

VIVIANE RODRIGUES GRANER

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E RESULTADOS
PERINATAIS EM GESTAÇÕES MÚLTIPLAS RESULTANTES DE
REPRODUÇÃO ASSISTIDA**

Tese apresentada à Universidade
Federal de São Paulo - Escola Paulista
de Medicina para obtenção do Título de
Mestre em Ciências

São Paulo

2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

VIVIANE RODRIGUES GRANER

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E RESULTADOS
PERINATAIS EM GESTAÇÕES MÚLTIPLAS RESULTANTES DE
REPRODUÇÃO ASSISTIDA**

Tese apresentada à Universidade
Federal de São Paulo - Escola Paulista
de Medicina para obtenção do Título de
Mestre em Ciências

Orientador(a): Profa. Dra. Sonia Maria Oliveira de Barros

São Paulo

2007

Graner, Viviane Rodrigues

Diagnósticos de enfermagem e resultados perinatais em gestações múltiplas resultantes de reprodução assistida. / Viviane Rodrigues Graner. – São Paulo, 2007.
xi, 85f.

Tese (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Título em inglês: Nursing diagnoses and the perinatal results in multiple pregnancies resulting from assisted reproduction techniques.

1. Infertilidade. 2. Diagnósticos de Enfermagem. 3. Recém-nascido prematuro. 4. Nascimentos Múltiplos. 5. Enfermagem Obstétrica

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Chefe do departamento:

Profa. Dra. Alba Lúcia Bottura Leite de Barros

Coordenador do Curso de Pós-graduação:

Profa. Dra. Dulce Aparecida Barbosa

Tese de Mestrado vinculada à linha de pesquisa Fundamentos e Práticas de Enfermagem na Saúde da Mulher, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Nível Mestrado, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina.

O futuro depende daquilo que fizermos no presente.

(Gandhi)

Dedicatória

*Ao meu marido, **Gustavo**, meu maior incentivador,
presente em todos os momentos, com todo o seu amor e sabedoria.*

A você todo o meu amor e minha admiração.

*À minha filha **Beatriz**, que foi a maior realização de nossas vidas mesmo em meu
ventre, sofrendo todas as minhas apreensões, pôde participar desta fase tão importante
para mamãe*

Agradecimentos

A Professora Doutora Sonia Maria de Oliveira Barros, pela confiança e incentivo depositados no meu trabalho e minha trajetória profissional.

A minha mãe Sueli, meus irmãos Rodrigo e Mônica e à minha cunhada Francine, que sempre foram o alicerce para todas as minhas ações e realizações.

À Minha cunhada Marília Graner, pelo carinho e presteza.

A minha amiga Neiva Gomes de Alencar, que com sua sabedoria, paciência e presteza, esteve presente em todas as minhas dificuldades, sempre com muita dedicação.

Às minhas amigas Rita Icassatti Queiroz e Ana Paula Coutinho, que sempre incentivaram todos os meus sonhos.

Aos integrantes do Comitê de Ética em Pesquisa, Camila, Simone e Antonio, do Hospital e Maternidade Santa Joana.

À estatística Rejane Figueiredo, pela análise estatística.

À Nívea Maria de Freitas, por compartilhar seus conhecimentos.

Muito obrigado a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para realização deste sonho.

Sumário

Dedicatória.....	vi
Agradecimentos.....	vii
Lista de tabelas.....	ix
Resumo.....	xi
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Objetivos.....	6
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	7
2.1 Técnicas de reprodução assistida.....	8
2.2 Gemelaridade.....	12
2.3 O processo de enfermagem.....	14
3. MÉTODOS.....	17
3.1 Tipo de estudo.....	18
3.2 Local.....	18
3.3 População.....	18
3.4 Coleta de dados.....	19
3.5 Variáveis de estudo.....	19
4. RESULTADOS.....	24
5. DISCUSSÃO.....	52
6. CONCLUSÕES.....	70
7. ANEXOS.....	72
8. REFERÊNCIAS.....	79
Abstract	

Lista de Tabelas

Tabela 1-	Distribuição da população estudada segundo as variáveis sócio-demográficas e obstétricas.....	26
Tabela 2-	Variáveis Obstétricas.....	27
Tabela 3-	Distribuição dos métodos utilizados na reprodução assistida.....	27
Tabela 4-	Distribuição das complicações maternas na população estudada.....	28
Tabela 5-	Distribuição das mães que apresentaram alguma complicação materna.	29
Tabela 6-	Peso dos recém-nascidos por fetos.....	29
Tabela 7-	Apgar dos recém-nascidos (RN) por fetos.....	29
Tabela 8-	Dias de internação dos recém-nascidos por feto.....	30
Tabela 9 -	Informação de óbito para o total de fetos.....	30
Tabela 10-	Informação de alta hospitalar para total de fetos.....	30
Tabela 11-	Distribuição geral das ocorrências neonatais na população estudada.....	31
Tabela 12-	Distribuição geral por fetos das ocorrências neonatais na população.....	32
Tabela 13-	Ocorrências neonatais segundo método de reprodução assistida utilizado..	33
Tabela 14-	Ocorrências neonatais segundo complicações maternas: doença hipertensiva específica da gestação.....	34
Tabela 15-	Ocorrências neonatais segundo complicações maternas: trabalho de parto prematuro.....	35
Tabela 16-	Ocorrências neonatais segundo complicações maternas: uso de Uterolíticos.....	36
Tabela 17-	Ocorrências neonatais segundo complicações maternas: restrição de crescimento intra-útero.....	37
Tabela 18-	Ocorrências neonatais segundo complicações maternas: amniorrexe prematura.....	38
Tabela 19-	Ocorrências neonatais segundo complicações maternas: anemia.....	39
Tabela 20-	Distribuição dos Diagnósticos de Enfermagem segundo idade materna..	40
Tabela 21-	Distribuição dos diagnósticos de enfermagem pelo método utilizado.....	41

Tabela 22-	Complicações maternas segundo o diagnóstico de enfermagem: Mobilidade física prejudicada.....	42
Tabela 23-	Complicações maternas segundo o diagnóstico de enfermagem: dor aguda.....	43
Tabela 24-	Complicações maternas segundo o diagnóstico de enfermagem: padrão de sono perturbado.....	44
Tabela 25-	Complicações maternas segundo o diagnóstico de enfermagem: déficit no auto cuidado para banho/higiene.....	45
Tabela 26-	Complicações maternas segundo o diagnóstico de enfermagem: diarréia/constipação.....	46
Tabela 27-	Complicações maternas segundo o diagnóstico de enfermagem: eliminação urinária prejudicada.....	47
Tabela 28-	Complicações maternas segundo o diagnóstico de enfermagem: integridade tissular alterada.....	48
Tabela 29-	Complicações maternas segundo o diagnóstico de enfermagem: medo..	49
Tabela 30-	Complicações maternas segundo o diagnóstico de enfermagem: risco para infecção.....	50
Tabela 31-	Complicações maternas segundo o diagnóstico de enfermagem: efeitos adversos da terapia medicamentosa.....	51

RESUMO

Introdução: Desde o primeiro nascimento por técnica de reprodução assistida em 1978, a comunidade científica pode interferir no processo de reprodução humana. Porém a geração de múltiplos fetos é uma das complicações desta técnica que vem desafiando a medicina. **Objetivo:** Conhecer os diagnósticos de enfermagem e os resultados perinatais em gestações múltiplas resultantes de técnicas de reprodução assistida. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional, transversal, descritivo e retrospectivo, realizado no Hospital e Maternidade Santa Joana, a população estudada foi constituída por 131 prontuários de mulheres internadas com patologias clínicas e trabalho de parto, advindas de gestações múltiplas, resultantes de técnicas de reprodução assistida, internadas no período de janeiro de 2004 a dezembro de 2005. **Resultados:** a idade materna média foi de 33,1 anos, as primigestas representaram 70,2% e a resolução do parto se deu entre 30^a e a 36^a semana de gestação, 67,2% destas gestações resultaram da técnica de fertilização *in vitro* e 90,9% destas mulheres apresentaram alguma complicação no período gestacional, durante o trabalho de parto ou no puerpério. O Trabalho de parto prematuro foi a complicações maternas predominante representando 65,6% das pacientes, seguida pela Amniorexe prematura 42%. Dentre as complicações neonatais, as doenças respiratórias se destacaram em 65,1% dos fetos, o diagnóstico de enfermagem Mobilidade Física Prejudicada apresentou-se em todas as patologias relacionadas. **Conclusões:** As técnicas de reprodução assistida parecem influenciar nos resultados maternos e perinatais pela geração de múltiplos fetos, o trabalho de parto prematuro foi a maior complicação materna encontrada em todas as técnicas de reprodução assistida, gerando prematuridade e baixo peso ao nascer.

1. INTRODUÇÃO

Desde o primeiro nascimento por técnica de reprodução assistida na Inglaterra em 1978, a comunidade científica viu a possibilidade de interferir no processo reprodutivo humano. Mulheres inférteis que se viam impossibilitadas de ter filhos, recorreram a estes procedimentos. A ciência despertou o domínio público e as pessoas tiveram acesso ao descobrimento científico. Porém tal descobrimento instigou as mais variadas formas do saber, promoveu debates e reflexões sobre os efeitos éticos e legais nas diferentes correntes filosóficas, religiosas e biológicas (Consenso Reñaca, 1995) e neste contexto os profissionais da saúde buscam respostas para as diversas práticas exercidas após esta descoberta.

Em meados de 1981, existiam cerca de dez clínicas em todo o mundo desenvolvendo programas de fertilização *in vitro*, e no Brasil, desde 1984, Nakamura , após 12 tentativas realizaram o primeiro caso com êxito na América Latina, com o nascimento de Ana Paula, representou um importante avanço na medicina brasileira.

Atualmente estima-se que 100 mil crianças já nasceram com técnica de fertilização *in vitro*. Em alguns países industrializados 1 a 3% de todas as gestações é oriunda dessa técnica (Barros, 2002).

O desenvolvimento das técnicas de reprodução assistida propiciou um aumento nas taxas de implantação embrionária e gravidez e, também um aumento global na incidência de gestações múltiplas. Considera-se atualmente a ocorrência de gestações múltiplas uma grave complicação das técnicas de reprodução assistida, associando-se as complicações obstétricas e perinatais importantes (Caetano et al., 2001).

Avaliando os resultados de gestações após fertilização *in vitro*, há de se considerar a presença de fatores de riscos, tais como: idade materna, esterilidade anterior, mau passado obstétrico e a maior incidência de gestação múltipla (Porto, Pereira, Junior, 1993).

A gravidez múltipla como uma complicação, leva em conta o aumento dos riscos para a saúde materna, fetal e neonatal. Tais riscos variam dependendo do número de fetos da gestação, onde as gestações gemelares apresentam discreto aumento quando comparados às gestações únicas,

conseqüentemente, nos casos de três ou mais fetos estes riscos elevam-se significativamente. Como o risco de parto prematuro, pré-eclampsia e descolamento prematuro de placenta, e seus recém-nascidos prematuros experimentam maior morbidade a curto e longo prazo. Também há uma preocupação com os custos elevados associados aos cuidados exigidos por estas gestações, tanto em relação ao trabalho de parto prematuro, quanto à necessidade de hospitalização materna prolongada e cuidado neonatal intensivo (Camargo, Polisseni, Amaral, 1999; Caetano et al., 2001).

Por todas as etapas da reprodução humana, a gestação de múltiplos fetos faz deste um período de intensa expectativa, englobando aspectos físicos e psicológicos destas gestantes que depositam grande credibilidade na medicina e na tecnologia para superar o drama da infertilidade.

No Hospital e Maternidade Santa Joana foi criado um Centro de referência em reprodução humana desde 2002. Com uma estrutura física e equipamentos adequados para a especialidade, o centro tem uma equipe multidisciplinar e médicos especializados. O resultado da assistência no centro é, em média, 12,5 bebês ao mês o que corresponde aproximadamente a 150 por ano. Além disso, o Centro realiza tratamento clínico das complicações obstétricas e resoluções de partos de pacientes encaminhadas por outros serviços.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no Centro de Reprodução Humana foi implantada em dezembro de 2002, com a elaboração e implementação de um instrumento específico para levantamento de dados de enfermagem em gestantes de alto risco obstétrico. Este instrumento permite ao enfermeiro que está acompanhando a paciente fazer a evolução diária e encontrar os diagnósticos de enfermagem pertinentes aos problemas encontrados. Assim as intervenções de enfermagem são prescritas mediante a patologia, achados clínicos e laboratoriais, problemas colaborativos, emocionais, psicológicos, e outros. Isso permite que seja prestada assistência holística às pacientes, o que garante que as intervenções sejam direcionadas para o indivíduo como um todo, e não apenas para sua doença, considerando os problemas quanto a seus efeitos sobre o paciente e a família (Alfaro-Le Fevre, 2000). O desenvolvimento da SAE com a construção do instrumento de levantamentos de dados envolveu a participação de toda a

equipe de enfermagem, primeiramente foi construída a parte referente ao exame físico e obstétrico, anamnese geral e específica e prescrição de enfermagem. Em seguida o instrumento passou por um processo de avaliação e, em janeiro de 2004, foram incluídos os principais diagnósticos de enfermagem encontrados no perfil das pacientes internadas neste serviço.

Cada passo desse processo depende da exatidão do passo precedente, ou seja, a elaboração adequada e eficaz das intervenções depende da identificação de diagnóstico de enfermagem com competência e responsabilidade, para a garantia de uma ação segura e apropriada (Alfaro-Le Fevre, 2000).

A gestante hospitalizada de alto risco, requer cuidados de enfermagem visando o bem-estar materno fetal, além de necessitar de atenção aos cuidados específicos para cada patologia. Desta forma, deverá receber atendimento de forma diversa, específica e personalizada sempre de acordo com a situação presente.

Os cuidados de enfermagem a estas gestantes com complicações obstétricas devem compreender não somente os riscos, mas as necessidades humanas básicas, individuais e familiares, cujo processo envolve transformações e adaptações físicas, sociais econômica, psicológicas, espirituais e culturais, bem como os riscos para o feto e para a mãe, que interrompem o curso normal da gravidez (Zampieri, 2002).

Exercendo atividades profissionais no Hospital e Maternidade Santa Joana, observei o grande número de gestantes internadas com complicações obstétricas para tratamento clínico ou realização do parto, tendo como causa de internação a geração de fetos múltiplos após técnicas de reprodução assistida. Sendo assim o interesse em aprimorar os conhecimentos e qualificar o nível de assistência de enfermagem prestada através da utilização do processo de enfermagem, fez deste estudo a primeira avaliação deste processo. Com o aumento do número de casais inférteis nos últimos anos, atingindo cerca de 30% daqueles em idade fértil (Barros, 2002), a nossa realidade hoje se depara com pessoas que buscam soluções para a infertilidade, nós como profissionais da saúde devemos estar atentos a essa

população, não encontramos no mercado profissionais formalmente qualificados para trabalharem na área de reprodução assistida, e um dos maiores desafios para os profissionais de saúde, tem sido a equipe interdisciplinar, pois implica num compromisso de respeito e disponibilidade para com os outros colegas (Tomaz, Moreira, 2001).

Este estudo constitui-se da identificação dos diagnósticos de enfermagem estabelecidos em portadoras de gestações múltiplas resultantes de reprodução assistida internadas no Hospital e Maternidade Santa Joana e seus resultados perinatais.

O interesse pelo desenvolvimento deste tema deve-se a alta complexidade da assistência de enfermagem às gestantes nesta condição e ao controle terapêutico rigoroso, fatores significativos para o sucesso da gestação.

1.1 Objetivos

- Conhecer os diagnósticos de enfermagem mais freqüente após a implantação da SAE, em gestações múltiplas resultantes de técnicas por reprodução assistida.
 - Conhecer os resultados perinatais de acordo com as intercorrências clínicas e obstétricas durante a gestação.
-

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Técnicas de reprodução assistida

Tecnologia de reprodução assistida consiste no tratamento da infertilidade em que células reprodutoras (ovócitos e espermatozóides) são manipuladas em laboratório e introduzidas no aparelho reprodutor feminino artificialmente. Inclui-se nestas técnicas a fertilização *in vitro*, injeção intracitoplasmática de espermatozóide e outras técnicas associadas que auxiliam na implantação destes embriões produzidos em laboratórios.

Estas técnicas envolvem as estimulações ovarianas com hormônios, que são usualmente definidos pela idade da paciente, pela regularidade do ciclo menstrual e o basal do hormônio Folículo Estimulante. Esta dose é usada para alcançar um razoável número de folículos maduros (Popovic-Todorovic et al., 2003) em quantidade e qualidade suficiente para reprodução destes embriões. Outras técnicas não envolvem a manipulação em laboratório e permite que a fecundação seja feita em seu sitio próprio, nas trompas uterinas como podemos ver a seguir na técnica de Inseminação Intra-útero.

A seguir veremos algumas considerações da revisão bibliográfica sobre as técnicas encontradas na população estudada.

2.1.1 Inseminação Intra-útero

A inseminação artificial homóloga tem por objetivo facilitar a chegada dos espermatozóides na junção da ampola com istmo tubário, que é o sítio natural da fertilização dos oocistos humanos (Franco Junior et al., 1992).

Seu uso está centrado fundamentalmente em mulheres com infertilidade causada por fatores cervicais, masculinos e imunológicos, em disfunções ovulatórias corrigidas com Citrato de Clomifeno, mulheres com infertilidade de causa desconhecida e em endometriose sem comprometimento tubário (Durruty et al., 1997).

