

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES QUE
VIVENCIAM A MORTE FETAL**

EDINÉIA FELZMANN

e, dezembro de 2000

EDINÉIA FELZMANN

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES QUE
VIVENCIAM A MORTE FETAL**

Trabalho de Conclusão apresentado à
disciplina Estágio Curricular – ENF
99003, do curso de Enfermagem da
Escola de Enfermagem da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul

Orientadora: Cláudia Junqueira Armellini

Porto Alegre, dezembro de 2000.

AGRADECIMENTOS

À professora orientadora Cláudia Junqueira Armellini pela disponibilidade e apoio demonstrados durante as orientações deste trabalho;

À enfermeira Rosimere Maria Daros Xavier, enfermeira da Unidade de Centro Obstétrico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pela dedicação durante meu estágio curricular e apoio na realização deste estudo;

Às pacientes que acompanhei durante o estágio, que colaboraram para meu crescimento profissional.

À minha grande amiga Karin Hepp, que sempre se fez presente em todos os momentos, pelo apoio, disponibilidade e cumplicidade demonstrados durante a elaboração deste.

Sumário

INTRODUÇÃO	5
2 OBJETIVOS	7
3 METODOLOGIA	8
4 ASPECTOS FÍSICOS E EMOCIONAIS DA GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO	9
4.1 GRAVIDEZ	9
4.2 PARTO	12
4.3 PUERPÉRIO	13
5 MORTE.....	15
5.1 REAÇÕES NORMAIS DE LUTO.....	16
5.2 REAÇÕES PATOLÓGICAS AO LUTO	17

6 MORTE FETAL	19
6.1 INCIDÊNCIA	19
6.2 CONCEITO.....	20
6.3 ETIOLOGIA.....	21
6.4 DIAGNÓSTICO	22
6.4.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO	23
6.4.2 DIAGNÓSTICO POR EXAMES COMPLEMENTARES.....	24
6.5 CONDUTA OBSTÉTRICA NA MORTE FETAL.....	25
6.6 ALTERAÇÕES ANÁTOMO - PATOLÓGICAS NO FETO MORTO	29
6.7 REAÇÕES EMOCIONAIS À MORTE FETAL.....	30
7 CUIDADOS DE ENFERMAGEM	34
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	51

INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi uma solicitação da disciplina Estágio Curricular – ENF 99006, para minha conclusão no curso de graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Minha preferência pela área materna teve sua origem mesmo antes de iniciar este curso, pois sempre me interessava em observar minha madrinha cuidando das gestantes, puérperas e seus bebês, em nossa família. Aos poucos, o desejo de aprender a prestar o cuidado ao binômio mãe-bebê foi aumentando até tornar-se uma das razões que me levou a buscar a enfermagem como profissão.

No decorrer da graduação pude vivenciar o cuidado nas diferentes áreas de atuação da enfermagem. Entretanto, ao cursar a disciplina Enfermagem no Cuidado à Mulher, a afinidade pela área materna foi confirmada. Essa experiência motivou-me a ser monitora desta disciplina, a fim de aprofundar meus conhecimentos teórico-práticos nesta área, como também a realizar o Estágio Curricular em um Centro Obstétrico (CO).

Durante as experiências como aluna e monitora na referida disciplina e realizando o Estágio Curricular tive a oportunidade de conhecer dois Centros Obstétricos de hospitais escola em Porto Alegre. Nestas vivências, defrontei-me com mulheres em situações de morte fetal (MF), e me percebi insegura e pouco preparada para prestar cuidados a estas mulheres. Talvez porque durante a graduação tive poucas oportunidades de prestar cuidados a mulheres nesta situação e por considerar pequeno o conteúdo sobre a morte desenvolvido durante minha formação acadêmica. Percebi também que tinha dificuldades em trabalhar com a morte, principalmente quando me confrontei com a morte fetal, pois na minha concepção o Centro Obstétrico é um local de nascimento e não de morte. Observei que alguns membros da equipe de saúde pouco se comunicavam e pouco permaneciam ao lado destas mulheres, o que parece demonstrar a dificuldade em prestarem cuidados às mulheres com feto morto.

Frente aos meus sentimentos e percepções descritos acima, decidi aprofundar-me no assunto, buscando os cuidados de enfermagem descritos na literatura.

2 OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho é realizar uma revisão bibliográfica sobre os cuidados de enfermagem prestados as mulheres com feto morto, internadas na Unidade de Centro Obstétrico.

Realizar uma análise comparativa entre os cuidados encontrados na literatura e minha vivência acadêmica como aluna e monitora.

3 METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado a partir de uma pesquisa bibliográfica, apoiada na literatura dos últimos doze anos, 1989 a 2000.

A pesquisa foi realizada em livros, revistas e publicações em português, localizados através do sistema de bibliotecas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, ALEPH, e através de algumas páginas da internet.

Para Inácio Filho (1995), uma monografia caracteriza-se por uma síntese de leituras, observações, reflexões e críticas, desenvolvidas de forma metódica e sistemática de um pesquisador que redige os resultados de sua pesquisa que tem origem em suas inquietações acadêmicas.

O mesmo autor aponta os passos para a elaboração de um trabalho científico:

1) determinação do tema, problema do trabalho; 2) levantamento bibliográfico referente ao tema; 3) leitura e documentação; 4) reflexão crítica; 5) construção lógica do trabalho; 6) redação do texto (monografia).

4 ASPECTOS FÍSICOS E EMOCIONAIS DA GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO

4.1 Gravidez

Segundo Maldonado (1997) e Martins et al. (1998), durante seu ciclo vital, as mulheres passam por três períodos críticos de transição que constituem fases do desenvolvimento de sua personalidade e que possuem pontos em comum, sendo elas a adolescência, a gravidez e o climatério. Estes são períodos de transição biologicamente determinados, caracterizando-se por mudanças metabólicas complexas, estado temporário de equilíbrio instável, devido às grandes perspectivas de mudanças envolvidas no papel social, necessidade de novas adaptações, reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos e mudanças de identidade (Maldonado, 1997).

Para Kaplan, Sadock e Grebb (1997) e Martins et al. (1998) a gravidez pode representar para as mulheres um sentimento de auto realização, de identidade como

mulher, de feminilidade e de capacidade de concepção. Enquanto que Ziemmerman et al. (1995) consideram a gravidez como uma fase em que as emoções e os instintos das mulheres estão muito fortes, podendo inclusive modificar sua personalidade.

A gravidez é um processo lento até a chegada do momento do parto. Durante a gestação, as mulheres experimentam diversas transformações fisiológicas e psicológicas de acordo com a evolução dos trimestres.

De acordo com Klaus e Kennel (1993), durante a gravidez as mulheres vivenciam dois tipos de mudanças evolutivas e simultâneas, as mudanças físicas e emocionais e o crescimento do feto em seu útero.

Maldonado (1997) e Martins et al. (1998) afirmam que no primeiro trimestre de gestação a ambivalência afetiva é comum. Maldonado, Dickstein e Nahoum (1997) acrescentam que não existe uma gravidez totalmente aceita ou totalmente rejeitada e que neste período o feto não é ainda concretamente sentido. Para Burroughs (1995) e Maldonado (1997), no decorrer deste trimestre as mulheres experimentam sensações como sonolência, náuseas, vômitos, tonturas, aumento dos seios, além da ausência da menstruação, decorrentes da ação hormonal que tem sua produção aumentada durante toda a gestação. Ziemmerman et al. (1995) acrescentam o aparecimento de varizes e edema nos membros inferiores.

Para Klaus e Kennel (1993), Burroughs (1995) e Martins et al. (1998) esta fase é marcada de muita ansiedade pois as futuras mães sentem-se confusas e sensíveis, questionando-se como mulheres e como mães. Este período caracteriza-se também pelo resgate de situações anteriores de perda, medo de aborto, pela sensação de o feto não estar suficientemente aderido em seu útero e pôr ser este o período de maior ocorrência da perda fetal (Maldonado, 1997; Raphael-Leff, 1997).

O segundo trimestre de gestação é considerado por Burroughs (1995), Raphael – Leff (1997) e Maldonado (1997) como o mais estável do ponto de vista emocional, pois o sentimento de maternidade já está praticamente elaborado e as mulheres conseguem reajustar-se à sua vida diária. Burroughs (1995) e Kaplan, Sadock e Grebb (1997) referem aumento dos seios, do abdômen e da frequência urinária.

O impacto da percepção dos movimentos fetais é o fenômeno central deste período, permitindo que as mulheres sintam seu bebê como uma realidade concreta dentro de si, desenvolvendo sentimentos de apego. As mulheres passam a fantasiar a figura de seu bebê e a interpretar seus movimentos, imaginando-o “carinhoso” se os movimentos forem percebidos como suaves, e “agressivo” se os movimentos forem bruscos (Klaus; Kennel, 1993; Burroughs, 1995; Maldonado, 1997; Raphael-Leff , 1997; Kaplan; Sadock; Grebb, 1997).

