

## Mortalidade infantil e pré-natal: contribuições da clínica à luz de Canguilhem e Foucault

Paula Pereira de Figueiredo<sup>1</sup>

Wilson Danilo Lunardi Filho<sup>2</sup>

Valéria Lerch Lunardi<sup>2</sup>

Fernanda Demutti Pimpão<sup>3</sup>

Neste estudo de revisão objetivou-se verificar como pesquisas realizadas no Brasil relacionam a mortalidade infantil e o pré-natal e apresentar contribuições da clínica à luz de Canguilhem e Foucault, para a qualificação da assistência. Realizou-se revisão integrativa de literatura a partir de buscas nas bases de dados SciELO, LILACS, MEDLINE e BDEF, no período de 2000 a 2009. A relação entre a mortalidade infantil e o pré-natal refere-se ao número insuficiente de consultas ou à qualidade do atendimento prestado. Mesmo quando o número e a rotina de consultas no pré-natal foram adequados, os óbitos evitáveis estiveram presentes. Para a qualificação da assistência oferecida, sugere-se que sejam considerados o conhecimento clínico e os demais elementos componentes do processo de viver humano, no intuito de que o olhar clínico seja ampliado e articulado às tecnologias disponíveis no sistema de saúde e, em conjunto, consigam contribuir para a redução da mortalidade infantil no Brasil.

Descritores: Mortalidade Infantil; Assistência Pré-Natal; Competência Clínica; Enfermagem.

<sup>1</sup> Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, RS, Brasil. Professor Assistente, Universidade Federal do Pampa, Uruguaiana, RS, Brasil. E-mail: paulafigueiredo@furg.br.

<sup>2</sup> Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Professor Associado, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, RS, Brasil. E-mail: Wilson - lunardifilho@terra.com.br, Valéria - vlunardi@terra.com.br.

<sup>3</sup> Enfermeira, Mestranda em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, RS, Brasil. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). E-mail: fhermandapimpao@yahoo.com.br.

---

Endereço para correspondência:

Paula Pereira de Figueiredo  
Universidade Federal do Rio Grande. Escola de Enfermagem  
Rua General Osório, s/n  
Centro  
CEP: 96200-000, Rio Grande, RS, Brasil  
E-mail: paulafigueiredo@furg.br

## **Infant mortality and prenatal care: contributions of the clinic in the light of Canguilhem and Foucault**

This review study aimed to verify how studies conducted in Brazil have related infant mortality to prenatal care and to present contributions of the clinic in the light of Canguilhem and Foucault for qualification of the care. An integrative literature review was conducted from searches in the databases SciELO, LILACS, MEDLINE and BDNF for the period 2000 to 2009. The relationship between infant mortality and prenatal care is related to the insufficient number of consultations or to the quality of the care provided. Even when the number of and routine consultations in the prenatal care were adequate, avoidable deaths were present. For the qualification of prenatal care, it is suggested that the clinical knowledge and other elements that comprise the process of human living are considered, in order that the clinical view is enlarged and articulated to the technologies available in the health system and, together, they are able to contribute to the reduction of infant mortality in Brazil.

Descriptors: Infant Mortality; Prenatal Care; Clinical Competence; Nursing.

### **Mortalidad infantil y prenatal: contribuciones de la clínica bajo la perspectiva de Canguilhem y Foucault**

Este estudio de revisión tuvo por objetivo verificar cómo investigaciones realizadas en Brasil relacionan la mortalidad infantil y el prenatal, y presentar contribuciones de la clínica bajo el marco teórico de Canguilhem y Foucault para la calificación de la asistencia. Se realizó una revisión integradora de la literatura a partir de búsquedas en las bases de datos SciELO, LILACS, MEDLINE y BDNF, en el período de 2000 a 2009. La relación entre la mortalidad infantil y el prenatal se refiere al número insuficiente de consultas o a la calidad de la atención prestada. Mesmo cuando el número y la rutina de consultas en el prenatal fueron adecuadas, las muertes evitables estuvieron presentes. Para la calificación de la asistencia ofrecida, se sugiere que sean considerados el conocimiento clínico y los demás elementos componentes del proceso del vivir humano, con la intención de que la perspectiva clínica sea ampliada y articulada a las tecnologías disponibles en el sistema de salud y, en conjunto, consigan contribuir para la reducción de la mortalidad infantil en Brasil.

Descriptores: Mortalidad Infantil; Atención Prenatal; Competencia Clínica; Enfermería.

## **Introdução**

A mortalidade infantil constitui-se em importante indicador das condições de vida de uma população, pois revela a organização da gestão e dos serviços de saúde para além da assistência do binômio mãe/filho, uma vez que denota os demais fatores socioambientais implicados no processo saúde/doença. Dentre eles, podem-se destacar o nível de escolaridade da população, a renda *per capita* e o acesso aos serviços de saúde<sup>(1)</sup>.

No ano 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU), ao analisar os maiores problemas mundiais, estabeleceu oito objetivos do milênio, sendo a redução da mortalidade infantil o Objetivo do Milênio 4 (ODM 4), que

visa reduzir em 2/3 a taxa global de mortalidade infantil, entre 1990 e 2015<sup>(2)</sup>.

No que diz respeito ao Brasil, verifica-se avanço na redução da mortalidade infantil nos últimos anos, o que, em parte, pode estar relacionado ao comprometimento dos seus gestores com o alcance dos Objetivos do Milênio. Entretanto, ainda é preciso grande esforço, já que, por exemplo, o coeficiente de mortalidade infantil (CMI) brasileiro, no ano 2009, superou o de países desenvolvidos no final da década de 60 e foi cerca de três a seis vezes maior do que o de países como Japão, Canadá, Cuba, Chile e Costa Rica, no ano 2007<sup>(2-3)</sup>.