Este procedimento tem sido usado por muitos anos no tratamento de mulheres inférteis de diversas etiologias (Durruty et al. 1997). Como na situação de impenetrabilidade dos espermatozóides no muco cervical, da

oligoastenozoospermia, dos defeitos na ejaculação, na esterilidade sem causa aparente e na identificação do fator imunológico presença de anticorpos antiespermatozóides (Franco Junior, 1992).

A maioria dos centros de Medicina Reprodutiva usa este método quando a análise fisiológica da migração espermática identifica espermatozóides móveis que são introduzidos na cavidade uterina, ultrapassando a região cervical e alcançando o oócito, aumentando a possibilidade da concepção (Durruty et al., 1997).

A inseminação intra-uterina constitui uma alternativa de baixo custo é a técnica não cirúrgica mais fácil de repetir em ciclos sucessivos. Este procedimento freqüentemente está agregado à indução da ovulação e aumento da probabilidade de gravidez oferecendo maior número de ovócitos disponíveis para fertilização (Alam et al., 1998).

2.1.2 Injeção Intracitoplasmática de Espermatozóide

A Injeção Intracitoplasmática de Espermatozóide (ICSI) tem revolucionado o tratamento da infertilidade masculina, porém é um método que pode ser utilizado no tratamento de outras causas de infertilidade. A principal indicação da ICSI é a má qualidade do sêmem, seguida pela má fertilização em um ciclo prévio de fertilização *in vitro* (FIV) e azoospermia (obstrutiva).

O advento da ICSI em 1992 significou uma mudança radical no tratamento e prognóstico do fator masculino severo, abrindo a possibilidade de procriação para grande maioria dos pacientes azoospermático.

Metade das causas de infertilidade conjugal, é proveniente do fator masculino e a ausência de espermatozóides no ejaculado (azoospermia), é responsável por 2% das causas de infertilidade. Esta condição pode ser secundária a uma obstrução do trato genital e uma falha na produção espermática (Duque et al., 2001).

As técnicas de ICSI estão aumentando a cada ano. Durante três anos o número de centros que realizam o ICSI aumentou de 35 para 101, e o número total de ciclos de ICSI realizados por ano aumentou de 3157 para 23932 (Caetano et al., 2000).

O maior problema com o uso dessa técnica é a falha em diferenciar os espermatozoides vivos dos mortos. Por essa razão, a seleção aleatória de espermatozoides dentre os espermatozoides imóveis do ejaculado, que apresentam vitalidade normal, leva a um resultado baixo na taxa de fertilização em se obter gestações. Uma exceção a esses resultados reportados diz respeito à Síndrome da Cauda Curta. Porém é um caso especial em que a infertilidade é obviamente causada pelo defeito da cauda do espermatozoide 100% de flagelos rudimentares (Abdelmassih et al., 1998).

A incidência de abortamento após ICSI é similar à incidência após FIV, mas a incidência de gravidez ectópica após ICSI é inferior à incidência após FIV, talvez pelo fato de que a maioria das mulheres submetidas a ICSI apresenta tubas uterinas normais, uma vez que a principal indicação de ICSI é o fator masculino grave.

A incidência de gravidez múltipla após o ICSI utilizando espermatozoides obtidos do ejaculado, epidídimo ou testículo foram similares (28,6%, 30,2% e 32,7%, respectivamente. O prognóstico perinatal das crianças nascidas após ICSI foi semelhante ao da população geral, independente se os embriões eram congelados ou não, seja utilizando sêmem do ejaculado, do testículo ou do epidídimo (Caetano et al., 2000).

2.1.3 Fertilização *in vitro* (FIV)

A técnica de fertilização *in vitro* (FIV) tem emergido como um método no tratamento da esterilidade conjugal. Levantamentos realizados mostram que 47% das mães de criança nascidas após FIV, têm idade igual ou superior a 35 anos. Assim a média de idade das gestantes que foram submetidas a FIV é de 34,2 anos contra 28 anos das outras grávidas em seguimento pré-natal (Porto et al., 1993).

As gestações múltiplas podem ocorrer sob duas condições diferentes: após indução da ovulação ou após a fertilização *in vitro* (FIV) e técnicas relacionadas. Após a indução da ovulação alguns procedimentos podem ser aplicados para se evitar a gravidez múltipla. Na FIV e em outras técnicas de reprodução assistida, a incidência de gestação múltipla pode ser diferenciada, pois sua ocorrência está relacionada aos embriões transferidos

durante estes procedimentos para útero ou trompas das pacientes. A transferência de mais de um embrião aumenta o risco de implantação múltipla.

Alguns países, na tentativa de regular a ocorrência de gestações múltiplas, minimizando os riscos e, provavelmente os custos, determinam por meio de leis, o número máximo de gametas/embriões a serem transferidos, como na Inglaterra no máximo 3 embriões e na Alemanha regras ainda mais severas com a fertilização de apenas 3 óvulos captados por aspiração folicular (Camargos, Polisseni, Amaral, 1999).

No Brasil, a lei permite transferência de, no máximo, quatro embriões. Além disso, tem-se procurado aumentar o tempo de incubação dos embriões previamente à transferência, o que detectaria os embriões de baixa qualidade, ou seja, aqueles que falham em se desenvolver durante longos períodos de tempo nos meios de cultura. Isto permitiria uma seleção, com transferência apenas dos melhores embriões. Uma vez implantados os embriões decorrentes de técnicas de reprodução assistida e desta resultar gestação múltipla é proibida a utilização procedimentos que visem à redução embrionária, descrito na resolução nº 1358/92 do Conselho Federal de Medicina de 1992 (Camargos, Polisseni, Amaral, 1999).

Segundo Porto et al. (1993) as intercorrências nas gestações após FIV são divididas, de acordo com a época de seu aparecimento, em dois grandes grupos: na 1ª metade da gravidez abortamento pré-clínico, abortamento clínico, desaparecimento do saco gestacional, gravidez ectópica e na 2ª metade da gestação a síndrome hipertensiva, síndrome hemorrágica, crescimento intra-uterino restrito e prematuridade.

2.1.4 Estimulação Ovariana

Tem por objetivo estimular o desenvolvimento de dois ou mais folículos, que melhoraram a chance de gestação em casais com infertilidade sem causa. Indicado para fertilização *in vitro* e transferência embrionária, infertilidade sem causa aparente, infertilidade imunológica, endometriose e outras (Evans et al., 1995).

As drogas mais comumente usadas são o Citrato de Clomifeno e as Gonodotrofinas que são administradas em doses diferentes conforme a necessidade e o objetivo de cada ciclo.

Em 1978 Lopata et al. foram os primeiros a usar o citrato de clomifeno associado a hCG em programas de FIV e transferência embrionária. A primeira gestação obtida com este tipo de estimulação foi relatada por Trounson et al. (1981). Com o uso dos hiperestimuladores, houve significativo acréscimo nas taxas de gestação (Júnior et al., 2003).

Porém a indução da ovulação com citrato de clomifeno pode acarretar o risco de gestação múltipla em 8% e com o uso das gonodotrofinas esse número sobe para 20% de risco de gestação múltipla (González et al., 1994, Umstad, Gronow, 2003).

Estimativas mostram que 50% e 26% das gestações trigemelares na França (entre 1985 e 1989) resultaram da indução ovulatória e de outras técnicas de reprodução assistida respectivamente e em outro estudo realizado no Reino Unido com 169 gestações observou-se 34% destes resultaram de estimulação ovariana e 35% de fertilização *in vitro* (Castellotti et al., 1998).

2.2 Gemelaridade

A gestação gemelar está associada a um incremento na morbidade e mortalidade perinatal, observando-se um risco de óbito fetal dez vezes superior ao observado na gestação única. A gestação múltipla incide em aproximadamente 1% de todos os nascimentos (Nobile, Mathias, 1985, Coelho, Barboza, 1987). A forma de gemelaridade mais freqüente é a dizigótica. Esta decorre da fertilização de dois ovos distintos, resultando no geral em gestações dicoriônicas diamnióticas. A sua incidência é de aproximadamente 70% de todas as gestações gemelares, podendo ser influenciada pela: idade materna, multiparidade, hereditariedade, utilização de agentes indutores da ovulação e a introdução de técnicas de reprodução assistida. A gestação

múltipla é um desafio obstétrico devido a suas complicações em relação ao diagnóstico precoce, aumento da incidência de parto prematuro, complicações do parto, hemorragia pós-parto e conseqüente morbidade e mortalidade perinatal, que é cinco vezes maior que a de uma gestação única. A freqüência de gestações múltiplas com mais de dois fetos tem aumentado de maneira considerável desde o uso de agentes indutores da ovulação, métodos de fertilização *in vitro* e transferência embrionária (Mauad Filho et al., 1994).

A prevalência de gestação gemelar é de 10 casos a cada mil partos. Há ampla variação destes dados, indo desde 40 a 50 gestações gemelares por mil partos na Nigéria, 12 partos por mil nos Estados Unidos, até 6,7 partos por mil no Japão (Mathias et al., 1985; Ramos et al., 2000).

Admite-se que à presença de fetos múltiplos associam-se riscos, tanto maternos quanto perinatais. Assim, se cita a presença de pré-eclâmpsia, de trabalho de parto prematuro, das descompensações cardíacas e da maior freqüência de partos por cesárea em razão de apresentações distócicas, sofrimento fetal, eclampsia, descolamento prematuro da placenta, apresentação pélvica e anomalias de apresentação e síndromes hemorrágicas. Em relação ao produto conceptual, são documentadas as maiores incidências de baixo peso ao nascer, prematuridade, malformações, rotura prematura de membranas, mortalidade perinatal e a morbidade mais acentuada no segundo gemelar em relação ao primeiro (Garcia, 1993).

Náuseas e vômitos são mais freqüentes no primeiro trimestre. No terceiro trimestre são mais comuns a pré-eclâmpsia e a eclampsia, o poli-hidrânio, o desconforto respiratório, a dificuldade na deambulação, o edema acentuado de membros inferiores, vulva e região suprapúbica, as varizes profusas de pernas e vulvovaginais, a anemia, as síndromes hemorrágicas e a prematuridade (Nobile, Mathias, 1985).

2.3 O processo de enfermagem

O processo de enfermagem constitui a essência da prática da enfermagem, é um instrumento e método científico para direcionar o trabalho dos enfermeiros, auxiliando na determinação das necessidades do cliente, na tomada de decisões, planejamento e implementação da assistência e avaliação das conseqüências do atendimento prestado (Sumita, 2002).

Sempre esteve presente em nossa profissão o questionamento sobre o conhecimento específico da enfermagem, sobre os seus conceitos, seus significados e a utilização desses conceitos na prática, ou seja, a identificação do saber e do fazer da enfermagem que caracterizam como ciência (Nóbrega, Gutiérrez, 2000). Também citados por Cianciarullo (1997) como conhecimentos que fundamentam as ações de enfermagem e configuram, conforme, um conjunto teórico que é a ciência de enfermagem e que é expresso operacionalmente pelo processo de enfermagem, o qual busca, por meio da sistematização das ações, um nível de qualidade compatível com as necessidades do cliente, de sua família e da comunidade, com recursos disponíveis.

Para Paul, Reeves (2000) o processo constitui a essência da prática profissional e é o instrumento e a metodologia da profissão, auxiliando a enfermeira a tomar decisões, fazer previsões e avaliar conseqüências, sendo fundamental para suas ações em qualquer cenário, uma vez que se trata de um método eficiente de organização de processos de pensamento para tomada de decisões clínicas e para a solução de problemas (Doenges, Moorhouse, 1999).

Marin (2002) afirma que o processo de enfermagem é a estrutura mais sólida de que as enfermeiras dispõem para a consolidação de sua prática com efetiva continuidade e qualidade da assistência.

Para Souza, Barros (1998) ele se inicia com a coleta de dados, ou seja, com a entrevista, seguida pelo exame físico, para o que são necessários conhecimentos de anatomia, fisiologia, fisiopatologia, patologia clínica e psicologia, entre outros. A coleta de dados e o exame físico, juntamente com outras fontes, tais como resultados de exames laboratoriais, constituem a primeira fase do processo de enfermagem, denominada histórico, como expõem Iyer et al. (1993).

No Brasil, teve início com Wanda Horta, na década de 1970, no momento em que a enfermagem brasileira carecia de modelos organizacionais e métodos de assistência para a prática (Gerk, 2003). Foi precursora no assunto, introduziu o modelo de assistência de enfermagem, também com seis fases (histórico, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, plano de cuidados ou prescrição de enfermagem, evolução e prognóstico de enfermagem). O modelo fundamentou-se na teoria das necessidades humanas básicas, que começou a ser desenvolvida pela própria autora, hoje entendida como modelo conceitual (Sumita, 2002).

Nesta revisão a fase adotada do processo de enfermagem foi o diagnóstico de enfermagem.

2.3.1 Diagnósticos de Enfermagem

A designação diagnóstico de enfermagem foi utilizada pela primeira vez, na década de 1950 nos Estados Unidos (Iyer et al., 1993). Na década de 1920 a mesma expressão começava a aparecer na literatura norte-americana, mas que só fortaleceu e expandiu-se a partir de 1970, com a criação de um grupo norte-americano para Classificação dos Diagnósticos de Enfermagem, o qual mais tarde, em 1982, viria a se tornar oficialmente o *North American Nursing Association - NANDA* (Maria, 2001).

Os estudos mais consistentes sobre a identificação, desenvolvimento e classificação do diagnóstico de enfermagem só se iniciaram a partir de 1973 com a 1ª Conferência Nacional para a Classificação de Diagnóstico de Enfermagem, nos Estados Unidos, com a formação crescente de grupos de enfermeiras com interesse no estudo. Porém em 1990 a definição do diagnóstico de enfermagem oficialmente aprovada pela assembléia geral, durante a 9ª Conferência da NANDA, foi “o diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/ processos vitais reais ou potenciais” (NANDA, 2000).

No Brasil os primeiros estudos sobre diagnósticos de enfermagem, iniciaram-se na Universidade Federal da Paraíba e na Escola de enfermagem da USP de Ribeirão Preto, que na década de 1980 adotaram a classificação da NANDA (Maria, 2001).

A identificação dos problemas/necessidades do doente implica na determinação do diagnóstico de enfermagem que a enfermeira deve utilizar a experiência, a perícia e a intuição. As atividades do raciocínio compreendem, problema, etiologia, sinais e sintomas e resultam na criação do diagnóstico: (Doenges, Moorhouse, 1992).

O diagnóstico de enfermagem exige da enfermeira a capacidade de fazer julgamentos sobre os dados coletados, após uma adequada organização destes, envolvendo um método identificado como método científico (Cianciarullo, 2003), podendo contribuir para um melhor delineamento sobre a finalidade de nossa profissão, pois fornece diretrizes para organização do conhecimento da disciplina – base para o exercício legítimo da autonomia, uma vez que oferece a esse nosso fazer um instrumento essencial para que tal fazer possa ser exposto à observação e à crítica de todas as enfermeiras, de outros profissionais da equipe de saúde e da população que faz uso de nossos serviços (Cruz, 1997).

3. MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional, transversal, descritivo e retrospectivo sobre os resultados perinatais e os diagnósticos de enfermagem encontrados em gestantes multifetais resultantes de reprodução assistida.

3.2 Local

A pesquisa foi realizada no Hospital e Maternidade Santa Joana, localizada na cidade de São Paulo, centro de referência na área de reprodução humana. A média mensal de partos em 2004 foi de 938, 6 partos dos quais 1,5% partos gemelares.

3.3 População

A população estudada foi constituída por 131 prontuários de mulheres internadas com patologias clínicas e trabalho de parto, advindas de gestações múltiplas, resultantes de técnicas de reprodução assistida, internadas no período de janeiro de 2004 a dezembro de 2005.

Critérios de inclusão

- Gestações múltiplas resultantes de técnicas de reprodução assistida com registro no prontuário de gestação múltipla induzida, identificadas por Inseminação intra-útero, Injeção intracitoplasmática de espermatozóide, Fertilização *in vitro* e Estimulação ovariana.

Critérios de exclusão

- Gestações múltiplas espontâneas
 - Prontuários sem identificação do tipo de gestação múltipla e da técnica de reprodução assistida.
-

3.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados após análise e aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital e Maternidade Santa Joana (Anexo 1), no serviço de arquivo de prontuários dos pacientes após seleção dos registros de partos com múltiplos fetos dos anos 2004 e 2005.

A coleta de dados foi realizada pela autora através de um formulário padronizado (Anexo 2), elaborado pela mesma, onde incluíram informações maternas e neonatais. Os dados foram registrados em planilha eletrônica utilizando-se o programa Excel Microsoft Office 2000™.

Os diagnósticos de enfermagem foram coletados das fichas de sistematização de assistência de enfermagem contidas nos prontuários de cada paciente.

Os achados neonatais e maternos foram coletados da ficha de maternidade e berçário onde incluíram os parâmetros do nascimento, os diagnósticos durante a internação até a alta hospitalar.

3.5 Variáveis de estudo

3.5.1 Sócias demográficas

- Idade: refere-se à idade em anos completos.
- Estado civil: refere-se à situação conjugal a que se encontra, categorizada em casada, solteira e união consensual.

3.5.2 Obstétricas

- Método utilizado na reprodução assistida: refere-se ao método utilizado na reprodução assistida, fertilização *in vitro*, injeção intracitoplasmática de espermatozóides, inseminação intra-útero e estimulação ovariana.
-

- Idade gestacional: refere-se à idade gestacional em semanas.
 - Paridade: definida por Cunningham et al. (1989) como número de partos anteriores, categorizada como:
 - Nulípara: mulher que nunca teve parto de feto viável, além da fase definida como aborto.
 - Primípara: mulher que já teve uma gestação e parto de feto viável.
 - Multípara: mulher que apresentou duas ou mais gestações com partos de fetos viáveis.

