

Revelando o potencial do cuidado eficaz para a saúde materna e infantil por toda vida: a necessidade de abordar o serviço ‘invisível’ no período pós-natal

Debra Bick¹, Maria Helena Bastos², Simone Grilo Diniz³

Existe um crescente reconhecimento entre mulheres, acadêmicos, criadores de políticas, provedores de serviços e clínicos da necessidade de aumentar o índice de partos normais. As razões incluem melhor saúde materna e neonatal e um uso, com melhor custo-benefício, dos recursos finitos da assistência em saúde. O movimento para aumentar o número de partos normais deve ser aplaudido, embora, ironicamente, a taxa de partos normais continua a cair⁽¹⁻²⁾ em muitos países, incluindo o Reino Unido e América Latina. Obviamente existe um longo percurso a ser percorrido antes que o parto normal (definido no Reino Unido como aquele sem intervenção alguma⁽²⁾ se torne realidade para muitas mulheres. No entanto, o foco em parto normal pode inadvertidamente fazer com que os responsáveis por serviços de maternidade deixem de promover o que deveria ser um cuidado eficaz e contínuo durante a gravidez, no parto e no período do pós-parto, de modo que cada fase da gravidez de uma mulher, assim como a jornada do parto não seja gerenciada ou financiada como uma entidade separada, e nenhuma fase da jornada tenha prioridade sobre a outra.

Atualmente, no Reino Unido, a oferta do cuidado pós-parto continua recebendo uma prioridade relativamente baixa apesar da crescente evidência que tocologia comunitária sob medida poderia fazer uma diferença relativa para a saúde psicológica materna no curto e longo termo⁽³⁾. Em países em desenvolvimento, a oferta de cuidado pós-natal ainda significa, literalmente, a diferença entre a vida e morte para uma mãe e seu bebê⁽⁴⁾. Apesar das diferenças globais relacionadas aos recursos financeiros, à organização de sistemas de assistência em saúde e à disponibilidade de tocologia, o período pós-natal é tradicionalmente definido como as 6-8 semanas após o parto. É interessante notar que falta a evidência necessária para apoiar o porquê de esse período ter sido selecionado. Isso resulta em um período de tempo um tanto arbitrário de quando é esperado que a mulher esteja completamente recuperada, tanto fisiológica quanto psicologicamente, da sua gravidez e parto. Também deve ser notado que os recursos para o cuidado pós-natal certamente não cobrirão os contatos de cuidado em saúde pelo período completo de 6-8 semanas.

O Reino Unido inclui como parte de seus serviços de maternidade a oferta universal de tocologia após o parto. Tocologia pós-natal é um requisito legal que foi implementado quando as taxas de mortalidade materna no começo do século XX continuavam altas. As mortes por sepsia e hemorragia eram comuns, e o uso de mulheres auxiliares sem treinamento, que cuidavam das mulheres em casa, era considerado responsável por muitas mortes⁽⁵⁾. Embora a tocologia pós-natal tenha sido implementada na Inglaterra em 1905, o acesso universal ao serviço gratuito de tocologia no ponto de contato não se tornou disponível até 1936. O lançamento do National Health Service (NHS) (Serviço Nacional de Saúde) em 1948 firmou a organização e o conteúdo de cuidado em maternidade e o emprego de enfermeiras obstétricas no setor de cuidado intensivo, e introduziu o pagamento para médicos de família para que ofereçam cuidado de maternidade e supervisionem o cuidado prestado por enfermeiras obstétricas comunitárias. O período anterior ao lançamento do NHS há 60 anos coincidiu com uma queda dramática nas taxas de mortalidade materna. As melhorias na saúde pública, condições sócio-econômicas, e a disponibilização de antibióticos são fatores que contribuíram para a redução em mortes maternas. Desde 1948, tem havido uma mudança gradual no local de nascimento no Reino Unido do domicílio para o hospital, seguido por um aumento em intervenções médicas incluindo cesáreas e partos instrumentais⁽²⁾. Por outro lado, como as intervenções com implicações para a morbidade materna e infantil têm aumentado, a limitação de recursos está gerando uma diminuição em hospitalizações após o parto, assim como o número de contatos pós-natal que uma mulher e seu bebê receberão de uma enfermeira obstétrica no seu domicílio. Poucas mulheres atualmente recebem uma visita domiciliar do seu médico da família após o parto. No Reino Unido, temos uma situação em nossos serviços de maternidade nos quais os recursos são tão limitados que os mesmos são constantemente revisados, sendo o cuidado pós-natal a principal área com reduções na oferta de serviços. Isso sugere que o cuidado pós-natal é visto como uma área de menor importância quando comparado com o cuidado nos períodos pré-natal e intra-parto. Mas seria mesmo esse o caso?