Nesse ângulo de visão, o número de óbitos infantis é considerado elevado e incompatível com o desenvolvimento do país, evidenciando a existência de sérios problemas a superar, como, por exemplo, as constantes disparidades regionais. Tais disparidades, no âmbito da saúde, podem estar associadas às características sociais da mãe e da criança (idade, raça/etnia, renda e educação), às características individuais da mãe (conhecimento, atitudes, crenças e práticas de saúde) e aos serviços de saúde (acesso, qualidade do cuidado, tipo de serviço)<sup>(3-4)</sup>.

No tocante aos serviços de saúde, o cuidado pré-natal apresenta-se como o principal fator de impacto para a determinação da mortalidade infantil, ainda que condições socioeconômicas (existência de banheiro em casa, acesso à água tratada, residência em meio rural, idade e *status* nutricional da mãe) sejam favoráveis<sup>(5)</sup>. No que concerne à assistência profissional, compreende-se que a atenção pré-natal deva ser prestada por equipe multiprofissional de saúde, podendo ser realizada pelo médico ou enfermeira, além de outros profissionais. Para tanto, os profissionais em questão precisam utilizar conhecimentos clínicos relativos à sua competência profissional, a fim de poder prestar assistência de maior qualidade ao binômio mãe/filho.

A assistência, por sua vez, deve incluir tanto o saber clínico, pautado nas questões anatomofisiológicas e na aplicação de tecnologias duras, quanto à clínica denominada ampliada. Essa última agrega ao objeto de intervenção as situações que conduzem ou aumentam o risco ou a vulnerabilidade de adoecimento, de forma que se considerem, também e principalmente, os sujeitos, já que é a partir deles e/ou neles que são identificados os problemas<sup>(6)</sup>. Assim, a escuta qualificada, a consideração da singularidade dos sujeitos, a responsabilidade e o compromisso ético dos trabalhadores da saúde para com os pacientes constituem características que permeiam a clínica ampliada<sup>(7)</sup>.

Aproximam-se da concepção ampliada as obras de Foucault<sup>(8)</sup> e Canguilhem<sup>(9)</sup>, as quais também veem na clínica a possibilidade de considerar aspectos contextuais que interferem no processo saúde/doença. Foucault<sup>(8)</sup>, ao contar criticamente a história da clínica, abre espaço para aperfeiçoá-la, resgatando aspectos que não necessariamente se localizam espacial e anatomicamente no corpo doente. Canguilhem<sup>(9)</sup> permite tal aproximação, à medida que destaca a importância de se considerar a opinião do sujeito em relação ao seu estado de saúde, de acordo com a sua individualidade e mediante a observação do seu comportamento. Sendo assim, utilizam-se conceitos como normal, norma e normatividade para elucidar que a saúde pode variar de acordo com cada

sujeito, dependendo do ambiente social e cultural em que esteja inserido e da sua adaptação às condições adversas do viver, desde que seja preservado o desempenho de suas funções e atividades.

Partindo daí, nesse estudo de revisão os objetivos foram verificar como pesquisas realizadas no Brasil relacionam a mortalidade infantil e o pré-natal e apresentar contribuições da clínica à luz de Canguilhem<sup>(9)</sup> e Foucault<sup>(8)</sup>, em direção à qualificação da assistência. Isso se justifica pelo fato de que a análise da mortalidade infantil comumente não contempla a perspectiva mais qualitativa e filosófica da atenção pré-natal, a qual pode ser também relevante para a prática em saúde, em especial de enfermeiras e médicos que atuam diretamente com a gestante.

## Metodologia

O presente estudo caracteriza-se como uma Revisão Integrativa da Literatura, método que fornece compreensão mais detalhada de um problema específico, cuja finalidade é reunir e sintetizar resultados de pesquisa acerca de determinado tema, de maneira sistemática e ordenada<sup>(10)</sup>.

Para a elaboração da revisão integrativa, foram seguidas algumas etapas, propostas pelo autor, consideradas referência no presente estudo<sup>(10)</sup>. A primeira consistiu na identificação do tema e na seleção das questões de pesquisa: qual a relação entre o pré-natal e a mortalidade infantil? Qual pode ser a contribuição da clínica de Foucault e Canguilhem para a qualificação da assistência?

A segunda etapa compreendeu o estabelecimento dos critérios para inclusão e exclusão de estudos, amostragem e a busca na literatura. Salienta-se que a busca e a seleção dos artigos incluídos na revisão foram realizadas por dois revisores, de forma independente<sup>(10)</sup>.

A busca por textos foi realizada pela Bireme, nas seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF), a partir dos descritores "Mortalidade Infantil" and "Assistência Pré-natal", limitando-se ao período de 2000 a 2009. A busca foi realizada no mês de fevereiro de 2010.

A busca teve como critério de inclusão: textos resultantes de pesquisa, publicados em periódicos nacionais em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, que estivessem completos para leitura do conteúdo integral, excluindo-se teses, dissertações e documentos

organizados por órgãos governamentais, tais como o Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde.

A opção por textos publicados em periódicos nacionais constituiu-se em uma estratégia metodológica para a apreensão de pesquisas realizadas exclusivamente no Brasil. A escolha se justificou pela busca de aspectos que refletissem a assistência pré-natal realizada no país e que implicassem diretamente o coeficiente de mortalidade infantil, para que, posteriormente, fosse elaborada uma discussão, levando em conta a realidade brasileira.

Na primeira busca às bases de dados, foram encontrados 27 artigos, sendo que aqueles repetidos foram contabilizados somente uma vez. Além disso, foram excluídos os que não atendiam o objetivo do estudo, resultando em amostra final de dezenove artigos, assim distribuídos: um artigo na BDEF, seis na MEDLINE, nove na LILACS e três na SciELO.

