

dra. mandou tentar o peito e ela pegou e foi melhorando aos pouquinhos, eu chorava muito, não conseguia entender porque aquilo, orava muito a Deus, mas não conhecia como hoje.

Ela mamava muito e então chorava muito era querendo mamar não dava conta, a dra. viu que não se fartava, passou um leite, ela continuava internada e ficou no soro 15 dias. Capacete de oxigênio, 7 dias remédio pra infecção na veia, gardenal, quando ela teve alta, com 15 dias, senti um alívio grande, mas começou o que eu não sabia, pra mim o pesadelo tinha passado.

Quando fui pra primeira consulta com a neurologista ela tinha um mês e dez dias. No prontuário tinha tudo, anóxia cerebral, lesão no cérebro, enfim a dra. foi muito sincera comigo, contou tudo, que ela ia ficar tomando remédio para convulsão, que poderia não andar, falar, pegar ou não, falou das dificuldades que eu ia enfrentar, eu fiquei péssima, começou a depressão, comecei a ter raiva da Vivi sem motivo, tirei o leite de peito, chorava muito, tinha raiva do meu marido, brigávamos muito, eu cuidava dela muito bem, não faltava nada, mas lá no fundo sentia chateada.

A minha irmã era crente, comecei a ir a Igreja com ela, e fui melhorando o ânimo, e ela também. Comecei a aceitar a situação, na próxima consulta com 3 meses e 8 dias levei a pediatra, ela perguntou tudo, contei. Graças a Deus eu já estava melhor, brigou por causa do leite de peito, mas não tinha mais jeito, passou outras dietas, e encaminhou para a estimulação precoce, foi pra fonoaudióloga com 9 meses, fisioterapia com 11 meses, ela começou a rir com 5 meses, ela até 10 anos não fala, não senta, não pega, não anda mas expressa tudo com o olhar, o rir, o chorar, conhece tudo e todos, fica na cadeira de rodas grande parte do tempo, até hoje faz fisioterapia e fonoaudiologia, neuropediatria e pediatria. Eu acho que somos felizes, pois enfrentamos essa barra juntas com Jesus, desejo muito que isso nunca mais aconteça nem comigo nem com ninguém, só Jesus é a nossa força pra seguir adiante

enrolar ela, pois dizia que ela estava com frio, mas não parava de tremer e nem de chorar.

Chegou às 16h, hora da visita, o meu marido quando viu ficou indignado, chorou muito, a cabeça cheia de feridas, eu contei tudo para eles, eles ficaram com ódio do dr. pois eu sofri esperando por ele e ele não ligou nem apareceu, a noite às 20:00, ele veio onde eu estava e me pediu desculpa se explicando, mas ao mesmo respeito não falou nada, e a menina todo tempo chorando, eu dizia, isso é dor de cabeça que ela sentia.

Ele veio, viu a menina e passou uma injeção de dipirona, essa injeção parou total a menina, a menina ficou dormindo e aí percebi que ela estava ficando roxa, o nariz e a boca, falei pra enfermeira ela furando a menina pra colocar o soro e a menina não chorava, ela botou o soro e no oxigênio e ficou até de manhã.

Eu chorava muito e não entendia nada, ficava do lado o tempo todo, a manhã do dia 15/09/96 às 9:00h era a visita, quando a minha família viu a situação, viram que a coisa era séria, a menina no oxigênio no soro, todo tempo dormindo, quando eles foram embora eu me senti horrível, me senti só, chorando muito, parecia que eu ia morrer, passei a manhã, quando chegou a tarde ela começou os olhos a virar e ela tremia muito e toda roxa, corri e fui ligar pra minha família e foram me buscar, eu estava em pânico, na hora não tinha médico, a enfermeira não queria deixar eu sair, dizia: - 'se a menina morrer a culpa ia ser minha', eu disse: - 'ela vai morrer é aqui', assinei o termo e vim embora.

A menina com a perna inchada do soro mal colocado, sem chorar, pálida e dormindo muito, cheguei, tomei um banho e fui para o HIAS às 17h, no tempo, a emergência estava de reforma, mas o médico me atendeu super bem, ele disse logo: - 'esta menina está quase morta', levou para sala de oxigênio, fez exames de sangue, a enfermeira furava e ela não chorava, ela ficou internada domingo 15/09/96 passou a noite inteira roxa, e dando convulsões.

No dia seguinte o resultado dos exames era hipoglicemia, infecção no sangue, apnéias de repetições e várias convulsões. Ela ficou 4 dias esperando uma vaga no CTI. Nesses quatro dias ficou do mesmo jeito, todo tempo dormindo e não chorava, na quinta 19/09/96 ela foi para o bloco A, na sexta ela abriu os olhos e a

falado com ele não apareceu. Passou 24h, 2h, 5h. Eu chorava, eu gemia, estava numa sala com várias mães elas num instante tinham e eu nada. Já na manhã do dia 14/09/96, 6:30h do sábado pedia muito para fazerem o cesáreo, ninguém me ouvia. Às 7h o médico disse: - 'leve ela pra sala' e me levaram andando eu não tinha mais forças, eu disse pra elas tanto que eu pedia o cesárea mas elas disseram: - 'aqui só faz se for necessário' e 'que eu agüentava pois eu tinha uma bacia muito boa pra ter normal'.

O médico fez o toque e viu que eu continuava do mesmo jeito. Foi que ele falou: - Traz os ferros e eu confiando que era o cesáreo. Foi fórcepes. Não tinha força, ele arrancou a menina de mim e fiquei quase desmaiada.

Pensava que tudo o que estava acontecendo era normal, aceitei tudo sem reclamar. Senti uma tamanha dor inexplicável. Ela, a menina, eu não vi na hora. Ela nasceu às 7:30h no dia 14/09/96 do sábado. Ele me costurou e me acordou. - 'Depois você vai ver sua filha'.

A enfermeira me levou para o quarto numa cadeira de rodas. Eu não estava podendo me sentar, quando cheguei no quarto, perguntei pela menina, ela disse que estava tudo bem que eu não me preocupasse, que ela está bem, e que tudo deu certo, que eu ficasse deitada que eu teria pequenos calafrios e que seria normal, foi só ela falar que começou os calafrios, eu batia os queixos e me tremia muito. Foi horrível! Suava muito, fiquei assim por 4 horas, depois que passou pedi pra ver a menina, ela foi logo dizendo: - 'não se preocupe com os ferimentos na cabeça, que fazia parte dos procedimentos ocasionados pelo parto e que era normal'.

Quem trouxe foi a médica, não sei o nome dela, ela disse: - 'sua filha nasceu com um pouquinho de falta de oxigênio, mas já tinha passado e estava tudo bem'. Vi ela às 11:00 h do dia 14/09/96.

Quando vi a bichinha a cabeça cheia de feridas dos ferros, ela e eu chorávamos muito. Agüentei tudo calada, achando tudo normal, fiquei com ela na cama, mas ela chorava muito, não parava, a médica pediu para colocar no peito, poderia ser fome, mas ela não queria, ela começou a tremer a médica mandou eu

fale a Deus que venha dar sabedoria aos médicos e que um dia eles encontrem um remédio para recuperar as células que foram mortas e quando eles encontrarem você vai começar a melhorar' Ele aceitou e em seus gestos ele disse: 'mãe, me sinto melhor agora sim me sinto na esperança de um dia andar. Vou pedir a todos que orem por mim.' E assim ele fez. Começou a pedir a todos que se aproximava dele. Olhava para os céus e suas perninhas. É isso. Ter o Bruno é: alegrias, descobertas, paciência, dificuldades, tristezas...

No momento do meu parto fui muito mal assistida. Amigos me aconselharam levar o caso adiante. Meu agradecimento era tão grande pelo Bruno está vivo que eu não queria falar nisso. Me arrependo por ter me calado. Fui egoísta. Não pensei nas conseqüências que iriam surgir pela frente, pois foi ele que passou pelas privações.

Quarta mãe

Meu nome é Ana minha filha é Viviane. Engravidei no mês de dezembro de 1995, uma gravidez normal, enfim tudo normal. Fiz pré-natal tudo certo.

Senti as dores do parto no dia 12/09/96 às 23h, numa quinta-feira à noite. Fiquei aguentando até as 6h da sexta-feira 13/09/96.

Minha irmã conhecia um médico que ela fazia as unhas da esposa dele. Ela tinha comentado dias antes para ele me atender. Quando cheguei lá, no hospital que ele trabalhava às 6h ele estava lá, fez o exame de toque e eu estava com 2cm e que ia demorar muito. Disse que era melhor eu voltar pra casa e voltar lá para as 19h.

Passei o dia inteiro sentindo muitas dores, perdendo líquido e achava normal pois ele era médico e sabia o que estava falando. Todos diziam vai pra outro lugar, você está sofrendo muito. Então agüentei até 19h da noite.

Enfim fui sem perda de tempo confiando que seria logo pois tinha passado a noite e o dia inteiro sofrendo quando cheguei lá o dr. não estava lá, minha irmã ligou pra ele e ele disse que estava chegando o médico de plantão. Na sexta à noite, foi que fez o toque e disse que ainda estava com 2cm e disse: - você vai ficar, lá pra meia noite você vai ter o seu bebê. Então fiquei. O dr. que minha irmã havia

horas antes do seu nascimento não me deram a assistência que eu tinha direito e necessitava.

Pensei em entrar na justiça e abrir um processo contra os médicos, mas desisti quando uma advogada me falou que seria quase impossível conseguir algum sucesso quando se move uma denúncia como esta.

Terceira mãe

Meu nome é Marta, mãe do Bruno. Pra mim se na vida temos tantos obstáculos, lutas em nossos dias, se torna dez vezes a mais ter filho com seqüela de asfixia. Tenho que ser bastante inteligente. Temos que fazer vários momentos prazerosos no nosso dia, mesmo quando tudo se torna ao contrário. Tornar pequenos gestos do Bruno em grandes coisas. Se não for assim a nossa caminhada se torna mais cansada.

Eu me sinto especial por ter capacidade de cuidar do Bruno, dialogar com ele. Enfim ser amiga pois muitas vezes com meu coração chorando tenho que mostrar através de um olhar firme que está tudo bem. Quando eu falo em dificuldade estou me referindo aos sentimentos do Bruno. Um certo dia olhando para o Bruno brincando tive vontade de fazer uma pergunta: filho você é feliz? Perguntei pensando eu que sabia a resposta. Pra minha surpresa, respondeu balançando a cabeça. Disse: 'NÃO'. Tornei a repetir e a resposta foi a mesma. Pois através de seus gestos falou assim: 'mamãe, pra mim ser feliz eu preciso andar pra todo canto igual a senhora, o papai e a Aninha. Me sinto triste por não conseguir. Eu quero andar, escrever com as minhas mãos, me ajuda mãe!' Isso me deixou muito surpresa pois percebi o quanto é inteligente.

Uma vez levei ao SARA consulta de rotina e lá ele me deu bastante trabalho pra mim como a doutora. Queria uma coisa. Só no final eu entendi. Queria que a doutora fizesse ele andar.

Ela explicou: 'Bruno, você anda de maneira diferente, na cadeira. Outros andam sem cadeira'. Mas ele veio até em casa inconformado com a resposta. 'Falava' pra todos que se aproximava a mesma coisa muito triste olhando para as perninhas e dizia: 'Não'. Só veio melhorar quando eu disse: 'Bruno, em suas orações

nossa vida. Minha e do pai. A nossa vida é totalmente dedicada a ele, na esperança de um dia melhorar. Tudo é possível quando acreditamos não é?

No momento que meu filho nasceu eu fiquei muito deprimida, eu não tinha força nenhuma. Só pensava ver a recuperação do meu filho. No começo eu achava que meu filho não ia ficar com nenhuma seqüela. Por mais que os médicos falassem o contrário. Quando você ver o fato real fica achando dificuldade.

Não tenho advogado, sem saber por onde começar. Mas hoje eu tenho vontade de denunciar. Eu sei que eles não vão trazer os 100% da recuperação do meu filho, mas vão pagar se Deus quiser. E também melhorar a qualidade de vida do meu filho.

Eu não tenho nenhum motivo para manter silêncio. Eu quero que vá ao público. Tentaram um parto normal, depois fórceps várias vezes. Já na sala para cesareana tentaram fórceps novamente. Eles não estavam nem aí. Só perdendo tempo. Eu implorava pela cesareana. Era em vão. Isto depois de muito tempo.

Cheguei lá às 4h da manhã já de bolsa rota. O nenen já de 6 a 8cm para nascer segundo o exame de toque, dizendo: 'seu nenen nasce ao amanhecer no máximo 7h'. Isto foi o dia todo. Fui para a sala de parto às 11h e lá sendo cortada e nada do nenen nascer. Só quando viram que já não tinha mais jeito (isto eu ouvi) 'o nenen já não era vamos ver se salva a mãe.' Chegando na sala estava ocupada eu fiquei no corredor. Quando a mulher saiu da sala faltou anestesia. Foram buscar em outra maternidade. E assim foi como eu falei. Tentaram de novo fórceps. Depois fizeram a cesariana às 4:54 (eu olhei a hora e apaguei). Só acordei às nove horas muito fraca. Sem saber de nada. O resto contei na outra reunião. O Apgar do Felipe foi 1 e 3.

Segunda mãe

Tenho um filho de dez anos que desenvolveu paralisia cerebral e epilepsia devido a negligência médica. Meu filho nasceu com anóxia neonatal.

Muitas vezes me sinto frustrada e decepcionada quando penso que ele poderia ser uma criança capaz de realizar qualquer atividade física e intelectual que uma criança de sua idade realiza. Também sinto uma revolta profunda quando penso que ele só nasceu assim porque os médicos e os hospitais em que estive

ANEXO III

PARA MIM O QUE SIGNIFICA TER UM FILHO COM SEQÜELAS DE ASFIXIA?

Primeira mãe

Pra mim foi um momento muito difícil porque eu fui preparada para ter um filho normal e de repente tudo se transforma. De repente eu vi só sofrimento: o meu filho entre a vida e a morte. Como não bastasse, de repente você tem a certeza: o seu filho não vai ser como as outras crianças, vai ficar no fundo do berço sem forças e sem saber como agir.

Para mim foi assim. Eu só chorava. Fiquei no hospital com meu filho na UTI durante 13 dias. E somando ficamos por 20 dias. Lá eu passei tudo de ruim que se possa pensar. Quando eu chegava na UTI e via aquela linda criança de 4k e meio com 55cm ali só por incompetência do médico eu ficava desesperada sem saber o que fazer, o que pensar. Todo o tempo que o Felipe passou na UTI eu chorava, desmaiava, a minha cabeça era dormente de tanto doer. Naquele momento eu só queria que ele saísse da UTI. E depois que ele saiu a luta começou. Até hoje como a senhora sabe.

Hoje eu vejo meu filho lindo, grande, forte, inteligente, mas com muito sofrimento: tentando andar, tentando falar, brincar de bola, correr... Isto mexe muito comigo. Eu sei que ele sofre e por entender eu sofro mais. Tem hora que eu entro em desespero quando chego na escola e vejo o meu filho chorando. A professora fala uma coisa e os coleguinhas falam outra. E ele continua chorando porque quer não aquilo que eles acham.

Isto é muito difícil. Eu tento ser forte, converso com o meu filho, tento explicar, mas no fundo eu fico pior que ele, porque quando o meu filho quer brincar de bola ele vai brincar de bola eu posso ajudar: pego na mãozinha e ele anda com ajuda e vamos brincar. Mas quando ele quer conversar com os coleguinhas eu não posso ajudar muito. Isso me deixa muito, muito mais amargurada! Mas eu tento aceitar. Eu tenho que aceitar o meu filho como ele é. Eu amo muito ele. Ele é a

ANEXO II

ANALOGIA CHOCANTE

Muitas mulheres, principalmente as desfavorecidas economicamente engravidam. Umas fazem pré-natal. Outras não. Levam no interior de seus úteros confortáveis e quentinhos um passageiro solitário. Às vezes, são dois ou até três, ansiosos por desembarcarem da sua viagem a este mundo, pois já sentiram os primeiros avisos que a chegada está próxima: começaram as contrações.

Não muito raro, o Sistema de Saúde dá um cochilo, (até dorme) e a futura mamãe não consegue encontrar um lugar ideal para desembarcar seu passageiro (ou passageiros). E esse, sozinho, assustado, já lhe faltando oxigênio, pois já recebeu o último aviso de chegada não encontra a porta de saída. Começa então o terror! Sem chance, dentro da nave uterina, não deve ficar mais nem um minuto, pois será fatal!

Finalmente, é resgatado! Mas sai sem saber para que, pois seus sentidos já não estão com ele! Nem sabe que lhe foi negada a principal bênção que é **RESPIRAR A VIDA!** A primeira respiração é a principal. É reanimado, mas seu choro é um lamento! Se pudesse falar diria: sou um sobrevivente. Não caí no açude Cipó mas caí no oceano da OMISSÃO! Porque a situação dos asfixiados é muito parecida com a tragédia do açude Cipó! O desespero e o pavor no interior de um ônibus submerso, com os seus passageiros aprisionados, ou mesmo de um submarino russo sem poder sair, é semelhante a uma criança asfixiada precisando sair do útero e respirar a primeira vez!

“ É tão bom respirar bem!”

Esse problema poderia ser pelo menos minimizado se as autoridades se comprometessem... Poderiam pensar mais e aí entenderiam no sentido prático que cada pré-natal bem feito corresponderia a uma vaga de qualquer hospital, seja no SUS ou na rede privada no momento do parto. Com certeza não teríamos recém-nascidos a termo com peso adequado em nosso CTI.

Lugar de recém-nascido é no seio materno que o gerou! É muito mais simples e mais bonito e a vida será florescente!

Expedito Lincoln Machado Aguiar
Enfermeiro do Trabalho do HIAS
Enfermeiro Intensivista Neonatologista

ANEXO I

LETRA DA MÚSICA UTILIZADA COMO REFLEXÃO INICIAL NOS GRUPOS FOCAIS

DIREITO DE VIVER

(Álvaro Socci/Cláudio Matta)

Todos homens são distintos demais
Mas no coração, todos são iguais.
Todos têm amor, todos têm paixão.
Todos sentem dor, todos são mortais.
Então por que não estender a mão?
A quem precisa mais de ajuda e atenção que nós.
Se Deus é nosso pai, quem é que não é nosso irmão?
Negar ajuda a quem precisa não, negar ajuda a quem precisa não.
Todo mundo tem direito de viver.
E o milagre vem pra mim e pra você.
Todos têm que ter direito a ser feliz.
Que é pra não morrer o futuro do país!
É nosso dever, ajudar alguém.
E não só fazer o que nos convém.
Quando a gente quer repartir o pão.
Multiplica a fé, soma grão em grão.
Como é que pode alguém não ter nada com isso?
Como é que pode alguém dizer, não é problema meu?
Como é que pode alguém viver sem compromisso?
Não foi pra isso que Jesus Cristo morreu.
Todos são iguais!
Todo mundo tem direito de sonhar, de ter paz, ter segurança e o que comer.
Todo mundo tem direito de falar e fazer o bem a que quer receber.
Todo mundo tem direito de assistir, o milênio que acaba de surgir.
Todo mundo tem direito de crescer.
De brincar, de se educar e de sorrir.

Sonho de uma Pediatra

Sonho com um mundo amigo onde há partilha e todos são irmãos.

A terra sem poluição é um imenso jardim...

No meu sonho não existe a vergonha do desemprego, o governo não ignora a família...

Existe água em abundância para todos e o pão é fruto do trabalho digno.

Todos têm acesso aos serviços de saúde com dignidade.

O CMI é mínimo e a asfixia perinatal está em extinção.

As crianças que restaram com seqüelas de asfixia têm atendimento integral.

E você Vivi, não terá mais que apanhar três ônibus para ser atendida no centro de reabilitação “mais próximo” de sua casa.

Entretanto, percebendo a realidade, numa prece suplico:

Deus, daí-me energia para mudar o mundo, meu país...

Dá-me a graça de transformar ao menos o serviço em que trabalho...

E no silêncio da minha oração, percebo a resposta:

Primeiro devo mudar a mim mesma: meus atendimentos, meus acolhimentos, meus relacionamentos...

Se isto acontecer, meu sonho começará a ser realidade.

(Aurenília – maio – 2000).

APÊNDICE VIII

Carta de Consentimento à Direção do Hospital Infantil Albert Sabin

Fortaleza, 30 de novembro de 2005.

Exmo. Senhor Diretor,

Como estudante do Curso de Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente, desenvolvido pela Universidade Estadual do Ceará – UECE em parceria com o Hospital Infantil Albert Sabin, realizo pesquisa na área de neonatologia, com o tema **“O romper do silêncio: evitando vidas desfeitas por asfixia perinatal grave em recém-nascidos a termo”**, sob a orientação da Professora Doutora Sandra Maia Farias Vasconcelos.

O foco principal do estudo é a compreensão das queixas presentes no silêncio dos profissionais de saúde e dos familiares dos recém-nascidos a termo que, apesar do peso adequado, chegam ao hospital com quadro de Asfixia Perinatal Grave.

Para tanto, necessito do consentimento de V.S.^a com o objetivo maior de entregar o projeto ao comitê de ética deste hospital.

À sua disposição, para maiores esclarecimentos.

Certas da colaboração, agradecemos a atenção dispensada e fazemos votos de estima e consideração.

Fca. Aurenília Esmeraldo Nogueira

Maria Veraci Oliveira Queiroz

APÊNDICE VII

Carta de Consentimento à Coordenação da CTI

Fortaleza, 10 de outubro de 2005.

Exma. Senhora Coordenadora,

Como estudante do Curso de Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente, desenvolvido pela Universidade Estadual do Ceará – UECE em parceria com o Hospital Infantil Albert Sabin, realizo pesquisa na área de neonatologia, com o tema **“O romper do silêncio: evitando vidas desfeitas por asfixia perinatal grave em recém-nascidos a termo”**, sob a orientação da Professora Doutora Sandra Maia Farias Vasconcelos.

O foco principal do estudo é a compreensão das queixas presentes no silêncio dos profissionais de saúde e dos familiares dos recém-nascidos a termo que, apesar do peso adequado, chegam ao hospital com quadro de Asfixia Perinatal Grave.

Para tanto, necessito do consentimento de V.S.^a com o objetivo maior de pesquisar a incidência de recém-nascidos a termo asfixiados graves com peso igual ou acima de 2.500 gramas no livro de registros dessa unidade no período de julho de 2003 a julho de 2005.

À sua disposição, para maiores esclarecimentos.

Certas da colaboração, agradecemos a atenção dispensada e fazemos votos de estima e consideração.

Fca. Aurenília Esmeraldo Nogueira

Maria Veraci Oliveira Queiroz

APÊNDICE VI

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Elevado índice de RNT asfixiados no HIAS: “Quando um bebê tem peso adequado ao nascimento e não tem outro fator agravante, a chance de morrer ou apresentar doenças é mínima.” Afirmação dos Trabalhos de Neonatologia. Por que será que recebemos tantos RNT asfixiados graves com peso adequado aqui no HIAS?

Posicionamento da equipe profissional diante do fato: Nós sabemos que estas crianças não nascem aqui. Elas nos chegam já com o problema. Elas são o problema. Sabendo disso, como nos posicionamos diante do problema? Como nós, profissionais, que lidamos com esses bebês (seja no CTI, seja no ambulatório ou no NAVI), nos posicionamos diante de um número tão elevado de casos de RNT com peso adequado, asfixiados graves, qual o nosso sentimento diante do fato?

Explicação do SILÊNCIO do HIAS, diante do fato: O que será que nos leva a ficar calados diante de um fato tão relevante? Por que nunca lutamos por um melhor atendimento perinatal? Estes casos não ocorrem só no interior. Eles são comuns nas maternidades da periferia de nossa capital.

O HIAS recebeu recentemente um prêmio por Humanização e Incentivo ao Aleitamento Materno (Prêmio Fernandes Figueiras). O que vocês acham? Será que realmente merecemos este prêmio? Por quê?

O HIAS é um hospital “Amigo da Criança”, um hospital “Sentinela”, um hospital “Escola”. Como explicar que um índice tão elevado de asfixia nunca foi pesquisado? Tendo em vista o projeto de humanização instalado aqui no Sabin, como nos sentimos num hospital que se “diz humanizado” e nunca tomou uma atitude de procurar saber os motivos que levam tantos bebês saudáveis a morrer asfixiados no serviço?

No Caderno de Ciência & Saúde do jornal *O Povo*, do período de 19 a 25 de junho de 2005, no qual o tema Asfixia Perinatal era destaque, o presidente do CREMEC afirma não ter chegado ao Conselho nenhuma informação sobre o índice elevado de asfixia do HIAS. O que nós achamos disso?

Sugestões para melhorar o atendimento perinatal em nosso estado: Como evitar que esse fato pelo menos ocorra com menor frequência? Que tipo de procedimento, que capacitação estaria faltando e que poderia ser realizada nos locais onde ocorrem os partos dessas crianças? E na formação profissional, o que poderia ser melhorado?

APÊNDICE V

ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS COM OS FAMILIARES

- **Pré-natal:** O que vocês acharam do pré-natal que foi realizado, onde foi realizado, por quem (se por médico ou se por enfermeira), se receberam orientações como amamentar, como proceder no momento do parto.
- **Assistência durante o parto:** Onde foi o hospital, como foi o atendimento no hospital, a atenção da equipe que atendeu, como deve ser o atendimento a uma gestante que está em trabalho de parto.
- **Transferência do bebê para o HIAS:** O que aconteceu quando o bebê nasceu, por que precisou ser transferido para o CTI do HIAS, como foi o transporte, se recebeu suporte de oxigênio durante a transferência, se a equipe médica acompanhou o bebê durante a transferência.
- **O atendimento do HIAS durante a internação da criança:** Como foi o atendimento aqui neste serviço do HIAS, se as informações sobre a saúde do bebê foram satisfatórias, como foram os cuidados, em que o hospital precisa melhorar.

Para os pais cujos filhos foram a óbito:

- **Sentimentos quando o bebê morreu:** Quando a criança morreu como foi a aceitação de vocês, como vocês aceitaram, o que vocês sentiram, sabendo que era um bebê saudável, com todo o potencial para uma vida com saúde, qual a reação, se sentiram algum desejo, e quais, o que vocês acham que teria provocado a morte dessa criança.

Para os pais cujos filhos estão com seqüelas:

- **Sentimentos quando o bebê apresentou seqüelas:** Quando começou a perceber que a criança não estava se desenvolvendo normalmente, como foi a aceitação de vocês, como vocês aceitaram, o que vocês sentiram, sabendo que era um bebê saudável, com todo o potencial para uma vida com saúde, qual a reação, se sentiram algum desejo, e o que vocês acham que teria provocado estas seqüelas na criança.
- **Significado do silêncio:** O que significa a atitude de silêncio diante da morte do filho de vocês.
- **Sugestões para o atendimento perinatal:** O que vocês sugerem para melhorar o atendimento à gestante no pré-natal, durante o parto e logo que o bebê nasce, para que esses acontecimentos deixem de ocorrer.

APÊNDICE IV

TEMÁRIO PARA O GRUPO FOCAL COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- 1 – Causas da elevada incidência de Asfixia Perinatal no CTI do HIAS
- 2 – Causas do silêncio dos profissionais de saúde diante do fato
- 3 – Sugestões para diminuir a ocorrência da Asfixia Perinatal em nosso estado

APÊNDICE III

TEMÁRIO PARA O GRUPO FOCAL COM OS FAMILIARES

1 – Pré-natal

2 – O atendimento ao parto

3 – Causas do silêncio diante das seqüelas dos filhos.

4 – Sugestões para diminuir a ocorrência da Asfixia Perinatal em nosso estado.

- b- receber esclarecimento a qualquer dúvida sobre a pesquisa e de como será sua participação.
- c- retirar seu consentimento a todo o momento da pesquisa, sem que isso ocorra em penalidade de qualquer espécie (prejuízo).
- d- receber garantias de que não haverá divulgação de seu nome ou de qualquer outra informação que ponha em risco sua privacidade ou anonimato.
- e- acessar as informações sobre os resultados do estudo.
- f- que o pesquisador utilizará as informações somente para esta pesquisa.

Eu, FRANCISCA AURENILIA ESMERALDO NOGUEIRA – pesquisadora responsável por este projeto –, assumo o compromisso de cumprir os termos da resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Francisca Aurenília Esmeraldo Nogueira

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Fui suficientemente informado(a) a respeito do que li, descrevendo o estudo **“O romper do silêncio: evitando vidas desfeitas por asfixia perinatal grave em recém-nascidos a termo”**.

Ficaram claros para mim quais são os objetivos do estudo, a forma da coleta das informações, os benefícios, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficando evidenciado que a minha participação não me trará nenhuma despesa nem qualquer remuneração.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo, sabendo que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades, prejuízos ou perdas para a minha pessoa.

Fortaleza, _____ de _____ de 2006.

Sujeito Participante

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa **“O romper do silêncio: evitando vidas desfeitas por asfixia perinatal grave em recém-nascidos a termo”** tem como objetivo compreender o sentido do silêncio dos profissionais de saúde que trabalham na CTI Neonatal, no Ambulatório de Seguimento de Recém-Nascidos de Alto Risco e no Núcleo de Apoio à Vida do Hospital Infantil Albert Sabin, diante da elevada incidência de morte e seqüelas por asfixia perinatal grave em recém-nascidos a termo com peso adequado.

Segundo vários pesquisadores, o homem “significa” com ou sem palavras. Assim busco compreender o sentido do nosso silêncio diante de um fato tão grave e tão “familiar” ao nosso cotidiano, a que, justamente por ser tão comum, não estamos dando a devida importância.

A pesquisa em curso não apresenta riscos ou complicações de doenças físicas. Ela tem a finalidade de motivar os participantes a refletir o modo de pensar e agir no dia-a-dia diante do trabalho de lidar com crianças asfixiadas graves que poderão morrer ou ficar com o desenvolvimento prejudicado e que poderiam estar em casa se tivessem um atendimento perinatal com qualidade. Tem ainda como objetivo demonstrar que precisamos aprender a reivindicar o direito à vida para nossas crianças, minimizando a elevada morbimortalidade em nosso estado.

A coleta das informações será realizada através da interação dos participantes numa conversação em grupos focais e, quando necessário, por entrevista clínica.

Entrevista Clínica é um encontro que se marca previamente entre duas ou mais pessoas, que formam duas partes, a fim de que se obtenha informações de uma que sabe o que a outra quer saber.

Grupo Focal é um tipo de entrevista com vários participantes onde todos poderão dar suas opiniões às perguntas formuladas. Assim, teremos várias opiniões sobre o tema de pessoas que convivem com a mesma situação. A entrevista deverá ser gravada, podendo ainda ser filmada se houver o consentimento do grupo. A filmagem não identificará os rostos; tem por finalidade filmar os gestos, já que nos comunicamos através destes.

Não haverá despesas nem qualquer remuneração para os participantes.

Dentre as normas previstas na resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, destacamos o cumprimento da garantia:

a- ter contato em qualquer época do estudo, com a profissional responsável pela pesquisa, para esclarecimento de qualquer dúvida. A pesquisadora responsável é a Francisca Aurenília Esmeraldo Nogueira – telefone: (0xx85) 34944384; e o endereço: rua André Chaves nº 464, bairro Montese, Fortaleza-CE.

A pesquisadora responsável é FRANCISCA AURENÍLIA ESMERALDO NOGUEIRA – telefone: (85) 34944384, com endereço à Rua André Chaves, 464, Montese, Fortaleza – CE.

b- receber esclarecimento a qualquer dúvida sobre a pesquisa e de como será sua participação.

c- retirar seu consentimento a todo o momento da pesquisa, sem que isso ocorra em penalidade de qualquer espécie (prejuízo).

d- receber garantias de que não haverá divulgação de seu nome ou de qualquer outra informação que ponha em risco sua privacidade ou anonimato.

e- acessar as informações sobre os resultados do estudo.

f- que o pesquisador utilizará as informações somente para esta pesquisa.

