

Challenges in care after fetal death: should the mode of delivery be a maternal choice?

Desafios nos cuidados após morte fetal: deverá a via do parto ser uma escolha materna?

Catarina Barros Azevedo¹, Carla Ramalho²
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Abstract

Fetal death remains the most overwhelming complication in obstetric care. As a sudden event, it entails a huge impact on families, making it difficult to assimilate new information and take important decisions, as well as making important decisions consciously.

This literature review aimed to question the validity of the maternal request for delivery after fetal death, as also to reflect the need for proper training of healthcare providers, making them capable of enlighten and guide families.

Once the risks and benefits have been elucidated, it is reasonable to grant an elective caesarean delivery, if this is still the mother's desire.

Keywords: Stillbirth; Fetal death; Delivery; Obstetric; Bereavement care; Care pattern; Maternal.

INTRODUÇÃO

A morte fetal é um grave problema de saúde pública, amplamente ignorado em todo o mundo^{1,2}. No ano de 2015, estimaram-se, globalmente, mais de 2,6 milhões de mortes fetais³. Ainda que a esmagadora maioria destas mortes ocorra nos países em desenvolvimento (cerca de 98%)³, este continua a ser um assunto de grande importância para os países desenvolvidos, uma vez que a incidência de morte fetal é um indicador essencial do acesso e da qualidade dos cuidados de saúde⁴. Acredita-se que seja cerca de 10 vezes mais comum que a síndrome de morte súbita infantil e, ainda assim, as famílias parecem estar mais consciencializadas com a segunda⁵; o que em parte talvez se deva à falta de informação pelos cuidados de saúde, no período pré-natal, que não alertam as famílias para a possibilidade de morte fetal⁶. A inclusão deste tema, nas recomendações da maternidade, poderá facilitar a sua interiorização^{2,7,8}.

Devido à redução drástica da prevalência da mortalidade fetal ocorrida desde 1940, nos países desenvolvidos, criou-se a expectativa de que todas as gestações terminam com o nascimento de um bebé saudável. No entanto, esse declínio não se mostrou tão acentuado nos últimos anos⁹, provavelmente devido à mudança dos estilos de vida e das características da população, com um aumento da idade materna e aumento das prevalências de obesidade, excesso de peso e tabagismo na gravidez⁹⁻¹¹, bem como patologia materna, intimamente associada a um maior risco de morte fetal, como infeções, pré-eclâmpsia, diabetes e doenças autoimunes¹².

Apesar de ser um evento raro nos países desenvolvidos³, é uma das complicações mais devastadoras da gravidez, que acarreta um impacto desmedido nas famílias que a vivenciam^{11,13}.

Perante a confirmação da morte fetal, as mulheres ficam envolvidas por uma ampla gama de emoções, que desafiam o processamento de informação objetiva, pelo que se questiona se, de facto, estas devem ter a decisão da via do parto nas suas mãos¹⁴. É necessário que o profissional de saúde proporcione um suporte psicológico sólido, seja capaz de orientar a mulher na tomada de decisões, com base na melhor evidência científica, e se sinta preparado para aconselhar e acompanhar a família¹⁵.

1. Mestrado integrado em Medicina. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

2. Professora auxiliar convidada da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Assistente Hospitalar Graduada de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal

Considerada uma das experiências mais difíceis de abordar na medicina, a morte fetal também acarreta consequências significativas para os profissionais de saúde¹⁶ e a inexistência de uma abordagem-padrão adequada leva a uma discrepância preocupante dos cuidados, nos diferentes hospitais, assim como uma interação fria e insensível, entre o casal enlutado e os profissionais de saúde⁷. Esta lacuna na relação e na comunicação entre ambos pode resultar num conflito, aquando da tomada de decisões importantes, pelo que se torna fundamental dar maior atenção a esta problemática^{7,17}.

Por tudo isto, a realização deste trabalho teve como objetivo refletir acerca da capacidade materna no processo de escolha da via do parto, após a ocorrência da morte fetal, e do papel dos profissionais de saúde no aconselhamento a partir da melhor evidência clínica existente.

METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão da literatura, iniciada com uma pesquisa na base de dados *Medline* (PubMed), de julho a novembro de 2019, limitada a artigos escritos em língua portuguesa e inglesa, publicados entre 2004 e 2019, sem restrições quanto ao tipo de artigos. As palavras-chave utilizadas foram «stillbirth», «fetal death», «delivery, obstetric», «bereavement care», «care pattern, maternal».

De entre os artigos obtidos com esta pesquisa, foram incluídos os artigos que abordavam a preferência materna na via do parto, em situações de morte fetal. A leitura e análise dos artigos foi feita por um dos autores, sendo o seu trabalho revisto e discutido com o segundo autor sempre que surgiram dúvidas.