A terceira etapa da revisão integrativa consistiu na definição das informações extraídas dos estudos selecionados, utilizando-se um instrumento para reunir e sintetizar as informações chave<sup>(10)</sup>. Nele, constavam itens como: o número do texto; o título; o periódico em que foi publicado; o ano de publicação; a autoria; o objetivo do estudo; a abordagem metodológica; o tipo de estudo; as características da amostra; a coleta de dados; a análise dos dados; os resultados relacionados ao pré-natal; os resultados relativos à mortalidade infantil; a relação entre pré-natal e mortalidade infantil e as limitações e sugestões evidenciadas pelos autores.

Na etapa seguinte, foi realizada a avaliação dos estudos, que equivale à análise dos dados em uma pesquisa convencional, na qual ocorre o emprego de ferramentas apropriadas<sup>(10)</sup>. A etapa em questão compreendeu a avaliação dos estudos no que diz respeito ao objetivo da presente revisão.

A quinta e última etapa da revisão integrativa correspondeu à fase de discussão dos principais resultados da pesquisa, utilizando-se o referencial de Canguilhem<sup>(9)</sup> e Foucault<sup>(8)</sup>. Desse modo, com base nos resultados da avaliação crítica dos estudos incluídos, realizou-se a comparação com o conhecimento teórico e a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa.

## Resultados

A apresentação dos resultados está dividida em duas etapas: a primeira se refere à caracterização dos estudos que compuseram o *corpus* de análise e a segunda, à relação encontrada na literatura entre a mortalidade infantil e a assistência pré-natal. Apesar de a busca dos textos estar relacionada diretamente à assistência pré-natal, aqueles selecionados para análise enfocaram a correlação entre o pré-natal e o óbito infantil, em meio a outros fatores investigados. Na Figura 1, apresenta-se a síntese dos artigos investigados, segundo a autoria, o ano de publicação, o objetivo e as características da amostra.

Autores/ano	Objetivo	Características da amostra
Poles; Parada (2000) <sup>(11)</sup>	Identificar as causas e o índice de mortalidade neonatal durante o ano 1998, em Botucatu, SP	16 mães (na ausência eram parentes próximos que compareciam)
Poles; Parada (2002) <sup>(12)</sup>	Identificar as causas de mortalidade infantil no ano 1998, em Botucatu, SP, com a finalidade de fornecer subsídios aos serviços de saúde do município, para o planejamento de suas atividades relativas às crianças menores de um ano	23 mães (na ausência eram parentes próximos que compareciam)
Lansky; França; Leal (2002) <sup>(13)</sup>	Avaliar a qualidade da assistência perinatal, utilizando a mortalidade perinatal como indicador de resultado dessa assistência em Belo Horizonte, MG	826 óbitos perinatais, no 2009, de residentes na cidade de Belo Horizonte, MG
Silva; Andrade; Thomson (2002) <sup>(14)</sup>	Conhecer as opiniões de mães de crianças menores de um ano, que morreram em 1997, em Londrina, PR, sobre os serviços de saúde utilizados, e demonstrar a viabilidade e utilidade dos estudos de satisfação de usuários de serviços de saúde	103 mães de crianças mortas com menos de um ano, residentes da cidade de Londrina, PR
Saraceni; Leal (2003) <sup>(15)</sup>	Uma avaliação da efetividade das campanhas, servindo-se do segmento das mulheres grávidas identificadas com sífilis, durante as campanhas, pelos sistemas de informação em saúde (Sinasc, SIM e Sinan), utilizando-se da comparação entre esse grupo e um grupo controle de gestantes não envolvidas na campanha	Gestantes com resultados de testes rápidos positivos para sífilis
Simões; Silva; Bettiol; Lamy-Filho; Tonial; Mochel (2003) <sup>(16)</sup>	Identificar as principais características socioeconômicas, demográficas, antropométricas e comportamentais, bem como os resultados perinatais da gravidez na adolescência. Conhecer os tipos de serviços de saúde utilizados pelas gestantes adolescentes	2.429 mulheres, excluídos partos múltiplos (50), natimortos (48) e os dados ignorados em relação a outras variáveis estudadas (14)
Kilsztajn; Rossbach; Carmo; Sugahara (2003) <sup>(17)</sup>	Descrever a evolução histórica da taxa de mortalidade infantil e da taxa de mortalidade infantil por afecções do período perinatal e os da mortalidade neonatal, por peso ao nascer, e duração da gestação, com o objetivo de mostrar a sua importância, bem como analisar o papel do número de consultas no pré-natal, entre outros fatores de risco	683.637 nascidos vivos e 6.491 óbitos por afecções no período perinatal, na série histórica de 1980 a 2000, no Estado de São Paulo

(a figura 1 continua na próxima página)