Eu, FRANCISCA AURENILIA ESMERALDO NOGUEIRA, pesquisadora responsável por este projeto, assumo o compromisso de cumprir os termos da resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Francisca Aurenília Esmeraldo Nogueira

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Fui suficientemente informado(a) a respeito do que li ou do que foi lido para mim, descrevendo o estudo **“O romper do silêncio: evitando vidas desfeitas por asfixia perinatal grave em recém-nascidos a termo”**.

Ficaram claros quais são os objetivos do estudo, a forma de se obter as informações, os benefícios, as garantias de ser confidencial e de esclarecimentos se eu precisar.

Ficando claro também que a minha participação não me trará nenhuma despesa nem remuneração.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo, sabendo que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades, prejuízos ou perdas para a minha pessoa.

Fortaleza, _____ de _____ de 2006.

Sujeito Participante

APÊNDICE I

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Familiares

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa “**O romper do silêncio: evitando vidas desfeitas por asfixia perinatal grave em recém-nascidos a termo**” tem por objetivo compreender o silêncio dos pais e familiares das crianças que respiraram com dificuldade quando nasceram.

Quando o bebê respira com dificuldade no momento em que nasce, recebe pouco oxigênio no cérebro e poderá apresentar doença mental, problemas na audição, nos olhos, nos músculos, e não se desenvolver normalmente. Por isso é importante um bom atendimento no pré-natal, na hora do parto e logo depois que nasce para que não falte oxigênio e não aconteçam problemas desse tipo.

Nós falamos de vários modos: com o olhar, com gestos, com as palavras e também com o silêncio. Desse modo, estou procurando compreender o significado de vocês, pais e familiares, ficarem calados diante da perda de um filho com esse tipo de problema ou do cuidar dele para o resto da vida quando essa criança tinha condições para ser saudável se tivesse respirado sem dificuldades ou recebido oxigênio no momento em que nasceu.

A pesquisa em estudo não apresenta riscos ou complicações de doenças físicas.

Ela tem a finalidade de motivar vocês, que vão participar, a refletir sobre o atendimento às gestantes e aos recém-nascidos. As opiniões de vocês poderão trazer sugestões para melhorar o atendimento.

Tem ainda como objetivo demonstrar que precisamos aprender a lutar por direito a um atendimento com qualidade para as nossas mães e nossas crianças.

As informações serão obtidas através de conversas dos participantes em grupos focais e, quando preciso, por entrevista clínica.

Entrevista Clínica é um encontro que se marca entre duas ou mais pessoas, a fim de se obter informações sobre o que estamos querendo saber.

Grupo Focal é um tipo de entrevista com vários participantes no qual todos poderão dar suas opiniões às perguntas que serão feitas. Assim, teremos várias sugestões de pessoas que vivem o mesmo tipo de problema.

A entrevista deverá ser gravada, podendo ainda ser filmada se houver o consentimento do grupo. A filmagem não identificará os rostos; tem por finalidade filmar os gestos, já que nos comunicamos também por eles.

Não haverá despesas nem qualquer remuneração para os participantes.

Dentre as normas previstas na resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, destacamos o cumprimento da garantia:

a- ter contato, em qualquer época do estudo, com a profissional responsável pela pesquisa, para esclarecimento de qualquer dúvida.

APÊNDICES

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementariedade?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.239-262, jul/set, 1993.

MIURA, E.; FAILACE, L. H.; FIORI, H. Mortalidade perinatal e neonatal no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Revista de Assistência Médica do Brasil**, Porto Alegre, v. 3, n.1, p. 35-39, 1997.

MUNDT, F. E. Error en Medicina (PANEL). **Revista Médica do Chile**, Santiago, v.129, p. 455-1472, 2001.

ORLANDI, E. P. **Interpretação** (Autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico) – Petrópolis: Vozes, 1996.

PAIVA, G.J. **Ciência e religião: discursos nem sempre conflitantes**. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/reportagens/2005/05/07.shtml>>. Acesso em: 14 nov. 2005.

PASCHOAL, A. S. **O discurso do enfermeiro sobre educação permanente no grupo focal**. 2004. (Dissertação de Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

PÊCHEUX, M. **Semântica e discurso**. Campinas: Unicamp, 1988.

POPE, C. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

PROCIANOY, R. **Manual de neonatologia**. [S.l.]: SBP, 1997.

PRUDENTE, G. **Silêncio é bom fora do corpo e dentro da mente**. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/equilibrio/noticias/ult263u3583.shtml>>. Acesso em: 18 set. 2005.

SALVO, H. F. et al. Seguimiento de recién nacidos de término com encefalopatía isquémica. **Revista Chilena de Pediatría**, Santiago, v.73, n.4, p. 357-362, 2002.

SEGRE, C. A. M. **Perinatologia: fundamentos e prática**. São Paulo: Sarvier, 2002.

SOUSA, V. R.; SILVA A. A. M. Tendências da mortalidade neonatal em São Luis, Maranhão, Brasil, de 1979 a 1996. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n. 2, p. 429-438, abr.-jun. 2000.

SPENCER, J. A. D. Deaths related to intrapartum asphyxia Largely unexplained but probably preventable. British Medical Association London, **BMJ**, v.28, n.7132, p.640 fev. 1998.

TAVARES, G. R. **Do luto à luta**. Belo Horizonte: Casa de Minas, 2001.

VALENZUELA, C. Asfixia neonatal, causa frecuente de las peralisis cerebrales. **Boletín Informativo** Facultad de Medicina Universidad de Chile. Disponível em: <<http://www.med.uchile.cl/noticias/archivo/2004/julio/asfixia.html>>. Acesso em: 17 jun. 2005.

_____. Morbidade neonatal associada a líquido amniótico meconial. **Anales Españoles de Pediatría**, Alicante, España vol . 48, n. 1, 1998.

ENCICLOPÉDIA LIVRE WIKIPÉDIA. **Análise do discurso**. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Análise>>. Acesso em: 14 nov. 2005.

ENRIQUEZ, D. El error en neonatología. **Revista do Hospital Maternidade Infantil Ramón Sarda**, Buenos Aires, vol. 22, n. 1, 2003.

FILHO, C. O. M. **Que é (ou deve ser) discurso na análise de discurso**. Disponível em: <<http://www.unir.br/~primeira/artigo125.html>>. Acesso em: 14 nov. 2005.

FERREIRA, L. C. M. **Por que a análise do discurso francesa?** Disponível em: <<http://www.discurso.ufrgs.br/projetos.html>>. Acesso em: 14 nov. 2005.

FREITAS, S. M. S. **A cena muda: (a)cerca do silêncio em psicanálise**. Disponível em: <[http://www.congressodeconvergencia.com/21820CENA%20MUDA%20\(A\)CERCA%20](http://www.congressodeconvergencia.com/21820CENA%20MUDA%20(A)CERCA%20)>. Acesso em: 18 set. 2005.

GILBERTO, A. M. **Manual para elaboração de monografias e dissertações**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

JORGE, M. S. B. **Indo em busca de seu plano de vida: a trajetória do estudante universitário**. Florianópolis: Papa-Livro, 1997.

LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M. C. Mortes perinatais evitáveis em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.5, p.1389-1400, set./out. 2002.

LOUREIRO, M.F.F. **O sentido do comportamento materno diante da morte do filho**. Fortaleza – Pós-Graduação – DENF- UFC, 1998.

MAGALHÃES, M.C.; SÁ, M. C. Atenção hospitalar perinatal e mortalidade neonatal no município de Juiz de Fora, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, n. 3, p. 329-337, jul.-set. 2003.

MARTINEZ M. M. J. et al. Alteraciones producidas por la hipoxia en el sistema nervioso central. **Prensa Médica Argentina**, Buenos Aires, v.. 69, p.135, 1982.

MARTINS, E. F.; MELÉNDEZ, G. V. Determinantes da mortalidade neonatal a partir de uma coorte de nascidos vivos, Montes Claros, Minas Gerais, 1997-1999. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 4, n. 4, p. 405-412, out.-dez. 2004.

MENEZES, A. M. B. et al. Mortalidade perinatal em duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vl.12, p. 33-41, 1996. supl. 1

MILLER, J.-A. Le sujet et la voix. CAHIER, Publication semestrielle de la Cause Freudienne Val de Loire & Bretagne. **Quimper**, p.12 – 30, n. 7, automne, 1996.

VASCONCELOS, M. M. Retardo mental. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n.2, abr. 2001.

VOLPE, J. J. **Neurology of the newborn**. 3. ed. Filadélfia. PA: W. B. Saunders; 1995.

WOLFF, R. L. Recém-nascido anoxiado. **Jornal Brasileiro de Medicina**, Passo Fundo – RGS - v.76, n. /2, jan./fev. 1999.

BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS

ANDRADE, C.L.T.; SZWARCOWALD, C. L. Análise espacial da mortalidade neonatal precoce no município do Rio de Janeiro, 1995 – 1996. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1199-1210, set./out. 2001.

ARAÚJO, B.F. et al. Mortalidade neonatal precoce no município de Caxias do Sul: um estudo de Coorte. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.76, n.3, p.200-206, 2000.

ARRUDA, S.; MAGANHÃES, C.M. **Análise de discurso e a apreensão de universos simbólicos** – uma referência para o entendimento da linguagem subjetiva do poeta e letrista Vinícius de Moraes. Disponível em: <<http://www.filologia.org.br/viicnlf/anaiscaderno05-01.html>>. Acesso em: 14 nov. 2005.

BARRETO, J.A.E. et al. **O elefante e os cegos**. Fortaleza: Casa de José de Alencar – UFC, 1999.

BOFF, L. **Ética e moral: abusca dos fundamentos** Petrópolis: Vozes, 2003.

CHAUÍ, M. **O que é ideologia?** São Paulo: Brasiliense, 2001.

CORDEIRO. **Foucault e a existência do discurso**. Disponível em: <<http://www.udc.es/dep/lx/cac/sopirrait/sr065.htm>>. Acesso em: 15 nov. 2005.

CRAIDY, C.M.; GONÇALVES, L.L. **Medidas sócio-educativas** – da repressão à educação. Porto Alegre: Ed. da Universidade – UFRGS, 2005.

DEBUS, M. **Manual para excelência en la investigación mediante grupos focales**. Washington, D. C.: Academy for Educational Development, 1997.

DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar – **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1– 2004.

DIOS, J. et al. Diferencias perinatales em relacion com la severidad de la asfixia perinatal. **Anales Españoles de Pediatría**, Alicante, España, v.47, n.1, 1997.

OLIVEIRA, H. **Complexidade da mortalidade infantil**: as histórias que os números não contam. 2001. (Tese de Doutorado) – Instituto F. Figueira, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

ORLANDI, E. P. **As formas do silêncio (nos movimentos dos sentidos)**. Campinas, SP: Ed. Unicamp, 2002.

_____. **Análise de Discurso** – Princípios & Procedimentos Campinas, SP: Ed Pontes, 2005.

_____. **Discurso e texto: formulação e circulação dos sentidos**. [S.l.]: Pontes, 2001

PROCIANOY, R.; LEONE, C. **PRORN – Programa de Atualização em Neonatologia**. [S.l.: s.n.], vol. 2, módulo 1, 2004.

RAIMBAULT, G. **La Muerte de un Hijo**. Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión, 1997.

RESSEL, L. B.; GUALDA, D. M. R.; GONZALEZ, R. M. B. Grupo Focal como uma estratégia para coletar dados de pesquisa em enfermagem. **International Journal of Qualitative Methods**, v1, n.2, 2002. Disponível em: <<http://www.ualberta.ca/~ijqm>>.

ROCA, J. A. **Virgínia Apgar y la pediatría**. Disponível em: <<http://www.encolombia.com/medicina/pediatrica/pediatrica37202-virginia.htm>>. Acesso em: 10 jun. 2006.

ROTTA, A. T. Cuidados no final da vida em pediatria: muito mais que uma luta contra a entropia. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, p.93-95, 2005.

SARNAT, H. B. & SARNAT, M. S. Neonatal encephalopathy following fetal distress, a clinical and electroencephalographic study. **Arch. Neurol.**, 36:696, 1976.

SCIADINI, P. **Silêncio**. São Paulo: Loyola, 2000.

SÊNECA. Consolationa. In: _____. **Dialogues**. Paris: Les Belles Letres, t. 3, 1975.

SPENCER, J.A.D. Deaths related to intrapartum asphyxia. In: TANAKA, A. N. A. **Maternidade**: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

STRATHERN, P. **Kant** (em 90 minutos). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

SUS: **O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**, v. 1. São Paulo: Editora Atheneu, 2004.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

VAILATI, L. L. Literatura de viagem. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v.22, n.44, p. 365-392, 2002.

VASCONCELOS, S. M. F. **Clínica do discurso** (a arte da escuta). [S.l.]: Premium, 2005.

IBGE. Estatísticas do Registro Civil, vol. 30, 2004.

_____. **Síntese de Indicadores Sociais. 2006.**

INDEX MUNDI. Disponível em: <http://www.indexmundi.com/pt/japao/taxa_de_mortalidade.html>. Acesso em: 30 jan. 2007.

JAPIASSÚ, H.; MARCONDES, D. **Dicionário básico de filosofia**. 3. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

LAWN, E. J. Neonatal survival 1. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? . Disponível em: www.thelancet.com. **Published online March 3, 2005**. <<http://image.thelancet.com/extras/05art1073web.pdf>>. Acesso em: 2005.

Le Bot, M. Le silence dans les mots. **Corps Ecrit**, Paris, n. 12, 1984.

LUZ, P. L. **Nem só de ciência se faz a cura**. São Paulo: Atheneu, 2004.

MADEIRO, A. L. Por que as mortes neonatais precoces precisam ser reduzidas no Brasil. **Jornal de Pediatria**, Fortaleza, v. 76, n.3, 2000.

MAINGUENEAU, D. **Novas tendências em análise do discurso**. [S.1.]: Pontes 1997.

MARANHÃO, A. G. K. et al. Mortalidade perinatal e neonatal no Brasil. **Tema**, Rio de Janeiro, p. 6-20, fev. 1999.

MARMOZ, L. **L'entretien de recherche dans les sciences sociales et humaines: la place du secret**. [S. I.]: L'Harmattan, 2001.

MELLO, F.J. **Concepção psicossomática: visão atual**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

MERTON, T. **Homem algum é uma ilha**. Campinas, SP: Verus, 2003.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. rev. e apr. São Paulo: Hucitec, 2006.

_____ et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 24. ed. Petrópolis, Vozes, 1994.

_____; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./set. 1993.

MORIN, E. **O homem e a morte**. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

DUROZOI, G.; ROUSSEL, A. **Dicionário de Filosofia**. Porto: Porto Editora, 2000.

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, n.56, 23/03/2005. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/materis/xml/do/secao1/1452062.xml>>. Acesso em: 2 fev. 2007.

ELIAS, N. **A solidão dos moribundos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

ENTRALGO, P. L. **História universal de la medicina**. Barcelona: Salvat, 1976.

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. Brasília: Ministério da Justiça; Fortaleza: Secretaria do Trabalho e Ação Social do Estado do Ceará, 1998.

FISCHER, G.N. **Le ressort invisible: vivre l'extreme**. Paris: Seuil, 1994.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense - Universitária, 2004.

_____. **Microfísica do poder**. 20. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

_____. **A ordem do discurso**. 13. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2006.

_____. **O homem e o discurso**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996.

FONTES, J. A. S. **Manual de perinatologia**. [S.l.]: Fundo Editorial BYK Prociex, 1991.

FORTES, C. A. P. et al (Orgs). **Bioética e saúde pública**. São Paulo: Loyola, 2003.

FRANKL, V. E. **Um sentido para a Vida: psicoterapia e humanismo**. 9.ed. Aparecida - São Paulo: Santuário, 1989

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. 24. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 23. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

FREUD, S. **Inibições, sintomas e angústia**, Rio de Janeiro: Imago Ed., 2001.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005.

HENDERSON, L. J. Physician and patient as a social system. **The New England Journal of Medicine**, 1935. [Publicación científica nº 557 Washington D. C. 1996].

HILL, A, VOLPE, J. J. Perinatal asphyxia: clinical aspects. **Clinics in Perinatology** – Vol. 16, nº 2, June 1989.

HOFFMANN, L. A morte na infância e sua representação para o médico – reflexões sobre a pratica pediátrica em diferentes contextos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vl. 9, n. 3, jul.-set. 1993.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. VISAS. **Hospital sentinela: uma rede sempre alerta**. Disponível em: <<http://www.amp.org.br/noticias7/R15SaudePHospSent.htm>>. Acesso em: 18 out. 2005.
- ALVES FILHO, N. **Avanços em perinatologia**. São Paulo: MEDSI, 2005.
- ANAIS do Simpósio Primeira Infância pela Paz – **Projeto PIPaz**. Maio 2005.
- ARIÈS, P. **A história da morte no Ocidente**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.
- BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. Rio de Janeiro; São Paulo: Livraria Atheneu, 1975.
- BATISTA, A. Perturbações do medo e da ansiedade. Uma perspectiva evolutiva e desenvolvimental. In I Soares (Ed.) **Psicopatologias do desenvolvimento. Trajectórias ao longo da vida**. Coimbra: Quarteto. 2000.
- A BÍBLIA DE JERUSALÉM. 10. ed. São Paulo: Paulus, 1973.
- BECKER, E. **A Negação da Morte**. Rio de Janeiro: Record 1973.
- BOEMER, M. R. **A morte e o morrer**. São Paulo: Cortez, 1989.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil, 2004: uma análise da situação de saúde**. Brasília: SVS/MS, 2004.
- BUSSET, J. de B. Le silence et la joie. **Corps Ecrit**, Paris, n. 12, 1984.
- CANGUILHEM, C. **Le cerveau et la pensée**. Paris: MURS, 1976.
- CORRÊA, M. A. S. **Morte simbólica, não ser em vida: construindo o conceito** – III Conferência de Pesquisa Sócio-cultural no período de 16 a 20 de julho de 2000 em Campinas - S. Paulo - Brasil.
- CIFUENTES, J. *et al.* Asfixia perinatal. **Pediatria al Dia**, Santiago, v.20, n.2, p. 50-6, 2004.
- CUNHA, A.A. *et al.* Fatores associados à asfixia perinatal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 10, nov.-dez. 2004.
- DALL'AGNOL, C. M.; TRENCH, M. H. Focal group as a methodological strategy in nursing research. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n.1, p. 5-25, 1999.
- DUCROT, O. **Dire et ne pas dire**. Paris: Herman, 1972.

REFERÊNCIAS

A Constituição Brasileira de 1988 ainda tem muito que avançar na implantação efetiva de suas diretrizes. Por mais que o sistema seja público, o acesso depende do poder aquisitivo do indivíduo para receber um bom atendimento como foi citado nesse estudo. Apesar de ser universal, a grande maioria enfrenta filas intermináveis pra conseguir o atendimento mais próximo para o mês seguinte. Os que mais precisam geralmente são aqueles que não conseguem ser atendidos. Será que algum dia conseguiremos implantar o princípio de equidade?

A asfixia das nossas crianças não deve mais ser silenciada. Ela é um grave problema de Saúde Pública que desfaz muitas vidas. Precisa urgente de vontade política para conseguir intervenções no sentido de melhorar a qualidade da assistência médica deste povo que luta, sofre e espera por um Brasil mais justo.

Analizamos ainda neste estudo, dois fenômenos importantíssimos que contribuem para agravar a asfixia:

- A transferência da gestante que apresenta complicações em trabalho de parto das maternidades conveniadas com o SUS para instituições públicas.
- Um profissional ter que desempenhar o trabalho de três especialidades ao mesmo tempo.

Nos serviços conveniados, o pagamento dos atendimentos é feito por procedimentos e o valor que o SUS lhes atribui é inferior aos gastos necessários. Assim, os serviços conveniados para obter lucro, prestam um atendimento desqualificado. Não convém ter pacientes que possam apresentar complicações porque vão ocupar por mais tempo o leito hospitalar. Deste modo, a mulher que apresente qualquer sinal de complicação é transferida para as instituições públicas.

O desempenho de várias funções por um mesmo profissional é, lamentavelmente, um acontecimento muito comum no interior e nas maternidades da periferia demonstrando a baixa qualidade do atendimento às gestantes e aos recém-nascidos.

Estas ocorrências demonstram a falta de fiscalização dos procedimentos pelo Sistema de Saúde.

A demora ao atendimento neste grupo de mães foi tão gritante que mesmo as crianças que nasceram em hospitais terciários não se beneficiaram com a reanimação neonatal e o atendimento em CTI.

Como podemos observar, há uma cadeia de eventos que desencadeiam a asfixia perinatal contribuindo para que a incidência seja tão alta no país e, especificamente, em nosso Estado.

Em pleno século XXI, o Brasil e principalmente, o Ceará, precisam de soluções urgentes para melhorar a qualidade do atendimento e diminuir a nossa vergonhosa mortalidade neonatal e pós-neonatal.

por várias instituições. Se todas terminaram tendo seus filhos em serviços hospitalares, isso demonstra que na realidade, existem leitos suficientes mostrando a desorganização do nosso sistema de saúde que dificulta o acesso. Na prática, a nossa “Central de Leitos” não funciona. A procissão da gestante em trabalho de parto contribuiu para agravar a asfixia perinatal porque as parturientes demoraram a receber assistência. Muitas delas, passaram todo o trabalho de parto à procura de uma vaga.

Essa procura por um leito no momento do parto revela a falta de integração entre os níveis de atendimento dos serviços de saúde. O pré-natal funciona como atenção primária e o parto como atenção secundária ou terciária. Funcionam como se fossem independentes.

Essa descontinuidade do atendimento fragmentou a assistência que foi agravada com a pouca importância dada às queixas e informações trazidas pelas parturientes deixando evidente a falta de interação no relacionamento médico-paciente.

Os discursos maternos revelaram um diálogo onde não existiu interesse do médico em realizar uma anamnese que levaria ao conhecimento real do estado das gestantes. A clínica foi substituída pelos exames complementares. Os laudos das ultrassonografias foram mais importantes que as informações das mães. A “surdez profissional” foi e continua sendo um importante agravante da asfixia.

O estado emocional negligenciado foi outro fator que influenciou no desenvolvimento de intercorrências patológicas. As mães além de não receberem o atendimento pelo mesmo profissional que realizou o pré-natal ainda ficaram em completa solidão num momento em que estão fragilizadas e precisam de apoio e segurança.

Em várias instituições principalmente nas cidades do interior e nas maternidades da periferia da capital o número de profissionais para realizar o atendimento era insuficiente e não existiam condições técnicas para o atendimento obstétrico e neonatal. Os discursos das mães deixaram claro que muitos profissionais não possuíam capacitação para o desempenho dos procedimentos e não existiu o compromisso profissional ético para um atendimento humanizado.

6 PONTOS DE REFLEXÃO...

As falas formaram discursos diversificados e atrelados aos falantes e a seus interesses individuais. Essa diversidade marca o contraste social claramente exposto neste estudo.

Percebemos que os discursos trouxeram o silêncio à tona. Familiares e profissionais romperam o silêncio em nossas entrevistas. Ainda que não sejam levados a denunciarem sua revolta, nossos encontros revelaram momentos de liberdade e de transparência.

As mães puderam desvelar sua dor pela perda dos filhos, sua indignação, seus sofrimentos, suas dificuldades no cuidar de uma criança com seqüelas de asfixia o que tornou esse grupo o mais representativo do nosso estudo.

Os profissionais de nível técnico romperam o silêncio mostrando que o sistema não permite que expressem suas opiniões o que as tornam impotentes para buscarem soluções.

Os profissionais de nível superior revelaram pouca indignação. Havia uma certa indiferença para o problema. Na prática diária, não realizamos reflexões. Não aprendemos a formular respostas para as questões que se nos apresentam. “A falta de tempo” não permite questionamentos e facilmente transferimos a responsabilidade sem refletir as próprias condutas o que nos impede a luta por uma medicina com mais qualidade. Na realidade, calamos porque tanto os questionamentos como as respostas não são adequadas ao nosso mundo que exige amor ao poder, à vaidade de ter o melhor mesmo à custa dos sofrimentos dos mais fracos. Estamos perdendo o sentido do valor da vida. Importa vencer...

A compreensão do sentido do silêncio desses sujeitos, nos levou ao conhecimento real das causas da asfixia perinatal em nossos bebês.

Todas as mães entrevistadas deram a luz em hospitais e maternidades. Entretanto, para conseguir uma internação, tiveram que “peregrinar em procissão”

PONTOS DE REFLEXÃO

circunstância em que é produzido o discurso e eixo vertical a fala constitutiva do discurso. No eixo horizontal o discurso é constituído em texto.

Em nosso estudo, tivemos três grupos de sujeitos: familiares, profissionais de nível técnico e profissionais de nível superior.

Podemos observar que as questões abordadas entre os grupos geraram situações diversificadas:

No grupo de profissionais de nível superior – existe uma situação homogênea e paritária entre a pesquisadora e os profissionais. Entre este grupo, há uma cumplicidade muda.

No grupo dos profissionais de nível técnico - existe uma situação de inferioridade entre os profissionais e a pesquisadora.

No grupo dos familiares, existe uma situação de inferioridade entre os participantes e a pesquisadora e uma situação de cumplicidade e apoio entre a pesquisadora e os participantes do grupo.

No eixo vertical estão as falas dos sujeitos, ou seja: a constituição do interdiscurso (aqui estão incluídos a memória e o saber discursivo) é quando ocorre a formulação do discurso.

Como diz Orlandi (2002), todo dizer (formulação) se faz num ponto em que (se) atravessa o (do) interdiscurso (memória, dimensão vertical estratificada, constituição).

Segundo a OMS dez milhões de crianças morrem a cada ano no mundo. Um quadro inaceitável. A maioria nos países pobres e com renda baixa. 90% dessas mortes acontecem em 42 países causadas por uma pequena lista de doenças: diarreia, pneumonia, sarampo, malária e aids. Nos países desenvolvidos, as mortes perinatais ocorrem por prematuridade e malformações congênitas. Nos países subdesenvolvidos e no Brasil prevalecem a asfixia uterina e intraparto, infecções, afecções respiratórias, prematuridade, e *sepsis*. As diferentes causas de mortalidade perinatal refletem as desigualdades entre países e regiões.

Lansky (2002), afirma que a maioria dessas mortes seria evitável se mães e crianças fossem realmente prioridade das Políticas de Saúde como é o proposto pelo Sistema de Saúde vigente em nosso país, pois os cuidados antenatais e obstétricos podem reduzir em até 25% a mortalidade perinatal em RN com peso maior que 2.500gramas.

Thomas Merton (2003), diz admiravelmente que “nenhum homem é uma ilha” e cada sinal de morte ressoa para toda a humanidade porque cada um de nós é parte dela. Não ver, não significa não saber. Por isso, o nosso silêncio não livra nossa cota de cumplicidade e de conivência diante desse elevado índice de Asfixia Perinatal em nosso serviço. Não estar presente, não nos impede de ver o descaso com que são tratadas nossas crianças e nossas mães.

A essa ocorrência tão elevada e “desconhecida” pelas nossas Políticas de Saúde podemos também denominar de “Epidemia Silenciosa”.

5.2.6 Conhecer as falas para conhecer o silêncio

*A fala é a alma das representações que
ultrapassam a visão e multiplicam as
possibilidades. Pela fala o ser humano se
humaniza.
Sandra Vasconcelos*

Para o estudo e compreensão do silêncio, como já foi citado, usamos como procedimento interpretativo a Análise de Discurso na perspectiva de Orlandi. O recorte feito em sua metodologia forma a reflexão crítica em dois eixos dos discursos colhidos junto aos sujeitos: vertical e horizontal. Orlandi chama eixo horizontal a

As mães dos recém-nascidos asfixiados, que representam nesse estudo a classe desfavorecida e marginalizada, como vimos, não têm nenhum espaço próprio para se afirmar. Estão de algum modo ligadas ao HIAS, entretanto, não existe nesta instituição um lugar onde pudessem falar ou denunciar aqueles aos quais elas atribuem a responsabilidade de seus sofrimentos. Essas lembranças bem guardadas passam despercebidas por todos. Esses “silêncios”, esses “não ditos” que não encontram uma escuta, e não têm como serem expostos, acabam sendo causas de sofrimentos angustiantes porque é no próprio corpo o único lugar que foi encontrado para falarem destas memórias, conservarem-nas e lhes darem expressão.

Este estudo, foi até o momento, o único espaço encontrado para que as mães pudessem ‘retirar’ do campo da memória eminentemente pessoal os fatos angustiantes que vivenciaram no trabalho de parto e no parto. O “indizível” foi recriado entre a realidade e o simbólico a florando nas entrevistas.

5.2.5 Asfixia perinatal grave em RNT com peso adequado: uma epidemia silenciosa.

*Não sei de receitas para impedir a chegada da morte. Ela virá de qualquer forma. Mas podemos desejar que ela venha na hora certa. E o que é a hora certa de morrer? Na ordem da felicidade. Os avós morrem. Os pais morrem. Os filhos morrem.
Rubens Alves*

A análise das falas maternas me recordou os dizeres da Organização Mundial de Saúde (1985) sobre a elevada incidência de mortalidade materna nos países em desenvolvimento a qual denomina de epidemia silenciosa. Acredito que esta denominação poderia ser aplicada a esse grave problema de Saúde Pública que é a Asfixia Perinatal Grave em RNT com peso adequado.

A magnitude desse problema reside no fato do peso adequado diminuir as possibilidades de complicações e morte. Lansky (2002) e vários autores já citados nesse estudo, afirmam que a taxa elevada desta ocorrência está relacionada com as falhas no manejo obstétrico e ao atendimento do RN na sala de parto o que foi confirmado nesse estudo.

A experiência traumática não é bem assimilada no instante em que está ocorrendo como diz Sigmund Freud (2001). Segundo este autor, a realidade dolorosa é manifestada pela negação daí a resistência de traduzir em palavras o drama vivido. Acreditamos que, por este motivo, as mães que perderam seus filhos concretamente “não queriam mexer na ferida.”

Recomeçar a vida depois de experimentar momentos de angústia, de pavor pela morte dos filhos e delas próprias, foi necessário negar o que aconteceu no esquecimento. Silenciar. O descrédito, a impotência, a negligência, transferência de culpa e o medo foram motivos para o esquecimento, para não “mexer na ferida” para o silêncio.

Podemos considerar que o silêncio dos grupos dos profissionais de saúde é promovido por fatores divergentes e algumas vezes contraditórios. Romper o silêncio dessas pessoas é romper com valores estabelecidos e aprendidos socialmente. É asfixiar a opressão em prol de uma verdadeira medicina amparada em valores humanos, éticos e de uma vida plena de sentidos.

5.2.4 Memória, esquecimento e silêncio

O dicionário Aurélio (FERREIRA, 1975) oferece a seguinte definição que revela o significado da palavra memória: faculdade de reter as idéias, impressões e conhecimentos adquiridos anteriormente; o que serve de lembrança.

Michael Pollack (1989), em seus estudos históricos, sobre a análise dos excluídos, dos marginalizados e das minorias, ressalta a importância de memórias subterrâneas que estão presentes nas memórias individuais das classes oprimidas. Na memória subterrânea, estão guardadas as lembranças de sofrimentos e traumas que nunca puderam se exprimir publicamente.

Segundo este autor, a memória subterrânea “proibida” ou “clandestina” como é denominada por ele, ocupa toda cena cultural, os meios de comunicação, o cinema, a pintura comprovando a dura realidade das diferenças entre as classes sociais. Essas observações, demonstram que as lembranças traumatizantes sobrevivem até dezenas de anos em silêncio podendo se transmitir de geração em geração. O silêncio sobre o passado não consegue apagar da memória os sofrimentos vivenciados o que tivemos a oportunidade de constatar nesse trabalho.

