



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA GHC
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL – IFRS
CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM**

HUMANIZAÇÃO DO PARTO DE NATIMORTO: relato de experiência.

DANIELA SANTOS ALVES

ORIENTADOR: Profº Ms. ALEXANDER QUADROS

**PORTO ALEGRE
2012**



Ministério da
Saúde



DANIELA SANTOS ALVES

HUMANIZAÇÃO NO PARTO DE NATIMORTO: relato de experiência.

Relatório apresentado como pré-requisito de conclusão do Curso Técnico em Enfermagem.

Orientador: Prof^o Ms. Alexander Quadros.

PORTO ALEGRE

2012

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por iluminar o meu caminho e colocar pessoas tão maravilhosas ao meu lado nesta etapa importante da minha vida.

Agradeço meu esposo Vanderlei Alves que me apoiou incondicionalmente de forma carinhosa e muito especial tornando possível a vitória a cada obstáculo.

À minha mãe Maria Lúcia e minha filha Sofia pela paciência mútua e compreensão em meus momentos de ausência.

Às minhas colegas do curso técnico em enfermagem Giane Osório e Fabiane Ribas pelo ombro amigo nas horas de dúvida e angústia para a elaboração deste trabalho.

À enfermeira Rochane Navarro pela indicação de ótimas literaturas que clarearam minhas idéias.

E finalmente ao meu querido e inesquecível orientador Alexander Quadros por compartilhar seu conhecimento e pela excelência em nortear meus pensamentos, pois sem ele este trabalho não seria concluído.

RESUMO

O objetivo principal desta pesquisa é relatar minha experiência identificando as condutas de enfermagem que tornam o parto de feto morto mais humanizado. Utilizei como relato de experiência uma vivência que tive no bloco cirúrgico do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), anexo ao centro obstétrico (CO), durante o estágio curricular no segundo semestre do curso técnico em enfermagem. Uma assistência prestada de forma mais humana torna-se importante no sentido de diminuir os impactos decorrentes do sofrimento vivenciado pela equipe multidisciplinar, a parturiente e sua família. Considera-se que protocolos de atendimento ao parto de feto morto sejam implantados nas maternidades e que a equipe de enfermagem reconheça a importância e os benefícios de uma assistência humanizada neste período com a finalidade de fortalecer emocionalmente as pessoas diretamente envolvidas no luto e promover uma boa recuperação do ponto de vista físico e psicológico propiciando uma estrutura para a família seguir com sua vida sem frustrações e tendo condições de planejar sem receios uma futura gestação.

Palavras-chave: Enfermagem; Feto morto; Humanização.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 MORTE FETAL E SUA RELAÇÃO COM ABORTO E PARTO NATIMORTO	7
2.1 Onde encontramos a humanização no procedimento	8
2.2 Unidade do centro obstétrico	10
2.3 A experiência: ponto de partida	11
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	13
REFERÊNCIAS	15

1INTRODUÇÃO

O tema escolhido para o desenvolvimento deste trabalho é o parto de natimorto que ocorre por inúmeros motivos, geralmente em gestações precoces, mal assistidas e até complicações na saúde da mãe ou do feto. Trata-se de um assunto delicado por tratar da retirada de um feto praticamente formado.

Este trabalho foi motivado devido à possibilidade de vivenciar uma experiência em campo de estágio, onde observei um parto vaginal de feto morto (FM).

Esta vivência ocorreu no bloco cirúrgico (BC) da unidade do centro obstétrico (CO) do HNSC, que é um hospital público pertencente ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e atende 100% SUS estando localizado na Avenida Francisco Trein N°596, no bairro Cristo Redentor em Porto Alegre no estado do Rio Grande do Sul.

No bloco cirúrgico (BC), o ambiente é separado do restante da unidade do centro obstétrico (CO) por uma faixa vermelha e só ultrapassa esta faixa quem estiver paramentado, ou seja, a equipe escalada é paramentada para o controle das infecções hospitalares. Há salas para a realização dos partos e demais procedimentos, uma área com dois berços pré-aquecidos com todo o material necessário para o primeiro atendimento do recém nascido e reanimação. O expurgo, (local onde se lavam os materiais sujos pós-uso e desprezam placenta e outras matérias orgânicas) e a sala chamada arsenal, local onde ficam os materiais devidamente embalados, identificados e esterilizados para uso no bloco cirúrgico (BC).