## Continuação

Autores/ano	Objetivo	Características da amostra
Araújo; Tanaka; Madi; Zatti (2005) <sup>(18)</sup>	Conhecer as causas e variáveis relacionadas com os óbitos de recém-nascidos (RN) de uma UTI neonatal de referência da Região Sul do Brasil	Total de 2.247 RNs internados na UTI neonatal do Hospital Geral no período do estudo
Goulart; Somarriba; Xavier (2005) <sup>(19)</sup>	Investigar a morte infantil sob a perspectiva das mães	16 mães que perderam seus bebês
Mendes; Olinto; Costa (2006) <sup>(20)</sup>	Identificar fatores de risco associados com a mortalidade infantil e, especificamente, com a mortalidade neonatal	Todos os nascidos vivos entre o período de 2001 e 2002 que completaram o primeiro ano de vida e tinham preenchida a Declaração de Nascido Vivo, cujas mães residissem no município de Caxias do Sul, RS, além dos óbitos ocorridos no mesmo local e período, entre os menores de um ano de idade
Schoeps et al. (2007) <sup>(21)</sup>	Avaliar os fatores de risco da mortalidade neonatal precoce	146 óbitos neonatais precoces e 313 crianças sobreviventes ao período neonatal, na região sul da cidade de São Paulo, no período de 1/8/2000 a 31/1/2001
Carvalho; Brito; Matsuo (2007) <sup>(22)</sup>	Analisar a mortalidade intra-hospitalar dos recém-nascidos de muito baixo peso, considerando a evolução clínica e os fatores associados à mortalidade	Todos os recém-nascidos com peso entre 500 e 1500g, nascidos em Londrina, PR, no período de 1/1/2002 a 30/6/2004, observados do nascimento até a alta ou óbito intra-hospitalar
Aquino; Guimarães; Sarinho; Ferreira (2007) <sup>(23)</sup>	Analisar os fatores de risco associados à mortalidade perinatal no Recife, PE, Brasil, 2003, de acordo com um modelo hierarquizado de determinantes proximais, intermediários e distais	283 óbitos perinatais ocorridos em 2003, com peso ao nascer igual ou superior a 500g, de gravidez única de residentes na cidade do Recife, PE, não portadores de anencefalia
Ventura; Puccini; Silva; Silva; Oliveira (2008) <sup>(24)</sup>	Analisar a expressão da vulnerabilidade e consequentes diferenças de acesso aos serviços de saúde e na ocorrência de óbitos em menores de um ano no município de Embu, SP	Dados provenientes das declarações de óbitos e das famílias de crianças residentes no município de Embu, SP, falecidas nos anos 1996 e 1997, antes de completarem um ano
Matijasevich et al. (2008) <sup>(25)</sup>	Analisar tendências e diferenças da mortalidade perinatal, durante o período de 1982-2004	Dados extraídos de três estudos de coorte, que incluíram todos os nascimentos da cidade de Pelotas, RS, nos anos 1982, 1993 e 2004
Jobim; Aerts (2008) <sup>(26)</sup>	Investigar a associação entre as categorias óbitos evitáveis e não evitáveis da classificação de Ortiz, e as variáveis sociodemográficas, reprodutivas maternas e relacionadas às condições de nascimento da criança	1.139 óbitos de crianças com menos de um ano de idade na população residente em Porto Alegre, RS, ocorridos no período de 2000 a 2003
Nascimento; Costa; Mota; Paim (2008) <sup>(27)</sup>	Identificar possíveis fatores de risco para o óbito de menores de um ano, em Salvador, BA	Todas as crianças que nasceram vivas no ano 2000, cujas mães residiam em Salvador, BA, constituindo-se de 1.016 casos e 2.032 controles
Almeida; Guinsburg; Martinez; Procianny; Leone; Marba; Rugolo; Luz; Lopes (2008) <sup>(28)</sup>	Avaliar os fatores perinatais associados ao óbito neonatal precoce em prematuros com peso ao nascer entre 400 e 1500g	Nascidos vivos com idade gestacional de 23 a 33 semanas e peso de 400 a 1500g, sem malformações, em maternidades públicas terciárias universitárias, entre junho de 2004 e maio de 2005, localizadas em cinco cidades de três Estados brasileiros
Nabhan; Oliveira (2009) <sup>(29)</sup>	Caracterizar os óbitos infantis, segundo as variáveis relacionadas à criança, à mãe e à assistência	Crianças menores de um ano nascidas vivas que foram a óbito no município de Cianorte, PR, de 1999 a 2006

Figura 1 – Síntese dos artigos investigados, segundo a autoria, o ano de publicação, o objetivo e as características da amostra

Das dezenove publicações selecionadas, destaca-se a emergência de um número maior de artigos nos Cadernos de Saúde Pública, os quais concentraram oito estudos; seguido da Revista de Saúde Pública, que publicou cinco artigos.

Quanto ao percurso metodológico, identificou-se o predomínio de estudos do tipo descritivo. Registra-se, também, a existência de um estudo do tipo abordagem quantitativa. Verificou-se, ainda, que alguns estudos utilizaram mais de um método para a coleta de dados, possibilitando a complementação das informações. Sendo assim, destacaram-se como fontes de dados os prontuários da gestante e/ou do recém-nascido, os sistemas de informação em saúde, especialmente o Sistema Nacional de Mortalidade (SIM), o Sistema de

Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e o Sistema de Notificação de Agravos de Notificação (Sinan); além de bases de dados regionais, como da Fundação Seade, de São Paulo, e de entrevistas semiestruturadas.

Para finalizar a caracterização do *corpus*, incluído na revisão integrativa aqui proposta, é igualmente interessante destacar os principais métodos de análise dos dados utilizados pelos autores dos textos. Tendo em vista o objetivo dos estudos e a abordagem quantitativa da maioria, prevaleceram as análises uni e multivariada, com a aplicação de testes como o teste t e o teste  $\chi^2$  bicaudal, além da regressão logística. A seguir, apresentam-se os resultados obtidos pelos estudos acerca da mortalidade infantil e a sua relação com a assistência pré-natal.

## Relação existente entre mortalidade infantil e assistência pré-natal

A relação entre mortalidade infantil e assistência pré-natal, estabelecida nos estudos, refere-se ao número insuficiente de consultas<sup>(20,25,27)</sup> ou à qualidade do atendimento prestado<sup>(24-25)</sup>. Ambos os fatores convergem para o óbito nos primeiros dias de vida da criança, comumente relacionado a causas evitáveis.