QUADRO 7 - Descrédito	
Mães	<p>“[...] essa justiça aqui, a senhora sabe que é muito lenta.”</p> <p>“Aconteceram muitos fatos [...] com certeza as auxiliares não iam ficar a meu favor elas iam ser cúmplice...”</p> <p>“[...] a gente vive desacreditada nessa justiça porque sou pobre, não tenho condições, vou gastar e não vou resolver.”</p> <p>“Entregar nas mãos de Deus é melhor que confiar nessa justiça.”</p> <p>“Não dá em nada não. Não dá em nada não.”</p> <p>“A justiça é a de Deus. Não vou atrás porque [...] essas coisas assim [...] é pra quem tem dinheiro.”</p> <p>“Ia ser a palavra dele contra a minha né, q'eu já conversei com outras pessoas que tentaram denunciar e no final o médico é que ganhou a causa tá entendendo?”</p> <p>“[...] A mulher do Cremec disse: eu vou fazer tudo o que estiver ao meu alcance, mas você não vai conseguir nada, primeiro porque o médico que fez o parto do seu filho é uma pessoa muito influente. Considerado um dos melhores médicos de Fortaleza.”</p> <p>“[...] Depois de dois anos arquivaram o processo.”</p>
Profissionais de nível técnico	<p>“Não dá em nada mesmo.”</p> <p>“Se temos profissionais dentro da nossa unidade que é negligente [...] e não dá em nada...”</p>
Profissionais de nível superior	<p>“Falta seriedade em tudo: nas pessoas que estão à frente, na direção das coisas, falta seriedade. A gente pode ter motivos de se calar e não procurar ajuda porque você sabe que “é malhar em ferro frio.”</p> <p>“É falta de perspectiva: a quem vamos recorrer, ninguém sabe. Porque tanto a gente pode mandar um documento pro governador do Estado, quanto a gente pode ir pra praça pública gritando o que tá acontecendo aqui dentro que vai ser a mesma coisa. Não dá em nada. Não se tem nada protocolado.”</p> <p>“O silêncio passa por esse ponto crucial: manda pra quem? Pro Conselho? Pra Secretaria de Saúde? Pros gestores? Pra Secretaria de Saúde do Município de origem? Se mandar vai ter resposta? A gente acaba sendo cúmplice desse silêncio”</p> <p>“Na realidade a gente não tem como, a quem falar, a quem nos dirigir, eu acho que na realidade a gente fala muito, não é que a gente se cale, a gente só não fala pra pessoa certa, na direção certa no sentido de reverter. Mas quem seria essa pessoa?”</p> <p>“Ora, se no depoimento do jornal o presidente do Cremec disse que desconhecia estes fatos [...] como justifica não chegar aos ouvidos dele? Por aí se vê é porque a preocupação pra tentar melhorar e tomar medidas em relação a asfixia é muito pouca. Nenhum dos hospitais se preocupou...”</p> <p>A única coisa que eu acho que tem [...] contribuído pra aumentar é a falta de reação aos fatos. O SILÊNCIO. Falta a coragem da equipe de se mobilizar.</p> <p>[...] eu acho que falta a consciência que a gente deveria ter sobre o valor da vida, sobre o valor de uma pessoa, hoje uma das maiores causas de depressão na infância é [...] a desvalorização da vida. Cada vez mais a vida tem menos valor....</p>

Entretanto, esse descrédito se estendeu mais além. Um dos participantes, achou que o silêncio era motivado pela perda da consciência sobre o valor da vida. A sociedade atual não valoriza mais as pessoas. “[...] hoje tudo é descartável, até gente” como afirmou um dos sujeitos entrevistados deixando a entender que a humanidade perdeu o valor pela vida e não acredita mais em nada.

Segundo Frankl (1989), sem um sentido para viver as pessoas tendem a acabar com a vida mesmo que todas as necessidades sob qualquer aspecto estejam satisfeitas. O homem que não tem sentidos experimenta o sentimento de vazio existencial.

Segundo este autor, o homem se diferencia dos outros animais onde o direcionamento da vida é programado nos instintos. Ele se direciona por valores tradicionais que são aprendidos e não impostos como nos animais. Como no momento atual estamos assistindo o declínio das tradições, os valores não são mais transmitidos. E sem estes imperativos, o homem não sabe mais o que fazer. O resultado disso é o conformismo ou então faz o que os outros impõem que ele faça num verdadeiro totalitarismo como mostra o quadro abaixo.

	[...] cada um de nós tem sua parcela de culpa, grande ou pequena mas alguém tem, também a gente tá lá...
Profissionais de Nível Superior	<p>[...] calam porque [...] vem, dá seu horário, ganha seu dinheiro e vai simhora...</p> <p>[...] se não levam a coisa adiante é por uma proteção do fulano que induziu a isso...</p> <p>[...] ninguém faz nada e eu não sei como...</p> <p>[...] também é por acomodação, às vezes se perde a capacidade de se indignar com determinadas coisas, a gente se acostuma...</p> <p>[...] Você vai tratando a sepse, o não sei quê, se escapar escapou...</p> <p>[...] essa falta que a gente tem sobre o valor da vida...</p> <p>[...] cada vez mais as pessoas se tornam individualistas. Importa o que vem a mim, o outro que se vire...</p> <p>[...] a gente só não ver se não quer [...] bota uma venda e [...] tá confortável a posição [...] eu não vou, não sou eu...</p> <p>“A cultura das pessoas de dizer que morreu um anjinho. A mãe acha que morreu um anjim. Às vezes é um alívio pra ela. Aí a gente silencia essa situação, não é?”</p> <p>[...] como justificar qu’eu vejo muito nessas avaliações que a gente faz [...] como justifica isso dentro da cidade? Né? Aqui em Fortaleza, que a gente vê que a incidência é tão alta [...]. TÃO ALTA, TÃO ALTA!</p> <p>[...] na realidade vai passando e ninguém assume nada.</p> <p>[...] a gente como profissional de saúde a gente tem também responsabilidade, eu acho que todo mundo devia se preocupar com isso e tomar medidas pra tentar melhorar isso...</p> <p>Às vezes o médico chega: “não não é agora, é pra depois” negligenciam a própria fala da mãe...</p> <p>Às vezes até uma falta de um alerta, de uma advertência, desse silêncio ser rompido, sinceramente não fui a fundo ver esse problema... Não sei se o silêncio é da mãe ou de todos nós.</p>

No quadro de Descrédito, observamos que as falas das mães deixam transparecer um forte sentimento de descrédito em relação à resposta que a justiça pode dar a seu caso. Percebemos a relação entre a pobreza e falta de privilégio.

O sociólogo Paulo Freire (1977) em seus estudos afirmou que quanto mais pobres as pessoas são, menos oportunidades têm. Quanto mais desfavorecidos mais facilmente se deixam levar pelo medo.

Os profissionais de saúde também expressaram seus descréditos: segundo este grupo, o silêncio é motivado porque desacreditam no sistema de saúde vigente em nosso país a começar pelas pessoas que estão à frente na direção das instituições.

nada? Recursos humanos sem capacidade? Falta de condições de recursos técnicos? Preconceito social?

Essa avaliação não é tarefa fácil. Principalmente porque estão incluídos nessa atenção vários níveis de cuidados: primário (pré-natal), secundário e terciário (parto). Deste grupo de gestantes, algumas foram atendidas no interior onde faltam recursos técnicos. Entretanto, várias foram atendidas em maternidades terciárias referência no Estado. Fizeram pré-natal satisfatório e não chegaram em período expulsivo.

Illich (1975, p.37) pode fornecer algumas explicações para este quadro com as seguintes afirmações: “Num hospital em que a técnica é complexa, a negligência se transforma em erro humano “aleatório”, a insensibilidade em “desinteresse científico” e a incompetência em “falta de equipamento especializado.” Como podemos continuar silenciando?

QUADRO 6 - Negligência	
Mães	[...] 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.
Profissionais de nível técnico	[...] no interior isso acontece porque lá não tem condição e aqui na capital a negligência acontece devido ao profissional. Aqui os setores são o que? – especializados [...] aqui, é falta de compromisso [...] É falta de responsabilidade. As pessoas vivem fazendo curso de humanização, mas quando chega a hora “H” de ser humano nem é [...] o que acontece de negligência nestas maternidades grandes [...] e com recursos! a gente que trabalha por lá é que sabe... Eu quando fui parir assisti muitas vezes: “Aguarda aí pro próximo”. Falta o que? Meia hora. Quer dizer: esperar a passagem do próximo plantão pra poder vir me atender ... Eu assisti muito nessa minha caminhada de maternidade em maternidade a auxiliar dizer: - dr. tem uma aí fora viu? E ele dizer: - vou dormir. Venho de outro plantão, tô muito cansado. Você me chama. Aí esquece tá entendendo? Esperar pra mais tarde [...] é falta de compromisso! [...] 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 dr. de madrugada: - dr. a criança tá coroando. – tá perai que já vou [...] quando dá fé o menino nasce na cama do pré-parto... Dr. tem uma aí que tá sangrando muito. – Vê se segura essa mulher aí até de manhã que hoje tô lascado [...] venho de outro plantão. Também tem o detalhe que o obstetra ganha mais no parto normal. Por isso eles forçam a barra pra que seja normal. Existem tantas cesáreas que acontecem que nem precisavam [...] acontece negligência demais! É uma coisa do próprio profissional em si querer fazer o seu trabalho né? Infelizmente o que nós vemos hoje, o que tá valendo mais é o capitalismo. O problema do anoxiado é muito sério. Depende muito do profissional como ele cuida... O atendimento depende do seu bolso minha filha. Se você paga mais você é bem atendido, né?

na televisão.” Entretanto, o medo deixa todos impotentes: “isso é coisa para OS GRANDES.”

QUADRO 5 - Impotência

Mães	<p>A gente pensa assim: “a corda sempre quebra do lado mais fraco” né?</p> <p>[...] porque sempre são ricos né, eu tinha quem do meu lado? Agora se eu tivesse dinheiro eu enfrentaria.</p> <p>[...] porque sou pobre [...] sou mais humilde, tenho menos condições que ele...</p> <p>[...] eu não vou atrás porque eu não ganho...</p> <p>[...] ia ser a palavra dele contra a minha...</p> <p>[...] porque tem que ter uma prova, como é sem uma prova [...] né...</p>
Profissionais de nível técnico	<p>Nós não podemos nos posicionar. Nós do nível médio esperamos que OS GRANDES façam isso! Nós não podemos fazer nada...</p> <p>Eu muitas vezes me sinto impotente nesse CTI [...] a vontade que eu tinha é de pegar o governo e obrigar aquele profissional a fazer alguma coisa por aquela criança e por aquela mãe, que na ignorância não sabia o que estava acontecendo com ela [...] – Isso aí é todo mundo...</p>
Profissionais de nível superior	<p>“[...] Os municípios mais pobres do Brasil encontram-se no Nordeste. E do Nordeste encontra-se no Ceará. Eu nunca vi tanto pobre junto. Você entra numa maternidade ela é toda pintada, toda bonitinha, tem o selo do UNICF: ganhou ISO 2004, 2008, 3005 [...] todos os ISOS que você imaginar! Você chega na sala [...] A 1ª coisa que eu chego no hospital: minha filha onde é o berçário? 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! Pronto! Esse é o que vai receber um menino. E a sala de parto? A sala de parto de lá é uma mesa [...] do tempo do Pero Álvares Cabral, não existe uma bala de oxigênio. (isso eu tô falando porque eu vejo!) Não tem uma bala de oxigênio, como é que esse doutor vai reanimar essa criança? Não tem uma bala de oxigênio, 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.”</p> <p>Pra fazer uma denúncia você precisa provar [...] se você não provar você passa a ser...</p> <p>[...] 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?</p> <p>Eu acho que a gente se cala porque não tem jeito a dar [...] fazer o que? Adianta eu gritar? Alguém vai me ouvir sozinha?</p>

O cruzamento das falas no quadro de Negligência é difícil de analisar: seria possível pensar que a negligência ocorre porque as mães são de baixa condição social? Resistiria ainda em pleno século XXI o estigma de que pobre não tem direito? Desconsideração da mulher como sujeito da ação médica? Escasso número de profissionais? Visão estereotipada das gestantes que não sabem de

Fazendo cruzamento com as falas das mães no quadro de Impotência, percebemos que existe uma convergência de discursos:

“[...] porque sempre são ricos né, eu tinha quem do meu lado? Agora se eu tivesse dinheiro eu enfrentaria.”

“[...] porque sou pobre [...] sou mais humilde, tenho menos condições que ele...”

“[...] eu não vou atrás porque eu não ganho...”

É evidente que sabem que a asfixia do filho, foi motivada pelo descaso do atendimento. Entretanto, ainda não possuem o dinamismo para gritar o descaso com que são tratadas. Sabem que foram injustiçadas, mas não sabem como lutar contra essas injustiças. Esse fenômeno é o que Fischer (1994) chama de “impotência aprendida,” um comportamento segundo o qual o indivíduo em sofrimento aprende a ficar passivo.

Segundo Paulo Freire (1977), Lavar as mãos diante da opressão é reforçar o poder do opressor; é fazer opção por ele.

Com os profissionais de saúde de nível superior, percebemos que a impotência foi relacionada com a falta de condições técnicas, de provas, de união de classe. Mas na realidade fica a impressão de que o grupo está tão mergulhado nos afazeres do dia-a-dia que não percebe as causas dos acontecimentos como disse um dos sujeitos entrevistados: “a vida da gente é um corre-corre tão grande que a gente simplesmente vai [...] entra no barco [...] a gente realmente não tem tempo pra tentar resolver esse problema [...]” Não refletimos mais sobre as nossas ações e muito menos sobre os efeitos destas. Assim, é fácil transferir a responsabilidade. Esquecemos que os acontecimentos de cada dia não são frutos do acaso. Somos nós que fazemos a história.

O cruzamento das falas dos profissionais de nível técnico demonstra que existe a percepção dos casos e é evidente a indignação e revolta. Mas, este grupo também não sabe como proceder para resolver o problema porque aqui existe o agravante do medo de perder o emprego ou ser transferida como veremos adiante. Até saberiam tentar resolver como houve a sugestão de “colocar um bebê desses

QUADRO 4 - Transferência de Culpa

Mães	<p>[...] o erro tá na direção do hospital. Sim porque era um médico pra atender várias pacientes.</p> <p>[...] foi erro do hospital, erro dos funcionários, entendeu?</p> <p>[...] fui a tempo pro hospital, na hora que a bolsa rompeu 6h eu fui. Então 4h eu comecei a vomitar porque o menino subiu. Até 4h da tarde se eles tivessem feito meu parto tinha salvado o menino com vida NORMAL. Quando foi 10h da noite eu já dava dando hemorragia...</p> <p>[...] é uma coisa tão enrolada [...] cheguei lá pra fazer o parto com a dra. 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 ía esperar pra ser normal. Me botou no soro e passou o dia. Aí ela me botou pra outro médico que foi o que fez mais o cambalacho [...] cinco e meia da tarde ele disse que eu tava com 8cm. 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 que ia fazer o meu parto, 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...</p>
Profissionais de nível técnico	<p>A assistente social é quem deve orientar as mães...</p> <p>Eu acho que compete ao médico, não compete a nós que somos auxiliares.</p>
Profissionais de nível superior	<p>[...] A responsabilidade é de quem fez o parto, eu não [...] 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 [...] 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 [...] vai deixando, vou relaxando...</p> <p>“[...] nós como médicos trabalhando em nossos locais de trabalho a gente não tem poder de resolutilidade. Isso aí cabe aos governantes tomar medidas pra prevenir a anóxia: assistir melhor a gestante no pré-natal e no parto.”</p> <p>[...] A falha está nas autoridades que não fiscalizam o que é seu, o que é meu porque eu dei pra eles tomar conta...</p> <p>[...] o grito tem que partir da família e a nós cabe tá do lado dela. Quando a mãe toma a iniciativa, ela ainda pode recorrer. Mas partindo do profissional...</p> <p>[...] o negócio é mais em cima. A gente pode se indignar como a gente se indigna [...] mas no nosso país o que é que importa? O que é que importa pros gestores?</p> <p>É falta de pré-natal, falta de assistência quando nasce principalmente no interior em hospital que não tem condições de assistência ao recém-nascido. O parto só com parteira...</p> <p>A saúde é que deveria mudar. O problema maior t'ái: o descaso com essas mães que estão no interior que é a maior parte que a gente recebe...</p> <p>Eu acho que enquanto não houver uma conscientização, até 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.</p> <p>O que nos leva a ficar calados é [...] assim, são vários fatores: falta de tempo, falta de apoio das pessoas que estão na direção...</p>

A Transferência de Culpa segundo Becker (1973), é um reflexo da nossa covardia tanto diante da vida e da morte como do nosso anseio pelo heroísmo. O homem segundo este autor, tem um anseio íntimo de ser bom, uma sensibilidade íntima sobre “como as coisa deveriam ser” e uma atração pela beleza, bondade e perfeição. A essa sensibilidade muitos denominam consciência.

Para o filósofo Immanuel Kant (1777) a “lei moral interna do homem” é um dos mais sublimes mistérios da criação que não se consegue explicar. É um dom. Todos os seres gostam de sentir-se bons em relação a si mesmos.

Segundo Becker (1973), a transferência representa a tentativa natural de ser íntegro e não é totalmente depreciativa porque está ligada aos fundamentos da vida humana.

No cruzamento das falas das mães no quadro de transferência percebe-se que a culpa foi dirigida para a direção das instituições e profissionais de saúde ou seja: a equipe não teve a competência para resolver a situação.

Os profissionais de nível técnico fazem a transferência para os médicos e assistentes sociais. E os profissionais de nível superior se livram da culpa porque o sistema de saúde além de não oferecer condições para o exercício adequado da profissão as chefias, as direções não estão interessadas na resolução do problema que cabe a eles.

QUADRO 3 - Medo

Mães	<p>Eu me calei porque dependo desse emprego lá. Se eu fosse me manifestar com certeza eu perderia o emprego</p> <p>[...] eu tenho medo de [...] d'eu enfrentar ele CARA A CARA, porque [...] eu sou mais humilde né?</p> <p>[...] medo d'ele mandar me matar [...] a gente não deve confiar em ninguém porque do jeito que a coisa tá ...</p> <p>[...] não foi medo [...] quando isso aconteceu meu marido bebia, chorava e queria uma vingança diferente né, eu pensei assim: meu marido quer tirar a vida de um médico e se eu for processar ele vai ficar mais revoltado ...</p> <p>[...] não foi medo [...] foi falta de conhecimento</p> <p>[...] processar [...] eu pensei: não vai dar a vida do meu filho [...] fiquei mais do lado espiritual, mas não foi medo ...</p>
Profissionais de nível técnico	<p>Esse silêncio parte de determinados profissionais que fazem a gente se sentir impotente. Somos constrangidas dentro desse hospital a não falar a verdade ...</p> <p>Ninguém pode falar a verdade. Se eu falar a verdade em relação a auxiliar tudo bem, mas se eu falar a verdade em relação a uma enfermeira, tenho certeza vou ser transferida [...]quanto mais se me envolver nesse assunto ...</p> <p>[...] se a gente for dizer: isso aqui tá errado, você vai bater na sala da direção. Funcionário subversivo! Tem que ser transferido [...] a gente tem mesmo é que ficar calada.</p> <p>[...] a gente cala porque direta ou indiretamente a gente tem uma mordança em nossa boca. A gente é conivente com isso porque o sistema nos obriga a ser.</p> <p>[...] porque nós temos algo a perder, nós temos o nosso emprego, nós podemos ser transferidas, podemos ser expulsas, ser devolvida [...] a gente já tá lotada num local ninguém quer perder.</p> <p>[...] a gente não tá disposto a se expor ...</p> <p>[...] até matarem a gente, um doutor do interior [...] com um pistoleiro, ele manda ...</p>
Profissionais de nível superior	<p>Por medo.</p> <p>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.</p> <p>[...] o que falta também é essa coragem da equipe de se mobilizar, de ter essa sensibilização ...</p> <p>[...] eu acho que muitas vezes nós não falamos com medo de comprometer o outro ...</p> <p>[...] tem que ter uma pessoa de coragem pra justificar. Quem vai comprar a briga?</p> <p>Quem vai botar o sino no pescoço do gato?</p> <p>[...] eu acho que medo de mexer em ALGUMA COISA QUE A GENTE SABE que vai tumultuar, né...</p> <p>[...] medo de SE EXPOR! De eu BRIGAR COM MEU COLEGA e entrar...</p> <p>[...] é um assunto muito sério pra se mexer. As reações vão ser grandes!</p> <p>[...] todo mundo sabe qual é a maternidade aqui em Fortaleza, onde o índice é maior, mas ninguém faz nada, porque é mexer como se diz: no.vespeiro.</p> <p>[...] e o que é que a gente faz? SUMIR, a gente faz de conta que não sabe...</p> <p>[...] até que ponto a pessoa vai se dispor a ir lá e fazer essa denúncia!</p> <p>[...] Tem muitos medos. É tanto medo meu Deus!</p>

reprimido de forma adequada para nos manter vivendo com certo conforto. É um paradoxo impossível: o sempre presente temor da morte para o funcionamento normal do instinto de autopreservação bem como nosso total esquecimento desse temor em nossa vida consciente. Andamos normalmente como se acreditássemos em nossa imortalidade corpórea.

O homem é um ser simbólico com história de vida. Essa capacidade de abstração, essa consciência de si mesmo confere ao homem uma posição de pequeno deus. Ao mesmo tempo ele é um verme e alimento para vermes. Esse é o paradoxo. Esse dilema assusta. Por isso, diz Becker (1973), o homem é um animal cheio de temores que se agarra ao mundo e nele se apóia em busca de proteção e tenta afirmar-se de maneira covarde em seus débeis poderes.

Diante de como pensam o medo diversos autores, consideramos a perspectiva de Beck mais completa e didática. Através da leitura desse autor, percebemos que suas explicações contemplam o porquê do medo observado pelos grupos entrevistados.

íntimo, o indivíduo não acredita que vai morrer e o inconsciente desconhece o tempo e a morte. O homem se sente imortal.

Para Becker (1973), cada uma dessas observações explica a tragédia humana. O homem parece não ser capaz de evitar o seu egoísmo que parece vir de sua natureza animal. Através da sua evolução o organismo tenta proteger a sua integridade e precisa senti-se seguro em seu amor próprio. Seu narcisismo é alimentado de símbolos e sonhos de uma idéia abstrata de seu próprio valor composto de sons, palavras, imagens, perceptíveis no ar, na mente e na escrita. Assim torna-se imortal. O homem tem desejo de se destacar representando a vida em si mesmo.

Cada cultura tem um sistema de heroísmo diferenciado que é uma demonstração de seres heróicos terrestres. Não importa se o heroísmo é religioso, primitivo, científico, civilizado. Para Becker (1973), as pessoas, se esforçam para adquirir um sentimento básico de valor. A atividade heróica é o problema central da vida humana. É um problema universal.

Diante desse conceito, Becker (1973), afirma que o homem sentindo-se imortal e estando sempre diante da morte desenvolveu terror à morte. E este medo é uma das principais coisas que move o homem. O medo que a morte inspira é a mola mestra das atividades humanas. O homem tenta vencer a morte de todas as maneiras. A maior parte da vida tenta impedir que ela seja seu destino. O homem não admite que a morte destrua a doce ilusão de ser herói imortal.

Para este autor, que se baseia no argumento da “Mentalidade Mórbida” de Zilboorg, o terror da morte origina todos os demais temores. É um temor do qual ninguém está imune. Raramente, mostra sua verdadeira face e se esconde sob diversas aparências. Está universalmente presente. Manifesta-se de muitas maneiras e por trás do sentimento de desânimo e depressão sempre se esconde o medo básico da morte.

É uma expressão do instinto de autopreservação que funciona como um constante impulso de manter a vida dominando os perigos que a ameaçam. Mas, diz Becker (1973) que este temor não pode estar presente de forma constante no funcionamento do indivíduo, pois assim o organismo não poderia funcionar. Então é

Do ponto de vista da teoria das emoções, segundo este autor, o medo é considerado uma emoção básica fundamental, discreta, presente em todas as idades, culturas, raças e espécies diferindo de ansiedade que é definida por muitos autores¹⁶ como uma mistura de emoções na qual predomina o medo.

A evolutiva ou filogenética compreende o que desencadeia medo e os padrões automáticos de resposta. A resposta não é pensada nem aleatória mas tem uma perfeita adequação ao tipo de ameaça. As situações mais temidas eram animais como cobra, aranha, locais de maior amplitude e as tempestades. Estas situações foram ameaças naturais reais para os nossos ancestrais e a vida humana dependeu do desenvolvimento de estratégias adequadas para lidar com essas ameaças que hoje ficaram inofensivas com a tecnologia moderna.

Ao mesmo tempo, esse autor compreende que o medo também sofre influências sociais e ambientais ao longo da vida de cada indivíduo, ou seja, influenciado ontogeneticamente. Ao longo dessas influências, o medo sofreria processos de habituação e sensibilizações que o fariam diminuir ou aumentar.

Segundo Baptista (2000), Seligman foi o primeiro investigador a chamar a atenção para este fenômeno em seus estudos no ano de 1971. Ele demonstrou que aquilo que é aparentemente irracional no medo é apenas o aparecimento de “medos evolutivamente preparados.” Este autor observou que ameaças reais (como as armas de fogo) sem significado evolutivo, dificilmente provocam medos tão acentuados como o pavor a aranhas ou baratas.

Baptista (2000), considera o medo um programa genético que se modifica de acordo com as influências ambientais. Entretanto, Becker (1973), desenvolveu um conceito de medo sobre a psicologia profunda do heroísmo. Segundo este autor, a idéia de heroísmo é uma verdade vital da humanidade. Filósofos de todas as culturas afirmaram que o instinto comum da humanidade é um palco para o heroísmo.

Segundo este autor, um dos conceitos básicos para a compreensão da ânsia do homem pelo heroísmo é a idéia do “narcisismo” de Freud. Segundo Freud (2001), cada um de nós repete a tragédia de Narciso da mitologia grega: estamos profundamente absortos em nós mesmos. Todos são sacrificáveis exceto nós. No

¹⁶ Barlow (2002); Ekman & Davidson (1994); Lewis & Haviland Jones (2000); Plutchik (2003).

No grupo dos familiares, as justificativas estão predominantemente ligadas ao medo, à impotência e ao descrédito.

Segundo Tanaka (1995), é tão comum em nosso meio que as pessoas pobres sejam negligenciadas que os próprios pacientes não se revoltam quando não conseguem assistência ou esta é desqualificada. Eles se conformam. É cultural. Calam e vão em busca de outra instituição. Entretanto, têm consciência de que isto está errado. A desqualificação da assistência é tão grande que mesmo as pessoas mais simples detectam o problema. Silenciam porque se sentem impotentes diante de quem tem poder. Silenciam por medo como é demonstrado nestas falas:

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

[...] ele me levou ela pra mim ver na sala de pós-parto. Aí ele foi falou assim: - 'mãezinha ela nasceu com um defeito no olho, você viu, eu não tive culpa, eu fiz o q'eu podia e o q'eu não podia pra salvar você e sua filha, foi um parto muito difícil [...] mas t'áqui, ó, o olho dela nasceu com problema, mas você viu q'eu não tive culpa' [...] – mas eu vendo aqui muito claro a marca em cima do olho da minha filha. (Faz o gesto de onde estava a marca da colher do fórcepes, bem no meio da face, cobrindo o olho) Só que não ia discutir com ele, eu tava com tanto medo, q'eu disse: não se eu for dizer que foi ele, ele vai é me matar ...

[...] no hospital tinha como fazer a ultra-sonografia na hora né?

[...] lá não tinha os aparelhos suficientes outras coisas que eles erraram: na hora que tiraram a criança se não tinha os aparelhos suficientes pra criança ficar lá eles tinham que ter transferido na mesma hora Dra. **outro erro. Não! Não, o menino t'ali ...**

[...] Nem uma injeção de força não tinham me dado! Que atendimento era esse? Meu Deus eu nas mãos d'um médico e perder meu filho tão assim ...

[...] ele passou cefalexina pra mim tomar, né, as auxiliares me davam um, um num dia né, um dia q'eu passei lá ela só me deu um comprimido e cefalexina é pra ser de 6/6h, né.

A principal causa do silêncio entre os três grupos foi o medo. Segundo o dicionário Aurélio Ferreira (1975), medo é um sentimento de grande inquietação ante a noção de um perigo real ou imaginário, de uma ameaça; susto, pavor, temor, terror.

Segundo Baptista (2000), o medo é considerado uma adaptação, de acordo com a perspectiva evolutiva ou filogenética e desenvolvimentista ou ontogenética. É um comportamento que provoca reação de fuga ou evitação.

Foram prejudicados bebês que tinham peso adequado ao nascer, com possibilidades de vida saudável. Receberam um atendimento tão precário, que quando não foram a óbito ficaram severamente seqüelados...

No grupo de profissionais de nível técnico, observamos a predominância da impotência e do medo. Aqui muitas vezes as falas deixam ver que trabalham sob o silenciamento:

Somos constrangidas dentro desse hospital a não falar a verdade ...

[...] se a gente for dizer: isso aqui tá errado, você vai bater na sala da direção. Funcionário subversivo! Tem que ser transferido... a gente tem mesmo é que ficar calada.

[...] a gente cala porque direta ou indiretamente a gente tem uma mordança em nossa boca.

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

Nós não podemos nos posicionar. Nós do nível médio esperamos que OS GRANDES façam isso! Nós não podemos fazer nada ...

Observamos aqui a presença do silêncio local: a interdição do dizer. Segundo Orlandi (2002), é a manifestação mais visível desta política. Assim como no discurso, o sujeito e o sentido se constituem ao mesmo tempo, ao se proceder desse modo se proíbe ao sujeito ocupar certos “lugares”, ou melhor certas “posições” do sujeito. Em uma determinada conjuntura, as formações discursivas determinam “o que pode e deve ser dito.”

Nestas falas, a hierarquia profissional hospitalar é claramente identificada. Os profissionais de nível técnico “não devem” expressar suas opiniões principalmente quando se trata de expor os erros dos profissionais de nível superior. Se desobedecerem, “vão bater na sala da direção. É funcionário subversivo! Merece ser transferido. Ninguém pode falar a verdade!” O medo de ser transferida, ou perder o emprego cala as revoltas e as verdades não podem ser ditas.

Como diz Orlandi (2002), há um trabalho silencioso na relação do homem com a realidade que lhe proporciona dimensão histórica, já que o mesmo silêncio é sentido. De onde se conclui que não se pode estar fora do sentido assim como não se pode estar fora da história.

Percebemos claramente nesses discursos a presença do silêncio constitutivo: Segundo Orlandi (2002), a relação dito/não dito pode ser contextualizada sócio-historicamente em relação ao que chamamos “poder dizer”. A política do silêncio se define pelo fato de que ao dizer algo apagamos necessariamente outros sentidos possíveis, mas indesejáveis em uma situação discursiva dada.