Muito do nosso conhecimento sobre o impacto do parto na saúde física e psicológica das mulheres tem sido baseada em suposições. A história da obstetrícia é manchada com as conseqüências negativas das intervenções introduzidas, pois foi suposto que as mesmas seriam benéficas, e mais tarde foi demonstrado que eram prejudiciais ou não traziam nenhum benefício específico. A lista de suposições inclui a realização rotineira de episiotomia; monitoramento fetal eletrônico de rotina; e a rotina de fazer tricotomia na região do períneo no momento de admissão hospitalar quando em trabalho de parto. Da mesma maneira, com relação à recuperação depois do parto, havia uma suposição que as mulheres se recuperariam completamente do parto dentro de 6 - 8 semanas. Por aproximadamente um século após a introdução da tocologia pós-natal universal no Reino Unido, essa suposição foi aceita quando, na realidade, ninguém havia perguntado nada às mulheres.

Nas últimas duas décadas, diversos estudos observacionais realizados no Reino Unido, Austrália e Europa⁽⁶⁻⁸⁾, identificaram uma ampla e persistente morbidade materna, tanto física quanto psicológica, que poucas mulheres voluntariamente relataram aos seus cuidadores e apenas poucos cuidadores identificaram. Evidências do impacto de problemas de saúde maternos após o parto têm, desde então, acumulado em outros países de renda baixa, média e alta, assim como o reconhecimento da necessidade de avaliar a saúde materna e infantil após o parto como uma prioridade em saúde pública, particularmente em países lutando para alcançar as Metas de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas⁽⁹⁾. Exemplos recentes do reconhecimento da necessidade de melhorar o acesso aos serviços após o parto incluem um estudo realizado

¹ Docente em Prática de Tocologia Baseada em Evidências, Florence Nightingale School of Nursing and Midwifery, Waterloo Bridge Wing, King's College London. debra.bick@tvu.ac.uk ² Médica, Mestre, Pesquisadora Obstetra, Departamento de Pesquisa em Saúde e Cuidado Social, King's College, London. maria.bastos@kcl.ac.uk ³ Professor Assistente, Departamento de Saúde Materna e Infantil, Escola de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, SP, Brasil. sidiniz@usp.br

recentemente no Brasil⁽¹⁰⁾, que examinou a prevalência de depressão pós-natal em mulheres de Porto Alegre, no Sul do Brasil, um ensaio em conglomerados aleatoriamente controlados de uma intervenção comunitária usando mulheres locais como facilitadoras para melhorar o cuidado durante a gravidez, parto, e período pós-natal em Mumbai, Índia⁽¹¹⁾, e um RCT (experimento aleatoriamente controlado) que comparou os resultados entre mulheres alocadas para receberem visitas domiciliares por enfermeiras obstétricas especialmente treinadas comparadas com nenhuma visita domiciliar em Damasco, Síria⁽¹²⁾. Em países como os EUA, onde as mulheres têm direito a uma consulta pós-natal com seus médicos em 4-6 semanas depois do parto, a atenção tem sido direcionada à necessidade de assegurar como que as mulheres mais vulneráveis daquela sociedade, menos prováveis de aparecerem na sua consulta de pós-parto, recebam o cuidado que precisam⁽¹³⁾.

Um fator comum a todos os países que têm investigado os resultados de saúde após o parto, seja em um país desenvolvido ou em desenvolvimento, é a aparente invisibilidade do período pós-natal e a falta de um reconhecimento sistemático que o cuidado após o parto é uma continuidade essencial do cuidado na gravidez e parto. Se as taxas de mortalidade materna e infantil em países desenvolvidos forem reduzidas de acordo com as Metas para o Desenvolvimento do Milênio, o cuidado pós-natal nos dias após o parto para identificar e gerenciar a hemorragia materna e sepsia é tão essencial quanto assegurar às mulheres o acesso a um assistente experiente durante o seu trabalho de parto; se, em países desenvolvidos como o Reino Unido desejamos melhorar os resultados de saúde pública em relação à saúde mental materna, melhorar a adoção e duração da amamentação, e driblar problemas de saúde crônicos causados pelos efeitos da obesidade, precisamos de um cuidado pós-natal eficaz, e não somente focar no oferecimento de serviço para garantir que todas as mulheres tenham um atendimento exclusivo de uma enfermeira obstétrica durante o parto. Também devemos requerer que criadores de políticas e provedores de serviço promovam e protejam o cuidado pós-natal como um componente essencial da saúde pública e garantam que as habilidades dos provedores de serviços de enfermagem obstétrica e outros sejam otimizadas para atenderem as necessidades em saúde de acordo com as diretrizes nacionais.

