

Apoio às gestantes

- 1 Introdução
- 2 Política social
- 3 Atenção pré-natal
- 4 Apoio social e profissional durante a gravidez
- 5 Controle
- 6 Provedores de saúde
- 7 Conclusões

1 Introdução

Os resultados da gravidez e do parto dependem muito das políticas sociais e da organização de atenção à saúde no país em que vive a mulher. Sua saúde, seu uso e sua resposta aos serviços de saúde, e sua capacidade de seguir as orientações oferecidas, são afetados por suas próprias circunstâncias sociais e pelas políticas mais amplas sociais, financeiras e de atenção à saúde.

Os interesses públicos e particulares convergem em muitos aspectos da atenção à maternidade. Aconselhamentos pré-natais sobre repouso ou internação hospitalar durante a gravidez, por exemplo, freqüentemente não levam em conta a situação da mulher. A mulher deve ponderar os benefícios que pode ter ao seguir os conselhos e os seus custos financeiros e sociais. Conselhos sensatos sobre alimentação podem ser ineficazes se as mulheres forem incapazes de segui-los devido ao custo, ou porque não levam em consideração as restrições dos costumes culturais ou familiares relativos à alimentação.

Há uma associação entre a situação social feminina e a sua saúde e utilização de serviços de saúde. Isso pode ser apenas parcialmente modificado por políticas de suporte social e financeiro a famílias que esperam por um bebê. Em sociedades complexas, há interação das políticas fiscal, econômica, social e outras.

2 Política social

As políticas sociais nacionais têm um efeito direto e importante sobre o bem-estar das parturientes. Quando as mulheres têm poucos recursos de dinheiro, tempo e energia, po-

dem não ser capazes de fazer as opções adequadas que promovam a saúde. As pessoas podem comportar-se de forma aparentemente irracional para quem observa de fora, mas que é a melhor escolha para elas. As gestantes podem ter outras prioridades além do tratamento, como obter tempo e dinheiro para criar os filhos que já têm em casa. Uma gestante não deixa para trás seu trabalho, sua comunidade e suas responsabilidades familiares quando entra na clínica ou no consultório médico.

A maioria dos países industrializados fornece recursos financeiros diretos para famílias com crianças, embora a ajuda recebida pelas mulheres varie drasticamente entre os países. Além dos benefícios da maternidade, há outros aspectos dos sistemas de seguridade social e de impostos a serem considerados, como família ou deduções fiscais. Na Holanda, por exemplo, os recursos para “auxiliares de maternidade” fazem parte do sistema de maternidade. Essas mulheres especialmente treinadas oferecem apoio durante até cinco dias após o parto para a grande proporção de mulheres que fica em casa durante parte ou todo esse período.

A maioria dos países industrializados também possui legislação para proteger o feto, o recém-nascido e a mãe dos efeitos prejudiciais gerais e específicos do trabalho, para proteger empregos, permitindo aos pais mantê-los enquanto cuidam dos filhos, e para proporcionar manutenção da renda dos pais em caso de desemprego. Muitos países têm leis que restringem o tipo de trabalho que pode ser feito por gestantes. O contato com baixas temperaturas, chumbo, radiação ionizante e outros riscos pode ser controlado por lei. As gestantes podem ser impedidas de trabalhar à noite ou por muitas horas. Em alguns países, pode não ser permitido que os empregadores contratem uma mulher no período imediatamente antes ou logo após o parto.

Tem havido considerável discussão sobre esse tipo de legislação. Embora tenha objetivos louváveis, ela pode restringir as oportunidades de emprego para mulheres e resultar em perda de rendimentos durante o período do parto. Legislações dessa natureza, na ausência de benefícios adequados para desempregados ou de trabalho alternativo, podem levar algumas mulheres a ocultar suas gestações e a não procurar tratamento. Uma forma de evitar parte desse efeito é ter leis que prote-

jam as mulheres da demissão por motivo de gravidez e que ofereçam trabalho alternativo ou remuneração às mulheres se seus empregos forem considerados perigosos.

A outra principal área de legislação diz respeito à licença, reintegração e manutenção da renda durante a maternidade ou licença-maternidade. A maioria dos países industrializados permite que todas as mulheres empregadas tenham licença remunerada por ocasião do parto. Para que a legislação proteja efetivamente pais e lactentes do estresse e das privações, o nível de renda durante a licença deve ser adequado. Em alguns países a remuneração recebida durante a licença-maternidade é igual, ou semelhante, ao rendimento habitual da mulher, enquanto em outros ela é fixada em um valor menor. Se os benefícios forem muito baixos, haverá maior probabilidade de que as mulheres trabalhem durante seu período de licença-maternidade.

