

O SILÊNCIO NA ASFIXIA PERINATAL GRAVE EM RECÉM-NASCIDOS A TERMO: DISCURSO DE MÃES E DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE¹

Francisca Aurenília Esmeraldo Nogueira*
Maria Veraci Oliveira Queiroz**
Maria Salete Bessa Jorge***

RESUMO

A asfixia perinatal é um sério problema de saúde pública, pois afeta um número elevado de bebês, que morrem ou sobrevivem com sequelas. O objetivo do estudo foi compreender o significado do silêncio dos profissionais de saúde e das mães sobre asfixia neonatal em bebês que nascem a termo. A pesquisa, de caráter descritivo com enfoque qualitativo, foi realizada de julho a setembro de 2007, com 41 profissionais de um hospital pediátrico e 20 mães de crianças que sofreram esse tipo de asfixia. Foram utilizados a entrevista e o grupo focal e apreenderam-se os principais motivos do silêncio desses sujeitos, como medo, transferência de culpa, impotência, negligência e descrédito. Os resultados mostram ainda as dificuldades dos profissionais e os diversos acontecimentos que comprometem a assistência perinatal e impossibilitam o nascimento saudável, do que resulta a necessidade de somar esforços e lançar mão de mecanismos legais para reduzir a asfixia perinatal e produzir um cuidado que tenha como foco a família e a redução de seu sofrimento.

Palavras-chave: Recém-Nascido. Asfixia Neonatal. Discursos. Profissional de Saúde. Mães.

INTRODUÇÃO

A morte de bebês enseja incompreensão, constrangimento e dor, porque o esperado é morrerem os pais antes dos filhos, particularmente no caso de crianças. Quando essa morte poderia ser evitada, acirram-se a revolta e a impotência não só dos membros familiares, mas também de alguns profissionais que cuidam e refletem sobre as causas e consequências dessa ocorrência. É assim que se sentem as equipes de trabalho do Centro de Terapia Intensiva – Neonatal (CTI-NEO) de um hospital infantil terciário, do Sistema Único de Saúde (SUS), localizado em Fortaleza - CE, diante da elevada incidência de asfixia grave em recém-nascidos a termo (RNT) com peso adequado.

Como confirmado nos estudos de mortalidade perinatal, se a criança não tem outros agravantes, o peso adequado ao nascimento em uma gestação a termo reduz a probabilidade de morrer⁽¹⁾. As causas de morte evitáveis ou reduzíveis são definidas como aquelas

preveníveis, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde que estejam acessíveis em um determinado local e época. A hipóxia intrauterina e a asfixia ao nascer estão incluídas entre as causas de mortes evitáveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido⁽²⁾.

Em vista destas considerações teóricas acrescidas ao cotidiano da prática surgiram vários questionamentos: por que transferir um bebê para uma unidade de cuidados intensivos com toda a tecnologia avançada se ele já nasceu em “morte aparente” e o óbito já se anuncia inevitável? Por que somos condicionados a prolongar a dor e o sofrimento desses bebês em nome da ética profissional? Se tivessem nascido em serviços particulares em vez de hospital do SUS, estariam sendo transferidos com um quadro de asfixia tão grave?

Tais questionamentos motivaram um levantamento no livro de registros do mencionado hospital, em que pudemos constatar que a asfixia perinatal em RNTs é responsável por 19,10% dos internamentos, contribuindo com 20% da mortalidade neonatal deste serviço.

¹Artigo Derivado de dissertação realizada no Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará (UECE), intitulada “O romper do silêncio: evitando vidas desfeitas por asfixia perinatal grave em recém-nascido a termo”.

*Médica Pediatra - Neonatologista do Hospital Infantil Albert Sabin. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. E-mail: liaesmeraldo@yahoo.com.br

**Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Graduação e Pós-Graduação da UECE. E-mail: veracioq@hotmail.com

***Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente Titular da UECE. E-mail: maria.jorge@pq.cnpq.br

Dos sobreviventes, muitos já recebem alta com o quadro de sequelas instalado. Tal incidência dá uma ideia da grave situação neonatal no Estado do Ceará.

