



## ÓBITO EM GRAVIDEZ GEMELAR ASSOCIADO À OBSTRUÇÃO INTESTINAL: RELATO DE CASO CLÍNICO

### DEATH IN TWIN PREGNANCY ASSOCIATED WITH INTESTINAL OBSTRUCTION: A CLINICAL CASE REPORT

### MUERTE EN EL EMBARAZO GEMELAR ASOCIADA CON OBSTRUCCIÓN INTESTINAL: REPORTE DE UN CASO

*Luísa dos Santos Belém<sup>1</sup>, Aline Lima da Silva<sup>2</sup>, Jane Baptista Quitete<sup>3</sup>*

#### RESUMO

**Objetivo:** relatar o caso de óbito materno de uma gestante. **Método:** estudo descritivo, retrospectivo, de abordagem qualitativa, desenvolvido em um hospital público da baixada litorânea/RJ. **Resultados:** gestante, 22 anos, gravidez gemelar de 25 semanas, deu entrada 3 vezes no setor de emergência obstétrica de um hospital público da baixada litorânea, no intervalo de 18 dias, com queixa de epigastria, náuseas, vômito e dor abdominal, sendo medicada com sintomáticos e liberada para residência. Ao retornar pela quarta vez, 24 horas após o último atendimento, encontrava-se em óbito tendo *causa mortis* bronco aspiração maciça. **Conclusão:** ressalta-se a importância do cuidado integral às gestantes, identificando-se sinais e sintomas que extrapolam a fisiologia da gestação e tornam-se agravos à saúde da gestante e do feto.

**Descritores:** Gravidez de Gêmeos; Enfermagem Obstétrica; Obstrução Intestinal; Mortalidade Materna; Mortalidade Fetal.

#### ABSTRACT

**Objective:** to report the case of maternal death of a pregnant woman. **Method:** descriptive, retrospective study of qualitative approach, developed at a public hospital in the coastal lowland/RJ. **Results:** pregnant, 22 years old, 25 weeks twin pregnancy, was admitted three times at the obstetric emergency department of a public hospital in the coastal lowlands, in an 18-day interval, complaining of epigastric pain, nausea, vomiting and abdominal pain, being medicated with symptomatic and released for residence. When returning for the fourth time, 24 hours after the last attendance, she died, with bronco massive aspiration as *causa mortis*. **Conclusion:** it is emphasized the importance of comprehensive care to pregnant women, identifying signs and symptoms that go beyond the physiology of pregnancy and become health risks to the mother and her fetus. **Descriptors:** Twin Pregnancy; Obstetric Nursing; Intestinal Obstruction; Maternal Mortality; Fetal Mortality.

#### RESUMEN

**Objetivo:** relatar el caso de muerte materna de una mujer embarazada. **Método:** estudio descriptivo, retrospectivo, de enfoque cualitativo, desarrollado en un hospital público de la llanura costera/RJ. **Resultados:** una mujer embarazada, con 22 años, embarazo gemelar de 25 semanas, fue admitida tres veces en el departamento de emergencia obstétrica de un hospital público en la llanura costera, con un intervalo de 18 días, quejándose de dolor epigástrico, náuseas, vómitos y dolor abdominal siendo medicado con sintomática y despachada a la residencia. Al regresar por cuarta vez, 24 horas después de la última llamada, se encontraba en la muerte con bronco aspiración masiva como la causa de la muerte. **Conclusión:** se hace hincapié en la importancia de la atención integral a las mujeres embarazadas, la identificación de signos y síntomas que van más allá de la fisiología del embarazo y se convierten en riesgos de salud para la madre como para el feto. **Descriptores:** Embarazo de Gemelos; Enfermería Obstétrica; Obstrucción Intestinal; Mortalidad Materna; Mortalidad Fetal.

<sup>1,2</sup>Graduandas em Enfermagem, Universidade Federal Fluminense/UFF - Campus Rio das Ostras. Rio das Ostras (RJ), Brasil. E-mail: [luisa.belem@hotmail.com](mailto:luisa.belem@hotmail.com); [aline\\_jeje@hotmail.com](mailto:aline_jeje@hotmail.com); <sup>3</sup>Enfermeira Obstétrica, Professora Doutora em Enfermagem, Universidade Federal Fluminense/UFF - Campus Rio das Ostras. Rio das Ostras (RJ), Brasil. E-mail: [janebg@oi.com.br](mailto:janebg@oi.com.br)

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde/OMS<sup>1</sup> define morte materna como a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.

