

Óbito fetal na prática médica: revisão de literatura

Fetal death in medical practice: a literature review

Rafael Ferreira Batista
Dário Dayvill Silva Araújo
Aline Elen Martins Canavez
Dayane Raquel Araripe Romão Figueiredo
Tatiane de Santana Lima
Milene Ribeiro Stedile Carmo
Jeane Oliveira Machado Castro
José Armir da Costa Neto

Resumo

Veremos, que a morte fetal, causa grande repercussão emocional e sofrimento familiar em consequência da morte fetal. Assim, “o óbito fetal (OF) é uma entidade na obstetrícia que causa grande impacto psicológico tanto para a gestante como para seus familiares e para a equipe de saúde que presta os cuidados a essa mulher. Seus efeitos podem ser tão importantes quanto a morte de uma criança nascida viva. A taxa mundial de natimortalidade em 2015 foi de 18,9 para 1.000 nascidos, sendo que a maioria desses óbitos ocorreu em países de baixa renda e grande parte das vezes era evitável. Em uma análise transversal que usou dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) do Brasil em 2006, a prevalência de natimortos foi de 14,82 a cada 1.000 nascimentos. Em 2015, no Brasil, essa taxa havia caído para 10,8 para cada 1.000 nascimentos, sendo maior na região Nordeste (13,23 por 1.000 nascimentos) e menor que a taxa nacional nas regiões Sul (8,27 por 1.000 nascimentos), Centro-Oeste (9,72 por 1.000 nascimentos) e Sudeste (10,08 por 1.000 nascimentos), demonstrando a clara associação entre as taxas e as condições socioeconômicas e de acesso à saúde das diferentes regiões do país”. (Eduardo et al., 2021, p.2850/2851).

Palavras-chave: Óbito fetal, morte intrauterina, óbito gestacional.

Abstract

We will see that fetal death—even when it occurs before the pregnant woman and her family have had any contact with the fetus (i.e., intrauterine death)—causes significant emotional repercussions and family suffering. Thus, “fetal death (FD) is an obstetric event that has a major psychological impact on the pregnant woman, her family, and the healthcare team providing her care. Its effects can be just as profound as the death of a live-born child. The global stillbirth rate in 2015 was 18.9 per 1,000 births; the majority of these deaths occurred in low-income countries and were often preventable. A cross-sectional analysis using data from Brazil’s 2006 National Survey on Demography and Health of Children and Women (PNDS) found a stillbirth prevalence of 14.82 per 1,000 births. By 2015, this rate in Brazil had fallen to 10.8 per 1,000 births; it was highest in the Northeast region (13.23 per 1,000 births) and lower than the national average in the South (8.27 per 1,000 births), Central-West (9.72 per 1,000 births), and Southeast (10.08 per 1,000 births) regions, demonstrating a clear association

between these rates and the socioeconomic conditions and healthcare access across the country's different regions” (Eduardo et al., 2021, pp. 2850–2851).

Keywords: Fetal death, intrauterine death, gestational death.

Introdução e definição

Devemos salientar, que para ser caracterizado a morte fetal, a literatura exige alguns parâmetros obrigatórios como ausência de batimento cardíaco fetal, idade gestacional e peso fetal, como veremos:

“OF ou morte fetal é a morte de um produto conceptual, antes da sua expulsão ou extração completa do corpo da mãe, evidenciada pelos seguintes parâmetros: ausência de respiração ou outro sinal de vida, como batimentos cardíacos, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária. Existem algumas divergências com relação à definição do OF quanto ao tempo de duração da gravidez e ao peso fetal”. (Eduardo et al., 2021, p.2.851).Negrito nosso.

Conforme, facilmente se depreende, algumas literaturas chegam até divergir com os requisitos obrigatórios para caracterização da morte fetal.

“A 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) define como óbito fetal precoce os óbitos em fetos com 500g ou mais, ou 22 semanas completas de gestação ou mais, ou medindo 25 cm ou mais; óbito fetal tardio em fetos com 1.000 g ou mais, ou 28 semanas ou mais, ou 35 cm ou mais, sendo que as perdas gestacionais abaixo de 22 semanas de gravidez são consideradas abortamento. A OMS, com o intuito de comparação de dados internacionais, define o OF como o critério considerado para óbito fetal tardio pelo CID-10, ou seja, feto pesando 1.000 g ou mais e idade gestacional presumida maior ou igual a 28 semanas. OF intraparto é aquele que ocorre após o início do trabalho de parto e antes do nascimento baseado na presença de batimento cardíaco fetal no início do trabalho de parto”. (Eduardo et al., 2021, p.2.851).Negrito nosso.