Algumas condições maternas, a saber, hipertensão, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, infecções, infecção urinária, hemorragia, anemia e idade gestacional inferior a 37 semanas, despontam como fatores contribuintes para a prematuridade e o baixo peso ao nascer e, conseqüentemente, para o óbito neonatal e infantil. Contudo, os estudos apontam que os óbitos ocorridos podem ser reduzidos por meio de um adequado controle da gravidez no pré-natal<sup>(11,18,22,27)</sup>.

Seguindo-se tal perspectiva, em estudo realizado a partir de 88 óbitos registrados no noroeste do Estado do Paraná, identificou-se que 70,5% dos mesmos foram considerados evitáveis e em 69,4%, a assistência ambulatorial e hospitalar estavam envolvidas, o que poderia remeter, segundo os autores, à necessidade de melhor organização dos cuidados prestados no pré-natal e no setor obstétrico dos hospitais<sup>(29)</sup>.

A prevalência de baixo peso e/ou prematuridade também se mostram relacionadas à assistência pré-natal, constatando-se que a elevação da cobertura e o aprimoramento da assistência pré-natal permitem reduzir a prevalência de retardo do crescimento intrauterino, de prematuridade e do número de nascidos vivos com baixo peso, além dos óbitos por afecções no período perinatal<sup>(17,25,27)</sup>.

Mesmo quando o pré-natal não é objeto central de investigação, desponta como fator a ser considerado para a prevenção da mortalidade perinatal, uma vez que ela se relaciona fortemente ao nascimento prematuro e de crianças de baixo peso. Nesse caso, é recomendado que, além da melhoria na qualidade de vida da população (renda e escolaridade), a garantia da realização de um pré-natal de qualidade seja considerada<sup>(16,23-24)</sup>.

Assim, quando se trata da qualidade da assistência prestada, alguns estudos<sup>(11,13-15,19,21,24,27,29)</sup> apontaram suas fragilidades, entre as quais são destacadas as falhas existentes em relação à informação, ao acesso e à organização dos cuidados de pré-natal. Além disso, foram mencionadas a precariedade da comunicação com o médico ou com o enfermeiro; a desigualdade na relação estabelecida, assim como a necessidade não satisfeita de consumo de medicamentos e outras tecnologias e,

principalmente, a falta de compromisso dos profissionais com a assistência pré-natal. Acrescente-se a falta de atenção no pré-natal, a negligência médica e a não valorização de sinais e sintomas referidos pela gestante, como a perda de líquido amniótico, a elevação da pressão arterial materna e a presença de infecção urinária que, possivelmente, tenha implicado no nascimento prematuro do bebê<sup>(19)</sup>.

Ao encontro do que foi citado, o efeito negativo da assistência pré-natal inadequada ou ausente, sobre a mortalidade neonatal precoce, pode ser resultante da não detecção e da conseqüente falta de tratamento de condições adversas durante a gestação. Além do número de consultas realizadas, o início precoce do pré-natal, no primeiro trimestre, a solicitação de exames de rotina e os cuidados dispensados ao binômio mãe/filho são considerados importantes para a redução dos óbitos<sup>(21)</sup>. Seguindo-se a perspectiva de identificação de doenças maternas durante o pré-natal, a realização de campanhas para a detecção de sífilis, no município do Rio de Janeiro, chamou a atenção dos profissionais da saúde para o fato de que os atos da rotina de pré-natal não estavam resolvendo o problema da sífilis congênita, nos serviços investigados<sup>(15)</sup>.

Além dos aspectos até aqui evidenciados na literatura, a fragilidade da assistência pré-natal também foi identificada, no final da gestação, sendo que as mortes anteparto de crianças com peso maior que 2500g mostraram relação direta com essa assistência. No caso citado, foi constatado que a qualidade do atendimento precisa ser avaliada, bem como a existência de práticas indesejadas, como a denominada "alta do pré-natal", sem provisão de continuidade da assistência à gestante, até o momento do parto<sup>(13)</sup>.

Quando foi investigada a opinião de mães de crianças menores de um ano que morreram, em Londrina, PR, observou-se a prevalência de aspectos negativos, relativos à assistência recebida, com relevância para as questões técnicas e de orientação. Os problemas na organização do atendimento apareceram em segundo lugar, com destaque para reclamações quanto à demora no atendimento e à dificuldade para agendas e consultas pré-natal<sup>(14)</sup>.

Ao contrário desses achados, estudo<sup>(11)</sup> sobre a mortalidade neonatal mostrou que, mesmo com a realização de pré-natal com início precoce e de adequado número de consultas, com a realização dos exames laboratoriais de rotina e de ultrassonografias, ainda existe a possibilidade de desfecho desfavorável da gestação. Isso evidencia que apenas uma boa cobertura numérica do atendimento pré-natal não garante a prestação de assistência de qualidade<sup>(11,24,26)</sup>.

Sendo assim, mesmo quando não há associação estatisticamente significativa entre os óbitos evitáveis e o pré-natal, situações como a baixa escolaridade materna, presença de filhos nascidos mortos e o parto cesariano, consideradas como comportamento de risco para a mortalidade infantil, são identificadas como passíveis de intervenção por meio de atenção qualificada ao binômio mãe/filho<sup>(26)</sup>.

A ampliação do acesso e da qualidade do pré-natal, portanto, pode ter impacto positivo na redução da mortalidade neonatal precoce, salientando-se que a busca por informações sobre nascimentos prévios de baixo peso e indicadores de violência doméstica, dentre outros fatores de risco, podem oferecer condições mais adequadas para o seguimento das gestantes<sup>(21)</sup>.