Assim como eu, acredito que muitas pessoas desconhecem a diferença entre o *abortamento* e o parto de *feto morto*. Nas duas situações existe o fim da gestação com a perda do bebê, mas tecnicamente ambos são diferentes. No abortamento o feto não concluiu sua formação e logo não teria chances de sobreviver. Já o parto de feto morto está diretamente relacionado com a ausência de vida intra-uterina.

Esse trabalho tem como objetivo principal relatar uma experiência buscando identificar as condutas de enfermagem que tornam o parto de feto morto mais humanizado. O relato será sobre um parto natural de um natimorto em que utilizei como questões norteadoras para esta pesquisa:

1. Onde está a humanização nesse procedimento?

2. Por que se considera parto de feto morto e não um aborto?
3. Existe um protocolo para o parto de feto morto?
4. Por que não optaram pela cesariana e induziram o parto?
5. Quais as condutas de enfermagem devemos seguir neste caso?

2 MORTE FETAL E SUA RELAÇÃO COM ABORTO E PARTO NATIMORTO

Segundo FREITAS et al (2006) a Organização Mundial de Saúde define a morte fetal como a morte que ocorre antes da completa expulsão ou extração, do organismo materno, dos produtos da concepção, independente da idade gestacional.

Ele ainda refere que são inúmeras as causas e podem dividir-se em causas imediatas (cromossomopatias, malformação congênita...), causas infecciosas (infecções, corioamnionite...) e alterações maternas relacionadas (tabagismo, hipertensão arterial, diabetes melito...). O método diagnóstico mais seguro e confiável é o exame ultra-sonográfico de tempo real onde a ausência de movimento cardíaco evidencia a morte fetal.

Sendo assim a morte fetal está presente no abortamento e no parto de natimorto. A diferença entre eles é que o aborto consiste na interrupção de uma gestação antes da total formação do feto, seja ele espontâneo, provocado ou induzido. Segundo o Ministério da Saúde (2010), através da norma técnica de atenção humanizada ao abortamento, este pode ser classificado como: ameaça de abortamento, abortamento completo, abortamento inevitável/incompleto, abortamento retido, abortamento infectado, abortamento habitual, abortamento eletivo previsto em lei, tendo como definição a interrupção da gravidez até a vigésima ou vigésima segunda semana de gestação e com produto da concepção (aborto) pesando menos de 500g.

Segundo VARDANEGA et al (2002), de acordo com a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde, natimorto é todo feto com idade gestacional igual ou superior a 22 semanas e/ ou peso maior ou igual a 500 gramas cujo óbito ocorreu antes da separação completa do corpo materno e que após nascer não apresenta nenhuma manifestação compatível com a vida (batimentos cardíacos, pulsação de cordão umbilical ou movimentos musculares voluntários).

Podemos concluir que o caso relatado em questão não se trata de um aborto, mas de um parto de FM considerado natimorto, lembrando que o FM tinha idade gestacional de 34 semanas e o peso de 4, 100 Kg.

A realização de um parto é o ato de retirar um feto do ventre materno, podendo ser por meio natural ou cesárea. É um momento muito importante na vida de uma mulher, que envolve mudanças físicas e emocionais.

No manual do parto, aborto e puerpério do Ministério da Saúde (2001), afirma que o momento do parto é fundamental para mulher e quando vivenciado com dor, angústia, medo e isolamento tem influência psicológica importante e determinante na vida psicossocial e psicossocial da puérpera.

2.1 Onde encontramos a Humanização no procedimento

Na Política Nacional de Humanização a definição de humanização se dá pela afirmativa: “Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores”. (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004, p.08).

MOURA et al (2007) evidenciam que o parto humanizado deve respeitar as condições fisiológicas da parturiente, evitando intervenções desnecessárias, promovendo saúde e ofertando suporte emocional para fortalecer laços familiares através da garantia do acompanhante de livre escolha da gestante, diminuindo as complicações no geral e o tempo de hospitalização. Além disso, afirma que dentre as práticas de humanização, estão à garantia do acesso, práticas como deambulação, parto mais natural possível respeitando o desejo da mãe e que o profissional de saúde deve receber a mulher com respeito, dignidade e ética encorajando a autonomia da mesma e visando a segurança do binômio: mãe e filho.