Para Ziemmerman et al. (1995), Maldonado (1997) e Martins et al. (1998), no terceiro trimestre, o nível de ansiedade tende a elevar-se novamente, pela proximidade do parto, pelo temor de ter um bebê malformado ou morto e pelas mudanças de rotina da vida após a chegada do bebê.

Nas últimas semanas de gestação, as sensações de falta de ar, lassidão, constipação e azia são comumente experienciados pelas mulheres grávidas. O apoio emocional é fundamental nesta fase (Burroughs, 1995; Raphael-Leff, 1997; Kaplan; Sadock; Grebb, 1997).

4.2 Parto

Para Maldonado (1997), se a gravidez pode ser considerada como um período de maior vulnerabilidade, o parto também é um momento crítico. Para a autora, o parto é um processo abrupto que introduz mudanças rápidas se comparado com a evolução da gravidez. Caracteriza-se pela passagem de um estado a outro, pela irreversibilidade, sendo uma situação que precisa ser enfrentada de qualquer maneira, e por ser um momento desconhecido e imprevisível, do qual não se tem controle.

Segundo Burroughs (1995), para a chegada ao parto, que é o processo pelo qual o feto é expelido do organismo materno, as mulheres passam por um período chamado de trabalho de parto (TP).

O trabalho de parto envolve o aparecimento das contrações uterinas, que com a proximidade do parto tornam-se mais intensas e freqüentes, a modificação da cérvix, ou seja, a dilatação e o apagamento do colo uterino. O apagamento é o encurtamento do colo, que mede cerca de um a dois centímetros e a dilatação é o alargamento do orifício do colo uterino, podendo dilatar-se de zero a dez centímetros. Estes eventos poderão estar acompanhados ou não da ruptura das membranas amnióticas (Burroughs, 1995).

Em experiências de campo de estágio, observei que em casos de feto morto pré-termo, a expulsão acontecia antes mesmo da dilatação cervical completa.

De acordo com Burroughs (1995), o parto é dividido em quatro períodos clínicos descritos a seguir. O primeiro período, também chamado de período de dilatação, é o mais longo e variável e caracteriza-se pelo início das contrações

regulares, já tendo ocorrido modificação cervical. Considera-se que este período está completo quando houver 100% de apagamento e dilatação completa da cérvix.

No segundo período, ocorre o nascimento. Nesta fase a dilatação e o apagamento cervical estão completos e as contrações continuam intensas, porém, menos frequentes. A cada contração o feto desce e as mulheres sentem vontade de fazer força, “empurrar”. À medida que a cabeça do feto for coroando, o médico ou enfermeira deve avaliar a necessidade da realização de uma episiotomia para evitar lacerações no trajeto ou períneo.

O terceiro período, denominado de separação da placenta, inicia-se com o nascimento e termina com a saída da placenta, sendo que esta ocorre em torno de 30 minutos após a expulsão do feto. O quarto período, também chamado de recuperação imediata, tem duração de até duas horas após a dequitação placentária. Caracteriza-se pelo sangramento uterino assim como po sua contração e seu relaxamento.

4.3 Puerpério

Para Burroughs (1995), o puerpério é o intervalo entre o parto e a volta do corpo da mulher ao estado anterior à gravidez, iniciando-se já no quarto período clínico do parto. Os ajustes fisiológicos e psicológicos rápidos começam logo após o parto e permanecem por aproximadamente seis semanas. A autora refere ainda que as mudanças de humor neste período são muito comuns pelo rápido declínio hormonal, pelo conflito em relação ao papel materno e a insegurança pessoal e pelos desconfortos próprios deste período, como dores e cansaço. Martins et al. (1998)

afirmam que no puerpério as mães podem reconhecer seu bebê real e não mais idealizado, adaptando-se à nova realidade e funções de seu novo papel.

Burroughs (1995) afirma que as primeiras horas do puerpério são consideradas de risco para as mulheres pela grande possibilidade de hemorragias e choque hipovolêmico. Portanto, é aconselhável que as mulheres permaneçam em observação em uma sala de recuperação, até estabilizarem sua condição.

Durante esta primeira fase de adaptação fisiológica pós-parto, as mulheres experimentam a involução e contrações uterinas que são sentidas como cólicas e são denominadas por elas como dores após o parto. As puérperas apresentam também perda vaginal, chamada de lóquios, composta por sangue do local da placenta, partículas da decídua necrosada e muco. Estes lóquios fisiológicos deverão ter cor e odor característicos, sendo o mau cheiro característico de infecção. A vagina e o períneo freqüentemente apresentam-se edemaciados no pós-parto. A temperatura poderá elevar-se um pouco, a freqüência cardíaca poderá estar levemente diminuída, calafrios e sudorese após o parto também poderão estar presentes. Iniciam-se então, as adaptações dos sistemas orgânicos das puérperas (Burrouhs, 1995).

5 MORTE

A morte envolve uma gama de sentimentos que se apresentam de forma intensa e, apesar de estar tão presente em nossas vidas, ela é freqüentemente evitada, escondida (Martins et al., 1998). Estes autores acreditam que talvez esta fuga da morte esteja relacionada com o medo do desconhecido, de algo que fuja do nosso controle.

Os autores acrescentam ainda que a cada dia a morte faz menos parte do nosso cotidiano e que transformamos este, que é um dos mais importantes momentos de nossa existência, em um acontecimento mais solitário do que já nos parece.

Diante de uma perda significativa, o esperado é que ocorra a elaboração de seu luto (Martins et al., 1998).

5.1 Reações normais de luto

Para Kaplan, Sadock e Grebb (1997), o luto é a resposta normal à perda de um ente querido.

Kellner e Lake (1996, p. 586) confirmam, caracterizando o luto como “... o processo pelo qual o indivíduo reorganiza e se adapta à morte de um ente querido. Nesse processo, a emoção dominante é o pesar.”

Para Lindermann citado por Klaus e Kennel (1993, p. 277),

“O luto é uma síndrome definida e inclui: 1) angústia somática com aperto na garganta, sensação de sufocamento, falta de ar, necessidade para suspirar, sensação de vazio no abdômen, falta de força muscular e uma angústia subjetiva intensa, descrita como tensão ou constrição mental; 2) preocupação com a imagem do falecido; 3) sentimentos de culpa e preocupação com a própria negligência ou pequenos descasos para com o morto; 4) sentimentos de hostilidade para com os outros, e 5) colapso dos padrões normais de conduta.”

O autor considera que a plena expressão das reações emocionais em uma pessoa de luto é necessária para uma boa resolução da reação de perda.

Para Klaus e Kennel (1993), os adultos experimentam intensas reações de perda e luto (em torno de seis meses) apenas quando existe um forte e íntimo vínculo afetivo com a pessoa morta.

Segundo Kellner e Lake (1996) e Kaplan, Sadock e Grebb (1997) o processo do luto, envolve quatro fases. A fase do *choque* e da *descrença* é geralmente um período curto, em que há sensação de apatia, torpor e calma inesperada. É uma fase de recusa da aceitação da morte. Na fase de *saudade*, *busca* e *ansiedade* aparecem

pensamentos e imagens do falecido, choro, sentimentos de ódio e culpa, solidão, insônia, falta de forças e de apetite. A pessoa enlutada freqüentemente atribui a alguém a culpa pela morte.

Já na terceira fase, a *desorganização*, o *desespero* e a *depressão* são sentimentos que aparecem quando a pessoa enlutada compreende que a perda foi real e que é preciso continuar vivendo sem a pessoa morta. Na última fase, a fase da *reorganização*, aos poucos o enlutado vai se reorganizando e recomeçando a executar suas atividades diárias sem sentimentos opressivos, e o falecido é lembrado com tristeza.

5.2 Reações patológicas ao luto

Kaplan, Sadock e Grebb (1997) afirmam que para algumas pessoas a resolução do luto não toma o curso natural, podendo assumir diversas formas que podem ser desde ausência de tristeza até uma tristeza excessiva, levando a pensamentos suicidas. As pessoas que tiveram uma perda súbita, que sentem-se culpadas pela morte, que tiveram história de perda traumática, entre outros, correm risco de desenvolver reações anormais de luto.

Lindermann citado por Klaus e Kennel (1993) refere algumas reações distorcidas de luto como a hiperatividade com ausência de sentimento de perda; a repressão da hostilidade, com reações semelhantes à esquizofrenia; a perda prolongada dos padrões de interação social; os danos à sua vida social e econômica e, a depressão agitada. Para o autor, pacientes e familiares com estas reações

necessitam de uma intervenção imediata e capacitada para resolução deste luto patológico.

6 MORTE FETAL

6.1 Incidência

A morte fetal (MF) não é um evento raro em países em desenvolvimento, tendo uma ocorrência de 30/1000 nascimentos, cerca de quatro a cinco vezes maior que nos países desenvolvidos onde a incidência é de 0,6 a 1,2% (Brasil, 2000) .

A incidência da MF é maior em gestantes com idade menor de 15 anos (19/1000 nascidos-vivos) e maior de 40 anos (22/1000 nascidos-vivos) (Wilkins – Haug, 1993).