 - Abortamento: considera-se aborto a expulsão ou a extração de feto ou embrião que pese menos de 500 gramas, idade gestacional de aproximadamente 20-22 semanas completas ou de 140-154 dias completos (Neme, 1995).
 - Número de Filhos: refere-se ao número de filhos vivos.
 - Óbito Neonatal: é aquele ocorrido em crianças com menor de 28 dias, ou seja, incluindo até 27 dias, 23 horas e 59 minutos a partir do momento do nascimento (Segre, 2002).
 - Número de Fetos: refere-se ao número de fetos gerados em uma única gestação.
 - Diagnóstico Obstétrico Patológico Atual: refere-se ao diagnóstico médico da patologia atual.
 - Idade Gestacional no Momento do Parto: refere-se à idade gestacional em semanas no momento do parto.
 - Óbito fetal intra-útero: segundo a OMS é a morte do concepto antes da sua expulsão do organismo materno, independente da duração da gestação (Guariento, 1999).
 - Parto: refere-se à realização ou não parto na instituição
 - Puerpério: Unidade de Terapia Intensiva: refere-se à necessidade de pós-parto imediato em Unidade de Terapia Intensiva.
-

- **Unidade de internação:** refere-se a pós-parto imediato em unidade de internação.
- **Amamentação:** refere-se ao início da amamentação durante o período de internação materna.

3.5.3 Variáveis Neonatais

- **Peso ao Nascimento:** Segundo Segre (2002) é o primeiro peso do feto ou RN obtido imediatamente após o nascimento.
 - **Apgar no 1° e 5° minutos:** corresponde às condições clínicas do recém-nascido após o primeiro e quinto minuto do nascimento diante da avaliação das seguintes características: respiração, cor da pele, batimentos cardíacos, tônus muscular e resposta a estímulos nervosos.
 - **Complicações Neonatais:** refere-se a complicações fetais após o nascimento e durante as internações divididas em: anomalias congênitas, trauma de parto, icterícias, distúrbios metabólicos, doenças respiratórias, doenças hematológicas, doenças otológicas e oftalmológicas, doenças neurológicas, doenças infecciosas, doenças gastrintestinais, doenças renais, uso de nutrição parenteral.
 - **Dias de Internação no Berçário de Risco:** refere-se aos dias de internações do recém-nascido em Unidade de Terapia intensiva.
 - **Morte Neonatal precoce:** É a morte de uma criança nascida viva durante os primeiros sete dias completos (168h) de vida (Segre, 2002).
 - **Morte Neonatal tardia:** É a morte de uma criança que esteja viva depois de sete dias completos, mas antes de completos 28 dias de vida (Segre, 2002).
 - **Natimorto:** É o produto de um nascimento de feto morto (Segre, 2002).
-

3.5.4 Diagnósticos de Enfermagem

- **Mobilidade Física Prejudicada:** definido por NANDA (2005) como sendo limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades.
 - **Dor Aguda:** definido por NANDA (2005) sendo uma experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (Associação Internacional para Estudo da Dor); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses.
 - **Padrão do Sono Perturbado:** definido por NANDA (2005), como sendo distúrbio com tempo limitado na quantidade e qualidade do sono (suspensão natural, periódica da consciência)
 - **Déficit no Auto Cuidado para Banho/ Higiene:** definido por NANDA (2004), como a capacidade prejudicada para realizar ou completar as atividades de banho/higiene por si mesmo.
 - **Diarréia:** definido por NANDA (2005) como sendo eliminação de fezes soltas, não formadas.
 - **Constipação:** definido por NANDA (2005), como diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada por dificuldade ou passagem incompleta das fezes e/ou passagem de fezes excessivamente duras e secas.
 - **Eliminação Urinária Prejudicada:** definida por NANDA (2005), como sendo distúrbio na eliminação de urina.
 - **Integridade Tissular Prejudicada:** definida por NANDA (2005), como sendo um dano às membranas mucosas, córneas, pele ou tecidos subcutâneos.
 - **Medo:** definido por NANDA (2005), como sendo a resposta à ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como um perigo.
-

- **Risco de Infecção:** definido por NANDA (2005), como sendo estar em risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos.
 - **Efeitos Adversos da Terapia Medicamentosa:** definido por Carpenito (2002), como uma complicação potencial, descreve o cliente que apresenta, ou que o risco de apresentar, reações ou efeitos potencialmente sérios relacionados à terapia medicamentosa.
-

4. RESULTADOS

A seguir serão apresentadas as estatísticas descritivas caracterizando estes pacientes do estudo. Para as variáveis qualitativas foram apresentadas as frequências absolutas (N) e as frequências relativas (%). Para as variáveis quantitativas foram utilizadas como medidas resumos à média e a mediana e desvio-padrão, mínimo e máximo para apontar a variabilidade.

4.1 Variáveis sócio-demográficas e obstétricas

Tabela 1 - Distribuição da população estudada segundo as variáveis sócio-demográficas e obstétricas

Variáveis		N	%
Idade (em anos)	≤ 30 anos	32	24,4
	30 ---- 33	28	21,4
	33 ---- 38	38	29,0
	> 38	33	25,2
Estado civil	solteira	3	2,3
	casada	125	95,4
	união consensual	3	2,3
Método	FIV	88	67,2
	ICSI	2	1,5
	IIU	4	3,1
	Estimulação ovariana	37	28,2
Número de gestações	0	1	0,8
	1	92	70,2
	2	27	20,6
	3	6	4,6
	4	4	3,1
	5	1	0,8
Número de Partos	0	118	90,1
	1	9	6,9
	2	3	2,3
	3	1	0,8
Número de abortos	0	100	76,3
	1	26	19,8
	2	3	2,3
	3	2	1,5
Número de Fetos	2	99	75,6
	3	30	22,9
	4	2	1,5
Idade gestacional no momento do parto (semanas)	< 20	2	1,5
	20 ---- 30	18	13,7
	30 ---- 34	24	18,3
	34 ---- 36	41	31,3
	> 36	33	25,2
Puerpério	Sem informação	13	9,9
	UTI	4	3,1
	UI	114	87,0
	Sem informação	13	9,9
Amamentação	Não	37	28,2
	Sim	89	67,9
	Sem informação	5	3,8

Tabela 2 – Variáveis obstétricas

	N	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Idade	131	33,9	33,2	5,4	22,9	49,0
Número de gestação	131	1,4	1,0	0,8	0,0	5,0
Número de Partos	131	0,14	0,00	0,46	0,00	3,00
Número de abortos	131	0,29	0,00	0,59	0,00	3,00
Número de Filhos	131	0,12	0,00	0,43	0,00	3,00
Número de Fetos	131	2,3	2,0	0,5	2,0	4,0
Idade gestacional no momento da internação (semanas)	131	31,6	34,3	7,1	5,0	38,4
Dias de internação	131	6,1	4,0	8,4	1,0	52,0
Idade gestacional no momento do parto (semanas)	118	33,3	34,7	5,2	2,0	38,4

Tabela 3 - Distribuição dos métodos utilizados na reprodução assistida

Método	N	%
FIV	88	67,2
ICSI	02	1,5
IUI	04	3,1
Estimulação ovariana	37	28,2
Total	131	100

Tabela 4 - Distribuição das complicações maternas na população estudada

Complicações maternas		N total	%
Trabalho de parto prematuro	Não	45	34,4
	Sim	86	65,6
	Total	131	100,0
Uso de uterolíticos	Não	76	58,0
	Sim	55	42,0
	Total	131	100,0
Amniorrexe prematura	Não	96	73,3
	Sim	35	26,7
	Total	131	100,0
Infecção	Não	111	84,7
	Sim	20	15,3
	Total	131	100,0
Doença hipertensiva específica da Gestação	Não	115	87,8
	Sim	16	12,2
	Total	131	100,0
Anemia	Não	115	87,8
	Sim	16	12,2
	Total	131	100,0
Oligoâminio	Não	120	91,6
	Sim	11	8,4
	Total	131	100,0
Hipotireoidismo	Não	121	92,4
	Sim	10	7,6
	Total	131	100,0
Placenta prévia	Não	125	95,4
	Sim	6	4,6
	Total	131	100,0
Insuficiência istmo-cervical	Não	125	95,5
	Sim	6	4,6
	Total	131	100,0
Hipertensão arterial crônica	Não	128	97,7
	Sim	6	2,3
	Total	131	100,0
Diabetes Mellitus	Não	129	98,5
	Sim	2	1,5
	Total	131	100,0
Restrição de crescimento intra-útero	Não	129	98,5
	Sim	2	1,5
	Total	131	100,0

Tabela 5 – Distribuição das mães que apresentaram alguma complicação materna

	N	%
Não	12	9,2
Sim	119	90,9
Total	131	100,0

5.2 Resultados e ocorrências neonatais

Tabela 6 – Peso dos Recém-nascidos (RN) por fetos

	N	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Peso (gramas) do RN1	116	1982,5	2137,5	678,8	150,0	3130,0
Peso (gramas) do RN2	116	1951,4	2137,5	678,3	0,0	3055,0
Peso (gramas) do RN3	29	1397,1	1360,0	706,8	20,0	2645,0
Peso (gramas) do RN4	1	340,0	340,0	-	340,0	340,0
Todos os RN	263	1890,5	2025,0	716,1	0,0	3130,0

Tabela 7 – Apgar dos recém-nascidos (RN) por fetos

	N	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Apgar 1 minuto do RN1	117	7,5	8,0	2,0	0,0	9,0
Apgar 5 minutos do RN1 (2)	117	8,7	9,0	1,9	0,0	10,0
Apgar 1 minuto do RN2	116	7,2	8,0	2,3	0,0	9,0
Apgar 5 minutos do RN2 (2)	116	8,4	9,0	2,1	0,0	10,0
Apgar 1 minuto do RN3	29	7,0	8,0	2,6	0,0	9,0
Apgar 5 minutos do RN3 (2)	29	8,0	9,0	2,5	0,0	10,0
Apgar 1 minuto do RN4	1	0,0	0,0	-	0,0	0,0
Apgar 5 minutos do RN4 (2)	1	0,0	0,0	-	0,0	0,0

Tabela 8 – Dias de internação dos recém-nascidos por feto

	N	Média	Mediana	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Dias de internação 1	116	18,2	4,5	30,2	3,0	140,0
Dias de internação 2	115	15,3	6,0	20,1	3,0	95,0
Dias de internação 3	28	28,4	18,5	29,5	3,0	98,0
Dias de internação 4	0	-	-	-	-	-

Tabela 9 - Informação de óbito para o total de fetos

	N	%
Morte neonatal precoce	7	2,4
Morte neonatal tardia	3	1,0
Natimorto	11	3,7
Óbito fetal intra-útero	18	6,1
Total	296	100,0

Tabela 10 - Informação de alta hospitalar para total de fetos

	N	%
Óbito	10	3,9
alta	249	96,1
Total	259	100,0

Tabela 11 – Distribuição geral das ocorrências neonatais na população estudada

Ocorrências neonatais		N total	%
Doenças respiratórias	Não	91	34,9
	Sim	170	65,1
Icterícia	Não	162	62,5
	Sim	97	37,5
Nutrição parental	Não	194	74,9
	Sim	65	25,1
Distúrbios metabólicos	Não	230	88,8
	Sim	29	11,2
Doenças hematológicas	Não	230	88,8
	Sim	29	11,2
Doenças infecciosas	Não	234	90,3
	Sim	25	9,7
Doenças neurológicas	Não	236	91,1
	Sim	23	8,9
Doenças cardiocirculatórias	Não	237	91,5
	Sim	22	8,5
Óbito fetal intra-útero	Não	274	93,8
	Sim	18	6,2
Anomalias congênitas	Não	244	94,6
	Sim	13	5,0
Traumas de parto	Não	255	98,8
	Sim	3	1,2
Doenças renais	Não	257	99,2
	Sim	2	0,8
Doenças gastrintestinais	Não	258	99,6
	Sim	1	0,4

Tabela 12 - Distribuição geral por fetos das ocorrências neonatais na população

		Não		Sim	
		N	%	N	%
Doenças respiratórias	1	38	32,8	78	67,2
	2	47	40,9	68	59,1
	3	5	17,2	24	82,8
	4	1	100,0	-	-
Nutrição parenteral	1	92	79,3	24	20,7
	2	89	77,4	26	22,6
	3	13	46,4	15	53,6
Distúrbios metabólicos	1	105	90,5	11	9,5
	2	100	87,7	14	12,3
	3	24	85,7	4	14,3
	4	1	100,0	-	-
Doenças hematológicas	1	105	90,5	11	9,5
	2	104	90,4	11	9,6
	3	21	75,0	7	25,0
Doenças infecciosas	1	106	91,4	10	8,6
	2	108	93,9	7	6,1
	3	20	71,4	8	28,6
Doenças neurológicas	1	107	92,2	9	7,8
	2	105	91,3	10	8,7
	3	24	85,7	4	14,3
Doenças cardiocirculatórias	1	107	92,2	9	7,8
	2	106	92,2	9	7,8
	3	24	85,7	4	14,3
Óbito fetal intra útero	1	122	94,6	7	5,4
	2	121	93,8	8	6,2
	3	30	93,8	2	6,3
	4	1	50,0	1	50,0
Anomalias congênitas	1	106	91,4	10	8,6
	2	112	97,4	3	2,6
	3	26	100,0	-	-
	4	1	100,	-	-
Traumas de Parto	1	115	99,1	1	0,9
	2	113	98,3	2	1,7
	3	27	100,0	-	-
Doenças renais	1	116	100,0	-	-
	2	114	99,1	1	0,9
	3	27	96,4	1	3,6
Doenças gastrointestinais	1	116	100,0	-	-
	2	114	99,1	1	0,9
	3	28	100,0	-	-
Morte neonatal precoce	1	113	97,4	3	2,6
	2	114	99,1	1	0,9
	3	25	89,3	3	10,7
Morte neonatal tardia	1	115	99,1	1	9
	2	114	99,1	1	0,9
	3	26	96,3	1	3,7
Natimorto	1	114	97,4	3	2,6
	2	111	95,7	5	4,3
	3	27	93,1	2	6,9
	4	-	-	1	100,0

Tabela 13 - Ocorrências neonatais segundo método de reprodução assistida utilizado

		Método							
		FIV		ICSI		IIU		Estimulação ovariana	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Anomalias congênitas	Não	167	94,9	3	75,0	7	100,0	68	95,8
	Sim	9	5,1	1	25,0	-	-	3	4,2
Traumas de parto	Não	174	98,9	4	100,0	7	100,0	70	98,6
	Sim	2	1,1	-	-	-	-	1	1,4
Icterícia	Não	109	61,6	2	50,0	6	85,7	45	63,4
	Sim	68	38,4	2	50,0	1	14,3	26	36,6
Distúrbios metabólicos	Não	154	87,0	4	100,0	7	100,0	65	91,5
	Sim	23	13,0	-	-	-	-	6	8,5
Doenças respiratórias	Não	46	25,7	2	50,0	4	57,1	39	54,9
	Sim	133	74,3	2	50,0	3	42,9	32	45,1
Doenças hematológicas	Não	152	85,9	4	100,0	7	100,0	67	94,4
	Sim	25	14,1	-	-	-	-	4	5,6
Doenças otológicas	Não	162	91,0	3	75,0	7	100,0	68	95,8
	Sim	16	9,0	1	25,0	-	-	3	4,2
Doenças cardiocirculatórias	Não	160	90,4	3	75,0	7	100,0	67	94,4
	Sim	17	9,6	1	25,0	-	-	4	5,6
Doenças neurológicas	Não	161	91,0	4	100,0	7	100,0	64	90,1
	Sim	16	9,0	-	-	-	-	7	9,9
Doenças infecciosas	Não	156	88,1	3	75,0	7	100,0	68	95,8
	Sim	21	11,9	1	25,0	-	-	3	4,2
Doenças gastrointestinais	Não	176	99,4	4	100,0	7	100,0	71	100,0
	Sim	1	0,6	-	-	-	-	-	-
Doenças renais	Não	175	98,9	4	100,0	7	100,0	71	100,0
	Sim	2	1,1	-	-	-	-	-	-
Nutrição parental	Não	123	69,5	3	75,0	5	71,4	63	88,7
	Sim	54	30,5	1	25,0	2	28,6	8	11,3
Óbito fetal intra-útero	Não	193	95,5	2	50,0	7	77,8	72	93,5
	Sim	9	4,5	2	50,0	2	22,2	5	6,5

Tabela 14 - Ocorrências neonatais segundo complicações maternas: doença hipertensiva específica da gestação

		Doença Hipertensiva Específica de Gestação			
		Não		Sim	
		N	%	N	%
Doenças respiratórias	Não	82	36,8	9	23,7
	Sim	141	63,2	29	76,3
Icterícia	Não	142	64,3	20	52,6
	Sim	79	35,7	18	47,4
Nutrição parental	Não	171	77,4	23	60,5
	Sim	50	22,6	15	39,5
Doenças hematológicas	Não	201	91,0	29	76,3
	Sim	20	9,0	9	23,7
Doenças otológicas	Não	208	93,7	32	84,2
	Sim	14	6,3	6	15,8
Doenças neurológicas	Não	202	91,4	34	89,5
	Sim	19	8,6	4	10,5
Distúrbios metabólicos	Não	196	88,3	34	91,9
	Sim	26	11,7	3	8,1
Doenças cardiocirculatórias	Não	202	91,4	35	92,1
	Sim	19	8,6	3	7,9
Óbito fetal intra-útero	Não	236	94,0	38	92,7
	Sim	15	6,0	3	7,3
Anomalias congênitas	Não	209	95,0	36	94,7
	Sim	11	5,0	2	5,3
Doenças infecciosas	Não	198	89,6	36	94,7
	Sim	23	10,4	2	5,3
Traumas de parto	Não	219	99,5	36	94,7
	Sim	1	0,5	2	5,3
Doenças gastrintestinais	Não	220	99,5	38	100,0
	Sim	1	0,5		
Doenças renais	Não	219	99,1	38	100,0
	Sim	2	0,9		