Pela leitura dos títulos e dos resumos, foram obtidos 42 artigos e após a leitura integral ficaram selecionados os sete artigos que abordam o tema. Um outro artigo, apesar de não se integrar nos critérios definidos, foi analisado por abordar a escolha da via do parto num caso de anomalia letal. Pelo método *backward reference tracking* foram analisadas as referências bibliográficas dos artigos escolhidos e incluídas se consideradas pertinentes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Quadro I apresentam-se as características gerais dos

artigos incluídos na revisão.

Via do parto em casos de morte fetal

São conhecidos diversos fatores capazes de influenciar a abordagem da via do parto após morte fetal, entre os quais se destacam a idade gestacional, a situação médica materna, a história de cirurgia uterina, a disponibilidade de profissionais de saúde qualificados, assim como a vontade da própria mulher^{8,11,18}.

A vontade materna, relativamente à escolha da via do parto, é cada vez mais valorizada¹⁹⁻²¹, ainda que, segundo a opinião publicada pelo *American College of Obstetricians and Gynecologists*, na ausência de indicações maternas ou fetais para uma cesariana, um parto vaginal é seguro e apropriado, devendo ser fortemente recomendado²⁰. Aliado a esta tendência de valorizar a vontade materna, está o facto de as mulheres preferirem optar, cada vez mais, por uma cesariana²².

Mas será que, numa situação de morte fetal, perante o impacto emocional e psicológico que a mesma acarreta, as mulheres são capazes de escolher, de forma consciente, a melhor via de parto?

Em Portugal, apesar de uma ligeira redução da proporção global de partos por cesariana, desde 2013, os níveis ainda continuam acima do recomendado pela Organização Mundial de Saúde, sendo mais elevados nas maternidades privadas²³. Embora não se saiba, nestes dados, qual o contributo das cesarianas por pedido materno, é necessária uma reflexão acerca dos riscos que são assumidos, desnecessariamente, com as cesarianas sem indicação²¹.

O parto vaginal é recomendado na maioria das mulheres, por ser fisiológico, permitindo uma recuperação pós-parto mais rápida e uma estadia hospitalar mais curta²⁴. Por outro lado, o parto por cesariana pode e deve ser considerado em algumas situações maternas e fetais. No entanto, como qualquer outra cirurgia *major*, a cesariana não está isenta de complicações anestésicas e cirúrgicas¹⁶, bem como de implicações nas gestações futuras, o que deve ser tido em conta, se existirem planos de uma nova gravidez^{8,25}.

No cenário de uma morte fetal, a segurança materna torna-se o principal objetivo. Deste modo, face ao maior risco que a cesariana acarreta, de desconforto e depressão pós-parto²⁶, de internamento mais prolongado, de um maior período de incapacidade²⁷ e de perturbação da fertilidade futura⁸, o parto vaginal é vigorosamente recomendado¹¹.

Quando se analisa a questão da preferência da mulher, aquando da escolha da via do parto, conclui-se

