



Parto







Suporte social e profissional no parto

- 1 Introdução
- 2 A natureza do suporte no parto
- 3 O ambiente do parto: implicações para o suporte
- 4 Lugar do parto
- 5 Presença de homens durante o trabalho de parto e o parto
- 6 Outras pessoas de apoio
- 7 Conclusões

1 Introdução

O apoio durante o parto pode ser prestado pelos profissionais responsáveis pela assistência clínica da mulher no trabalho de parto, por outros indivíduos designados especificamente para oferecer apoio além da assistência clínica, ou pelo cônjuge, familiares ou amigos da mulher. Os estudos controlados realizados até agora examinaram a contribuição dos dois primeiros grupos: pessoas especificamente designadas para proporcionar apoio durante o trabalho de parto. A compreensão da natureza e da utilidade do apoio prestado pelo cônjuge, por familiares e amigos foi baseada em dados de estudos de observação.

2 A natureza do suporte no parto

Uma característica central do suporte no parto é a promessa de que a mulher em trabalho de parto não ficará sem apoio em nenhum momento. A simples presença física de uma pessoa não é suficiente. Essa pessoa também deve realizar atividades de suporte, que compreendem tanto medidas de conforto físico quanto apoio emocional.

As medidas de conforto físico devem ser implementadas em resposta às próprias necessidades e desejos da mulher. Elas variam de cultura para cultura, e de indivíduo para indivíduo. O acompanhante pode, por exemplo, caminhar com ela, massagear suas costas, oferecer alimentos e líquidos, ajudá-la a encontrar uma posição confortável ou ajudá-la a tomar banho. Ele pode implementar medidas analgésicas, como contrapressão, frio com compressa de gelo ou calor com bolsa de água quente nas áreas dolorosas do corpo. O acompanhante pode ajudar a mulher a usar padrões respiratórios que a ajudam a relaxar, ou outros rituais que ela pode ter praticado durante a gravidez.

O apoio emocional pode incluir manutenção de contato visual e informações, elogios e incentivo. O acompanhante pode ajudar a assegurar que a mulher compreenda o propósito de todos os procedimentos e o resultado de cada exame, que ela seja mantida informada sobre o progresso do trabalho de parto e que seja elogiada por seus esforços e incentivada a continuar.

O grau em que o suporte pode ser considerado parte integrante da assistência durante o parto depende da orientação dos cuidadores. Alguns profissionais podem dar prioridade às tarefas técnicas da atenção a uma mulher em trabalho de parto. Outros podem acreditar que tarefas técnicas e apoio emocional/físico estão intimamente relacionados para ajudar a mulher a progredir com sucesso durante o trabalho de parto, e não podem ser separados. A tecnologia moderna pode dificultar o apoio para cuidadores que têm essa última opinião, pois seu tempo e atenção podem ser desviados da mulher para o monitor ou a infusão intravenosa.

Toda mulher deve poder escolher o responsável por seu suporte social no trabalho de parto. Ele pode ser o cônjuge, outro parente ou um amigo. Obstetizes, médicos e enfermeiros devem respeitar sua escolha e oferecer, além dos cuidados clínicos, apoio físico e emocional apropriado quando necessário.

3 O ambiente do parto: implicações para o suporte

Durante grande parte do século XX, em grande parte do mundo, as experiências subjetivas do trabalho de parto e do parto foram encobertas pela analgesia com narcóticos e pela anestesia geral, em uma vã tentativa de tornar o trabalho de parto indolor. Enquanto as mulheres estavam inconscientes, as questões de suporte físico e psicológico eram irrelevantes. Quando o movimento do parto natural redefiniu a experiência de dar à luz como potencialmente positiva, esses aspectos do ambiente do parto assumiram novo significado.

Muitos aspectos do ambiente hospitalar de parto podem causar estresse. As circunstâncias e as pessoas podem ser estranhas para a mulher em trabalho de parto. Procedimentos comuns, como restrição de líquidos e alimentos, exames vaginais, monitorização fetal eletrônica e confinamento no lei-



to, podem aumentar ainda mais o estresse. O medo, a dor e a ansiedade podem ser aumentados por um ambiente clínico mecanizado e por atendentes desconhecidos, e isso pode ter efeitos adversos sobre o progresso do trabalho de parto.