Como ilustram as falas, o respeito e valor por cada criança asfisiada foram calados por medo de responsabilizar os poderosos donos de instituições “e se prejudicar porque fez isso”, medo “de se desentender com o colega”... “Tem muitos medos. É tanto medo meu Deus!” Esquecemos a importância que esses bebês têm para as suas famílias. E são muitos! Quando não morrem se prejudicam. Morre um que adoraria futebol, fica seqüelada uma que adoraria sambar, outra teria um olhar expressivo com um carinho insubstituível, outro que seria um competente pedreiro, médico ou poeta quem sabe “[...] A gente esquece de que esses bebês são” pessoas.” E essas “pessoas” pelos princípios da nossa Constituição têm os mesmos direitos que nós temos. Em nosso “corre-corre” não temos tempo pra pensar. Tampouco pra falar. Nos omitimos. Ficamos cegos. “Coloca uma venda, e [...] tá confortável.” Nossos discursos culpam as instituições, o governo, o município [...] eles apagam outros sentidos que não desejamos revelar a nós mesmos: perdemos as diretrizes éticas de uma consciência mais abrangente e profunda do nosso compromisso com a vida na medida das nossas possibilidades e por medo, retiramos a nossa responsabilidade, transferimos a culpa e emudecemos.

Como nós profissionais de saúde podemos exercer bem nossas funções se estamos cegos e mudos para os direitos das pessoas que atendemos e fazemos questão de esquecer essa realidade com a qual trabalhamos?

Quando a medicina não era científica, diz Foucault (1974), matava porque o médico ou a própria medicina eram ignorantes. Hoje, a medicina moderna gerou uma gama enorme de conhecimentos que permitem o domínio da técnica no controle da saúde, das doenças e às vezes até mesmo da morte. Entretanto, os avanços médicos na sociedade em que vivemos, relevam a medicina como empresa e deixam o paciente que não tem poder aquisitivo para comprar o atendimento, em segundo plano: ‘o atendimento depende do seu bolso [...]’ como tão bem ilustra essa fala.

O sentido do silêncio não deriva de suas palavras. As palavras têm uma relação fundamental com o silêncio sem no entanto, reduzir este a um complemento de palavras. O silêncio é discurso só que, com sua materialidade própria, suas formas próprias de significar. O não dito significa. Os sentidos silenciados migram para outros objetos simbólicos atestando sua necessidade. Portanto, para compreendermos um discurso, precisamos perguntar o que ele cala.

5.2.3 Compreendendo as categorias do silêncio

“Não rir, não lamentar, nem almejar, mas compreender”

(Spinoza)

Para estudar o silêncio do nosso estudo, organizamos em quadros os temas que emergiram nas falas dos discursos reveladores dos grupos entrevistados: mães, profissionais de nível técnico e profissionais de nível superior. Vale lembrar aqui que em nenhum momento houve o confronto entre os três grupos. Teria talvez sido útil e rico esse confronto, mas não foi possível de realizar. Pelas falas dos grupos entrevistados, podemos observar diferentes razões para a promoção do silêncio. Entre os principais estão: medo, transferência de culpa, impotência, negligência e descrédito.

No grupo dos profissionais de nível superior as justificativas estão voltadas mais para a transferência de culpa e por medo como demonstram estas falas:

[...] nós como médicos trabalhando em nossos locais de trabalho a gente não tem poder de resolutividade. Isso aí cabe aos governantes tomar medidas pra prevenir a anóxia: assistir melhor a gestante no pré-natal e no parto.

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 [...]

[...] todo mundo sabe qual é a maternidade aqui em Fortaleza, onde o índice é maior, mas ninguém faz nada, porque é mexer como se diz: no [...] vespeiro.

[...] e o que é que a gente faz? SUMIR, a gente faz de conta que não sabe[...]

[...] até que ponto a pessoa vai se dispor a ir lá e fazer essa denúncia!.

[...] Tem muitos medos. É tanto medo meu Deus!

As duas formas de silêncio acompanham qualquer discurso, qualquer processo de produção de sentidos funcionando de maneira diferente. O mais importante é a compreensão de que há dois modos de estar em silêncio: um que corresponde ao modo de estar no sentido. As próprias palavras transpiram silêncio. Há silêncio nas palavras. E o outro, é o silenciamento que já não é silêncio, mas “por em silêncio.” Liga o não dizer à história e à ideologia. Este último nos mostra que há um processo de produção de sentidos, mas que foram silenciados. Isto nos faz entender uma dimensão do não dito totalmente distinta do que se tem estudado sob a rubrica do “implícito” em Ducrot (1972).

5.2.2.3 Silêncio e vozes sociais

Temos aqui duas modalidades de silêncio: a) dominação e resistência; b) as autobiografias.

- a) dominação e resistência – é o modo como a censura funciona ao lado da opressão. São proibidas certas palavras para que certos sentidos sejam proibidos. Como no discurso sujeito e sentido se constituem ao mesmo tempo, ao se proceder assim se proíbe ao sujeito ocupar certas “posições.” A censura traduz asfixia: ela é a interdição manifesta da circulação do sujeito pela decisão de um poder de palavra fortemente regulado. No autoritarismo, não há reversibilidade possível no discurso, isto é, o sujeito não pode ocupar diferentes posições: ele só pode ocupar o lugar que lhe é destinado, para produzir os sentidos que não lhes são proibidos. A censura afeta de imediato a identidade do sujeito. Essa situação é uma forma direta e sem sutilezas do silenciamento ou da política de silêncio: obriga-se a dizer “x” para não dizer “y.”
- b) as autobiografias – em determinadas conjunturas onde ocorre o autoritarismo, muitas pessoas escrevem suas autobiografias, e quando em período posterior a abertura é declarada, geralmente se produz uma avalanche de publicações de autobiografias. É uma forma discursiva sob a categorização de “ficção” para que o dizer proibido se torne possível. É uma forma de sair do silêncio definido pela censura. Significa sua falta de liberdade de criticar, de discordar de dizer “certos” sentidos. A escrita permite que se signifique em silêncio. Se há um silêncio que apaga, há um silêncio que explode dos limites de significar.

O mesmo autor (1984, p.73), diz que “se os sentidos e as palavras não estivessem limitadas pelo silêncio, o sentido das palavras já há muito teria dito tudo o que se pode dizer” ao que Orlandi comenta: “Presença (*meyen* em grego = dizer) e silêncio (*mutus* em latim = mudo) se enlaçam no mesmo acontecimento de *liguagem*: o significar.”

- 2) O Silenciamento: uma política de sentido. Para Orlandi (2002), além do silêncio constitutivo, há a política do silêncio que tem duas formas de existências ligadas: a) Silêncio Constitutivo e b) Silêncio Local.

A relação dito/não dito pode ser contextualizada sócio-historicamente, ao que chamamos “poder dizer”. A Política do Silêncio é definida pelo fato de que ao dizer algo obrigatoriamente apagamos outros sentidos possíveis mas indesejáveis em uma dada situação discursiva.

- a) Silêncio Constitutivo - é determinado pelo caráter fundador do silêncio e pertence à própria ordem de produção de sentido presidindo qualquer produção de linguagem. Representa a política do silêncio como um efeito de discurso que instala o antiimplícito: diz-se “x” para não (deixar) dizer “y,” este sendo o sentido a se descartar do dito. É o não dito obrigatoriamente excluído. Assim, o silêncio trabalha os limites das formações discursivas, determinando os limites do dizer. Esse mecanismo faz funcionar o conjunto do que é preciso não dizer para poder dizer denominado de “forclusão”.
- b) Silêncio Local - é o que pode ser dito em uma certa conjuntura. É o apagamento de sentidos possíveis mas proibidos de dizer. É a interdição do dizer. Não se pode dizer o proibido. Ou seja: não se pode dizer o que se pode dizer. Um exemplo de silêncio local é a censura. Será considerado aqui a censura em sua materialidade lingüística e histórica ou seja: discursiva. A censura enquanto fato de linguagem que produz efeitos enquanto política pública de fala e de silêncio. A detecção da política de silêncio não é difícil.

5.2.2.2 Silêncio e significação

Segundo esta autora, o silêncio tem suas formas: o Silêncio Fundador e o Silenciamento: uma política do sentido.

- 1) Silêncio Fundador é aquele necessário aos sentidos. Sem ele, há o muito cheio de linguagem, mas não haveria sentido. É o silêncio que existe nas palavras e que as atravessa. Significa o não dito e que dá um espaço de recuo significante produzindo assim condições para significar. Não é o vazio ou o sem-sentido. O silêncio entre as palavras é a respiração da significação para que o sentido faça sentido. As palavras são cheias de silêncio a não se dizer.

Estamos falando aqui do silêncio como matéria significante e não do silêncio em sua qualidade física. Segundo Busset (1984, p.70) “o silêncio não é ausência de palavras ele é o que há entre as palavras, entre as notas da música, entre as linhas, entre os seres. É o tecido intersticial que põe em relevo os signos.” O silêncio diz o autor, é “o intervalo pleno de possíveis que separa duas palavras proferidas”.

As relações discursivas têm no silêncio o seu ponto de sustentação. O funcionamento do silêncio atesta o movimento que se faz na contradição entre o “um” e o “múltiplo.” O mesmo e o diferente, entre paráfrase e polissemia. O ato de falar é o de separar, distinguir e paradoxalmente, vislumbrar o silêncio e evitá-lo. Este gesto disciplina o significar, pois já é um projeto de sedentarização do sentido. A linguagem estabiliza o movimento dos sentidos. No silêncio, sentido e sujeito se movem amplamente. A linguagem é a categorização do silêncio. A fala divide o silêncio. Organiza-o. O silêncio é disperso, e a fala é voltada para a unicidade e as entidades discretas.

M. Le Bot (1984, p. 72), diz que “o silêncio não são as palavras silenciadas que se guardam no segredo, sem dizer. O silêncio guarda um outro segredo que o movimento das palavras não atinge.” Com efeito, diz Orlandi (2002), a linguagem é passagem incessante das palavras ao silêncio e do silêncio às palavras.

Segundo esta autora, o silêncio está presente na formação do sentido e da linguagem. Duas ordens de questões se impõem:

1. Uma se refere diretamente ao sentido:

- a) como se explica a literalidade como unidade e permanência de um sentido?
- b) Como se explica o fato de que para dizer “x”, é necessário dizer “y”?
- c) Como se explica o sentido da censura?

2. Questões desse gênero envolvem a reflexão sobre o silêncio que se refletem na concepção de sujeito do discurso.

5.2.1.1 Silêncio e implícito

É necessário diferenciarmos conceitos que estão próximos mas que têm naturezas diferentes. Trata-se de silêncio/implícito que consideramos como duas noções distintas com pressupostos teóricos e conseqüências analíticas diversas.

Segundo Ducrot (1972, p. 67-68), “há modos de expressão implícita que permitem deixar entender sem incorrer na responsabilidade de ter dito. Freqüentemente se tem necessidade de dizer certas coisas e ao mesmo tempo fazemos de tal modo como se não as tivéssemos dito. Ou seja: dizemos de modo tal que se possa recusar a sua responsabilidade. O não dito remete ao dito. Isso é diferente de silêncio. O silêncio não se remete ao dito. Ele se mantém como tal, ele permanece em silêncio e significa”.

O silêncio não tem relação de dependência com o dizer para significar. Ele tem seu próprio modo de significação. Assim, diferenciamos silêncio e implícito sendo que o silêncio não tem dependência com o dizer para significar; o sentido do silêncio não deriva do sentido das palavras. O silêncio assim como a linguagem não é transparente. E não se reduz a ausência de palavras. As palavras são carregadas de silêncio. Não se pode excluí-lo das palavras assim como também não podemos recuperar o sentido do silêncio pela verbalização.

Como mostra a fala desta mãe, tanto o corpo como o espírito padeceu pela dor:

Eu senti uma dor tão grande que eu [...]. faltava meu fôlego, assim como se tivesse saindo o ar que eu respirava [...]. Era como se tivesse aquele VAZIO a senhora entende?' Era o primeiro filho [...]

O sonho de maternidade foi arrancado de uma forma agressiva e mutilante. Como podem silenciar uma dor tão grande? Ou será que é exatamente por isso que silenciam? Acho que a injustiça daquela perda irreparável é um sofrimento sem dimensões. Por isso a linguagem é muda. E pensar que essa morte não era necessária...

5.2.2 O silêncio dos familiares e dos profissionais

“O silêncio ele não quer dizer que você concorda mas também não quer dizer que você discorda. O silêncio em si, quer dizer que você se absteve de expressar sua opinião mas que você por dentro tem a sua opinião formada. Apenas foi calada por uma circunstância”

Osvanir de Paula L. Tavares

O que faz um ser humano calar, engolir o choro, morder-se por dentro e deixar propagar-se o mal que lhe consome a alma?

Esse estudo teve como objetivo conhecer as razões do silêncio dessas pessoas tão intimamente envolvidas com essa procissão de dores irreparáveis provocada pela perda de uma criança causada por asfixia perinatal grave.

Se nos voltarmos para a história das palavras, encontramos a etimologia de *silentium*, referida a *silens* originada do latim que significa: que se cala, silencioso.

Como relatado anteriormente na metodologia, a análise deste estudo segue a abordagem da professora Orlandi. Portanto, consideraremos como ela pensa o silêncio.

As entrevistas com as mães cujos filhos morreram vitimados pela asfixia também foram inesquecíveis! Uma destas foi a avó paterna da criança, entrevistada porque a mãe não queria mais reviver aqueles momentos de dor. Ao final da entrevista ela disse: “Foi muito difícil para a mãe da minha neta passar por tudo isso! Depois que ela morreu a cama dela ficou arrumada com as bonecas dela, tudo em cima da cama [...], tudo, tudo [...] Agora é que ela está se desfazendo das coisas dela [...]”. Em seguida ficou com o olhar vazio por uns segundos retirando-se silenciosa.

Uma das mães, no final da entrevista, entre lágrimas afirmou:

Eu tinha tudo do neném: o berço arrumado, tudo pra chegada dele. Ai só foi desarmado o berço depois que ele morreu. O meu meninozinho. Era uma criança, grande [...] era um bebezão! [...] Ele era tão perfeito, tão lindo [...] meu primeiro filho! Tinha tudo pra tá aí correndo, brincando como qualquer outra criança. Eu senti uma dor muito grande! Até hoje, não vou mentir que até hoje não passou. Eu tenho uma filha. Ai eu amo a minha filha! Ela é uma filha maravilhosa! Mas eu achava que meu filho não deveria ter morrido. (chorando): Eu senti uma dor tão grande que eu [...] faltava meu fôlego, assim como se tivesse saindo o ar que eu respirava [...] Era como se tivesse aquele VAZIO, a senhora entende? Meu sonho acabou ali [...] Esse médico tirou meu sonho de ser mãe, meu sonho de maternidade [...] eu ainda sinto muito a falta dele [...] Preciso eu fazer um tratamento com uma psicóloga pra eu engravidar de novo, de tanto pavor que eu fiquei.

Como podemos perceber, a morte do filho foi a destruição de algo muito precioso. Foi uma vivência de terrível sofrimento que deixou marcas profundas no coração desta mãe. Precisou de tratamento para superar o medo da perda, e mesmo o nascimento da outra filha não substituiu aquele que se foi.

Referindo-se à morte de um filho, Raimbault (1996) afirma que ela tem poder de destruição. É como se a existência fosse amputada. Para este autor, o sofrimento da perda de um filho é individual e independe dos costumes, da cultura e das religiões. A maneira de manifestar a dor da perda é que se modifica de acordo com a cultura da época. Raimbault (1996) relembra que há mais de dois mil anos o filósofo Sêneca¹⁵ já escrevia na tradição sofista consolações destinadas às mães enlutadas.

¹⁵ Em “Consolação a Márcia” ele apresentava argumentos para aceitar a morte de um filho. Antes dos psicanalistas, Sêneca usou o termo “exquisito” – termo que a medicina usava para designar uma dor viva, uma fratura. E recomendou para a dor psíquica tratamento drástico, como era utilizado para ratar as feridas do corpo. Sêneca descreveu naquela época as modalidades de dor (física e psíquica) na perda de um filho, semelhante aos dias atuais (Sêneca, 1975).

5.2 Caminhos da fala

5.2.1 Maternidade e perda

*Não há vida sem morte, nem morte sem vida.
Mas há uma morte em vida. E a morte em
vida é precisamente a vida proibida de ser
vivida.*

(Paulo Freire)

Algumas entrevistas foram marcantes! Não posso deixar de enfatizar algumas que me marcaram especificamente:

A filha estava com dois anos e nove meses, com deficiência acentuada na linguagem, déficit motor, mas conseguia marcha independente. Apesar das seqüelas, tinha excelente nível de compreensão. A mãe falava baixinho enquanto ela brincava no chão. Quando falava sobre o momento doloroso do parto, não conteve o choro. A filha percebeu os soluços e, aflita, subiu no colo da mãe. Chorou também participando de sua dor. Com as mãozinhas frágeis, enxugava as lágrimas maternas e as espalhava em sua face com a ternura de seus dedinhos carinhosos, apesar dos movimentos inarticulados. Desde então ficou querendo ir embora. Apontava para a porta quase em desespero, pedindo pra sair numa tentativa de acabar com o sofrimento da mãe. Apontava para o gravador e gritava. Seu grito era como se pedisse socorro para que fosse desligado. Percebeu que ali estava o motivo das lágrimas maternas... Com carinho pegava o queixo de sua mãe, olhava em seus olhos e, apesar da sua dificuldade na linguagem, sabia expressar amor pela mãe como se dissesse: “Mãe, estou aqui, não chore”.

O restante da entrevista foi apressado. Agradei emocionada àquela mãe tão sofrida. Acredito que ela tinha muito mais a falar. Entretanto, o choro angustiado da filha calou mais uma vez os sentimentos de revolta e indignação, pois quando chorava o queixo tremia tentando controlar a voz e abafar a revolta, olhando de lado para que a filha não percebesse. Ela é o fruto de seus sonhos, mesmo com as limitações físicas de um parto mal conduzido. Ela é o seu raio de alegria e não queria que ficasse triste com seu choro. A dor para cada um é um assunto pessoal. Mas aquela era uma dor infinitamente comovedora. E esse sofrimento apagou a linguagem. Despedimo-nos em silêncio.

O sentimento que fica, né, dentro de cada um, de cada mãe, é [...] acho que é muito difícil, né, da pessoa é [...] expressar, dizer: “Não, eu sinto isso [...]”, porque eu acho que a gente sente de tudo menos coisas boas, né? [...] pelo hospital, e pela [...] pelo médico e pela equipe dele. A gente sente muita **raiva**, muita!

O silêncio é promovido pela dor imensa, inexpressível por meio de palavras.

A morte concreta foi relatada como dor inexplicável. Como afirma Raimbault (1996, p. 18) “a morte de um filho é como morrer a metade do coração, a metade da vida”. A morte simbólica é o aspecto do ser e do não ser: o filho não morreu de verdade. Está ali, vivo pra ela cuidar. Entretanto, não tem uma vida como ela esperava. Depende dela pra tudo. Acompanhando essas mães, posso afirmar que é uma experiência muito traumática. Geralmente as falas são acompanhadas de censuras, principalmente porque estava “tudo normal” durante a gravidez. A perda do filho seja concreta ou simbólica foi o projeto de uma vida que não se realizou por negligência do atendimento no trabalho de parto e durante o parto. Vidas perdidas. No entanto, eram vidas sonhadas. Depositaram nos filhos os ideais que não concretizaram: “[...] eu vou botar minha filha no balé, na natação, vai fazer isso, vai fazer aquilo [...]” diferente de perder um filho maior que já possui vida própria.

Somando-se a esse sofrimento, percebo as grandes dificuldades financeiras que o tratamento de uma criança especial traz para a família e ainda a falta de um acompanhamento psicológico para ajudar a enfrentar as dificuldades que vivenciam. Por isso, carregam consigo a sensação de revolta, de fracasso, e em alguns casos de culpa. Por que então silenciam todos estes sentimentos?

5.1.6 O luto após o parto

*Oh, pedaço de mim.
Oh, metade amputada de mim
Leva o vulto teu
Que a saudade é o revés de um parto
A saudade é arrumar o quarto
Do filho que já morreu.*

(Chico Buarque)

Como já falamos de luto no momento do parto, vale aqui ressaltar o luto após o parto. Agora temos dois tipos de vínculos que se romperam: um irreversível, quando ocorreu a perda concreta, e outro pela morte simbólica do filho que foi sonhado. Nessa representação estão envolvidas duas pessoas: uma que é perdida e outra que lamenta essa falta, um pedaço de si que se foi. Percebemos que essa vivência às vezes é mais temida do que a própria morte, como afirmou Correia (2000).¹⁴ Observemos como os discursos dessas mães estão cheios de dor, indignação, decepção e revolta:

É, na hora que, que [...] ele morreu, eu tava lá, né, com ele [...] É uma dor que a gente não pode explicar assim, direito, né [...] Na hora que a gente recebe esse tipo de, de [...] notícia!

[...] era muito difícil pra mim porque [...] geralmente a mãe, quando ela tá grávida q'ela quer ter o filho, q'ela vai ter o filho, ela tem sonhos, né? Eu pensava: "Eu vou botar minha filha no balé, na natação, vai fazer isso, vai fazer aquilo [...]". Então quando você vê o filho com aquela dificuldade, seus sonhos morrem, né?

Observemos a demonstração da perda pelo uso dos verbos em um tempo futuro que não virá jamais. A morte do filho representa a morte dos sonhos:

Assim: hoje eu me cuido, mas antes eu perdi totalmente o amor pela [...] o amor à minha vida [...] (chora). Desculpe porque [...] falar, falar [...] sobre isso assim [...] me emociona sabe [...] porque assim [...] na época foi muito difícil pra mim, porque [...] quando eu fiquei grávida, meus pais [...] não aceitaram. Assim, eu fui expulsa de casa, tive uma gravidez muito difícil e na hora do parto assim, ver a minha filha na UTI com risco de não andar, eu [...] assim, se eu visse minha filha deficiente, eu não ia aceitar, né, eu não aceitava [...] minha filha andando numa cadeira de rodas [...] Eu não ia aceitar isso.

[...] E eu sabia que ele era uma criança normal. Perfeita na minha barriga.

¹⁴ Conferência ministrada por Maria Aparecida Santos Correia sobre a morte simbólica na III Conferência de Pesquisa Sócio-cultural em julho de 2000 - Campinas-SP.

concepções renovadoras. Assim, livremente, com uma formação profissional que deixa a desejar, muitas vezes trabalhando em serviços que não oferecem condições para o funcionamento adequado e sem nenhuma fiscalização, vive o médico numa sociedade onde importa quem tem mais. E como desempenha importante papel na sociedade, busca ascensão social e econômica esquecendo muitas vezes o compromisso humanitário da profissão. Somando-se a todos estes fatores, os meios de comunicação se encarregaram de divulgar “os segredos médicos” para o homem comum, desgastando seu *status* pessoal e social, deixando o médico de ser “intocável” e sua palavra “indiscutível”.

Portanto, falta ao médico de hoje a formação humanística que lhe proporcione compreensão da crise que está vivenciando. Precisa urgente reaprender a ouvir a si próprio e voltar à escuta dos pacientes. Cabe aqui lembrar a famosa frase de Michael Balint (1975), quando estudou a “farmacologia” da relação médico-paciente: “O remédio mais usado em medicina é o próprio médico e este precisa ser conhecido em sua ‘posologia’, ‘reações colaterais’ e ‘toxicidade’”.

Podemos perceber nos depoimentos abaixo que existe a técnica, mas sem nenhum vínculo. Não há formação humanizada nas relações, além do *modus operandi* da consulta. Também são evidentes a frieza, a insensibilidade, a falta de humanidade e o descaso na relação médico-paciente.

Ele só media é [...] o peso (a assistente dele media meu peso) e ele media a pressão, e ele pedia pra deitar na cama e ele media a barriga e via, né, como é que tava o coração do neném, só isso, não fazia pergunta, e mais nada. Era simplesmente bem rápido a consulta ...

Eu tentava pegar na mão dele, ele fazia assim na minha mão (gesto de tirar a mão). E eu: “Dr., ai, ai, ai!”, os gritos grandes que eu dava mesmo. E ele: “Pare de frescura! Quando tão fazendo menino, ninguém dá esses gritos, não. Pare de frescura! ...”

“Leve essa alma penada pro centro cirúrgico”. Foi. Desse jeito. Olhe, eu não esqueço essas palavras dele, eu não esqueço.

É triste observar este tipo de atendimento porque gera insegurança, desamparo e destrói o relacionamento médico-paciente. Não cabe aqui a análise da qualidade desta relação e destas ações. Mas percebe-se que os casos analisados neste estudo apresentaram resultados desfavoráveis aos recém-nascidos.

E ainda raciocina até mesmo sobre os efeitos colaterais da medicação que não foi diluída o que não foi percebido pelos profissionais que estavam realizando os procedimentos. Mesmo ficando abandonada na mesa de parto como ela disse: 'eu passei de 1h até 2h lá em cima dessa mesa, perdendo sangue, sabe, quando foi 2h foi q'ele veio fazer o episio, né, foi costurar tudo' continuou acompanhando o desenrolar da situação com os ouvidos atentos ao que se passava com a filha:

Trás logo oxigênio, trás isso, trás aquilo, aí com 20 minutos ela choramingou! fez: - HUM, HUM, sabe, choramingando foi que a auxiliar que tava com ele disse assim: - Tu acredita em milagre? Taí um. Aí foi ele disse assim: - EU SÓ NÃO FAÇO É CHOVER! Disse desse jeito sabe? Falando assim na sala. E eu escutando tudo!

Quanta angústia a dessa mãe! Quanta dor que poderia ser evitada com um atendimento mais humanizado. O medo de morrer durante o parto, o nascer asfisiado da filha, a negligência das auxiliares que faziam o atendimento e a onipotência do médico calaram todos os temores restando mais uma vez o silêncio.

Onde estão os gestores do nosso Sistema de Saúde, que não fiscalizam um programa tão bonito na lei, mas que na grande maioria dos municípios brasileiros não consegue sair do papel? Vale aqui lembrar o artigo 200 na Constituição da Lei nº 8.080 e 8.142/90:

Art. 200 – Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

1 - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

2 – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

3 - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

E os médicos, como podem aceitar uma situação tão degradante? Será realmente necessário esquecer dos princípios éticos para a sobrevivência?

Os estudos de Mello (2002), avaliando a pessoa do médico, afirmam que a formação empírica do médico não proporciona embasamento ideológico profissional. Deste modo, cada médico tem uma ideologia particular sobre sua profissão, seus ideais, seu paciente. As ideologias tradicionais chocam-se com as

Por esta resposta, percebemos que tinha conhecimento do atendimento obstétrico do hospital para onde estava sendo transferida. E pelos seus depoimentos deixa evidente que conhece as patologias: ‘quando cheguei lá, o médico me examinou, a minha pressão tava um pouco alterada, tava 14 por 10,’ as medicações: ‘aí foi ele [...] pegou e mandou logo botar 2 captopril debaixo da minha língua, me fez um furosemide no meu bumbum e botou soro né com ocitocina’ e tem real conhecimento da situação que estava vivendo. Por isso, a sua angústia foi muito grande. Quando a gente conhece o risco nossos medos se agigantam como podemos observar:

Quando foi 12h, aí ele foi me examinou de novo e não disse nada. Só disse assim: - leve essa d’aqui pra sala de parto. Aí quando cheguei na sala de parto, aí [...] ele foi logo ele [...] disse assim [...] mãezinha [...] eu vou lhe (não me explicou nada) só assim: - mãezinha eu vou lhe dar aqui uma injeção pra você não sentir dor. (Aí eu: puxa uma injeção pra mim não sentir dor [...] Se quando a gente vai parir a gente sente é dor pra ter a criança né?).

Deixou bem claro que não recebeu nenhuma explicação por parte do médico sobre os procedimentos que iam ser realizados. E mesmo vivenciando o medo da morte ia tentando compreender o que estava pra acontecer:

Aí eu disse assim: - dr. o senhor vai, o senhor vai fazer é cesareana em mim? Aí a moça que tava comigo disse assim: - não mãezinha, tenha calma ele não vai fazer cesareana não.” Aí, eu [...] como eu trabalho na área né, disse: Viche, vai fazer um Fórcepes”.[...] Ai! Meu Deus, vai me matar, aí foi q’eu me apavorei e as forças querendo, sabe, as forças querendo faltar, aquele mal-estar e eu passando mal, passando mal e eu disse: e eu só [...] aí me vali de Deus, meu Deus não deixe eu morrer meu Deus, eu só [...] num deixe eu morrer, eu posso morrer, porque minha filha pelos socos que tava dando eu achava q’ele ia tirar ela morta né. E eu dizendo: dr. vai matar minha filha.”

Aqui ousou se apegar a Deus. Mais uma vez a medicina foi oração. Podemos observar por este relato a imensa angústia dessa mãe! Compreende tudo. Sabe os perigos que ela e a filha estão passando:

Eu comecei a passar mal, comecei a vomitar sabe, ora eu tinha tomado dois captopril, uma furosemida pra quem tava com a pressão 14 por 10, nunca tinha tido pressão alta, aí baixou a pressão e a força né, aquele medo d’ele matar minha filha, né, comecei a vomitar, vomitar, aí ele: - faça aí um plasil nela; aí lá se vem ela com plasil direto na minha veia sem diluir sem nada.

move. Ela sabe pelo senso comum que uma criança quando nasce precisa chorar. A ausência do choro e a cor bem pretinha, confirmam que seu filho não está bem. O médico pelos estudos científicos, sabe que se um bebê não chora ao nascer é porque está asfisiado. Em silêncio, corre com a criança pra um local onde possa encontrar oxigênio numa tentativa de reanimar. Mais uma vez sem nenhum diálogo com a mãe. É um silêncio de angústias. O silêncio na atitude expressa pela fala: *'e me deixou lá'* demonstra a solidão povoada de temores pela vida do filho.

Pelos discursos maternos, podemos observar que na clínica obstétrica não existe mais o vínculo médico-paciente. As pacientes pertencem ao SUS o médico não tem mais paciente. Mais uma vez os princípios do SUS que regem a Constituição não são obedecidos. Recordemos o artigo 219 da seção II da Saúde:

A saúde é direito de todos e dever do Estado.

Parágrafo único – O Poder Público Estadual e Municipal garantirão o direito à saúde mediante:

- 1 - políticas sociais, econômicas e ambientais que visem ao bem-estar físico, mental e social do indivíduo e da coletividade e à redução do risco de doenças e outros agravos;
- 2 - acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde em todos os níveis;
- 3 – direito à obtenção de informações e esclarecimentos de interesse individual e coletiva, assim como as atividades desenvolvidas pelo sistema;
- 4 – atendimento integral do indivíduo, abrangendo a promoção e recuperação da saúde.

Um outro discurso que me deixou perplexa foi o de uma mãe que era agente de saúde do Programa Saúde da Família (PSF) de uma vizinha cidade do interior. Ela tinha um conhecimento maior da situação tanto da filha como da sua. Descreveu minuciosamente o atendimento desde a chegada ao hospital, a transferência para outro serviço, até o pós-parto quando sua mãe pediu a alta precoce para cuidar dela em casa. Observemos o pavor que ela sentiu quando recebeu a comunicação que ia ser transferida para uma cidade vizinha porque na cidade em que morava só tinha obstetra duas vezes na semana: “Dr. não mande eu pra lá não, porque eu já conhecia né?”

número de coisas a observar mata as qualidades da observação e sufoca os talentos do observador porque o doente é a doença com traços singulares” como disse Michel Foucault (2004, p. 15).

Somando-se uma administração participativa sem nenhuma fiscalização, como pregam os princípios do SUS, a qualidade do atendimento piora e o relacionamento médico-paciente fica mais prejudicado. Observemos este depoimento de uma mãe:

Eu entrei era 1h da tarde [...] Quando este médico veio fazer meu parto era 10 pras 11h da noite. Eu tinha perdido o líquido todinho. Tinha vomitado [...] Agora primeiro [...] o erro tava aí na direção do hospital. Sim, porque eu sei que **era um médico** pra atender várias pacientes. Era um só pra atender várias pacientes.