QUADRO I. CARACTERÍSTICAS DOS ARTIGOS INCLUIDOS NA REVISÃO

Autor, ano de publicação, país	Tipo de estudo	Objetivo	Conclusões
Siassakos <i>et al.</i> , 2017, Inglaterra ¹⁰	Estudo de caso multicêntrico	Compreensão dos desafios nos cuidados após morte fetal e fornecimento de soluções personalizadas	As prioridades dos profissionais de saúde aquando de uma morte fetal centram-se no bem-estar materno e no seu futuro. Já para o casal, a prioridade continua a ser o seu bebé, pelo que a sua primeira solicitação poderá ser uma cesariana. Esta escolha deve-se a inúmeras razões, das quais o receio do impacto emocional do parto vaginal, a tentativa de retomar o controlo da situação, a esperança de um encurtamento do processo até à alta e até uma expectativa de salvar o seu bebé. Se os profissionais de saúde rejeitam, desde logo, a cesariana, cria-se uma discordância significativa entre ambos, que prejudica toda a relação médico-doente. A elucidação das implicações da cesariana, a exploração das razões da escolha e o esclarecimento das inseguranças que as famílias apresentam, facilita o processo de tomada de decisão e evita a escolha por cesariana, na esmagadora maioria dos casos. Em situações de morte fetal, na ausência de contra-indicações, o parto vaginal é a escolha mais segura e deve ser sempre recomendado. A escolha da cesariana como via do parto é justificada, em muitos casos, pelo efeito físico, emocional, psiquiátrico e social que a morte fetal acarreta nas famílias e no profissional de saúde. Uma cesariana é um procedimento cirúrgico de alto risco que pode afetar a fertilidade da mulher, pelo que não deve ser usado como um procedimento de primeira linha, sendo necessária uma comunicação detalhada com as famílias a fim de evitar a maior parte das cesarianas pedidas.
Buinoiu <i>et al.</i> , 2017, Roménia ¹¹	Estudo observacional retrospectivo	Analisar as incidências de partos vaginais ou por cesariana, por um período de 10 anos, no Hospital Clínico de Bucareste	A cesariana, após morte fetal, deverá ser reservada para casos excecionais. No entanto, foi a via do parto escolhida, em vários casos de morte fetal, sem indicação obstétrica documentada. Um dos argumentos utilizados para justificar esta escolha foi o desejo de evitar os efeitos psicológicos do parto vaginal, apesar de não existirem dados que sustentem a hipótese de uma cesariana ser psicologicamente protetora. É fundamental que os profissionais que lidam com estes casos tenham sensibilidade e capacidade de orientar as famílias no processo de decisão.
Boyle <i>et al.</i> , 2017, Estados Unidos da América ¹⁶	Estudo observacional retrospectivo	Descrever a abordagem do parto após morte fetal	A maior parte dos pais não esperava uma recomendação de parto vaginal, pressupondo que a cesariana seria a melhor via em situações de morte fetal. Torna-se importante expor as opções e fundamentar os motivos pelos quais uma das opções é preferível, em termos individuais. O facto de estar envolvido no processo de tomada de decisões ajuda a encarar a situação, pelo que, é necessário fornecer às famílias as informações passo a passo, bem como tempo para assimilar toda a informação. Uma comunicação clara e um suporte adequado poderá facilitar a preparação emocional necessária para a realização de um parto vaginal. Numa abordagem retrospectiva, as mulheres não mostravam arrependimento pela realização de um parto vaginal, exibindo até satisfação pela decisão tomada.
Ellis <i>et al.</i> , 2016, Inglaterra* ¹⁷	Artigo de revisão	Informar, treinar e melhorar os cuidados às mulheres que experienciam uma morte fetal	A maior parte dos pais não esperava uma recomendação de parto vaginal, pressupondo que a cesariana seria a melhor via em situações de morte fetal. Torna-se importante expor as opções e fundamentar os motivos pelos quais uma das opções é preferível, em termos individuais. O facto de estar envolvido no processo de tomada de decisões ajuda a encarar a situação, pelo que, é necessário fornecer às famílias as informações passo a passo, bem como tempo para assimilar toda a informação. Uma comunicação clara e um suporte adequado poderá facilitar a preparação emocional necessária para a realização de um parto vaginal. Numa abordagem retrospectiva, as mulheres não mostravam arrependimento pela realização de um parto vaginal, exibindo até satisfação pela decisão tomada.

continua na página seguinte

QUADRO I. CONTINUAÇÃO

Autor, ano de publicação, país	Tipo de estudo	Objetivo	Conclusões
Trulsson et al, 2004, Noruega ²⁸	Estudo observacional retrospectivo	Explorar o tempo ideal desde o momento do diagnóstico até à indução do trabalho de parto	No momento do diagnóstico da morte fetal existe uma intensificação de emoções que atingem as mulheres e que as impede de absorver nova informação, bem como de tomar decisões importantes. Por razões físicas e psicológicas, o parto vaginal foi aconselhado a todas as mulheres, apesar de não ser o mais desejado aquando do diagnóstico. Quando esta recomendação era finalmente aceite pelas mulheres, destacava-se um sentimento de fortalecimento do seu próprio corpo, sem arrependimentos após o parto.
Bakbakh et al, 2017, Inglaterra ²⁹	Artigo de revisão	Clarificar a melhor prática nos cuidados após morte fetal, incluindo uma abordagem flexível e individualizada	Cuidados apropriados após morte fetal são essenciais à minimização do impacto negativo sobre as famílias. A decisão da via do parto deverá envolver as famílias, bem como uma incorporação da condição médica, da história obstétrica prévia e da preferência materna. A via vaginal é vigorosamente recomendada, no entanto, em alguns casos é legítimo optar-se por uma cesariana. É crucial que os profissionais de saúde explorem as razões do pedido de uma cesariana, para esclarecer e aconselhar as famílias, no que aos riscos e benefícios das vias de parto concerne. O envolvimento no processo de decisão parece devolver, ligeiramente, a sensação de controlo às mães e ajudá-las na preparação do parto e no decurso do luto.
Kelley et al, 2012, Estados Unidos da América ³⁵	Estudo observacional retrospectivo	Relatar as experiências dos pais que vivenciam uma morte fetal, bem como as suas necessidades emocionais. Entender a perspectiva dos profissionais de saúde, que lidam com as famílias e os desafios na comunicação com as mesmas	A morte fetal é um evento para o qual nenhuma mãe se prepara e só o considera real quando efetivamente acontece. Desde a admissão até ao parto, vários pais descreveram sentir-se perdidos e incapazes, sem saber como deveriam reagir, o que era intensificado pela falta de experiência, pela desorientação e pela falta de comunicação na equipa de profissionais de saúde. Após o diagnóstico, o momento que os pais consideram mais devastador é saber que a mulher, ainda assim, precisa de passar pela experiência de trabalho de parto e parto de um feto morto. Foi descrito um caso de um pedido de uma cesariana, sem indicação obstétrica, que foi recusado pela equipa médica e optado pelo parto via vaginal.