Em neonatologia, asfixia é uma situação patológica na qual as trocas gasosas materno-fetais estão alteradas (queda da pO₂ e do pH arterial e aumento da pCO₂) em decorrência de incidentes perinatais, sobretudo durante o trabalho de parto, no parto e mais raramente no pré-natal⁽³⁾. O Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia e a Academia Americana de Pediatria estabeleceram critérios para assegurar a ocorrência de asfixia perinatal. São eles: acidemia profunda, metabólica ou mista (pH menor do que 7,00) em amostra de sangue da artéria umbilical; persistência do boletim de Apgar entre 0 e 3 por mais de cinco minutos; sequelas neurológicas no período neonatal imediato, que incluem a presença de convulsões, hipotonia, coma ou encefalopatia hipóxico-isquêmica e evidência de disfunção de múltiplos órgãos⁽⁴⁾.

A literatura atual mostra um número elevado de asfixias perinatais, pois a incidência mundial mais recente é de 23%. Segundo a Organização Mundial de Saúde, 90% dos recém-nascidos não precisam de atenção ao nascer; 10% necessitam de algum tipo de reanimação e, desses, apenas 1% requer reanimação especial⁽³⁾. A asfixia perinatal ainda contribui de maneira importante para a mortalidade neonatal. É evitável grande parte dos óbitos neonatais precoces associados a processos asfíxicos. A mortalidade neonatal precoce, para a qual a contribuição dos processos de asfixia ocorridos no período periparto está perto de 20 a 25%, é um marcador do desenvolvimento humano nas diversas regiões do mundo. Para diminuir as taxas de mortalidade neonatal precoce, esforços efetivos devem ser feitos no sentido de reduzir as desigualdades sociais, favorecendo o acesso universal da gestante a serviços qualificados de saúde, que incluem, além da assistência adequada à mulher durante o período pré-natal, trabalho de parto e parto, o cuidado ao recém-nascido por parte de profissionais treinados para manter e, se necessário, melhorar as suas condições vitais⁽⁵⁾.

Por ser a asfixia motivo de sofrimento e inquietações, torna-se imprescindível a busca contínua e urgente de medidas para reduzi-la.

Apesar dessa exigência, reina intenso silêncio sobre o assunto. O silêncio é a expressão de muitos sentidos, reduto da possibilidade de o dizer vir a ser outro, pois, antes de ser palavra, o silêncio já foi sentido. O não-dito representa a significação de outras palavras⁽⁶⁾. Com fundamentos nessa premissa, questionamos: quais seriam o sentido e o significado do silêncio de profissionais e familiares dos bebês com asfixia grave? Será que o desinteresse das instituições públicas pela solução dos problemas do povo assumiu tal dimensão que nos tornamos omissos? Por que silenciam as equipes de trabalho diante de um fato tão grave? E os componentes familiares, por que guardam para si a dor do óbito prematuro de seus filhos ou a angústia de cuidar de uma criança sequelada?

Ante tais questionamentos, vale ressaltar o compromisso ético das instituições e dos profissionais com a saúde da população, pois assumir responsabilidade e os cuidados com a saúde de alguém é uma atitude ética. Torna-se importante, ao se discutir saúde, incluí-la como um direito na conquista da cidadania, que envolve diversos componentes de responsabilidade social e ética. Certamente, agir de forma ética envolve parâmetros da categoria e das determinações jurídicas que regulam as ações entre os sujeitos, mas pensar no sujeito ético envolve indagar, problematizar, avaliar e debater antes de partir para a ação⁽⁷⁾.

Diante da problemática exposta, fomos motivadas à realização da pesquisa, trazendo uma abordagem teórica existencial, filosófica e ética a envolver o cuidar em saúde. Acreditamos que os resultados podem subsidiar estratégias para minimizar os agravos à saúde da população-alvo do estudo. Tivemos como objetivo compreender o significado do silêncio dos profissionais de saúde e das mães quanto à asfixia neonatal em bebês nascidos a termo.

PERCURSO METODOLÓGICO

Optamos pela pesquisa qualitativa porque permite a apreensão dos fenômenos sociais, releva a subjetividade e compreende o contexto onde ocorrem as experiências dos sujeitos, com base na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana tal como esta é vivida e

do modo como é defendida por seus próprios agentes em seu cotidiano⁽⁸⁾.