Apesar de algumas divergências para caracterização da morte fetal, um ponto central de concordância, é a distinção da morte fetal para outro instituto muito conhecido no meio médico, o qual sendo referido como aborto do conceito.

Fatores de risco que pode levar a morte fetal

Fica fácil o entendimento do assunto, a partir do momento em que entendemos que como tudo na medicina para um desfecho desfavorável clínico, sempre haverá fatores de risco, aqui nessa revisão, não poderia ser diferente, veremos que alguns fatores de risco que podem levar a morte fetal, também são os mesmos fatores de riscos para diversas patologias e desfechos clínicos até mesmo fatais.

“Os fatores de risco associados ao OF são diversos, sendo os principais abordados nos próximos parágrafos. A idade materna acima de 35 anos está associada com maiores taxas de óbito fetal devido à maior incidência de gestações múltiplas e anomalias congênitas. Mulheres afrodescendentes são consideradas de risco para OF, pois nesse grupo há maior incidência de diabetes *mellitus*, hipertensão arterial sistêmica, ruptura prematura de membranas ovulares e descolamento prematuro de placenta”. (Eduardo et al., 2021, p.2.852).Negrito nosso.

“Nulíparas apresentaram maior taxa de natimortalidade quando comparadas a mulheres com um parto ou mais. Fatores de risco que podem ser modificados são: obesidade, tabagismo, uso de drogas ilícitas e etilismo. Grávidas que param de fumar entre as gestações diminuem o risco de OF para níveis iguais aos das não fumantes. A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes *mellitus* são as principais complicações maternas responsáveis pela morte fetal. As taxas de óbito fetal são de 50 para 1.000 nascimentos em gestantes com eclâmpsia, e a síndrome HELLP e é de 2 a 4 vezes maior em grávidas com diabetes. A gemelidade tem quatro vezes mais chance de OF, isso devido principalmente à síndrome de transfusão feto-fetal, ao maior risco de restrição de crescimento e de maior chance de malformações fetais. Algumas situações em gestações pregressas estão associadas com o aumento das mortes fetais, tais como parto pré-termo, restrição de crescimento fetal (mulheres com história de restrição de crescimento fetal antes de 32 semanas que nasceu vivo apresentam duas vezes mais risco de OF em uma gestação futura) e pré-eclâmpsia”.(Eduardo et al., 2021, p.2.852).Negrito nosso.

Conforme dito, como por exemplo de riscos associado a morte fetal que também fazem parte de outros pré-requisitos para outras patologias, as quais sempre encabeçam as listas, são: tabagismo, hipertensão e diabetes, infelizmente fatores esses que estão sempre atrelados a outras patologias, além da morte fetal, para piorar ainda, todas se tratam de doenças com curas ou aos menos com fácil controle.

Causas maternas

Além das doenças mais básicas, vamos se dizer assim, existem logicamente outras patologias e desfechos que podem levar a morte fetal.

“Cerca de 5 a 10% das mortes fetais têm como causa doenças maternas, sendo as síndromes hipertensivas e o diabetes as principais doenças relacionadas ao OF. Além dessas tem-se: trombofilias, isoimunização Rh, alterações genéticas (translocação balanceada, doenças recessivas raras e doenças autossômicas) e infecções maternas (sífilis, toxoplasmose, rubéola, HIV, citomegalovírus, parvovírus B19, varicela e listeriose). As complicações intraparto, como a desproporção cefalopélvica e apresentações anômalas que levam à asfixia, também são relatadas como causa de "OF". (Eduardo et al., 2021, p.2.853/2.855).Negrito nosso.

Viu-se, que até mesmo, uma posição do feto intrauterina desfavorável pode levar a morte fetal.

Nessa linha de outras causas de morte fetal, também figuram doenças sexualmente transmitidas, as quais se fossem tratadas facilmente poderiam evitar um desfecho desfavorável e trágico para o feto.

Causas fetoanexiais

Devemos salientar que não existem apenas causas maternas que podem levar ao óbito fetal, existem causas exclusivamente ligadas ao próprio feto, e causas genéticas, como por exemplo malformação, e ainda, causas familiares.