* revisão realizada na Inglaterra, mas dados referentes a vários países.

que a primeira solicitação da grávida poderá ser uma cesariana, pelo impacto emocional que o parto vaginal acarreta^{7,8,17}.

O papel do médico passa por considerar todos os fatores de risco específicos, como a idade, o índice de massa corporal, patologia associada, a idade gestacional e os planos reprodutivos futuros^{7,20}. Quando a escolha por cesariana é considerada inaceitável pelos profissionais de saúde, gera-se uma discordância e tensão significativa entre ambos, que prejudica toda a relação médico-doente^{7,17,28}. Na esmagadora maioria dos casos, este pedido pode ser evitado, após elucidação das implicações de uma cesariana, exploração das razões da escolha, bem como o esclarecimento das inseguranças, medos e mitos das famílias^{2,7,8,16,17,24,28,29}. Um exemplo é o facto da mulher acreditar na possibilidade de alívio da dor emocional relativa ao parto¹⁶, com uma cesariana, sendo que os dados sugerem que esta pode até intensificar a dor com a recuperação pós-operatória^{14,16}.

Siassakos e colaboradores⁷, num estudo de caso multicêntrico, verificaram que existem várias razões que explicam a preferência das mulheres por uma cesariana, nomeadamente, o controlo do próprio corpo, a fraca preparação psicológica e emocional para vivenciar um parto vaginal, o infundado desejo de encurtar o processo desde o diagnóstico até à alta hospitalar, o medo da dor associada ao parto vaginal, bem como uma réstia de esperança de salvar o seu bebé com uma cesariana rápida, seguida de reanimação⁷. No entanto, a evidência científica claramente contradiz a preferência do casal, mostrando que a maioria das mulheres que sofre uma morte fetal tem partos vaginais com resultados favoráveis^{13,17}, mesmo com história prévia de cesariana^{13,14}.

Num testemunho partilhado por Cooper e colaboradores³⁰, num caso de um feto com anencefalia, questionou-se a legitimidade do pedido materno na escolha da via do parto, pelo choque psicológico vivenciado. Concluíram que, embora se deva incentivar um parto vaginal, é apropriado realizar uma cesariana, se esta for solicitada, após uma exposição integral dos benefícios e riscos clínicos de ambos os modos de parto³⁰.

De acordo com a literatura, há referência à pressão para a tomada de decisões num momento de grande instabilidade psicológica¹⁵⁻¹⁷, enquanto que outros dados de pesquisa sugerem que menos de metade dos pais, quando são questionados, reconhece que esteve envolvidos nos processos de tomada de decisão após morte fetal³¹.

É importante que as mulheres possam fazer escolhas informadas e conscientes, dado que, o facto de estarem envolvidas no processo de escolha, pode facilit

tar a recuperação da sensação de controlo, num momento em que se encontram sem rumo^{17,29}.

Quando as mulheres entendem que o parto vaginal é a melhor opção, tanto a nível físico, como a nível emocional, acabam por decidir por esta via. Várias partilharam que, embora com receio do impacto emocional, após o parto vaginal, tiveram um sentimento de fortalecimento do seu corpo, que contrastou com a frustração sentida no momento do diagnóstico, razão pela qual não alteravam a sua decisão^{17,28}.

O impacto psicológico: perspetiva da grávida/casal

Imediatamente após o momento da confirmação da morte fetal, a obtenção de novas informações é desafiante para as grávidas, por estas se encontrarem abaladas a nível emocional e psicológico^{17,28,32,33}. Os próprios pais sentem que, durante esse período, são incapazes de tomar decisões^{34,35}, pela dificuldade de captar novas informações, sendo o desejo de fuga unânime²⁸. Destacam ainda que, a incapacidade dos profissionais de saúde para responder às suas necessidades e solicitações, levou os mesmos a experimentar intensa frustração^{15,17}, que, por vezes, era expressa em comportamentos agressivos¹⁵.