Conforme Ricci (2008) e Freitas (2006) a gestante sofre alterações metabólicas profundas para dar conta do crescimento e desenvolvimento do feto, ocorrem mudanças na resistência à insulina que atingem seu máximo no último trimestre e algumas mães não conseguem compensar o aumento da demanda de insulina desencadeando diabetes mellitus (DM) caracterizando uma gestação de risco. Dentre os principais efeitos da hiperglicemia citados pela autora está a ocorrência de natimorto em gestações complicadas por cetoacidose e controle inadequado da glicose.

Para Diniz e Duarte (2004) a via do parto é uma decisão do médico obstetra. Claro que para tanto ele leva em consideração o histórico da paciente, mantendo controle efetivo da DM e apurando o peso estimado do feto (se for muito grande o

parto vaginal é questionável). Para tanto além de avaliar o risco da mãe e do bebê, o médico obstetra, que visa à humanização, tende a consultar o que é melhor para a mulher. O parto satisfatório, para mãe e para o obstetra, como qualquer experiência humana, depende das expectativas e valores, pois se a experiência condizer com o que acreditamos e esperamos, tendemos alcançar a satisfação.

Conforme o Ministério da Saúde (2001) as situações de risco devem ter um olhar diferenciado e na maioria das vezes se resolvem através do parto vaginal.

SAMPAIO et al (2011) diz que o estímulo artificial às contrações uterinas antes do seu início espontâneo, em gestantes acima da 22ª semana podem levar a indução do parto. Os autores acreditam que a análise das características de gestações com óbito fetal associadas à indução do parto contribui para formulação de políticas de saúde e construção de programas de redução de cesariana e prevenção e controle.

Quanto à decisão de induzir o parto, segundo FREITAS et al (2006), o diabetes mellitus, sofrimento e morte fetal estão entre as situações associadas à indução do parto.

O Ministério da Saúde (2001) justifica o uso do fórceps em casos que comprometam o bem estar materno e ou fetal através do uso seguro e adequado do instrumento. Além das situações de risco, este instrumento é indicado perante a exaustão materna, ausência ou pouca contração uterina, presença de hérnia abdominal, cicatrizes uterinas oriundas de cesárea (risco de rotura do útero), prolapso do cordão umbilical, sofrimento fetal e cabeça derradeira.

De acordo com as idéias de Ricci (2008) afirma que a morte fetal afeta não só os familiares como toda a equipe de saúde, tendo em vista que é um período extremamente difícil para a família e a maioria das mulheres demoram mais tempo na recuperação emocional do que na física. A equipe de saúde acaba evitando não falar no assunto aumentando a angústia e ansiedade, além de contribuir para um sentimento de solidão.

A autora ainda propõe a equipe de enfermagem que forneça informações acuradas e compreensivas à família, estimule a discussão da perda e a manifestação de sentimentos ligados a ela, disponibilize retratos do bebê para confirmação do óbito e permita que permaneçam com o natimorto por tempo indeterminado para o luto e a conscientização da morte, auxilie com preparativos de funeral e contato religioso conforme desejo da família, use contato físico apropriado

(tocar no ombro, segurar a mão) para consolá-los, oriente aos pais a melhor maneira de comunicar aos irmãos (caso os tenham) e encaminhe a rede de atenção primária responsável por eles para a continuidade de cuidados após a alta.

Para FREITAS et al (2006) a equipe médica também tem um valor muito importante neste momento tão desagradável, pois deve encontrar a melhor maneira de comunicar a morte fetal com muita cautela, ouvindo e respondendo a todas as dúvidas que surgiram na família no momento da revelação. Deve ter paciência e esperar o tempo de cada um aceitar a realidade. Dar a oportunidade de optarem pela melhor maneira de retirar o bebê, esclarecendo todas as vantagens e desvantagens de cada procedimento, lembrando que este episódio implica em maior risco emocional nas próximas gestações, caso ocorram.