A pesquisa foi realizada em um hospital pediátrico secundário e terciário da rede SUS. Com capacidade para 322 leitos, essa unidade hospitalar funciona como centro de ensino e pesquisa para graduandos de Medicina e profissionais das diversas áreas de saúde. Possui um ambulatório de seguimento de recém-nascidos de alto risco e um serviço denominado Núcleo de Apoio à Vida (NAVI), onde são feitos o acompanhamento e o tratamento precoce das crianças sobreviventes ao internamento em CTI-NEO. Embora não disponha de maternidade, este serviço é capaz de receber um grande número de recém-nascidos e ainda supre a demanda de cirurgia neonatal do Estado do Ceará.

Os participantes da pesquisa foram três equipes distintas: profissionais de nível superior que trabalham na CTI-NEO, junto aos profissionais do NAVI e do Ambulatório de Seguimento de RN de Alto Risco; profissionais de nível médio (técnicos e auxiliares de enfermagem) e familiares das crianças assistidas.

No processo de coleta, desenvolvido de julho a setembro de 2006, utilizamos duas técnicas de apreensão dos discursos: grupo focal e entrevista semiestruturada. Entre as principais vantagens da entrevistas de grupo estão a sua riqueza de dados, o fato de estimularem os respondentes a se lembrar de acontecimentos e a capacidade de ultrapassar os limites das respostas de um só entrevistado⁽⁹⁾.

A amostragem foi intencional, baseada nos critérios predefinidos *experiência com a ocorrência de asfixia perinatal e saturação teórica, ou seja, repetição das informações, sem nenhum conhecimento adicional ou enriquecimento da entrevista*⁽⁹⁾. Nos grupos focais, foram promovidos dois encontros para cada equipe, no total de seis, pois representaram momentos separados para cada categorial profissional e para os familiares para garantir maior liberdade de expressão. O grupo dos familiares contou com 12 participantes, o dos profissionais de nível superior com 18 e o dos profissionais de nível técnico com 11. Ao todo foram 41 participantes dos encontros grupais. Em relação às entrevistas semiestruturadas, foram realizadas 12, das quais, oito com os

familiares e somente quatro com os profissionais. Os participantes foram identificados por letras (M para as mães, PNS para os profissionais de nível superior e PNM para o pessoal de nível médio), seguidas de números pela sequência das entrevistas.

Mediante permissão dos participantes, as entrevistas grupais e individuais foram gravadas e seguiram um roteiro temático para cada grupo. Para as mães, os temas foram “Assistência durante o parto” e “Significado do silêncio-atitude de silêncio diante da doença ou da morte do filho”. Os temas apresentados para os profissionais (técnicos e nível superior) tinham semelhança, mas partiram de reflexões: “Elevado índice de asfixia perinatal” e “Posicionamento da equipe sobre o fato e motivos de silêncio diante da asfixia perinatal”. Nas entrevistas de aprofundamento, seguimos as mesmas temáticas em forma de questão norteadora. Concluída a coleta de dados, todo o material foi transcrito conforme expresso pelos participantes e iniciou-se o processo de organização e compreensão na perspectiva da análise do discurso⁽⁸⁾. Realizamos a ordenação, classificação e agrupamento das ideias expostas sobre os temas, o que possibilitou a contraposição entre as perspectivas de cada grupo entrevistado.

A presente pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do hospital em estudo e aprovada com o número do protocolo 09/2006. Os participantes foram esclarecidos quanto aos procedimentos da pesquisa e todos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, em atendimento à Resolução Nº 196/96 do CNS/MS – Brasil, que regulamenta os procedimentos éticos de pesquisas com seres humanos⁽¹⁰⁾.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Experiências dos sujeitos sobre a asfixia perinatal e compreensão do fenômeno

Nos discursos apreendidos com os entrevistados, observamos diferentes e semelhantes percepções que trazem o significado do silêncio relacionado à asfixia perinatal. Entre as diferentes razões para os motivos do silêncio, os sujeitos manifestaram suas experiências nos temas destacados na fase de análise: **medo,**

transferência de culpa, impotência e negligência. A seguir, descrevemos estes temas com a representação dos significados e discussão com os autores.

