



# A mãe e o bebê

- 1 Introdução
- 2 Restrição do contato materno-infantil inicial
- 3 Controle de infecção
- 4 Observações de rotina
- 5 Drogas para alívio dos sintomas
- 6 Duração da internação hospitalar
- 7 Suporte e educação
  - 7.1 Suporte geral e educação
  - 7.2 Suporte para mães com necessidades especiais
- 8 Depressão pós-parto
- 9 Conclusões

## 1 Introdução

Uma nova mãe precisa de suporte emocional e de ajuda prática nos dias que sucedem o parto. A forma e o modo dessa ajuda variam de acordo com a cultura e a época. A transferência da casa para o hospital, como o local habitual de parto no século XX, influenciou o padrão de interação materno-infantil de pelo menos duas formas. Primeira, uma mulher que dá à luz em local desconhecido, assistida por profissionais que não conhece, pode sentir-se inibida e comportar-se em relação ao recém-nascido de forma diferente do que faria em casa entre pessoas conhecidas. Segunda, regras e políticas institucionais podem prejudicar a interação social espontânea entre uma nova mãe e seu bebê.

## 2 Restrição do contato materno-infantil inicial

A única justificativa para práticas que restringem a autonomia de uma mulher, sua liberdade de escolha e seu acesso ao bebê seria a existência de evidências claras de que essas práticas restritivas causam mais benefícios que danos.

Foram reunidas evidências sobre as conseqüências adversas da separação rotineira das mães e seus recém-nascidos no início do período pós-natal, durante os trinta anos ou mais durante os quais essa prática se disseminou. Diversos estudos controlados compararam os efeitos de políticas institucionais que restringem a interação entre mães e seus recém-nascidos nas primeiras horas após o parto com políticas que incentivam o relacionamento naquele momento. O comportamento

afetivo materno foi muito menos evidente em mães cujo contato com o bebê foi restrito do que em mães cuja assistência incentivou o contato amplo.

Os estudos também compararam práticas hospitalares padronizadas com tentativas de incentivar o relacionamento materno-infantil depois do período pós-natal imediato. O relacionamento adicional nesses estudos variou de um pouco mais de cuidados com o bebê no berçário de terapia intensiva pelas mães de prematuros ao alojamento conjunto para mães de lactentes normais. As poucas diferenças estatisticamente significativas observadas sugerem que as políticas restritivas foram associadas a um comportamento materno menos afetivo e a maior freqüência de sentimentos de incompetência e insegurança. Talvez o mais importante seja o fato de que os resultados de um estudo bem conduzido sugerem que, em comparação com uma política de alojamento conjunto, a política hospitalar rotineira de separar as mães de seus bebês aumentou o risco subsequente de maus-tratos infantis e negligência entre mulheres de baixa classe social que eram mães pela primeira vez.

As políticas hospitalares podem afetar os padrões subsequentes de amamentação nas mulheres que desejam amamentar seus bebês. Em todos os estudos que abordaram essa questão, a proporção de mulheres que interromperam a amamentação nos primeiros 3 meses foi significativamente maior entre aquelas submetidas às políticas mais restritivas.

O comportamento de cuidados maternos é tão essencial para o recém-nascido, que vários mecanismos biológicos e sociais devem ter se desenvolvido para promovê-lo. O comportamento afetivo mutuamente reforçador que ocorre durante o contato materno-infantil pós-natal inicial é apenas um desses mecanismos. Não é o único mecanismo. A maioria das mães cujo contato inicial com os bebês foi limitado, seja por doença, políticas hospitalares mal orientadas ou preferência pessoal, tendem a superar quaisquer efeitos dessa separação a longo prazo.

## 3 Controle de infecção

Muitas das regulamentações e rotinas na assistência pós-parto hospitalar foram instituídas como tentativas de evitar ou conter a infecção cruzada. Quando os berçários começaram a

se encher com o *baby boom* que sucedeu a Segunda Guerra Mundial, a infecção cutânea estafilocócica em recém-nascidos tornou-se o principal problema infeccioso. Foram tomadas várias medidas na tentativa de controlar esse problema, incluindo isolamento, segregação, regras para vestir-se e entrar no berçário, banho medicinal e tratamento especial do cordão umbilical.