Sales e Sales (1989) afirmam que a MF é mais comum em primíparas no terceiro trimestre da gravidez, em mulheres que não realizaram um bom pré-natal e em gestantes desnutridas.

Segundo os mesmos autores, o grau de desenvolvimento de uma nação pode ser avaliado através do índice de mortalidade fetal. Acreditam que para que exista redução deste índice é imprescindível a realização de uma boa assistência pré-natal,

devendo ultrapassar quatro consultas. Entretanto, gestantes de baixo nível sócio-econômico geralmente não são bem informadas, não entendem a importância da realização do pré-natal, são anêmicas, desnutridas, têm acesso difícil a uma boa assistência e vivem em locais sem saneamento, contribuindo significativamente para um maior índice de mortalidade.

De acordo com o American College of Obstetricians and Gynecologists, para cada 100 nascidos-vivos ocorre uma MF de mais de 20 semanas de gestação ou de peso superior a 500g (Wilkins-Haug, 1993).

6.2 Conceito

A morte fetal é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como a morte antes da completa expulsão ou extração do organismo materno dos produtos da concepção, independente da idade gestacional (Petitti citado por Abeche; Rhode, 1997). Kahhale e Kwang (1991) também utilizam definição para morte fetal similar a da OMS.

O Ministério da Saúde define óbito fetal como a morte que ocorre antes da expulsão do concepto, a partir da vigésima semana de gestação (Brasil, 2000).

Entretanto, em nosso meio, o termo “morte fetal” é utilizado para caracterizar as perdas ocorridas a partir da vigésima semana de gestação e peso fetal acima de 500g (Sales; Sales, 1989; Hamilton Jr; Hobel, 1994; Abeche; Rhode, 1997; Cunha et al., 1997), sendo esta a definição que utilizarei neste estudo.

Kahhale e Kwang (1991) classificam a MF de acordo com a idade gestacional em que ocorre. A *morte fetal precoce*, que se refere aos abortos, acontece desde a concepção até a vigésima semana de gestação ou peso fetal menor que 500g. A *morte fetal intermediária* ocorre entre a vigésima e a vigésima oitava semana, com peso fetal entre 500g e 1000g, enquanto que a *morte fetal tardia* ocorre entre a vigésima oitava semana até o parto, com peso fetal superior a 1000g. Essa definição, segundo o autor, está baseada no fato de que as causas do óbito fetal são diferentes em cada período da gestação.

6.3 Etiologia

Wilkins-Haug (1993), Hamilton Jr e Hobel (1994) e Branden (2000) concordam que apesar da avaliação extensa, a causa da MF só pode ser determinada em cerca de 50% dos casos.

Para Sales e Sales (1989), Carvalho (1990), Mariani Neto (1994), Rezende (1995), Reece, Hoblins e Mehoney (1996), Abeche e Rhode (1997) as principais causas identificáveis de morte fetal são: doença hipertensiva específica da gestação; diabetes melito, gestacional ou não; infecções congênitas; isoimunização Rh; descolamento prematuro de placenta; placenta prévia; problemas de cordão (nós, prolapso) e malformações múltiplas do feto. O estudo realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), por Miura e Procionoy (1997) confirma as causas de MF descritas acima e acrescenta a desnutrição fetal, o hipertireoidismo materno, a AIDS materna e outras causas desconhecidas. Enquanto que Abeche e Rhode (1997)

acrescentam a corioamnionite, o pós-datismo e o retardo de crescimento intra-uterino como causas de morte fetal.

O Ministério da Saúde inclui também as anemias e uso de drogas lícitas ou ilícitas como causadoras do óbito fetal (Brasil, 2000). Enquanto que Niswander e Evans (1994) acrescentam o lúpus eritematoso sistêmico (LES) como uma das etiologias da MF.

Aquino e Cecatti (1998), através de estudos realizados em uma maternidade distinta, constataram que as principais causas de morte fetal foram a hipertensão arterial e infecções, mas em 25% dos casos não foi possível o diagnóstico.

Tanaka (1995) ressalta que muitas mortes fetais e perinatais ocorrem pela peregrinação das mulheres em busca de um atendimento médico.

6.4 Diagnóstico

Segundo Mariani Neto (1994), Wilkins-Haug (1993) e Hamilton Jr e Hobel (1994) quando ocorre a MF, as mulheres identificam alterações em seu corpo que as fazem suspeitar da morte de seu bebê. Geralmente, a suspeita inicia-se quando a gestante deixa de “sentir-se grávida”, pelo desaparecimento súbito dos sintomas de gestação, seguida da cessação dos movimentos fetais, diminuição do abdômen e regressão mamária.

6.4.1 Diagnóstico clínico

De acordo com Mariani Neto (1994), Hamilton Jr e Hobel (1994), Cunha et al. (1997), Gonzaga (1999) e Brasil (2000), o diagnóstico clínico de morte fetal pode ser feito através da desproporção entre a idade gestacional e altura uterina, da ausculta negativa dos batimentos cardíacos fetais (BCF), da parada da movimentação fetal e da diminuição do peso corporal materno. Mariani Neto (1994) e Brasil (2000) acrescentam que a diminuição do líquido amniótico pode ser mais um componente para o diagnóstico de morte fetal.

Para Sales e Sales (1989) e Mariani Neto (1994), quando a MF ocorre no terceiro trimestre, pode-se perceber a desorganização dos ossos da cabeça do feto ao toque vaginal.

É importante ressaltar que a ausência de BCF por si só não confirma a morte fetal, pois a obesidade, o polidrâmnio e a placenta anterior podem dificultar e obscurecer a ausculta (Sales; Sales, 1989; Wilkins-Haug, 1993; Abeche; Rhode, 1997). Ao contrário, complementam Sales e Sales (1989), a dosagem elevada de beta-HCG (teste de gravidez positivo) poderá continuar por várias semanas após a MF, não podendo assegurar portanto, que o bebê ainda esteja vivo.

Os mesmos autores relatam que a suspeita da MF é angustiante, tanto para os profissionais de saúde que vivenciam esta situação, quanto para as mães. Estes profissionais deverão controlar suas emoções para conseguir transmitir tranquilidade e segurança para estas mães. Embora a gestante já tenha suspeitado da morte de seu filho, o diagnóstico médico é muito chocante e doloroso. Daí a importância da tranquilidade do profissional e da absoluta certeza do diagnóstico da morte fetal.

6.4.2 Diagnóstico por exames complementares

A confirmação diagnóstica, segundo Sales e Sales (1989) e Mariani Neto (1994) e Cunha et al. (1997) pode ser dada através de exames complementares como a amniocentese, a radiografia e a ultra-sonografia, descritos a seguir.

A amniocentese é um processo invasivo, caracterizado pela retirada de líquido amniótico através de agulha. A visualização de líquido de tonalidade avermelhada ou marrom, pode indicar a MF.

A radiografia foi um método muito utilizado antes do surgimento da ultra-sonografia. É geralmente utilizada em locais que não dispõem de aparelho de ecografia. A confirmação poderá se dar através de duas radiografias simples de abdômen, no intervalo das contrações. Os achados radiológicos são: superposição e desalinhamento dos ossos cranianos fetais, hiperflexão da coluna vertebral, presença de gases na circulação fetal (presença de bolhas de ar no coração e grandes vasos do feto), sinal do halo craniano (linha translúcida separada da calota craniana) e desorganização da atitude fetal. Abeche e Rhode (1997) também compartilham destes achados radiológicos, excetuando-se os dois últimos.

Para Sales e Sales (1989), Mariani Neto (1994) e Cunha et al. (1997), a ultra-sonografia é um exame que constitui-se de uma alta precisão, sem o risco de irradiação materna. Considerado o método mais seguro, detecta os sinais definitivos da ausência de vida fetal, que são a ausência dos batimentos cardíaco-fetais e de movimentação fetal, confirmando o diagnóstico em 100% dos casos. Os achados fetais da ultra-sonografia são semelhantes aos achados radiológicos descritos acima.

Wilkins-Haug (1993) descreve os mesmos achados ultra-sonográficos, e

refere que o óbito é confirmado pela ausência de atividade cardíaca fetal, através da ultra-sonografia documentada por dois examinadores competentes, independente, após um período de observação de, no mínimo, três minutos.

O diagnóstico de MF é de grande responsabilidade e nenhuma conduta deverá ser tomada ou dado como definitivo o diagnóstico às pacientes antes que se estabeleça a sua exatidão (Abeche; Rhode, 1997).

6.5 Conduta obstétrica na morte fetal

Quando o médico determina que o bebê está morto, deve enfrentar a árdua tarefa de informar à mãe e ao pai, confrontando-os logo após, com a dolorosa experiência do parto, do dar à luz a um bebê morto (Klaus; Kennel, 1993).

Certificado da morte do feto, a informação aos pais deverá ser dada o mais rapidamente pelo próprio médico em ambiente silencioso, discreto, onde os pais se sintam à vontade para expressar seus sentimentos (Sales; Sales, 1989).