Discurso dos sujeitos sobre o medo

Ao buscar compreender o motivo do silêncio sobre a asfixia perinatal nas experiências de profissionais e mães que vivenciaram recentemente esse fenômeno, trazemos à tona discussões que implicam responsabilidades e compromissos éticos. A intenção principal, no entanto, é desvelar parte das razões que levam os sujeitos a silenciar. Consoante mostram os discursos, **o medo** foi a principal causa do silêncio entre os três grupos.

[...] eu tenho medo de [...] d'eu enfrentar ele cara a cara, porque eu sou mais humilde, né? ... a gente não deve confiar em ninguém porque do jeito que a coisa tá (M1).

[...] foi falta de conhecimento, não foi medo! (M3).

[...] processar [...] eu pensei: não vai dar a vida do meu filho fiquei mais do lado espiritual, mas não foi medo (M3).

O medo entre as mães compreende vários sentidos e situa-se entre a ausência de poder e o reconhecimento de que o filho não voltará à vida; mas uma das mães justificou diferentemente seu silêncio, afirmando que foi provocado pelo desconhecimento dos seus direitos.

Observando as manifestações dos profissionais, percebemos que são permeadas de sentimentos e indignação por serem permissivos e silenciarem os casos de asfixia perinatal.

Somos constrangidas dentro desse hospital a não falar a verdade (PNM1).

A gente é conivente com isso porque o sistema nos obriga a ser (PNM2).

Ficou evidente em outros discursos o fato de que o medo está associado ao temor à punição, pois há relação de submissão ao sistema, e ainda há o temor de contestar atitudes profissionais e “comprometer o colega”. Muitas preferem encarar a situação como um mistério.

[...] se a gente for dizer: isso aqui tá errado, você vai bater na sala da direção. Funcionário subversivo! Tem que ser transferido! (PNM3).

[...] até matarem a gente, um doutor do interior com um pistoleiro, ele manda matar (PNM4).

[...] a gente cala [...] porque nós temos algo a perder, nós temos o nosso emprego, nós podemos ser transferidas, podemos ser expulsas, ser devolvidas [...] (PNM1).

Os profissionais de nível superior também manifestam receio de receber punição pela atitude de denunciar, mas também reconhecem a necessidade de mobilizar a equipe, de esta sensibilizar-se e tomar iniciativas diante dos “descasos” de asfixia perinatal.

A gente tem medo é de se prejudicar porque fez isso! Porque compromisso todo mundo tem [...] agora tem medo daquela coisa se virar contra a gente que a gente vê no dia-a-dia (PNS 1).

[...] o que falta também é essa coragem da equipe de se mobilizar, de ter essa sensibilização (PNS 6).

[...] eu acho que muitas vezes nós não falamos com medo de comprometer o outro. Tem que ter uma pessoa de coragem pra justificar (PNS 5).

As reações vão ser grandes! [...] e o que é que a gente faz? sumir. [...] a gente faz de conta que não sabe (PNS 7).

Os discursos dos profissionais parecem simbolizar uma reação de defesa de si mesmos. Eles, os profissionais, manifestam em outros discursos a **transferência de culpa** para superar essa circunstância de mal-estar.

[...] o erro tá na direção do hospital. Sim porque era um médico pra atender várias pacientes (M2).

[...] é uma coisa tão enrolada [...] cheguei lá pra fazer o parto com a doutora. que fez meu pré-natal. Ela disse que se até aquele dia eu não sentisse nada eu fosse que ela tava de plantão, pra fazer uma cesárea. Ela me examinou e disse que meu colo tava fino ia esperar pra ser normal. Me botou no soro e passou o dia. Aí 7h ele passou o plantão dele e não fez o meu parto. Passou a noite e nada. No outro dia, o médico da noite, ainda começou, viu que tava difícil, saiu: já acabou meu plantão, vou sair. Aí quem fez o meu parto já foi o que vinha chegando da manhã. Fez fórcepes, não tinha mais jeito [...] É complicado. Eu vou botar a culpa em quem? Se não sei de quem é a culpa [...] (M2).

Nos discursos das mães há muitas incertezas quanto à responsabilidade pela ocorrência da asfixia perinatal, mas nas entrelinhas eles

evidenciam a negligência do profissional no momento em que este transfere sua responsabilidade ao plantonista do horário seguinte, havendo, assim, retardo na decisão sobre o parto, chegando-se à condição de realizar procedimentos mais invasivos, como parto “fórceps”, por exemplo. Esse procedimento pode ter sido a causa da asfixia perinatal e a falta de cobertura profissional tem forte influência nos “descasos” narrados.

