prematuro. O reconhecimento e tratamento da obstrução requer o alívio imediato da obstrução, geralmente por sucção nasogástrica ou intervenção cirúrgica. (AUKAMP; SREDL, 2004).

No estudo A1, dentre as mulheres com ileostomia (45), onze (24%) relataram obstrução intestinal (cinco durante o segundo trimestre e seis durante o terceiro trimestre); Uma mulher referiu ter precisado de cirurgia; outras referiram ter se submetido a lavagem ileal ou uso de cateter nasogástrico e curto período de hospitalização. Todas relatam, que após o parto, o problema foi totalmente resolvido. Nenhuma mulher com ileostomia ou urostomia continentes relatou obstrução. (VAN HOM; BARRETT, 1997).

### **1.5.3 Prolapso do estoma**

De acordo com o estudo A2, o prolapso do estoma ocorre quando o estoma intestinal "desliza" da conexão para além da abertura na parede abdominal. O vômito excessivo em qualquer trimestre da gravidez pode contribuir para o desenvolvimento de um prolapso ou formação de hérnia. (AUKAMP; SREDL, 2004).

Conforme Nicholl, Thompson e Cox (1993 apud AUKAMP; SREDL, 2004)O prolapso pode exigir correção cirúrgica se a circulação para o intestino não puder ser gerenciada por tratamento conservador ou caso seja comprometida. (NICHOLL; THOMPSON; COX, 1993 apud AUKAMP; SREDL, 2004). Em alguns casos, o médico pode reduzir o prolapso com uma suave pressão contínua na parte distal do estoma, devolvendo o intestino ao local intraperitoneal. Se o intestino estiver

edemaciado, compressas frias podem ser usadas por curtos períodos de tempo para aliviar o edema facilitando a redução do prolapso. Quando um prolapso é gerenciado de forma conservadora, a paciente requer suporte emocional e reavaliação frequente de sua rotina de gerenciamento (HAMPTON; BRYANT, 1992 apud AUKAMP; SREDL, 2004). Cuidados devem ser tomados para garantir que o intestino prolapsado não seja danificado e que o orifício possa precisar ser redimensionado para acomodar o aumento do tamanho do estoma. (AUKAMP; SREDL, 2004).

No estudo A1, oito mulheres (15%) relatam ter tido esse problema no terceiro trimestre. Uma mulher relatou que ficava em decúbito dorsal e delicadamente reposicionava o estoma. Para outra, utilizar roupas íntimas folgadas preveniu a recorrência do problema. Duas mulheres referiram ter necessitado de revisão da estomia após o parto; cinco mulheres relataram resolução espontânea após o parto. (VAN HOM; BARRETT, 1997).

#### ***1.5.4 Hérnia periestomal***

No estudo A2, descreve-se a hérnia paraestomal como uma protuberância em torno do estoma com risco de estrangulamento, e associada diminuição do fornecimento de sangue, podendo causar isquemia e necrose rapidamente. Dependendo da gravidade, a mulher pode estar assintomática ou apresentar sintomas de abdome agudo. A mulher assintomática precisa ser encaminhada para avaliação de cirurgia eletiva após o parto. A mulher com sintomas indicativos de um abdômen agudo requer consulta imediata com um médico. (AUKAMP; SREDL, 2004).

Orienta-se, no estudo A2, o trabalho multiprofissional envolvendo médicos, parteiras e enfermeiras obstetras na tomada de medidas preventivas visando ao aumento do tônus abdominal, controle de peso e evitar levantar pesos até remissão do problema. O uso de cinta para encaixar o estoma ao equipamento coletor pode fornecer suporte para a parede abdominal de mulheres com tônus pobre, ou aquelas que têm tosse crônica. Outras orientações para essas mulheres seria modificar as rotinas intestinais, escolha de equipamento coletor e cintos de suporte adequados e mudanças nas técnicas de irrigação. (AUKAMP; SREDL, 2004).

No estudo A1, quatro mulheres (7% da amostra total), dentre as com ileostomia, reportaram esse problema. Uma mulher relatou que usou uma cinta para promover o conforto durante a sua gravidez; duas referiram melhora do problema espontaneamente, após o parto; duas referiram ter necessitado de operação para correção um tempo após o parto. (VAN HOM; BARRETT, 1997).