De acordo com Kaplan, Sadock e Grebb (1997), as mulheres ao serem informadas da morte de seu filho, muitas vezes manifestam o desejo de que este seja removido de seu útero.

Uma vez reconhecida a MF, o parto não precisa ser imediatamente induzido, pois segundo Carvalho (1990), Wilkins-Haug (1993), Hamilton Jr e Hobel (1994) e Aquino et al. (1998) a grande maioria dos óbitos será seguida do desencadeamento do trabalho de parto e expulsão do feto espontaneamente, em torno de duas a três

semanas, levando alguns profissionais a uma conduta expectante.

Sales e Sales (1989), Hamilton Jr e Hobel (1994), Reece, Hoblins e Mehoney (1996), Branden (2000) e Brasil (2000) referem que ao ser tomada uma conduta expectante, é necessário ficar alerta para os sinais e sintomas de coagulação intravascular disseminada (CIVD), que pode ocorrer devido a retenção do feto morto por mais de quatro semanas.

Sales e Sales (1989) caracterizam a CIVD pela autólise da unidade fetoplacentária e pela passagem de tromboplastina para a circulação materna. O processo inicia-se com a degradação lenta e progressiva dos fatores de coagulação. Este problema acomete um terço das mulheres com feto morto retido. Os autores referem ainda que em gestações gemelares a morte de um dos gêmeos também pode ocasionar a coagulopatia.

De acordo com Hamilton Jr e Hobel (1994), para a prevenção da CIVD é necessário a monitorização semanal dos níveis de fibrinogênio, contagem de plaquetas e hematócrito, durante o período de espera.

Os mesmos autores referem que quando forem encontradas evidências laboratoriais de uma CIVD, sem sinais de hemorragia, recomenda-se a realização do parto. Na evidência de hemorragia ou defeitos de coagulação mais graves, indicam a administração de volume sangüíneo ou plasma fresco congelado antes da intervenção.

Sales e Sales (1989) e Reece, Hoblins e Mehoney (1996), incluem a administração de heparina endovenosa contínua para tratamento da CIVD. Esta deverá ser administrada quando a paciente não estiver ainda em trabalho de parto, por 24 a 48 horas, sendo a indução do parto iniciada quando houver normalidade dos

fatores de coagulação e após cerca de seis horas da interrupção do uso da heparina.

A exceção a essa conduta expectante se dá, muitas vezes, pela ansiedade e abalo emocional das mulheres, por carregarem dentro de si um bebê morto (Hamilton Jr; Hobel, 1994; Branden, 2000; Brasil, 2000).

Outra exceção à conduta expectante, segundo Carvalho (1990), Wilkins-Haug (1993) e Hamilton Jr e Hobel (1994), é quando houver ruptura das membranas amnióticas, já que o adiamento do parto pode aumentar o risco de infecção materna.

A decisão de induzir imediatamente o parto ou esperar que o trabalho de parto desencadeie espontaneamente, na ausência dos fatores de risco descritos, é de caráter individual (Wilkins-Haug, 1993).

No entanto, verifiquei durante minha experiência acadêmica, a indução de quase 100% dos casos de morte fetal. Acredito que talvez, esta conduta esteja relacionada com a afirmativa de alguns autores de que, para as mulheres, a retenção do bebê morto provoca ansiedade e sofrimento, o que pode influenciar na conduta médica. Outras justificativas poderiam se dar a tal conduta, como a grande demanda de gestantes que chegam ao Centro Obstétrico e a defasagem de leitos disponíveis para internação.

Entretanto, Sales e Sales (1989) ressaltam que é bom lembrar a possível ocorrência de iatrogenia quando o médico, inseguro e pressionado pela ansiedade das mulheres e seus familiares, passa a agir intempestivamente.

No entanto, segundo Abeche e Rhode (1997), atualmente a valorização do impacto emocional da espera do desencadeamento do trabalho de parto e parto sobre as mulheres e o desenvolvimento de formas mais eficazes de acelerar o trabalho de parto levam os obstétricos a adotarem condutas mais ativas, apressando sempre que

possível a expulsão do feto.

Estes autores, Hamilton Jr e Hobel (1994) e Brasil (2000) referem que o uso de ocitocina é geralmente eficaz na indução do parto, desde que a gestação esteja próxima ao termo, o colo seja favorável e não existam contra-indicações. Abeche e Rhode (1997) acrescentam ainda que pode ocorrer evacuação espontânea do conteúdo uterino nas vinte e quatro horas após uma sessão de indução. Afirmam que em gestantes com colo uterino desfavorável poderão ser necessárias várias sessões de indução com ocitocina ou uso de misoprostol via vaginal, sendo que em gestações inferiores a vinte e nove semanas o uso de misoprostol é claramente mais eficaz.

Aquino et al. (1998) também referem que a indução do trabalho de parto com misoprostol (Prostaglandina E) por via vaginal em mulheres com colo uterino desfavorável é um método muito seguro e eficaz.

Quando na gestação gemelar ocorre a morte de um dos bebês, devemos ter em mente que o feto sobrevivente está sujeito a alguns riscos como a exposição aos mesmos fatores ambientais, infecções, hipertensão ou outra causa que possa ter contribuído para a morte do gêmeo, e o desenvolvimento da síndrome de necrose cortical renal bilateral e encefomalácia multicística em gêmeos monozigóticos.

Para Cunha et al. (1997) e Abeche e Rhode (1997), deve-se se investigar a maturidade pulmonar do feto sobrevivente. Se esta for comprovada, a gestação poderá ser interrompida. Kochenour citado por Abeche e Rhode (1997) acrescenta que em gestações mais precoces tenta-se determinar a causa da morte, quando esta implica em risco para o outro feto, considera-se a interrupção da gravidez. Caso contrário, esta poderá prosseguir com monitorização dos fatores de coagulação e avaliação do bem-estar fetal.

De acordo com os mesmos autores, deve-se evitar sempre que possível a utilização de cesariana para resolução do óbito fetal intra-uterino. Uma exceção seria a da gestante que apresenta placenta prévia oclusiva com sangramento importante, onde o parto vaginal representa risco de hemorragia incontrolável. O Ministério da Saúde indica a realização de cesariana em pacientes com feto morto quando houver descolamento prematuro de placenta com coagulopatia e outras cesáreas prévias (Brasil, 2000).

Aquino et al. (1998) concluíram através de seus estudos que a indução do trabalho de parto de um feto morto, independente do método utilizado, é segura e eficaz. Enquanto que Wilkins-Haug (1993) destaca como riscos de uma indução prolongada, incluindo seus efeitos colaterais, a possibilidade de infecção e a morbidade materna, que devem ser considerados.

6.6 Alterações anátomo - patológicas no feto morto

Para Sales e Sales (1989) e Mariani Neto (1994) as alterações regressivas após a morte, que constituem o processo de maceração fetal, são freqüentemente observados em fetos mortos. As principais alterações identificadas em um bebê que morreu são a formação de flictemas (presença de vesículas de sangue) e descamação tegumentar, formação de ascite, cavalgamento dos ossos cranianos, curvatura acentuada da coluna vertebral, perda do tônus muscular, resultando na queda do maxilar (boca aberta) e derrames sanguinolentos nas grandes cavidades. Sales e Sales (1989) acrescentam que, raramente, pode haver reabsorção do líquido

amniótico, havendo mumificação (calcificação) do feto.

6.7 Reações emocionais à morte fetal

A ligação entre mãe e filho, que muitas vezes se inicia já no momento em que se planeja a gestação, intensifica-se no decorrer da gravidez com a confirmação desta através de exame laboratorial, pela primeira vez em que ouve os sons dos batimentos do coração de seu bebê e finalmente, pela percepção dos movimentos fetais. Esta constatação da realidade da vida de um novo ser faz muitas mulheres, que inicialmente rejeitaram a gravidez, desistirem da idéia de realizar um aborto (Sales; Sales, 1989).

Quando ocorre a morte fetal, as relações que estavam se estabelecendo entre a mãe e seu filho terminam abruptamente e as mulheres, além de perderem uma parte de seu corpo relacionada com reconhecimento e gratificação, percebem profundas alterações em sua imagem corporal, sentem-se sujas e com a integridade corporal rompida (Kellner; Lake, 1996).

Segundo Luz et al. (1989), a morte do feto significa a frustração de toda a expectativa de vida que as mulheres criam ao longo da gestação. Para Raphael-Leff (1997), a perda fetal desfaz a auto-imagem de fertilidade das mulheres, sendo elas freqüentemente acompanhadas pela vergonha e por um profundo sentimento de ineficiência. Acrescenta que a morte do feto não é só um contato próximo com a morte mas também com a morte dentro do seu próprio corpo. Entretanto, uma conspiração de silêncio invade o nascimento, que seria maior evento da vida,

desconsiderando a situação de perda fetal.