Atualmente, não há dados que permitam determinar o momento ou a duração ideal da licença. Alguns tipos e aspectos de trabalho parecem mais propensos que outros a comprometer a saúde durante a gravidez. Mulheres diferentes podem ter necessidades diferentes, e são necessários acordos mais flexíveis para permitir que algumas gestantes tirem licença mais cedo na gravidez.

3 Atenção pré-natal

Os programas de atenção pré-natal, da forma praticada atualmente, tiveram origem em modelos desenvolvidos na Europa nas primeiras décadas do século XX. O núcleo desses primeiros modelos permanece praticamente inalterado nos programas atuais. Embora tenham sido acrescentadas novas tecnologias, em sua maioria diagnósticas, à assistência pré-natal de rotina, esses novos componentes freqüentemente foram introduzidos sem avaliação científica apropriada. O conteúdo das consultas pré-natais é mais ritualista que racional. A freqüência das consultas pré-natais e o intervalo entre elas não foram avaliados adequadamente.

Estudos epidemiológicos e de observação tendem a mostrar que mulheres que recebem assistência pré-natal no início da gravidez, e que comparecem a mais consultas pré-natais, tendem a apresentar menor mortalidade materna e perinatal, e melhores resultados da gravidez. Por isso, alguns programas de atenção pré-natal buscam aumentar a quantidade de assistência prestada, sem considerar o fato que, de um modo geral, são as mulheres de baixo risco que tendem a procurar assistência pré-natal mais cedo. Poucas tentativas foram feitas para se avaliar programas de atenção pré-natal para mulheres de baixo risco comparando-se modelos de assistência pré-na-

tal diferentes na quantidade de assistência ou no tipo de profissional responsável.

Os estudos realizados sugerem que, em países desenvolvidos e em desenvolvimento, pequenas reduções do número de consultas pré-natais são compatíveis com bons resultados perinatais. Intervenções diagnósticas e preventivas efetivas durante a gravidez podem ser realizadas com menor número de consultas do que geralmente se recomenda. Até que haja outros dados disponíveis, quatro consultas pré-natais parece ser o mínimo que deve ser oferecido a mulheres grávidas sem fatores de risco identificados.

A melhor assistência não será efetiva se não estiver disponível para aqueles que necessitam dela. O custo da assistência pode ser um importante impedimento ao acesso. Para pessoas de baixa renda há uma íntima associação entre a falta de suporte para custos médicos e a baixa utilização dos serviços médicos. Em muitos países, adolescentes, imigrantes e mulheres socialmente marginalizadas podem adiar a busca de assistência porque se sentem pouco à vontade em ambientes convencionais de assistência. Sentem-se desconfortáveis pelas dificuldades que têm em comunicar-se com a equipe, pela freqüente impossibilidade de seguir as recomendações feitas, e, quase sempre, devido às reações dos provedores. Em parte devido a problemas de acesso e comunicação, as mulheres de classes sociais inferiores, bem como mulheres de minorias étnicas, tendem a ser menos informadas sobre o progresso da gravidez e do parto, sobre possíveis problemas e sobre assistência preventiva e curativa. Ao dar maior prioridade aos aspectos preventivos da assistência do que ao alívio dos sintomas, o sistema atual de atenção pré-natal está mais adaptado ao comportamento habitual das mulheres de classes média e alta.

4 Apoio social e profissional durante a gravidez

Algumas vezes os interesses das mães são esquecidos por aqueles que têm interesse em promover a saúde materna e infantil. Os problemas sociais, psicológicos e físicos das gestantes freqüentemente são significativos. Aqueles responsáveis pela assistência devem conhecê-los suficientemente. O apoio social e psicológico deve fazer parte de toda assistência a gestantes.