## Discussão

Os estudos sintetizados na revisão integrativa de literatura apontam, sobretudo, fragilidades na qualidade da assistência pré-natal, pois, mesmo quando os textos se referiam à quantidade de consultas realizadas durante a gestação, os autores comumente indicaram a necessidade de qualificação do atendimento como estratégia para a redução da mortalidade infantil. Por outro lado, a abordagem da qualificação mostrou-se superficial, no sentido de que não problematizava nem sugeria como a qualificação requisitada poderia acontecer e a que exatamente estaria relacionada.

Alguns aspectos puderam ser ressaltados, dentre eles, a mudança na organização do trabalho nos serviços de saúde, de modo a melhorar as condições de acesso da gestante à assistência, o que implica a revisão das rotinas para a sua captação precoce, no agendamento das consultas e na redução do tempo de espera para o atendimento. Assim como os aspectos elencados, a falta de compromisso dos profissionais e as suas dificuldades de comunicação com as gestantes foram também evidenciadas.

As questões apontadas permeiam a concepção de clínica tomada no presente estudo, que critica a forma padronizada com que muitas vezes a assistência à saúde é conduzida, desconsiderando a gravidade e/ou as necessidades dos sujeitos, por meio de postura profissional caracterizada pelo afastamento, pela fixação em procedimentos técnicos padronizados, pela dificuldade em escutar as queixas e pela impossibilidade de estabelecer uma comunicação para além da sequência automática de procedimentos<sup>(30)</sup>. Somada a isso, identifica-se a relevância de abordagem ampliada da clínica, tendo em vista as manifestações de insatisfação das mulheres

quanto às questões técnicas e de orientação no pré-natal, à não valorização de sinais e sintomas relatados por elas e à evidência de doenças evitáveis como responsáveis pela mortalidade infantil. A persistência de óbitos infantis atribuídos a causas evitáveis, mesmo com o atendimento das rotinas estabelecidas para um adequado pré-natal e satisfatória cobertura numérica da assistência, sustenta o destaque ao conhecimento clínico como objeto de maior discussão do presente texto.

Para tanto, torna-se relevante tecer algumas considerações acerca do olhar clínico, a partir da afirmação de que "na clínica, o que se manifesta é originariamente o que fala"<sup>(8)</sup>. Logo, entende-se que a linguagem falada na clínica relaciona-se às manifestações referidas como patológicas pelo indivíduo que procura o serviço de saúde, em razão das manifestações anormais do seu organismo. Corrobora-se, portanto, a seguinte afirmação: "em última análise, são os doentes que geralmente julgam, de pontos de vista muito variados, se não são mais normais ou se voltaram a sê-lo"<sup>(9)</sup>.

Entretanto, "o médico clínico, em geral, limita-se a entrar em acordo com seus clientes para definir o normal e o anormal, segundo as normas individuais dos próprios clientes"<sup>(9)</sup>, o que leva a uma aproximação com os resultados encontrados na revisão integrativa, nos quais aparece a não valorização das queixas das gestantes por parte dos profissionais que realizaram o pré-natal.

A respeito disso, ressalta-se um aspecto que pode colaborar para a qualificação da assistência pré-natal: a consideração da percepção da gestante sobre o seu próprio estado de saúde ou de doença. Considera-se que ninguém é melhor do que ela para definir e identificar modificações no funcionamento do próprio organismo, pois é a partir do que as referidas modificações representam no desenvolvimento de suas atividades de vida diária, quer dizer, de sua normatividade, que é possível realmente definir o seu estado normal ou patológico.

Além disso, a valorização da queixa perpassa a observação clínica dos sinais e sintomas e o levantamento minucioso das informações junto à gestante, de modo a tornar o enunciável visível. Isso significa materializar o que foi referido em um conjunto de manifestações passíveis de definir um determinado quadro clínico e, conseqüentemente, empreender a terapêutica adequada para o caso.

Visto que, para o exercício da clínica, é preciso saber identificar as manifestações violadoras da norma, ou seja, dos parâmetros de normalidade pré-estabelecidos, considera-se a observação como um dos métodos que deveriam ser mais utilizados na assistência à gestante. A observação aqui é entendida como "a arte de estar em

relação com as circunstâncias que interessam, receber as impressões dos objetos como nos são oferecidas e delas tirar as induções que são suas justas consequências<sup>(8)</sup>.

Seguindo tal perspectiva, a observação clínica supõe a organização de dois domínios conjugados: o hospitalar e o pedagógico<sup>(8)</sup>. No que se refere ao primeiro, é sugerida a retirada do indivíduo do seu meio natural, ou seja, da família, para que se possa observar o fato patológico na sua singularidade de acontecimento. Isso é justificado pelo fato de que o domínio hospitalar possibilitaria neutralidade homogênea para a observação clínica de sinais e sintomas, justamente pela possibilidade de acompanhamento sistemático do doente, sem interferências externas que modifiquem sua condição. Isso levaria à análise da verdade e colocaria de lado os fatores extrínsecos ao adoecimento.

Para a qualificação da assistência pré-natal, entretanto, é preciso voltar o olhar clínico para a gestante, nos âmbitos familiar e comunitário. Com isso, seria formado um vínculo com a mulher, o qual promoveria o acompanhamento contínuo e longitudinal da gestação, atendendo aos mesmos princípios do domínio hospitalar, uma vez que seriam apreendidas as mais diversas manifestações patológicas a que está sujeito o binômio mãe/filho, suas modificações, repercussões e consequências para o bem-estar de ambos.