Tabela 15 - Ocorrências neonatais segundo complicações maternas: trabalho de parto prematuro

		Trabalho de parto prematuro			
		Não		Sim	
		N	%	N	%
Doenças respiratórias	Não	48	54,5	43	24,9
	Sim	40	45,5	130	75,1
Icterícia	Não	55	62,5	107	62,6
	Sim	33	37,5	64	37,4
Nutrição parental	Não	74	84,1	120	70,2
	Sim	14	15,9	51	29,8
Doenças infecciosas	Não	85	96,6	149	87,1
	Sim	3	3,4	22	12,9
Distúrbios metabólicos	Não	80	90,9	150	87,7
	Sim	8	9,1	21	12,3
Doenças neurológicas	Não	86	97,7	150	87,7
	Sim	2	2,3	21	12,3
Doenças hematológicas	Não	78	88,6	152	88,9
	Sim	10	11,4	19	11,1
Doenças cardiocirculatórias	Não	84	95,5	153	89,5
	Sim	4	4,5	18	10,5
Óbito fetal intra-útero	Não	100	100,0	174	90,6
	Sim			18	9,4
Doenças otológicas	Não	80	90,9	160	93,0
	Sim	8	9,1	12	7,0
Anomalias congênitas	Não	82	93,2	163	95,9
	Sim	6	6,8	7	4,1
Doenças renais	Não	88	100,0	169	98,8
	Sim			2	1,2
Traumas de parto	Não	86	97,7	169	99,4
	Sim	2	2,3	1	0,6
Doenças gastrointestinais	Não	87	98,9	171	100,0
	Sim	1	1,1		

Tabela 16 - Ocorrências neonatais segundo complicações maternas: uso de Uterolíticos

		Uso de uterolíticos			
		Não		Sim	
		N	%	N	%
Doenças respiratórias	Não	69	45,4	22	20,2
	Sim	83	54,6	87	79,8
Icterícia	Não	91	60,7	71	65,1
	Sim	59	39,3	38	34,9
Nutrição parental	Não	118	78,7	76	69,7
	Sim	32	21,3	33	30,3
Doenças infecciosas	Não	145	96,7	89	81,7
	Sim	5	3,3	20	18,3
Distúrbios metabólicos	Não	140	93,3	90	82,6
	Sim	10	6,7	19	17,4
Doenças neurológicas	Não	137	91,3	93	85,3
	Sim	13	8,7	16	14,7
Doenças hematológicas	Não	143	95,3	93	85,3
	Sim	7	4,7	16	14,7
Doenças cardiocirculatórias	Não	140	93,3	97	89,0
	Sim	10	6,7	12	11,0
Óbito fetal intra-útero	Não	140	93,3	100	90,9
	Sim	10	6,7	10	9,1
Doenças otológicas	Não	144	96,0	101	93,5
	Sim	6	4,0	7	6,5
Anomalias congênitas	Não	159	93,5	115	94,3
	Sim	11	6,5	7	5,7
Doenças renais	Não	150	100,0	107	98,2
	Sim			2	1,8
Traumas de parto	Não	147	98,0	108	100,0
	Sim	3	2,0		
Doenças gastrointestinais	Não	149	99,3	109	100,0
	Sim	1	0,7		

Tabela 17 - Ocorrências neonatais segundo complicações maternas: restrição de crescimento intra-útero

		Restrição de crescimento intra-uterino			
		Não		Sim	
		N	%	N	%
Doenças respiratórias	Não	91	35,5		
	Sim	165	64,5	5	100,0
Nutrição parental	Não	192	75,6	2	40,0
	Sim	62	24,4	3	60,0
Doenças hematológicas	Não	228	89,8	2	40,0
	Sim	26	10,2	3	60,0
Distúrbios metabólicos	Não	227	89,4	3	60,0
	Sim	27	10,6	2	40,0
Anomalias congênicas	Não	241	95,3	4	80,0
	Sim	12	4,7	1	20,0
Doenças otológicas	Não	236	92,5	4	80,0
	Sim	19	7,5	1	20,0
Doenças cardiocirculatórias	Não	233	91,7	4	80,0
	Sim	21	8,3	1	20,0
Doenças gastrintestinais	Não	254	100,0	4	80,0
	Sim			1	20,0
Óbito fetal intra-útero	Não	269	93,7	5	100,0
	Sim	18	6,3		
Traumas de parto	Não	250	98,8	5	100,0
	Sim	3	1,2		
Icterícia	Não	162	63,8		
	Sim	92	36,2	5	100,0
Doenças neurológicas	Não	231	90,9	5	100,0
	Sim	23	9,1		
Doenças infecciosas	Não	229	90,2	5	100,0
	Sim	25	9,8		
Doenças renais	Não	252	99,2	5	100,0
	Sim	2	0,8		

Tabela 18 - Ocorrências neonatais segundo complicações maternas: amniorrexe prematura

		Amniorrexe prematura			
		Não		Sim	
		N	%	N	%
Doenças respiratórias	Não	77	42,1	14	17,9
	Sim	106	57,9	64	82,1
Nutrição parental	Não	153	84,5	41	52,6
	Sim	28	15,5	37	47,4
Icterícia	Não	110	60,8	52	66,7
	Sim	71	39,2	26	33,3
Doenças hematológicas	Não	167	92,3	63	80,8
	Sim	14	7,7	15	19,2
Doenças cardiocirculatórias	Não	174	96,1	63	80,8
	Sim	7	3,9	15	19,2
Doenças infecciosas	Não	170	93,9	64	82,1
	Sim	11	6,1	14	17,9
Doenças neurológicas	Não	170	93,9	66	84,6
	Sim	11	6,1	12	15,4
Distúrbios metabólicos	Não	163	89,6	67	87,0
	Sim	19	10,4	10	13,0
Doenças otológicas	Não	170	93,9	70	88,6
	Sim	11	6,1	9	11,4
Óbito fetal intra-útero	Não	200	95,7	74	89,2
	Sim	9	4,3	9	10,8
Anomalias congênitas	Não	175	96,7	70	90,9
	Sim	6	3,3	7	9,1
Doenças renais	Não	181	100,0	76	97,4
	Sim			2	2,6
Traumas de parto	Não	178	98,9	77	98,7
	Sim	2	1,1	1	1,3
Doenças gastrintestinais	Não	180	99,4	78	100,0
	Sim	1	0,6		

Tabela 19 - Ocorrências neonatais segundo complicações maternas: anemia

		Anemia			
		Não		Sim	
		N	%	N	%
Doenças respiratórias	Não	87	38,2	4	12,1
	Sim	141	61,8	29	87,9
Nutrição parental	Não	181	80,1	13	39,4
	Sim	45	19,9	20	60,6
Icterícia	Não	143	63,3	19	57,6
	Sim	83	36,7	14	42,4
Doenças neurológicas	Não	215	95,1	21	63,6
	Sim	11	4,9	12	36,4
Doenças hematológicas	Não	207	91,6	23	69,7
	Sim	19	8,4	10	30,3
Doenças infecciosas	Não	210	92,9	24	72,7
	Sim	16	7,1	9	27,3
Doenças otológicas	Não	216	95,2	24	72,7
	Sim	11	4,8	9	27,3
Distúrbios metabólicos	Não	205	90,7	25	75,8
	Sim	21	9,3	8	24,2
Doenças cardiocirculatórias	Não	209	92,5	28	84,8
	Sim	17	7,5	5	15,2
Anomalias congênitas	Não	214	95,1	31	93,9
	Sim	11	4,9	2	6,1
Traumas de parto	Não	223	99,1	32	97,0
	Sim	2	0,9	1	3,0
Óbito fetal intra-útero	Não	238	93,3	36	97,3
	Sim	17	6,7	1	2,7
Doenças gastrointestinais	Não	225	99,6	33	100,0
	Sim	1	0,4		
Doenças renais	Não	224	99,1	33	100,0
	Sim	2	0,9		

5.3 Diagnósticos de enfermagem

Tabela 20 - Distribuição dos Diagnósticos de Enfermagem segundo idade materna

		Idade							
		Até 30 anos		Acima de 30 a 33 anos		Acima de 33 a 38 anos		Acima de 38 anos	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Mobilidade física prejudicada	Não	5	15,6	4	14,3	12	31,6	7	21,9
	Sim	27	84,4	24	85,7	26	68,4	25	78,1
Dor aguda	Não	25	78,1	19	67,9	27	71,1	24	75,0
	Sim	7	21,9	9	32,1	11	28,9	8	25,0
Padrão de sono perturbado	Não	27	84,4	18	64,3	27	71,1	23	71,9
	Sim	5	15,6	10	35,7	11	28,9	9	28,1
Déficit no auto-cuidado para banho/higiene	Não	17	53,1	14	50,0	20	54,1	15	46,9
	Sim	15	46,9	14	50,0	17	45,9	17	53,1
Diarréia/constipação	Não	26	81,3	20	71,4	30	78,9	26	81,3
	Sim	6	18,8	8	28,6	8	21,1	6	18,8
Eliminação urinária prejudicada	Não	26	81,3	19	70,4	29	76,3	27	84,4
	Sim	6	18,8	8	29,6	9	23,7	5	15,6
Integridade tissular alterada	Não	10	31,3	12	42,9	20	52,6	8	25,0
	Sim	22	68,8	16	57,1	18	47,4	24	75,0
Medo	Não	23	71,9	18	64,3	24	63,2	21	65,6
	Sim	9	28,1	10	35,7	14	36,8	11	34,4
Risco para infecção	Não	11	34,4	9	32,1	17	44,7	11	34,4
	Sim	21	65,6	19	67,9	21	55,3	21	65,6
Efeitos adversos da terapia medicamentosa	Não	27	84,4	23	82,1	31	81,6	26	81,3
	Sim	5	15,6	5	17,9	7	18,4	6	18,8

Tabela 21 - Distribuição dos diagnósticos de enfermagem pelo método utilizado

		Método							
		FIV		ICSI		IIU		Estimulação ovariana	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Mobilidade física prejudicada	Não	15	17,2	1	50,0	1	25,0	11	29,7
	Sim	72	82,8	1	50,0	3	75,0	26	70,3
Dor aguda	Não	61	70,1	1	50,0	4	100,0	29	78,4
	Sim	26	29,9	1	50,0			8	21,6
Padrão de sono perturbado	Não	62	71,3			3	75,0	30	81,1
	Sim	25	28,7	2	100,0	1	25,0	7	18,9
Déficit no auto-cuidado para banho/higiene	Não	45	52,3	1	50,0	1	25,0	19	51,4
	Sim	41	47,7	1	50,0	3	75,0	18	48,6
Diarréia/constipação	Não	71	81,6	2	100,0	3	75,0	26	70,3
	Sim	16	18,4			1	25,0	11	29,7
Eliminação urinária prejudicada	Não	69	80,2	2	100,0	3	75,0	27	73,0
	Sim	17	19,8			1	25,0	10	27,0
Integridade tissular alterada	Não	37	42,5			1	25,0	12	32,4
	Sim	50	57,5	2	100,0	3	75,0	25	67,6
Medo	Não	54	62,1			2	50,0	30	81,1
	Sim	33	37,9	2	100,0	2	50,0	7	18,9
Risco para infecção	Não	34	39,1	1	50,0	1	25,0	12	32,4
	Sim	53	60,9	1	50,0	3	75,0	25	67,6
Efeitos adversos da terapia medicamentosa	Não	70	80,5	1	50,0	3	75,0	33	89,2
	Sim	17	19,5	1	50,0	1	25,0	4	10,8

Tabela 22 - Complicações maternas segundo o diagnóstico de enfermagem: mobilidade física prejudicada

		Mobilidade física prejudicada			
		Não		Sim	
		N	%	N	%
Trabalho de parto prematuro	Não	13	46,4	32	31,4
	Sim	15	53,6	70	68,6
Uterolílicos	Não	19	67,9	57	55,9
	Sim	9	32,1	45	44,1
Amniorrexe prematura	Não	23	82,1	72	70,6
	Sim	5	17,9	30	29,4
Infecção	Não	25	89,3	85	83,3
	Sim	3	10,7	17	16,7
Anemia	Não	28	100,0	86	84,3
	Sim			16	15,7
Doença Hipertensiva Específica de Gestação	Não	26	92,9	88	86,3
	Sim	2	7,1	14	13,7
Hipotireoideismo	Não	28	100,0	92	90,2
	Sim			10	9,8
Oligoâmnio	Não	26	92,9	93	91,2
	Sim	2	7,1	9	8,8
Placenta prévia	Não	28	100,0	96	94,1
	Sim			6	5,9
Insuficiência istmo-cervical	Não	26	92,9	97	96,0
	Sim	2	7,1	4	4,0
Hipertensão arterial crônica	Não	27	96,4	100	98,0
	Sim	1	3,6	2	2,0
Restrição de crescimento intra-uterino	Não	28	100,0	100	98,0
	Sim			2	2,0
Diabetes Mellitus	Não	27	96,4	100	99,0
	Sim	1	3,6	1	1,0
Diabete Gestacional	Não	28	100,0	102	100,0
	Sim	2	0,9		

Tabela 23 - Complicações maternas segundo o diagnóstico de enfermagem: dor aguda

		Dor aguda			
		Não		Sim	
		N	%	N	%
Trabalho de parto prematuro	Não	34	35,8	11	31,4
	Sim	61	64,2	24	68,6
Uterolíticos	Não	61	64,2	15	42,9
	Sim	34	35,8	20	57,1
Amniorrexe prematura	Não	89	93,7	25	71,4
	Sim	6	6,3	10	28,6
Infecção	Não	84	88,4	26	74,3
	Sim	11	11,6	9	25,7
Anemia	Não	68	71,6	27	77,1
	Sim	27	28,4	8	22,9
Doença Hipertensiva Específica de Gestação	Não	85	89,5	29	82,9
	Sim	10	10,5	6	17,1
Hipotireoideismo	Não	90	94,7	30	85,7
	Sim	5	5,3	5	14,3
Oligoâmnio	Não	92	96,8	31	91,2
	Sim	3	3,2	3	8,8
Placenta prévia	Não	92	96,8	32	91,4
	Sim	3	3,2	3	8,6
Insuficiência istmo-cervical	Não	86	90,5	33	94,3
	Sim	9	9,5	2	5,7
Hipertensão arterial crônica	Não	93	97,9	34	97,1
	Sim	2	2,1	1	2,9
Restrição de crescimento intra-uterino	Não	92	97,9	35	100,0
	Sim	2	2,1		
Diabetes Mellitus	Não	93	97,9	35	100,0
	Sim	2	2,1		
Diabete Gestacional	Não	95	100,0	35	100,0
	Sim	2	0,9		

Tabela 24 - Complicações maternas segundo o diagnóstico de enfermagem: padrão de sono perturbado

		Padrão de sono perturbado			
		Não		Sim	
		N	%	N	%
Trabalho de parto prematuro	Não	34	35,8	11	31,4
	Sim	61	64,2	24	68,6
Uterolíticos	Não	59	62,1	17	48,6
	Sim	36	37,9	18	51,4
Amniorrexe prematura	Não	71	74,7	24	68,6
	Sim	24	25,3	11	31,4
Infecção	Não	89	93,7	25	71,4
	Sim	6	6,3	10	28,6
Anemia	Não	84	88,4	26	74,3
	Sim	11	11,6	9	25,7
Doença Hipertensiva Específica de Gestação	Não	84	88,4	30	85,7
	Sim	11	11,6	5	14,3
Hipotireoideismo	Não	93	97,9	31	88,6
	Sim	2	2,1	4	11,4
Oligoâmnio	Não	88	92,6	32	91,4
	Sim	7	7,4	3	8,6
Placenta prévia	Não	87	91,6	32	91,4
	Sim	8	8,4	3	8,6
Insuficiência istmo-cervical	Não	91	95,8	32	94,1
	Sim	4	4,2	2	5,9
Hipertensão arterial crônica	Não	94	98,9	33	94,3
	Sim	1	1,1	2	5,7
Restrição de crescimento intra-uterino	Não	92	97,9	35	100,0
	Sim	2	2,1		
Diabetes Mellitus	Não	93	97,9	35	100,0
	Sim	2	2,1		
Diabete Gestacional	Não	95	100,0	35	100,0
	Sim	2	0,9		

Tabela 25 - Complicações maternas segundo o diagnóstico de enfermagem: déficit no auto cuidado para banho/higiene