O uso inflexível de berçários centrais, nos quais diversos bebês eram mantidos próximos um ao outro, mas distantes de suas mães, pode realmente ter aumentado o risco de infecção. Um estudo realizado há quase 50 anos mostrou menores índices de colonização e infecção em bebês que passaram 8 a 12 horas por dia com as mães do que em bebês mantidos em berçário e que raramente tiveram contato com as mães. Os resultados desse estudo controlado tiveram pequeno impacto sobre a política, na época quase universal, de separar rotineiramente as mães e os bebês. Em vez disso, o problema de infecção cruzada e epidemias de infecção estafilocócica em berçários foi abordado com condutas mais tecnológicas. O uso de aventais, gorros e máscaras nos berçários tornou-se rotineiro, apesar da ausência de evidências de estudos controlados mostrando que tenha reduzido os índices de colonização e infecção dos lactentes.

Como a segregação e o isolamento não controlaram a infecção neonatal, a base da profilaxia contra infecção passou a ser o uso de esquemas de tratamento do cordão umbilical e do banho medicinal. As questões sobre vários esquemas para cuidados com o cordão umbilical foram abordadas em estudos que fazem comparação entre a aplicação e a não-aplicação de um anti-séptico, o uso de antibióticos e de anti-sépticos, o uso de remédios em pó ou não e curativos fechados e abertos. Estudos sobre o banho compararam a água de banho medicinal com a água de banho não-medicinal, e o banho diário rotineiro durante a internação com apenas um banho inicial. Todos os estudos foram realizados em países desenvolvidos, em lactentes a termo saudáveis. Nessas circunstâncias, não há evidências de benefício de qualquer forma de cuidados com o cordão além de mantê-lo limpo, e as evidências disponíveis sugerem que o banho rotineiro (medicinal ou não) de bebês não é justificado.

As práticas hospitalares variam muito. Com a prática cada vez mais aceita de alojamento conjunto permanente para mães e bebês saudáveis, os berçários de recém-nascidos normais tornaram-se obsoletos em alguns hospitais. Entretanto, nos hospitais que mantêm berçários para recém-nascidos, ainda são aplicadas muitas práticas restritivas e dispendiosas. As regras de colocação de avental persistem em quase três quartos dos berçários de recém-nascidos, apesar da ausência de evidências

de que esse ritual tenha qualquer efeito benéfico. Muitos hospitais citam a preocupação com infecção como motivo para restringir ou proibir a visita de irmãos, embora estudos que utilizaram grupos de controle concomitantes e históricos não tenham detectado qualquer efeito adverso desse fator sobre os índices de colonização de lactentes.

Seria extremamente perigoso tomar uma atitude condescendente com a realidade inquestionável da infecção hospitalar em novas mães e seus bebês. As formas de prevenção ou contenção dessas infecções devem ser revistas constantemente. Porém manter ou instituir medidas restritivas sem avaliar sua eficácia não é uma resposta apropriada. Acredita-se que o contato irrestrito entre mães e bebês, como no alojamento conjunto, seja protetor, porque os lactentes são colonizados pelos microorganismos de suas mães, e não pelos microorganismos resistentes aos antibióticos que são encontrados nos hospitais.

#### 4 Observações de rotina

A determinação e o registro regular da temperatura, pulso, pressão arterial, altura do fundo e observação dos lóquios e das várias feridas que uma mulher pode sofrer durante o parto ainda são prática comum nos dias subsequentes ao parto. A intensidade dessa atividade de rastreamento varia arbitrariamente e depende mais do hospital no qual a mãe dá à luz, e do tempo que permanece internada, do que das necessidades individuais. Embora seja prudente observar mulheres dessa forma quando estão sob maior risco de infecção ou hemorragia, é difícil justificar essa rotina em todas as mulheres.

#### 5 Drogas para alívio dos sintomas

O período pós-parto frequentemente é acompanhado por diversos desconfortos. É comum haver dor perineal e mamária (discutida em outros capítulos). Cólicas posteriores (espasmos uterinos) também podem causar dor e sofrimento nos primeiros 4 dias após o nascimento. Não raramente, as mulheres consideram esses sintomas entre as memórias mais desagradáveis que têm do parto.

Na maioria dos hospitais, a medicação para alívio desses desconfortos tende a ser diretamente controlada e supervisionada pela equipe hospitalar. Essa política é válida no caso de drogas perigosas, drogas que poderiam interagir com outros medicamentos ou aquelas que normalmente só poderiam ser adquiridas com prescrição médica. Não faz sentido no caso de medicamentos que fora do hospital são facilmente adquiridos sem prescrição. Como esses medicamentos geralmente se des-

tinam ao alívio dos sintomas, seria mais razoável para as mulheres usá-los quando acreditam que precisam.