A história obstétrica pregressa da mulher, a investigação do nascimento de bebês de baixo peso em outras gestações, além da presença de violência doméstica na gestação atual foram fatores identificados na literatura consultada e surgem como elementos a serem observados por ocasião do encontro entre a gestante e o profissional de saúde. A abordagem ampliada vai ao encontro da perspectiva de que "o homem, mesmo sob o aspecto físico, não se limita a seu organismo. O homem, tendo prolongado seus órgãos, por meio de instrumentos, considera seu corpo apenas como um meio de todos os meios de ação possíveis. É, portanto, além do corpo que é preciso olhar, para julgar o que é normal ou patológico para esse mesmo corpo"<sup>(9)</sup>.

Sendo assim, a violência e os aspectos sociais que influenciam o processo de adoecimento também representam fatores de risco para a mortalidade infantil e precisam ser mais bem explorados durante a assistência pré-natal, a fim de que possam ser identificados e considerados na instituição da terapêutica aplicada a cada um dos indivíduos, aqui compreendidos como o binômio mãe/filho.

As questões levantadas se dirigem a uma concepção mais ampla da clínica, cujo foco de atenção modifica-se, no sentido de estender o paradigma biológico à subjetividade dos sujeitos, de modo a superar a visão clínica do normal

e patológico, e conduzi-la a outros pontos/tópicos que igualmente podem influenciar a determinação do processo saúde/doença<sup>(6)</sup>. Ao encontro disso, ratifica-se que a clínica assume a atribuição de descobrir segredos, ou seja, vai além do que é visível. Não obstante, para o seu exercício, são necessárias sagacidade, atenção, exatidão, destreza e paciência; somente assim o olhar clínico pode articular o que é dito e o que se diz<sup>(8)</sup>.

Por fim, é preciso discutir a qualificação da assistência pré-natal, mesmo para aquelas mulheres que realizam o número adequado de consultas, pois, segundo a literatura, elas também apresentam problemas e podem ter desfecho desfavorável da gestação. É necessário considerar que as ações de rotina do pré-natal apresentam fragilidades na identificação e no tratamento de doenças passíveis de prevenção, como a sífilis congênita, a hipertensão arterial, a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia, a infecção urinária e demais infecções maternas.

Pelas razões expostas, recomenda-se o olhar atento dos profissionais de saúde para o conhecimento clínico, prática que se tem revelado potencial instrumento de trabalho, o qual pode viabilizar atendimento diferenciado para a gestante e o seu bebê. Sob o prisma analisado, é preciso entender que o número de consultas e o atendimento da rotina de exames do pré-natal não garantem a qualificação da assistência. Não basta ter acesso aos serviços de saúde e aos exames, é preciso que os profissionais responsáveis pelo atendimento tenham e utilizem o conhecimento clínico, pois é ele que fornece os subsídios necessários para a intervenção nas situações adversas, contribuindo para a redução da mortalidade infantil.

Em outras palavras, "apesar do microscópio ser capaz de servir à clínica, é a clínica que deve informar o microscópio"<sup>(9)</sup>. O que significa dizer que os equipamentos e exames de última geração existentes, por si só, não são sinônimos de boa assistência, se, por trás deles, não houver um profissional de saúde com domínio do conhecimento clínico para proceder à interpretação dos resultados.

Além disso, "um microscópio, um termômetro, um caldo de cultura não podem conhecer uma medicina que o médico por ventura ignore. Fornecem, apenas, um resultado. Este resultado não tem, por si, nenhum valor diagnóstico. Para fazer um diagnóstico, é preciso observar o comportamento do doente"<sup>(9)</sup>.

### Considerações finais

A mortalidade infantil esteve relacionada ao pré-natal nos diferentes estudos realizados no Brasil, enfocando ora o número insuficiente de consultas, ora a qualidade da



assistência prestada. Porém, mesmo quando o número e a rotina de consultas no pré-natal foram adequados, os óbitos evitáveis estiveram presentes, evidenciando que não somente os aspectos quantitativos e a rotina precisam ser atendidos, mas, também, a qualidade do atendimento necessita ser revista. Apesar de vários estudos reconhecerem tais fragilidades na assistência, os autores não apontaram meios de qualificar o pré-natal. Da mesma literatura investigada, não se depreendeu a retomada do conhecimento clínico como potencial instrumento para a organização do trabalho da enfermagem e da saúde, o que foi possibilitado pela discussão mais ampliada da clínica à luz de Canguilhem e Foucault, neste estudo.

Assim, a partir de breve retomada dos conceitos de normal e patológico e de elementos integrantes da história da clínica, espera-se que a discussão realizada possa contribuir para mudar o foco da gestação para a gestante. O que não significa menosprezar os aspectos clínicos e biológicos presentes na gestação, mas incluir a consideração da mulher em sua singularidade e subjetividade, sem perder de vista sua inserção em um contexto social.

Ao contrário do que conta a história da clínica, não se pode permitir que, ainda hoje, tantas crianças morram em nosso país, considerando o aporte tecnológico disponível, atualmente. É preciso, pois, explorar e consolidar o conhecimento clínico já existente e direcioná-lo a favor da vida. Sendo assim, sugere-se que, para a qualificação da assistência pré-natal, sejam levados em conta o conhecimento clínico e os demais elementos que compõem o processo do viver humano, no intuito de que o olhar clínico seja ampliado e articulado às tecnologias disponíveis no sistema de saúde e, juntos, consigam contribuir para a redução da mortalidade infantil no Brasil.