Segundo Ministério da Saúde/MS<sup>2</sup>, “a mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, por ser uma tragédia evitável em 92% dos casos, e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento”. Este dado é um indicador do acesso à atenção obstétrica de qualidade e das condições de vida das mulheres, registrando-se grandes disparidades entre regiões e países.<sup>3,4</sup>

As mortes maternas por causas obstétricas podem ser de dois tipos: as obstétricas diretas e as obstétricas indiretas. A morte obstétrica direta é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões ou tratamento incorreto, e a morte obstétrica indireta é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.<sup>2</sup> No Brasil, as principais causas de óbito são as obstétricas diretas, sobressaindo-se as doenças hipertensivas e as síndromes hemorrágicas.<sup>3,4</sup>

A gemelaridade corresponde a aproximadamente 1,5% de todas as gestações. O óbito fetal intrauterino em gestação gemelar é um evento relativamente frequente correspondendo de 0,5% a 6,8% dessas gestações.<sup>5</sup> As infecções urinárias são a situação infecciosa de etiologia bacteriana com maior prevalência na gravidez. Complicam cerca de 20% das gestações e são responsáveis por 10% das admissões anteparto.<sup>6</sup> Com base nisto, considera-se raro que coexista gemelaridade e infecção urinária em uma gestação.

O abdome agudo é caracterizado por dor abdominal, de origem súbita ou progressiva, de intensidade variável. Sua incidência na gravidez situa-se em torno de um caso a cada 600 gestações. Dentre as causas não obstétricas, a obstrução intestinal ocupa o terceiro lugar entre as causas mais prevalentes, sendo responsável pela maior taxa de mortalidade nesse grupo de pacientes.

A taxa de mortalidade materna pode atingir 10-20% e a fetal 26%.<sup>7</sup>

A mortalidade materna é representada pela sigla RMM (Razão de Mortalidade Materna) que é calculada computando-se a proporção entre cada óbito com 100.000 nascidos vivos. A RMM mundial é de 210, com enorme variação, indo de 16 em países desenvolvidos (Canadá, Portugal, Irlanda, França, Polônia e Rússia) até 500 em alguns países da África (Angola, Camarões, Congo, Etiópia, Nigéria e Zâmbia).<sup>8</sup>

Conforme as Metas do Milênio<sup>9,10</sup>, o quinto objetivo de desenvolvimento do milênio busca melhorar a saúde materna no mundo com a redução da mortalidade materna e a redução do número de partos cesarianos.

Nos países subdesenvolvidos, a mortalidade materna reduziu 45% entre 1990 e 2010. Especialmente no Brasil, as médias registradas mostram um desempenho melhor se comparado aos países subdesenvolvidos e América Latina, pois houve uma redução de 51% entre 1990 e 2010, ou seja, a RMM era de 120 em 1990 e chegou a 56 em 2010.<sup>8</sup>

Este relato de caso clínico foi realizado por discentes do Curso de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense/Campus Rio das Ostras, que realizam atividades de ensino prático e estágio supervisionado em um hospital público da baixada litorânea/RJ, local onde ocorreu o óbito materno indireto que será relatado adiante.

## OBJETIVO

- Relatar o caso de óbito materno de uma gestante.

## MÉTODO

Estudo descritivo, retrospectivo, de abordagem qualitativa, desenvolvido em um hospital público da baixada litorânea/RJ, entre outubro de 2014 a janeiro de 2016. A amostra foi composta por uma gestante, JOS, 22 anos, com gestação gemelar (dois fetos) de 25 semanas que foi a óbito.

Os dados referentes a história obstétrica pregressa e atual foram extraídos dos boletins de atendimento médico (BAM) e do prontuário da gestante. Os dados obtidos durante a coleta de dados foram analisados qualitativamente, atentando-se para as variáveis: sinais e sintomas, exame físico obstétrico, prescrição médica, registros da equipe de enfermagem, e exames complementares. Os dados foram correlacionados com o levantamento bibliográfico realizado no site da Biblioteca Virtual de Saúde (BIREME).