2.2 Unidade do Centro Obstétrico

A Unidade do Centro Obstétrico (CO) do HNSC está localizada no segundo andar e se divide em recepção, pré-parto, transporte, bloco cirúrgico (BC), sala de recuperação (SR) e sala de admissão ao recém nascido (RN). Há um posto de enfermagem para toda a unidade.

Na recepção ocorre o acolhimento das gestantes, verificação dos sinais vitais, avaliação do quadro geral e, conforme a situação clínica dela e do feto, encaminham para a atenção primária ou para a internação e posteriormente à sala de pré-parto.

No pré-parto, a gestante permanece até o nascimento do feto. Neste momento a equipe de enfermagem explica o funcionamento da unidade e organização de documentos e procedimentos técnicos inerentes ao parto. Ao enfermeiro incumbe o exame físico e anamnese, além da supervisão e acompanhamento da gestante. A higiene corporal da parturiente pode ser realizada pelo acompanhante e imediatamente a mesma é identificada com pulseira própria. A gestante fica em observação e monitoração continuamente onde a equipe de enfermagem colabora através de técnicas de relaxamento e indução do parto sem dor. Nas intercorrências obstétricas a equipe multiprofissional está prontamente para atender as necessidades desta gestante.

No bloco cirúrgico (BC) executam a realização da analgesia; Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU); curetagens e partos no geral.

Após o parto natural sem intercorrências, o recém nascido é aspirado e retorna por 30 minutos para o peito da mãe. Na sala de recuperação, a mãe aguarda o bebê que está na sala de admissão do recém nascido (RN). Com os documentos preenchidos e estabilização dos sinais vitais, a mãe e o bebê são conduzidos ao alojamento conjunto.

No caso de abortamento provocado ou espontâneo, a paciente é encaminhada ao corredor que corresponde ao setor de transporte e fica em observação até estar em condições de alta.

A equipe do centro obstétrico (CO) é formada por médicos anestesistas, médicos anestesistas residentes, médicos obstetras, médicos obstetras residentes, médicos pediatra, enfermeiros, enfermeiros residentes, enfermeiros obstetras, enfermeiros obstetras residentes, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e assistente administrativo que desempenha serviços de escritório e secretariado.

A equipe de enfermagem do HNSC é bem organizada e dinâmica, todos estão mutuamente envolvidos com o cuidado das parturientes e demonstram conhecimento de seu trabalho. Sanaram todas as dúvidas que direcionei a eles e possuem facilidade em compartilhar suas experiências.

2.3 A experiência: ponto de partida

O ponto de partida desta experiência surge da oportunidade que tive de participar, juntamente com a equipe multiprofissional do bloco cirúrgico (BC), na assistência prestada a uma parturiente de feto morto.

Durante o atendimento prestado, também tive oportunidade de fazer a leitura do prontuário, evidenciando que a gestante estava com todas as consultas de pré-natal em dia, bem como nenhuma anormalidade com o feto. O diagnóstico inicial para internação foi a descompensação do diabetes e sofrimento fetal, que vinha sendo controlada com as consultas periódicas no pré-natal. O parto foi induzido devido às complicações decorrentes do diabetes levando neste percurso o feto ao óbito. No momento do parto a mãe já possuía ciência do óbito fetal.

Importante ressaltar que sempre acreditei que os partos de feto morto eram realizados através do parto cirúrgico. E nesta vivência desvelou-se também a

possibilidade da realização do parto natural como mecanismo menos agressivo à mãe.

Durante a indução do parto com ocitocina endovenosa ocorreram momentos de tensão que foram marcados visivelmente pela face dos obstetras presentes e equipe de enfermagem. Mesmo através do parto natural e realização da episiotomia houve a necessidade do uso de fórceps.

Embora a equipe médica parecesse embaraçada com a demora do procedimento, a equipe de enfermagem estava bem organizada e segura do que fazia. Bastava uma ordem e tudo era feito de forma ágil e competente. O feto morto (FM) foi retirado da sala junto com a placenta em uma bandeja. Acompanhei a equipe que o pesou, limpou e o arrumou para que ficasse apresentável para a mãe e os familiares. Era um menino de 34 semanas, pesava 4,100Kg e com exceção das orelhas (mal formadas) era perfeito. Estava inchado e vermelho escuro. O coto umbilical estava cianótico.