“As causas fetais representam cerca de 25 a 40% dos casos de natimortalidade, sendo as anomalias genéticas e cromossômicas (monossomia do X, trissomia do 21, 18 e 13) e a hidropisia imune e não imune as principais. As malformações mais comuns são: defeitos do fechamento do tubo neural, doença cardíaca complexa e hidrocefalia isolada. As alterações da placenta, membrana ou cordão umbilical são responsáveis por 15 a 25% das mortes fetais, tais como: descolamento prematuro de placenta, ruptura prematura de membranas (corioamnionite), restrição de crescimento fetal, prolapso de cordão e ruptura de vasa prévia. Circular de cordão umbilical não é associada ao maior risco de "OF". (Eduardo et al., 2021, p.2.853/2.855).Negrito nosso.

Pode-se ver, que existe uma alta porcentagem de causas fetais que levam a morte do feto, infelizmente na prática médica do dia a dia, também existe o erro médico que ocorre por falta até mesmo de conhecimento técnico para diagnóstico de uma doença possivelmente fatal, ou a própria omissão do profissional no manejo do tratamento.

Nessa linha de raciocínio, não podemos deixar de citar a própria omissão da gestante em aceitar e aderir ao tratamento proposto, são combinações fatais.

Diagnóstico

Apesar do avanço na área da medicina moderna, como aparelhos de última geração, os quais auxiliam de forma extraordinária o diagnóstico precoce de patologias intrauterinas, como por exemplo do próprio ultrassom portátil que cabe na palma da mão, citando assim, parece até fácil a obtenção do mesmo, entretanto, estamos vivendo uma medicina pública aquém do que gostaríamos de ter, pois infelizmente, nem sempre a tecnologia chega aos rincões mais necessitados da saúde pública, tanto a nível estadual quanto a nível municipal.

“A principal queixa da gestante que leva a suspeita de óbito fetal é a cessação dos movimentos do conceito. No exame obstétrico a inaudibilidade dos batimentos cardíacos fetais é um sinal de probabilidade da morte fetal. O exame radiológico (raio x) perdeu seu papel com o advento da ultrassonografia. O padrão ouro para o diagnóstico de OF é a ausência de batimentos cardíacos fetais na ultrassonografia.”(Eduardo et al., 2021, p.2.855). Negrito nosso.

Conforme se depreende, hoje o padrão-ouro no linguajar médico é a ultrassonografia, exame esse sensível para diagnóstico de patologias e morte fetal, lembrando que apesar de sua facilidade de uso, o diagnóstico certo exige acurácia do profissional que o realiza, sendo um exame dependente de expertise profissional.

Conduta

Importante frisar, que a complexidade na resolução reside na eficácia dos métodos disponíveis, pois geralmente o OF ocorre durante o segundo ou início do terceiro trimestre da gestação, quando a cérvix está ainda imatura.

“A conduta escolhida para o manejo do parto vai depender da idade gestacional, história obstétrica, causa do OF e do desejo materno, não existindo uma “receita” aplicável em todas as gestantes. Comunicar o fato ao paciente e familiares traz ansiedade e desconforto para o médico que assiste a gestante, e

muitas vezes a relação estabelecida no pré-natal fica estremecida. É comum o sentimento de revolta, inconformismo, derrota e incapacidade de gestar. Dessa forma, o apoio psicológico é fundamental, e estar disponível quantas vezes forem necessárias para esclarecer as dúvidas sobre o ocorrido é essencial”. (Eduardo et al., 2021, p.2.855/2.861).Negrito nosso.

“Sabe-se que 80 a 90% dos óbitos fetais são eliminados espontaneamente em 2-3 semanas do decesso, e dessa forma a conduta expectante era a dominante em meados do século XX. Essa conduta tem a vantagem de ser válida em qualquer idade gestacional, evita o risco de manipulações e tem baixo custo. Suas desvantagens são o risco de coagulopatias, descritas em alguns trabalhos após quatro semanas da morte fetal, devido à liberação de tromboplastina pelo feto morto e de seus anexos na circulação materna, o que leva ao consumo de fibrinogênio e consequente coagulação intravascular disseminada em 1 a 2% dos casos (embora na prática clínica essa ocorrência quase nunca seja evidenciada), autólise fetal, que dificulta necropsia e cariótipo do produto conceptual e maior favorecimento de doença psiquiátrica dessas pacientes. Caso se opte por essa conduta, deve-se solicitar contagem de fibrinogênio e plaqueta ao menos uma vez por semana e interromper a gestação quando o primeiro estiver entre 150 e 200 mg/dL e o segundo < 50.000”. (Eduardo et al., 2021, p.2.855/2.861).Negrito nosso.