As auxiliares de enfermagem entendem que há desatenção e associam diretamente a culpa ao médico ou à assistente social, enfatizando a competência desses profissionais.

Eu acho que compete ao médico, não compete a nós que somos auxiliares (PNM 4)

A assistente social é quem deve orientar as mães [...] (PNM 6)

Os profissionais de nível superior têm posicionamentos similares ou divergentes em relação aos expostos acima pelas auxiliares de enfermagem:

[...] a responsabilidade é de quem fez o parto, eu não [...] (PNS 10).

[...] eu tô aqui no ambulatório [...] eu não, a maternidade é que é responsável que não dá condições, não eu. O município, o estado, o SUS [...] (PNS 10).

[...] a gente acha que a responsabilidade é sempre do outro, do sistema, da mãe que não fez o pré-natal, da falta de educação, da falta de consciência dos direitos (PNS 8).

O parto só com parteira [...] o descaso com essas mães que estão no interior que é a maior parte que a gente recebe (PNS 9).

[...] vai deixando, vou relaxando. [...] mas no nosso país o que é que importa? O que é que importa pros gestores? (PNS 8).

[...] é falta até de humanização mesmo por parte dos médicos. Quem faz o parto não é o resto da equipe. Infelizmente, né, tá na mão dele, o descaso maior, o erro mesmo, muitas vezes, tá na mão dele. É o que as mães dizem (PNS 7).

Do médico, enquanto profissional, espera-se o compromisso com a preservação da vida. Cabe-lhe empenhar-se exaustivamente nesse sentido. Como observamos, no entanto, os discursos maternos revelam um diálogo marcado pelo pouco interesse do profissional em assumir

o seu compromisso com a mulher em situação de parto e nascimento. De nossa parte, reafirmamos também a “surdez profissional” diante de um estado de saúde que tem riscos e traz assinalados indícios de aumento dos casos de asfixia perinatal.

Discursos dos sujeitos sinalizando a impotência

Os discursos das mães diante da realidade por elas vivenciada estão impregnados de fragilidade e sentimentos de impotência, os quais traduzem a insegurança no sistema público de saúde, que continua excludente e injusto.

[...] porque sempre são ricos, né, eu tinha quem do meu lado? Agora se eu tivesse dinheiro eu enfrentaria (M 6).

[...] porque sou pobre, sou mais humilde, tenho menos condições que ele (M 1).

[...] eu não vou atrás porque eu não ganho [...] ia ser a palavra dele contra a minha (M 8).

[...] porque tem que ter uma prova, como é sem uma prova, né [...] (M 7).

É também comum entre os auxiliares de enfermagem a ideia de impotência pessoal e esperanças de que os “maiores” possam fazer, reportando-se aos gestores do sistema de saúde.

Nós não podemos nos posicionar (PNM 1).

Nós do nível médio esperamos que os grandes façam isso! (PNM 2).

Nós não podemos fazer nada [...] (PNM 6).

Os profissionais de nível superior mostram nos discursos as condições impostas pelo sistema: a falta de estrutura e organização dos serviços. Estes, não obstante a titulação que recebem, apresentam condições precaríssimas, o que impede uma atenção compatível com a necessidade do binômio mãe-filho em processo de nascimento.

[...] os municípios mais pobres do Brasil encontram-se no Nordeste. Você entra numa maternidade, ela é toda pintada, toda bonitinha, tem o selo do UNICEF! Você chega lá não vê nada! O berçário é um quarto com uma mesa. Não tem uma balança! Não tem uma fita métrica! Não tem nada! Esse é o que vai receber um menino. E a sala de parto? A sala de parto de lá é uma mesa [...] não existe um balão de oxigênio. (isso eu tô

falando porque eu vejo!) Como é que esse doutor vai reanimar essa criança? AMBU? Nem pensar! É coisa de Primeiro Mundo!! NADA! Não tem Nada! Nada! Então é humanamente impossível nas condições que você oferece ao médico ter que fazer alguma coisa! (PNS 9).