Em muitos hospitais, medicamentos de venda livre para alívio dos sintomas ainda são administrados rotineiramente e em horários predeterminados. A crença profissional na importância da evacuação intestinal precoce e regular, por exemplo, levou a algumas preocupações bastante obsessivas sobre essa questão. Laxantes, amolecedores das fezes, enemas e pomadas anais ainda são componentes rotineiros da assistência pós-parto em alguns hospitais. No puerpério, como em outros momentos, laxantes e enemas medicinais prescritos rotineiramente resultam em movimentos intestinais mais cedo, e os laxantes formadores de volume são menos propensos a causar cólicas desagradáveis e diarreia do que os laxantes irritantes. Entretanto, isso não pode ser considerado justificativa para a administração rotineira de qualquer uma dessas preparações.

Na tentativa de proporcionar uma base mais racional para assistência (incluindo autocuidados), diversos hospitais desenvolveram programas para fornecer às mães informações sobre as drogas que podem usar e deram a elas acesso a seu próprio suprimento de medicamentos. Todos esses estudos descritivos sugerem que as mulheres geralmente apreciam essas organizações e que o tempo da equipe é usado de forma mais eficiente após sua introdução.

Medicamentos de rotina para “não-sintomas”, como ergometrina oral para acelerar a involução uterina, não devem ser usados sem evidência de efeito benéfico sobre resultados importantes.

## 6 Duração da internação hospitalar

Por quanto tempo uma mulher e um bebê saudáveis devem permanecer no hospital após o parto? A duração “correta” de internação pós-natal geralmente aceita variou muito de acordo com a época e hoje varia igualmente de acordo com a instituição. Parece ser mais determinada pela moda e pela disponibilidade de leitos do que por qualquer avaliação sistemática das necessidades de mulheres que acabaram de dar à luz e de seus bebês.

O período de internação nas sociedades industrializadas teve suas bases institucionais com o estabelecimento de hospitais de caridade em meados do século XVIII. Nessas primeiras maternidades, as mulheres eram, quase literalmente, confinadas ao leito por um período de 28 dias após o parto! Na década de 1950, o período de internação hospitalar habitual era de 12-14 dias, mas desde então diminuiu na maioria dos países, e freqüentemente não é superior a 1-2 dias.

Vários programas formais de alta precoce, freqüentemente com critérios de inclusão rigorosos, foram instituídos como modificação deliberada das políticas hospitalares padronizadas. O estímulo mais comum para iniciar esses programas parece ter sido a necessidade da instituição (devido a uma escassez de leitos ou de profissionais), embora alguns programas pareçam ter sido inspirados pelas preferências de mulheres em trabalho de parto.

Estudos randomizados e observacionais mostraram que poucas mulheres ou bebês são reinternados após alta precoce. Esses baixos índices de reinternação demonstram que a alta hospitalar precoce é possível e que mãe e bebês saudáveis que têm ajuda em casa, e disponibilidade de acompanhamento e orientação, podem ir para casa em segurança poucas horas após o parto.

Embora não tenham sido demonstradas conseqüências adversas da alta pós-natal precoce em termos de saúde materna e infantil, também não há evidências de que esses programas poupem dinheiro ou recursos, exceto se for reduzido o número de leitos. Se for prestado suporte domiciliar, foi estimado que os custos do suporte oferecido às mulheres que recebem alta precocemente é aproximadamente igual à redução do custo hospitalar resultante da alta mais cedo. Também, quando mulheres saudáveis vão para casa mais cedo, aquelas que permanecem no hospital são, em média, mais enfermas, e exigem tratamento mais intensivo, com trabalho e esforço adicional da equipe. Programas de alta hospitalar precoce inevitavelmente aumentam o trabalho do setor de assistência primária e da família ou dos amigos da mulher. Os recursos adicionais necessários para lidar com essa carga devem ser avaliados em qualquer tentativa razoável de se estimar os custos da alta hospitalar precoce.

As demandas por programas de alta precoce foram feitas por vários ativistas que acreditam estar defendendo as mulheres grávidas. Quando esses programas foram instituídos, nem sempre eram populares. O número de mulheres que dão à luz em hospitais e que desejam ter alta precoce pode ter sido superestimado, e pode depender do suporte disponível em casa.

As circunstâncias físicas, sociais e psicológicas das mulheres após o parto variam muito. Os profissionais devem ser os mais flexíveis possível em resposta a essa variação; isso pode ser mais fácil em situações em que há continuidade da assistência. A opção pode ser a questão crucial. Algumas mulheres podem achar que a internação hospitalar foi longa demais, enquanto outras a consideram curta demais. Talvez um afastamento mais longo dos deveres domésticos tivesse ajudado algumas mulheres a recuperar-se melhor do parto.