As mulheres apreciam um acompanhante que as apóie e esteja sempre disponível durante o trabalho de parto, juntamente com a atenção apropriada de um pequeno número de profissionais. Essa forma de suporte contínuo nem sempre é oferecida. O sentimento de isolamento da mulher pode aumentar com o aparecimento e desaparecimento intermitentes de pessoas desconhecidas, incluindo obstetras, obstetizas, enfermeiras e estudantes de medicina, enfermagem ou obstetrícia. Um estudo relatou que uma mãe de baixo risco que teve seu primeiro filho em um hospital-escola foi atendida por 16 pessoas durante 6 horas de trabalho de parto, mas ainda assim foi deixada sozinha durante a maior parte do tempo. Um estudo canadense constatou que mulheres que dão à luz no hospital encontraram em média mais de seis profissionais desconhecidos durante o trabalho de parto, e algumas mulheres relataram até 14 atendentes. Diversos estudos de amostragem de trabalho mostraram que, em média, menos de 10% do tempo da enfermeira era gasto em atividades de suporte no trabalho de parto.

Cinco estudos controlados compararam os efeitos do trabalho de parto e do parto em instituições semelhantes a casas, isto é, casas de parto ou centros hospitalares de parto, aos efeitos em uma enfermaria hospitalar convencional. Mais de 8.000 mulheres participaram desses estudos. As mulheres designadas para trabalho de parto e parto em casas de parto usaram, em média, menos medicamentos analgésicos durante o trabalho de parto, houve menor probabilidade de estímulo do trabalho de parto com ocitocina, e elas tiveram uma chance ligeiramente maior de ficarem muito satisfeitas com sua experiência de parto.

Nos anos decorridos desde que esses estudos foram publicados, muitos hospitais destinaram poucos recursos para a renovação de suas enfermarias, a fim de proporcionar ambientes mais atraentes, semelhantes a casas, para o parto. Indubitavelmente, essas instalações são atraentes, e também proporcionam ambientes mais agradáveis para os cuidadores. É bem possível que cuidadores mais felizes possam prestar melhor assistência. Todavia, hospitais que estão pensando em renovar suas enfermarias de trabalho de parto devem saber que há dados muito mais fortes sobre a necessidade de modificações no comportamento dos cuidadores que sobre a necessidade de modificações estéticas ou estruturais nas enfermarias. Se forem desejadas renovações, essas devem ser voltadas para fatores que incentivariam modificações do comportamento,

como remoção dos pólos de litotomia e substituição dos leitos de parto desconfortáveis por móveis confortáveis e almofadas.

Também devem ser feitas tentativas de modificar o comportamento dos cuidadores para ajudá-los a oferecer suporte apropriado às mulheres em trabalho de parto. Essas alterações não ocorrem facilmente. Um estudo multicêntrico de uma estratégia de *marketing* utilizando formadores de opinião para incentivar enfermeiras a prestar suporte durante o trabalho de parto não teve o resultado esperado. Um estudo de acompanhamento naqueles hospitais onde houve as melhoras propostas mostrou que uma administradora de enfermagem altamente envolvida foi fundamental para o sucesso.

4 Lugar do parto

A maioria dos médicos e muitos outros profissionais de saúde acreditam fortemente que os partos hospitalares são mais seguros que os partos em casa. Essa opinião, compartilhada por muitas mulheres grávidas, pode ser parcialmente decorrente dos maus resultados perinatais dos partos domiciliares precipitados e não-planejados, que incluem uma alta proporção de bebês pré-termo e de baixo peso ao nascimento. Entretanto, essas estatísticas infelizes não se aplicam ao parto domiciliar planejado para mulheres elegíveis atendidas por cuidadores com experiência em parto domiciliar, com o apoio de um sistema hospitalar moderno.

Diversos estudos de observação metodologicamente bem fundamentados compararam os resultados de partos domiciliares planejados (independentemente do local final do parto) com partos hospitalares planejados em mulheres com características semelhantes. Uma meta-análise desses estudos não mostrou mortalidade materna, e não houve diferenças estatisticamente significativas na mortalidade perinatal entre os grupos. O número de partos incluídos nos estudos foi suficientemente grande para excluir qualquer importante diferença do risco de mortalidade perinatal em qualquer direção. Houve um número significativamente menor de intervenções clínicas nos grupos com parto domiciliar (incluindo mulheres transferidas para o hospital), e houve um número significativamente menor de índices de Apgar baixos, problemas respiratórios neonatais e casos de traumatismo ao nascimento entre os bebês.

Foi realizado apenas um pequeno estudo randomizado, envolvendo 11 mulheres, para comparar o parto domiciliar com o parto hospitalar. Ele foi realizado mais para demonstrar a exequibilidade de randomizar mulheres para parto domiciliar ou hospitalar do que por preocupação com os resul-

tados. A maioria das mulheres no grupo hospitalar ficou desapontada com a designação. Esse achado não causou surpresa. A escolha de um parto domiciliar (ou hospitalar) é uma escolha muito individual e pessoal para uma mulher, com base em suas próprias prioridades e valores.