É neste cenário de atendimento às gestantes no momento do parto que acontecem as asfixias. Um grande número de pacientes e apenas um profissional, como a própria mãe observou. Assim, fica difícil não apenas a escuta, como também os procedimentos. É degradante! Um só profissional e que muitas vezes, como acontece na grande maioria das cidades do interior, ainda desempenha várias especialidades ao mesmo tempo como demonstra essa fala:

Aí, quando ele acabou de dar a injeção aqui nas minhas costas, que é a raqui, aí pronto, passou todas as dores. Aí disse: - Mãezinha, já tá sentindo as pernas dormentes?. Aí eu disse: “Tô”, aí eu me sentei. Aí quando eu me sentei, me sentei não, me deitei na cama, aí ele já foi, né, pedindo o material: - Me dá aí o material do fórceps.

Como podemos observar, o mesmo profissional desempenhou o papel de anestesista e de obstetra ao mesmo tempo, e quando a criança nasceu ainda cumpriu a função de neonatologista:

Aí ele puxou. Aí quando ele tirou a criança, eu vi que ele tava roxo, roxo, roxo, **bem pretinho**. Ele não chorou, não fez nada. Aí ele correu com o menino. Aí só um médico, né? Correu com a criança pra salvar e me deixou lá ...

Percebemos que o silêncio se manteve entre médico e paciente, silêncio diante da imagem do filho “*roxo, roxo, roxo.*” A mãe sufoca o grito de pavor. É difícil até mesmo respirar com tanta angústia diante do seu filho que não chora e não se

5.1.5 O silêncio e a relação médico-paciente: o peso da ação médica

Tanto os médicos como os sofistas afirmam que a medicina não pode ser compreendida se não se sabe o que é o homem.

(Hipócrates)

A medicina surgiu quando, nos primórdios da humanidade, numa floresta, uma ajuda foi oferecida a um grito de dor a um pedido de socorro. Não importa se mágica ou mítica diz Entralgo (1976). Surgiu por uma necessidade social: um componente que sofre e solicita ajuda de outro que tem a técnica e habilidade para ajudar.

Ao longo do tempo, os médicos foram modificando a maneira de ver as patologias. No passado a medicina era voltada para o doente. No momento atual olha apenas a doença. A tecnologia que eclodiu no pós-guerra é baseada no discurso da ciência, em que a objetividade é o totem sagrado. Daí a busca pelos exames sofisticados para metrificar a alteração do órgão ou de suas funções. Os dados subjetivos que não podem ser metrificados porque são expressos por adjetivos como medo, angústia, sofrimentos, não importam mais aos médicos. Eles esqueceram que são estes os dados que nos dizem quem é a pessoa que tem a doença. E assim agindo, empobreceram a formação humanista universitária. O mais importante são números.¹³

Segundo Henderson (1935), a relação médico-paciente deve ser pautada na escuta: “A escuta médica deve ser três: primeiro escutar o que o paciente quer dizer; depois escutar o que não quer dizer e por último escutar o que não pode dizer”. Mello (2005) lembra que médico e paciente fazem, acima de tudo, um encontro humano, e se for verdadeiro, dos mais genuínos.

O grande problema é proceder esta escuta no sistema de saúde que por ora se apresenta para os brasileiros.

Vivenciamos mais do que nunca a era mercantilista. O que importa é quantidade. O excesso de pacientes para um só médico diminui a qualidade do atendimento. A percepção médica deixa de ser individual tornando-se coletiva. “O

¹³ Curso de Tanatologia – Módulo “A Medicina e a Morte” – Relação Médico-Paciente, ministrado pelo prof. Mestre Francisco George Magalhães Oliveira em novembro de 2006, na Escola de Saúde Pública (Fortaleza-CE).

Em todas as mães que foram entrevistadas, o parto “normal” aconteceu como um profissional de nível superior observou: *‘obrigaram a criatura a dilatar sem ter dilatação, a expulsar sem ter expulsão, e a criança morrendo lá dentro’*... E este mesmo profissional define o parto normal:

Eu acho que a gente deveria pensar em mudar um pouco a nomenclatura de parto normal. Na minha opinião, parto normal é um parto em que a mãe saia bem e o filho. Se ele foi cortado aqui, numa cesárea na transversal ou vertical, eu não sei. Sei que, se a criança sair perfeita, respirando, e a mãe bem, ele tá bem próximo do normal.

Comparemos agora o discurso deste grupo de mães com o discurso do grupo de profissionais de nível técnico e observemos como elas sabem o significado da obstetrícia quando analisaram as causas do elevado índice de asfixia em recém-nascido a termo com peso adequado em nosso serviço:

Na obstetrícia está faltando, eu acredito que não sejam todos, mas a maioria o que acontece é o des zelo, o desleixo, a falta de compromisso de uma equipe de obstetrícia.

[...] eu assisti muitas vezes: “Dr., venha que aqui chegou agora uma parturiente”. “Aguarda aí pro próximo”. Comigo aconteceu isso. “Aguarda aí pro próximo”. Falta o quê? Meia hora [...] Quer dizer: esperar a passagem do próximo plantão pra poder vir me atender.

Eis aí a razão da maioria das crianças entrar em asfixia. É falta de compromisso. Essa história de espera pra mais tarde, espera o próximo, o próximo chega: “Tô muito cansado, vou dormir depois eu venho.

Ora, se elas que são da capital passaram por tudo isso que falaram, a nossa colega ainda abre a boca e diz que continua do mesmo jeito, você imagine uma pessoa ignorante do interior, o que não passa?!

Agora, botam profissionais que acabaram de fazer medicina [...] A Sra., que já terminou há muito tempo, sabe que quando você termina, você não sabe! Você tem que correr pra fazer uma residência! Nós que trabalhamos em hospital é que vemos [...]

Vemos nas exposições acima a demonstração da ainda constante dificuldade nas relações saúde x comunidade.

Analizamos ainda a angústia no momento do nascimento dos filhos. Como todo nascer é alegre pelo choro da criança, aqui não se percebe alegria exatamente porque não tem nenhuma criança chorando, e quando choram o choro é apenas um lamento.

Quando ele nasceu, ele não nasceu roxo, mas ele já tava como se tivesse morto. Aí eles levaram pra ser reanimado, né?

Ele não chorou quando nasceu. Elas tentaram, tentaram, porque não vi, mas eu tava ouvindo. Ele quis! Ele fez uma **zoadinha** só. Ela disse que, se ele não chorasse, eles transferiam imediatamente. Aí foi que foi transferido.

Aí a bichinha nasceu [...] sem chorar. Aí ele fez tudo pra menina chorar, mas não chorou, nem nada. A menina não chorou!

Aí ela choramingou! Fez “Hum, hum”, sabe, choramingando. E quando eu disse “Me dê a minha filha”, que eu disse “Me dê a minha filha”, ele correu com a menina na mão.

Não se pode avaliar se o grau da asfixia do bebê é maior que a asfixia materna que se iniciou com o luto pelo profissional do pré-natal. Há coisas que os números não conseguem quantificar.

Como acontecia no período degradante dos povos primitivos, aqui também a parturiente é abandonada na mesa de parto sem direito a nenhum conforto físico ou emocional: ‘Isso eu passei de 1h até 2h lá em cima dessa mesa, perdendo sangue, sabe, quando foi 2h foi q’ele veio fazer o episio, né, foi costurar tudo’.

Percebemos que o despreparo das instituições e dos profissionais na prestação da assistência ao parto destruiu os benefícios recebidos por este grupo de mães no pré-natal, como ficou evidente neste depoimento:

O meu pré-natal foi ótimo também! Eu fiz na maternidade e no hospital. Em dois cantos, só que isso não valeu nada. Não teve nada a ver o que eles fizeram comigo [...] Cheguei lá tava com a bolsa rota [...] Fizeram exame de toque, tava com oito centímetros e eles não fizeram nada. Disseram que 6h o neném nascia, e nada. Eu cheguei quatro da manhã, lá. Aí eles puxaram a ferro, não nasceu. Nada, nenhum deles em cima de mim não tinha jeito dele nascer. Aí quando foram ver, eu já quase morta, não tinha mais força nenhuma, fizeram cesareana. 4h da tarde. Passei mais de quatro horas naquela sala, naquela posição horrível [...] Quase que me matam, lá.

Ainda segundo este autor, somente quando a Revolução Industrial transformou o mundo mágico-religioso da época, a parturição se tornou objeto de atenção médica e o “partejar” se tornou objeto de críticas e substituição gradativa pela prática médica.

A palavra Obstetrícia vem da raiz etimológica *obstare* e significa “ficar ao lado”. O obstetra, diz Entralgo (1976), tem o dever de realizar o partejar, que consiste em controlar o trabalho de parto: aliar a sabedoria da clínica e a disponibilidade de ficar ao lado com a perícia da técnica cirúrgica, quando se faz preciso.

Através da análise de discurso do grupo de profissionais de nível técnico e deste grupo de mães é possível observar que a obstetrícia praticada pelo nosso atual Sistema de Saúde pode ser comparada ao momento degradante vivenciado pelos povos primitivos. Aqui, a mulher também não tem o direito de expressar suas dores e a criança é extraída de maneira brutal:

Olhe, não grite não que eu não gosto de escândalo!

Aí foi ele [...] começou, né, suqueando [...] ele suqueava tanto na minha barriga que eu pensava q'ele ia tirar minha filha só os pedaços, sabe, e eu senti aqueles socos, aqueles socos, q'eu comecei a passar mal, comecei a vomitar, aí foi q'eu me apavorei e as forças querendo faltar, aquele mal-estar e eu passando mal, passando mal [...] Aí, quando ele deu um soco, foi mesa prum lado, foi cadeira pro outro, sabe, foi um reboição dentro nessa sala, aí foi, ele tirou a menina! Aí, nada de choro [...] a minha filha nasceu. Nasceu não, ele arrancou de dentro de mim.

Sim, na hora do parto ele perguntou se, se meu esposo tinha os olhos claros, né. Aí eu disse: “Não, meu esposo nem é branco e nem tem os olhos claros” [...] Também ele não disse nada, que o olho da minha filha tinha vazado, né, todo coberto com uma capa branca, né?

Aí ele [...] veio em cima de mim, aí ele apertou aqui (mostrando a barriga abaixo do tórax, com as mãos) e expulsou o menino à força, foi que o menino nasceu. Nasceu roxo, roxo, roxo. Não chorava.

Nasceu na sala de parto e foi à força. Elas subiram em cima de mim e depois ele pegou e forçou isso aqui meu. Foi que ele ficou forçando, forçando, foi que a criança nasceu. Preto, preto, preto. Sem respirar.

Aí foi [...] puxou a ferro. O menino nasceu asfisiado, dando convulsão, não chorou.

O menino foi puxado a ferro, né, com fórceps e nasceu com problema. Aí quando eu vi o menino, eu vi que não era normal porque ele tava com a cabeça assim [...] bem inchada. Ele chorou, mas foi muito fraco o choro dele e tava assim bem escuro, quase preto.

desagradáveis impressões que o hospital causa ao doente, afastado de sua família, o espetáculo dessas casas que não são para muitos senão “o templo da morte”?”

Segundo os estudos de S. Freud (2001), a angústia é a reação ao perigo e tem inegável relação com a expectativa: é angústia por algo. E as mães neste momento estão na expectativa de encontrar atendimento, percebendo que a situação é de perigo tanto para o filho quanto para elas. Tudo vai se acumulando e gerando insegurança, desamparo. Ficam mudas de indignação. Não conseguem soltar a voz embargada para gritar a frustração e a revolta que carregam consigo. É o “princípio do silêncio”.

[...] o atendimento lá péssimo. Não deixaram ninguém entrar comigo ...

Fui muito mal atendida, por todos, recepcionista, por todos. A minha família foi pra lá, mas ninguém deixou entrar. E o Dr. que estava lá atendendo, tava embriagado, que ele sempre está assim.

[...] eu fui deixar ela na maternidade. Ela ficou lá. Vim m'embora porque nesses canto assim ninguém fica. Foram logo dizendo: - Só fica a paciente, só vai ficar a mãezinha.

É nesse cenário de luto, revolta, angústia e solidão que vai acontecer o nascimento.

5.1.4 O nascer asfixiado

*Se todo animal inspira ternura,
o que houve, então, com os homens?*

(João Guimarães Rosa)

Segundo Entralgo (1976), a arte de “trazer ao mundo” nem sempre foi desempenhada pela medicina. O nascimento vem se modificando ao longo da história de acordo com as culturas. Mesmo entre os povos primitivos essa vivência se alternava: às vezes, glorificavam o parto como acontecimento público quando a mulher podia expressar suas dores, era confortada pela presença dos familiares e o recém-nascido era acolhido com rituais festivos. Em outras, o nascimento era vivenciado como um ato degradante: restrito à parturiente e à parteira que assistia ao parto; a mulher não podia expressar suas dores e a criança era extraída brutalmente sem haver qualquer conforto físico ou emocional à mulher que dava à luz.

O erro que eu acho, no acompanhamento pré-natal, é de um médico fazer o acompanhamento e, na hora de ter, ser um outro médico [...] né, porque aquela médica sabe tudo o que a gente tem [...] né?

[...] o médico que acompanha é pra ser aquele mesmo médico, né, que esteja lá na hora do parto, mas não foi ela, né, assim; porque você já cria uma amizade, né, na hora do pré-natal, tudo é aquela confiança, e na hora do parto você ver outra pessoa? Outra pessoa que tá ali o prontuário, mas que só dá uma lidinha e passa por cima de muita coisa?

Sofrendo o processo da elaboração do luto pela perda do profissional que acompanhou o período da gestação, enfrentam o terrível percurso como foi relatado, para encontrar vagas nos serviços de saúde no momento do parto. É fácil observar a reação de raiva por não recuperar, nesse momento, o profissional do pré-natal quando chegam ao hospital. A essa raiva se associa a agonia da solidão porque elas deverão ficar sozinhas. Não era permitido acompanhante. E ainda hoje, apesar de o presidente José Alencar (que se encontrava em exercício) ter sancionado em 10/03/2005, na semana comemorativa ao Dia Internacional da Mulher, o projeto de lei 2.915/04,11 que garante as gestantes o direito à presença de um acompanhante no pré-parto, durante o parto e no pós-parto as gestantes continuam ficando sós.

Os hospitais públicos (salvo raras exceções) não têm estrutura física para comportar um acompanhante para cada parturiente e, apesar de sancionada a lei, a ampliação dos hospitais ainda não aconteceu. Resta a lei virar realidade.

A entrada no ambiente hospitalar por si já causa insegurança, receios. As gestantes já não serão assistidas pelo profissional que realizou o pré-natal, imagine-se a ansiedade da solidão num momento de fragilidade como esse. Ter alguém conhecido como o companheiro, a mãe, a vizinha, a irmã ao lado, faz a diferença. Gera segurança, tranqüilidade, fazendo o trabalho de parto acontecer sem maiores complicações, como confirma a experiência do neonatologista¹² Carlos Eduardo Pinheiro, inspirador do projeto de humanizar o parto com a presença do acompanhante.

Foi possível também perceber a angústia gerada diante do despreparo, frieza e irresponsabilidade dos que fizeram o atendimento a estas gestantes no momento do parto o que me recordou Foucault (2004, pág.17) “[...] pode-se apagar as

¹¹ DIÁRIO DO SENADO FEDERAL Disponível em: <http://www.saúde.df.gov.br/003/003/01009>, em 30/01/2007. Acessado em 10 abr. 2005

¹² DIÁRIO DO SENADO FEDERAL - Abril de 2005. Acessado em <http://www.saúde.df.gov.br> em 30/01/2007.

Quando falamos em perda nos referimos ao vínculo ou apego. Dificilmente sentimos falta de um objeto se não temos proximidade com ele.

Segundo Bowlby (1984), a perda é um dos eventos mais estressantes que podemos viver. Devido a nossa necessidade de segurança e de proteção, temos tendências a estabelecer laços afetivos. Quando nosso objeto está ausente ou há ameaça de perdê-lo, sentimo-nos perdidos. Então reagimos de três modos: no início, protestamos. Em seguida, o comportamento é de raiva e desespero por não sabermos lidar com essa falta. Sentimos a ausência da pessoa ou da situação perdida. E, num terceiro momento, nos desapegamos para que possamos sobreviver.

O estudo de S. Freud (2001) diz que não apenas a perda de um ente querido leva a um estado de luto, mas qualquer situação de perda requer sua superação e conseqüentemente luto, e acrescenta que no dia-a-dia temos as microperdas e os microlutos como um propósito qualquer que não se cumpre ou até mesmo um encontro ao qual chegamos atrasados. Segundo esse psicanalista, as perdas diárias causam muitas das angústias ou depressões e muitas somatizações passageiras como cefaléias, dispepsias, muitas vezes traduzidas pela expressão “aborrecimentos”.

Através dos depoimentos das mães, percebemos que o atendimento perinatal é realizado pelas equipes de plantão nos hospitais-maternidade. Portanto, um profissional desconhecido. Na última consulta do pré-natal rompe-se o vínculo que foi construído durante nove meses.

[...] na última consulta eu fiz uma pergunta a ela assim: “Dra., eu tenho chance de ter normal?”. Só fiz essa pergunta assim: eu tinha medo, né, primeiro filho [...] Ela disse: “Ó, tudo indica que vai ser normal, mas quem vai saber na hora é o seu médico que vai fazer seu parto. Ele vai saber. Aí eu fui pra casa, né?”

É possível observar neste grupo de mães o desejo e a busca do profissional com o qual foi realizado o vínculo. No momento do parto ficam inseguras diante de um desconhecido com o qual não têm nenhum laço. As falas seguintes ilustram bem essa questão:

Anteviam que o resultado da demora em ser atendida não poderia ser positivo. E nessa tormenta, ficando cada vez mais tensas de tanta angústia, vão enfrentando o demorado trabalho de parto. Como podemos perceber, a asfixia perinatal em recém-nascido a termo com peso adequado ocorre pelo processo de demora. A longa demora no atendimento à gestante em trabalho de parto que desfaz as vidas dos filhos e das mães.

Podemos observar pelos depoimentos maternos, a assistência pré-natal se encontra satisfatória. Entretanto, não continua quando o trabalho de parto é iniciado. Na última consulta, terminou o trabalho médico do ambulatório. A parturiente inicia o trabalho de parto sem a garantia de uma vaga em uma maternidade no momento do parto. Durante o trabalho de parto, ao invés de receber atenção médica as gestantes ficam à procura de um local para ser internada.

Como podemos perceber o acesso universal ao parto hospitalar, garantido pela Constituição, está apenas no papel. No momento do parto, um momento sublime onde se inicia uma nova vida, o ser humano não é visto como um ser humanizado e o principal princípio da obstetrícia que é “*estar ao lado*” não acontece.

Segundo Foucault (1974), a medicina moderna, desde os seus primórdios, visa dar à sociedade sujeitos capazes de manter a força de trabalho. No entanto, na atualidade em nosso país, a medicina esqueceu que para melhorar as condições de saúde e ter indivíduos fortes, a população precisa ser bem atendida.

5.1.3 O luto no momento do parto

*Por muito tempo achei que a ausência é falta.
E lastimava, ignorante, a falta.
Hoje não a lastimo.
Não há falta na ausência.
A ausência é um estar em mim...
(Carlos Drummond de Andrade)*

Em nosso dia-a-dia vivenciamos situações de perda. A cada escolha que fazemos uma outra possibilidade fica afastada. Isso causa ansiedades e gera conflitos. Assim, em nosso existir, as perdas são vividas como morte factual. A morte como perda é um vínculo que se rompe e envolve a relação entre as pessoas necessitando da elaboração do processo de luto (KOVÁCS, 1992).

assistência adequada. Assim, as mulheres que não estejam em período expulsivo ou que apresentem complicações causam mais gastos e ocupam por mais tempo o leito do hospital e este não teria lucro. Por isso, são transferidas para outras instituições, de preferência públicas.

Essa peregrinação da gestante em trabalho de parto pode acarretar sérias conseqüências ao binômio mãe-filho. O trabalho de parto e período expulsivo é o momento mais crítico de todo o ciclo puerperal. Por isso, a gestante, ao invés de estar nessa peregrinação, deveria estar sendo monitorada, uma vez que, apesar de toda a tecnologia avançada, nem todos os mecanismos fisiológicos da evolução do processo gestacional são conhecidos. É impossível determinar antecipadamente quais gestações irão complicar, apesar de todas as tentativas em se trabalhar com o conceito de risco gravídico. Em muitos casos essas anormalidades são súbitas, causando danos ao concepto e à mãe se não forem prontamente atendidas como afirma Tanaka (1995).

Como na procissão religiosa, na da asfixia as preces também se realizam. Resta a esperança de que Deus venha em seu auxílio. Neste momento, rezar é medicina...

Percebe-se que as instituições, além de não fazerem o atendimento adequado, ainda geram sentimento de culpa: 'Se você pagar esse valor a gente já faz o cesárea agora [...]' (que era pra pagar ao anestesista). 'Eu não tenho condições'. 'Nove e meia da noite não tinha nem como eu ligar pro patrão'.

Na procissão religiosa geralmente participam pessoas simples, modestas. Aqui, as condições sociais são as mesmas: "[...] de lá, só fiz entrar no ônibus"... (não têm dinheiro nem para um táxi).

A procissão religiosa conduz o participante à oração, à meditação e ao silêncio. Na da asfixia isso também acontece: a angústia paralisa. O medo da morte se avizinha: '[...] aí eu comecei a chorar lá mesmo, né?'. Não é só o bebê que está asfiziado. As mães também estão. E a asfixia é tamanha que não conseguem nem gritar de tanta angústia. O grito fica retido, gerando angústia, complicando a situação de asfixia.

A aflição vai aumentando à medida que se passa por cada serviço e não se é admitida. No entanto, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Constituição de 1988, deveria propiciar o acesso universal ao parto hospitalar.

Vale recordar aqui alguns princípios do Estatuto da Criança e do Adolescente no tocante à vida e à saúde da criança baseados nos princípios do SUS:

ART. 7º - A criança tem direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

ART. 8º - É assegurado à gestante, através do Sistema Único de Saúde, o atendimento pré e perinatal.

§ 1º - A gestante será encaminhada aos diferentes níveis de atendimento, segundo critérios médicos específicos, obedecendo-se aos princípios de regionalização e hierarquização do Sistema.

§ 2º - A parturiente será atendida preferencialmente pelo mesmo médico que a acompanhou na fase pré-natal.

Segundo Tanaka (1995), a criação do SUS pela Constituição deveria propiciar o acesso universal ao parto hospitalar. Entretanto, não ser diferenciado, paradoxalmente ao direito legal, agravou a dificuldade na internação das parturientes porque a forma de pagamento não é conveniente para a rede conveniada, contratada ou filantrópica, aumentando a demanda no setor público (que passou a ser referência para o setor privado dos casos “não-rentáveis,” acentuando a falta crônica de leitos públicos). Assim, a mudança da Política de Saúde no Brasil aumentou a mendicância por um leito no momento do parto. A mulher raramente tem a possibilidade de escolher onde vai ter seu filho. Os princípios do SUS foram descaracterizados com a crise de financiamento no setor de saúde. Os serviços seguem a lógica da produção, caindo a qualidade da assistência. O indivíduo não é visto como um ser humano que precisa ter suas necessidades atendidas; é apenas um número a mais a ser faturado. A desumanização do setor saúde é tão grande que os trâmites burocráticos são prioritários e não o paciente.

O setor público segundo Tanaka (1995), sempre comprou os serviços para atender à maternidade porque nunca teve leitos suficientes. E como o pagamento do parto é feito por procedimentos, o valor que o SUS atribui ao anestesista e ao neonatologista é muito inferior aos gastos necessários para uma

Na procissão religiosa o número de participantes cresce. Aqui, os problemas se acumulam: cresce a angústia que vai se agigantando quando passam de maternidade em maternidade e não podem ser atendidas. E, à medida que o tempo passa, cresce também a asfixia do filho. Não há mais espaço no útero para ele. As trocas gasosas placentárias estão deficientes e a cada contração uterina o aporte de oxigênio vai ficando menor em todos os órgãos do bebê. Quando é grande, a asfixia compromete até os intestinos, desencadeando a eliminação de mecônio (fezes) ainda dentro do útero e agravando a situação. Por isso, quando a bolsa rompe, o líquido é esverdeado. É desesperador! A intuição materna faz perceber que estão em perigo a própria vida e a do filho:

Na segunda-feira, 12h, eu senti um sangramentozinho. O médico do pré-natal disse qu'eu fosse prum hospital público. Aí eu fui. Quando cheguei lá, não tava atendendo, né? Disse que os médicos tavam atendendo uma pessoa com eclâmpsia. Ela disse: "Vá pr'aquela maternidade que fica aqui perto, fica ali próximo", né? Eu vou. Quando chego lá, a moça disse assim: "Olha, não tem cama". Valha, meu Deus! Eu vou ter esse menino aonde? De lá, só fiz entrar no ônibus, né, q'eu não tava sentindo essas dores, né, e fui pra outra maternidade. No ônibus rompeu a bolsa [...] Quando cheguei lá a parteira me examinou e disse assim: "Olhe, você tem que ir para um serviço completo que tenha UTI, que esse bebê já tá passando da hora de nascer. Seu líquido já tá num sei que lá". Aí eu comecei a chorar lá mesmo, né? Aí ela chamou o médico lá. Ele me examinou e disse assim: "Olhe, você tem plano de saúde?" (que era pra pagar ao anestesista). Eu disse logo que não tinha. "Pois é, porque você precisa fazer uma cesárea porque o neném já tá [...] Então você vai pra uma maternidade maior, fica ali próximo". Aí de lá eu fui, né? Quando eu cheguei lá passei mais ou menos umas quatro horas ou mais antes de entrar e ser atendida. Aquele líquido verde descendo direto em mim. Não tinha vaga na UTI, não tinha nada lá. De lá transferiram pra outra maternidade, né? Quando eu cheguei lá, o médico me examinou [...] aí me aplicaram um soro. Ele não disse nada e nem leu os papéis que veio de lá da outra maternidade que lá vem explicando, né?

Podemos observar neste discurso, como o último profissional que fez o atendimento a essa gestante não se deu ao trabalho de ler o relatório que a paciente trazia do hospital que a encaminhou. Não faz nenhuma pergunta e muito menos explicações. Aqui, a clínica perdeu totalmente sua soberania e agindo assim, deixou de perceber a gravidade do caso. A fala seguinte, ilustra a condição social da gestante e sua procissão em busca de atendimento:

Quando a bolsa rompeu era verde da cor de lodo [...] só aquela água verde, verde, verde. Aí eu tinha um dinheiro, chamei um rapaz vizinho e dei só o dinheiro da gasolina, aí ele foi me levar. Quando eu bati lá na maternidade: "Não, ela tá em trabalho de parto, mas aqui não recebe", porque era conveniado. Eu não tinha plano de saúde. "Mas tem outra maternidade aqui". Fomos pra outra maternidade.

Terminado o pré-natal, tentaremos acompanhar o processo do atendimento à gestante quando o trabalho de parto se inicia. Observemos como elas mendigam o atendimento de maternidade em maternidade numa verdadeira *via-crúcis*. Esta caminhada me recordou uma procissão.

5.1.2 A procissão da asfixia

*Olha lá vai passando a procissão, se
arrastando...
Entra ano, sai ano e nada vem, meu sertão
continua ao deus-dará.
Mas se existe Jesus no firmamento, cá na
terra isso tem de se acabar.*

(Gilberto Gil)

O termo “procissão” vem do latim *procedere*, que significa adiantar-se, ir para frente.

O Dicionário Aurélio (FERREIRA, 1975) oferece duas definições que revelam o significado da palavra procissão: a) marcha para adiante; b) cerimônia religiosa em que sacerdotes e sectários de um culto seguem geralmente em filas entoando preces, levando expostas imagens ou relíquias dignas de veneração.

Em asfixia perinatal associamos a procissão com a trajetória da gestante, quando se inicia o trabalho de parto, na procura de um serviço de saúde onde ela e seu filho possam ser atendidos.

Pelas experiências da infância vivenciada na cidade do interior pude participar de muitas procissões religiosas. Geralmente elas começam com poucas pessoas, mas têm a finalidade de convidar os fiéis a participar do cortejo e entrar em oração. Assim, vai crescendo à medida que se adianta.

Em asfixia perinatal os acontecimentos são semelhantes. Aqui, a imagem exposta é a angústia das gestantes. O trabalho de parto começa: “Quando a mulher está para dar à luz, entristece-se porque a sua hora chegou” (Jo. 16, 21). Sabem que sofrimentos as esperam. Mas não contavam com este tipo de aflição: não encontrar atendimento no momento do parto.

QUADRO 3 – Pré-Natal Segundo as Mães

ASPECTOS POSITIVOS
<p>“O meu pré-natal foi no hospital próximo à minha casa”</p> <p>“Eu fiz o meu pré-natal num hospital lá num [...] no bairro onde eu trabalho”.</p>
<p>“Foi bom. Eu fiz com a enfermeira, né, e todos os meses a gente tinha um curso da gestante com um médico muito bom: – ‘Todo o Parto Humanizado’”</p>
<p>“O pré-natal foi com a Dra. e era Dra. obstetra. Eu fiz todos os exames. Até perto o de HIV que a gente faz, eu fiz tudo. Tudo direitinho. Eu tinha era uma pasta com duas ultra-sonografias e todos os meus exames. Minha pressão nunca alterou, meus exames de sangue, tudo deu normal, nunca tive anemia...”</p>
<p>“Meu pré-natal foi um pré-natal bom. Todos os meses eu vinha consultar com um Dr. muito atencioso, um Dr. muito bom. Fiz todos os exames”.</p>
<p>“Eu fiz [...] se não me engano foram sete consultas que fiz”.</p>
ASPECTOS NEGATIVOS
<p>“E pra falar a verdade eu não gostei muito do atendimento dele que era bem rápido”.</p>
<p>“O pré-natal não tinha essas aulas assim de como amamentar a criança. Não tive essa orientação durante o parto e era com a Dra. obstetra”.</p>
<p>“A entrada nos postos não é fácil, eu digo por essa aqui. Essa aqui (aponta para a criança em seu colo), quando tava grávida dela de sete meses, eu descobri que a gravidez era de alto risco. Quando eu vim conseguir uma vaga lá no hospital terciário, tava faltando 15 dias pra ela nascer”.</p>
<p>“O meu pré-natal foi muito bom, maravilhoso, todos os exames normal. Os ultra-sons, fiz tudo normal. Mas o erro que eu acho, no acompanhamento pré-natal, é de um médico fazer o acompanhamento e na hora de ter, ser um outro médico [...] né, porque aquela médica sabe tudo o que a gente tem”.</p>
<p>“Eu fiz duas ultra-sons. Mas não falaram que o bebê era muito grande [...] nasceu de oito meses pesando 5 kg e 180 gramas!”.</p>

O meu pré-natal foi muito bom, maravilhoso, todos os exames normal. Os ultra-sons, fiz tudo normal, não tive nem uma gasturinha de nada, né? Passei os nove meses sendo atendida pela Dra. num hospital.

O meu pré-natal foi ótimo também, todos os exames deram normal, as ultra-sons tava tudo bem. Tudo normal.

Meu pré-natal foi bom, né? Tive um pré-natal ótimo, tudo normal. Nada de anormal, não.

Como justificar então a asfixia grave que desfez as vidas das mães e dos filhos?

Consultando trabalhos científicos sobre asfixia perinatal, pude encontrar vinte artigos cujos autores¹⁰ são unânimes em afirmar que o momento maior da asfixia é o intraparto. Assim, os discursos maternos sobre o pré-natal confirmam a literatura consultada e mostram as expectativas das mães diante do sucesso do pré-natal com a indignação das perdas após o parto:

[...] eu sabia que ele era uma criança normal, perfeita na minha barriga.