Belém LS, Silva AL da, Quitete JB.

Óbito em gravidez gemelar associado à obstrução...

Este estudo seguiu os preceitos da condução Ética em Pesquisa com Seres Humanos, preservando a identidade do sujeito.<sup>11-2</sup>

RESULTADOS

◆ Relato do caso clínico

JOS, 22 anos, múltipara, G III P II, negra, ensino fundamental incompleto, sem antecedentes mórbidos, DUM (dia da última menstruação) em 18 de março de 2014, DPP (data provável do parto) em 25 de dezembro de 2014. O início da assistência pré-natal se deu em Itaguaí/RJ, onde a gestante morava antes residir em Rio das Ostras/RJ. Após mudar de domicílio, de Itaguaí para Rio das Ostras, agendou consulta pré-natal para o dia 25 de setembro de 2014 em uma Unidade Básica de Saúde/UBS.

Neste ínterim, a gestante deu entrada 3 vezes no setor de emergência obstétrica de um hospital público da baixada litorânea/RJ, entre os dias 6 a 24 de setembro de 2014. Sua primeira busca ao serviço de emergência obstétrica ocorreu no dia 6 de setembro de

2014, estando com 25 semanas de gestação e relatando epigastralgia após ingesta de líquido. A mesma foi medicada e liberada.

No dia seguinte, dia 7 de setembro de 2014, a gestante retornou ao hospital queixando-se de dor no baixo ventre, náuseas e vômitos. Ao exame obstétrico verificou-se que os batimentos cardíacos fetais estavam presentes. Neste atendimento foi solicitada internação hospitalar em decorrência do diagnóstico clínico e laboratorial de pielonefrite. A gestante permaneceu internada por 07 dias.

Durante a internação, a gestante foi submetida a exames: clínico, ginecológico, obstétrico, laboratorial (sorológico, EAS (Elementos Anormais do Sedimento) e hemograma) e de imagem (ultrassonografia do fígado, de vias biliares e obstétrica). No resultado do hemograma e do EAS apresentou alterações sugestivas para infecção e anemia.

| HEMOGRAMA   |                              |
|-------------|------------------------------|
| Hemoglobina | 8,40g/dl                     |
| Hemácias    | 3,20 milhões/mm <sup>3</sup> |
| Plaquetas   | 237/mm <sup>3</sup>          |
| Leucócitos  | 13.370/mm <sup>3</sup>       |
| Segmentados | 76%                          |
| Bastões     | 4%                           |
| Linfócitos  | 13%                          |
| Monócitos   | 7%                           |
| Basófilos   | 0%                           |
| Eosinófilos | 0%                           |
| Mielócitos  | 0%                           |

Figura 1. Hemograma completo.

| EAS                |                    |
|--------------------|--------------------|
| Aspecto            | Ligeiramente turvo |
| Cor                | Amarelo citrino    |
| Proteínas          | Presente (+/4)     |
| Glicose            | Ausentes           |
| Corpos Cetônicos   |                    |
| Hemoglobina        |                    |
| Bilirrubina        |                    |
| Nitrito            |                    |
| Leucócitos         | Presente (++/4)    |
| Flora bacteriana   | Moderada           |
| Células epiteliais | Algumas            |

Figura 2. Elementos Anormais do Sedimento.

No exame de ultrassonografia de fígado e vias biliares apresentou fígado de forma e contorno normais, sem evidência de lesão focal, discreto aumento hepático em lobo direito, ausência de dilatação de vias biliares intra-hepáticas, vesícula biliar

normodistendida, de forma e volume normais, sem cálculos no seu interior. Pâncreas envolvido por hipermeteorismo intestinal, colédoco 3,5mm e veia porta 13,6mm.