		Déficit no autocuidado para banho/higiene			
		Não		Sim	
		N	%	N	%
Trabalho de parto prematuro	Não	24	36,4	21	33,3
	Sim	42	63,6	42	66,7
Uterolíticos	Não	43	65,2	33	52,4
	Sim	23	34,8	30	47,6
Amniorrexe prematura	Não	46	69,7	48	76,2
	Sim	20	30,3	15	23,8
Infecção	Não	61	92,4	52	82,5
	Sim	5	7,6	11	17,5
Anemia	Não	58	87,9	52	82,5
	Sim	8	12,1	11	17,5
Doença Hipertensiva Específica de Gestação	Não	60	90,9	53	84,1
	Sim	6	9,1	10	15,9
Hipotireoideismo	Não	61	92,4	57	90,5
	Sim	5	7,6	6	9,5
Oligoâmnio	Não	61	92,4	58	92,1
	Sim	5	7,6	5	7,9
Placenta prévia	Não	64	97,0	59	93,7
	Sim	2	3,0	4	6,3
Insuficiência istmo-cervical	Não	65	98,5	61	96,8
	Sim	1	1,5	2	3,2
Hipertensão arterial crônica	Não	63	95,5	59	95,2
	Sim	3	4,5	3	4,8
Restrição de crescimento intra-uterino	Não	65	98,5	61	98,4
	Sim	1	1,5	1	1,6
Diabetes Mellitus	Não	64	97,0	63	100,0
	Sim	2	3,0		
Diabete Gestacional	Não	66	100,0	63	100,0
	Sim	2	0,9		

Tabela 26 - Complicações maternas segundo o diagnóstico de enfermagem: diarréia/constipação

		Diarréia/constipação			
		Não		Sim	
		N	%	N	%
Trabalho de parto prematuro	Não	39	38,2	6	21,4
	Sim	63	61,8	22	78,6
Uterolílicos	Não	64	62,7	12	42,9
	Sim	38	37,3	16	57,1
Amniorrexe prematura	Não	78	76,5	17	60,7
	Sim	24	23,5	11	39,3
Oligoâmnio	Não	96	94,1	23	82,1
	Sim	6	5,9	5	17,9
Anemia	Não	91	89,2	23	82,1
	Sim	11	10,8	5	17,9
Hipotireoideismo	Não	96	94,1	24	85,7
	Sim	6	5,9	4	14,3
Doença Hipertensiva Específica de Gestação	Não	90	88,2	24	85,7
	Sim	12	11,8	4	14,3
Infecção	Não	85	83,3	25	89,3
	Sim	17	16,7	3	10,7
Insuficiência istmo-cervical	Não	97	95,1	26	96,3
	Sim	5	4,9	1	3,7
Restrição de crescimento intra-uterino	Não	101	99,0	27	96,4
	Sim	1	1,0	1	3,6
Diabetes Mellitus	Não	99	98,0	28	100,0
	Sim	2	2,0		
Diabete Gestacional	Não	102	100,0	28	100,0
	Sim	99	97,1	28	100,0
Hipertensão arterial crônica	Não	3	2,9		
	Sim	96	94,1	28	100,0
Placenta prévia	Não	6	5,9		
	Sim	2	0,9		

Tabela 27 - Complicações maternas segundo o diagnóstico de enfermagem: eliminação urinária prejudicada

		Eliminação urinária prejudicada			
		Não		Sim	
		N	%	N	%
Trabalho de parto prematuro	Não	36	35,6	9	32,1
	Sim	65	64,4	19	67,9
Uterolíticos	Não	62	61,4	14	50,0
	Sim	39	38,6	14	50,0
Amniorrexe prematura	Não	75	74,3	19	67,9
	Sim	26	25,7	9	32,1
Anemia	Não	91	90,1	22	78,6
	Sim	10	9,9	6	21,4
Doença Hipertensiva Específica de Gestação	Não	92	91,1	21	75,0
	Sim	9	8,9	7	25,0
Infecção	Não	85	84,2	24	85,7
	Sim	16	15,8	4	14,3
Oligoâmnio	Não	93	92,1	25	89,3
	Sim	8	7,9	3	10,7
Hipotireoideismo	Não	94	93,1	25	89,3
	Sim	7	6,9	3	10,7
Hipertensão arterial crônica	Não	100	99,0	26	92,9
	Sim	1	1,0	2	7,1
Insuficiência istmo-cervical	Não	96	95,0	26	96,3
	Sim	5	5,0	1	3,7
Restrição de crescimento intra-uterino	Não	100	99,0	27	96,4
	Sim	1	1,0	1	3,6
Diabetes Mellitus	Não	98	98,0	28	100,0
	Sim	2	2,0		
Diabete Gestacional	Não	101	100,0	28	100,0
	Sim				
Placenta prévia	Não	95	94,1	28	100,0
	Sim	2	0,9		

Tabela 28 - Complicações maternas segundo o diagnóstico de enfermagem: integridade tissular alterada

		Integridade tissular alterada			
		Não		Sim	
		N	%	N	%
Trabalho de parto prematuro	Não	14	28,0	31	38,8
	Sim	36	72,0	49	61,3
Uterolíticos	Não	27	54,0	49	61,3
	Sim	23	46,0	31	38,8
Amniorrexe prematura	Não	39	78,0	56	70,0
	Sim	11	22,0	24	30,0
Infecção	Não	44	88,0	66	82,5
	Sim	6	12,0	14	17,5
Anemia	Não	43	86,0	71	88,8
	Sim	7	14,0	9	11,3
Doença Hipertensiva Específica de Gestação	Não	42	84,0	72	90,0
	Sim	8	16,0	8	10,0
Hipotireoideismo	Não	48	96,0	72	90,0
	Sim	2	4,0	8	10,0
Oligoâmnio	Não	46	92,0	73	91,3
	Sim	4	8,0	7	8,8
Placenta prévia	Não	49	98,0	78	97,5
	Sim	1	2,0	2	2,5
Insuficiência istmo-cervical	Não	46	92,0	78	97,5
	Sim	4	8,0	2	2,5
Hipertensão arterial crônica	Não	50	100,0	78	97,5
	Sim			2	2,5
Restrição de crescimento intra-uterino	Não	45	91,8	78	97,5
	Sim	4	8,2	2	2,5
Diabetes Mellitus	Não	48	98,0	79	98,8
	Sim	1	2,0	1	1,3
Diabete Gestacional	Não	50	100,0	80	100,0
	Sim				

Tabela 29 - Complicações maternas segundo o diagnóstico de enfermagem: medo

		Medo			
		Não		Sim	
		N	%	N	%
Trabalho de parto prematuro	Não	36	41,9	9	20,5
	Sim	50	58,1	35	79,5
Uterofílicos	Não	59	68,6	17	38,6
	Sim	27	31,4	27	61,4
Amniorrexe prematura	Não	65	75,6	30	68,2
	Sim	21	24,4	14	31,8
Anemia	Não	81	94,2	33	75,0
	Sim	5	5,8	11	25,0
Infecção	Não	75	87,2	35	79,5
	Sim	11	12,8	9	20,5
Doença Hipertensiva Específica de Gestação	Não	77	89,5	37	84,1
	Sim	9	10,5	7	15,9
Placenta prévia	Não	86	100,0	38	86,4
	Sim			6	13,6
Hipotireoideismo	Não	80	93,0	40	90,9
	Sim	6	7,0	4	9,1
Insuficiência istmo-cervical	Não	83	96,5	40	93,0
	Sim	3	3,5	3	7,0
Oligoâmnio	Não	78	90,7	41	93,2
	Sim	8	9,3	3	6,8
Hipertensão arterial crônica	Não	84	97,7	43	97,7
	Sim	2	2,3	1	2,3
Diabetes Mellitus	Não	84	97,7	43	100,0
	Sim	2	2,3	-	-
Diabete Gestacional	Não	86	100,0	44	100,0
Restrição de crescimento intra-uterino	Não	84	97,7	44	100,0
	Sim	2	2,3	-	-

Tabela 30 - Complicações maternas segundo o diagnóstico de enfermagem: risco para infecção

		Risco para infecção			
		Não		Sim	
		N	%	N	%
Trabalho de parto prematuro	Não	12	25,0	33	40,2
	Sim	36	75,0	49	59,8
Uterófilicos	Não	27	56,3	49	59,8
	Sim	21	43,8	33	40,2
Amniorrexe prematura	Não	35	72,9	60	73,2
	Sim	13	27,1	22	26,8
Infecção	Não	44	91,7	66	80,5
	Sim	4	8,3	16	19,5
Anemia	Não	44	91,7	70	85,4
	Sim	4	8,3	12	14,6
Doença Hipertensiva Específica de Gestação	Não	42	87,5	72	87,8
	Sim	6	12,5	10	12,2
Hipotireoideismo	Não	46	95,8	74	90,2
	Sim	2	4,2	8	9,8
Oligoâmnio	Não	45	93,8	74	90,2
	Sim	3	6,3	8	9,8
Hipertensão arterial crônica	Não	48	100,0	79	96,3
	Sim	-	-	3	3,7
Insuficiência istmo-cervical	Não	45	93,8	78	96,3
	Sim	3	6,3	3	3,7
Diabetes Mellitus	Não	46	97,9	81	98,8
	Sim	1	2,1	1	1,2
Diabete Gestacional	Não	48	100,0	82	100,0
	Não	43	89,6	81	98,8
Placenta prévia	Sim	5	10,4	1	1,2
Restrição de crescimento intra-uterino	Não	47	97,9	81	98,8
	Sim	1	2,1	1	1,2

Tabela 31 - Complicações maternas segundo o diagnóstico de enfermagem: efeitos adversos da terapia medicamentosa

		Efeitos adversos da terapia medicamentosa			
		Não		Sim	
		N	%	N	%
Trabalho de parto prematuro	Não	39	36,4	6	26,1
	Sim	68	63,6	17	73,9
Uteróflícos	Não	68	63,6	8	34,8
	Sim	39	36,4	15	65,2
Amniorrexe prematura	Não	78	72,9	17	73,9
	Sim	29	27,1	6	26,1
Anemia	Não	97	90,7	17	73,9
	Sim	10	9,3	6	26,1
Infecção	Não	92	86,0	18	78,3
	Sim	15	14,0	5	21,7
Placenta prévia	Não	106	99,1	18	78,3
	Sim	1	0,9	5	21,7
Doença Hipertensiva Específica de Gestação	Não	93	86,9	21	91,3
	Sim	14	13,1	2	8,7
Hipotireoideismo	Não	99	92,5	21	91,3
	Sim	8	7,5	2	8,7
Oligoâmnio	Não	98	91,6	21	91,3
	Sim	9	8,4	2	8,7
Insuficiência istmo-cervical	Não	102	95,3	21	95,5
	Sim	5	4,7	1	4,5
Diabetes Mellitus	Não	105	98,1	22	100,0
	Sim	2	1,9	-	-
Hipertensão arterial crônica	Não	105	98,1	22	95,7
	Sim	2	1,9	1	4,3
Restrição de crescimento intra-uterino	Não	106	99,1	22	95,7
	Sim	1	0,9	1	4,3
Diabete Gestacional	Não	107	100,0	23	100,0

5. DISCUSSÃO

Milhões de casais no mundo são atingidos pela infertilidade. As estatísticas mostram que 15% dos casais em idade fértil experimentam dificuldade de gerar filhos (Tomaz, Moreira, 2001).

Há 25 anos as mudanças nas possibilidades de gerar um bebê tiveram um impacto grande na medicina, os avanços da tecnologia e da própria clonagem propiciaram o aperfeiçoamento das técnicas de reprodução assistida. As chances do desenvolvimento da gestação aumentaram e com ela vieram as adversidades e as grandes conquistas.

Desde 25 de julho de 1978 com o nascimento do primeiro bebê após fertilização *in vitro*, transformou as perspectivas de casais inférteis. A expectativa de sucesso se superou com a chegada das novas técnicas o que tornou possível o que antes só seria com a adoção de uma criança.

Hoje nos Estados Unidos, há mais 400 centros oferecendo fertilização *in vitro* e outras técnicas. Estima-se mais 94% de todos os nascimentos múltiplos por ano ³/₄ destes são resultados de técnicas de reprodução assistida (Luke et al., 2004). Anualmente mais 100.000 procedimentos de fertilizações *in vitro* são realizados, e 30.000 incluem crianças normais. Entretanto isso é menos de 1% de aproximadamente quatro milhões de nascimentos ocorridos nos Estados Unidos anualmente. Pela falta de registros em todo mundo, é desconhecido o número exato de fertilizações *in vitro*, mas tem sido estimado em países vizinhos em torno de 1.300.000 a 1.500.000 casos. Estudos, apontam ainda, que a maior complicação da técnica de fertilização *in vitro*, é a inadmissível taxa de gestações múltiplas por ações de indução ovariana e inseminação intra-útero. A taxa de gemelaridade em 2002 era de 31,1 por 1000 nascidos vivos é 63% maior do que em 1980 e os nascimentos triplos é de 1,9 por 1000 nascimentos é 401% maior do a média em 1980 (Howard, 2005).

O Brasil, ao lado de Argentina e México são os países com maior contribuição de números de ciclos reportados, representando 47,2%, (9917 ciclos em 48 centros), 19,6% (4126 ciclos em 20 centros) e 14,5% (3057 ciclos em 20 centros) de ciclos realizados no ano de 2003 respectivamente (Redelara, 2005).

Os resultados deste estudo serão apresentados em três partes. A primeira parte traz os achados referentes às variáveis sócio-demográficas e

obstétricas. A segunda parte aborda os dados referentes os métodos de reprodução assistida utilizados e as complicações maternas e ocorrências neonatais associadas, e por fim, a ultima parte aponta os dados relacionados com os diagnósticos de enfermagem encontrados.

No período selecionado para o estudo ocorreram 22.065 partos entre os quais foram identificadas 370 gestações múltiplas. Encontrados 131 prontuários de pacientes de gestação múltipla induzida com a identificação da técnica de reprodução assistida utilizada, 174 prontuários foram excluídos por não apresentarem dados que identificassem se o tipo de gestação múltipla era espontânea ou induzida. E 65 prontuários foram excluídos porque foram identificadas gestações múltiplas espontâneas

5.1 Análise das variáveis sócio-demográficas e obstétricas

Entre 131 gestantes que constituíram a população do estudo, a seguir serão discutidos os resultados sócio-demográficos e obstétricos.

Os dados sócios demográficos e obstétricos implicam em um grande impacto nos resultados perinatais, assim o estudo aponta estas variáveis representadas na tabela 1.

No estudo, a idade variou entre 22,9 e 49 anos com média de 33,1 anos. Houve predominância da faixa estabelecida entre 33 a 38 anos. Este dado é relevante, e talvez esteja associado com a população estudada e o seu nível sócio econômico e cultural.

Para a Red Latinoamericana de Reproducción Asistida (2002), a idade da paciente infértil é uma das variáveis mais importantes. A fertilidade da mulher inicia sua queda aos 30 anos, acentuando-se aos 35 e praticamente desaparece aos 45 anos. Isso explicita os resultados encontrados, onde podemos observar a predominância de mulheres com idade acima de 33 anos.

Durruty (1997) também atribui a diminuição taxa de fertilidade a idade da paciente que se acentua após os 35 anos.

Porto et al. (1993) constataram em seu estudo de gestações por FIV que a proporção de primigestas idosas (>35 anos) atingiu 45%, sendo consideravelmente maior do que a encontrada no restante da população de gestantes, e lembra que na faixa etária acima de 40 anos a possibilidade de gestação após FIV é de 14,7%, contra 24,4% nas mulheres com menos de 35 anos.

Considera-se que a idade da mulher exerce uma influência fundamental na taxa de fertilidade espontânea e é esperado também que haja influência nos resultados de todas as formas de tratamento de infertilidade (Caetano, 2001).

Em 1958, o Conselho da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia definiu, como primíparas idosas as pacientes com 35 anos ou mais. Atualmente gestações após 35 anos são denominadas gestações tardias. Aponta também o crescimento do número de primigesta com mais de 30 anos e o aumento de 80% dos casos para as com mais de 40 anos. Chegando a representar aproximadamente 10% de todos os nascimentos ocorridos em mulheres com 35 anos ou mais, no ano de 2000 (Andrade et al., 2004).

Em relação à situação conjugal, encontrou-se um total de 125 mulheres casada, 3 solteiras e 3 em união consensual.

As mulheres estão adiando sua gestação para a quarta ou quinta décadas para priorizar sua carreira, buscando estabilidade financeira e parceiro estável (Andrade et al., 2004). A estabilidade conjugal foi observada neste estudo, pois a 95,4% das mulheres eram casadas.

Quanto ao número de gestações a primigestação foi representada por 92 mulheres o que representa 70,2%, seguida pelas secundigestas que representaram 20,6%, a predominância de primigesta também esteve presente neste estudo.

A resolução do parto segundo a idade gestacional se deu entre a 30^a semana e a 36^a semana (49,6%), número semelhante encontrado por Ramos et al. (2000) com 43% de nascimentos prematuros.

Robert et al. (1995) em seu estudo observou que a idade gestacional no momento do parto foi de 33 semanas para gestações triplas e 30 semanas para gestações quádruplas.

Um estudo em hospital privado em São Paulo observou-se um aumento de primigestas em mulheres acima de 30 anos. A idade gestacional no momento do parto foi três semanas antes em gêmeos quando comparados às gestações únicas. Nas gestações triplas, 41,2% nasceram antes de completar 33 semanas (Dal Colletto, Segre, Beiguelman, 2001).

A maioria da população estudada teve o período de puerpério imediato realizado em unidade de internação, com o destaque para 4 pacientes encaminhadas a unidade de terapia intensiva e 67,9% das pacientes amamentaram ainda durante sua internação. Estes dados nos chamam a atenção e demonstram que apesar das diversas complicações apresentadas nesta população, o desfecho materno e neonatal foi satisfatório.

5. Métodos de reprodução assistida utilizados, complicações maternas e ocorrências neonatais associadas

5.2.1 Complicações maternas

O avanço tecnológico nas técnicas de reprodução assistida permitiu o surgimento de diversas modalidades empregadas. No entanto, associadas a estes avanços, surgem agregadas as complicações maternas e neonatais.