Apesar de 80 a 90% dos fetos mortos poderem ser eliminados espontaneamente após duas a três semanas do óbito, a indução do parto tem sido a conduta mais utilizada.

DILATAÇÃO CERVICAL E CURETAGEM OU ASPIRAÇÃO

Tal método para eliminação do feto morto, exige muita cautela do profissional, uma vez que está intimamente ligado a riscos de hemorragia e perfuração uterina.

“Esse método pode ser utilizado de preferência em úteros pequenos (< 14 cm). É uma conduta rápida e eficaz, porém apresenta risco de hemorragia, perfuração de uterina, laceração de colo e pode levar a incompetência istmocervical em gestação futura, além de mutilar o feto, o que impossibilita estudo mais aprofundado deste e não permite a visão do produto conceptual pela mãe e família. Tal conduta só poderá ser realizada na ausência de ossos que na retirada possam liberar espículas que poderão traumatizar o útero”. (Eduardo et al., 2021, p.2.855/2.861).Negrito nosso.

Em alguns casos, há relatos de laceração de colo, o que por si só já acarreta em risco futuro para as próximas gestações, gerando incompetência istmocervical.

DILATAÇÃO MECÂNICA COM SONDA DE FOLEY

Nesse método, a inserção de sonda obrigatoriamente deve ultrapassar o orifício interno do colo uterino, após a passagem, o balão existente na sonda é inflado, sendo considerado uma ação mecânica.

“Consiste na inserção da sonda ultrapassando o orifício interno do colo uterino, enchimento do balão e tração por fixação da sonda à perna da gestante. O mecanismo de ação ocorre pela ação mecânica e por liberação de prostaglandinas devido à separação do córion da decidua. O método provoca uma rápida melhora no índice de Bishop, sendo sua eficácia comparada ao uso da prostaglandina via vaginal. Existem sondas específicas para essa finalidade

com dois balões, um para dentro do orifício interno e outro para fora, com maior resolutividade.(Eduardo et al., 2021, p.2.855/2.861).Negrito nosso.

Devemos esclarecer, que nenhum método adotado estará livre de intercorrências médicas.

INDUÇÃO COM OCITOCINA

Aqui nesse tópico, a indução com ocitocina indica o uso de várias quantidades de ocitocina, tudo vai depender da idade gestacional, porém, em virtude de altas doses, a gestante pode sofrer intoxicação, e agravar o quadro clínico.

“A vantagem desse método está na familiaridade do uso da ocitocina para qualquer obstetra, porém as doses habituais utilizadas na indução e condução do trabalho de parto no termo são geralmente ineficazes nos OF de segundo e início de terceiro trimestre, o que obriga ao uso de doses maiores e por maior tempo. Isso pode levar a intoxicação hídrica, convulsão por hiponatremia, coma e edema agudo pulmonar por hipervolemia. Devido ao seu efeito antidiurético, doses de 20 mU/min já provocam redução da diurese, e com 40 mU/min pode ocorrer intoxicação hídrica. É possível reverter isso substituindo o veículo de administração por soro contendo sódio (ringer e soro fisiológico). As doses de ocitocina recomendadas para cada idade gestacional estão descritas na Tabela abaixo” (Eduardo et al., 2021, p.2.855/2.861).Negrito nosso.

Quantidade de ocitocina sugerida para cada idade gestacional

Ocitocina Idade gestacional

50 UI 15-23 semanas

40 UI 24-30 semanas

20 UI 30-38 semanas

5 UI Gestação de termo

*** Diluir em 500 mL de soro fisiológico e titular o gotejamento a cada 20-30 minutos até o efeito desejado”.**

“Pacientes com cesárea anterior e grandes múltiparas não devem receber ocitocina devido ao maior risco de rotura uterina; se for usar, realizar maior parcimônia e monitorização contínua”. (Eduardo et al., 2021, p.2.855/2.861).Negrito nosso.

Apesar de ser contraindicado o uso de ocitocina em pacientes que possuem histórico de cesariana e grandes múltiparas pelo risco elevado de rotura uterina, na prática médica do dia a dia, ainda se vê seu uso.