Em contrapartida, recordam o momento do conhecimento da morte do seu bebé de forma exímia^{29,32}, o que torna fundamental uma seleção adequada de quem transmite a informação e de que forma é transmitida, para amenizar o impacto psicológico a longo-prazo³².

Martínez-Serrano e colegas³⁴ partilharam o testemunho de alguns casais, que consideraram fundamental ter alguém que os orientasse na importância das suas decisões: *“Either they help you or they orient you or you cannot make any decision for yourself because you are living through a total night-mare”*. Outra declaração publicada por Trulsson e seus colegas²⁸, mostra também que existe elevada perturbação emocional nas declarações de mulheres: *“He explained why we should give birth normally, because there’s less risk of complications and the grief process and all that. (...) Then I realized, because that’s when I understood it would be a normal delivery and I would be going through labor. I hadn’t quite understood that, I wasn’t there mentally, so I thought it was abominable, but until then I’d been like ‘okay, alright, uh-huh’ and took in the information”*.

A depressão, as crises de ansiedade e pânico, o stress pós-traumático, as fobias e a ideação suicida são alguns dos efeitos que têm um grande impacto nas mulheres e nas famílias, pelo facto de poderem persistir nas ges-

tações seguintes^{6,32,36,37}. Existe um receio enorme da possibilidade de recorrência de morte fetal, que induz uma preocupação constante durante toda a gravidez^{38,39}, como é possível perceber pelo testemunho partilhado, no estudo de Côté-Arsenault e Freije: *“You’re happy that you are [pregnant] but you can’t be that innocent... Am I confident? No. Will I relax? No. There is not a point that I will relax until they are out and breathing... I’ve definitely learned to live in the present and know that life can turn on a dime, at any old time”*³⁹.

O impacto psicológico: perspetiva dos profissionais de saúde

A morte fetal é também um desafio nos cuidados obstétricos, dado que esta especialidade não está preparada para comunicar más notícias e abordar o processo de luto^{17,35,40}, tema corroborado no estudo de Kelley e Trinidad³⁵: *“[With stillbirth] you transition from being a doctor to a hand holder, a grief counsellor. (...) The team transitions too, because as an obstetrician once pregnancy ends, while you are still involved, that baby gets taken over by the pediatrician or pediatric team. I won’t say the relationship ends, but it definitely changes. Whereas with stillbirths there is no transition of care, and you are kind of left being that counsellor”*.

A equipa de profissionais de saúde que está envolvida nos cuidados destas famílias revela uma carga emocional pessoal e profissional muito significativa, com efeitos psicológicos como stress pós-traumático e sentimentos de culpa, raiva e tristeza^{34,40,41}. Motivo que poderá ser um obstáculo na interação com as famílias^{14,38,41}, dado que, quando questionados, a maioria dos profissionais sentiram não estar preparados para tal^{17,42}.

A maioria relata que vivenciou uma dualidade na sua postura enquanto médico, já que, por um lado, tinha a responsabilidade no apoio das famílias e, por outro, tinha um sentimento de incapacidade para lidar com as necessidades emocionais das mesmas^{32,35,38}. Uma demonstração desta dualidade emocional, através dum testemunho de um obstetra, foi partilhada por Kelley e Trinidad, *“The hardest part, I think, is the emotional support for us because we have to separate ourselves from that and be the clinician, and I find that is the hardest to do both - be there as their friend and then also step back and figure out why for them”*³⁵.

A comunicação com a grávida/casal

Os principais objetivos na prática clínica, nos cuidados após uma morte fetal, são uma interação adequada, uma partilha da tomada de decisão e um suporte efi-

caz¹³. A comunicação é um elemento-chave na abordagem das famílias que lidam com uma perda e, tal como todas as restantes competências clínicas do médico, deve ser aperfeiçoada³⁵.

Uma comunicação insensível, entre a equipa médica e o casal em luto, e uma divergência significativa entre diferentes hospitais mostraram-se perceptíveis nos cuidados pós-morte fetal^{17,17}, fatores que intensificam os efeitos avassaladores, a curto e longo prazo, da morte fetal^{9,17}.

No estudo de O’Connell e colegas⁴³, com o objetivo de entender quais os aspetos dos cuidados médicos, em situações de morte fetal, que são valorizados pelos pais, quais podem ser melhorados e quais é que geram sofrimento, foi constatado que, cerca de um quarto dos pais analisados não sentiu que foi abordado com sensibilidade, clareza, privacidade e paciência pelo profissional de saúde. Detetou ainda que, um quinto dos pais não sabia quem é que lhes tinha comunicado a notícia⁴³.