Ao se analisar o método utilizado (Tabela 3), constatou-se que, 67,2% das gestações resultaram da técnica de FIV, 1,5% ICSI, 3,1% IIU e 28,2% estimulação ovariana.

Estudos realizados na Austrália e nos Estados Unidos mostram que a taxa de abortamento espontâneo em mulheres acima de 40 anos é o dobro da taxa das mulheres de 35 anos, três vezes maior em mulheres de 40 anos em comparação as mulheres com menos de 25 anos submetidas a FIV e as mulheres com menos de 30 anos submetidas a GIFT, mostrando que a estimulação ovariana e inseminação intra-uterina com tratamento alternativo para casais cuja parceira tem 40 anos ou mais e tubas uterinas pérvias

apresentam resultados bastante insatisfatório (Caetano et al., 2000). Neste estudo 25,2% da população apresentou idade acima de 38 anos e o método FIV foi o mais utilizado.

No presente estudo 90,9% das mulheres apresentaram alguma complicação no período gestacional, durante o trabalho de parto ou no puerpério imediato. Em 65,6% das pacientes o trabalho de parto prematuro contribuiu para um índice importante de prematuridade seguido pela amniorexe prematura com 42% das gestações. A infecção esteve presente em 15,3% das gestações onde a infecção urinária foi encontrada em todas as 20 pacientes analisadas.

As gestações múltiplas têm riscos maternos no mínimo duas vezes maiores, estes incluem anemia, hidrâmnios, hipertensão, parto prematuro, atonia uterina e hemorragia, pré-eclampsia e parto cesárea (Gambone, 2006).

Garcia et al. (1993), associa as gestações múltiplas resultados perinatais e maternos adversos que justificam sua inclusão entre aquelas caracterizadas de risco elevado. As patologias de maior frequência nas gestações múltiplas são: a hipertensão arterial, somados aos casos crônicos e as pré-eclampsias, seguida de trabalho de parto prematuro e rotura prematura de membranas. A doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) foi observada em 12,2% das pacientes e o mesmo número encontrado nas pacientes com anemia. O oligoâmnio apresentou-se em 11 pacientes, o que representa 8,4%.

Para Serfati et al. (1997) a doença hipertensiva específica da gestação se associa frequentemente com a gestação múltipla, com índices que variam entre 14% a 20% das gestações.

O risco aumentado de pré-eclampsia pode ser explicado pelo próprio aumento da incidência de gestações múltiplas, pela maior massa placentária, idade materna avançada e diminuição do fluxo placentário (Caetano et al., 2001).

No estudo, o hipotireoidismo, placenta prévia e insuficiência istmo-cervical, foram observadas em seis pacientes, ou seja, 4,6%. Já o diabetes mellitus e a restrição de crescimento intra-útero foi observado em duas pacientes representando 1,5% do total.

Um estudo realizado no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Clínica de Los Andes no Chile em 1995, durante um período de dez anos com pacientes de gestações múltiplas por técnicas de reprodução assistida, observou-se que as patologias mais freqüentes foram à ameaça de abortamento, o trabalho de parto prematuro, a amniorexe prematura, a restrição de crescimento intra-uterino (RCIU) e a anemia. E em 30% das pacientes com gestações triplas e 75% daquelas com gestações quádruplas requereram tocólise parenteral em algum momento de sua evolução. O RCIU foi detectado em 25% dos casos em ao menos um dos gêmeos (Robert et al., 1995).

Mauad Filho et al. (1994), observaram o trabalho de parto prematuro na maioria das gestações múltiplas por eles estudadas, atribuíram na grande maioria como fator para esta complicação a hiperdistensão uterina e apresentações anômalas.

Torloni et al. (2000), estudaram gestações trigemelares espontâneas e suas complicações maternas e perinatais, também apontam o trabalho de parto prematuro como o principal motivo das internações. Descrevendo como causa a hiperdistensão uterina o fator desencadeante das contrações prematuras. Porém a anemia e as infecções urinárias contribuíram para o trabalho de parto prematuro.

Já no presente estudo, encontramos o trabalho de parto prematuro e rotura prematura das membranas com maior freqüência, porém a população estudada é formada somente de gestações advindas de técnicas de reprodução assistida.

Dentre as complicações maternas que emergiram no estudo, destaque maior deve ser dado ao trabalho de parto prematuro. Este dado nos chama a atenção especialmente pelas suas implicações secundárias, como a prematuridade e as demais ocorrências neonatais associadas descritas a seguir.

5.2.2 Ocorrências neonatais associadas

As gestações de pacientes inférteis são de risco aumentado e resultados perinatais adversos. As adversidades dos resultados perinatais são relatadas pela alta porcentagem de gestações múltiplas (Olivennes et al., 2002).

As complicações neonatais freqüentemente estão associadas a prematuridade e as infecções secundárias, especialmente as respiratórias.

O peso médio dos fetos (Tabela 6) foi 1982,5g para o 1º feto, 1951,4g para o 2º feto e 1397g para o terceiro feto. Estes valores se aproximam dos valores encontrados na literatura, comparando com o estudo feito por Robert et al. (1995) os pesos encontrados foram 1773g para gestações triplas e 1208g para quádruplos.

O risco de baixo peso em gestações múltiplas é aproximadamente dez vezes maior do que em gestações simples. Em 1992 nos Estados Unidos gestações múltiplas representaram 2,4% de todos os nascidos vivos, 20% dos bebês apresentaram peso menor 1500g e 19% ficaram em UTI neonatal para bebês de baixo peso (Donovan et al., 1998).

Os resultados de apgar de todos os fetos vistos na tabela 7 nos mostram que no 1º minuto foram encontrados os valores 7,5 para o 1º feto, 7,2 para o 2º feto e 7,0 para o 3º feto. Já no 5º minuto o 1º feto apresentou apgar de 8,7, o 2º feto 8,4 e o 3º feto 8,0. Diaz et al. (1989) encontrou valores de apgar menores que sete apenas em cinco casos em seu estudo e Garcia et al. (1993) encontrou valores menores que sete no 5º minuto apenas em sete recém-nascidos de um total de 129. Serfati et al. (1997), obteve valores inferiores a sete em sete de 19 casos e no 5º minuto somente quatro permaneceram com esta pontuação o resto recuperou-se.

Os valores encontrados são considerados normais pelo *Committee on Fetus Newborn, American Academy of Pediatrics, Committee on Obstetric Practice* e *American College of Obstetricians and Gynecologists* que considera valores de 7 a 10 normais.

Observamos que a permanência em berçário variou de 3 a 140 dias para o 1º feto, de 3 a 95 dias para o 2º feto e de 3 a 98 para o 3º feto (Tabela 8). Torloni et al. (2000) observou um tempo de 3 a 83 dias de permanência dos seus fetos em estudo. A alta hospitalar se deu em 96,1% de todos os fetos em estudo (Tabela 10).

Na tabela 11 apresentaram as análises descritivas das variáveis observadas considerando o total de fetos do estudo, onde se destacam as

doenças respiratórias com 65,1%, em segundo a icterícia com 37,5% e o uso de nutrição parenteral 25,1%. A anomalia congênita bastante encontrada na literatura representou apenas 5% do total das complicações.

Na tabela 12 a distribuição das complicações por fetos mostrou maior incidência de complicações respiratórias no 3º feto com 82,8%. A icterícia apresentou-se maior no 1º feto com 38,8%.

Lipitz et al. (1994) observou em seu estudo com gestações triplas e duplas a ocorrência com grande freqüência de complicações neonatais. A doença respiratória e hemorragias intraventriculares ocorreram significativamente maior nos fetos triplos.

Olivennes et al. (2002), conclui que todos os dados obtidos de diferentes estudos publicados de resultado perinatal em gestação por FIV encontram-se um aumento associado a complicações. A larga proporção destas complicações pode ser relatada pela alta porcentagem de gestações múltiplas, mas são também observadas nas gestações únicas. Os fatores de risco que podem explicar estes resultados são a idade materna e paridade que pode ser um importante fator.

Lipitz et al. (1994) citam que um estudo realizado por Oxford National Perinatal Epidemiology, 16% dos fetos de gestações triplas morrem durante o período perinatal e 15% nascidos vivos não sobrevivem na infância. A incidência de nascimentos prematuros é aproximadamente de 80% e significa idade gestacional de aproximadamente 34 semanas e maior tempo de complicações obstétricas. Isso demonstra a necessidade longa de internação em unidade de terapia intensivas e o uso prolongado de nutrição parenteral.

Serfati et al. (1997) em seu estudo com gestações múltiplas observou que a morbidade neonatal se manifesta principalmente pela prematuridade, pela restrição de crescimento intra-útero e sepsis.

Dhont et al. (1999) estudando gestações por reprodução assistida (90% do estudo com FIV e ICSI) por um período de 5 anos, investigou resultados perinatais onde concluiu que os nascimentos pré-termo, baixo peso ao nascer e mortalidade perinatal foi aumentada nas gestações por técnicas de reprodução assistida comparada com uma população base de gestações espontâneas. A taxa

de mortalidade perinatal e incidência de extremo pré-termo (menor que 33 semanas) foram de 1,8% e 4,8% no grupo de técnica de reprodução assistida versus 0,8% e 1,0% na população de gestação espontânea.

As unidades de terapia intensiva neonatal têm se especializado nestes fetos visto que as taxas de nascimento de fetos múltiplos tem crescido e a necessidade de equipe especializada e recursos tecnológicos faz-se necessário para um bom resultado.

As comparações dos resultados realizadas na tabela 13 são baseados no total de fetos, onde se observou que as quatro técnicas de reprodução assistida analisadas encontram-se um alto índice de doenças respiratórias em 74,3% nas FIV, nas gestações por ICSI representadas por dois casos ambos apresentaram doença respiratória, na IIU dos quatro casos 3 apresentam e na estimulação ovariana 45,1% apresentaram de um total de 71 fetos. As patologias mais freqüentes foram a Síndrome do pulmão úmido e o Desconforto respiratório agudo.

A icterícia foi observada em 38,4% nas FIV, na ICSI os dois fetos apresentaram, na IIU apenas um feto apresentou dos seis em estudo e na estimulação ovariana 36,6% apresentaram. A nutrição parenteral foi utilizada em 30,5% dos 177 fetos em estudo por FIV, em um feto por ICSI, dois por IIU e por oito fetos por estimulação ovariana o que representa 25%, 28,6% e 11,3% respectivamente.

As anomalias congênitas foram encontradas em nove fetos por FIV em um feto por ICSI e três fetos estimulação ovariana.

Os distúrbios metabólicos também tiveram significância nos fetos por FIV e estimulação ovariana representando 13% e 8,5% respectivamente, os distúrbios mais freqüentes encontrados foram: hiponatremia e hiperpotassemia.

As doenças hematológicas foram observadas em 25 fetos por FIV e as neurológicas em 16 fetos. Destas a anemia foi a maior causa desta complicação e a hemorragia intraventricular teve grande representatividade neste índice de complicações.

As doenças infecciosas foram observadas em 21 fetos por FIV. A sepse precoce ou tardia e as infecções por fungos contribuíram para este índice.

Para Donovan et al. (1998) estudando o resultado das características neonatais entre gemelares de ambos os sexos comparados com gestações simples observou doença respiratória em 84% dos fetos gemelares versus 78% dos fetos únicos nascidos com idade maior de 24 semanas.

Numa comparação com 228 neonatos de gestações múltiplas espontâneas com 32 gestações por técnicas de reprodução assistida, os resultados mostraram aumento significativo na incidência de prematuridade e baixo peso ao nascer, associado à baixa idade gestacional, ocorrendo mais freqüentemente nas gestações resultantes de técnicas de reprodução assistida do que nas gestações espontâneas. A incidência de doenças respiratórias foi significativamente maior nas gestações por técnicas de reprodução assistida do que nas gestações espontâneas com idade gestacional e pesos similares (Olivennes et al., 2002).

Para Porto et al. (1993) as anomalias congênitas têm um aumento significativo nos conceptos nascidos por FIV. Pesquisa realizada na Austrália e na Nova Zelândia em 1979 e 1989 a incidência foi de 2,2% de malformações maiores, considerando gestações simples e múltiplas.

No presente estudo, pudemos observar a Hidrocefalia e a Instabilidade coxofemoral como as principais causas de malformações fetais.

As técnicas de reprodução assistida parecem influenciar nos resultados neonatais, principalmente por propiciarem a estas gestações um alto índice de prematuridade, o que aumenta as complicações neonatais.

A seguir serão analisadas as complicações maternas associadas às ocorrências neonatais com relevância estatística e destaque na literatura.

Ao observarmos as tabelas 14 a 19 que interpretam as complicações maternas associadas às ocorrências neonatais notamos que as doenças respiratórias aparecem como complicação neonatal em todas as complicações maternas, sendo que o trabalho de parto prematuro e a amniorrexe prematura o percentual de fetos com doença respiratória foi representado por 75,1% e 82,1% respectivamente entre aqueles cujas mães apresentaram estas complicações.

Na tabela 14 a Doença hipertensiva específica da gestação apresentou-se significativamente nas ocorrências neonatais onde podemos ressaltar as doenças respiratórias com 76,3%, a icterícia com 47,4%, doenças hematológicas com 23,7% e o uso da nutrição parenteral em 39,5%.

Serfati et al. (1997) associou a morbidade perinatal a DHEG, principalmente a prematuridade, restrição de crescimento intra-útero e a sepse.

O trabalho de parto prematuro foi observado em 65,6% das pacientes estudadas e sua repercussão nas ocorrências neonatais foram bastante significativas. Houve maiores complicações neonatais entre aqueles fetos cujas mães apresentaram esta patologia obstétrica.

Ramos et al. (2000) encontraram um número elevado de recém-nascido pré-termo, associados ao trabalho de parto prematuro, constituindo maior morbidade perinatal. Atribuiu também a outros fatores relacionados a maior morbi-mortalidade da gestação gemelar, como a prematuridade e patologias próprias da gestação. Ressaltou a hipertensão como uma das principais causas das complicações em sua população onde encontrou 17,3%.

As doenças respiratórias, a icterícia, os distúrbios metabólicos, as doenças infecciosas e as doenças neurológicas foram às complicações neonatais que mais se destacaram entre as ocorrências neonatais. Dentre estas, as doenças respiratórias aparecem com um percentual de 76,3%.

Um estudo realizado em 1999 para avaliar a qualidade de assistência ao trabalho de parto prematuro. Mostrou que a incidência de síndrome de angústia respiratória do recém-nascido (SAR) e três vezes maior na faixa de idade gestacional entre 28 e 33 semanas e 6 dias (37%) do que na faixa entre 34 e 35 semanas (12%) e sua letalidade e sete vezes maior naquela faixa (44%) do que nessa (6%). Na faixa menor que 28 semanas a incidência e a letalidade de SAR é quase duas vezes maior na faixa de 28 e 33 semanas e 6 dias. Entretanto a letalidade por SAR assim como a mortalidade em geral varia de acordo com os recursos e o desempenho do serviço (Silva et al., 1999).

No estudo constatamos que a maior faixa de idade gestacional no momento do parto foi entre 34 e 36 semanas ou mais, porém os peso dos recém-nascidos foram em média 1890g (Tabela 6), provavelmente este resultado esteja relacionado ao baixo peso dos fetos visto que a população estudada relaciona-se somente a gestações múltiplas onde a ocorrência de gemelaridade foi de 75,6% e trigemelar 22,9%.

Na tabela 17 podemos observar apenas dois casos de restrição de crescimento intra-útero, mas a literatura tem evidenciado ocorrência em gestação múltipla. Provavelmente esse número seja maior, mas por se tratar de um estudo retrospectivo o autor limita-se aos dados já coletados nos prontuários. Vale destacar que nos dois casos citados as ocorrências neonatais apareceram em ambas às gestações.

Para Neme (1999) a restrição de crescimento intra-uterino está em consonância com maior ocorrência de gestações múltiplas, também são mais freqüentes os recém-nascidos de baixo peso.

Na tabela 18 observamos que há indicação de maior percentual de doenças respiratórias entre aqueles fetos cujas mães apresentaram amniorexe prematura 82,1%. A doença hematológica e as cardiovasculares tiveram um percentual também maior em relação a aquelas pacientes que apresentaram esta complicação.

A anemia (Tabela 19) esteve presente em 16 pacientes do estudo. As complicações com maior percentual foram às doenças respiratórias com 87,9% dos fetos, as icterícias em 42,4% dos fetos e as doenças neurológicas em 36,4% dos fetos. A anemia é uma complicação materna relatada por vários autores, relacionada ao aumento do volume sanguíneo e outras alterações.

O uso de uterolíticos em gestantes multifetais tem sido descrito por vários autores com tratamento e prevenção de trabalho de parto prematuro, usado na maioria dos casos para esta patologia justifica o alto índice das ocorrências neonatais ligadas a ela. Por isso observamos o alto índice de doenças respiratórias, icterícias, uso de nutrição parenteral e doenças infecciosas.

Constatou-se por meio desta pesquisa que apesar das ocorrências neonatais decorrentes das gestações múltiplas, a maioria dos bebês receberam alta hospitalar. Acredita-se que a alta esteja associada à ausência de grandes complicações. No entanto, a pesquisa não teve a abrangência para quantificar e qualificar o grau de complicações secundárias a prematuridade existentes.