As mortalidades materna e perinatal são tão baixas em gestações de baixo risco que não podem ser as medidas primárias de resultado em um estudo. Ainda assim, são os resultados que realmente interessam e a causa das preocupações polarizadas. Um estudo que analise questões menos importantes não ofereceria dados relevantes para aqueles que desejam fazer uma escolha baseada na segurança.

As mulheres que não têm contra-indicações a um parto domiciliar, e que preferem um parto domiciliar planejado, com assistência e meios para transferência imediata para um hospital se necessário, não devem ser impedidas disso.

5 Presença de homens durante o trabalho de parto e o parto

A aceitação da presença de homens, como maridos e parceiros, durante o trabalho de parto e o parto é um fenômeno recente em países industrializados. Como as mulheres nesses países começaram a considerar o parto uma experiência positiva, a exclusão do parceiro sexual e pai do bebê passou a ser considerada uma incongruência.

Agora se espera que os parceiros reforcem o que foi ensinado nos cursos de educação para o parto e, se necessário, atuem como defensores da mulher. Também se espera que preencham as lacunas da assistência. Um número cada vez maior de mulheres que desejam parto hospitalar acredita que as enfermeiras são ocupadas demais ou vêm o papel da enfermeira como de natureza puramente técnica. Elas tendem a confiar aos parceiros o suporte, a ajuda com técnicas respiratórias e medidas de conforto.

Percebendo que obstetras e enfermeiras freqüentemente têm pouco tempo para oferecer suporte psicológico adequado, os hospitais permitiram e incentivaram cada vez mais os maridos ou parceiros a assumirem papéis ativos na atenção à mulher durante o trabalho de parto. Em muitos países do mundo industrializado, a presença dos parceiros durante o trabalho de parto passou, em 20 anos, de ocasionalmente permitida a normativa e praticamente universal.

Quase não houve pesquisa sobre o suporte realmente prestado por maridos e parceiros. Também não foram avaliadas as expectativas que as mulheres trazem para o trabalho de parto em relação ao suporte que terão e ao que precisarão. Em um estudo canadense, o grupo de mulheres que recebeu suporte

contínuo de uma parteira durante o trabalho de parto relatou maiores níveis de suporte de seus maridos do que as mulheres que tiveram suporte da enfermagem durante o trabalho de parto. Os maridos do grupo de “suporte adicional” proporcionaram mais medidas de conforto físico e apoio emocional às suas mulheres (aparentemente em virtude do incentivo e aconselhamento que receberam da pessoa treinada em suporte), e sua satisfação com a experiência foi maior que a dos maridos no grupo de controle. Estudos sobre o impacto da presença do pai no trabalho de parto e no parto foram limitados por amostras de pequeno tamanho e auto-seleção.

Foram apresentadas algumas dúvidas sobre a entrega do papel de suporte aos pais. Uma preocupação refere-se ao seu preparo para tarefas que antes eram responsabilidade de uma pessoa experiente e profissionalmente treinada. Outra é que não se deve esperar que o pai seja responsável pela maior parte do suporte quando ele, também, está emocionalmente envolvido. Ele está compartilhando a experiência e pode necessitar de apoio também. Outras questões referem-se à possibilidade de a presença paterna influenciar negativamente a mulher em trabalho de parto e interferir com o progresso normal do trabalho de parto. Quando há tensões no relacionamento do casal, pode ser difícil para o parceiro oferecer, e para a mulher aceitar, suporte prático e emocional durante o trabalho de parto.

6 Outras pessoas de apoio

Além das pessoas de suporte que trabalham na instituição, obstetras e parceiros, outras duas categorias de pessoas estão oferecendo suporte durante o trabalho de parto atualmente: outros parentes e amigos e acompanhantes pagas ou voluntárias, atualmente denominadas preparadoras do trabalho de parto ou *doulas*. Varia muito, de acordo com o hospital, a permissão para a permanência dessas outras pessoas de suporte nas enfermarias de trabalho de parto.

Em casa, e em outros locais tais como centros de parto, costuma ser permitida a presença de diversas pessoas, pelo menos durante parte do tempo. A liberdade de escolher quem estará presente, e quando, freqüentemente influencia a escolha da mulher de dar à luz fora do hospital. Entretanto, seria imprudente presumir que a presença de diversas pessoas proporcionará necessariamente suporte adicional. Familiares e amigos, assim como maridos e parceiros, podem estar lá para compartilhar a experiência, e não para oferecer suporte.