[...] não adianta nada eu saber a técnica, saber tudo, e não ter o que fazer, porque médico não é milagreiro, não é mágico não. Não adianta nada eu saber reanimar, mas cadê o AMBU, cadê o oxigênio? Fazer respiração boca-a-boca? (PNS 2).

Eu acho que a gente se cala porque não tem jeito a dar [...] (PNS 3).

Estudos mostram que o peso adequado para a idade gestacional reduz o risco de morte, e também acentuam que a taxa de mortalidade por asfixia perinatal está relacionada a falhas no manejo obstétrico e ao atendimento do RN na sala de parto⁽⁵⁾.

Discursos dos sujeitos sobre a negligência

Foram poucas as mães que suscitaram a ideia de descuido ou desatenção por parte dos profissionais na ocasião do parto. Algumas fazem indagações e uma delas ressalta sua trajetória por vários hospitais até o atendimento, mostrando a dificuldade, a falta de acesso a um serviço qualificado para atender a uma demanda já conhecida pelas unidades que organizam a atenção à saúde da mulher.

[...] meu esposo tá questionando: será por que demorou a ir? Eu não demorei a ir. É porque eles não fizeram cesárea, esperaram, né? Sempre eles têm isso de esperar que a mulher vai ter passagem. Eu já tava perdendo líquido no dia anterior e tive que passar por 4 hospitais pra poder vim me atenderem [...] (M 10).

Os profissionais de nível técnico reconhecem a diferença do atendimento nos diversos locais e na Capital do Ceará e sabem que não há igualdade de condições do acesso aos serviços; todavia, o que mais provoca perplexidade diante dos casos de asfixia perinatal é a falta de compromisso e, consoante afirmam, a negligência de alguns profissionais no momento do parto:

[...] no interior isso acontece porque lá não tem condição e aqui na capital a negligência acontece devido ao profissional. Aqui os setores são o quê? – especializados e com recursos! É falta de

compromisso! (PNT 2)

[...] é falta de responsabilidade! A gente que trabalha por lá é que sabe. Eu quando fui parir assisti muitas vezes: “Aguarda aí pro próximo”. Falta o quê? Meia hora. Quer dizer: esperar a passagem do próximo plantão pra poder vir me atender [...] (PNT 1).

[...] agora eles ficam tudo dormindo principalmente de madrugada, quem trabalha em maternidade sabe que é assim, eu já fui parteira e sei como é [...] quando a gente vai chamar o doutor. de madrugada: - “doutor,. a criança tá corando. – tá, perafá que já vou... quando dá fé, o menino nasce na cama do pré-parto[...] (PNT 2).

Os profissionais de nível superior fazem uma análise do problema que envolve falta de compromisso e acomodação. Nesta reflexão sobre o silêncio, sentem que há uma advertência, um alerta para que o silêncio não seja rompido.

[...] calam porque [...] vem, dá seu horário, ganha seu dinheiro e vai embora (PNS 3).

[...] se não levam a coisa adiante é por uma proteção do fulano que induziu a isso (PNS 3).

[...] essa falta que a gente tem sobre o valor da vida (PNS 9).

[...] a gente só não vê se não quer [...] bota uma venda e [...] tá confortável a posição [...] eu não vou, não sou eu [...] na realidade vai passando e ninguém assume nada (PNS 4).

[...] é falta de alerta, de uma advertência desse silêncio ser rompido! (PNS 3).

Em outros discursos, apreendemos fenômenos decisivos que agravam a asfixia em locais onde há deficiência de recursos, como, por exemplo, a transferência da gestante que apresenta complicações em trabalho de parto das maternidades conveniadas com o SUS para instituições públicas e a atuação de um profissional em três especialidades ao mesmo tempo – anestesista, obstetra e neonatologista. Tais evidências mostram negligência do poder público em atender às necessidades de recursos técnicos e humanos capazes de suprir as demandas de saúde da população em geral e, sobretudo, a saúde materna e infantil.

Nos serviços conveniados, o pagamento dos atendimentos é feito por procedimentos e o valor coberto pelo SUS é inferior aos gastos necessários. Então, para obter lucro, as instituições, muitas vezes, prestam um serviço

desqualificado. Na lógica desses serviços, não convém ter pacientes passíveis de apresentar complicações, porque vão ocupar por mais tempo o leito hospitalar⁽¹¹⁾. Deste modo, a mulher com qualquer sinal de complicação é transferida para as instituições públicas e, assim ocorrem as superlotações.