### **1.5.5 Sangramento periestoma e lacerações**

No estudo A2, sugere-se que a limpeza vigorosa do estoma geralmente causa sangramento. Recomenda-se uma técnica suave de limpeza. (AUKAMP; SREDL, 2004).

No estudo A1, três mulheres (5%) relatam ter tido esse problema durante o terceiro trimestre. Como solução citaram a aplicação de compressas frias. Uma mulher relatou ter usado pó de karaya como coagulante, como tratamento caseiro. O mesmo problema não ocorreu nos grupos de mulheres com urostomia ou ileostomia continente. (VAN HOM; BARRETT, 1997).

Quanto às lacerações, o estudo A2 define laceração como, muitas vezes, o resultado de uma fraca adesão do equipamento coletor ou devido a um trauma. Trata-se eliminando-se a causa. Muitas vezes, a laceração irá curar sem sutura se a área for mantida limpa com água, sabão muito suave e aplicação de um pó de hidrocoloide para prevenir a contaminação fecal. (NICHOLL; THOMPSON; COX, 1993 apud AUKAMP; SREDL, 2004). As lacerações com sangramento abundante precisam ser encaminhadas para um médico. (AUKAMP; SREDL, 2004).

### **1.5.6 Retração do estoma**

As autoras do estudo A2 apontam que a retração do estoma dificulta a adesão do equipamento à pele. Segundo elas, é recomendado buscar a colaboração de uma enfermeira estomaterapeuta como um recurso para a equipe de cuidados, uma vez que um aparelho convexo pode ser necessário e pode ser adaptado adequadamente ao paciente. (AUKAMP; SREDL, 2004).

No estudo A1, duas mulheres relataram esse problema (4%, dentre as com ileostomia) durante o terceiro trimestre. Uma delas refere ter resolvido o problema aumentando a frequência de troca do equipamento coletor e ajuste do diâmetro do

equipamento coletor. A outra referiu ter pedido revisão da operação após o parto. (VAN HOM; BARRETT, 1997).

### ***1.5.7 Infecção do trato urinário (ITU)***

Conforme abordado no estudo A2, todas as mulheres grávidas são suscetíveis a infecções do trato urinário (ITU). Mulheres grávidas com colostomia ou ileostomia que ainda têm bexigas podem esperar para experimentar os mesmos problemas em relação à ITU como outras mulheres grávidas. Sinais de ITU, tais quais aumento da frequência urinária, e desconforto podem surgir em qualquer ponto durante a gravidez. A estase da urina pode tornar a gestante com uma ostomia mais suscetível à infecção. (AUKAMP; SREDL, 2004).

A situação pode ser diferente para a mulher com um desvio urinário. Nessas mulheres a urina flui do rim para o ureter para dentro do canal (tubo) feito a partir do íleo que o transporta para a bolsa externa. Embora a estase de urina não seja um problema, essas mulheres já estão em maior risco de ITU devido à ausência de bexiga, uretra e seus mecanismos fisiológicos de proteção. Quando as mulheres com urostomia adquirem ITU, não experimentam os sintomas habituais de urgência, frequência aumentada e ardor, porque não têm mais bexiga ou uretra. Elas podem sentir desconforto. Este sentimento de desconforto pode ser confuso, já que muitas causas de desconforto podem vir à mente. As mulheres grávidas com urostomia e ITU podem ter urina escura, com traços de sangue ou turva. (AUKAMP; SREDL, 2004).

Ainda segundo as autoras, uma ITU durante a gravidez deve ser tratada de forma agressiva para prevenir o desenvolvimento de pielonefrite, uma séria complicação para a mãe e o feto. Na segunda metade da gravidez, uma mulher com sintomas de ITU tem maior risco de parto prematuro. A atenção deve estar focada na promoção do tratamento eficaz da ITU e prevenção recidiva. (AUKAMP; SREDL, 2004).

No estudo A1, três das seis (50%) mulheres com urostomia referiram ITU recorrente. Todas seguiram esquema de antimicrobianos; uma precisou de internação hospitalar. (VAN HOM; BARRETT, 1997).