De acordo com Kellner e Lake (1996), Kaplan, Sadock e Grebb (1997), a perda de um bebê é uma experiência devastadora e emocionalmente traumática para estas mulheres e sua família, pois neste caso, as esperanças, os desejos e a conquista de um bebê foram perdidos.

Segundo Martins et al. (1998), quando o ciclo gravidez-parto-puerpério experimenta perdas, desencadeia-se um processo de luto, provocando um período de crise emocional que pode ser de difícil elaboração e superação.

Para Klaus e Kennel (1993) e Kaplan, Sadock e Grebb (1997) a morte fetal pode ser percebida como a morte de um ente querido e provocar reações de luto semelhantes ou até mais intensas do que esta.

Para Raphael-Leff (1997) e Kaplan, Sadock e Grebb (1997), a morte fetal tardia, que se segue à experiências de movimentação fetal, estreitas ligações e claras imagens do bebê, é freqüentemente acompanhada por todos os estágios do luto. O choque, a descrença, a raiva, as pontadas de aflição, a procura do bebê, a dificuldade em aceitar a perda e gradual recuperação podem demorar muitos meses para serem elaborados.

Popim e Barbieri (1990) salientam a necessidade das mães expressarem seu sentimentos de pesar, para que possam elaborar melhor a perda.

Kellner e Lake (1996) ressaltam que os profissionais da saúde devem lembrar-se de que o processo do luto é normal e doloroso, e que as expressões de dor e pesar são inevitáveis. Devem lembrar-se também que o processo não é estático e que as respostas individuais não são estanques e não seguem necessariamente a seqüência esperada de comportamento que inicia-se com ansiedade, seguida por

sentimentos de ódio, dor e desespero e finalmente com sentimentos de esperança.

Afirmam ainda que a resposta das mulheres ao luto de um feto pode ser seguida de um sentimento de culpa, passando muito tempo revendo sua gestação para identificar onde teriam errado. Com a perda, elas confrontam-se não apenas com a crise da morte, mas também com sua incapacidade implícita de alimentar e proteger seu filho, além de acreditarem não ter conseguido provar sua feminilidade. Martins et al. (1998) referem que algumas mulheres sentem-se incomodadas por estar carregando um bebê morto dentro de si e expressam sentir inveja das outras mães que puderam ter seu filho com vida.

Segundo Klaus e Kennel (1993), Kellner e Lake (1996), Kaplan, Sadock e Grebb (1997) e a morte fetal que ocorre no primeiro trimestre de gestação não traz danos psicológicos tão significativos quanto a partir do segundo trimestre em que a gravidez é percebida mais concretamente e o sentimento de maternidade já está elaborado.

No entanto, através de seu estudo, Martins et al. (1998) concluíram que independentemente da idade gestacional ou de as mulheres terem outros filhos, não há modificação na intensidade dos sentimentos em relação à perda.

Raphael-Leff (1997) refere que quando a MF acontece pouco antes do nascimento, as mães podem sentir um misto de choque e desespero, angústia e repugnância, repulsão e medo por carregarem em si um corpo que tornou-se cadáver, contrastando com o desejo de conservar dentro de si seu querido bebê. As contrações, às vezes, levam a acreditar em um parto de um bebê vivo, podendo levar as mães a fantasiar com seu filho totalmente formado e reconhecível, sendo este um sentimento devastador. Desanima-as terem que passar por um parto doloroso e inútil

em que não haverá retribuição final. Iniciando o parto com a expectativa de realizar as esperanças e sonhos dos nove meses de espera, há o confronto com o nascimento de um bebê morto, anulando todo o sentimento por elas elaborado anteriormente.

Para este autor, a morte fetal desperta sentimentos dolorosos e angustiantes que às vezes são tratados pela equipe de saúde como excessivos. A perda não é simplesmente a perda de “produtos da concepção” como é encontrada em alguns livros de textos médicos. A perda causa confusão no mundo interior e pode acabar com as expectativas e esperanças depositadas naquele bebê. Apesar de ter compartilhado sua gravidez com uma gama de conhecidos e familiares, a morte fetal, muitas vezes, não é encarada como uma verdadeira perda. Às mulheres e ao seu companheiro que estão sofrendo são negadas oportunidades de expressarem seus sentimentos por alguns bem intencionados amigos e parentes que evitam o assunto ou lhes asseguram com brandura: “Não se preocupem, vocês podem ter outro”. Estas expressões e atitudes também são praticados por membros da equipe de saúde.

Luz et al. (1989), através de seu estudo, complementam que as mulheres necessitam de apoio, de alguém que entenda como se sentem, que possa estar junto a elas. Afirmam também que estas mulheres repudiam as tentativas de tranquilização com frases como a descrita acima ou negação do problema, não falando sobre o assunto da perda fetal.

7 CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Durante a realização da revisão bibliográfica para elaborar este estudo, senti dificuldades em encontrar na literatura cuidados de enfermagem abordando as mulheres com feto morto como seres integrais, considerando suas necessidades físicas, psicológicas e espirituais. Os poucos cuidados encontrados estavam descritos separadamente, atendendo ou as necessidades físicas ou as necessidades emocionais destas mulheres.

Barbieri, Popim e Boemer (1992) concluíram através de seu estudo que para os funcionários da área obstétrica o cuidado visando atender as necessidades físicas de uma puérpera com feto morto não difere daquele prestado às mulheres com bebê vivo. Entretanto, distinguem o cuidado às mães que perderam seu filho pela ênfase no apoio psicológico.

Para Branden (2000) a assistência de enfermagem às gestantes em trabalho de parto com feto morto deve ser a mesma prestada às pacientes com feto vivo, submetidas à indução do trabalho de parto, porém, monitorizando continuamente os

testes de coagulação.

Portanto, decidi utilizar-me dos cuidados de enfermagem às mulheres com feto vivo em trabalho de parto, parto e puerpério imediato descritos na literatura, adaptando-os na elaboração dos cuidados de enfermagem frente à morte fetal.

De acordo com Kellner e Lake (1996), as enfermeiras, médicos e demais profissionais de saúde, embora conhecedores da tecnologia disponível para manutenção da vida fetal, muitas vezes estão bem intencionados, mas são mal preparados para cuidar das mulheres e de sua família na eventualidade de uma morte.

Cabe notar a afirmação de Luz et al. (1989, p. 93):

“preparados para o evento da vida a para sua preservação sob as condições mais saudáveis possíveis, os profissionais da área de saúde quando presenciam a morte inelutável, sentem-se despreparados, constrangidos e contristados.”

Kellner e Lake (1996) acrescentam ainda que os profissionais da saúde questionam o que falar nestas situações, relutam em dar apoio a estes pais, pois a morte aumenta suas próprias ansiedades. Os autores referem que não há fórmula única e pronta para atuar frente à estas situações, devemos utilizar o bom senso, usando palavras que demonstrem nosso apoio e sentimentos.

Estes autores relatam também que os pais logo percebem sinais de ansiedade da equipe ao falar sobre o assunto e então silenciam-se. Os profissionais podem interpretar este comportamento como uma apatia dos pais e assim afastam-se, fechando um ciclo de silêncio. É de competência da enfermeira ou médico romper este ciclo, tomar a iniciativa de entrar no quarto das pacientes e por lá permanecer o

tempo suficiente, várias vezes ao dia.

Segundo Sales e Sales (1989) e Luz et al. (1989), quando a paciente interna, toda equipe de enfermagem deve estar informada sobre a morte do feto para que possa prestar cuidado e oferecer compreensão às mulheres, ouvindo e respeitando suas expressões de dor.

De acordo com Klaus e Kennel (1993), a equipe de enfermagem ao defrontar-se com a situação de óbito fetal deve ter em mente importantes tarefas a realizar, como: ajudar os pais a elaborarem sua perda e fazê-la real; certificar-se de que as reações normais à perda se iniciarão e que os pais resolverão o processo, se possível sem um luto patológico; atender às necessidades individuais de cada casal ou família.

Burroughs (1995) descreve o cuidado de enfermagem hospitalar prestado às mulheres que vivenciam o trabalho de parto, o parto e o puerpério imediato.

A autora afirma que, durante o TP e parto, a enfermeira tem um papel importantíssimo e está na posição de quem apoia e assiste no momento tão esperado, mas também assustador e desconhecido para as mulheres, que é o momento de parto. É a forma de atendimento da equipe de saúde que vai determinar para a percepção destas mulheres, se o parto foi um momento agradável ou estressante.

Para Burroughs (1995), tudo começa com a admissão da paciente no Centro Obstétrico e na realização de algumas rotinas, como colocar pulseiras de identificação na paciente, coletar informações importantes, verificação dos sinais vitais, guardar roupas e objetos, avaliar o progresso do TP e preparar as mulheres para o trabalho de parto e parto.

Os cuidados descritos por Burroughs (1995) não são específicos para

mulheres em situação de morte fetal, porém, alguns não diferenciam-se significativamente do cuidado a mulheres com feto vivo, farei então as adaptações necessárias. Para a autora, na admissão das pacientes devem ser realizados a tricotomia do períneo, com remoção total ou parcial dos pêlos pubianos e o enema.