Embora a alta hospitalar precoce seja possível e segura, não é claramente benéfica (seja em termos de saúde ou econômicos) nem desejada pela maioria das mulheres. Decisões definitivas sobre o momento da alta após o parto devem ser adiadas até depois do parto e, quando possível, baseadas nas necessidades e preferências individuais, e não em qualquer fórmula predeterminada.

## 7 Suporte e educação

### 7.1 Suporte geral e educação

A fragmentação da assistência é quase inevitável quando a assistência materna é responsabilidade de obstetras ou enfermeiras pós-parto e obstetras, enquanto a assistência dos bebês é realizada por enfermeiras do berçário e pediatras. A orientação regular e a continuidade da assistência são pré-requisitos para suporte eficaz às mães e aos recém-nascidos. Isso é mais fácil se a mãe e o bebê forem acomodados juntos ou, pelo menos, se as mesmas pessoas estiverem cuidando de ambos. A internação pós-parto permite fornecer informações que podem ser úteis para as novas mães. Embora haja pouco consenso sobre o conteúdo dos programas educativos pós-parto formais, diversos estudos, alguns deles estudos controlados, abordaram os métodos de educação pós-parto. Esses estudos observaram programas educacionais que incluíam temas que variavam de contracepção, orientação sobre alimentação e imunização, até informações sobre a segurança da criança. Embora raramente os efeitos demonstráveis da educação fossem tão dramáticos quanto os pesquisadores esperavam, esse conjunto de pesquisas mostra que o programa educativo pós-parto pode modificar, e de fato modifica, favoravelmente o comportamento dos pais e os resultados referentes à saúde.

### 7.2 Suporte para mães com necessidades especiais

Acredita-se que o fornecimento de um serviço telefônico hospitalar de aconselhamento ou de informação aos novos pais, pela equipe de enfermagem pós-parto, seja benéfico, mas o único estudo controlado sobre essa prática não o avaliou em termos de efeitos sobre o bem-estar das mães ou dos bebês, e não foram feitas avaliações econômicas dessa prática.

Onze estudos controlados avaliaram a eficácia do suporte domiciliar adicional para mães e bebês considerados de risco por fatores sociais (relacionados à pobreza, etnia, isolamento social, estado civil e/ou idade). Na maioria dos estudos, o suporte adicional incluía visitas domiciliares regulares de uma mãe da comunidade, experiente e especialmente treinada. As mães que receberam suporte domiciliar foram menos propensas a ter lactentes com imunizações incompletas, e seus bebês

foram menos propensos a ser hospitalizados no primeiro ano de vida, sugerindo que o suporte domiciliar de famílias com necessidades especiais pode ajudar a evitar acidentes e doenças graves na infância.

## 8 Depressão pós-parto

A ausência de suporte social e psicológico durante os dias e semanas após o parto é uma das principais razões pelas quais a tristeza pós-parto é um problema tão comum, com ocorrência estimada em 7%-30% das mulheres em países desenvolvidos. Isso foi visto tradicionalmente como uma questão médica, denominada “depressão pós-parto”. Não há evidências convincentes que apoiem as explicações tradicionais da depressão pós-parto. Não foi descoberta explicação bioquímica para a infelicidade feminina após o parto, e explicações psicanalíticas da depressão pós-parto não podem ser confirmadas empiricamente. As mães de crianças pequenas frequentemente mostram-se deprimidas, e a depressão não é menos provável 6 meses ou um ano após o parto do que nas primeiras semanas ou meses. Estudos sociológicos e psicológicos forneceram fortes evidências de uma relação entre algumas condições sociais e a depressão pós-parto. Só raramente as condições sociais relacionadas à depressão são “fora do comum”; na maioria das vezes, elas correspondem às expectativas sociais sobre o que deve ser a vida feminina normal e a maternidade normal.

Como muitos dos fatores sociais que levam à depressão pós-parto têm origem nas expectativas da sociedade em relação às novas mães, as soluções estão principalmente na mudança social. Entretanto, há espaço considerável para que os profissionais reduzam as dificuldades e a infelicidade das mulheres após o parto. Em particular, eles devem estar mais preparados para ouvir as mulheres, para descobrir suas circunstâncias sociais e para fornecer informações que levarão a expectativas mais realistas sobre a experiência de gravidez, parto e maternidade precoce.