INDUÇÃO COM PROSTAGLANDINAS OU SEU ANÁLOGO

Esse método é muito utilizado na prática médica por ser considerado muito eficaz.

“A prostaglandina ou seu análogo, o misoprostol, o mais amplamente utilizado, é fármaco bastante eficaz, permitindo a expulsão de quase 90% dos fetos em menos de 24 horas. Ela promove amadurecimento do colo uterino e atividade uterina. A fase de latência é mais prolongada devido ao fato de o colo ser geralmente desfavorável quando se iniciam as contrações. Contudo, após o esvaecimento e a dilatação cervical, a expulsão ocorre normalmente em 2-3 horas. (Eduardo et al., 2021, p.2.855/2.861).Negrito nosso.

“As doses habitualmente preconizadas vão depender da idade gestacional do óbito e estão expostas na Tabela abaixo.

Dose de prostaglandina (misoprostol) sugerida com relação à idade gestacional em que ocorreu o óbito fetal.

Idade gestacional Dose

OF entre 13-26 semanas 200 mcg VV a cada 4-6 horas (5 doses)

Idade gestacional Dose OF acima de 26 semanas 27-28 semanas: 100 mcg VV/VSl/VB a cada 4 horas > 28 semanas: 25 mcg VVa cada 6 horas ou 25 mcg VO a cada 2 horas VV: via vaginal; VSl: sublingual (por baixo da língua); VO: oral; VB: bucal (entre a bochecha).

Fonte: modificada de Morris et al.

Nas gestantes com asma e doenças cardiovasculares o uso de prostaglandinas deve ser evitado, embora o misoprostol, sendo um análogo, não apresente essa contraindicação. Cicatrizes uterinas prévias podem também ser contraindicação para seu uso, apesar de alguns estudos demonstrarem sua eficácia e segurança.

Segundo protocolo da Febrasgo de 2018, a indução do parto em idades gestacionais menores de 28 semanas pode ser realizada com misoprostol 200 a 400 mcg, via vaginal, a cada 4-12 horas.

Alguns estudos sugerem que o uso de misoprostol para indução do parto com menos de 28 semanas em útero com cicatriz de cesárea anterior é seguro (nível de evidência B); após 28 semanas, a indução do parto segue o mesmo protocolo das gestações com feto vivo”. (Eduardo et al., 2021, p.2.855/2.861).Negrito nosso.

Apesar de ser considerado muito eficaz, o mesmo é contraindicado em gestantes com histórico de cesárea anterior, apesar de existir literatura que defenda seu uso nesses casos.

CESÁREA

Nesse tópico, onde se observa a via cesariana como método de escolha, algumas considerações devem ser feitas, isso porque os profissionais levam em consideração vários fatores, sendo uma delas a idade da gestante, e o passado obstétrico da mesma.

Na prática, as adolescentes tiveram menor chance de serem submetidas à cesariana. Isso porque, tais pacientes, deve-se avaliar a vida reprodutiva, principalmente antecedentes obstétricos, é bastante discutida quando obstetras irão definir alguma conduta. Nas pacientes adolescentes é prudente que o parto vaginal seja preferido em muitas situações, para que isso não comprometa o seu futuro reprodutivo com a realização de sucessivas cesarianas nas gestações seguintes.

“Muitas vezes, com o intuito de poupar a paciente de um sofrimento maior em decorrência da indução do parto vaginal, o obstetra, de forma impulsiva e não racional, faz a opção de realizar um parto cesárea nos casos de OF. Importante lembrar que esse procedimento não é isento de riscos e que sua morbimortalidade é superior à do parto via vaginal, além de não eliminar o sofrimento da perda que a gestante e seus familiares estão passando”. “As indicações de cesárea nesses casos seriam: placenta prévia centro-total, descolamento prematuro de placenta, iminência de rotura uterina e monstrosidade fetal. Nessas situações seria interessante solicitar um coagulograma com dosagem de fibrinogênio antes de submeter a gestante ao procedimento cirúrgico”.(Eduardo et al., 2021, p.2.855/2.861).Negrito nosso.

Conforme foi possível observar, a escolha da conduta dependerá da idade gestacional, das condições maternas e das condições do colo uterino. A paciente deverá ser submetida a propedêutica infecciosa, caso haja suspeita de infecção.