O fato de um mesmo profissional desempenhar várias funções, tanto nos hospitais das diversas cidades do Estado quanto nas maternidades da periferia de Fortaleza, contribui para tornar ainda mais precária a qualidade da assistência às gestantes e aos recém-nascidos. Estas ocorrências demonstram a conivência dos profissionais ao aceitarem esta condição de trabalho, como também a falta de fiscalização dos procedimentos pelos órgãos competentes. Vale salientar que a mortalidade perinatal é identificada como um indicador sensível da adequação da assistência obstétrica e neonatal e do impacto de programas de intervenção nesta área, pela relação próxima com a assistência prestada à gestante e ao recém-nascido⁽⁵⁾. A assistência na fase perinatal tem sido alvo de preocupação, conforme preconizam as políticas nacionais e internacionais, no sentido de proteger a saúde do recém-nascido e da mulher, ampliando as chances de atender às prementes necessidades e reduzir o índice de morbimortalidade materno-infantil⁽¹²⁾.

Ao tratarmos de recém-nascidos e de crianças e famílias que irão conviver a vida toda com as sequelas da asfixia perinatal, somos convidados a nos solidarizar com as vítimas, e mais ainda, a somarmos esforços para não somente romper com o silêncio, mas também buscar opções capazes de transformar essa realidade em uma condição que possibilite o nascimento de crianças saudáveis, reduzindo as estatísticas de morbimortalidade por doenças evitáveis. Após a descentralização da política de saúde, com a transferência de serviços, responsabilidade, poder e recursos da esfera federal para o âmbito estadual e municipal, experimenta-se considerável expansão das redes de serviços e ações de saúde e melhoria na gestão do sistema de saúde, com experiências inovadoras no campo da gestão e do cuidado. Tais avanços ainda estão longe de alcançar a profunda e necessária transformação para que o SUS se torne efetivamente universal, igualitário,

humanizado e resolutivo nos problemas de saúde individual e coletiva⁽¹³⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apreendidos e os discursos dos entrevistados nos deram a compreensão dos principais motivos do silêncio desses sujeitos e nos mostraram uma cadeia de motivos que levam à desqualificação da assistência perinatal, além da trajetória cheia de percalços das gestantes em busca de um local onde seus filhos pudessem nascer. Às dificuldades de acesso hospitalar (falta de integração entre as atenções primárias, secundárias e terciárias) se somam as carências das instituições de saúde, as quais impedem uma assistência monitorada da gestante e inviabilizam intervenções em tempo hábil, impossibilitando o nascimento saudável, o que resulta no aumento da morbimortalidade perinatal e infantil.

As condições de negligência referidas tanto pelas mães como pelos profissionais influenciaram no desenvolvimento de intercorrências patológicas na criança. Nesse contexto, percebemos diversas falhas possíveis de serem sanadas, tais como: o número insuficiente de profissionais responsáveis pelo atendimento em instituições de saúde do Estado; inexistência de condições técnicas para o atendimento obstétrico e neonatal; falta de capacitação de muitos profissionais para o desempenho dos procedimentos e de compromisso profissional com um atendimento qualificado e humanizado.

A asfixia perinatal constitui sério problema de saúde pública, pois eleva a mortalidade infantil e causa sequelas incapacitantes e não deve ser silenciada nem relevada pelos que mantêm o poder de decisão quanto a possíveis mudanças. As circunstâncias requerem responsabilidade e compromisso ético dos profissionais e decisão política para conseguir intervenções que melhorem a qualidade da assistência à população.

Diante dessas considerações e do que estabelece a própria Carta Magna, que coloca a saúde como direito dos brasileiros, urge utilizar mecanismos para denunciar a asfixia perinatal, que provoca agravos à saúde e a morte de tantas crianças.