A mãe estava desacompanhada, visivelmente em desequilíbrio emocional, chorava compulsivamente, não aceitando aquela situação, pois o bebê era esperado pela família.

Emocionalmente a equipe mostrou-se abalada visivelmente. Houve presença de lágrimas em alguns momentos. Um sentimento de onipotência nasceu da impossibilidade de não poder trazer a vida de volta.

Esta experiência me trouxe a tona muitos sentimentos antes não vivenciados relacionados à vida e a morte. A possibilidade de colocar-se no lugar do outro foi experimentada. Perguntei-me se realmente aquele feto estava morto.!?

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste trabalho foi relatar uma experiência identificando condutas de enfermagem que evidenciem a humanização em um parto de natimorto presenciado em campo de estágio. Relatei onde e como aconteceu o parto, expliquei o que é feto morto e a diferença de aborto de parto de natimorto, bem como citei os conceitos diretamente ligados a eles. Procurei entender os motivos para cada conduta e salientar o lado humanizado que há em cada uma delas.

Não há um protocolo próprio para parto de natimorto, mas existem inúmeras medidas que promovem a humanização do parto, sendo parte delas a presença de um acompanhante para a mãe como principal iniciativa para estimular a redução no número de cesáreas, devido ao fato da parturiente se sentir mais segura com alguém de sua escolha.

Apesar do impacto negativo que esta experiência me passou, concordo que não havia como prever as intercorrências e que a cesárea deve ser vista como uma cirurgia com todos os riscos que lhe competem e que a chance de óbito da parturiente é maior que no parto vaginal. Até por conta de se tratar de uma gestação de risco.

O parto de natimorto é naturalmente triste e inconsolável. Acredito que para contribuir com a humanização, neste caso, precisamos não só ouvir, mas escutar e, na medida do possível, realizar tudo de forma que contente e esclareça à parturiente. Encaminhá-la para uma assistente social ou um serviço de apoio psicológico é extremamente importante para que ela supere e consiga seguir sua vida.

A humanização deve resgatar o respeito a vida de modo geral, física e psicologicamente, respeitando os valores dos envolvidos. Em especial, no caso do parto de natimorto, se faz necessário um olhar além.

O HNSC, apesar de ser uma instituição pública, possui uma visão bem humanizada da assistência em saúde mostrando evidências neste sítio de investigação à presença e comprometimento com a humanização do parto de feto morto.

Sugere-se que o tema seja difundido de forma que todos os profissionais que lidam com o atendimento neonatal possam tomar conhecimento da importância e da melhor maneira de dar assistência a puérpera e sua família, sejam através de grupos de pesquisa, reuniões e treinamentos, com o objetivo de capacitar a equipe para promover a humanização no espaço de saúde, na singularidade de cada situação e com olhar diferenciado.

Este trabalho exigido para conclusão do curso técnico em enfermagem não só me possibilitou reconhecer as peculiaridades do atendimento a gestante e as possíveis intercorrências possíveis de acontecer, mas também abriu a possibilidade de adquirir conhecimentos mais aprofundados para elaboração de um relato de experiência.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Política nacional de humanização: humaniza SUS**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2004.

DINIZ, Simone Grilo; DUARTE, Ana Cristina. **Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também)**. São Paulo: UNESP, 2004.

FREITAS, Fernando et al. **Rotinas em obstetrícia**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

MOURA, F.M.J.S.P. et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 60, n. 4, p. 452–455, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n4/a18.pdf>> Acesso em: 20 ago. 2012.

RICCI, Susan Scott. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

SAMPAIO, Ânderson Gonçalves et al. Fatores associados à indução do parto em gestantes com óbito fetal após a 20ª semana. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 11, n. 2, p. 125 – 131, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n2/a03v11n2.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2012.

VARDANEGA, Kátia et al. Fatores de risco para natimortalidade em um Hospital Universitário da Região Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Caxias do Sul, v. 24, n. 9, p. 617- 622, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v24n9/v24n9a08.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2012.