Durante as décadas de 1980 e 1990, foi dada considerável atenção a estudos de suporte durante a gravidez para mulheres que correm maior risco de resultados adversos, em particular o risco de dar à luz um bebê com menos de 2.500 g. Foram descritos dados de 12 estudos, a maioria de excelente qualidade, com a participação de mais de 9.000 mulheres em

nove países nos cinco continentes. A maioria das participantes dos estudos estava em desvantagem social, e a maioria tinha um ou mais fatores de risco médico preexistentes para parto prematuro ou baixo peso ao nascimento. Em geral, a intervenção de apoio social foi ampla e bastante intensa do segundo trimestre ao fim da gravidez. Incluiu apoio emocional (por ex., aconselhamento, tranquilização, atenção empática) e informações/conselhos, seja em visitas domiciliares ou durante consultas na clínica, e poderia incluir assistência real (por ex., transporte até a clínica para consultas, ajuda para cuidar das outras crianças em casa).

Os resultados foram desapontadores. Apesar da qualidade do suporte adicional prestado, e do fato de estudos individuais terem constatado algumas melhoras nos resultados psicossociais imediatos (redução da ansiedade, menos preocupações com o bebê, aumento da satisfação com a atenção), não foram constatadas melhoras significativas dos resultados médicos. Especificamente, quando comparadas com mulheres que receberam atenção padronizada, as mulheres sob alto risco que receberam apoio intensificado durante a gravidez apresentaram taxas semelhantes de natimortos, morte neonatal, parto prematuro, cesariana, bebês de baixo peso ao nascimento, bebês com baixos índices de Apgar e bebês que necessitaram de internação em unidades de terapia intensiva neonatais. Os resultados de diferentes estudos, em diferentes lugares, foram muito semelhantes. De acordo com os dados disponíveis até agora, é improvável que os programas que oferecem suporte adicional a mulheres sob alto risco durante a gravidez melhorem o resultado da gravidez atual em termos clínicos.

Poder-se-ia argumentar que, devido à imensa privação social da maioria das mulheres participantes desses estudos, seria surpreendente se o apoio social tivesse um efeito imediato e poderoso. Embora a explicação teórica para ligações entre apoio social, estresse e saúde seja forte, pode ser que o apoio social (independentemente da qualidade e da quantidade) não seja suficientemente poderoso para melhorar os resultados da gravidez durante a qual é prestado. Ainda há uma questão importante sobre os possíveis benefícios para gestações subsequentes, pois os benefícios do apoio adicional na gravidez podem ser de longo prazo.

5 Controle

Permitir que as mulheres tenham mais controle durante a gravidez pode ter um valor peculiar. Dois pequenos estudos avaliaram a permissão para que as mulheres levassem seus próprios registros médicos. Essa simples inversão da prática

habitual não teve efeitos prejudiciais aparentes, e foi associada a aumento da probabilidade de sentir-se no controle durante a gravidez. Os resultados desses estudos sugerem que se deve considerar a política de permitir que as mulheres levem seus próprios prontuários durante a gravidez, e também que devem ser avaliadas outras formas de atenção que oferecem às mulheres maior controle durante o período do parto.

6 Provedores de saúde

Tanto o acesso à atenção quanto a extensão em que esta atende às necessidades sociais e psicológicas das mulheres dependem em grande parte da natureza e do treinamento daqueles que prestam atendimento durante a gravidez e o parto.

À medida que os avanços técnicos tornaram-se mais complexos, em muitos países a atenção passou a ser cada vez mais controlada, ou mesmo prestada, por obstetras. Os benefícios dessa tendência podem ser seriamente contestados. É inerentemente imprudente, e talvez inseguro, que mulheres com gestações normais sejam atendidas por obstetras, ainda que haja o pessoal necessário. Devido às limitações de tempo, os obstetras que atendem mulheres com gestações normais e anormais têm que fazer uma escolha impossível: negligenciar as gestações normais para concentrar sua atenção naquelas com patologias, ou despende a maior parte de seu tempo supervisionando processos biologicamente normais. Por outro lado, parteiras e clínicos gerais são orientados basicamente para atender a mulheres com gestações normais, e provavelmente conhecem mais detalhadamente circunstâncias específicas de mulheres individuais. A atenção que podem prestar à maioria das mulheres cujas gestações não são afetadas por qualquer doença importante ou complicação grave frequentemente atenderá melhor às suas necessidades que a prestada por obstetras. Países industrializados nos quais parteiras são os provedores de saúde primários de mulheres saudáveis durante o parto têm resultados maternos e neonatais mais favoráveis, incluindo menores taxas de mortalidade perinatal e menores taxas de cesariana, que os países nos quais muitas mulheres saudáveis, ou a maioria delas, são atendidas por obstetras durante a gravidez.