THE SILENCE IN SEVERE PERINATAL ASPHYXIA IN TERM INFANTS: MOTHERS AND HEALTH PROFESSIONALS DISCOURSE

ABSTRACT

The perinatal asphyxia is a serious problem of public health. It affects a high number of babies who die or survive with sequels. The objective of the study was to understand the meaning of silence of health professionals and mothers about asphyxia neonatal in term infants. This is a descriptive research with qualitative focus carried out from July to September 2007 with 41 professionals of a pediatric hospital and 20 mothers of children that suffered perinatal asphyxia. We used the interview and focal group and apprehended the main motives of silence of these subjects as fear, transference of guilt, impotence, negligence and discredit. The results also show the professional difficulties and the different occurrences that compromise the quality of perinatal assistance and prevent a healthy birth. Thus, there is a need to join efforts and use legal mechanisms to reduce the perinatal asphyxia and produce a care with the family as focus, reducing their suffering.

Key words: Infant, Newborn. Asphyxia Neonatorum. Addresses. Health Personnel. Mothers.

EL SILENCIO EN LA ASFIXIA PERINATAL GRAVE EN RECIÉN-NACIDOS EN TÉRMINO: DECLARACIONES DE MADRES Y DE PROFESIONALES DE LA SALUD

RESUMEN

La asfixia perinatal es un serio problema de salud pública, pues afecta a un número elevado de bebés que mueren o sobreviven con secuelas. El objetivo del estudio fue comprender el significado del silencio de los profesionales de salud y de las madres sobre la asfixia perinatal en bebés que nacen en término. Investigación descriptiva con enfoque cualitativo realizada de julio a septiembre de 2007 con 41 profesionales de un hospital pediátrico y 20 madres de niños que sufrieron asfixia perinatal. Utilizamos la entrevista y el grupo focal y aprehendimos los principales motivos del silencio de estos sujetos como: miedo, transferencia de culpa, impotencia, negligencia y descrédito. Los resultados muestran además las dificultades profesionales y los diferentes acontecimientos que afectan a la asistencia perinatal e imposibilitan el nacimiento saludable. Existe, por lo tanto, una necesidad de sumar esfuerzos y utilizar mecanismos legales para reducir la asfixia perinatal y producir un cuidado que tenga a la familia como objetivo, reduciendo su sufrimiento.

Palabras clave: Recién Nacido. Asfixia Neonatal. Discursos. Personal de Salud. Madres.

REFERÊNCIAS

1 Menezes AMB, Hallal PC; Santos IS, Victora CG, Barros FC. Infant mortality in Pelotas, Brazil: a comparison of risk factors in two birth cohorts. *Rev panam salud publica.* 2005;18(6):439-46.

2 Malta DC, Duarte EC, Almeida MF, Dias MAS, Morais Neto OL, Moura L, et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiol Serv Saúde.* 2007;16(4):233-44.

3 Cifuentes J, Vera K., Cristián; Sat T., Macarena. Asfixia perinatal. *Pediatr. Dia.* 2004; 20(2):50-6.

4 Procianoy R, Leone C. Programa de atualização em neonatologia. Porto Alegre: ArtMed; 2004.

5 Guinsburg R, Almeida MFB. Mortalidade neonatal associada à asfixia perinatal. [Internet]. [acesso 2008 Jun 25]. Disponível em: <http://www.siiicsalud.com/des/expertocompleto.php/93327>

6 Orlandi EP. As formas do silêncio (nos movimentos dos sentidos). Campinas: Ed. Unicamp; 2002.

7 Medeiros GA. Por uma ética na saúde: algumas reflexões sobre a ética e o ser ético na atuação do psicólogo. *Psic Cienc Prof.* 2002;22(1):30-37.

8 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

9 Flick U. Uma introdução à pesquisa qualitativa. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2004.

10 Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução no 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.

11 Associação Paulista de Medicina. SUS: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Atheneu, 2006.

12 Tavares AS, Queiroz MVO, Jorge MSB. Atenção e cuidado à família do recém-nascido em unidade neonatal: perspectivas da equipe de saúde. *Ciênc Cuid e Saúde.* 2006;5(2):196-206.

13 Silva JPV, Lima JC. Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a reforma sanitária brasileira. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, organizador. Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

Endereço para correspondência: Francisca Aurenília Esmeraldo Nogueira. Rua: André Chaves, nº 464 - Montese. CEP. 60416-150, Fortaleza - Ceará. E-mail: liaesmeraldo@yahoo.com.br

Data de recebimento: 21/07/2008

Data de aprovação: 23/03/2009