5.3 Diagnósticos de enfermagem

O diagnóstico de enfermagem como parte do processo de enfermagem é de fundamental importância para nortear as ações de enfermagem. A escolha do diagnóstico envolve o conhecimento geral do profissional que está acompanhando a paciente, o que faz dela peça fundamental na equipe multidisciplinar. Através da avaliação do enfermeiro muitas ações são realizadas, justamente por esse profissional estar muito próximo deste paciente e acompanhar toda a sua evolução. Para um bom acompanhamento o envolvimento profissional se faz importante, mas o conhecimento é de fundamental importância, pois a especificidade deste tipo de paciente exige uma gama de conhecimentos necessários para suas intervenções.

As longas internações são freqüentes pelas várias complicações já apresentadas, a demanda de enfermagem especializada é fundamental para boa evolução destas pacientes. O processo de enfermagem tornou-se um instrumento de grande valia para o enfermeiro que acompanha estas pacientes.

A avaliação da autora se deteve aos cuidados prestados por enfermeiros especializados em obstetrícia que seguiram um instrumento pré-determinado pela instituição.

Neste estudo comentaremos os diagnósticos de enfermagem encontrados no perfil destas pacientes, relacionando com o método reprodução assistida utilizado e as complicações maternas apresentadas.

A idade materna mostrou-se de fundamental importância no resultado das técnicas de reprodução assistida, vimos que as taxas de sucesso e de complicações maternas estão relacionadas à idade. Concomitante a este fator a gestação múltipla é a complicação que mais vem sendo discutida pelos autores, e passou a ser um motivo de preocupação para vários países onde se utilizam essas técnicas.

Na tabela 20 observamos que se destacam os diagnósticos de enfermagem Mobilidade Física prejudicada, Déficit de Auto Cuidado, Integridade Tissular Alterada, Risco para Infecção. A autora observou que estes diagnósticos estavam sempre relacionados a pacientes que internavam com complicação e a cesárea foi realizada.

A mobilidade física prejudicada foi o diagnóstico que apresentou maior índice em todas as categorias de idade. Parece estar relacionado não a faixa etária, mas as próprias modificações maternas nas gestações múltiplas e a intervenção cirúrgica.

A gestação múltipla causa uma limitação do movimento físico pela altura uterina, pelo desconforto abdominal, pela presença de edema em membros inferiores e outras limitações que podem acometer esse tipo de paciente.

Por não conhecer o raciocínio dos profissionais que acompanharam estas pacientes não se pode afirmar em qual característica definidora ou fatores relacionados foram baseados para definição destes diagnósticos. Esse diagnóstico parece ser importante no plano de cuidados para determinar o tipo de restrição física que cada paciente deve ser submetida.

O Déficit de auto-cuidado para banho/higiene esteve relacionado com o diagnóstico acima citado, pois a limitação dos movimentos vai determinar qual o tipo de banho e higiene será prescrito para cada paciente. Observou-se que o repouso absoluto ou relativo é uma prescrição de enfermagem bastante empregada e parece que este diagnóstico está relacionado a este tipo de incapacidade para realizar as atividades de banho e higiene por si mesmo.

O Risco para infecção esteve relacionado ao acesso venoso periférico, a intervenção cirúrgica e a amniorexe prematura.

Os diagnósticos de enfermagem mais frequentes encontrados nas FIV foram à mobilidade física prejudicada 82,8%, risco para infecção 60,9%, integridade tissular alterada 57,5% e o déficit de auto-cuidado para banho/higiene em 47,7% das pacientes. Os demais diagnósticos também tiveram relevância estatística o que parece que estes diagnósticos estão sendo adequados para avaliação destas pacientes e planejamento de intervenções, visto que os resultados atingidos são satisfatórios.

O diagnóstico de enfermagem mobilidade física prejudicada esteve relacionado a dor, uso de medicação e principalmente as limitações imposta pela gestação múltipla que implica em limitações físicas a estas pacientes pelo desenvolvimento uterino com o crescimento dos fetos. A hiperatividade causada

pela distensão uterina o uso de uterolíticos e a necessidade de repouso relativo ou absoluto, a dor e a doença hipertensiva específica da gestação, parecem ser os fatores relacionados como critério de escolha deste diagnóstico.

Robert et al. (1995) em seu estudo destaca que em gestações gemelares a pesquisa de modificações cervicais e detecção precoce de contrações uterinas freqüentes nestas gestações permitem a intervenção de ameaça de trabalho de parto prematuro com hospitalização, repouso, hidratação, terapia tocolítica e indução da maturidade pulmonar. Destaca também o aparecimento de edema gravídico que antecede a hipertensão e a proteinúria como causa de hospitalização. A mesma observação foi feita por Fernandez et al. (1996) que orienta submeter à mulher a programas específicos de restrição de atividade física e repouso em cama. González et al. (1994) também atribuiu a boa resposta ao tratamento para trabalho de parto prematuro em seu estudo a hospitalização e repouso no leito concomitante ao tratamento tocolítico.

A dor aguda encontrada em 29,9% das gestações por FIV e 21,6% das por estimulação ovariana, esteve relacionada ao trabalho de parto prematuro e a amniorexe prematura.

O diagnóstico padrão do sono perturbado presente em 25 pacientes por FIV, dois por ICSI, uma por IIU e sete por estimulação ovariana pode estar relacionado ao uso de medicamentos e soroterapia, dias de internação, trabalho de parto prematuro e a dor.

Consideram-se as causas de ansiedade variadas, com predomínio de umas sobre as outras nos diferentes períodos gestacionais. Com a proximidade do término da gestação a tranqüilidade a serenidade alcançada vão diminuindo, dando lugar a sentimentos de temor ao parto, aos eventuais danos físicos que podem causar e ao medo pela incapacidade de exercer o papel de mãe. Estes aspectos são expressos por queixas de cansaço, fadiga e insônia (Sumita, 2002).

No presente estudo vale ressaltar que a maioria destas mulheres experimenta precocemente estes sentimentos pela prematuridade.

O déficit de auto-cuidado esteve relacionado a 47,7% das FIV em 41 pacientes, uma paciente por ICSI, três por IIU e 18 nas estimulações ovarianas (48,6%).

Este diagnóstico que definido por NANDA (2004) sendo a capacidade prejudicada para realizar ou completar as atividades de banho/higiene por si mesmo, parece estar relacionado a repouso estabelecido a estas pacientes como forma de tratamento que as impede de realizar esta atividade e ao procedimento cirúrgico (parto cesariana) que são submetidas.

Diarréia/constipação foram observados conjuntamente como um distúrbio gastrintestinal onde 16 pacientes por FIV e 11 pacientes por estimulação ovariana apresentaram.

Estes distúrbios podem estar relacionados aos dias de repouso absoluto no leito, ao uso de medicamentos, ou mesmo pela mudança do hábito alimentar.

A eliminação urinária prejudicada observada em 19,8% das FIV, uma paciente por IIU e 22% da estimulação ovariana, foi observado pela autora que o uso de sondagem vesical de demora e as infecções do trato urinário foram os fatores determinantes para a escolha deste diagnóstico.

Para Neme (1995) o aumento do fluxo plasmático renal e a ação relaxante da prostaciclina sobre a musculatura lisa do aparelho urinário ocasionam hipotonicidade e hipomotilidade do bacinete e ureter, com aumento do diâmetro e edema facilitando a estase urinária. Também há o aumento de nutrientes que favorecem o crescimento bacteriano associado às alterações funcionais do trato urinário predispondo à maior freqüência de infecção do trato urinário alto.

A integridade tissular alterada esteve presente em 57,7% das FIV, em duas por ICSI, três por IIU e 67,6% das estimulações ovarianas. Este diagnóstico esteve presente em pacientes que receberam soroterapia e que foram submetidas à cesariana.

O diagnóstico de enfermagem medo apresentou um comum percentual acima de 50% nos principais métodos FIV e estimulação ovariana, definido como resposta à ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como perigo (NANDA, 2004). Este diagnóstico parece estar relacionado às complicações próprias destas gestações e o risco do parto prematuro.

Risco para infecção também se apresentou com um percentual acima de 50% para FIV e estimulação ovariana (60,9% e 67,6%) respectivamente. Este diagnóstico parece estar relacionado a amniorexe prematura, a infecção do trato urinário e ao parto cesariana. O diagnóstico efeito adverso da terapia medicamentosa ocorreu em 19,5% em pacientes de FIV e 10,8% em pacientes por estimulação ovariana. Os medicamentos mais utilizados são os tocolíticos.

Na tabela 22 encontramos 68,6% do diagnóstico mobilidade física prejudicada em mulheres que apresentaram trabalho de parto prematuro, 44,1% em mulheres submetidas a tratamento com uterolíticos, 29,4% em mulheres com amniorexe prematura, 13,7% em mulheres com doença hipertensiva específica da gestação e 16,7% em mulheres com infecção. Estes dados parecem estar relacionados a que se remete a literatura, onde o repouso é preconizado para tais patologias, portanto, parece que o diagnóstico está adequadamente organizado para a tomada de decisão do enfermeiro e seu julgamento clínico proporcionou a base para seleção das intervenções.

Nas tabelas 23 a 31 foram relacionados às complicações maternas com os diagnósticos de enfermagem e podemos observar que as complicações que mais se apresentaram foram o TPP, Infecções, Amniorexe prematura a DHEG e o uso de uterolíticos. Os diagnósticos de enfermagem mais freqüentes foram: Dor aguda, Padrão do sono perturbado, Déficit de auto-cuidado, Integridade tissular alterada, Medo e Risco para infecção.

6. CONCLUSÕES

Neste estudo, os resultados encontrados permitiram as seguintes conclusões:

- 1- Os diagnósticos de enfermagem mais freqüentes foram Mobilidade física prejudicada, Déficit de auto-cuidado, Integridade tissular alterada e Risco para infecção.
 - 2- O diagnóstico de enfermagem Mobilidade física prejudicada, foi identificado com maior freqüência em todas as faixas etárias independente da técnica de reprodução assistida utilizada.
 - 3- As técnicas de reprodução assistida parecem influenciar os resultados perinatais pela geração de múltiplos fetos sem podermos concluir se o tipo de técnica utilizada influencia neste resultado. O trabalho de parto prematuro foi a principal complicação materna tendo como conseqüência a prematuridade e o baixo peso ao nascer. Os resultados perinatais foram complexos, porém com resolução, pois 96,1% dos recém-nascidos tiveram alta hospitalar.
 - 4- As doenças respiratórias foram às complicações neonatais mais freqüentes observadas em todas as complicações maternas, seguida pela icterícia, distúrbios metabólicos, doenças infecciosas e neurológicas.
-

6. ANEXOS

Anexo 1 – Cartas de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.



São Paulo, 11 de novembro de 2005.

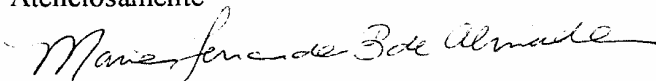
Viviane Rodrigues Graner
Pesquisador Responsável

Ref: Projeto de Pesquisa 11/05

Informamos que o projeto de pesquisa **“Diagnóstico, intervenções de enfermagem e resultados perinatais mais frequentes em gestações múltiplas induzidas por reprodução assistida.”** foi APROVADO pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital e Maternidade Santa Joana (CEP-HMSJ), nesta data. Conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde são deveres do pesquisador:

- 1- Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta deste CEP, após a análise das mudanças propostas.
- 2- Comunicar imediatamente a este CEP qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
- 3- Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.
- 4- O relatório parcial deverá ser entregue a cada seis meses, assim os primeiros relatórios semestrais estão previstos para 11/05/2006 e 11/11/2006.

Atenciosamente



Maria Fernanda Branco de Almeida

Coordenadora do CEP – HMSJ



São Paulo, 6 de janeiro de 2006.
CEP 1731/05

Ilmo(a). Sr(a).
Pesquisador(a) VIVIANE RODRIGUES GRANER
Co-Investigadores: Sonia Maria Oliveira Barros (orientadora)
Disciplina/Departamento: Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo
Patrocinador: Recursos Próprios.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

Ref: Projeto de pesquisa intitulado: "**Diagnósticos, intervenções de enfermagem e resultados perinatais mais freqüentes em gestações múltiplas induzidas por reprodução assistida**".

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: Estudo retrospectivo - análise de prontuários.

RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: sem risco, sem procedimento invasivo.

OBJETIVOS: Conhecer os diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais freqüentes após a implantação da SAE, em gestantes gemelares induzidas por reprodução assistida. Conhecer as intervenções de enfermagem mais freqüentes. Conhecer os resultados perinatais..

RESUMO: Estudo observacional, transversal, retrospectivo a ser realizado no Hospital de Maternidade Santa Joana. Serão consultados prontuários clínicos de mulheres internadas com patologias clínicas advindas das gemelaridades induzidas por reprodução assistida internadas na unidade de tratamento clínico, no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2005. Serão colhidos dados referentes às seguintes variáveis: sócio-demográficas, obstétricas, neonatais, diagnósticos de enfermagem, problemas colaborativos e intervenções de enfermagem..

FUNDAMENTOS E RACIONAL: Estudo retrospectivo, visando avaliar parâmetros perinatais mais frequentes em gestações múltiplas induzidas por reprodução assistida.

MATERIAL E MÉTODO: Apresenta o instrumento a ser utilizado na coleta de dados, sendo estudo retrospectivo, coletando dados de prontuários. Apresenta aprovação do CEP do Hospital Santa Joana.

TCLE: não se aplica.

DETALHAMENTO FINANCEIRO: sem financiamento externo - R\$ 3140,00.

CRONOGRAMA: 24 meses.

OBJETIVO ACADÊMICO: mestrado.

ENTREGA DE RELATÓRIOS PARCIAIS AO CEP PREVISTOS PARA: **01/01/2007** e **27/12/2007**.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU** e **APROVOU** o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo

Anexo 2 - Formulário para Coleta de Dados



**Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina
Departamento de Enfermagem**

Formulário para Coleta de Dados

n° _____

Identificação

RG _____ Nome: _____ Data ____/____/____

Idade 25 a 30 30 a 35 35 a 40 40 a mais anos

Estado civil solteira casada união consensual

Método utilizado na reprodução humana

FIV ICSI IIU Estimulação ovariana

Variáveis obstétricas

Gesta ____ Para ____ Aborto ____

Nº de filhos: nenhum 1 a 2 2 a 3

Nº de fetos: 1 2 3 4

Idade gestacional no momento da internação: _____

Dias de internação _____

Idade gestacional no momento do parto: _____

Parto na instituição: sim não

Puerpério: UTI UI

Amamentação: sim não

Variáveis	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções
<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> restrições de movimentos prescritos <input type="checkbox"/> amplitude limitada dos movimentos <input type="checkbox"/> medicamento <input type="checkbox"/> Aminiorexe prematura <input type="checkbox"/> dor/desconforto	<i>Mobilidade Física Prejudicada</i>	<input type="checkbox"/> Banho no leito <input type="checkbox"/> Higiene oral no leito
<input type="checkbox"/> ausente <input type="checkbox"/> presente	<i>Dor Aguda</i>	<input type="checkbox"/> observar queixas álgicas
Controle de PA, pulso e temperatura <input type="checkbox"/> a cada 2 horas <input type="checkbox"/> a cada 3 horas <input type="checkbox"/> a cada 4 horas Controle Foco, DU e PV <input type="checkbox"/> a cada 2 horas <input type="checkbox"/> a cada 3 horas <input type="checkbox"/> a cada 4 horas Dias de Internação <input type="checkbox"/> menos 5 dias <input type="checkbox"/> 5 a 10 dias <input type="checkbox"/> 10 a 20 dias <input type="checkbox"/> 20 a mais dias Repouso no leito <input type="checkbox"/> absoluto <input type="checkbox"/> relativo Soroterapia <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Bomba de infusão <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não Número de medicamentos prescritos <input type="checkbox"/> menos de 5 <input type="checkbox"/> 5 a 10 <input type="checkbox"/> 10 a 15 <input type="checkbox"/> mais de 15	<i>Padrão do sono Perturbado</i>	
<input type="checkbox"/> ausente <input type="checkbox"/> banho de aspersão com auxílio <input type="checkbox"/> banho no leito <input type="checkbox"/> higiene oral no leito	<i>Déficit no auto cuidado para banho/higiene</i>	<input type="checkbox"/> banho de aspersão com auxílio Promover banho: aspersão,leito,com auxílio <input type="checkbox"/> promover higiene oral