Segundo a OMS (1996), estes dois procedimentos há muito tempo são considerados desnecessários durante a assistência ao parto, não havendo evidências que comprovem a real necessidade de sua utilização.

De acordo com Burroughs (1995), o apoio psicológico, a promoção da autoconfiança e a redução do medo durante este período é tarefa de fundamental importância da enfermeira, que deve avaliar e atender às necessidades psicológicas de cada mulher e sua família. Esta deverá estabelecer um relacionamento terapêutico, reforçando comportamentos que facilitem sentimentos positivos em relação à evolução do trabalho de parto e modificar comportamentos que levem à perda do controle. Segundo a autora, orientar sobre o TP, proporcionar um ambiente com privacidade e estímulos auditivos (tom de voz e música apropriada), visuais (contato olho a olho) e táteis (segurando a mão da paciente e lhe ofertando massagem) e encorajar a participação do acompanhante são demonstrações de carinho e preocupação com o bem-estar das mulheres, durante este momento difícil.

Penso que tais atitudes e comportamentos ajudam a compor uma assistência mais individualizada e humanizada do parto.

Branden (2000) afirma que a morte do feto é uma perda trágica para o casal, podendo ser agravada pela necessidade de passar pelo trabalho de parto.

Para Burroughs (1995), além do apoio psicológico prestado às mulheres em trabalho de parto, a enfermeira deve preocupar-se também com o bem-estar físico,

realizando avaliação de enfermagem que inclui exame físico. Neste exame são avaliados: os sinais vitais maternos; o líquido amniótico, certificando-se de que as membranas estão rotas ou não, inspecionado a cor, odor e aspecto do líquido; as contrações uterinas; as necessidades de eliminação; os sinais de desidratação e a necessidade de proteção contra esta, oferecendo gelo ou avaliando a necessidade de hidratação parenteral; o desconforto, incentivando a permanência em decúbito lateral esquerdo, ofertando massagem e realizando troca dos lençóis e forros perineais sempre que necessário; a necessidade de administração de medicação analgésica apropriada.

Durante este período, conforme a autora, são necessárias orientações sobre a evolução do trabalho de parto, técnicas de relaxamento e respiração profunda. Ao final deste período, as orientações quanto a evolução do período expulsivo e a sua participação deverão ser reforçadas a todo momento, pois as mulheres estão com muita dor e sua percepção está diminuída.

Percebi durante meus estágios que as mulheres com feto morto recebiam medicações analgésicas mais potentes durante o trabalho de parto que as mulheres com feto vivo. Acredito que isto ocorra porque após diagnosticada a morte fetal, a medicação não mais influenciaria no comportamento neonatal.

De acordo com Klaus e Kennel (1993), quando a morte fetal é diagnosticada na fase final da gestação é importante que a enfermeira ou o médico coloquem os pais a par da situação, mantendo-os sempre bem informados. Luz et al. (1989) acrescentam que a informação, acompanhada do esclarecimento de dúvidas, proporcionam segurança para que estas mulheres enfrentem a situação.

Klaus e Kennel (1993) ressaltam a importância de que o pai e a mãe estejam

juntos na hora do parto e que todos os procedimentos sejam detalhadamente explicados. No entanto, Kellner e Lake (1996) referem que não há razão pela qual o pai participe do parto e sendo este conduzido como havia sido planejado antes da descoberta da MF, realizando, inclusive, a episiotomia se for necessário.

A OMS (1996) preconiza a importância de que as parturientes sejam acompanhadas por pessoas em quem confiam, com quem se sintam seguras e de sua livre escolha, para que o parto se torne uma experiência menos traumática do que vem sendo em nossa realidade. Refere também que todas as informações e explicações desejadas ou necessitadas pelas parturientes lhe sejam fornecidas.

O que percebi durante minha prática hospitalar foi a quase rara permissão da permanência dos pais durante o parto de seu bebê vivo. Já os partos de fetos mortos que presenciei, em nenhum deles os pais foram autorizados a assistir.

Klaus e Kennel (1993) afirmam que o parto de um feto morto é uma inversão da ordem natural dos eventos, o que o torna tão difícil para médicos e enfermeiros lidarem. Afirmam que não é parte de suas funções, na sala de parto, facilitar a vinda da morte ao mundo.

Para Burroughs (1995) durante o período expulsivo, as mulheres são levadas à sala de parto. Segundo a OMS (1996), durante a expulsão do feto, é importante a presença de uma pessoa, que poderá ser a enfermeira, apoiando, acalmando e orientando as parturientes neste momento.

Carvalho (1990) refere que o parto de um feto morto costuma ser difícil, pois o feto mole e desarticulado e a bolsa amniótica flácida provocam contrações ineficientes e dificuldade de dilatação.

Para Branden (2000), a assistência prestada pela enfermeira às mulheres que

pariram um feto morto é difícil. Refere que esta deve estar preparada para responder aos questionamentos das pacientes e orientá-las para receber apoio psicológico, quando necessário. As rotinas de assistência de enfermagem à paciente com feto morto do Centro Obstétrico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre também preconizam a solicitação do serviço de Psicologia, caso necessário (HCPA, 1996).

Klaus e Kennel (1993), Kaplan, Sadock e Grebb (1997), Ávila (1998) e Branden (2000) consideram importante o estímulo aos pais para que vejam, toquem ou até mesmo segurem seu filho morto, visando uma melhor e mais rápida resolução do luto destes. Ávila (1998) afirma que as mães sentem-se mais confortadas ao saber que puderam gerar uma criança saudável (exceto no caso de bebê mal formado), apesar desta não ter sobrevivido. Para Kellner e Lake (1996) a proposta aos pais de verem seu filho deve ser feita antes do parto para que tenham tempo para decidir.

Em seu estudo, Luz et al. (1989) verificaram que houve iniciativa própria de algumas mulheres em ver seu bebê, afirmando que o fizeram por curiosidade, para ficarem com a lembrança ou para confirmarem a morte. Já das mulheres que se mostraram ambivalentes em ver o bebê, poucas receberam atenção da equipe e conseqüentemente, não viram seu bebê. Martins et al. (1998) observaram que as mulheres que não queriam ver o seu filho não o fizeram por medo de arrependem-se, de ficarem impressionadas ou por não se sentirem preparadas. Destas, algumas disseram ter se arrependido de não ter visto.

Portanto, Luz et al. (1989) e Martins et al. (1998) ressaltam a importância de que, mesmo que os pais fiquem indecisos em verem seu filho morto num primeiro momento, uma nova oportunidade deve ser oferecida a estes, quando o medo e o temor poderão ter sido superados. As rotinas de assistência de enfermagem à

pacientes com feto morto do CO do HCPA acrescentam que o bebê deve ser mostrado aos pais e familiares em local adequado (HCPA, 1996).

Constatei que na prática hospitalar o estímulo aos pais para que vejam seu filho acontece realmente. Considero importante, que esta prática não seja imposta aos pais e sim estimulada, sendo apresentada como uma possibilidade, respeitando a individualidade de cada caso. Martins et al. (1998) compartilham desta opinião, afirmando que deve-se respeitar o desejo de cada mulher de ver ou não seu filho.

É importante que se fale sobre as condições em que estará a criança, atendo-se aos aspectos normais, pois são estes que permanecerão na lembrança dos pais (Kellner; Lake, 1996). Martins et al. (1998) salientam a necessidade de os profissionais prestarem melhores orientações às mulheres sobre o estado físico de seu bebê. Os autores acrescentam que facilita aos pais o reconhecimento da morte quando dão nome ao bebê, portanto, sugerem que se incentive esta prática. Para Kellner e Lake (1996) e Branden (2000) deve-se propiciar que os pais fiquem com alguma lembrança concreta de seu filho, como uma fotografia ou cachos de cabelo. Branden (2000) acrescenta que podem ser úteis impressões plantares do feto, enquanto Kellner e Lake (1996) incluem um bracelete de identificação como lembrança.

Hamilton Jr e Hobel (1994) e Kellner e Lake (1996) incluem a solicitação da autópsia como um cuidado a ser prestado aos pais, pois permite a estes o conhecimento da causa da morte de seu filho. Esta prática diminui o sentimento de culpa dos pais em relação à morte do filho, além de permitir um cálculo realista dos riscos de recorrência. Afirmam também que a solicitação deverá ser feita pelo profissional mais envolvido no tratamento da paciente e que esteja preparado para

responder às perguntas sobre o que será feito, onde e quanto vai custar.

Segundo Abeche e Rhode (1997), o número de autópsias em fetos mortos tem decrescido nos últimos anos, provavelmente pelo abalo emocional que esta provoca na família e por não oferecer informações precisas. No entanto, os autores citam algumas vantagens na realização de uma autópsia que devem ser considerados: oferece dados epidemiológicos para pesquisa e ensino, aumenta a precisão do diagnóstico clínico, oferece material de correlação para diagnóstico pré-natal, além de oferecer informações à família.