O exame de ultrassonografia obstétrica evidenciou gestação gemelar com dois sacos

Belém LS, Silva AL da, Quitete JB.

gestacionais. Um dos fetos encontrava-se pélvico, longitudinal e dorso à direita, DBP 66mm e fêmur 46mm. O outro feto cefálico, longitudinal e dorso à esquerda, DBP 63mm e fêmur 40mm. As placentas de inserção posterior com Grau O/I. Normodramnia e IG (idade gestacional) compatível de 24/25 semanas.

Segundo anotações da equipe de enfermagem, no decorrer da internação a gestante não relatou queixas algícas, dormiu bem no período noturno e permaneceu com constipação por, no mínimo, 4 dias.

Durante o período de internação foram prescritos os seguintes medicamentos: Aerolin (salbutamol), Betametasona, Bromoprida, Buscopan composto, Cefalexina 500mg, Cefalotina, Dimeticona (luftal), Noripurum (sulfato ferroso), Ranitidina, Vitamina C, Óleo mineral.

Nos exames clínicos realizados pela equipe médica, a gestante encontrava-se com colo de útero fechado, sem perdas vaginais e com dinâmica uterina ausente. A alta hospitalar aconteceu no dia 14 de setembro de 2014.

JOS retornou à emergência obstétrica no dia 20 de setembro de 2014, pela terceira vez. Desta vez, sua queixa principal era dor abdominal. Ao exame físico e obstétrico, a gestante encontrava-se com colo uterino grosso, fechado e sem perda de líquido, hidratada, anictérica, tendo sido liberada para residência após medicação injetável.

No dia 23 de setembro de 2014, JOS retornou à unidade de saúde novamente relatando dor abdominal. Ao exame físico encontrava-se com altura uterina de 27 cm e com batimentos cardíacos fetais presentes. A gestante foi atendida e medicada. No boletim de atendimento médico deste dia, foi relatado halitose. Há registro de saída à revelia da gestante algumas horas após administração da medicação prescrita, sem a mesma ter recebido alta hospitalar. Sem, contudo, haver nenhum registro sobre a hipótese diagnóstica e/ou condutas que seriam tomadas caso a mesma permanecesse na instituição de saúde.

No dia 24 de setembro de 2014, com IG de 27 semanas e um dia a gestante deu entrada pela quinta vez na emergência hospitalar trazida pelos familiares, proveniente do pronto socorro municipal, em óbito materno e fetal. A gestante apresentava midríase, ausência de batimentos cardíacos, drenagem de grande quantidade de líquido de odor fecalóide pela boca e narinas. Os BCFs (Batimento Cardíaco Fetal) ausentes, abdômen distendido e fundo de útero com cerca de 20cm. O corpo foi encaminhado para

Óbito em gravidez gemelar associado à obstrução...

o IML (Instituto Médico Legal) a fim de desvelar a causa do óbito, contudo, a causa do óbito declarada pelo obstetra plantonista, e registrada no prontuário, sugere bronco aspiração maciça.

## DISCUSSÃO

Os dados descritos no caso clínico corroboram com o perfil de risco para morte materna no Brasil: idade entre 20-34 anos, ter utilizado o serviço de saúde do SUS para atendimento, e ter menos de 04 anos de estudo.<sup>3</sup> Embora outros estudos apontem que mulheres com faixa etária entre 40-44 anos tenham mais chance de morrer. Mulheres grávidas com este perfil possuem chance de óbito duas vezes maior que as demais mulheres. As mulheres negras e pardas também possuem maior risco de morrer durante a gravidez.<sup>4</sup>

Estudos revelam que há informação ausente nas declarações de óbito para variáveis importantes como cor da pele e escolaridade e dos campos 43 e 44. Essas questões não são exclusivas do Brasil; a medida acurada da mortalidade materna também é um desafio para outros países em desenvolvimento. Seja pelo não preenchimento ou preenchimento incorreto de todos os itens das declarações de óbito (DO).<sup>4,8</sup>

O Brasil está entre os 88 países com bom preenchimento das DO, embora necessite realizar mais esforços na investigação dos óbitos pelos Comitês de Mortalidade Materna.<sup>8</sup>

