

<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XCO03S114>

Suzanne Jacob
Serruya

Centro Latinoamericano
de Perinatología Salud de
la Mujer y Reproductiva,
Organización Panamericana
de la Salud/Organización
Mundial de la Salud,
Montevideo, Uruguay.
serruyas@paho.org

A arte de não fazer o errado e fazer o certo!

Oportuno e estratégico o artigo de Leal et al. *Intervenções obstétricas durante o Trabalho de Parto e Parto em Mulheres Brasileiras de Risco Habitual*, propõe avaliar nacionalmente uma das questões mais discutidas na atualidade: como assistir a um trabalho de parto, o que se deve ou não praticar em nome da segurança e do bem-estar da mulher e do recém-nascido. Globalmente, essa discussão vem repercutindo de duas maneiras extremas: em lugares com pouquíssimos recursos humanos e infraestrutura, onde o parto sem a mínima atenção profissional continua a matar mulheres e, no outro extremo, em lugares em que, em nome da “assistência”, as intervenções tornaram o parto um processo padronizado com intervenções de “rotina” cuja avaliação de efetividade tem sido objeto de investigação permanente, conforme citam os autores e as outras revisões sistemáticas realizadas pelo Cochrane, recentemente publicadas e citadas ao final deste comentário^{1,2,3,4,5,6,7,8}.

Os resultados apresentados nesse artigo revelam, muito resumidamente, que as chamadas boas práticas são menos frequentes que as intervenções durante o trabalho de parto e parto, na contramão das provas obtidas nas investigações sobre efetividade dessas ações. A parte das considerações por região e outras variáveis, minha contribuição neste comentário busca ampliar os fundamentos necessários para discutir o chamado modelo de atenção obstétrica, tanto no setor privado quanto no público, com a incorporação de práticas baseadas em evidências, mas especialmente com revisão do conceito inicial que transformou o parto, um processo natural, em um procedimento medicalizado e repleto de intervenções.

Como bem indicam os autores, um percentual muito pequeno, 5,6% de mulheres de baixo risco e de 3,2% das nulíparas desse grupo, conseguiu ter um parto normal, de uma maneira natural, sem a intervenção na fisiologia do trabalho de parto. Nos outros países, tal percentual pode variar de 15% a 35% na Austrália a 41,8% para o total de partos na Inglaterra. No Brasil, apenas o fato de estar em uma instituição hospitalar, para quase 95% das mulheres, significa ser objeto de procedimentos, a maioria caros e sem fundamentos. Assim, o princípio fundamental a ser debatido para a necessária mudança de modelo de atenção é o da autonomia da mulher, o pertencimento do parto e suas necessidades. O nome modelo já em si é uma aproximação, insuficiente e categorizadora, nesse debate sobre a experiência única e sempre singular de parir. A existência de rotinas hospitalares que “padronizam” esse momento implica o conceito de que a presença de uma mulher em trabalho de parto e no próprio parto, para os que trabalham em um hospital, deve ser acompanhada do que é próximo a esses profissionais: deitar na cama, jejum, soro etc. Parte importante do conhecimento e prática estabelecidos nas últimas décadas objetivou criar um padrão de procedimento normativo baseado no conceito de que o parto é um “problema médico”. A transformação desse modelo em um antimodelo, rumo à segurança, bem-estar e resultados adequados exigirá muito mais que portarias, guias, revisões sistemáticas. É fundamental rediscutir do ponto de vista das mulheres o significado desse momento, dimensionando de maneira radical a questão do protagonismo no parto. A responsabilidade do sistema de saúde, da autoridade sanitária e seus profissionais é corresponder a essa expectativa, ainda que muitas vezes no imaginário dessas mulheres a melhor atenção seja a mais medicalizada. O fato de as mulheres reconhecerem a violência obstétrica e estarem insatisfeitas com a atenção recebida mostra que as mudanças são desejadas e esperadas, por mais que a maioria ainda não consiga experimentar um modelo alternativo ao que conhece hoje.

Os autores encontrarão nas revisões sistemáticas sugeridas mais argumentos para a defesa da classificação adotada no artigo: boas práticas, que como explícita o conceito, devem ser amplamente utilizadas e intervenções, como amniotomia ou uso de ocitocina, cujas indicações devem ser claras, precisas. Considerando que a ideia de que o parto pertence à mulher não é para os profissionais de saúde algo aceito amplamente ou pelo menos muito discutido, a estratégia para mudar também deve compreender melhor o porquê de a não implementação de

algumas boas práticas ou de a permanência de intervenções sabidamente sem fundamentação. A resposta mais comum que se escuta é “*que é a norma do hospital*”. É a desconstrução dessa norma a hercúlea tarefa que deve ser enfrentada.

De maneira geral, o ensino e a prática médica demandam importantes mudanças, mas pelo menos nos círculos acadêmicos mais preocupados com bons resultados o uso de evidências já é realidade. A incorporação de recomendações simples, por exemplo, deambular ou não usar a prática de acesso venoso de rotina pode ser uma oportunidade de reflexão necessária nesse espaço dominado pelo tecnicismo e ajudar os profissionais a desenvolverem uma atenção preventiva e de certa maneira “contemplativa”. A incorporação de práticas com fundamentos científicos e que respeitem o pertencimento do parto podem ser muito recompensadoras para os profissionais de saúde também. Implica desprendimento novo, o de reaprender, porém pode ter seguramente repercussões no modelo de profissionais que existem hoje, cuja maioria estabelece de maneira muito assimétrica seu poder e conhecimento com a dona do corpo. Também seria importante escutar como os profissionais de saúde se sentem, afinal eles também têm sentimentos.

Os autores, no artigo em pauta, não relacionaram a presença das boas práticas e intervenções com resultados maternos e perinatais e se é possível o estabelecimento dessas relações com os dados coletados. Fica a sugestão para um próximo artigo.

1. Madden K, Middleton P, Cyna AM, Matthewson M, Jones L. Hypnosis for pain management during labour and childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 11:CD009356.
2. Smith CA, Collins CT, Crowther CA. Aromatherapy for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (7):CD009215.
3. BarragánLoayza IM, Solà I, JuandóPrats C. Biofeedback for pain management during labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (6):CD006168.
4. Smyth RMD, Markham C, Dowswell T. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 1:CD006167.
5. Costley PL, East CE. Oxytocin augmentation of labour in women with epidural analgesia for reducing operative deliveries. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 5:CD009241.
6. Dawood F, Dowswell T, Quenby S. Intravenous fluids for reducing the duration of labour in low risk nulliparous women. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 6:CD007715.
7. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (2):CD003934.
8. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (2):CD003766.
9. Singata M, Tranmer J, Gyte GML. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (1):CD003930.
10. World Health Organization. WHO recommendations for induction of labour. Geneva: World Health Organization; 2011.