[...] seu menino tá bem, ele vai ser um menino grande, tá ótimo. Você vai ter ele e ele vai ser uma criança saudável! Tá tudo normal!

A criança tava tudo normal na ultra-sonografia, toda perfeita! Sem nenhum problema. Sem nenhum defeito.

Eu saí de casa sabendo que minha filha era sadia, sadia!

No meu pré-natal também eu não tive problema nenhum. Eu fiz no SUS, né, um médico muito atencioso, fiz exames, fiz duas ultra-sonografias: fiz uma com dois meses e uma com sete. Tudo normal, tudo: placenta, tudo ele dizia que era normal, né!

Para que possamos ter uma melhor compreensão do que significou o pré-natal para as mães, reunimos em um quadro demonstrativo os aspectos positivos e negativos do pré-natal.

¹⁰ A asfixia é mais intensa no momento do parto e pode ser encontrada nos seguintes autores: Cifuentes et al, 2004; Maranhão et al, 1999; Wolff, 1999; Araújo et al, 2000; González et al, 1997; Lansky et al, 2002; Menezes et al, 1996; Fiori, 1997; Procianoy, 1997; Segre, 2002; Spencer, 1998; Volpe, 1995; Lawn, 2005; Navantino, 2005; Cesar Victora et al, 2005; Lawn et al, 2005; Cunha et al, 2004; Guedes et al, 2004; Fontes, 1991; Tanaka, 1995.

Quando completou os nove meses, que passou dez dias depois, nós fomos de novo. (o casal) Paguemos a consulta novamente. Ela falou pra ele que tava passando. Tava ciente que tava passando dez dias, aliás e mais dois dias. Ele falou que teria que esperar até o dia 19. Ele falou que teria de aguardar. E ela continuou dizendo pra ele que tava passando do dia. Tava passando do dia já doze dias depois. E ele falou: “Não, aqui pelo ultra-som você vai ter que aguardar até o dia 19”.

[...] eu tava com mais de 42 semanas e nada de sentir dor, nada de sentir dor. Aí eu falei com minha patroa, que na época eu trabalhava no mercantil, aí ela foi: “Maria, pois vá no seu plano e diga que você não tá sentindo nada”. Fui lá e lá ele pediu um exame que eu não sei como é o nome pra saber como é que tava a criança né. Aí disse que pelo plano não dava porque demorava muito, eu fosse num hospital público que era mais rápido.

Como podemos observar, a paciente foi encaminhada pelo plano de saúde para realizar o exame de urgência no serviço público de referência porque era mais rápido. Para fazer pelo plano, precisava de uma autorização que demorava. Na realidade, não era conveniente dar “maior gasto” ao plano.

Aí fui. Isso foi numa 4ª feira. Fui, fizeram o exame, aí deu normal. Disse que tava tudo bem, me mandaram pra casa. Disse que voltasse na 6ª, dois dias depois. Voltei. Aí me fizeram exame de toque e disse q’eu já tava era passando de ter a menina, né? Mas não sentia nada. Não sentia dor. A bolsa não tinha estourado, tava tudo normal [...] Aí me fizeram exame de toque e lá me enviaram pro hospital dizendo: “Ela tem que ir URGENTE pro hospital porque ela já tá passando do tempo de ter essa criança.

Como ilustram as falas destas duas mães, há a estreita relação entre o descaso e a espera. Nesses discursos, constatamos ainda a pouca eficiência do serviço público, demonstrando que é o modo de organização que impede o contínuo funcionamento adequado no setor público.

A expressão “Tudo normal” foi freqüente nas entrevistas clínicas e nos grupos focais; apareceu treze vezes! Isto significa que elas participaram e acompanharam as ocorrências durante o pré-natal, indo regularmente às consultas e realizando os exames solicitados.

O meu pré-natal foi ótimo! As ultra-sons dela deu tudo normalzinho.

Fiz dois ultra-sons. A criança era perfeita! Ela se virou com sete meses. Com sete meses ela já estava encaixada no ponto de nascer. Aí o menino perfeito! Toda sadia a criança! Tudo normal!

No meu pré-natal também eu não tive problema nenhum. Eu fiz no Posto, né, um médico muito atencioso, fiz exames, fiz duas ultra-sonografias: fiz uma com dois meses e uma com sete. Tudo normal, tudo: placenta, tudo ele dizia que era normal, né!

O discurso desses profissionais reafirma uma tradicional visão entre educação e desenvolvimento humano, retornando a noção defendida por Oliveira (2001) sobre a relação entre qualidade de saúde e nível de desenvolvimento de uma sociedade. Entretanto, simplesmente atribuir culpas à pobreza não resolve o problema, quiçá o agrava. No que diz respeito ao nosso grupo de mães, essa observação dos profissionais é injusta e equivocada, como vimos anteriormente.

Ainda sobre o pré-natal, o depoimento de uma mãe me chamou atenção quando comentou os pontos negativos. Ela enfatizou a dificuldade e a demora que encontrou na transferência do pré-natal de risco do posto de saúde para um hospital terciário, como vemos abaixo:

A entrada nos postos não é fácil, eu digo por essa aqui. Essa aqui (aponta para a criança em seu colo), quando tava grávida dela de sete meses, eu descobri que a gravidez era de alto risco. Quando eu vim conseguir uma vaga lá no hospital terciário, tava faltando 15 dias pra ela nascer.

Podemos perceber a fragilidade das nossas redes de saúde no momento em que se faz necessário um atendimento mais efetivo. Esta demora pode causar graves conseqüências, pondo em risco não só a vida da criança como a da mãe. E o artigo 196 da Carta Constitucional de 1988, considerando a saúde como direito do cidadão, garante:

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Um fato particularmente interessante surgido nos depoimentos das mães que realizaram o pré-natal particular e pelo plano de saúde deixou clara a pouca importância dada pelos profissionais às falas das mães. Para esses profissionais, mais importante que o quadro clínico das pacientes foi o resultado da ultrassonografia. A clínica deixa de ser soberana para dar lugar privilegiado à técnica. Entretanto, nos livros, a medicina ainda considera a clínica como a ponte entre o médico e o paciente. As mães contaram parte de sua peregrinação testemunhando a ruptura das relações:

5 RESULTADOS

5.1 Caminhos da maternidade

5.1.1 A presença da mãe no processo do pré-natal

*Fazendo pré-natal não tem dor de cabeça
Faça como o passarinho aconteça o que
aconteça.
Um parto premeditado traz alegria com
certeza.*

(Cordel de Jair Moraes)

Os encontros realizados não aconteceram sem constrangimento nem dor. Frequentemente seus discursos eram acompanhados de lágrimas.

No início, chamadas a fazer um relato sobre o pré-natal, as mães permaneciam em silêncio. Ao serem questionadas pela pesquisadora se era fácil ter acesso aos serviços de saúde, quem foi o profissional que realizou, se conseguiram fazer os exames, além de outras orientações, não tiveram mais dificuldades e revelaram os aspectos positivos e negativos do pré-natal.

Pudemos perceber em seus discursos que a maioria das mães reconheceu o pré-natal como uma experiência positiva e significativa para a sua saúde e a do bebê: fizeram todos os exames e receberam atenção do profissional que atendeu, formando um laço de amizade. Isto demonstra que, durante o pré-natal, não houve negligência das mães, mesmo aquelas sem a educação básica, como foi sugerido no discurso dos profissionais de saúde que vemos na seqüência:

São mães que não têm pré-natal, que nunca fizeram um ultra-som ...

Quantos filhos nós já perdemos num parto? Nós! Nenhum! Por quê? Porque a gente tem educação. A gente tem educação ...

Tudo isso acontece porque o pré-natal é mal feito. É má informação. Pois já não ensinam às filhas devido à má educação. Não ao fato de ser mal-educados, mas de não ter a formação pra informar os filhos.

RESULTADOS

o da derrota, o do medo, o da cumplicidade, o da omissão, o da negligência, o do descrédito, o que gera amor, paz e esperança de vida, plenitude, fortaleza, domínio de si, maturidade humana.

O sentido das informações obtidas dos sujeitos nos deu a compreensão dos silêncios diante da Asfixia Perinatal Grave dos RNT com peso adequado ao nascer e as causas da asfixia perinatal.

De todos os encontros realizados, num total de 17, pudemos destacar por seguidas vezes choques de opiniões a respeito das causas da morte/asfixia dos bebês. Esse burburinho, marcado pelas opiniões divergentes, forma um discurso periférico nesse estudo.

Denominamos discursos periféricos porque, embora não compreendam o foco da pesquisa, são necessários para que possamos compreender melhor o tema estudado. Acompanhem os resultados obtidos.

objeto de reflexão. Sua finalidade é descrever o funcionamento do texto. O analista de discurso deve compreender e não apenas refletir o gesto de interpretação do sujeito e expor seus efeitos de sentido. Para isso, é preciso construir um dispositivo analítico baseado na noção de efeito metafórico. A metáfora é uma substituição contextual definida como transferência e é quem constitui o sentido.

No nosso estudo, o dispositivo teórico analisado foi o silêncio dos profissionais de saúde diante do elevado índice de asfixia perinatal em recém-nascidos a termo com peso adequado e o das mães cujos filhos foram a óbito ou ficaram com seqüelas vítimas de asfixia.

O que é e como significa o silêncio?

Sciadini (2000) disse que no espaço do silêncio, podemos perceber milhões de sentidos. Depende da vontade e da necessidade de pensar e de falar. Segundo este autor, o silêncio não se deixa definir, não se deixa expressar, não permite que o aprisionemos em categorias nem pelas palavras. Se ninguém nos pergunta, sabemos o que é, para que serve. Mas, se somos interrogados e obrigados a defini-lo, ele nos foge das mãos e se torna impossível expressá-lo com palavras. Como na música, é como o compasso de pausa: tempo indispensável para a escuta da palavra que chega e para a gestação da palavra-resposta. Assim se apresenta a relação entre palavra e silêncio: a palavra segmenta o silêncio e o divide em sentidos discretos, formando um tempo no movimento contínuo dos sentidos de silêncio.

Para Orlandi (2005), o silêncio é a possibilidade de o dizer vir a ser outro, pois antes de ser palavra o sentido já foi silêncio. Com o silêncio se ultrapassa o sentido do não-dito como aquilo que se pode dizer, mas não é preciso, ou o não-dito representa a significação de outras palavras. Quando o homem em sua história percebeu o silêncio como significação, criou a linguagem para retê-lo. O real da significação é o silêncio e o homem, diante dessa realidade, traduziu o silêncio em palavras. As palavras são múltiplas, mas os silêncios também o são. O homem está “condenado” a significar com ou sem palavras diante do mundo.

O silêncio, segundo esta autora, é lugar de muitos sentidos e significa de múltiplas formas: o silêncio das emoções, o místico, o da contemplação, o da introspecção, o da revolta, o da resistência, o da disciplina, o do exercício do poder,

discursos como num “coro de vozes” que se esconde em seu interior; 3) **relação de antecipação**, que diz respeito ao movimento do falante, prevendo a reação do seu interlocutor: qualquer fala tem em mente um ouvinte e sua reação (MINAYO, 2006).

A Análise de Discurso, segundo Canguilhem (1976), reúne três regiões de conhecimento em suas articulações contraditórias: a) teoria da sintaxe e da enunciação; b) a teoria da ideologia; c) teoria da determinação histórica dos processos de significação.

Segundo Orlandi (1987), o movimento que acontece no interior do discurso é ao mesmo tempo o processo, o produto e o ponto principal da significação a ser compreendida no texto. Por isso, todo texto exprime ideologia e pode determinar a relação entre o enunciador e o ouvinte. Esta autora propõe uma classificação para o discurso, de acordo com a seguinte tipologia: discurso lúdico (onde a simetria e a reversibilidade entre os interlocutores são totais e a polissemia é máxima); discurso polêmico (a reversibilidade é menor, comportando algum grau de polissemia); e discurso autoritário (totalmente assimétrico, com poucas possibilidades de interpretação polissêmica).

A Análise de Discurso pode seguir as mais diversas abordagens: Pêcheux, Orlandi, Maingueneau, Courtine, dentre os principais.

O nosso estudo foi analisado segundo a visão da lingüista Eni P. Orlandi. Diante do objeto a ser estudado, do que se deseja interpretar, diz esta autora, há uma parte que é da responsabilidade do analista e outra que se origina no rigor do método e no alcance teórico da Análise de Discurso. Cada objeto da análise exige de seu analista formulações de acordo com a questão a ser pesquisada. O que define o processo analítico são a questão levantada, a natureza do material analisado e a finalidade da análise.

Segundo Orlandi (2001), para a interpretação é preciso partir de três pressupostos: a) não há sentido sem interpretação; b) a interpretação está presente em dois níveis: o de quem fala e o de quem analisa; e c) a finalidade do analista de discurso não é interpretar, mas compreender como um texto funciona, ou seja, como um texto produz sentidos. A Análise de Discurso reconhece a impossibilidade de um acesso direto ao sentido e tem como característica considerar a interpretação como

do silêncio desses sujeitos presentes em suas falas. Com a transcrição foi iniciado o processo de análise na perspectiva da Análise do Discurso.

O dicionário (JAPIASSÚ, 1997) oferece a definição etimológica da palavra discurso: vem do latim *discursus* e significa conversação – conjunto ao qual vinculamos, pelo pensamento, os objetivos dos quais falamos. A conversação é *a priori*, uma situação em que dois ou mais interlocutores têm o mesmo papel.

O dicionário temático (ROUSSEL, 1997) define discurso como a expressão do pensamento racional sob forma de uma seqüência de juízos incidindo sobre operações e conceitos parciais. Distingue-se o discurso banal ou cotidiano (incluindo o político) do discurso científico (definido pelo seu objeto) e do discurso filosófico (capaz, além disso, de saber como se efetua), conforme o seu conteúdo e o conhecimento que possam ter dos seus encadeamentos internos.

Orlandi (2002) diz que a palavra discurso dá idéia de curso, percurso, correr por, movimento; para esta autora, discurso é a palavra em movimento.

No dicionário (JAPIASSÚ, 1997) encontra-se que no século XVII Descartes definiu análise como sendo o método de conhecimento pelo qual um todo é dividido em seus elementos constitutivos. A palavra análise vem do grego *analysis*, de *analyein*, e significa decompor um todo em suas partes.

É importante definir alguns conceitos desenvolvidos pelos teóricos a partir da perspectiva da Análise de Discurso:

Texto - nesta técnica o termo texto é tomado como unidade de análise. Unidade complexa de significações. Um texto pode ser uma simples palavra, um conjunto de frases ou um documento completo. Texto distingue-se de discurso. Texto designa um conceito analítico enquanto discurso designa um conceito teórico-metodológico. O texto é um discurso acabado para fins de análise. O discurso é a linguagem em interação. O texto é o espaço adequado para se observar o fenômeno da linguagem. Ele contém a totalidade. Essa totalidade é revelada através de três dimensões de argumentação: 1) **relações de força**, em que se demarcam lugares sociais e posição relativa do locutor e do interlocutor, relações hierarquizadas; 2) **relação de sentido**, que formam a interligação que existe entre este e vários outros

saúde, algumas entrevistas foram realizadas durante os plantões noturnos em recantos silenciosos do hospital. Outras aconteceram no ambulatório NAVI. Também com estes não houve dificuldades e concordaram em participar no trabalho. Muitas vezes apressados pelos afazeres em espera, alguns respondiam no início automaticamente sem pensar. Prosseguindo, a visão modificava. Pouco a pouco iam se envolvendo com o tema admitindo que o silêncio sobre o assunto era também postergação de responsabilidade. Ficou a reflexão individual.

Tanto nos grupos focais como nas entrevistas semi-estruturadas, percebi que as pessoas foram sensibilizadas. Houve uma conscientização dos familiares e profissionais de que somos responsáveis pelas crianças asfixiadas direta ou indiretamente. Ao final, todos admitiram que estamos nos omitindo ao silenciar sobre os direitos desses bebês de nascer bem e ter uma vida saudável. A vida da pós-modernidade não nos proporciona tempo para uma reflexão maior ou não queremos parar para pensar confirmando assim o que disse Portelli (1997, p. 21): “o resultado do encontro numa entrevista pode ocasionar mudanças significativas na autoconsciência das pessoas sendo esse o melhor resultado do trabalho.”

4.5 Metodologia da análise dos discursos: compreendendo a complexidade dos sentidos e distinguindo a singularidade dos fenômenos

Os encontros com os grupos focais foram gravados e filmados. As entrevistas semi-estruturadas foram gravadas. Não houve por parte dos participantes qualquer restrição à divulgação dos resultados, os quais são tornados públicos resguardando o anonimato dos interlocutores. Em seguida, as entrevistas foram transcritas tais quais foram expressas pelos participantes, embora não seja possível colocar na transcrição as emoções, a velocidade e as entonações da voz dos sujeitos falantes. Veremos que algumas transcrições apresentam desvios de norma culta da língua portuguesa.

Após a transcrição foi organizado um quadro de temas onde foram postas em relevo as recorrências discursivas de cada grupo de sujeitos. Em seguida foram realizados os cruzamentos interdiscursivos dos três grupos a fim de montar um perfil

Como alguns profissionais e familiares não puderam participar dos grupos focais, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas.

Para a realização das entrevistas, procurei observar as recomendações dos autores citados: Portelli (1997) e Vasconcelos (2005). Esperei o momento e um local adequado para a aproximação com os sujeitos com a intenção de provocar interesse pela pesquisa sem ferir particularidades. O convite foi realizado oralmente. Com as mães, tentei me fazer igual no plano interpessoal já que no plano social a igualdade do relacionamento não dependia do meu desejo. Com os profissionais, percebi que mesmo com a igualdade social a interpessoal não foi totalmente realizada confirmando o que disse Portelli (1997, p. 9 -10) “[...] um complicado jogo de esconde-esconde.”

Inicialmente foram dadas as informações sobre o objetivo da pesquisa, solicitado o Consentimento Livre e Esclarecido e a permissão para que a entrevista fosse gravada mantendo em anonimato os participantes. Todos os sujeitos entrevistados aceitaram a gravação sem dificuldades. Foi utilizado um roteiro norteador (Apêndices V e VI) sem contudo me deter a este, levando em conta a subjetividade e o ambiente em que o entrevistado se encontrava. Não houve relações de constrangimento ou de domínio do entrevistador sobre os entrevistados, mas sim uma relação de confiança e respeito sempre procurando manter relações de igualdade. Foi anotada a expressividade das mímicas, dos gestos, do peso do olhar sobre si mesmo e o estilo das trocas nos diálogos na tentativa de apreender seus segredos.

Como recomenda Vasconcelos (2005), os silêncios foram respeitados e as lágrimas compreendidas. As relações entre a pesquisadora e os entrevistados ocorreram de maneira espontânea e o principal interesse era o tema que estava sendo abordado.

As entrevistas com as mães aconteceram na sala do ambulatório do NAVI, geralmente após o atendimento, o que ocasionou algum contratempo porque às vezes a criança chorava interrompendo o discurso materno. Todas concordaram em participar sem dificuldades, exceto as que perderam seus filhos concretamente. Apenas três participaram. Não queriam “mexer na ferida”. Com os profissionais de

Os grupos foram lugar de fortes expressões de emoção! No primeiro grupo com as mães, estava contando com seis participantes, apesar de ter convidado vinte. A grande maioria é do interior ou das periferias e sei das dificuldades de comparecerem às consultas. No entanto, 12 estiveram presentes, o dobro do que esperava! Percebi naquela presença o fruto do trabalho que desenvolvi no ambulatório durante todos esses anos. Foi gratificante, embora difícil de coordenar. Algumas levaram as crianças porque não tiveram com quem deixar. Elas estavam ansiosas, pois nunca haviam recebido um convite para falar das angústias vivenciadas pela experiência de ter e cuidar de um filho asfixiado. As consultas geralmente não podem ser prolongadas porque o número de pacientes não permite demoras. Casos como estes, onde se verificaram problemas na condução do parto, toda a família necessita de tratamento e atendimento específico com profissionais da área de psicologia, portanto, deveriam receber um acompanhamento mais pertinente e sistemático. Entretanto, esse serviço não é disponível no NAVI.

Os grupos com os profissionais de nível superior, de um modo geral, demonstraram ser muito proveitosos. Todos os presentes participaram ativamente e discutiram entre si como um grupo independente alheio à pesquisa como uma discussão entre pares. O grupo se bastava e não dependia da pesquisadora. Iniciou-se nestes grupos uma reflexão multidisciplinar, algo nunca ocorrido antes em nosso serviço. O simples acontecer dessas reuniões foi um avanço.

Com as auxiliares, os grupos tiveram de lidar com outros obstáculos, a exemplo da compatibilidade de horários, devido às dificuldades encontradas com as escalas em outros serviços. Mesmo assim compareceram dez. Cite-se que uma estava de férias, mas não hesitou em comparecer para colaborar. Todas demonstraram alegria e falaram que estavam se sentindo importantes em participar da pesquisa. Afirmaram que só assim tiveram a oportunidade de se reunir para falar de assunto diferente das reuniões de costume, onde são abordadas sempre as falhas cometidas durante o trabalho. No entanto, apesar da vontade de colaboração, as discussões não ocorreram como no grupo dos profissionais de nível superior. Por mais que procurasse me fazer igual, percebi que a hierarquia dificultava a espontaneidade.

houve a escuta de uma música (Anexo I) que teve a finalidade de promover a reflexão inicial. Foi preservado um tempo para o encerramento da reunião com a finalidade de evitar o desgaste da discussão.

As sessões foram conduzidas pela autora da pesquisa, que obedeceu ao princípio da não diretividade seguindo um temário com a finalidade de nortear a discussão e colher dados produtivos. No grupo com os familiares foram abordados os seguintes temas: pré-natal; atendimento ao parto; causas do silêncio diante das seqüelas dos filhos e sugestões para diminuir a ocorrência da asfixia perinatal em nosso estado. No grupo com os profissionais os temas abordados foram: causas da elevada incidência de asfixia perinatal no CTI do HIAS; causas do silêncio dos profissionais de saúde diante do fato e sugestões para diminuir a ocorrência da asfixia perinatal em nosso estado. (Apêndices III e IV).

A pesquisadora teve o cuidado de manter um ambiente favorável para que o grupo desenvolvesse a comunicação sem ingerências indevidas por parte dela, como intervenções afirmativas ou negativas, emissões de opiniões particulares, conclusões ou outras formas de intervenção direta, atuando como facilitadora do debate sem estar ausente da cena, contribuindo em tudo para que a discussão fluísse coletivamente. Foi dada ênfase à interação dentro do grupo, e não em perguntas e respostas. A pesquisadora contou com o apoio de um observador para colaborar com o desenvolvimento da sessão, que controlou o tempo, monitorou os equipamentos e registrou as informações extraverbais e corporais que contribuíram para o desenvolvimento da pesquisa, tendo como missão principal manter a atenção constante com habilidade de análise e síntese.

Para manter a fidedignidade dos dados, com a aceitação do grupo, foram utilizados uma filmadora, um gravador e o diário de campo em que se fez o registro das ocorrências consideradas relevantes para o estudo. Os grupos foram realizados no auditório "A" do HIAS e no ambulatório do NAVI em horários previamente estabelecidos. Os profissionais foram convidados oralmente durante o período de trabalho. As mães, além de receberem o convite oral durante as consultas, foram reforçadas através de cartas.

fez o acompanhamento particular em uma maternidade conveniada, pagando a metade do preço que os convênios normalmente pagam ao médico. Sete mães fizeram com enfermeiras e 13 com médicos. O número de consultas variou de sete a nove, portanto acima do número mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde de, pelo menos, seis visitas de pré-natal (Ministério da Saúde, 1984b).

Das vinte mães ouvidas, apenas uma não gostou do pré-natal porque a consulta era rápida. Especificamente, a queixa partiu da mãe que realizou o pré-natal particular na maternidade conveniada. O número de consultas variou de sete a nove: quatro mães realizaram sete, cinco realizaram nove e 11 tiveram oito consultas, o que significou um atendimento satisfatório de pré-natal para essas mães.

Para Gatti (2005), Grupo Focal é uma técnica derivada das diferentes formas de trabalho com grupos, amplamente desenvolvida na psicologia social. Reúne um grupo de pessoas selecionadas com a finalidade de comentar e discutir um tema que é o objeto da pesquisa a partir de suas experiências pessoais. Os participantes devem possuir características em comum e vivência com o tema a ser discutido de tal modo que a participação possa trazer elementos ancorados em suas experiências cotidianas. Esta técnica se presta ao estudo das representações sociais e das relações entre diferenciados grupos multiprofissionais.

Seguindo as recomendações de Minayo e Sanches (1993), Dall’Agnol e Trench (1999) e Gatti, (2005), foram organizados dois encontros para cada grupo pertinente ao tema trabalhado. Os grupos foram divididos e selecionados obedecendo ao principal critério de apresentar características em comum, configurando assim amostras intencionais. Foram obedecidas algumas similaridades como: classe social, nível de experiência, tempo de trabalho e aspectos culturais.

Como é sugerido pelos autores citados, a duração das sessões manteve-se entre 1,5 e 2h. No momento inicial foram realizados os cumprimentos, as apresentações, as informações sobre a pesquisa a ser desenvolvida, a exposição de seus objetivos, sua finalidade e metodologia. Em seguida foram solicitados aos participantes Consentimentos Livres e Esclarecidos, respeitando a resolução nº 196/96 Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos (Apêndices I e II). Ainda neste momento de aquecimento para o início da discussão

e Vasconcelos (2005) para as entrevistas semi-estruturadas e de Minayo e Sanches (1993), Dall'Agnol e Trench (1999) e Gatti, (2005) para os grupos focais.

Segundo Minayo, entrevista semi-estruturada é a que obedece a um roteiro apropriado com perguntas abertas que é utilizado pelo pesquisador para ter um apoio claro na seqüência das questões facilitando a abordagem e assegurando aos investigadores menos experientes que suas hipóteses ou seus pressupostos serão cobertos na conversa. A interação não é totalmente fechada nem totalmente aberta. A função do entrevistador é encorajar os participantes a falar livremente sobre todos os tópicos do roteiro.

Vasconcelos (2005) define a entrevista como uma estratégia metodológica específica de pesquisa fundada na valorização da fala do sujeito, através de uma abordagem clínica baseada na afetividade onde se verificam transferências, já que os sujeitos tendem a ver no seu interlocutor um ponto de apoio na reinserção para a vida. A isso ela denomina de entrevista clínica.

Portelli (1997) nomeia a entrevista como uma troca entre dois sujeitos numa visão mútua (enquanto vejo e escuto o outro, sou visto e analisado por ele) em cujo bojo é preciso igualdade apesar da hierarquia e similaridade na diversidade. Segundo este autor, o campo de trabalho é significativo quando o encontro entre dois sujeitos isolados, tenta construir sua igualdade sobre suas diferenças de modo a trabalharem juntos. Para ele, o diálogo entre dois mundos não é fácil. As pessoas entrevistadas são o objeto da pesquisa e as condições sociais diferenciadas podem ser barreiras para se obter o conhecimento procurado. A gravação das falas intimida, por isso, é importante que exista igualdade para que as trocas sejam espontâneas pois o mais precioso da entrevista é a subjetividade do entrevistado. O pesquisador deve aceitar o que o sujeito fala e não o que ele deseja ouvir e os dados narrados, por sua vez, são produtos de uma relação, ou seja, consistem em elementos produzidos num relacionamento mútuo.

Foram entrevistadas vinte mães distribuídas do seguinte modo: 12 compareceram aos grupos focais e oito realizaram entrevistas clínicas. Desse total, 18 mães realizaram o pré-natal pelo SUS: nove realizaram em posto de saúde e nove realizaram no hospital. As duas restantes, uma tinha plano de saúde e a outra

perderam seus filhos por asfixia. Nestes casos, o acesso a tais famílias foi realizado através de cartas. Os endereços foram pesquisados nos prontuários das crianças. O critério principal foi aquele recomendado por Minayo (2006): incluir os sujeitos que possuíam os atributos que pretendíamos conhecer.

4.4 Estratégias para obtenção dos discursos

A pesquisa utilizou duas modalidades de entrevistas: pesquisa em grupo (grupo focal) e entrevista semi-estruturada.

Marmoz (2001), afirma que para compreender o que os homens são não podemos resistir à tentação de ouvi-los falar.

Para este autor, a entrevista é um meio de coleta de dados com a finalidade de fazer dizer o que os homens escondem, ou seja, de revelar segredos. O sujeito guarda o segredo no centro do seu ser e a entrevista faz aflorar as coisas guardadas que aí vivem e muitas vezes o sujeito nem se apercebe do que está guardando, embora possa também saber o porquê de estar escondendo.

A entrevista é paradoxal. Ignora o que o sujeito vai dizer: se é verdadeiro ou falso. Entretanto, é uma ferramenta de trabalho privilegiado, pois desvela o segredo que consciente ou inconscientemente o sujeito não tinha pensado revelar. O trabalho resultante daí é uma forma nascente do não-dito. Tem a finalidade de introduzir o sujeito ao seu centro num mundo particular que é só dele e revelar segredos. O segredo, não é um objeto inacessível ao conhecimento. Ele é o mistério do objeto. Se a gente quer conhecer o objeto, será preciso desnudar o segredo. Uma entrevista aflora aquilo que o segredo mantém secreto. E nesse momento o segredo será inerente a tudo aquilo que a gente sabe que pensa, diz ou vê. A tudo aquilo que nos faz homens. Todo objeto é mais ou menos o valor do mistério e deve ser aceito como tal (MARMOZ, 2001).

Marmoz (2001), utiliza na entrevista cuidados precisos e aplicação de princípios deontológicos. Entretanto, para desvendar os segredos do silêncio no estudo que baliza esta dissertação, foram utilizadas as estratégias de Portelli (1997)

2. Profissionais de nível técnico que formam as equipes de trabalho do cuidar intensivo na CTI-NEO na situação de morte e morrer por Asfixia Grave (auxiliares de enfermagem).
3. Familiares da criança assistida.

A amostragem foi conceitual e intencional iniciando com 09 sujeitos. Durante o processo de coleta obtivemos a saturação dos dados com 53 participantes. Foram efetuadas 17 entrevistas para a realização desta pesquisa, distribuídas do seguinte modo: seis grupos focais e 11 entrevistas semi-estruturadas. Para cada equipe foram realizados dois grupos. A equipe das mães contou com 12 participantes no primeiro grupo e seis no segundo. Neste grupo, o total de participantes foi 12 pessoas porque as seis que compareceram ao segundo grupo também estiveram presentes no primeiro.

Na equipe dos profissionais de nível superior participaram 18 profissionais. O primeiro grupo contou com 12 participantes e o segundo com seis.

Na equipe de nível técnico estiveram presentes nove participantes no primeiro grupo e 11 no segundo. Como na equipe das mães, aqui também os participantes foram os mesmos, acrescidos de dois. Totalizando, participaram 41 pessoas nos grupos focais.

No tocante às entrevistas semi-estruturadas, realizou-se um total de 12. Com as mães foram realizadas oito: três com mães cujos filhos foram a óbito e cinco com mães de filhos com seqüelas. Com os profissionais de nível superior foram ainda realizadas quatro entrevistas totalizando 53 sujeitos.

Turato (2003) e Minayo (2006) advertem que em uma pesquisa qualitativa o número de pessoas é menos importante do que a teimosia de enxergar a questão sob várias perspectivas, pontos de vista e de observação.

O critério de inclusão para os profissionais de saúde foi o tempo de experiência de cada profissional. Com os familiares, o principal critério foi a assiduidade ao tratamento da criança. Foram ainda incluídos alguns pais que

Atualmente funciona como centro de ensino e pesquisa, organizando treinamentos para graduandos de medicina (internato) e profissionais das diversas áreas de saúde como: Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Enfermagem, Fonoaudiologia, Psicologia, além da Residência Médica.