Algumas alterações anatômicas e fisiológicas específicas da gestação dificultam a avaliação da causa da dor abdominal, confundindo-se na maioria das vezes com os sintomas naturais e fisiológicos existentes no período gestacional. Os sintomas apresentados pela gestante em questão: constipação, êmese, náuseas e dor em baixo ventre são comuns durante a gestação, entretanto, também são compatíveis com diversas patologias relacionadas ao trato gastrointestinal. As queixas comuns na gestação diminuem ou desaparecem sem o uso de medicamentos. Recomenda-se que, caso a gestante apresente episódios seguidos de êmese, deve ser encaminhada ao pré-natal de alto risco, pois podem ocorrer distúrbios metabólicos que precisam ser investigados.<sup>11</sup>

A gestação múltipla é associada a taxas mais altas de quase todas as complicações da gravidez. Apresenta um alto risco de prematuridade, altas taxas de malformações fetais e restrição de crescimento. Até 48% dos bebês decorrentes de gestações gêmeares



Belém LS, Silva AL da, Quitete JB.

nascem antes das 34 semanas, em comparação com 9,7% dos bebês que são frutos de gestações únicas.<sup>11</sup>

Neste caso clínico, supõe-se que possa ter ocorrido algumas patologias: obstrução intestinal, doença do refluxo esofágico, abdômen agudo entre outras que poderiam ter sido diagnosticadas precocemente através de exames complementares como a endoscopia digestiva que permitiria visualizar diretamente a mucosa, a pHmetria de 24 horas ou teste terapêutico para auxiliar no diagnóstico.

Em caso de obstrução intestinal é preconizado orientar a usuária a manter uma dieta rica em resíduos, a aumentar a ingestão de líquidos e evitar alimentos de alta fermentação, recomendar caminhadas, movimentação e regularização do hábito intestinal.<sup>11</sup>

A incidência de abdômen agudo em gestantes varia de 1:500 a 1:635 gestações, se considerado como causa não obstétrica, são de grande importância, uma vez que estão associadas ao aumento da morbimortalidade materno-fetal.<sup>7</sup>

A principal dificuldade no diagnóstico de abdome agudo durante a gravidez é pela expansão do útero que desloca outros órgãos intra-abdominais e a alta prevalência de náusea, vômito e dor abdominal.

A obstrução intestinal ocorre quando a propulsão do conteúdo em direção ao ânus sofre interferência. Há vários critérios para classificá-la: quanto ao nível (delgado alto e baixo ou cólon), quanto ao grau (completa, incompleta - sub oclusão ou "alça fechada"), quanto ao estado de circulação sanguínea (simples ou estrangulada), quanto ao tipo de evolução (aguda ou crônica) e quanto à natureza da obstrução (mecânica, vascular ou funcional).<sup>7</sup>

Durante a gestação, o diagnóstico destas patologias é mais difícil. Em geral, a gravidez não está associada com aumento dessas doenças, mas com o aumento da gravidade das mesmas, devido ao atraso no diagnóstico e no tratamento, conforme percebido no caso descrito. Algumas alterações anatômicas e fisiológicas, específicas da gestação, dificultam a avaliação da causada dor, confundindo-se, muitas vezes, com manifestações usuais da gestação, principalmente queixa de dor abdominal, náusea e vômitos.

De acordo com o relatório médico no dia da constatação do óbito materno, a hipótese levantada foi de obstrução intestinal que ocasionou refluxo, resultando em bronco

Óbito em gravidez gemelar associado à obstrução...

aspiração de secreção gastrointestinal. A aspiração do conteúdo gástrico resulta, necessariamente, em inflamação pulmonar. Grandes partículas causam obstrução e as pequenas provocam inflamação prolongada. A pneumonia se desenvolve em 50% dos pacientes que aspiram, sendo a mortalidade de 50%.<sup>13</sup>

Um dia antes do óbito, a gestante foi atendida pela quarta vez na emergência obstétrica relatando dor abdominal e, foi registrado no boletim de atendimento médico, halitose, sinal clínico de refluxo gástrico esofágico (RGE).