A falta de acesso a um cuidado pós-natal eficaz, oportuno, e apropriado deveria ser visto como um direito humano. Os problemas de saúde da mulher relacionados ao cuidado durante a gravidez e o parto permaneceram invisíveis por muito tempo, com um potencial de alcançar conseqüências advindas da iniquidade de cuidado para cada mulher, seu bebê, sua família e sociedade como um todo. Onde existe uma oferta universal de serviços pós-natal, as mulheres precisam ser motivadas a demandar o cuidado que elas precisam. Elas também devem ser informadas sobre as formas de acesso a tais serviços. Em países com falta de oferta de serviços, as falhas na implementação de programas de cuidado pós-natal como continuidade do cuidado na gravidez e parto devem ser abordadas para que as taxas de mortalidade materna e infantil sejam reduzidas de acordo com as Metas de Desenvolvimento do Milênio⁽⁴⁾.

Todas as mulheres, independente do lugar no mundo onde seus partos ocorram, merecem receber o cuidado que garantirá que elas e seus bebês terão a melhor iniciação à vida. Isso não requer tecnologia cara, mas sim o planejamento de sistemas de saúde apropriados para a necessidade local, assim como atendentes de saúde com as competências apropriadas e a infra-estrutura necessária para oferecer o cuidado. Ao nos aproximarmos do final da primeira década do século XXI, prioridades para os nossos serviços de maternidade após o parto devem ser redefinidas, já que atualmente elas não atendem as necessidades de muitas mulheres que têm que sofrer conseqüências físicas e psicológicas.

REFERENCES

- Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ*. 2007;335(7628):1025-36.
- Richardson A, Mmata C. NHS Maternity Statistics England: 2005-2006. London: The Information Centre; 2007.
- MacArthur C, Winter H, Bick D, Knowles H, Lilford R, Henderson C, et al. Effects of redesigned community postnatal care on women's health 4 months after birth: a cluster randomised controlled trial. *Lancet*. 2002;359(9304):378-85.
- Kerber KJ, Graft-Johnson JE, Bhutta ZA, Okong P, Starrs A, Lawn J. Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. *Lancet*. 2007;370(9595):1358-69.
- Tew M. Safer childbirth: a critical history of maternity care. London: Free Association Books; 1998.
- Glazener CM. Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *Br J Obstet Gynaecol*. 1997;104(3):330-5.
- Brown S, Lumley J. Maternal health after childbirth: results of an Australian population based survey. *Br J Obstet Gynaecol*. 1998;105(2):156-61.
- Saurel-Cubizolles M-J, Romito P, Lelong N, Ancel P-Y. Women's health after childbirth: a longitudinal study in France and Italy. *Br J Obstet Gynaecol*. 2000;107(10):1202-9.
- Black R, Morris S, Bryce J. Child Survival 1. Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet*. 2003;361(9376):2226-34.
- Tannous L, Gigante LP, Fuchs SC, Busnello EDA. Postnatal depression in Southern Brazil: prevalence and its demographic and socioeconomic determinants. *BMC Psychiatry* [serial on the Internet]. 2008.[cited 2008 July 15]. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/8/1>
- Shah More N, Bapat U, Das S, Patil S, Porel M, Vaidya L, et al. Cluster-randomised controlled trial of community mobilisation in Mumbai slums to improve care during pregnancy, delivery, postpartum and for the newborn. Study protocol. *BioMed Central Trials* [serial on the Internet]. 2008. [cited 2008 July 15];8. Available from: <http://www.trialsjournal.com/contents/9/1/7>.
- Bashour HN, Kharouf MH, Abdul Salam AA, El Asmar K, Tabbaa MA, Cheika SA. Effect of postnatal homevisits on maternal/infant outcomes in Syria: a randomised controlled trial. *Public Health Nurs*. 2008;25(2):115-25.
- Center for Disease Control. Postpartum care visits - 11 states and New York City, 2004. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2007;56(50):1312-6.