As mulheres enfatizaram repetidamente a importância de serem atendidas durante a gravidez e o parto pelo mesmo provedor de saúde, ou por um pequeno grupo de provedores a quem possam conhecer bem. Os efeitos da continuidade da atenção foram avaliados em dois estudos randomizados e controlados — um no Reino Unido e outro na Austrália — que compararam a atenção prestada por uma pequena equipe de

parteiras com aquela prestada por várias parteiras, obstetras e clínicos gerais durante a gravidez e o parto. As mulheres atendidas pela equipe pequena tiveram menor probabilidade de esperar muito tempo na clínica pré-natal ou de serem internadas no período pré-natal. Foram mais propensas a frequentar as aulas pré-natais, mostraram maior capacidade de discutir suas preocupações durante a gravidez e sentiram-se mais preparadas para o trabalho de parto. Elas usaram menos analgesia ou anestesia durante o parto, e foram submetidas a menor número de outras intervenções médicas intraparto. Sentiram que tinham maior controle durante o trabalho de parto, consideraram a equipe de trabalho de parto mais apoiadora, e consideraram-se mais preparadas para cuidar da criança. Tiveram menos bebês que necessitaram de ressuscitação ao nascimento.

Entretanto, não foi possível determinar, a partir desses estudos, se os benefícios eram devidos ao atendimento por parteiras ou à continuidade do atendimento. Atualmente estão sendo realizados estudos randomizados de grande escala comparando a atenção prestada por uma equipe de parteiras com a atenção compartilhada liderada por médicos, que podem responder a essa questão.

7 Conclusões

Pessoas responsáveis pela atenção à maternidade compartilham a responsabilidade coletiva de assegurar que a atenção efetiva seja não apenas conhecida, mas também esteja disponível, acessível e possa ser custeada por todas as mulheres necessitadas. Programas que prestam suporte especial a mulheres consideradas de alto risco não mostraram reduzir os resultados clínicos adversos. Todavia, o apoio social e psicológico de gestantes deve fazer parte de todas as formas de tratamento para mulheres durante o parto.

As mulheres com gestações normais devem ser atendidas por parteiras ou médicos de família orientados basicamente para a gravidez normal, e que provavelmente conhecem mais detalhadamente a mulher e suas circunstâncias específicas.

Fontes

Effective care in pregnancy and childbirth

Kitzinger, S., *Childbirth and society*.

Shearer, M., *Maternity patients' movements in the United States*.

Reid, M. and Garcia, J., *Women's views of care during pregnancy and childbirth*.

DeVries, R., *Caregivers in pregnancy and childbirth*.

Robinson, S., *The role of the midwife: opportunities and constraints*.

Klein, M. and Zander, L., *The role of the family practitioner in maternity care*.

Parboosingh, J., Keirse, M.J.N.C. and Enkin, M.W., *The role of the obstetric specialist*.

Keirse, M.J.N.C., *Interaction between primary and secondary care during pregnancy and childbirth*.

Garcia, J., Blondel, B. and Saurel-Cubizolles, *The needs of childbearing families: social policies and the organization of health care*.

Elbourne D, Oakley A, Chalmers I. *Social and psychologic support during pregnancy*.

Biblioteca Cochrane

Brown H., *Women carrying their own case-notes during pregnancy [registered title]*.

Bigirimana, P-C., *Midwifery-led versus medical-led care for low-risk women during pregnancy and childbirth [Protocol]*.

Hodnett, E.D., *Support during pregnancy for women at increased risk. Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth*.

Villar, J. and Khan-Neelofur, D., *Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy*.

Outras fontes

Hodnett, E. (1993). *Social support during pregnancy: does it help? Birth, 20*, 218–9.

Marmor, T.R., Barer, M.L. and Evans, R.G. (1994). *The determinants of a population's health: What can be done to improve a democratic nation's health status? In Why are some people healthy and others not? (ed. Evans, R.G., Barer, M.L. and Marmor, T.R.), pp.217–30. New York: Aldine De Gruyter.*

McClain, C.S. (1983). *Perceived risk and choice of childbirth service. Social Science and Medicine, 17*, 1857–65.

Schramm, W.F. (1992). *Weighing costs and benefits of adequate prenatal care. Public Health Reports, 107(6)*, 647–52.

Wilkins, R., Sherman, G. and Best, P. (1991). *Birth outcomes and infant mortality by income in urban Canada, 1986. Health Report, 3*, 7–31.