Esta hipótese diagnóstica, descrita no boletim de atendimento médico da gestante, poderia ter sido investigada solicitando-se uma radiografia simples de abdome. Exame que é considerado de realização rápida e de baixo custo. Deve ser solicitada nas posições ortostática e decúbito dorsal juntamente com radiografia simples de tórax. Estima-se que até 60% das suspeitas de obstrução intestinal sejam confirmadas pela realização desse exame.<sup>14</sup>

Poderia também, ter sido realizado um procedimento de clister para lavagem intestinal, pois o mesmo promove um melhor trânsito intestinal, amolecendo as fezes e proporcionando um alívio do desconforto abdominal e da constipação. Este procedimento pode também diagnosticar uma obstrução intestinal através da presença de obstáculo na inserção de líquido no reto.<sup>15</sup>

De acordo com a Lei 7498/86 e o Decreto 94406/87, o procedimento de clister para lavagem intestinal é de competência do enfermeiro, podendo o técnico ou auxiliar de enfermagem, com a supervisão do profissional enfermeiro, realizar tal procedimento desde que não sejam casos de maior complexidade, que exijam conhecimentos científicos e necessitem de tomar decisões rápidas.<sup>16-8</sup>

Em um relato de caso similar, ocorrido em outro município do Estado do Rio de Janeiro, uma gestante foi acometida por obstrução intestinal na mesma idade gestacional de JOS, e nesta, a conduta médica foi: solicitação de uma radiografia simples de abdome onde foi possível observar as alças do intestino delgado distendidas. A gestante foi submetida a laparotomia exploradora que revelou grande distensão do intestino delgado, desde o estômago até a porção jejunal, realizada lise das aderências e ordenha retrógrada com aspiração por sonda nasogástrica. Neste caso, a vida da gestante e do feto foi preservada.<sup>7</sup>

Percebe-se que no caso descrito, houve um olhar mais amplo, integral, por parte da

Belém LS, Silva AL da, Quitete JB.

equipe de saúde que assistiu a gestante, valorizando-se a queixa de dor abdominal para além da questão obstétrica e levando-se a hipótese de obstrução intestinal. Fato que não foi levado em consideração pela equipe de saúde que assistiu a gestante que foi a óbito.

## CONCLUSÃO

Esse estudo de caso ressaltou a importância do cuidado integral, por parte de toda equipe de saúde, às gestantes e suas famílias. O período gestacional é considerado um processo fisiológico, mas pode sofrer agravos. Os profissionais da saúde têm em suas mãos a oportunidade de, pela observação atenta da usuária, do exame físico e de uma anamnese de qualidade, identificar até que ponto os sinais e sintomas apresentados são de causa obstétrica e quando passam a se tornar agravos à saúde da gestante e dos fetos. Tudo isso em conjunto a exames complementares facilitam um diagnóstico precoce, que pode dar a oportunidade de um melhor prognóstico para a mãe e o feto.

A melhoria das condições de saúde reprodutiva é um desafio, visto que as situações de risco atingem, principalmente, mulheres com pouco acesso aos serviços de saúde. Esse fato exige uma assistência ao pré-natal e ao parto de qualidade, um controle social eficaz com ampliação e qualificação dos Comitês de Morte Materna e a mobilização de gestores, profissionais de saúde e da sociedade civil na promoção de políticas públicas que busquem a redução da mortalidade materna.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde (OMS). Classificação Internacional de Doenças: (CID-10). 4th ed. São Paulo: Edusp; 1998.
2. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna [Internet]. 2007 [cited 2015 Dec 23]. Brasília: Ministério da Saúde. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cid07\\_13.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cid07_13.pdf)
3. Leite R, Araújo TVB, Albuquerque RM, Andrade ARS, Neto PJD. Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil. Cad saúde pública [Internet]. 2011[cited 2016 June 15];27(10):1977-85. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011001000011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001000011)
4. Morse M, Fonseca SC, Barbosa MD, Calil MB, Eyer FPC. Mortalidade materna no Brasil:

Óbito em gravidez gemelar associado à obstrução...

