

# Por que parteiras?

22 de fevereiro de 2013 às 15:14

Existem evidências de que mulheres acompanhadas por parteiras (midwife, parteira qualificada, enfermeiras obstétricas, obstetrizes) recebem menos intervenções (analgesia, episiotomias, fórceps e vácuo), quando comparadas com mulheres acompanhadas por médicos ou em modelos mistos (médicos e parteiras trabalhando juntos). Além disso, ser acompanhada por parteiras ainda aumenta a chance de ser atendida por uma profissional conhecida, de se sentir no controle durante o parto, de ter um parto vaginal espontâneo (sem indução) e de iniciar a amamentação após o parto.

Ou seja, receber cuidado por parteiras qualificadas durante o parto traz mais benefícios do que o modelo atual que temos no Brasil, centrado basicamente na figura do médico obstetra. **Menos intervenções, mais resultados positivos para mãe e bebê.** Além disso, se tivéssemos um modelo de cuidado com maior participação de parteiras profissionais, estaríamos ainda respeitando os princípios de hierarquização do cuidado e alocação racional de recursos – ou seja: o cirurgião especializado ficaria reservado para situações em que um cirurgião especializado é necessário e as mulheres de “baixo risco” seriam cuidados por profissionais formados e qualificados para atender as necessidades de mulheres saudáveis e com bebês saudáveis, que, em geral, não precisam ser “curadas” ou “salvas” do parto.

A revolução no cenário obstétrico brasileiro que desejamos virá pelas mulheres, isso nós já sabemos. Mas transformar o sistema atual – centrado no cirurgião e no hospital – em um modelo mais racional e menos focado na patologia – organizado a partir do trabalho das parteiras e de espaços para parir extra-hospitalares – faz parte dessa revolução. E, para isso, precisamos de parteiras verdadeiramente **QUALIFICADAS** para prestar o cuidado que as mulheres desejam e merecem. E quem são essas parteiras? O que elas precisam ter?

- *Profundo respeito pelo protagonismo e pela autonomia das mulheres em relação às decisões sobre o seu corpo;*
- *Profundo conhecimento sobre anatomia e fisiologia do parto e dos processos a ele relacionados;*
- *Reconhecimento do parto como um evento fisiológico, inerentemente seguro na maioria dos casos, sob o qual só se deve interferir quando necessário, considerando que intervenções mal indicadas adicionam risco;*
- *Comprometimento com a atualização constante dos seus conhecimentos e revisão de suas práticas a partir da produção científica da área, mas também do exercício do pensamento crítico e da troca com outros profissionais;*
- *Experiência e treinamento constante no diagnóstico e manejo racional e bem embasado das complicações mais frequentes e variações do normal;*
- *Capacidade e disposição interna para desconstruir a formação e a prática medicalizadas que também atingem as parteiras profissionais brasileiras – é fundamental compreender que o conhecimento de parteria/midwifery não é apenas uma versão simplificada e/ou menos complexa do conhecimento da medicina convencional.*

Com certeza nós ainda precisamos de muito mais parteiras assim do que as que já temos, para dar conta de atender com **respeito, dignidade e segurança** as mulheres e famílias em busca de um parto fisiológico. Então, eu desejo que as parteiras que estão por aí praticando um cuidado medicalizado saiam do armário. Que as que não estão atuando por qualquer razão achem um caminho para colocar a mão na massa. Que a formação inicial seja capaz de já contribuir pra que novas parteiras saiam do forno caminhando nessa direção. Que as doulas maravilhosas e as ativistas ferrenhas que desejam partejar tomem coragem, passem nos vestibulares e venham engrossar o caldo. Que as reivindicações do movimento e as políticas públicas sejam capazes de ampliar os espaços de atuação das parteiras no país. **E que, um dia, no futuro, todas as mulheres que desejem tenham acesso ao cuidado qualificado de uma parteira.**

Link para a revisão sobre os benefícios do cuidado por parteiras:

<http://summaries.cochrane.org/CD004667/midwife-led-versus-other-models-of-care-for-childbearing-women>

# Streptococcus Grupo B - por Maíra Libertad

30 de setembro de 2014 às 15:59

Envio abaixo as informações mais importantes sobre o exame de strepto e podemos discutir pessoalmente na consulta sobre as opções. O Ministério da Saúde não recomenda fazer este exame, mas existem protocolos em outros países que ainda indicam. Em geral, o que eu faço é apresentar as alternativas e discutir com vocês o que vocês consideram a melhor opção. Me avise se tiver dúvidas!

Sobre o exame de estreptococos (do grupo B, EGB), há dois protocolos sobre quem deve/pode fazer e como interpretar os resultados. Antes de falar deles, vou explicar rapidamente o que significa o EGB numa gestante, porque acho importante você entender de que se trata, antes de qualquer outra coisa.

O EGB é uma bactéria presente comumente nas pessoas, especialmente no trato gastrointestinal, mas ela aparece como uma “colonização” e não uma “infecção”. Isso significa que ela está lá, mas não causa nenhuma doença, nem infecta nada, ela faz parte da flora de algumas pessoas, assim como temos várias outras bactérias e fungos com os quais convivemos cotidianamente sem que isso seja um problema.

Uma mulher com EGB positivo durante a gestação não está com uma infecção, o resultado apenas significa que a bactéria está presente no swab (o cotonete que é usado para colher o material) e que, portanto, esta mulher tem o EGB passeando por ali sem causar nenhum mal, naquele momento. Assim, não é preciso tratar um EGB positivo no swab vaginal, mas caso ele apareça num exame de urina, aí sim é preciso tratar.