A maior parte das lacunas existentes resulta de uma fraca preparação das equipas, partindo das próprias o reconhecimento de um treino não-satisfatório para lidar com estas situações^{17,42,44}. A criação de programas abrangentes de suporte e orientação de profissionais de saúde que não foram desenhados, especificamente, para os reais problemas do cuidado do luto, levaram à existência de falhas, pelo que tiveram pouco ou nenhum impacto na prática clínica³⁸.

Um fator essencial inerente à tomada de decisão consciente do casal é um treino adequado dos profissionais¹⁷, de forma a tornar a comunicação clara, cuidada e compreensiva, podendo mesmo exigir a repetição de informação e recomendações^{7,14}. Acima de tudo, os médicos devem fazer todos os esforços para garantir que as suas recomendações sejam guiadas pelos quatro princípios da ética médica: autonomia, justiça, beneficência e não maleficência³⁰.

Uma história médica abrangente, com uma avaliação do desejo reprodutivo e dos fatores de risco específicos da mulher, poderá ser uma abordagem prévia à decisão da via de parto mais adequada^{11,30}. Posteriormente, o profissional de saúde deverá expor, detalhadamente, as opções de parto disponíveis, bem como os benefícios e as contraindicações de cada uma, para que a mulher possa escolher, de forma informada, qual a melhor opção para si^{17,30}.

O risco de induzir um trauma adicional, com uma abordagem clínica e emocional inadequada durante a fase aguda, não deve ser subestimado pelos profissio-

nais de saúde⁴². Não é possível alterar as notícias que é necessário comunicar, mas pode alterar-se e, sobretudo, melhorar a forma como as mesmas são transmitidas⁴⁵, dando primazia ao bem-estar materno e à possibilidade de uma gestação futura⁷.

CONCLUSÃO

Atualmente, não existem normas de orientação clínica claras para abordar as situações de morte fetal no que diz respeito à via de parto. Vários fatores influenciam no processo de escolha, no entanto, a vontade materna tem-se destacado nos últimos anos. A capacidade das mulheres tomarem decisões conscientes, após um diagnóstico de morte fetal, é ambígua, por todo o impacto emocional que este origina.

A abordagem de situações que envolvem a morte é uma lacuna existente na formação da especialidade de Obstetrícia e Ginecologia, sendo os próprios profissionais a confessar não ter uma correta preparação para lidar com estas situações. É portanto necessário um treino adequado dos profissionais de saúde, de forma a corresponder às necessidades e expectativas das famílias, representando um suporte sólido, ainda que genuinamente afetados pelo impacto emocional.

O parto vaginal é amplamente recomendado, desde que na ausência de contraindicações, por demonstrar mais benefícios a curto e a longo prazo, relativamente à cesariana. Sendo a segurança materna o principal objetivo, é legítima a realização de um parto vaginal. Contudo, numa primeira instância, isto pode não ser tão claro para os pais que vivenciam uma morte fetal, sendo a sua primeira solicitação uma cesariana. Não obstante, se exploradas as razões da escolha, bem como as incertezas associadas, na grande maioria dos casos, um parto vaginal é escolhido, sem arrependimentos futuros.

Perante uma morte fetal, devem ser explorados todos os riscos e benefícios de cada via de parto, e se, ainda assim, o desejo materno for uma cesariana, parece aceitável ceder à sua vontade.

No entanto, mais pesquisas centradas neste tema são necessárias, para uma análise otimizada da experiência materna, bem como das consequências da sua preferência ao nível da via do parto, de modo a aperfeiçoar os cuidados após morte fetal e aconselhar futuras grávidas neste contexto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pollock D, Ziaian T, Pearson E, Cooper M, Warland J. Un-

derstanding stillbirth stigma: A scoping literature review. *Women and Birth*. Published online 2019. doi:10.1016/j.wombi.2019.05.004

2. Flenady V, Wojcieszek AM, Middleton P, et al. Stillbirths: recall to action in high-income countries. *Lancet (London, England)*. 2016;387(10019):691-702. doi:10.1016/S0140-6736(15)01020-X

3. WHO | Stillbirths. WHO. Published 2016. Accessed September 19, 2019. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/stillbirth/en/

4. Say L, Donner A, Gülmezoglu AM, Taljaard M, Piaggio G. The prevalence of stillbirths: A systematic review. *Reprod Health*. 2006;3:1-11. doi:10.1186/1742-4755-3-1

5. Fretts RC. The stillbirth 'scandal.' *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15(S1):A11. doi:10.1186/1471-2393-15-S1-A11