<p>El. Intestinal</p> <p><input type="checkbox"/> normal</p> <p><input type="checkbox"/> diarreia</p> <p><input type="checkbox"/> constipação</p> <p>Dias de Internação</p> <p><input type="checkbox"/> menos 5 dias</p> <p><input type="checkbox"/> 5 a 10 dias</p> <p><input type="checkbox"/> 10 a 20 dias</p> <p><input type="checkbox"/> 20 a mais dias</p> <p>Repouso no leito</p> <p><input type="checkbox"/> relativo</p> <p><input type="checkbox"/> absoluto</p>	<p><i>Diarréia/Constipação</i></p>	<p><input type="checkbox"/> observar e anotar aceitação da dieta</p> <p><input type="checkbox"/> incentivar ingesta hídrica</p> <p><input type="checkbox"/> observar e anotar a frequência da eliminação intestinal</p>
<p><input type="checkbox"/> normal</p> <p><input type="checkbox"/> frequência aumentada</p> <p><input type="checkbox"/> disúria</p> <p><input type="checkbox"/> retenção urinária</p>	<p><i>Eliminação urinária prejudicada</i></p>	<p><input type="checkbox"/> incentivar ingesta hídrica</p> <p><input type="checkbox"/> observar e anotar frequência da eliminação urinária</p>
<p><input type="checkbox"/> ausente</p> <p><input type="checkbox"/> edema</p> <p><input type="checkbox"/> soroterapia e venopunção</p> <p><input type="checkbox"/> controle de peso diário</p>	<p><i>Integridade tissular alterada</i></p>	
<p>Dias de Internação</p> <p><input type="checkbox"/> menos 5 dias</p> <p><input type="checkbox"/> 5 a 10 dias</p> <p><input type="checkbox"/> 10 a 20 dias</p> <p><input type="checkbox"/> 20 a mais dias</p> <p><input type="checkbox"/> T.P.P</p> <p><input type="checkbox"/> aminiorrexe prematura</p> <p><input type="checkbox"/> dor</p>	<p><i>Medo</i></p>	
<p><input type="checkbox"/> usuária de drogas</p> <p><input type="checkbox"/> anemia</p> <p><input type="checkbox"/> aminirrexe prematura</p> <p><input type="checkbox"/> infecção atual</p> <p><input type="checkbox"/> punção venosa</p> <p>Dias de Internação</p> <p><input type="checkbox"/> menos 5 dias</p> <p><input type="checkbox"/> 5 a 10 dias</p> <p><input type="checkbox"/> 10 a 20 dias</p>	<p><i>Risco para Infecção</i></p>	<p><input type="checkbox"/> controle de sinais vitais</p> <p><input type="checkbox"/> observar e anotar aspecto da punção venosa</p>
<p><input type="checkbox"/> Uterolíticos</p> <p><input type="checkbox"/> Antihipertensivos</p> <p><input type="checkbox"/> Insulina</p> <p><input type="checkbox"/> Anticoagulante</p> <p><input type="checkbox"/> Corticóide</p>	<p><i>Efeitos Adversos da Terapia Medicamentosa</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Verificar SSVV</p>

Variáveis Neonatais

Idade gestacional _____

Pesos fetais: 1º feto _____ **Apgar:** 1º _____ 5º _____ Min

2º feto _____ 1º _____ 5º _____

3º feto _____ 1º _____ 5º _____

4º feto _____ 1º _____ 5º _____

Sala de Parto**VBM:** 1º feto sim não2º feto sim não3º feto sim não4º feto sim não**Intubação :** 1º feto sim não2º feto sim não3º feto sim não4º feto sim não**Complicações neonatais**Taquipnéia transitória do RN sim nãoDoença pulmonar membrana hialina ou Síndrome do desconforto respiratório sim nãoSepse precoce sim nãoSepse tardia sim nãoHemorragia peri-intra ventricular sim nãoUso de nutrição parenteral sim não

Dias de internação em berçário de risco:

 10 a 20 dias 20 a 30 dias 30 a 40 dias 40 a 60 dias mais de 60 diasMorte neonatal precoce : sim nãoMorte neonatal tardia: sim nãoNatimorto: sim não**Variáveis Obstétricas**Infecções sim nãoDHEG sim nãoDiabetes Mellitus sim nãoDiabetes gestacional sim nãoTPP sim nãoUterolíticos sim nãoHAS crônica sim nãoPlacenta Prévia sim nãoCardiotocografia Fetal normal alteradoDopplerfluxometria normal alterado

8. REFERÊNCIAS

- Abdelmassih R, Abdelmassir VG, Salgueiro LL, Abdelmassih SG, *Reprod. Gravidez quádrupla e nascimento após injeção intracitoplasmática de espermatozóides (ICSI) totalmente imóveis. Reprod Clim* 1998;13(1):63-65.
- Alam AV, Hess BR, Triantafilo VY, Roblero SL, Parada CM. Inseminacion intrauterina y coito programado em ciclos com estimulacion ovarca controlada estudio prospectivo randomizado. *Rev Chil Obstet Ginecol* 1998;63(1)10-13.
- Alfaro-Le Fevre R. Visão geral do processo de enfermagem. In: Alfaro-Le Fevre R. aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo. 4a ed. Porto alegre: Artes Médicas; 2000. p.27-50.
- American Academy of Pediatrics. Use and abuse of the apgar score. *Pediatrics* 1996;98(1):141-2.
- Andrade PC, Linhares JJ, Martinelli S, Antonini M, Lippi UG, Baracat FF. Resultados perinatais em grávidas com mais de 35 anos: estudo controlado. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2004;26(9).
- Barros SMO. Infertilidade In: Enfermagem obstétrica e ginecológica (guia para a prática assistencial); 2002. p. 53-69.
- Caetano JPJ, Avelar GC, Scheffer LAB, Moraes JAM, Marinho RM. Aspectos atuais da reprodução assistida. *Femina* 2000;28(2):77-80.
- Caetano JPJ, Perdigão BA, Cota AMM, Moraes LAM, Marinho RM. Técnicas de reprodução assistida e complicações obstétricas. *Femina* 2001;29(7):425-8.
- Camargos AF, Polisseni F, Amaral MCMS. Prevenção de iatrogenia. *Reprod Clim* 1999;14(2):62-72.
- Carpenito LJ. Modelo bifocal de prática clínica. In Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. 8a ed. Porto Alegre: Artmed; 2002. p.44-50.
- Castellotti DS, Motta ELA, Salzo I, Serafini PC, Gollop TR. Reflexões éticas em reprodução assistida. *Femina* 1998;26(9):763-769.
- Cianciarullo TI. A qualidade na enfermagem. In: Cianciarullo TI. Teoria e prática em auditoria de cuidados. São Paulo: Ícone; 1997. p. 15-20.
- Cianciarullo TI. Instrumentos básicos: como usá-los na enfermagem. In: Cianciarullo TI. Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para qualidade de assistência. São Paulo: Atheneu; 2003. p. 1-4.
- Coelho FLF, Barboza O. Gravidez gemelar. Estudo clínico. *J Bras Ginec* 1987;97(10):537-542.
- Cosenso Latinoamericano en aspectos éticos-legales relativos a las tecnicas de reproducción asistida. Publicações da Rede- Lara. 1º Congresso de Red Latinoamericana de Reprodución Asistida, 1995. Disponível em www.redlara.com. Acessado em 08 set 2005.
-

- Cruz DALM. Contribuições do diagnóstico de enfermagem para a autonomia da enfermeira. In: Guedes MVC, Araújo TLO. O uso do diagnóstico na prática de enfermagem. 2ª ed. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem; 1997. 112p. (Série didática: enfermagem no SUS).
- Cunnighan FG, MacDonald PC, Gant NF. Prenatal care. In: Willians Obstetrics. 8ª ed. Rio de Janeiro, Prentice Hall, 1989. p. 139-74.
- Dal Colletto GMD, Segre CAM, Beiguelman B. Twinning rate in a sample from a Brazilian hospital with a high Standard of reproductive care. São Paulo Med J 2001;119(6):216-9.
- Dhont M, De Sutter P, Ruysinck G, Martens G, Bekaert A. Perinatal outcome of pregnancies after assisted reproduction: A case-control study. Am J Obstet Gynecol 1999;181(3):688-95.
- Diaz GJW, Gómez GA, Arbesú MMA, Gonzalez GMA, Rodrigues HN. Características neonatales de niños concebidos mediante la inseminación artificial 1989;61(4):477-86.
- Doenges ME, Moorhouse MF. O processo de enfermagem. In: Daenges ME, Moorhouse MF. Diagnóstico e intervenção em enfermagem. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 1999. p. 15-7.
- Doenges, Moorhouse MF. Fase de diagnóstico: identificação de problemas. In: Doenges ME, Moorhouse MF. Aplicação do processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem: um texto interativo: Lusodidacta; 1992. p.35-49.
- Donovan EF, Ehrenkraz RA, Shankaran S, Stevenson DK, Wright LL, Younes N, et al. Outcomes of very low birth weight twins cared for in the National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network's intensive care. Am J Obstet Gynecol 1998;179(3):742-9.
- Duque AG, Jiménez F W, Triantafilo V Y, González S, Salinas S R, Enríquez R R, et al. Azoospermia: Resultados Del programa de reproducción assistida de clinica alemana. Rev Chil Obstet Ginecol 2001;66(4):312-6.
- Durruty V G, Mackenna IA, Fabres VC, Alam AV, Zegers H, Fernández OF, et al, Factores prognosticos de la inseminacion intrauterina em el tratamiento de la infertilidad. Rev Chil Ginecol 1997;62(2):100-6.
- Evans MI, Littmann L, Louis LS, LeBlanc L, Addis J, Johnson P, Moghissi K. Evolving patterns of iatrogenic multifetal pregnancy generation: Implications for aggressiveness of infertility treatments. Am J Obstet Gynecol 1995;172:1750-5.
- Fernandez AJ, Serviere ZC, Pick SS, Ibarquengoitia OF. Complicaciones antenatales Del embarazo múltiple. Ginecol Obstet Mexico 1996;54(10):255-9.
- Franco Junior JG, Petersen CG, Mauri AL, Campos SC, Oliveira JBA, et al. Inseminação artificial homóloga com espermatozóides capacitados no fluido folicular humano. J Bras Ginecol 1992;102(6):203-5.
-

- Gambone JC. Are adverse pregnancy and fetal outcomes more common with assisted reproductive technologies? What should patients be told? *Clinical Obstetrics and Gynecology* 2006;49(1):123-33.
- Garcia SAL, Lippi UG, Lima FAS, Barbosa APG, Barragan AM, Grabert HH. Gravidez múltipla como fator de risco. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1993;15(3):109-13.
- Gerk MAS. Saúde da mulher: Intervenções de enfermagem em ginecologia [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2003.
- González BP, Hannal L, Thomaz N, Elder M, Hawkins D, Elder M. Embarazo triple y cuádruple: Manejo y resultado perinatal. *Rev Obst Ginecol* 1994;55(5):361-5.
- Guariento A, Mamede JAV, Ennes DK, Guimarães EG. In: Manual de condutas em patologias obstétricas. São Paulo: Hospital e Maternidade Santa Joana; 1999. p. 73
- Howard JW. Twenty-five years of in vitro fertilization: A look back and a look forward. *Obstetrical and Gynecological Survey* 2005;60(2):75-6.
- Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Iosey D. Histórico. In: Iyer PW, Taptich BJ, Bernocchi-Iosey D. Processo e diagnóstico em enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p. 19-54.
- Júnior NA, Brada GH, Cordts EB, Carvalho WAP, Wolff P, Barbosa CP, et al. Fertilização in vitro com ciclos programados de baixo custo - avaliação de resultados iniciais de um centro de reprodução humana de hospital de ensino. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2003;25(9).
- Lipitz S, Reichman B, Uval J, Shalev J, Achiron R, Barkai G, et al. A prospective comparison of the outcome of triplet pregnancies managed expectantly or by multifetal reduction to twins. 1994;170:874-9.
- Lopata A, Brown JB, Leeton JF, McTalbot JM, Wood C. In vitro fertilization of preovulatory oocytes and embryo transfer in infertile patients treated with clomiphene and human chorionic gonadotropin. *Fertil Steril* 1978;30:27-35.
- Luke B, Brown MB, Nugent C, Gonzalez-Quintero VH, Witter FR, Newman RB. Risk factors for adverse outcomes in spontaneous versus assisted conception twin pregnancies. *Fertil and Steril* 2004;81(2): 315-9.
- Maria VLR. Diagnóstico de enfermagem. *Nursing* 2001; 32:11-3
- Marin HF. Modelo para a Prática Assistencial. In: Barros SMO, Marin HF, Abrão ACFV. Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial. São Paulo: Roca; 2002. p. 3-17.
- Mathias L, Fernandes L SuzanAA, Uski M, Nobile L, Camargo N, et al. Conduta na gestação gemelar. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1985;7(4):153-6.
- Mauad Filho F, Rangel MAR, Fernandes ACP, Wagner A, Cunha SP, Duarte G, Nogueira AA. Gemelaridade: Aspectos obstétricos. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1994;16:206.
-

- Nakamura M. Histórico da esterilidade conjugal. In: Nakamura M, Pompeo ACL. O casal estéril: Conduta diagnóstica e terapêutica. 1ª ed. São Paulo: Atheneu;1990. p.3-9.
- Neme B. Assistência obstétrica na fertilização assistida. Rev Ginecol Obst 1999;10(2):79-82.
- Neme B. Obstetrícia básica. São Paulo: Savier; 1995.
- Nobile L, Mathias L. Gestação Gemelar. Femina 1985;13(4):326-8.
- Nóbrega MML, Gutiérrez MGR. Introdução. In: Nóbrega MML, Gutierrez MGR. Equivalência semântica da classificação de fen menos de enfermagem da CIPE: versão alfa. João Pessoa: Idéia; 2000. p. 13-23.
- North American Nursing Association. Definições e Classificação-2003-2004 organizado por North American Nursing Association; trad. Cristina Correia. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- North American Nursing Association. Diagnóstico de Enfermagem da NANDA: definições classificação 1999-2000. Trad. Jeanne Liliane Marlene Michel. Porto Alegre: Artes médicas Sul; 2000. p.154-7.
- Olivennes F, Fanchin R, L d e N, Righini C, Kadoch LJ, Frydman R. Perinatal outcome and developmental studies on children born after IVF. Hum Reprod 2002;8(2):117-28.
- Paul C, Reeves JS. Visão geral do processo de enfermagem. In: George JB. Teorias de enfermagem: os fundamentos   prática profissional. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2000. p 21-32.
- Popovic-Todorovic B, Loft A, Lidhard S, Bangsboll S, Anderson AM, et al. A prospective study of predictive factors of ovarian response in standard IVF/ICSI patients treated with recombinant FSH. A suggestion for a recombinant FSH dosage normogram. Human Reproduction 2003;18(4):781-7.
- Porto AGM, Pereira DHM, Júnior IPL. Gestação após fertilização in vitro. Reprodução 1993;8(3):80-83.
- Ramos JG, Martins-Costa S, Filho JSC, Souza C, Castilhos M, Castilhos F. Complicações da gemelaridade em um hospital universitário. Rev HCPA & Fac Med Univ Fed Rio Gd Sul 2000;20(2):114-8.
- Red Latinoamericana de Reproduci n Asistida. Propedêutica em reprodução assistida. Disponível em: www.redlara.com. Acessado em: 08 set 2005.
- Red Latinoamericana de Reproduci n Asistida. Resultado para Latinoamérica. 2002. p. 17-20. Disponível em: www.redlara.com. Acessado em: 08 set 2005.
- Robert SJA, Alcalde SJL, Schnapp SC, Guilof FE, Jar  SC, Bravo ZM. Manejo activo del embarazo multiple. Rev Chil Obst Ginecol 1995;60(4):239-45.
- Segre CAM. Perinatologia fundamentos e prática. São Paulo: Savier; 2002 p. 316.
-

Serfati M, Weibezalun M, Machado A, Llovera A, et al. Embarço múltiple em la unidad de hipertensión inducida por el embarazo: 1991-1993. Rev Obstet Ginecol Venez 1997;57(4):223-7.

Silva LK, Costa TP, Reis AF, lamada NO, Azevedo AP, Albuquerque CP. Avaliação da qualidade da assistência hospitalar obstétrica: uso de corticóides no trabalho de parto prematuro. Cad. Saúde Pública 1999;15(4): Disponível em www.scielo.com

Souza VD, Barros ALBL. O ensino do exame físico nas escolas de graduação em enfermagem do município de São Paulo. Rev Latino Americana Enfermagem 1998;6:11-22.

Sumita SLN. O processo de enfermagem na assistência à parturiente: Diagnósticos e intervenções [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2002.

Tomaz G, Moreira SNT. Psicologia em reprodução humana. Femina. 2001;29(7):445-8.

Torloni MR, Kikuti MA, Costa MMM. Gestações trigemelar espontâneas. Complicações maternas e resultados perinatais. Ver Brás Ginecol Obstet 2000;22(7):413-9.

Trounson AO, Leeton JF, Wood C, Webb J, Wood J. Pregnancies in humans by fertilization in vitro and embryo transfer in the controlled ovulatory cycle. Science 1981;212:681-2.

Umstad MP, Gronow MJ. Multiple pregnancy: a modern epidemic? MJA 2003;178(16):613-5.

Zampieri MFM. Manejos na assistência à gestação de alto risco. Nursing 2002;5(48);18-23.

Abstract

Introduction: Since the first birth through assisted reproduction technique in 1978, the scientific community may interfere in the process of human reproduction. However, the incidence of multiple fetuses is one of the complications of this technique, which is challenging medicine. **Objective:** To get to know the nursing diagnoses and the perinatal results in multiple pregnancies resulting from assisted reproduction techniques. **Methods:** This report is about a transversal observational descriptive and retrospective study carried out at Hospital e Maternidade Santa Joana. The studied population was composed of 131 women patients medical records admitted with clinical pathologies and under labor, coming from multiple pregnancies resulting from assisted reproduction techniques, admitted into the hospital from January 2004 to December 2005. **Results:** the average maternal age was 33.1 years; the primiparous women represented 70.2% and the delivery outcome occurred between the 30th and the 36th week of pregnancy; 67.2% of these pregnancies resulted from IVF technique; and 90.9% of these women presented some type of complication in the gestational period, during the labor or in the puerperium. The premature labor was due to prevailing maternal complications, representing 65.6% of the patients, followed by Premature Rupture of Membranes (premature Amniorrexe) in 42% of the cases. Among the neonatal complications, the respiratory diseases stood out in 65.1% of the fetuses; the nursing diagnosis of Impaired Physical Mobility was present in all of the related pathologies. **Conclusions:** The assisted reproduction techniques seem to influence in the perinatal and maternal results by raising the incidence of multiple fetuses, where the premature labor was the major maternal complication found in all the assisted reproduction techniques, causing prematurity and low birth weight.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)