Niswander e Evans (1994) consideram importante o esclarecimento da causa da MF e a observação do maior número de dados que possam indicar o diagnóstico ou suspeita da causa, como tentativa de evitar possíveis recorrências. Martin et al. (1998) relatam que o desconhecimento da causa do óbito do seu filho pode desencadear reações de luto patológico nas mulheres.

Pode se ofertar também o batismo do bebê, que poderá ser feito por um religioso dentro ou fora do hospital, ou de acordo com a religiosidade de cada casal (Kirkley-Best et al. citado por Kellner; Lake, 1996; Branden, 2000). De acordo com Branden (2000) todas as enfermeiras, independentemente de sua religião, podem realizar o batismo.

Para Burroughs (1995), a enfermagem através da avaliação e prestação dos cuidados específicos no atendimento das puérperas visa reduzir os riscos a que estão sujeitas no pós-parto imediato. Através do exame físico a enfermeira faz uma avaliação completa e precisa das pacientes, detectando alterações sugestivas de problemas puerperais. O exame é imprescindível e compõe-se de: verificação dos sinais vitais; exame da altura e contratilidade uterina; avaliação dos lóquios;

avaliação das condições do períneo e episiotomia, quando da sua ocorrência, seguidos de orientação sobre a importância da higiene perineal; avaliação das condições da bexiga, frequência miccional, volume de urina ou dificuldade de urinar das puérperas, inclui também a variação das eliminações intestinais; avaliação dos membros inferiores, observando sinais de edema, dor ou trombose.

Carvalho (1990) e Gonzaga (1999) incluem a avaliação das mamas, observando se há produção de leite. Esta deve ser inibida através do uso de medicação. Gonzaga (1999) acrescenta a utilização de compressas de gelo e a manutenção das mamas elevadas para inibir a lactação. Carvalho (1990) inclui o enfaixamento das mamas como um procedimento discutível, sendo esta a prática que observei durante a realização de meus estágios no Centro Obstétrico e Unidade de Internação Obstétrica.

Burroughs (1995) inclui dentre os cuidados puerperais a avaliação psicológica, que deve ser realizada diariamente.

Klaus e Kennel (1993) referem que após o parto de um bebê morto, a prática geral é sedar maciçamente a mãe e dando-lhe alta hospitalar antecipada. Em minha vivência acadêmica não observei sedação pós-parto das mulheres.

Kennel e colaboradores citados por Klaus e Kennel (1993) relatam que, através de seu estudo, perceberam que algumas mulheres enfatizaram a dor de serem colocadas em mesmo quarto que outras puérperas e seus bebês. A maioria delas expressou o desejo de ficarem sozinhas.

Apesar do estudo referido, as puérperas com feto morto que acompanhei, que estavam em sala de recuperação pós-parto isoladas das puérperas com bebês, queixavam-se por sentirem-se sós e de receberem pouca atenção dos profissionais.

Portanto, acredito que o desejo de ficar só em ambiente isolado deve ser questionado a cada mulher.

Kellner e Lake (1996) compartilham desta idéia e afirmam que devemos permitir que as pacientes escolham onde se recuperar após o parto, dependendo das condições desta e da equipe do Centro Obstétrico em lidar com esta situação.

A realização de um funeral formaliza a morte como algo real e importante e não como um sonho, contribui para uma melhor resolução do luto e da perda destes pais (Klaus; Kennel, 1993; Kellner; Lake, 1996). Klaus e Kennel (1993) consideram importante a participação das mães no funeral de seu filho.

Em minha vivência verifiquei que, na prática, estas mulheres geralmente recebem alta hospitalar precoce, ou seja, em menos de 48 horas após o parto, inclusive para participarem do funeral de seu bebê.

Os pais devem ser desencorajados a fazerem planos para um novo bebê, tendo primeiramente que resolver o luto do bebê que morreu (Klaus; Kennel, 1993). Os autores aconselham aos pais a esperarem de seis a doze meses para pensarem em uma nova gestação.

Ávila (1998) afirma que em situações de morte fetal os profissionais são muito importantes, pois deverão proteger e evitar que esses pais sintam-se culpados, absolvê-los e mostrar-lhes que, como seres humanos, somos limitados e às vezes só resta conformar-nos com a realidade.

É importante, segundo Klaus e Kennel (1993), que os profissionais esclareçam os pais sobre as reações normais à perda e que os encorajem a falar sobre todos os seus sentimentos. De acordo com Branden (2000), a enfermeira deve ser sensível às necessidades dos pais. Alguns sentem a necessidade de conversar sobre a

morte do filho, mas outros não. Portanto, é essencial oferecer apoio e oportunidade de expressão dos sentimentos que os pais possam ter em relação à perda. Segundo Ávila (1998), a situação de morte fetal é muito difícil, mas a família e os profissionais deverão proporcionar espaço para que o casal expresse todos seus sentimentos, sendo que este, muitas vezes, tem a necessidade de transferir a culpa do acontecido para o profissional.

Segundo Luz et al. (1989) é fundamental que o profissional fale com as mulheres durante toda sua hospitalização, não fugindo do assunto da perda de seu filho. Este falar pode ser mais no sentido de escutar, o que favorece a expressão do sentimento das mulheres, auxilia na eliminação das sensações de abandono e falta de compreensão presentes neste momento.

Segundo Raphael-Leff (1997), a discriminação social e tabu em falar da morte fazem com que as mulheres que perderam seu bebê sintam-se discriminadas, injustamente segregadas e tomados por um profundo sentimento de solidão. Estes autores e Klaus e Kennel (1993) sugerem que os profissionais estimulem as pacientes a participarem, durante sua internação hospitalar, de grupos de mães que também perderam seus bebês. Desse modo perceberão que os mesmos sentimentos serão compartilhados, sentindo-se mais confortadas.

Abeche e Rhode (1997) acrescentam que morte fetal é uma emergência médica e que o profissional deve mostrar disponibilidade para ouvir as pacientes o tempo que for necessário, sendo esta uma prática fundamental.

De acordo com Stack citado por Kellner e Lake (1996), o resultado do cuidado no processo de luto, é a pessoa não esquecer o ente querido, mas sim, lembrá-lo sem dor.

Para médicos e enfermeiros, principalmente da área obstétrica, que trabalham constantemente com o começo da vida, e muito raramente com a morte, a aceitação da perda é muito difícil. Uma situação de feto morto desperta ansiedade na equipe, que também precisa de apoio (Kellner; Lake, 1996).

Os mesmos autores e Klaus e Kennel (1993) referem que a equipe freqüentemente também experimenta reações de luto após a morte de um bebê e partilham da ansiedade da família. Os autores apoiam a troca de experiência e sentimentos da equipe através de reuniões freqüentes e consideram um “desserviço” para si e para suas pacientes ignorar seus sentimentos.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha pelo tema morte fetal foi uma necessidade por mim encontrada, por isso busquei aprofundar meus conhecimentos sobre este assunto para prestar um cuidado mais adequado às mulheres com feto morto.

Ao realizar a pesquisa bibliográfica, me surpreendi com a pouca bibliografia encontrada referente ao assunto, principalmente na área de enfermagem. Necessitei então, realizar pesquisa também em bibliografias da área médica e da psicologia, constatando também a pouca descrição sobre o tema.

Verifiquei que alguns cuidados encontrados na literatura das áreas consultadas não eram inerentes somente àquelas áreas e que alguns poderiam ser realizados por qualquer profissional que presta cuidados às mulheres em situação de morte fetal.

Frente às constatações descritas acima, senti a necessidade de reunir os cuidados relativos ao assunto encontrados na literatura das referidas áreas, a fim de ampliar os cuidados já descritos na literatura de enfermagem consultada. Sugiro

portanto, que sejam realizados mais estudos referentes ao assunto.

Constatei através deste estudo que não existe fórmula única ou palavras prontas para prestar assistência às mulheres com feto morto. A habilidade e a sensibilidade do cuidador são fundamentais para identificar as necessidades de cada mulher a fim de oferecer o cuidado adequado a cada uma. Entendo que a adequada prestação do cuidado de enfermagem está relacionada ao aprofundamento teórico sobre o assunto e ao maior número de vivências junto a estas pacientes.

Apesar de encontrar poucos cuidados de enfermagem às mulheres em situação de perda fetal, através desta revisão bibliográfica pude conhecer seus sentimentos, o que esperam da equipe de saúde. Percebi então, que os profissionais devem dispor de tempo para as pacientes, permanecendo com elas, oferecer palavras de conforto e, principalmente, mais do que falar, devem saber ouvir. A fuga do assunto pelo profissional pode ser considerada como falta de atenção, desprezo e culpa. Acredito que desta forma será oferecido um cuidado humanizado e específico para cada mulher.

Durante a realização deste trabalho, constatei que a dificuldade em enfrentar situações de morte fetal não era apenas minha, enquanto acadêmica. Barbieri, Popim e Boemer (1992) referem que os profissionais da área obstétrica também sentem dificuldades em prestar cuidados a estas pacientes. As autoras acreditam que o constrangimento em relação à morte pode estar associado a pouca ênfase em relação ao assunto durante a formação profissional. Dessa forma, penso ser necessária uma reavaliação na formação dos profissionais da área da saúde. É importante que se prepare estes futuros profissionais para enfrentarem a constante e inevitável morte, assim como para cuidarem das pacientes e familiares frente à situação.