ASSISTÊNCIA AO PARTO E PUERPÉRIO

Importante frisar, que na assistência ao parto, após a retirada do feto morto, a equipe deve orientar e contraindicar a lactação, priorizando a alta médica o mais rápido possível, para que a paciente possa participar do velório do feto, e experimentar o luto.

“O profissional assistente deve incentivar e facilitar o contato visual e tátil da paciente com o natimorto a fim de que haja dissolução de fantasias maternas e a elaboração do luto de forma fisiológica.

No puerpério deve-se inibir a lactação, evitar enfermaria com alojamento conjunto ou próximo a berçário e se possível promover a alta precoce para que a paciente possa participar do velório e enterro. Deve-se encorajar a expressão de sentimento de tristeza e luto. No retorno, observar situações do componente emocional que podem estar presentes e caso haja necessidade utilizar ansiolíticos e antidepressivos. Sempre que o diagnóstico for conhecido, como nos casos de doença materna ou de insuficiência placentária, o médico deve dar atestado liberando a paciente para o velório, evitando o exame de verificação de óbito, que na maioria das vezes vai repetir a hipótese clínica”.(Eduardo et al., 2021, p.2.855/2.861).Negrito nosso.

INVESTIGAÇÃO DAS CAUSAS DE ÓBITO FETAL E PLANEJAMENTO FUTURO

Insta salientar, que se torna extremamente importante, a investigação da causa da morte fetal, para descobrir a origem da patologia, se tem origem genética ou familiar, tornando-se assim, o aconselhamento genético a depender da causa fator de extrema importância para preservar a saúde materna e a saúde fetal nas próximas gestações.

“A determinação da causa de OF é importante para ajudar no aconselhamento em futuras gestações e no entendimento da perda fetal. Alguns exames devem ser solicitados e estão demonstrados abaixo Exames para investigação de possíveis causas fetais Mãe Feto e placenta: Hemograma completo Inspeção do feto e placenta, Tipagem sanguínea e teste de *coombs* indireto, Necropsia e anatomopatológico de placenta Ácido biliar Raio x do corpo fetal, Glicemia de jejum Bacterioscopia e cultura de líquido amniótico, Hormônios tireoidianos Cariótipo fetal, Sorologias para: parvovírus B19, sífilis, citomegalovírus, toxoplasmose e rubéola, *Microarray* cromossômico, Anticorpos autoimunes: anticoagulante lúpico, anticardiolipina e B2, glicoproteína 1, Autópsia fetal, Trombofilias: mutação do fator V de Leiden, mutação do gene da protrombina, níveis de antitrombina III, mutação do MTHFR, atividade das proteínas C e S. “O acompanhamento pré-natal em gestações posteriores à gravidez de um natimorto deve ser de alto risco, sendo recomendada supervisão intensiva a partir de 32 semanas de gestação, embora essa medida possa aumentar a taxa de prematuridade iatrogênica. Recente revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados forneceram evidências de que aspirina em doses de 100 mg ao dia iniciadas entre 12-16 semanas de gestação reduz o risco de morte perinatal independentemente do seu efeito benéfico na redução de risco de pré-eclâmpsia ou de restrição de crescimento fetal. Dado que baixas doses de aspirina têm custo baixo, são bem toleradas e têm poucos efeitos adversos (está associado a um aumento não significativo de descolamento prematuro de placenta), pode ser razoável considerar seu uso em um contexto mais amplo e geral para melhorar o resultado perinatal principalmente em mulheres com história prévia de OF”. (Eduardo et al., 2021, p.2.855/2.861).Negrito nosso.

Nos casos em que a causa é genética da morte fetal, é possível lançar mão da análise de produtos de concepção hoje existente, sendo um exame genético desenvolvido para investigar possíveis alterações cromossômicas relacionadas à perda gestacional. Além de contribuir para a identificação da causa genética do aborto espontâneo e morte fetal, o exame fornece informações importantes para o médico e para a família, auxiliando no planejamento de futuras gestações.

Considerações finais

Conforme se depreendeu no referido estudo, fica evidente que estamos longe de uma redução significativa da morte fetal, pois foi possível observar que em muitos casos a morte fetal se dá em virtude de doenças de base de fácil manejo e tratamento, entretanto, um diagnóstico tardio, bem como, aliado ao fato de que as gestantes por vezes não adere ao tratamento, estamos caminhando em passos largos para uma redução.