## Referências

1. Chan MF, NG WI, Van IK. Socioeconomic instability and the availability of health resources: their effects on infant mortality rates in Macau from 1957-2006. [Cultural perspectives]. *J Clin Nurs*. 2009;19:884-91.
2. UNICEF. Situação mundial da infância 2009: saúde materna e neonatal. [Internet]. [acesso 7 ago 2010]. Disponível em: [http://www.unicef.pt/docs/situacao\\_mundial\\_da\\_infancia\\_2009.pdf](http://www.unicef.pt/docs/situacao_mundial_da_infancia_2009.pdf).
3. Ministério da Saúde (BR). Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê do óbito infantil e fetal. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009. 77 p.
4. Walker LO, Chesnut LW. Identifying health disparities and social inequities affecting childbearing women and infants. *JOGNN*. 2010;39:238-338.
5. Hong R, Ruiz-Beltran M. Impact of prenatal care on infant survival in Bangladesh. *Matern Child Health J*. 2007;11:199-206.
6. Campos GWS. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde, 2006. [Internet]. [acesso 2 ago 2010]. Disponível em: [http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms\\_v2/Downloads/05062008\\_Gastao\\_CI%C2%A1nica\\_Saude\\_Coletiva\\_compartilhadas.pdf](http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms_v2/Downloads/05062008_Gastao_CI%C2%A1nica_Saude_Coletiva_compartilhadas.pdf)
7. Ministério da Saúde (BR). HumanizaSUS: A clínica ampliada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2004. 18 p.
8. Foucault M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1977.
9. Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1978.
10. Whittemore R. Combining evidence in nursing research: methods and implications. *Nurs Res*. 2005. Jan-Feb;54(1):56-62.
11. Poles K, Parada CMG L. Mortalidade neonatal em 1998, no município de Botucatu – São Paulo. *Rev. Latino Am. Enfermagem*. 2000;8(3):67-75.
12. Poles K, Parada CMGL. Mortalidade infantil em município do interior do Estado de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. 2002;36(1):10-7.
13. Lansky S, França E, Leal MC. Mortes perinatais evitáveis em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(5):1389-400.
14. Silva AMR, Andrade SM, Thomson Z. Opiniões de mães de crianças que morreram no primeiro ano de vida no município de Londrina, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública*. out 2002;18(5):1295-302.
15. Saraceni V, Leal MC. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbimortalidade perinatal, município do Rio de Janeiro, 1999-2000. *Cad Saúde Pública*. set-out 2003;19(5):1341-9.
16. Simões VMF, Silva AAM, Bettiol H, Lamy-Filho F, Tonial SR, Mochel EG. Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(5):559-65.
17. Kilsztajin S, Rossbach A, Carmo MSN; Sugahara GTL. Assistência pré-natal, baixo peso ao nascer e prematuridade no estado de São Paulo, 2000. *Rev Saúde Pública*. 2003;37:303-10.
18. Araújo BF, Tanaka ACA, Madi JM, Zatti H. Estudo da mortalidade de recém-nascidos internados na UTI neonatal do Hospital Geral de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. *Rev Bras Saúde Materno Infantil*. out-dez 2005;5(4):463-9.
19. Goulart LMHF, Somarriba MG, Xavier CC. A perspectiva das mães sobre o óbito infantil: uma investigação além dos

- números. Cad Saúde Pública. mai-jun 2005;21(3):715-23.
20. Mendes KG, Olinto MTA, Costa JSB. Case-control study on infant mortality in southern Brazil. Rev Saúde Pública. 2006;40(2):240-8.
21. Schoeps D, Almeida MF de, Alencar GP de, França I Jr, Novaes HMD, Siqueira AAF de, et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce. Rev Saúde Pública. 2007;41(6):1013-22.
22. Carvalho ABR, Brito ASJ, Matsuo T. Assistência à saúde e mortalidade de recém-nascidos de muito baixo peso. Rev Saúde Pública. 2007;41(6):1003-12.
23. Aquino TA, Guimarães MJB, Sarinho SW, Ferreira LOC. Fatores de risco para a mortalidade perinatal no Recife, Pernambuco, Brasil, 2003. Cad Saúde Pública. dez 2007;23(12):2853-61.
24. Ventura RN, Puccini RF, Silva NN, Silva EMK, Oliveira EM. The expression of vulnerability through infant mortality in the municipality of Embu. São Paulo Med J. 2008;126(5):262-8.
25. Matijasevich A, Santos IS, Barros AJD, Menezes AMB, Albernaz EP, Barros FC, et al. Perinatal mortality in three population-based cohorts from Southern Brazil: trends and differences. Cad Saúde Pública. 2008;24 Sup 3:5399-408.
26. Jobim R, Aerts D. Mortalidade infantil evitável e fatores associados em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2000-2003. Cad Saúde Pública. jan 2008;24(1):179-87.
27. Nascimento EMR, Costa MCN, Mota ELA, Paim JS. Estudo dos fatores de risco para óbitos de menores de um ano mediante compartilhamento de bancos de dados. Cad Saúde Pública. 2008;24(1):2593-602.
28. Almeida MFB, Guinsburg R, Martinez FE, Procianoy RS, Leone CR, Marba STM, et al. Perinatal factors associated with early deaths of preterm infants born in Brazil Network on Neonatal Research centers. J Pediatr. 2008;84(4):300-7.
29. Nabhan SS, Oliveira RZ. Óbitos infantis, características maternas e de assistência em município da região noroeste do Paraná, Brasil, 1999 a 2006. Acta Scientiarum Health Sci. 2009;31(1):71-6.
30. Campos GWS. Saúde Paideia. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2003.

Recebido: 12.1.2011

Aceito: 11.10.2011

### Como citar este artigo:

Figueiredo PP, Lunardi Filho WD, Lunardi VL, Pimpão FD. Mortalidade infantil e pré-natal: contribuições da clínica à luz de Canguilhem e Foucault. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. jan.-fev. 2012 [acesso em: / / ];20(1):[10 telas]. Disponível em: \_\_\_\_\_

URL

dia  
ano  
mês abreviado com ponto