6. Pollock D, Pearson E, Cooper M, Ziaian T, Foord C, Warland J. Voices of the unheard: A qualitative survey exploring bereaved parents experiences of stillbirth stigma. *Women Birth*. Published online April 17, 2019. doi:10.1016/j.wombi.2019.03.002

7. Siassakos D, Jackson S, Gleeson K, Chebsey C, Ellis A, Storey C. All bereaved parents are entitled to good care after stillbirth: a mixed-methods multicentre study (INSIGHT). *BJOG - An Int J Obstet Gynaecol*. Published online 2017:160-170. doi:10.1111/1471-0528.14765

8. Buinoiu NF, Stoica SI, Mat C, Panaitescu A, Peltecu G, Gica N. Mode of Delivery in Stillbirth. *MAEDICA - J Clin Med*. 2017;12(11):101-105.

9. Flenady V, Middleton P, Smith GC, et al. Stillbirths: The way forward in high-income countries. *Lancet*. 2011;377(9778):1703-1717. doi:10.1016/S0140-6736(11)60064-0

10. Flenady V, Koopmans L, Middleton P, et al. Major risk factors for stillbirth in high-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2011;377(9774):1331-1340. doi:10.1016/S0140-6736(10)62233-7

11. ACOG Practice Bulletin No. 102: Management of Stillbirth. *Obstet Gynecol*. 2009;113(3):748-761. doi:10.1097/AOG.0b013e31819e9ee2

12. Nahida AC, Uma MR. Management of stillbirth delivery. *Semin Perinatol*. Published online 2015:1-4. doi:10.1053/j.semperi.2015.07.016

13. Boyle FM, Horey D, Middleton PF, Flenady V. Clinical practice guidelines for perinatal bereavement care - An overview. *Women Birth*. Published online March 15, 2019. doi:10.1016/j.wombi.2019.01.008

14. Dudley D. Stillbirth: Balancing patient preferences with clinical evidence. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2018;125(2):171-171. doi:10.1111/1471-0528.14959

15. Downe S, Schmidt E, Kingdon C, Heazell AEP. Bereaved parents' experience of stillbirth in UK hospitals: a qualitative interview study. *BMJ Open*. 2013;3(2):e002237. doi:10.1136/bmjopen-2012-002237

16. Boyle A, Preslar JP, Hogue CJR, et al. Route of Delivery in Women with Stillbirth: Results from the Stillbirth Collaborative Research Network. *Am Coll Obstet Gynecol*. 2017;129(4):693-698. doi:10.1097/AOG.0000000000001935

17. Ellis A, Chebsey C, Storey C, et al. Systematic review to understand and improve care after stillbirth: a review of parents' and healthcare professionals' experiences. Published online 2016.

doi:10.1186/s12884-016-0806-2

18. Silver RM, Heuser CC. Stillbirth workup and delivery management. *Clin Obstet Gynecol.* 2010;53(3):681-690. doi:10.1097/GRF.0b013e3181eb3297

19. Fuglenes D, Aas E, Botten G, Øian P, Kristiansen IS. Maternal preference for cesarean delivery: do women get what they want? *Obstet Gynecol.* 2012;120(2 Pt 1):252-260. doi:10.1097/AOG.0b013e3182605b1a

20. ACOG Committee Opinion No. 761 - Cesarean Delivery on Maternal Request. *Obstet Gynecol.* 2019;133(1):226-227. doi:10.1097/AOG.0000000000003007

21. Eide KT, Morken N-H, Bærøe K. Maternal reasons for requesting planned cesarean section in Norway: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2019;19(1):102. doi:10.1186/s12884-019-2250-6

22. Mazzoni A, Althabe F, Liu N, et al. Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2011;118(4):391-399. doi:10.1111/j.1471-0528.2010.02793.x

23. DGS. Saúde Infantil e Juvenil - Portugal 2018. Direção Geral da Saúde. Published 2018. Accessed October 16, 2019. <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1007690-pdf.aspx?v=11736b14-73e6-4b34-a8e8-d22502108547>

24. Siassakos D, Fox R, Draycott T, Winter C. Late Intrauterine Fetal Death and Stillbirth. *RCOG Green-top Guidel.* 2010;(55).

25. Birsner ML, Porter FP. Cesarean Delivery on Maternal Request. *ACOG Comm Opin Number 761.* 2019;133(1):226-227. doi:10.1097/AOG.0000000000003007

26. Xu H, Ding Y, Ma Y, Xin X, Zhang D. Cesarean section and risk of postpartum depression: A meta-analysis. *J Psychosom Res.* 2017;97:118-126. doi:10.1016/j.jpsychores.2017.04.016

27. Ramirez MM, Gilbert S, Landon MB, et al. Mode of Delivery in Women with Antepartum Fetal Death and Prior Cesarean Delivery. *Am J Perinatol.* 2010;27(10):825-829.