Assim como o papel das pessoas de suporte surgiu da divisão da assistência em tratamento e suporte, o papel da *doula*

decorre da divisão do suporte em avaliações do bem-estar materno e fetal durante o trabalho de parto. Quando o suporte se torna uma atividade separada, as pessoas responsáveis pela assistência e pelo tratamento no trabalho de parto podem não saber o que foi ensinado às mulheres ou aos casais durante os cursos pré-natais, e podem não estar dispostas ou ser incapazes de apoiar mulheres em trabalho de parto no uso das habilidades que aprenderam. Podem menosprezar a utilidade do programa de educação e ao mesmo tempo queixar-se das expectativas irreais que ele criou.

Na verdade, o potencial de rivalidades territoriais referentes à oferta de apoio é grande. Quando uma *doula* é recrutada como defensora da mulher em trabalho de parto, rivalidades com a equipe hospitalar são quase inevitáveis, e o suporte pretendido pode acabar sendo causa de conflito. É justo perguntar se, devido às limitações impostas por normas e políticas institucionais, um funcionário do hospital pode oferecer a mesma qualidade de suporte e defesa que seria prestada por um profissional externo. Por outro lado, a presença de um estranho pode representar uma ameaça para a instituição, o que pode influenciar negativamente a qualidade da assistência recebida pela mulher em trabalho de parto.

O papel de uma pessoa de suporte especial no trabalho de parto foi avaliado por 14 estudos controlados em diversos países, em diversas circunstâncias. Houve uniformidade significativa nas descrições da intervenção experimental nos vários estudos. O “suporte” incluiu a presença contínua, se não durante todo o trabalho de parto, ao menos durante o trabalho de parto ativo, e em 13 estudos foi mencionado especificamente que o suporte incluía contato físico de conforto e palavras de elogio e incentivo.

Os resultados dos estudos também foram significativamente uniformes, apesar das diferenças nas rotinas obstétricas, condições hospitalares, risco obstétrico das mulheres, diferenças de políticas em relação à permanência de outras pessoas importantes para a mulher e diferenças nas qualificações profissionais das pessoas que prestaram o suporte. A presença contínua de uma pessoa de suporte com experiência, que não possuía vínculo social prévio com a mulher em trabalho de parto, reduziu a probabilidade de: uso de medicação para alívio da dor, cesariana, parto vaginal cirúrgico e um índice de Apgar em 5 minutos < 7. Outro efeito benéfico constatado em seis estudos foi a diminuição da probabilidade de avaliações negativas da experiência de parto, de sentir-se muito tensa

durante o trabalho de parto e de considerar o trabalho de parto pior do que o esperado. Estudos individuais constataram muitos outros benefícios do suporte intraparto, incluindo menor traumatismo perineal, redução da probabilidade de dificuldade na maternidade e de interrupção precoce da amamentação.

7 Conclusões

Devido aos claros benefícios e à ausência de riscos conhecidos associados ao suporte intraparto, devem ser envidados todos os esforços para assegurar que todas as mulheres em trabalho de parto recebam suporte, não apenas daqueles próximos a elas, mas também de cuidadores experientes. O suporte que deve ser rotineiramente oferecido a mulheres deve incluir presença contínua (quando a mãe desejar), a oferta de conforto físico e incentivo verbal. Dependendo das circunstâncias, a garantia de suporte apropriado pode exigir modificações das atividades profissionais atuais de obstetras e enfermeiras, de forma que possam despendar menos tempo em atividades ineficazes e mais tempo apoiando as mulheres.

Fontes

Effective care in pregnancy and childbirth

Keirse, M.J.N.C., Enkin, M.W. and Lumley, J., Social and professional support in childbirth.

Biblioteca Cochrane

Hodnett, E.D., Caregiver support during childbirth.

Home-like versus conventional institutional settings for birth.

Olsen, O. and Jewell, M.D., Home versus hospital for birth.

Outras fontes

Gagnon, A. and Waghorn, K. (1996). Supportive care by maternity nurses: a work sampling study in an intrapartum unit. *Birth*, 23, 1–6.

Hodnett, E.D. (1989). Personal control and the birth environment: comparisons between home and hospital settings. *J. Envir. Psychol.*, 9, 207–16.

Hodnett, E.D. (1996). Nursing support of the laboring woman. *J. Obstet. Gynec. Neon. Nursing*, 25, 257–64.

Hodnett, E.D. (1997). Commentary: are nurses effective providers of labor support? Should they be? Can they be? *Birth*, 24, 78–80

Olsen, O. (1997). Meta-analysis of the safety of home births. *Birth*, 24, 4–13.

Simkin, P. (1989). *The Birth Partner*. The Harvard Common Press, Boston, Massachusetts.