Fica evidente que a morte fetal é uma situação delicada e extremamente desafiadora para todos os envolvidos. Portanto, a necessidade de compreender e buscar por melhores formas de assistir a mulher e sua família que vivencia tal fato é imprescindível para qualificar a assistência ofertada, assim como possibilitar que os profissionais se sintam mais seguros acerca do cuidado.

Referências

- 1 Ginecologia e obstetrícia Febrasgo para o médico residente / Adolfo Liao ... [et al.] ; coordenação Almir Antonio Urbanetz. - 2. ed., rev. e ampl. - Barueri [SP] : Manole, 2021.
- 2 Ginecologia - Manuais, guias, etc. 2. Obstetrícia - Manuais, guias, etc. 3. Residentes (Medicina) - Treinamento - Manuais, guias, etc. I. Liao, Adolfo. II. Urbanetz, Almir Antonio.
- 3 Cacciatore J. Psychological effects of stillbirth. *Semin Fetal Neonatal Med* 2013; 18(2):76-82.
- 4 Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet* 2016; 387(10018):587-603.
- 5 Carvalho TS, Pellanda LC, Doyle P. Prevalência de natimortos no Brasil: investigação de diferenças regionais. *J Pediatr* 2018; 94(2):200-6.
- 6 Sun SY, Mattar R, Carvalho N, Braga Neto AR. Morte fetal. In: Fernandes CE, de Sá MFS (eds.). *Tratado de obstetrícia Febrasgo*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019. p.327-33.
- 7 ACOG Practice Bulletin No. 102: management of stillbirth. *Obstet Gynecol* 2009; 113(3):748-61.
- 8 Sun SY, Mattar R, Carvalho N, Braga Neto AR. Óbito fetal. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018 (Protocolo Febrasgo – Obstetrícia, n. 39 / Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco).
- 9 Gardosi J, Madurasinghe V, Williams M, Malik A, Francis A. Maternal and fetal risk factors for stillbirth: population based study. *BMJ* 2013; 346:f108.
- 10 Rosenstein MG, Snowden JM, Cheng YW, Caughey AB. The mortality of expectant management compared with delivery stratified by gestational age and race and ethnicity. *Am J Obstet Gynecol* 2014; 211(6):660.e1-8.
- 11 Wou K, Ouellet MP, Chen MF, Brown RN. Comparison of the aetiology of stillbirth over five decades in a single centre: a retrospective study. *BMJ Open* 2014; 4(6):e004635.
- 12 Figueras F, Gratacós E. Update on the diagnosis and classification of fetal growth restriction and proposal of a stage-based management protocol. *Fetal Diagn Ther* 2014; 36(2):86-98.

- 13 Mendes ETR, João LC, Torloni MR, Peixoto S. Óbito fetal. In: Peixoto S (ed.). Pré-natal. 3.ed. São Paulo: Rocca, 2004. p.588-98.
- 14 Weinstein BJ, Platt LD. The ultrasonic appearance of intravascular gas in fetal death. J Ultrasound Med 1983; 2:451-3.
- 15 Souza ASR, Medeiros Junior WM, de Araújo BBTF, de Albuquerque ICC, Coelho N, Guerra GVQL. Método mecânico de indução do parto em gestantes de alto risco com cesariana anterior. Rev Bras Ginecol Obstet 2015; 37(3):127-32.
- 16 Surita FG, Cecatti JG, Kruppa F, Tedesco RP, Parpinelli MA. Cervical ripening methods for labor induction. Rev Bras Saúde Mater Infant 2004; 4(2):125-33.
- 17 Jozwiak M, Bloemenkamp KW, Kelly AJ, Mol BW, Irion O, Bouvain M.
- 18 Mechanical methods for induction of labour. Cochrane Database Syst Rev 2012; 3:CD001233.
- 19 Morris JL, Winikoff B, Dabash R, Weeks A, Faundes A, Gemzell-Danielsson K et al. FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. Int J Gynecol Obstet 2017; 138(3):363-66.
- 20 Ryninks K, Roberts-Collins C, McKenzie-McHarg K, Horsh A. Mothers' experience of their contact with their stillborn infant: an interpretative phenomenological analysis. BMC Pregnancy Childbirth 2014; 14(1):203.
- 21 Turner JM, Robertson NT, Hartel G, Kumar S. Impact of low-dose aspirin on adverse perinatal outcome: meta-analysis and meta-regression. Ultrasound Obstet Gynecol 2020; 55(2):157-69.