28. Trulsson O, Rådestad I. The silent child--mothers' experiences before, during, and after stillbirth. *Birth.* 2004;31(3):189-195. doi:10.1111/j.0730-7659.2004.00304.x

29. Bakhbakhi D, Burden C, Storey C, Siassakos D. Care following stillbirth in high-resource settings: Latest evidence, guidelines, and best practice points. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2017;22(3):161-166. doi:10.1016/j.siny.2017.02.008

30. Cooper S, Williams NS. Best Mode of Delivery for Fetal Life-Limiting Conditions. *Obstet Gynecol.* 2019;133(2):368-371. doi:10.1097/AOG.0000000000003065

31. Redshaw M, Henderson J. Mothers' experience of maternity and neonatal care when babies die: A quantitative study. *PLoS One.* 2018;13(12). doi:10.1371/journal.pone.0208134

32. Gold KJ, Treadwell MC, Mieras ME, Laventhal NT. Who tells a mother her baby has died? Communication and staff presence during stillbirth delivery and early infant death. *J Perinatol.* 2017;37(12):1330-1334. doi:10.1038/jp.2017.125

33. Peters MDJ, Lisy K, Riitano D, Jordan Z, Aromataris E. Caring for families experiencing stillbirth: Evidence-based guidance for maternity care providers. *Women Birth.* 2015;28(4):272-278. doi:10.1016/j.wombi.2015.07.003

34. Martinez-Serrano P, Pedraz-Marcos A, Solís-Muñoz M, Palmar-Santos AM. The experience of mothers and fathers in cases of

stillbirth in Spain. A qualitative study. *Midwifery.* 2019;77:37-44. doi:10.1016/j.midw.2019.06.013

35. Kelley MC, Trinidad SB. Silent loss and the clinical encounter: Parents' and physicians' experiences of stillbirth—a qualitative analysis. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012;12(1):137. doi:10.1186/1471-2393-12-137

36. Mills T, Ricklesford C, Cooke A, Heazell A, Whitworth M, Lavender T. Parents' experiences and expectations of care in pregnancy after stillbirth or neonatal death: a metasynthesis. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2014;121(8):943-950. doi:10.1111/1471-0528.12656

37. Hogue CJR, Parker CB, Willinger M, et al. The association of stillbirth with depressive symptoms 6-36 months post-delivery. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2015;29(2):131-143. doi:10.1111/ppe.12176

38. Heazell AEP, Siassakos D, Blencowe H, et al. Stillbirths: economic and psychosocial consequences. *Lancet.* 2016;387(10018):604-616. doi:10.1016/S0140-6736(15)00836-3

39. Côté-Arsenault D, Freije MM. Support Groups Helping Women Through Pregnancies after Loss. *West J Nurs Res.* 2004;26(6):650-670. doi:10.1177/0193945904265817

40. Nuzum D, Meaney S, O'Donoghue K. The impact of stillbirth on consultant obstetrician gynaecologists: a qualitative study. *BJOG.* 2014;121(8):1020-1028. doi:10.1111/1471-0528.12695

41. Cacciatore J. Psychological effects of stillbirth. *Semin Fetal Neonatal Med.* 2013;18(2):76-82. doi:10.1016/j.siny.2012.09.001

42. Ravaldi C, Levi M, Angeli E, et al. Stillbirth and perinatal care: Are professionals trained to address parents' needs? *Midwifery.* 2018;64:53-59. doi:10.1016/j.midw.2018.05.008

43. O'Connell O, Meaney S, O'Donoghue K. Caring for parents at the time of stillbirth: How can we do better? *Women Birth.* 2016;29(4):345-349. doi:10.1016/j.wombi.2016.01.003

44. Heazell AEP, McLaughlin M-J, Schmidt EB, et al. A difficult conversation? The views and experiences of parents and professionals on the consent process for perinatal postmortem after stillbirth. *BJOG.* 2012;119(8):987-997. doi:10.1111/j.1471-0528.2012.03357.x

45. Nuzum D, Meaney S, O'Donoghue K. Communication skills in Obstetrics: what can we learn from bereaved parents? *Ir Med J.* 2017;110(2):512. Accessed September 27, 2019. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28657257>

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Catarina Barros Azevedo
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
Amarante, Portugal
E-Mail: catbazevedo@hotmail.com

RECEBIDO EM: 01/03/2020

ACEITE PARA PUBLICAÇÃO: 26/06/2020