Essa colonização é intermitente, ou seja, já se sabe que alguém pode ter o EGB+ hoje e ter o EGB- semana que vem, porque a bactéria vai e volta. Alguns estudos, brasileiros inclusive, mostram que até 1/3 de todas as mulheres têm EGB positivo em algum momento na gestação.

A preocupação com o EGB é a possibilidade de que ele infecte o bebê (não apenas na passagem pelo canal de parto, porque há relatos de bebês com infecção neonatal por EGB mesmo em cesáreas). A infecção por EGB no recém-nascido se manifesta geralmente com sintomas respiratórios que podem evoluir para uma pneumonia ou mais raramente meningite ou sepse, mas muitos bebês de mães EGB+ são apenas colonizados (apresentam a bactéria, mas não apresentam a doença) e, como a maioria deles nem é testada, em geral nem se sabe ao certo se os bebês tinham ou não EGB presente.

Há dois tipos de infecção neonatal por EGB: de início precoce (sintomas iniciam entre 24-48h de vida, em geral) e de início tardio (entre 1 semana e 3 meses de vida). A prevenção com antibióticos durante o parto, quando realizada, protege apenas contra a infecção de início precoce (mais informações mais abaixo). O tratamento da doença, quando ela acontece, é internação e antibióticos. Como a discussão sobre fazer ou não o exame e dar ou não antibióticos durante o trabalho de parto se aplica especificamente à doença de início precoce, seguem abaixo os dados sobre a ocorrência do EGB em mulheres, risco infecção precoce e morte no bebê:

- Probabilidade de uma mulher gestante ter EGB+: 10-30%, a depender do estudo;
- Probabilidade de um bebê de mãe com EGB+ ter infecção neonatal por EGB de início precoce: 1-2%, se não for utilizada profilaxia ou qualquer outra medida preventiva;
- Probabilidade de óbito em bebês que desenvolvem infecção por EGB: 4-6% daqueles que desenvolvem a infecção de início precoce (4-6% de 1-2%).

A partir desses dados, há dois protocolos diferentes para lidar com a questão do EGB:

- Protocolo “americano” (mas também utilizado em outros países): rastrear todas as mulheres com 35-37 semanas e fazer profilaxia em todas aquelas que tenham resultado positivo (usar antibiótico durante o trabalho de parto, na veia) – e não fazer naquelas que forem EGB-;
- Protocolo “britânico” (mas também utilizado em outros países): não rastrear de rotina e fazer a profilaxia em quem tiver um dos seguintes fatores de risco:
  - Trabalho de parto prematuro
  - Mais de 18h de bolsa rota (ruptura da bolsa)
  - Gestação anterior com bebê que desenvolveu a infecção
  - Infecção de urina por EGB na gestação (mesmo que tratada)

Esses fatores de risco do protocolo britânico foram estudados e aumentam a chance de que o bebê venha a apresentar infecção por EGB de início precoce (principalmente prematuridade). Por essa razão, independente do resultado do swab, seria racional propor o uso do antibiótico para essas mulheres com bebês de maior risco. O que se considera, nesse protocolo, é que, como a colonização é intermitente, o resultado negativo com 35-37 semanas não garante que o EGB não esteja presente no dia do parto e, portanto, seria mais racional usar a profilaxia nos casos de risco e não apenas em quem teve resultado positivo com 35-37 semanas.

No protocolo americano, se propõe o rastreamento para todas as mulheres, mas apenas aquelas com resultado positivo recebem a profilaxia com antibiótico na veia, mesmo que haja fatores de risco. O que acontece, neste protocolo, é que até 1/3 de todas as mulheres, mesmo em gestação saudável, receberão antibióticos na veia durante o trabalho de parto, mesmo que ele corra bem, seja rápido, com a bolsa íntegra, que o bebê esteja a termo etc. E algumas que tiveram o resultado negativo com 35-37 semanas podem estar colonizadas com EGB no dia do parto e não receberão o antibiótico.

Os dois protocolos são válidos e as equipes obstétricas no Brasil se dividem entre um e outro, mas o Ministério da Saúde não preconiza fazer o exame em nenhuma mulher – o que é consistente com o protocolo britânico. Ou seja, no SUS, no Rio de Janeiro e na maioria dos lugares do país, os profissionais devem seguir, em tese, o protocolo de pré-natal do Ministério da Saúde, que não recomenda, explicitamente, triar ninguém. A questão do antibiótico intraparto também não está definida (ou seja, o Manual de Parto do Ministério não define que se dê antibiótico para as mulheres em trabalho de parto para prevenir infecção por EGB).

No caso do PD, EGB+ não é uma contra-indicação absoluta (se a mulher ou a equipe decidirem fazer o exame), mas eu entendo que, se é para seguir o protocolo que faz o rastreamento de rotina, o correto seria fazer o antibiótico na veia durante o trabalho de parto se o resultado for positivo. O mesmo valendo para quem decide não fazer, mas apresenta fatores de risco – por exemplo, bolsa rota por mais de 18 horas. Eu pessoalmente tenho reservas a fazer antibiótico na veia em casa. Sobre essa possibilidade, prefiro conversar pessoalmente.

Maíra Libertad Takemoto Soligo  
Enfermeira Obstetra  
Rio de Janeiro, RJ

**PS: Versão com referências - <http://www.levatrice.com/#!estreptococos/c7xg>**