### ***1.5.8 Problemas das mulheres com ileostomia continente***

No estudo A1, das três mulheres com ileostomia continente que responderam: uma não refere problema algum; uma teve processo inflamatório inespecífico (de causa ainda desconhecida) do reservatório ileal, que foi resolvido durante o terceiro trimestre; uma relatou prolapso no "bico" da válvula do dispositivo, porém, antes da gestação. Aproximadamente durante o sexto mês de gestação, ela teve dificuldades, apresentando incontinência e necessitando intubação (procedimento específico desse tipo de estomia), como resultado da expansão do abdômen e movimentação do feto. Foi necessária a drenagem constante, e feita revisão do "bico" da válvula cinco meses após o parto. (VAN HOM; BARRETT, 1997).

### **1.6 - MOMENTO DO PARTO / VIA DE PARTO**

Conforme as autoras do estudo A2, a mulher grávida com estomia vivencia trabalho de parto semelhante a qualquer outra mulher grávida. Orienta-se para que, enquanto a mãe estiver empurrando durante a segunda etapa do trabalho, observar o estoma durante e após cada contração e episódio de empurrar, documentando a avaliação adequadamente. O conteúdo do estoma pode escorrer em torno do equipamento coletor. (AUKAMP; SREDL, 2004).

No estudo A1, onze dos 85 partos com crianças vivas (13%) foram prematuros, com grau de prematuridade variando de uma a oito semanas. Das razões para a prematuridade, teve-se que: Mãe diabética (um caso); Sangramento vaginal (um caso); Pré-eclâmpsia e ruptura da placenta (um caso); Ruptura de bolsa amniótica (um caso); Gestação gemelar (um caso); Colestase (um caso); causa desconhecida (cinco casos). (VAN HOM; BARRETT, 1997).

### **VIA DE PARTO**

No estudo A1, a via de parto das entrevistadas foi um total de 35 partos vaginais (59 crianças, incluindo um casal de gêmeos). Vinte foram por cirurgia cesárea. A maioria das mulheres relatou que a estomia não teve relação com a necessidade de cirurgia cesárea. Foram relatados oito casos em que a cirurgia cesárea foi relacionada à existência da estomia, a saber: Cicatriz retal (cinco casos) - conforme as autoras, o tecido fibrótico interfere na elasticidade do períneo e



dificulta a passagem do bebê; Histórico de fístula vaginal (um caso); Prolapso de estomia (um caso); Adesão pélvica (um caso). (VAN HOM; BARRETT, 1997). O estudo A2 traz que a taxa de natalidade cesárea para mulheres com ostomia é de cerca de 27%, semelhante à população geral. (CUNNINGHAM, 1997 apud AUKAMP; SREDL, 2004).

Dos motivos não relacionados à estomia foram relatados: sofrimento fetal (três casos); “pelve estreita” (três casos); cirurgias cesáreas prévias à ostomia (dois casos); prolapso de cordão umbilical (dois casos); apresentação do feto era pélvica (um caso); feto “não encaixou” (um caso); tumor fibroide (um caso); sangramento vaginal (um caso); ruptura da placenta/ pré-eclâmpsia (um caso). (VAN HOM; BARRETT, 1997).

### **1.7 COMPLICAÇÕES NO PÓS-PARTO RELACIONADAS À ESTOMIA**

O estudo A2 traz que, para a maioria das mulheres, o período pós-parto corre bem e a involução prossegue conforme esperado. Isso também é verdade para a mulher com estomia que deu à luz. Para estas, as ações de obstetrícia que devem ser adicionadas à avaliação pós-parto incluem a verificação do estoma, equipamento coletor e débito de líquidos, bem como o gerenciamento da dor. O nascimento muda de novo o contorno do abdômen e muitas tentativas podem acontecer antes de conseguir tornar o equipamento livre de vazamento. Os hormônios em mudança continuam a ter um efeito na textura e na umidade na pele. As autoras sugerem que é útil orientar à nova mãe que ela considere esvaziar seu equipamento antes de alimentar o bebê, por precaução. Ainda segundo elas, à medida que as semanas passam, um bebê ativo pode desacoplar um equipamento coletor completamente ou de forma a causar vazamento. (AUKAMP; SREDL, 2004).