Se, apesar dos máximos esforços feitos para evitar o problema, as mulheres tiverem depressão grave, estudos controlados mostraram que incentivá-las a conversar sobre seus sentimentos com uma pessoa que não faça julgamentos aumenta suas chances de recuperação precoce.

## 9 Conclusões

A restrição do relacionamento materno-infantil logo após o nascimento, que foi uma característica tão comum da assistência a mulheres que dão à luz em hospitais, tem efeitos indesejáveis. A perturbação do relacionamento materno-infan-



til no período pós-natal imediato pode levar algumas mulheres a fracassar na amamentação e, possivelmente, a alterar seu comportamento subsequente em relação às crianças. Todavia, para mães que, por qualquer razão, não podem ter contato inicial com seus bebês, outros mecanismos tendem a superar quaisquer efeitos dessa separação.

A maioria das práticas restritivas perpetuadas em alguns hospitais é ineficaz e possivelmente prejudicial. Exceto se surgirem, ou até que surjam, novas evidências mostrando o contrário, as mães devem ter acesso livre a seus bebês. Gorros e máscaras devem ser abolidos, e aventais e roupões só devem ser usados por aqueles que desejam proteger sua própria roupa dos vários tipos de sujeira que os bebês fazem. O banho do bebê deve ser visto não como medida para evitar infecções, mas como oportunidade para a mãe estabelecer um relacionamento com o bebê e adquirir segurança para lidar com ele.

Não há evidências que indiquem o uso de medicamentos profiláticos de rotina ou de banhos medicinais para evitar infecção do cordão umbilical.

O ambiente hospitalar padronizado, com sua orientação em relação a protocolos e procedimentos em leitos de enfermos e sua divisão da assistência nas linhas das disciplinas médicas separadas de obstetria e pediatria, não ajuda a nova mãe a desenvolver as habilidades e a autoconfiança de que necessita para cuidar de si mesma e do bebê, ou a estimular seu sentimento de valor pessoal e auto-estima. É improvável que qualquer esquema isolado de assistência seja correto para todas as mulheres. Tratar a nova mãe como um adulto responsável, dando-lhe informações precisas e coerentes, deixando-a tomar suas próprias decisões e apoiando-a nas decisões, é a essência da assistência pós-parto eficaz, independentemente do local onde seja prestada.

Programas de acompanhamento pós-natal de mães e bebês que oferecem suporte social domiciliar e assistência contínua pelo mesmo profissional, e que sejam sensíveis às circunstâncias sociais das famílias, oferecem benefícios importantes para mães em desvantagem social e seus filhos.

A depressão no período pós-parto é uma complicação comum e grave nos países desenvolvidos. Parece estar relacionada a fatores sociais, e não hormonais ou psicológicos, e há evidências de que as mulheres sejam beneficiadas por suporte e aconselhamento adicionais, isolados ou associados ao tratamento clínico.

## Fontes

*Effective care in pregnancy and childbirth*

**Romito, P.**, Unhappiness after childbirth.

**Rush, J., Chalmers, I. and Enkin, M.W.**, Care of the new mother and baby.

**Thompson, M. and Westreich, R.**, Restriction of mother-infant contact in the immediate post-natal period.

*Biblioteca Cochrane*

**Hiller, J.E. and Griffith, J.**, Education for contraceptive use by women after childbirth.

**Hodnett, E.D. and Roberts, I.**, Home-based social support for socially disadvantaged mothers.

**Lawrie, T.A., Herxheimer, A. and Dalton, K.**, Oestrogens and progestogens for preventing and treating postnatal depression.

**Ray, K. and Hodnett, E.D.**, Caregiver support for postpartum depression.

**Stamp, G. and White, G.**, Psychosocial support for preventing postpartum depression [protocol].

**Zupan, J. and Garner, P.**, Topical umbilical cord care at birth.

*Outras fontes*

**Carty, E.M. and Bradley, C.F.** (1990). A randomized, controlled evaluation of early postpartum hospital discharge. *Birth*, 17, 199–204.

**Dalby, D.M., Williams, J.I., Hodnett, E. and Rush, J.** (1996). Postpartum safety and satisfaction following early discharge. *Can. J. Pub. Health*, 87, 90–4.

**Rush, J. and Kitch, T.** (1991). A randomized, controlled trial to measure the frequency of use of a hospital telephone line for new parents. *Birth*, 18, 193–7.

**Tulman, L. and Fawcett, J.** (1991). Recovering from childbirth: looking back six months after delivery. *Heal. Care Wom. Int.*, 12, 341–50.