- o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? Cad saúde pública [Internet]. 2011 [cited 2016 June 15];27(4):623-38. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000400002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000400002)
5. Buonacorso R, Bussamara LC, Jorge SRPF, Rodrigues LP, Andrade FM, Tedesco JJ et al. Gestação gemelar com óbito de um dos fetos: relato de caso. Arq méd hosp Fac Ciênc Méd Santa Casa São Paulo [Internet]. 2006 [cited 2016 Mar 10];51(3):88-91. Available from: [http://www.fcmsantacasasp.edu.br/images/Arquivos\\_medicos/2006/51\\_3/vlm51n3\\_4.pdf](http://www.fcmsantacasasp.edu.br/images/Arquivos_medicos/2006/51_3/vlm51n3_4.pdf)
  6. Sheffield JS, Cunningham FG. Urinary Tract Infection in Women. Obstet Gynecol [Internet]. 2005 [cited 2016 Apr 10];106:1085-92. Available from: <http://utilis.net/Morning%20Topics/Gynecology/UTI.PDF>
  7. Cordeiro KF, Silva NN, Silva LFR. Obstrução intestinal por brida em gestante: Relato de Caso. Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos [Internet]. 2012 [cited 2016 Jan 24];7(2):16-9. Available from: <http://www.fmc.br/revista/V7N2P16-19.pdf>
  8. World Health Organization (WHO). Trends in maternal mortality: 1990 to 2010 [Internet]. 2012 [cited 2016 Jan 24]. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44874/1/9789241503631\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44874/1/9789241503631_eng.pdf)
  9. Organização das Nações Unidas (ONU). Declaração do Milênio [Internet]. 2000 [cited 2016 Jan 24]. Available from: [http://www.pnud.org.br/Docs/declaracao\\_do\\_milenio.pdf](http://www.pnud.org.br/Docs/declaracao_do_milenio.pdf)
  10. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Melhorar a saúde materna [Internet]. 2014 [cited 2016 Jan 24]. Brasília: Ministério da Saúde. Available from: [http://www.pnud.org.br/Docs/5\\_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf](http://www.pnud.org.br/Docs/5_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf)
  11. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. 2012 [cited 2016 June 24]. Brasília: Ministério da Saúde. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)
  12. Ministério da Saúde (Br). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa [Internet]. 2012 [cited 2016 Apr 24]. Brasília: Ministério da Saúde.

Belém LS, Silva AL da, Quitete JB.

Óbito em gravidez gemelar associado à obstrução...

Available from:  
<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

13. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT). Diretrizes brasileiras para tratamento das pneumonias adquiridas no hospital e das associadas à ventilação mecânica. J bras pneumol [Internet]. 2007 [cited 2015 Dec 10];33(Suppl 1):S1-30. Available from:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arctext&pid=S1806-37132007000700001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arctext&pid=S1806-37132007000700001)

14. Augustin G, Majerovic M. Non-obstetrical acute abdomen during pregnancy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol [Internet]. 2007 [cited 2016 Feb 17];(131):4-12. Available from:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16982130>

15. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de Enfermagem. 5th ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 2004.

16. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP). Parecer COREN-SP CAT 32, de 01 de setembro de 2010. Dispõe sobre lavagem intestinal. Diário Oficial da União, 1 de setembro 2010 [cited 2015 July 01]. Available from: [http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer\\_coren\\_sp\\_2010\\_32.pdf](http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2010_32.pdf)

17. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Lei 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 de junho 1986 [cited 2015 July 01]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm)

18. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Decreto 94406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 9 de junho 1987 [cited 2015 July 02]. Available from: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-94406-8-junho-1987-444430-norma-pe.html>

19. Neme B. Obstetrícia básica. 3rd ed. São Paulo: Sarvier; 2006.

20. Rezende J. Obstetrícia Fundamental. 13th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.

21. Zieguel E. Enfermagem Obstétrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.

22. Yoshida WB. Redação do relato de caso. J vasc bras [Internet]. 2007 [cited 2016 Mar 25];6(2):112-3. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jvb/v6n2/v6n2a04.pdf>

23. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. Rev bras epidemiol [Internet]. 2004 [cited 2016 May 30];7(4):449-60. Available from:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arctext&pid=S1415-790X2004000400008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arctext&pid=S1415-790X2004000400008)

Submissão: 11/03/2016

Aceito: 05/07/2016

Publicado: 01/09/2016

#### Correspondência

Luísa dos Santos Belém  
Rua Andaluzia, 381  
Bairro Bento Ribeiro  
CEP 21555-100 – Rio das Ostras (RJ), Brasil