Acredito que a situação de perda fetal desperte nos profissionais de saúde ansiedade e impotência, e apoio a idéia de Klaus e Kennel (1993), quando sugerem a formação de grupos de apoio aos profissionais, onde estes possam trocar suas experiências e compartilhar seus sentimentos, como forma de prestar cuidados a si próprios e às pacientes.

Penso que o despreparo e o constrangimento dos profissionais ao cuidarem das mulheres que vivenciam a situação de perda fetal podem influenciar de modo negativo em sua percepção frente a esta experiência, tornando-a , muitas vezes, mais dolorosa do que poderia ser.

Outra constatação durante a realização deste estudo foi a identificação da necessidade de que os serviços de saúde ofereçam assistência pré-natal de qualidade, onde ocorra ênfase na informação às mulheres sobre o ciclo grávido-puerperal incluindo nesta, os sinais e sintomas que exigem a procura de um serviço de saúde.

Segundo a OMS, a assistência pré-natal é um conjunto de cuidados destinados a proteger a mãe e o feto durante a gestação, parto e puerpério, tendo por principal finalidade a diminuição da morbimortalidade materna e perinatal (Abeche; Kruse, 1992).

É necessário, portanto, estimular as gestantes a buscarem assistência pré-natal. Segundo Reece, Hoblins e Mehoney (1996) e Aquino e Cecatti (1998), grande parte das causas identificáveis de morte fetal são preveníveis. Nogueira (1994), Reece, Hoblins e Mehoney (1996), Kaplan, Sadock e Grebb (1997), Aquino e Cecatti (1998) e Cecatti e Aquino (1998) reiteram a realização do pré-natal, por ser uma das únicas fontes de informação e prevenção para as gestantes tornando-se um meio para detectar e reduzir as causas da morte fetal.

Compreendi que um grande número de variáveis poderá determinar a morte de um feto. A não realização do pré-natal pela gestante e a assistência pré-natal e hospitalar de má qualidade, além das condições maternas e fetais, poderão ser decisivas na ocorrência da MF. Penso que tais questões devem ser reavaliadas e consideradas pelos profissionais da saúde.

Durante a realização deste trabalho fui modificando meu olhar e meu cuidado frente as mulheres com feto morto, ou seja, já não evitava prestar cuidados a elas. Queria aprender como cuidá-las, buscava confirmar os achados descritos na literatura quanto aos seus sentimentos, percepções frente à situação, o modo como foi feito o diagnóstico, entre outros. Percebi então, que estar junto a estas mulheres e ouvi-las, são atitudes fundamentais para um cuidado humanizado.

Contudo, espero que este estudo possa contribuir para a desmitificação do assunto, oferecer maior embasamento teórico e compreensão dos sentimentos das mulheres que vivenciam a perda fetal. Espero também que possibilite uma reflexão sobre a assistência prestada e a construção de cuidados de enfermagem, considerando a mulher como um ser integral, trazendo a compreensão de que só se aprende a atuar frente a estas situações, enfrentando-as.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABECHE, Alberto M.; KRUSE, Wilson. *Assistência pré-natal*. Porto Alegre: Editora da Universidade/ UFRGS, 1992.
- ABECHE, Alberto M; RHODE, Luis A. P. Morte Fetal. In: FREITAS, Fernando (org.) et al. *Rotinas em Obstetrícia*. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. Cap. 3, p. 37-44.
- AQUINO, Márcia M.; CECATTI, José G. Epidemiologia do óbito fetal em população de baixa renda. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 20, n. 2, p. 71 – 75, mar. 1998.
- AQUINO, Márcia M. et al. Conduta obstétrica no óbito fetal. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 20, n. 3, p. 145 – 149, abr. 1998.
- ÁVILA, A. A. *Socorro Doutor! Atrás da barriga tem gente*. São Paulo: Atheneu, 1998.
- BARBIERI, Adriana; POPIM, Regina Celia; BOEMER, Magali R. A morte no contexto da enfermagem obstétrica: uma perspectiva do cuidar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 11 – 16, jul. 1992.
- BRANDEN, Pennie Sessler. *Enfermagem materno infantil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2000.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestação de alto risco: manual técnico*. 3. ed. Brasília: 2000. 164 f.
- BURROUGHS, Arlene. *Uma introdução à enfermagem materna*. 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- CARVALHO, Geraldo Mota de. *Enfermagem em obstetrícia*. São Paulo: EPU, 1990.
- CECATTI, José Guilherme; AQUINO, Márcia M. Causas e fatores associados ao óbito fetal. *Revista de Ciências Médicas*, v. 7, n. 2, p. 43 – 48, mai./ago. 1998.
- CUNHA et al. *Protocolo de condutas em gestação de alto risco*. Ribeirão Preto: Scala, 1997.
- GONZAGA, Francisco L. *Princípios emergenciais em obstetrícia*. São Paulo: Editorial Byk, 1999.
- HAMILTON JR, Lewis A.; HOBEL, Calvin J. Crescimento intra-uterino retardado, morte fetal intra-útero e gestação pós-termo. In: HACKER, Neville F.; MOORE, George J. *Fundamentos de ginecologia e obstetrícia*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. Cap. 25, p. 197-202.
- HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA). Serviço de Enfermagem Materno Infantil. *Rotinas da unidade de centro obstétrico*. Porto Alegre: 1996.
- INÁCIO FILHO, Geraldo. *A monografia na universidade*. Campinas: Papyrus, 1995.
- KAHHALE, Soubhi; KWANG, Wu Nan. Mortalidade Perinatal. In: MARCONDES, Eduardo (coord.). *Pediatria básica*. 8. ed. São Paulo: Sarvier, 1991, p. 254-262.
- KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J.; GREBB, Jack A. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- KELLNER, Kenneth R. ; LAKE, Marian F. Aconselhamento no luto. In: KNUPPEL, Robert A; DRUKKER, Joan E. *Alto Risco em Obstetrícia: um enfoque multidisciplinar*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. Cap. 34, p. 385–595.

- KLAUS, Marshall H.; KENNEL, John H. *Pais-bebê: a formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- LUZ, Anna Maria Hecker et al. Feto morto: atuação da enfermeira frente ao sentimento materno. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 42, n.1, 2, 3, 4, p. 92 – 100, jan./dez. 1989.
- MALDONADO, Maria Tereza; DICKSTEIN, Júlio; NAHOUM, Jean Claude. *Nós estamos grávidos*. 10. ed. São Paulo: Saraiva, 1997.
- MALDONADO, Maria Tereza. *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 1997.
- MARIANI NETO, Corintio. Óbito fetal. In: NEME, Bussâmara. *Obstetrícia básica*. São Paulo: Sarvier, 1994. Cap. 61, p. 382 – 386.
- MARTINS, Alessandra Mara et al. O impacto emocional materno diante da perda fetal durante a gestação: aspectos qualitativos. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 9, n. 3, p. 153 – 159, jul./set. 1998.
- MIURA, Ernani; PROCIANOY, Renato S. (org.). *Neonatologia: princípios e prática*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- NISWANDER, Kenneth R.; EVANS, Arthur T. *Manual de obstetrícia: diagnóstico e tratamento*. 4. ed. São Paulo: MEDSI, 1994.
- NOGUEIRA, Maria Inês. *Assistência pré-natal: prática de saúde a serviço da vida*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra, 1996. 53 p. (OMS / SRF / MSM, n. 96.24).
- POPIM, Regina Célia; BARBIERI, Adriana. O significado da morte perinatal: depoimentos de mães. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 33 - 40, jan. 1990.
- RAPHAEL-LEFF, Joan. *Gravidez: a história interior*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

- REECE, E. Albert; HOBLINS, John C.; MEHONEY. *Compêndido de medicina fetal e materna*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- REZENDE, Jorge de. *Obstetrícia fundamental*. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.
- SALES, José Maria de; SALES, Lucas M. Óbito intra-útero. In: SALES, José Maria de et al. *Tratado de assistência pré-natal*. São Paulo: Roca, 1989. Cap. 17, p. 175 – 181.
- TANAKA, Ana Cristina d'Andreatta. *Maternidade: dilema entre nascimento e morte*. São Paulo/ Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.
- WILKINS-HAUG, Louise. Morte fetal. In: FREDERICKSON, Helen M.; WILKINS-HAUG, Louise. *Segredos em ginecologia e obstetrícia: respostas para o dia-a-dia*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. Cap. 64, p. 283–287.
- ZIEMMERMAN, A. W. et al. Aspectos psicológicos da gravidez, parto e puerpério. In: BUCHABQUI, J. A. (org.) et al. *Promovendo a saúde da mulher*. Porto Alegre: Editora da Universidade/ UFRGS, 1995, p. 53 – 64.