Como hospital geral de pediatria, recebe crianças e adolescentes na idade de zero a 18 anos. Para atender a esta demanda, dispõe de ambulatórios das diversas especialidades pediátricas tais como: gastroenterologia, pneumologia, dermatologia, endocrinologia, genética, oncologia, reumatologia, neurologia, nefrologia e ortopedia além de um atendimento especializado para adolescentes com equipe multiprofissional. Possui um setor de emergência que funciona 24 horas com duas unidades de terapia intensiva, sendo uma unidade de terapia de urgência – UTU. Tem uma unidade de terapia cardíaca e duas unidades de terapia intensiva neonatal. Este hospital dispõe de um ambulatório de seguimento de recém-nascidos de alto risco e um Núcleo de Apoio à Vida – NAVI – onde são realizados o acompanhamento e o tratamento precoce, quando preciso, das crianças sobreviventes ao internamento em CTI neonatal. A criação das unidades de cuidados intensivos neonatais, do ambulatório de seguimento de recém-nascidos de alto risco e do NAVI decorreu do aumento da demanda de recém-nascidos gravemente enfermos nos últimos anos, incluindo-se aqui os RNT com peso adequado asfixiados graves. Embora não dispondo de maternidade, este serviço é capaz de atender a um grande número de recém-nascidos e é o único serviço público que atende a demanda de cirurgia neonatal do estado.

4.3 Os sujeitos

Para a realização desta pesquisa contamos com a participação de profissionais de saúde de nível superior, profissionais de nível técnico e familiares das crianças asfixiadas, constituindo três equipes distintas:

1. Profissionais de nível superior que trabalham na CTI-NEO e lidam com o processo de morte/morrer por Asfixia Grave, junto aos profissionais do NAVI e do Ambulatório de Seguimento de RN de Alto Risco.

4 O SILÊNCIO SOBRE ASFIXIA PERINATAL GRAVE EM RECÉM-NASCIDO A TERMO: MÉTODO DE TRABALHO

O que torna o trabalho interacional um instrumento privilegiado de coleta de informações para as Ciências Sociais é a possibilidade que tem a fala de ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, por meio de um porta-voz, as representações grupais, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.

(Cecília Minayo)

4.1 Tipo e natureza do estudo

O estudo é de natureza qualitativa na perspectiva de Análise de Discurso tipo enunciação.

Optamos pela pesquisa qualitativa porque ela nos possibilita aprofundar a complexidade do elevado índice de asfixia perinatal em RNT com peso adequado no CTI do HIAS, através da compreensão do significado do silêncio nas experiências cotidianas dos profissionais de saúde e dos familiares desses recém-nascidos. A pesquisa qualitativa é importante para a ciência da medicina, pois permite analisar como as pessoas enfrentam o processo saúde/doença, conforme explicam Minayo e Sanches (1993).

4.2 O espaço da pesquisa

O Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS) foi o local do desenvolvimento do estudo. Este hospital possui uma área total de 12.000m² situado na rua Tertuliano Sales nº 544 Vila-União. É uma instituição de saúde pediátrica para cuidados secundários e terciários, considerado a principal referência do Estado. Fundado em 1976, pertence à Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (SESA) e possui uma capacidade de 322 leitos distribuídos em setores de clínica pediátrica, cirúrgica, emergência e unidades de terapia intensiva. Tem uma média de internação de 650 crianças/mês, com média de permanência de 10,7 dias.

**O SILÊNCIO SOBRE ASFIXIA PERINATAL
GRAVE EM RECÉM-NASCIDO A TERMO:
MÉTODO DE TRABALHO**

Como podemos observar, é constrangedor apresentar uma mortalidade infantil tão elevada em nosso país e em nosso Estado, que se encontra com um nível ainda elevado até mesmo de mortalidade pós-neonatal.

Segundo Madeiro (2000), esses dados demonstram nossa incapacidade de reivindicar o direito à vida para nossas crianças, já que nascer é um ato social de amor.

De acordo com o relatório anual “Situação Mundial da Infância” do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), publicado em dezembro de 2006 no Estado de São Paulo⁹, o Brasil ficou em 86º lugar numa lista de 190 nações segundo a mortalidade de crianças menores de 5 anos. Para cada grupo de 1.000 crianças brasileiras nascidas vivas, 33 morrem antes de completar 5 anos. No ranking anterior, o índice era de 34 para cada grupo de 1000. No Japão é de 3 e na Angola é 191/1000nv. Este indicador também percorre dentro do próprio Brasil, uma ampla variação.

Segundo fontes do IBGE; SIM e SINASC, verifica-se que o componente pós-neonatal na Região Nordeste ainda é expressivo, reflexo das piores condições sociais e de infra-estrutura de serviços básicos. A proporção de óbitos de crianças de 28 a 364 dias (mortalidade pós-neonatal), especialmente nos estados da Região Nordeste, têm muito que melhorar. Vale ressaltar que esses índices provavelmente são maiores, pois ainda são elevados os níveis de sub-registro de óbitos infantis nessa Região.

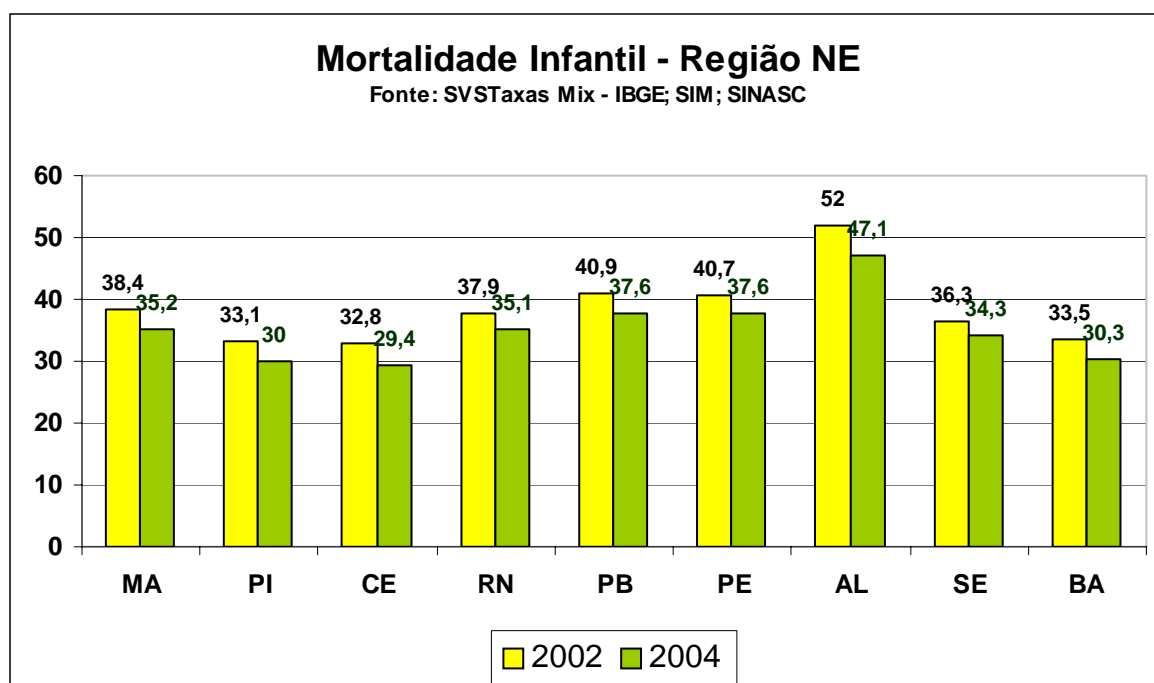


GRÁFICO 6 - Mortalidade Infantil no Nordeste — 2002 - 2004

⁹ RADIS – Fiocruz - Comunicação em saúde nº 54, fev. 2007

No ano de 2002, a mortalidade neonatal no Japão era 1,7% e permanece com a mesma taxa em 2005⁸. No Brasil, segundo os dados do IBGE; SIM; e SINASC no ano de 2001, a mortalidade neonatal era de 17,1% e caiu para 15,0% em 2004.

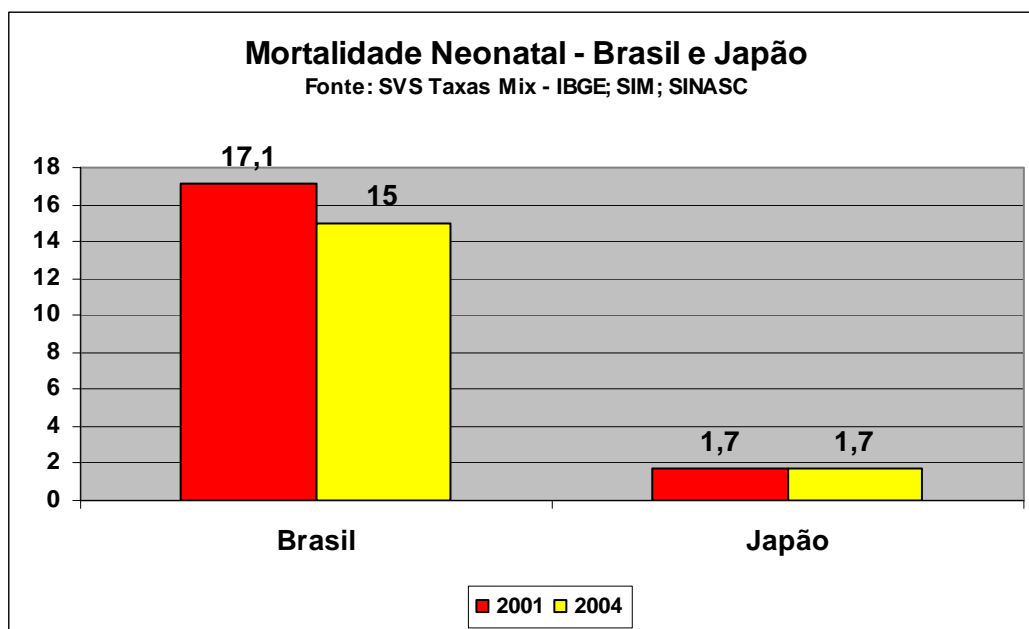


GRÁFICO 4 - Mortalidade Neonatal no Brasil e no Japão em 2001 e 2004.

Na América Latina, entre 21 países, o Brasil se encontra no 15º lugar longe da Argentina, Uruguai e Chile. Em 10 anos, o Brasil reduziu 40% no seu índice de mortalidade pós-neonatal mas deu uma desacelerada.

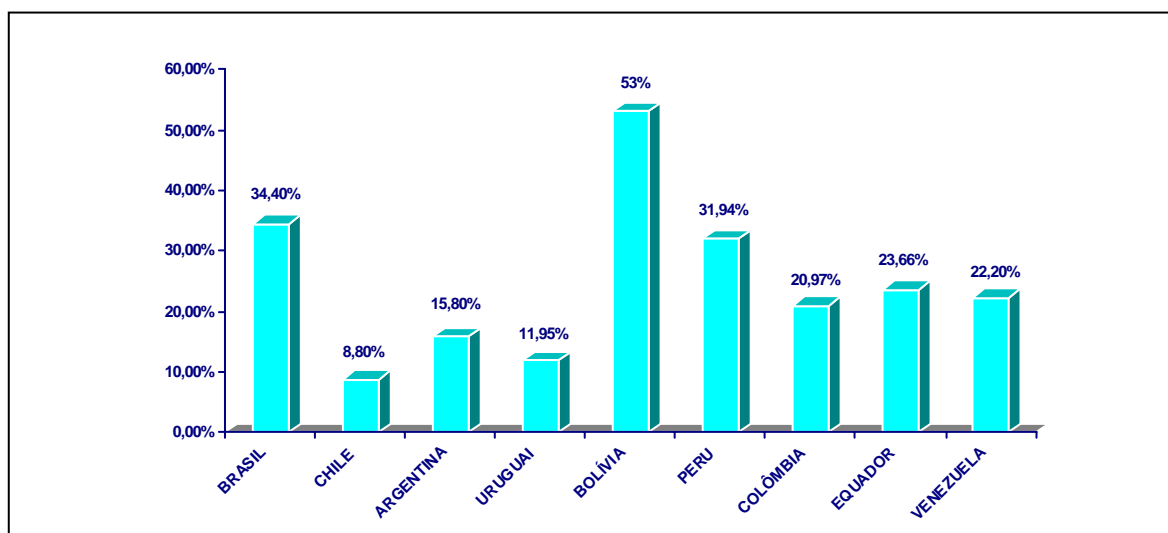


GRÁFICO 5 - Mortalidade Infantil na América Latina - 2005

⁸ Simpósio Primeira Infância pela Paz – USP – maio de 2005. Mortalidade infantil – Country Comparison. Disponível em: <http://www.indexmundi.com>. Acessado em: 30 jan. 2007.

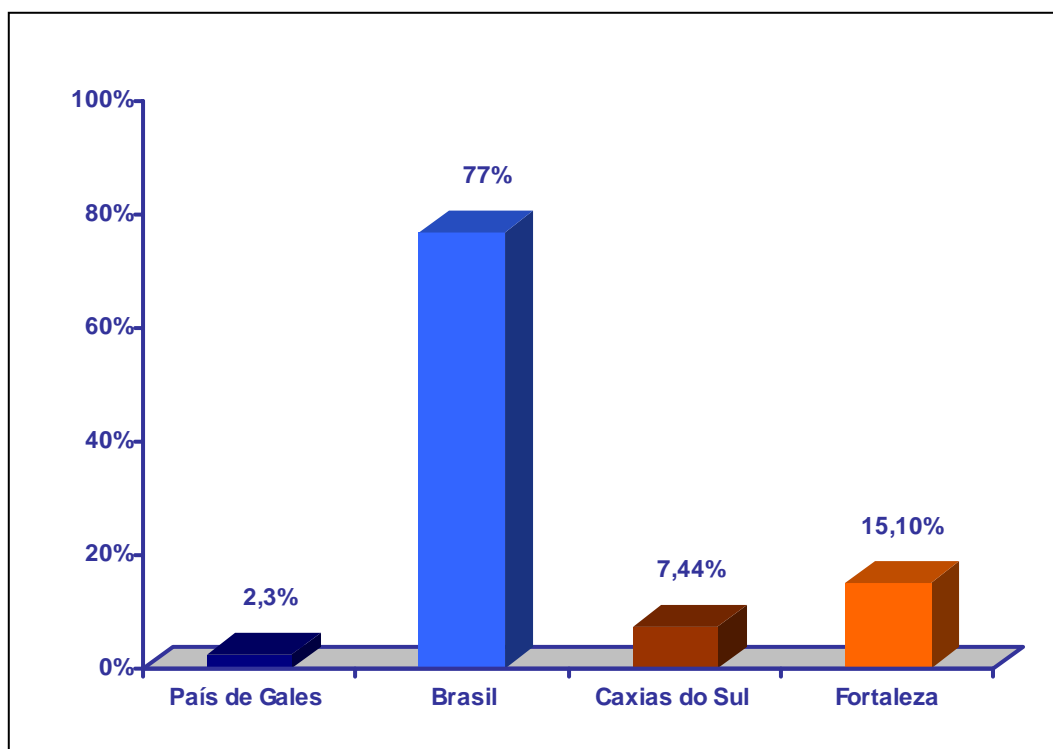


GRÁFICO 2 - Mortalidade Neonatal Precoce no Brasil e no País de Gales, em Fortaleza e em Caxias do Sul em 1980.

Como podemos observar no gráfico abaixo, comparando a mortalidade infantil do Brasil com a dos países desenvolvidos⁷ no Brasil a MI ainda é bem elevada.

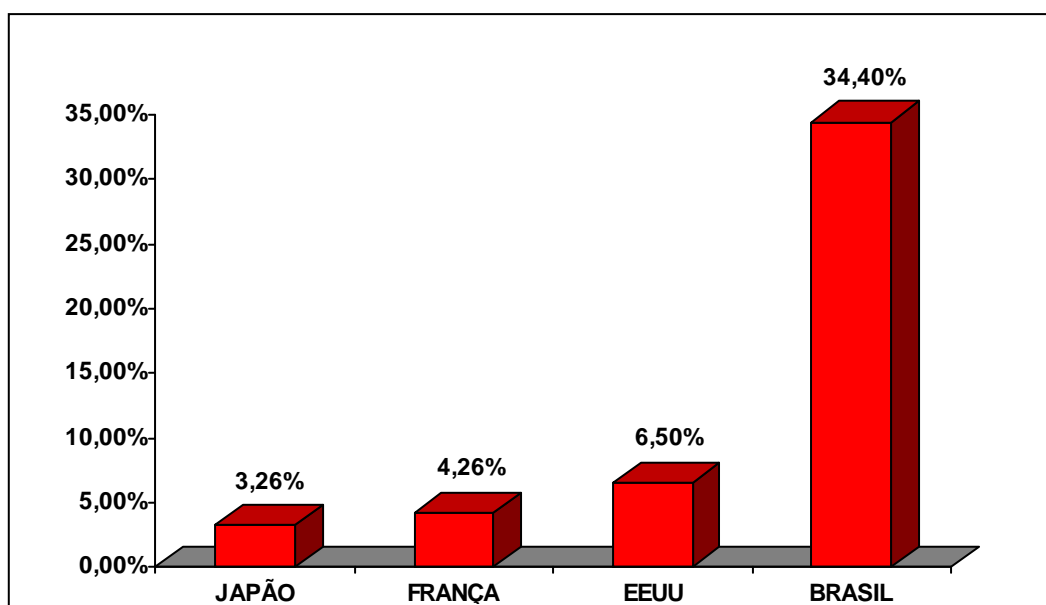


GRÁFICO 3 - Mortalidade Infantil no Brasil e nos países desenvolvidos em 2005

⁷ Mortalidade infantil. Country Comparison. Disponível em: <http://www.indexmundi.com>. Acessado em: 30 jan. 2007.

Segundo dados do Ministério da Saúde, no Brasil, os dados de mortalidade infantil são registrados a partir de 1940, tendo como base o primeiro Censo Demográfico Nacional realizado pelo IBGE. (MONTEIRO E SIMÕES, 1997)

A taxa de mortalidade infantil no Brasil em 1940 era de 149,0 por mil nascidos vivos. Nas duas últimas décadas segundo dados do IBGE (2005), o CMI passou de 69 (1980) para 30 por mil nv em 2000. Em 2001 caiu para 27,4 por mil nv. representando um decréscimo de 57% nos últimos anos. Entretanto ainda é elevada se comparada aos países desenvolvidos que já possuíam CMI abaixo de 15% na década de 80. Em 2003 houve um aumento para 35,4%. Em 2005 caiu para 34,40%.

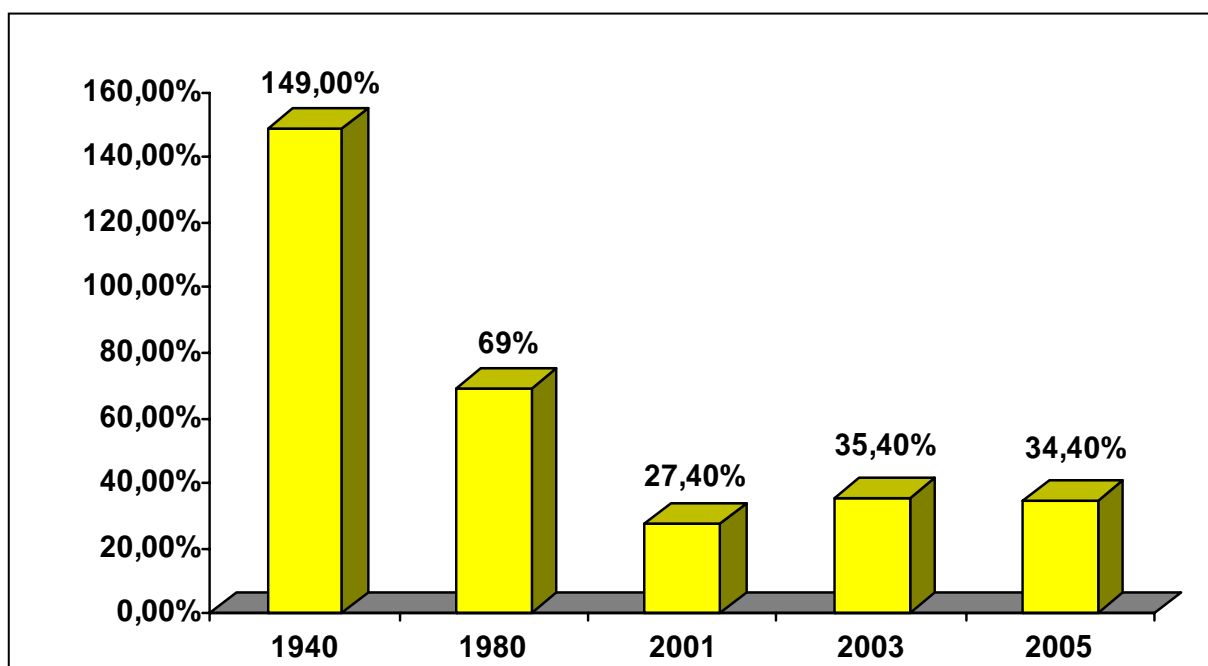


GRÁFICO 1 - Evolução da Taxa de Mortalidade Infantil no Brasil, 1940- 2005. IBGE, 2005

Em 1980, a mortalidade neonatal precoce no País de Gales era de apenas 2,3% enquanto no Brasil era 77%. Nesse mesmo período, a mortalidade neonatal precoce em Caxias do Sul era de 7,44% enquanto em Fortaleza correspondia a 15,1%. (MADEIRO, 2000).

3 O QUE OS NÚMEROS CONTARAM SOBRE AS MORTES DE BEBÊS NO PERÍODO DE 1940 a 2005 NO BRASIL

*A paciência?
Ali, na primeira porta.
Mas bate de leve senão ela fica furiosa...
(Millôr)*

Segundo Oliveira (2001), como não se pode contar, medir e calcular a realidade humana, o milagre do crescimento, conta-se a morte porque as estatísticas lidam predominantemente com os dados de óbitos, de fim. Os índices e coeficientes de mortalidade – e dentre esses o coeficiente de mortalidade infantil (CMI) – ainda é a maneira mais utilizada para conhecer a qualidade de saúde de uma população e o nível de desenvolvimento de uma sociedade.

O coeficiente de mortalidade infantil é o número de óbitos em crianças menores de um ano dividido pelo número de crianças nascidas vivas naquele ano, em uma determinada área, multiplicado pela constante 1000. Ele mede o risco que uma criança tem de morrer, em tendo nascido. Embora segundo (Monteiro & Simões, 1997), a fidedignidade desse indicador dependa da qualidade dos registros de óbitos e nascimentos, tem sido utilizado a nível nacional e internacionalmente para comparar realidades diferentes e permitir novas inferências. (SVS/MS, 2004).

Segundo estes autores, costuma-se analisar a mortalidade infantil - (MI), dividindo-a de acordo com a idade do óbito. As mortes ocorridas nos primeiros 27 dias de vida são chamadas **neonatais** ao passo que os óbitos de 28 dias até 01 ano de vida são chamados **pós-neonatais**. A mortalidade neonatal divide-se ainda em precoce – óbitos até 6 dias após o nascimento, e **tardia** – óbitos de 7 a 28 dias. As mortes fetais que ocorrem entre a vigésima segunda semana de gestação, ou peso equivalente a 500gramas, e as ocorridas até 7 dias de vida incompletos, são consideradas mortes **perinatais**. (SVS/MS, 2004).

Maranhão (1999), afirma que segundo dados da OMS (1998), no mundo morram anualmente 05 milhões de neonatos e que o maior percentual (3,4 milhões) destas mortes ocorre nos países em desenvolvimento durante o período neonatal precoce estando a asfixia contribuindo com 21% destas. No Brasil, a asfixia perinatal é a principal causa de mortes evitáveis entre recém-nascidos a termo com peso adequado.

***O QUE OS NÚMEROS CONTARAM SOBRE
AS MORTES DE BEBÊS NO PERÍODO DE
1940 a 2005 NO BRASIL***

O diagnóstico, diz Cifuentes (2004), se baseia pela história obstétrica, boletim Apgar baixo e quadro clínico evidente, ou seja, o recém-nascido se encontra com hipotonia, cianose, dificuldade respiratória, bradicardia e em acidose. Apresenta sintomas neurológicos (convulsões) nas primeiras 24 horas de vida.

Como afirma Navantino A. Filho (2005), e os demais autores consultados, a realização de um pré-natal adequado com identificação e correção dos fatores de risco antenatais são os principais meios de prevenção e tratamento. Se, de todo, não for possível controlar tais fatores, o nascimento deve realizar-se em um serviço qualificado para o atendimento desse recém-nascido. A reanimação na sala de parto é essencial. Os casos graves devem ser encaminhados para um CTI neonatal imediatamente após a estabilização do quadro clínico.

O prognóstico vital, imediato, é sombrio naqueles recém-nascidos que apresentam rigidez muscular acentuada ou hipotonia persistente com arreflexia duradoura, convulsões e um eletroencefalograma isoelétrico.

Em um trabalho de Lawn (2005), podemos observar que a incidência da asfixia perinatal mundial mais recente é de 23%. Cifuentes (2004) refere que a incidência da Asfixia Perinatal varia principalmente com a metodologia utilizada no estudo e com a qualidade da assistência pré-natal e perinatal. 90% dos recém-nascidos não precisam de atenção ao nascer; 10% precisam de algum tipo de reanimação e, desses, 1% apenas requer reanimação especial segundo a OMS.

Como afirma Cunha (2004), o objetivo de toda gravidez é um recém-nascido saudável e sem traumas para a mãe. Em algumas vezes, não se consegue este objetivo devido a complicações durante a gravidez, o parto ou com o concepto. Todas estas circunstâncias podem estar interligadas, resultando em um recém-nascido deprimido (asfixia perinatal). Na maioria dos casos, esta ocorrência pode ser evitada com programas de treinamentos, como aconteceu na Índia em 1990 com declínio significativo dos óbitos relacionados à asfixia.

Fontes (1981) afirma que todos aqueles que trabalham com a perinatologia, podem ser responsáveis por multidões de incapacitados vítimas da impiedosa e, na maioria das vezes, prevenível ASFIXIA PERINATAL, se não houver atendimento capacitado.

Dentre as principais seqüelas para o sistema nervoso, destacamos: retardo mental, cegueira, surdez, ataxia, coreoatetose, déficit de atenção, déficit de aprendizagem, síndrome de West, transtornos convulsivos e a temível paralisia cerebral.

O desvio de sangue para os órgãos mais nobres compromete todos os demais sistemas do organismo. No sistema renal, a asfixia é responsável por insuficiência renal aguda. No sistema cardiovascular desencadeia isquemia transitória, insuficiência cardíaca congestiva, hipotensão e hipertensão pulmonar. No sistema respiratório causa hemorragia pulmonar, edema agudo do pulmão secundário à insuficiência cardíaca, diminuição da produção de surfactante e aumento da resistência vascular pulmonar. No sistema gastrointestinal, devido a um hormônio chamado motilina que atua aumentando o peristaltismo, desencadeia a eliminação de mecônio intra-útero com perigo inerente de sua aspiração que leva a hipertensão pulmonar – a mais temida complicação da asfixia, pois é de difícil manejo. Outra temida complicação secundária à isquemia intestinal é a enterocolite necrotizante. Pode ainda desencadear vários distúrbios metabólicos, como os da glicemia, calcemia e magneemia agravando o quadro de asfixia.

Todas estas complicações levam a procedimentos invasivos que ocasionam o desenvolvimento de infecções com distúrbios hematológicos graves.

Para Volpe (1995), a Asfixia Perinatal nos Estados Unidos é ainda a maior causa de danos no Sistema Nervoso Central, sendo responsável pelo maior número de deficiências neurológicas não progressivas na infância, contribuindo com 15% de mortes neonatais nos recém-nascidos de extremo baixo peso. Nos bebês a termo, se faz presente apenas nas emergências obstétricas, como nos casos de descolamento prematuro da placenta e nas malformações congênitas.

A opinião unânime dos autores consultados⁶ afirma que a intervenção pós-natal imediata (primeiro passo) deve ocorrer na sala de parto, onde é fundamental a reanimação efetiva e rápida do recém-nascido asfixiado.

⁶ Lawwn (2005); Alves Filho (2005); Cifuentes (2004); Cunha *et al.* (2004); Procianoy (2004); Roca (2002); Segre (2002); Wolff (1999); Fontes (1981).

Os insultos podem se somar: pré-natal e intra-parto complicando o processo asfíxico e o quadro clínico do recém-nascido, principalmente se este não for prontamente reanimado na sala de parto.

O sistema nervoso central é o mais acometido porque depende fundamentalmente da presença de oxigênio para o seu desempenho normal. Quando o processo de asfixia é longo, repercute nos demais sistemas do organismo como: cardio-vascular, pulmonar, renal, gastrintestinal, hematológico, metabólico e supra-renal causando a temível Síndrome Hipóxica Isquêmica diz Procianoy (2004).

Para Volpe (1995), a síndrome neurológica que acompanha a asfixia intra-uterina é o protótipo da encefalopatia hipóxico-isquêmica do recém-nascido. Existe, nestes casos, uma somatória de insultos asfíxicos pré-natais e intraparto. Os sinais e sintomas neurológicos manifestados pelo recém-nascido nas primeiras 24h de vida, dão idéia da topografia e da neuropatologia das lesões cerebrais. Estes sinais variam de acordo com a idade gestacional.

Sarnat e Sarnat (1976) estabeleceram uma sistemática para escolher critérios que identificassem os sinais neurológicos transitórios que aparecem em neonatos com hipóxia e a relação destes sinais com o prognóstico. Posteriormente esta classificação foi modificada e simplificada.

Estágio I – (leve) - o recém-nascido é hiperalerta. A evolução costuma ser favorável e sem seqüelas. São casos de asfixia leve. Pode ocorrer hiperreflexia, irritabilidade, taquicardia, dilatação pupilar (midríase). Geralmente regridem com menos de 24 horas.

Estágio II – (moderado) - o recém-nascido encontra-se letárgico, com hiporreflexia, miose, bradicardia, hipotonia, movimentos espontâneos pobres, reflexos primários (Moro e sucção) diminuídos e convulsões. Esta fase pode ter uma duração de 12 a 14 dias. Apresenta 30% de chances de incapacidades no futuro e 6% de evolução para o óbito.

Estágio III – (grave) - ocorre estupor e coma, respiração em falência, flacidez, distúrbios pupilares (pupilas em miose com pobre resposta à luz). A asfixia é grave e as chances de óbito aumentam para 60%, sendo que 100% destes apresentarão seqüelas de intensidade variável.

através do forame oval e do canal arterial. Pode haver então a manutenção ou um retorno ao padrão da circulação fetal. O débito cardíaco se mantém por algum tempo alterado, podendo elevar-se a princípio, mas altera radicalmente sua distribuição através de vasoconstrição regional seletiva com diminuição do fluxo sanguíneo a órgãos menos vitais como intestino, rins, músculos e pele. Precocemente são observados no recém-nascido asfisiado, esforços respiratórios vigorosos (gaspings) na tentativa de insuflar os pulmões. Com a progressão da asfixia, o centro respiratório é deprimido, diminuindo a possibilidade de estabelecimento de respiração espontânea. Por esse motivo, a intervenção pós-natal imediata deve ocorrer na sala de parto. Deve ser efetiva e rápida porque é fundamental para o recém nascido asfisiado.

Para Procianoy (2004), a Asfixia Perinatal é decorrente de incidentes perinatais principalmente durante o trabalho de parto e no parto (mais raramente pré-natais) e os principais fatores estão relacionados às condições maternas, fetais, do parto, e ainda, às condições neonatais dentre os principais. Entretanto, nos países em desenvolvimento, a principal etiologia da asfixia perinatal é proveniente dos fatores sócio-econômicos: o desemprego, a moradia inadequada, o analfabetismo e a falta de assistência à saúde com um pré-natal deficiente, um parto mal-assistido e um transporte do recém-nascido inadequado.