No estudo A1, quarenta e seis por cento das mulheres (85% do total) referem não ter tido complicações relacionadas à estomia no puerpério. Oito mulheres relataram os seguintes problemas relacionados às suas estomias no pós-parto: Hérnia periestomal (dois casos); “Bolsite”: processo inflamatório inespecífico - de causa ainda desconhecida do reservatório ileal (dois casos); dor em região periestomal (um caso); prolapso do “bico” da válvula (bolsa interna - ocorreu antes da gestação, em uma mulher com ileostomia continente e foi necessária intervenção cirúrgica após o parto [um caso]). (VAN HOM; BARRETT, 1997).

Não houve relato de problemas pós-parto das seis mulheres com urostomia, nem das vinte mulheres cujas vias de parto foram mediante cirurgias cesáreas. (VAN HOM; BARRETT, 1997).

## **2 - Potencialidades da mulher estomizada que vivencia o ciclo gravídico puerperal**

No estudo A1, as autoras trazem relatos de mulheres estomizadas informando que as mesmas se sentiram felizes em poder compartilhar suas histórias com outras mulheres, sendo que algumas referem não ter tido orientação e a mesma oportunidade quando passaram por essa situação. Uma mulher afirma que, não fosse pela necessidade de realizar cirurgia para construção de uma ileostomia, não poderia ter dado à luz. (VAN HOM; BARRETT, 1997). No estudo A2, as autoras afirmam que existem problemas potenciais que podem ocorrer com essas mulheres, porém, elas se apresentam como um contínuo de saúde e bem-estar. (AUKAMP; SREDL, 2004).

## **3 - Atuação da equipe de enfermagem**

As autoras do estudo A1 mencionam que na realidade do país delas, as mulheres estomizadas que tiveram dúvidas relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal buscaram ajuda de enfermeiras estomaterapeutas com frequência. (VAN HOM; BARRETT, 1997).

O estudo A2 enfatiza a importância do trabalho em equipe profissional, devido à variedade de habilidades e bases de conhecimento. Porém, refere que a enfermeira / parteira é a defensora e coordenadora de cuidados para a família do cliente. (AUKAMP; SREDL, 2004).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Por fim, pode-se considerar a literatura acerca dessa temática escassa, limitada. Não houve estudos em idiomas diferentes do inglês, e mesmo os estudos

nesse idioma estavam com acesso restrito. O que foi encontrado reflete a realidade do serviço de saúde norte-americano, e para aplicar a outros países seriam necessárias adaptações e novas leituras.

Apesar de escassas, as informações encontradas são de excelente qualidade, mostrando que existem mulheres estomizadas que não apresentarão problemas relacionados ao estoma, algumas que terão problemas, porém, sem grandes complicações e aquelas que precisarão de um cuidado intensivo devido à gravidade da situação. A ênfase na orientação antecipada demonstra a necessidade de conhecer cada mulher na sua particularidade, e criar planos de cuidados adequados - algo muito característico da ciência da Enfermagem.

Pode-se dizer que a literatura enfatiza ser possível gestar e parir de forma saudável, enquanto mulher estomizada. Para tanto, os profissionais de saúde devem estar a par das possíveis complicações, de forma a garantir a essa mulher, seus parceiros e familiares a atenção qualificada de que necessitam para vivenciarem essa experiência de forma plena. Por meio do exposto nessa revisão, sugere-se a criação de protocolos, diagnósticos de enfermagem específicos para essas mulheres, cartilhas para instruir profissionais de saúde e pacientes. Há ainda que perceber lacunas no conhecimento e realizar novas investigações, a fim de aumentar o escopo de informações com base científica.

## REFERÊNCIAS

1. SILVA A. L., SHIMIZU H. E.. *O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva*. Rev Latino-am Enfermagem 2006 julho-agosto; 14(4):483-90.

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692006000400003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000400003)

Acesso em: 25 set. 2016

2. VAN HOM, C. BARRETT, P. Pregnancy, delivery, and postpartum experiences of fifty-four women with ostomies. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*, 1997 May; 24(3): 151-162. 12p.

3. AUKAMP, V; SREDL, D. Collaborative care management for a pregnant woman with an ostomy. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery*, 2004 Feb; 10(1): 5-12. 8p.
  
4. SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R.. *Revisão integrativa: o que é e como fazer.* einstein. 2010; 8(1 Pt 1):102-6. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082010000100102&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082010000100102&script=sci_arttext&tlng=pt) Acesso em: 10 fev. 2017.