Os principais incidentes pré-natais são as alterações placentárias, tabagismo, alterações da dinâmica uterina, pré-eclâmpsia, metrorragias e alterações da frequência cardíaca fetal. Estes incidentes são detectadas pelo perfil biofísico fetal (escala de Apgar uterina). Daí a importância de um pré-natal bem monitorado.

Durante o trabalho de parto e parto os principais eventos que desencadeiam a asfixia perinatal são: fórceps alto, desproporção cefalopélvica, analgesia de parto, prolapso ou compressão do cordão umbilical ruptura prolongada de membranas, apresentação transversa, apresentação pélvica, descolamento prematuro de placenta, eclâmpsia, retenção de ombros (cabeça derradeira), alterações da dinâmica uterina, hipotensão e hipertensão arterial. Estes eventos causam a hipoxemia no recém-nascido e são constatados pela presença de mecônio no líquido amniótico, acelerações e desacelerações na frequência cardíaca fetal, transtornos do equilíbrio ácido-básico e pH do cordão baixo.

Todo esse mecanismo de agressão hipóxico-isquêmica vai gerar alterações morfológicas dos neurônios, acarretando deteriorações no núcleo e no citoplasma, diz Procianoy (2004).

Segundo este autor, a ação destes fenômenos celulares desencadeados pela lesão de hipóxia-isquemia-reperfusão leva a duas formas bem distintas de morte da célula nervosa: necrose e apoptose.

Na necrose há uma ruptura da célula com fratura da membrana celular, intensa reação inflamatória e ruptura das organelas, o que desencadeia o aumento do edema no espaço intracelular. Como consequência, vai haver a ruptura celular com extravasamento do conteúdo do citoplasma para o espaço extracelular e fagocitose desse material.

Na apoptose o mecanismo de morte neuronal é totalmente diferente. A célula encolhe, o núcleo se torna pequeno e denso devido a uma maior condensação de cromatina e fragmentação do DNA, o que vai acarretar uma invaginação da membrana plasmática com vacuolização do citoplasma. O processo se finaliza com a separação da célula em pequenos e múltiplos corpos apoptóticos que vão ser fagocitados por vizinhas células saudáveis. As grandes reguladoras da apoptose neuronal são as caspases – enzimas que agem especificamente nas células apoptóticas. A ativação destas enzimas promove a produção de citocinas inflamatórias aumentando uma resposta inflamatória, local com conseqüente aumento dos neurônios apoptóticos, o que seria um mecanismo de neuroproteção porque quando o manejo da agressão asfíxica é imediato, os neurônios apoptóticos podem ser revertidos.

Procianoy (2004) afirma que, se nos minutos posteriores ao parto o recém-nascido não expande seus pulmões estabelecendo a respiração, a pO₂ e o pH arterial caem e a pCO₂ aumenta, instalando-se um processo de redistribuição do débito cardíaco, visando proteger a integridade dos órgãos e tecidos mais vulneráveis do organismo – cérebro, coração e glândulas adrenais.

A expansão inadequada do pulmão causa hipoxemia e acidose, além da constrição das arteríolas pulmonares, persistência da resistência vascular pulmonar aumentada, baixo fluxo de sangue pulmonar e um shunt direita-esquerda, sobretudo

escore de *Apgar* ainda hoje, é a única forma de avaliação do recém-nascido, onde os exames laboratoriais não estão disponíveis. No primeiro minuto, geralmente correlaciona-se com o pH do cordão umbilical. No quinto minuto, correlaciona-se melhor com eventuais seqüelas neurológicas.

Fisiopatologicamente, o feto a termo normal acha-se provido de vários mecanismos adaptativos (sejam eles fisiológicos, metabólicos ou farmacológicos) que lhe permitem sobreviver à privação de oxigênio subsequente a deficientes trocas placentárias, diz Procianoy (2004). Segundo este autor, os mecanismos adaptativos que respondem à hipóxia-isquemia e reperfusão cerebral ocorrem em três níveis básicos que se relacionam: nível bioquímico, nível celular e nível humoral.

Diz Procianoy (2004) que, durante a hipóxia-isquemia, ocorre inicialmente uma inativação sináptica como resposta adaptativa que é ainda reversível. A inativação sináptica se deve a uma redução da oferta cerebral de fosfatos de alta energia que leva a uma diminuição progressiva dessa energia, causando lesão irreversível uma vez que a energia disponível não é suficiente para manter as bombas de ATPase dependentes responsáveis pela distribuição dos íons das membranas.

A falta de energia para manter as bombas de ATPase dependentes causa uma despolarização das membranas, ocasionando uma maior entrada do cálcio para o espaço intracelular. O aumento do íon cálcio no espaço intracelular ativa a liberação de neurotransmissores excitatórios, como o glutamato e aspartato, que têm suas ações mediadas principalmente pelo receptor N-metil-D-aspartato (NMDA). O receptor NMDA é ainda responsável pela permeabilidade celular ao cálcio num mecanismo de retroalimentação.

O aumento do cálcio no espaço intracelular, associado com a reperfusão, desencadeia vários eventos bioquímicos, como a ativação de enzimas degradativas (endonucleases, proteases e fosfolipases). A reperfusão como oferta de oxigênio às células lesadas pela hipóxia-isquemia leva a geração de radicais-livres, ativação de óxido-nítrico-sintetase com formação de óxido nítrico que vai se combinar com radicais-livres para formar peroxinitrito, acionando a liberação de quantidades adicionais de neurotransmissores excitatórios que também influenciam na ativação do receptor NMDA.

e algumas até haviam sido ressuscitadas. Posteriormente, Sigmund Freud, médico alemão, lança a hipótese da ocorrência da asfixia no início da gestação. Desde os primeiros estudos de Little até o momento atual, a patogênese das lesões cerebrais no período neonatal tem sido objeto de vários estudos como afirma Volpe (1995).

Em 1952 Virgínia Apgar, anestesista obstétrica americana, apresenta em um congresso de anestesia a proposta de avaliação clínica do recém-nascido lançando um escore através de cinco itens: frequência cardíaca, esforço respiratório, cor da pele, tônus muscular e resposta reflexa que foi muito útil no julgamento da necessidade da ressuscitação do mesmo quando aplicada com um minuto de vida e novamente com cinco minutos. Este escore mede a capacidade do recém nascido para se refazer do stress do nascimento e a adaptação na vida extra-uterina como diz Roca (2002) em seu trabalho sobre *Virgínia Apgar y la Pediatría*.

Segre (2002), refere que em 1992, o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia juntamente com a Academia Americana de Pediatria estabeleceram critérios para definir Asfixia Perinatal. Para eles, existe Asfixia Perinatal na ocorrência de quatro fatores segundo o quadro abaixo:

QUADRO 1 - Características da asfixia perinatal

- Acidemia profunda, metabólica ou mista (pH < 7,00) em amostra de sangue de artéria umbilical.
- Persistência de boletim de *Apgar* de 0 a 3 por mais de 5 minutos.
- Seqüelas neurológicas clínicas no período neonatal imediato, que incluem a presença de convulsões, hipotonia, coma ou encefalopatia-hipóxico-hisquêmica.
- Evidência de disfunção de múltiplos órgãos.

Todos estes parâmetros devem estar presentes para que se possa assegurar a ocorrência de asfixia perinatal.

No entanto, Wolff (1999), em um artigo sobre Recém-Nascido Anoxiado, informa que, como nem todos os centros podem utilizar a prática da dosagem dos gases da artéria do cordão umbilical, na prática, nos países em desenvolvimento, o

2 ASFIXIA PERINATAL

2.1 O estado da arte

*A gestante traz consigo o alicerce de impérios
e o germe das futuras gerações.*

(Tenon)

Para compreensão do tema a ser estudado, percebi a importância de trazer uma revisão da **ASFIXIA PERINATAL**.

O termo “**asfixia**” vem do grego e significa parada de pulso.

Em um artigo sobre Asfixia Perinatal, o neonatologista chileno Cifuentes (2004) afirma que do ponto de vista fisiológico, a Asfixia Perinatal não é uma patologia, mas uma situação patológica onde as trocas gasosas materno-fetais estão alteradas. O oxigênio sanguíneo está diminuído (hipóxia), o CO₂ fica elevado (hipercapnia) e geralmente se associa a uma diminuição do fluxo sanguíneo (isquemia) decorrente das mais variadas situações originando diversas patologias. A falha da perfusão sanguínea que ocorre no período fetal e/ou neonatal pode afetar vários tecidos e órgãos. É associada com acidose metabólica, podendo ocorrer também acidose respiratória.

Desde a antiguidade, diz Roca (2002), que assistência ao parto e ao recém-nascido já era motivo de preocupação como é demonstrado em um documento encontrado no Egito do ano 1450 a.C. que dita orientações em como diminuir as dores do parto e como assistir o recém-nascido. Este “livro” se encontra hoje no museu em Berlim daí ser denominado “Papiros de Berlim”.

Em 1743, Lavoisier descobre o oxigênio e um século depois, os problemas decorrentes da falta de oxigenação no sistema nervoso foram retratados por Little, cirurgião inglês, que em 1843, já chamava a atenção para a correlação entre a patogênese das lesões cerebrais e os problemas perinatais como a prematuridade e saúde materna. Ele observou que muitas crianças com problemas motores do desenvolvimento, tinham sofrido alguma forma de asfixia ao nascimento

ASFIXIA PERINATAL

recém-nascidos a termo com peso adequado em serviço hospitalar terciário. Com base nas minhas vivências e inquietações, percebendo que a relevância deste aspecto poderia levar a várias estratégias para minimizar a incidência da asfixia perinatal, resolvi desenvolver esse estudo.

Diante dessas experiências elaboramos o objetivo de compreender o sentido do silêncio no discurso dos familiares e dos profissionais de saúde no processo de morte e seqüelas de RNT com peso adequado para a idade gestacional, vítimas de asfixia perinatal grave, tendo como finalidade oferecer subsídios para minimizar a morbimortalidade neonatal em nosso Estado.

Acredita-se que esta pesquisa poderá originar reflexões dos profissionais do HIAS e dos familiares dos pacientes que foram vítimas da asfixia perinatal grave, acendendo a chama da luta pelos direitos de cidadania, e sugerir mudanças nas decisões políticas, especialmente no tocante à medicina preventiva e social que precisam de uma nova força: o poder do amor, o poder da compreensão e da compaixão humana, a força da generosidade e da cooperação.

Sentimos que é nosso dever preparar o caminho para as realizações dos que virão. Também percebemos que as soluções devem ser procuradas nos erros e acertos da nossa geração, na sociedade em que vivemos.

Quando será que vamos compreender que é necessário se contrapor a essa segregação com essas crianças? Quando será que vamos enfrentar os nossos erros e mudar essa realidade vergonhosa para o nosso Estado?

Seria por acaso comodismo? Ou talvez um mecanismo de defesa de chegar cansado depois de uma longa jornada de trabalho exaustivo, mal remunerado e ainda ter que pensar no caos que vive o nosso país? Ou ainda receios de que a abordagem da morbimortalidade dessas crianças revelasse o nosso despreparo para lidar com a situação? Seria a combinação desses fatores? O que será que silencia as equipes de trabalho da CTI, do Ambulatório de Seguimento de RN de Alto Risco e do Núcleo de Apoio à Vida (NAVI) – locais onde os bebês de risco realizam o tratamento do retardo do desenvolvimento neuromotor – diante da elevada morbimortalidade desses bebês?

E os familiares, por que guardam para si a dor desesperadora do morrer prematuro de seus filhos ou da angústia do cuidar duma criança seqüelada? Seriam resquícios dos funerais de “anjinho”? Será que estas tradições ainda influenciam essas famílias ou é porque aqui a morte de crianças é também rotina? Ou será que ainda pensam ser “vontade de Deus” ou “fatalidade do destino” o precário (ou mesmo a falta de) atendimento? Não poderia também ser o desconhecimento dos direitos de cidadania? Quem sabe perdemos a capacidade de compreender a história que cada uma dessas crianças fala com a própria vida, ainda que por algumas horas, alguns dias, ou seja vítima de seqüelas incapacitantes.

Procurando entender o porquê de silenciarmos nossos anseios mais profundos, agora que temos oportunidade de falar e não o fazemos, motivei-me à realização deste estudo que trata também de dar um destino à minha indignação com o atendimento inadequado à gestante no pré-natal, parto e ao recém-nascido. Sinto que tanto descaso não depende de mim, mas ao mesmo tempo me faz sentir conivente se eu não falar desse abandono em que sobrevivem tantas mães e tantas crianças em nosso estado.

Buscando um maior conhecimento de asfixia perinatal, realizei um levantamento através do sistema “*Medline*”, “*Lilacs*” e *Internet*. Pude então constatar que este tema é fonte de mais de 25 mil pesquisas tanto no Brasil como em vários países. Estas pesquisas falam das causas, das causas evitáveis, dos fatores associados, das seqüelas, com formas metodológicas diversas. A partir do estudo reflexivo dessa literatura percebi que ainda não foi abordado o silêncio dos profissionais e familiares diante de elevado número de casos de asfixia grave em

No ano de 2002 foi realizado neste hospital um estudo em dissertação de mestrado com a finalidade de avaliar os fatores de risco para mortalidade neonatal, no qual ficou constatado que a asfixia perinatal foi causa de 21,2% dos internamentos (a segunda maior causa) e de 20% de óbitos em recém-nascidos com peso adequado, ou seja, acima de 2.500 gramas. No entanto, no Caderno de Ciência & Saúde publicado pelo jornal *O Povo*, de 19 a 25 de junho de 2005, o presidente do Conselho Regional de Medicina (CREMEC) afirma não ter chegado àquela entidade nenhuma informação neste sentido.

Como aceitar esse silêncio diante de um fato tão relevante?

Segundo Orlandi (2002), o silêncio é a respiração da significação. Lugar dos muitos sentidos. Reduto de múltiplas possibilidades. Então, que significa o sentido do silêncio dos profissionais e dos familiares dos bebês com Asfixia Grave no CTI Neonatal do HIAS?

Serão resquícios da repressão da ditadura militar – momento histórico recém-vivido pelo nosso país? Mas hoje não estamos vivendo a tão sonhada democracia? Todos têm liberdade de expressar o que pensam, querem e sonham. Não é curioso que sejam tão poucos os que se preocupam em pensar, sonhar e gritar por uma sociedade mais justa diante das tantas desigualdades existentes em nosso país?

Quais serão os motivos que levam os profissionais de saúde do HIAS a perderem a capacidade de se indignar diante de tantos casos de Asfixia Grave em RNT com peso acima de 2.500 gramas? Temos a liberdade de expressão, a redemocratização conquistada a duras penas, entretanto por que perdemos o hábito de falar, de gritar os direitos do povo, de conquistar uma sociedade menos desigual?

Será que o descrédito nas instituições públicas em se interessar para resolver os problemas do povo assumiu uma tal dimensão a ponto nos tornarmos omissos? Ou medo de fazer vir à tona problemas políticos como o desvio de verbas?

Americana de Saúde), deram os primeiros passos (www.unicef.org/brazil/ihac.htm - acessado em 02/02/07).

⁵ Vigia as novas tecnologias, fármacos e hemoderivados, tendo como finalidade garantir produtos de qualidade e oferecer segurança aos pacientes e profissionais de saúde (ANVISA, 2005).

Diante deste quadro, afirma Maranhão (1999), os representantes municipais, estaduais e o Ministério da Saúde formaram grupos de trabalho e realizaram relatórios contendo recomendações e estratégias de ação para os serviços de saúde com a finalidade de diminuir esta mortalidade vergonhosa em nosso país. Dentre as várias estratégias, a principal foi a Investigação e Vigilância da Mortalidade Perinatal. Ou seja: a constituição de Comitês de Morte Materna e Infantil de competência municipal e regional (para investigação de óbitos) e estadual (para avaliação do programa) com o objetivo de corrigir falhas do sistema de saúde. Outra foi a realização de cursos de capacitação para os profissionais da área, após a identificação das necessidades.

No dia 18 de março de 2004 o Pacto Nacional de Redução de Mortalidade Materna e Neonatal foi aprovado na Comissão de Intergestores Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde. No entanto, o estado de Minas Gerais iniciou a estruturação da Comissão de Mortalidade Perinatal desde 1994 com o objetivo de reorganizar a atenção obstétrica e neonatal com ampliação do acesso aos serviços de saúde e redução da mortalidade materna e neonatal. No ano de 2005 a mortalidade perinatal nesse estado foi de 28,59%.² No estado do Paraná estes comitês foram implantados desde o ano de 1999. Entretanto, apenas no ano de 2006 foi iniciado a implantação dos Comitês no Ceará.³

Pela minha experiência no HIAS – o serviço hospitalar referência do estado – nunca presenciei algum profissional preocupado em pesquisar esta elevada incidência de Asfixia Grave em RNT com peso adequado. Os colegas de trabalho concordam que o fato é revoltante, mas passivamente.

O HIAS é um hospital “Amigo da Criança”,⁴ um hospital “Sentinela”.⁵ É também um hospital com projeto de humanização. Como explicar que um fato tão relevante não é assunto de pesquisa?

² Redes de Cuidados Perinatais Sônia Lansky. Disponível em: <http://www.iff.fiocruz.br/textos/seminarios2006h.pdf>. Acessado em: 7fev.2007.

³ Disponível em: <http://www.in.gov.br/materias/xml/do/secao1/1452062.xml> acessado em: 2 fev. 2007.

⁴ Incentiva o direito ao aleitamento materno. Foi idealizado em 1990 pela OMS (Organização Mundial de Saúde) e pelo UNICEF para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. Em 1992 o MS e o grupo de Defesa da Saúde da Criança, com o apoio do UNICEF e da OPAS (Organização Pan-

uma criança cuja sobrevivência representará um peso imenso para a família, para o sistema de saúde e para a própria criança? Por que sou obrigada a prolongar a dor e o sofrimento desses bebês em nome da Ética Médica? Não seria mais sábio deixá-los com a mãe para morrer com dignidade, já que não tiveram o direito de nascer dignamente? Será que, se tivessem nascido em serviços particulares, ao invés do atendimento SUS, estariam sendo transferidos com um quadro de asfixia tão grave?

Segundo as informações nos prontuários, eles quase sempre tiveram assistência pré-natal insatisfatória, o parto foi laborioso e ainda enfrentam o transporte inadequado sem estabilização do quadro clínico: muitas vezes chegam sem acesso venoso, com hipotermia, convulsionando e sem acompanhante para os dados da anamnese.

Realizamos um levantamento no livro de registros da CTI do HIAS e encontramos os seguintes dados: no período de julho de 2003 a julho de 2005, foram internadas 1.120 crianças das quais 214 eram RNT asfixiados, com peso igual ou superior a 2.500 gramas, sem outras patologias associadas ao quadro. Eles foram responsáveis por 19,10% dos internamentos da CTI.

No mesmo período ocorreram 497 óbitos dos quais 100 eram os RNT asfixiados, respondendo, pois, por 20% da mortalidade neonatal neste serviço. Dos sobreviventes, muitos já recebem alta com o quadro neurológico instalado, dando uma idéia da grave situação neonatal do nosso estado.

Em dezembro de 1999 foi realizado em Brasília o “I Fórum Nacional de Assistência Perinatal”, promovido pelo Ministério da Saúde, com a finalidade de fazer um diagnóstico da realidade da Assistência Perinatal no Brasil (MARANHÃO, 1999).

No trabalho realizado por Maranhão (1999), ficou constatado que o Brasil, o país mais desenvolvido da América Latina, tem uma taxa de mortalidade perinatal maior que a média dos países latino-americanos e 25% das crianças que morrem logo após o parto são viáveis, apresentam peso adequado e não têm nenhuma situação particularmente importante que lhes pudesse levar à morte se houvesse uma assistência adequada. A mortalidade por afecções perinatais representa mais de 72% da mortalidade neonatal e mais de 50% dos óbitos no primeiro ano de vida, em todas as regiões do país.

que a vida me ofereceu na infância, já que no dia-a-dia do Centro de Terapia Intensiva (CTI) a morte é a ocorrência freqüente.

Aprendi muito cedo que morrer faz parte da vida. Mas, quando a morte é de recém-nascidos, altera a ordem natural, pois o normal é que os pais morram antes de seus filhos. A morte de bebês gera incompreensão nos pais e nas equipes de trabalho, que se questionam sem respostas convincentes.

E quando a morte desses bebês poderia ser evitável? Esse fato é um evento doloroso e deixa uma terrível sensação de revolta, de impotência profissional, ampliando a incapacidade de lidar com o morrer.

É o que sinto diante da elevada incidência de Asfixia Grave em Recém-Nascidos a Termo (RNT) com peso adequado no CTI – Neonatal do HIAS. Eles chegam à unidade sem malformações, nem infecções congênitas ou ainda outro tipo de patologia. Deveriam estar ao lado da mãe recebendo a seiva da vida – o leite materno – e não numa unidade de terapia intensiva.

O peso adequado ao nascimento reduz a probabilidade de morrer se a criança não tem outros agravantes, como ficou confirmado no estudo de Mortalidade Perinatal em Três Coortes realizado por César G. Victora *et al.* (1982, 1993 e 2004), no sul do Brasil.

Nestes 18 anos de vivência no CTI e nos dez anos de Ambulatório de Seguimento dos Recém-Nascidos de Alto Risco do HIAS, onde exerço a profissão de médica pediatra, tenho presenciado muitas mortes e seqüelas graves evitáveis, transbordantes de sofrimentos. Estes eventos são dolorosos, inquietantes e me levam a refletir. Não uma reflexão científica ou terapêutica, mas principalmente existencial, filosófica, ética.

Por que não evitar a admissão no CTI? Por que transferir¹ um bebê para uma unidade de cuidados intensivos com toda a tecnologia avançada se ele já nasceu em “morte aparente” (segundo as informações da transferência) e a morte já se anuncia inevitável? Por que devo lidar às vezes de modo insano contra a morte de

¹ Os nossos pacientes são provenientes das maternidades da periferia da grande Fortaleza e a grande maioria do interior do estado – pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS.

Em relação a esta temática, Luz (2004) afirma que é preciso reaprender a ser amigo dos doentes. O médico, diz ele, pode ser um companheiro solidário no infortúnio, disposto a ajudar o paciente, e não apenas um profissional que, embora competente, fica restrito à verdade científica, esquecido das emoções e sentimentos. É preciso uma prática médica mais humanizada, na qual nós profissionais poderíamos reduzir o distanciamento do paciente com base numa relação interpessoal. Isso é possível apesar do elevado número de pacientes no tempo curto para o atendimento. Mesmo que não seja o ideal podemos com boa vontade participar mais ativamente das preocupações, das dores dos pacientes. Eles percebem esse interesse. É isso que faz a diferença de um atendimento mecanizado onde só a técnica é utilizada.

Na universidade aprendemos a lidar com a vida, pois assim seremos bem-sucedidos. Lidar com a morte revela a nossa falta de onipotência, nossos limites e a nossa própria mortalidade. Por isso, nós, médicos, sentimos tanto desconforto com a morte.

É inconcebível a destruição da vida. A nossa inteligência não consegue compreender o fim. Ainda hoje, quando o paciente está grave, não dizemos que ele vai morrer e sim falamos que “o óbito” é inevitável ou então: está apresentando “parada cardíaca”. Quando o paciente morre, todos agem rápido para que o corpo seja retirado. É preciso afastar a morte quando ela ousa se fazer presente. Esconder a morte reflete também a ideologia das instituições hospitalares – locais para a cura, para a saúde, revelando assim o despreparo não apenas do médico, mas de toda a equipe de saúde, no lidar com a morte. E como afirma Boemer (1989), quando a assistente social não se encontra, é um conflito para decidir quem vai dar a notícia à família: se o médico ou se a enfermeira.

Um fato particularmente interessante, diz Kübler - Ross (1994), é quando a situação é tida como de vida, quando o pano de fundo é o nascer: toda a equipe sabe como se comportar, como verificamos nos centros obstétricos.

Sonhei com a neonatologia. Porém, não tive oportunidade de fazer esta especialidade. Surgiu então a opção para o intensivismo neonatal que estava nascendo no Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS). Foi quando reaprendi as lições

sociedade atual não mantém os ritos do passado que proporcionavam aos agonizantes a companhia dos entes queridos, abraçando vida e morte com simplicidade, como parte da existência pessoal e coletiva. Essa naturalidade proporcionava a elaboração de um luto saudável e sem traumas.

No século XIX, segundo Vailati (2002), era comum no Brasil a ausência do luto quando as crianças morriam. Costumes culturais complexos miscigenados na religiosidade popular faziam a população acreditar que a criança inocente seria intermediária dos vivos diante das autoridades celestes. A idéia que se tinha era a de que morrer criança era um privilégio. Por este motivo, nos enterros de criança não se devia chorar, culminando na ausência dos parentes e até das mães nos funerais. Somando-se a este fato, a mortalidade infantil atingia índices tão elevados que a morte de crianças era cotidiana e familiar: “os funerais de anjinho.”

Participar desses eventos na infância foi uma oportunidade de crescimento que me ajudou a enfrentar com segurança os reveses da vida, principalmente no meu trabalho. Creio que foram experiências como estas que motivaram a escolha da minha profissão: ser médica. Sonhava ajudar os pacientes, estar presente no sofrimento, ser conforto nos momentos de dor.

Entretanto, durante o período em que me preparei para o exercício da medicina, não me recordo de uma aula sequer que preparasse os alunos para lidar com a morte. Aprendíamos a diagnosticar e tratar as mais variadas doenças para recuperar a saúde e manter a vida. Mas, como diz Rotta (2005), esqueceram de ensinar a cuidar do sofrimento humano, do relacionamento médico-paciente e de confortar este último nos momentos finais. Creio que ainda hoje as universidades não lembram a importância desse aprendizado.

Para Hoffmann (1993), a formação médica incentiva a visão mecanicista da vida humana, por isso muitos médicos apresentam dificuldades em lidar com o processo de morrer de seus pacientes – até mesmo aqueles que trabalham em UTI, onde é constante a presença de pacientes graves. Estas dificuldades se acentuam pela falta de discussão sobre o assunto na vivência cotidiana, tornando-o angustiante para as pessoas menos envolvidas. Se nos empenhássemos em discutir esse assunto, quem sabe esta relação seria mais digna e mais humana.

1INTRODUÇÃO

1.1 A experiência singular da pesquisadora e o objeto

Tive sempre, feliz ou infelizmente, a sensibilidade humanizada. E toda morte me doe sempre pessoalmente. Sim, não só pelo mistério de ficar inexpressivo e orgânico, mas de maneira direta, cá do coração.

(Fernando Pessoa)

O lidar com a morte faz parte do meu viver desde a infância. Quando me encontrava com sete anos, o meu bisavô materno faleceu. Trago na memória seu olhar expressivo quando eu segurava sua mão grande e leve... A bisavó materna morreu em casa, comigo, após uma longa noite de agonia, quando eu estava com 12 anos. Não esqueço as expressões de alegria que ela demonstrava com a minha presença. Neste mesmo período, perdi um tio que foi assassinado. O avô paterno, uma pessoa muito especial em minha vida, porque me exigia determinação, morreu também no período da minha adolescência. Rodeado pelos filhos e netos, abençoando cada um numa serenidade que jamais vou esquecer.

Comecei então a entender que, ao se avizinhar da morte, as pessoas precisam de um aperto de mão, do carinho de estar junto, da ternura de um sorriso, mesmo que não possam prolongar a vida. Isso ocorreu numa cidade do interior do Ceará – Crato – onde as crianças participavam da morte tão naturalmente quanto da vida. Hoje, as atitudes frente à morte sofreram várias transformações, principalmente nas cidades grandes. Os pais não falam mais da morte com os filhos porque a morte já não é vista como um fenômeno natural, mas sim como assunto lúgubre, que precisa ser ocultado. Entretanto, alguns autores como Ariès (1982) e Elias (2001) advogam a importância da familiaridade da morte com as crianças. Segundo eles, os pais evitam falar da morte com os filhos para não gerar efeitos traumáticos. No entanto, o não aprender a conviver com a morte levou a sociedade contemporânea ao despreparo no lidar com a situação. As pessoas não sabem o que fazer com os moribundos. Por isso, estes, cada vez mais são deixados à própria sorte. A

INTRODUÇÃO

5.1.6 O luto após o parto.....	78
5.2 Caminhos da fala	80
5.2.1 Maternidade e perda	80
5.2.2 O silêncio dos familiares e dos profissionais	82
5.2.2.1 Silêncio e implícito.....	83
5.2.2.2 Silêncio e significação	84
5.2.2.3 Silêncio e vozes sociais	86
5.2.3 Compreendendo as categorias do silêncio.....	87
5.2.4 Memória, esquecimento e silêncio	103
5.2.5 Asfixia perinatal grave em recém-nascido a termo com peso adequado: uma epidemia silenciosa.....	104
5.2.6 Conhecer as falas pra conhecer o silêncio.....	105
6 PONTOS DE REFLEXÃO	108
REFERENCIAS	113
APÊNDICES.....	120
ANEXOS	130

SUMÁRIO

RESUMO	7
ABSTRACT.....	8
LISTA DE ABREVIATURAS.....	9
LISTA DE QUADROS.....	10
LISTA DE GRÁFICOS.....	11
1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 A experiência singular da pesquisadora e o objeto.....	15
2 ASFIXIA PERINATAL.....	25
2.1 O estado da arte.....	25
3 O QUE OS NÚMEROS CONTARAM SOBRE AS MORTES DE BEBÊS NO PERÍODO DE 1940 a 2005 NO BRASIL.....	34
4 O SILÊNCIO SOBRE ASFIXIA PERINATAL GRAVE EM RECÉM-NASCIDO A TERMO: MÉTODO DE TRABALHO.....	41
4.1 Tipo e natureza do estudo.....	41
4.2 O espaço da pesquisa.....	41
4.3 Os sujeitos.....	42
4.4 Estratégias para obtenção dos discursos.....	44
4.5 Metodologia da análise dos dados: compreendendo a complexidade dos sentidos e distinguindo a singularidade dos fenômenos.....	50
5 RESULTADOS.....	56
5.1 Caminhos da maternidade.....	56
5.1.1 A presença da mãe no processo do pré-natal.....	56
5.1.2 A procissão da asfixia.....	61
5.1.3 O luto no momento do parto	65
5.1.4 O nascer asfixiado	68
5.1.5 O silêncio e a relação médico-paciente: o peso da ação médica	72

LISTA DE GRÁFICOS

1	Evolução da Taxa de Mortalidade Infantil no Brasil, 1940-2005. IBGE, 2005.....	35
2	Mortalidade Neonatal Precoce no Brasil e no País de Gales; em Fortaleza e em Caxias do Sul em 1980.....	36
3	Mortalidade Infantil no Brasil e nos países desenvolvidos em 2005....	36
4	Mortalidade Neonatal no Brasil e no Japão em 2001 e 2005.....	37
5	Mortalidade Infantil na América Latina – 2005.....	37
6	Mortalidade Infantil no Nordeste – IBGE; SIM; SINASC – 2005.....	38

LISTA DE QUADROS

1	Características da asfixia perinatal	26
2	Pré-natal segundo as mães.....	60
3	Medo	94
4	Transferência de culpa.....	96
5	Impotência.....	98
6	Negligência.....	99
7	Descrédito.....	102

LISTA DE ABREVIATURAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CMI – Coeficiente de Mortalidade Infantil

CTI – NEO – Centro de Terapia Intensiva Neonatal

HDGM-BC Hospital Distrital Gonzaga Mota – Barra do Ceará

HIAS – Hospital Infantil Albert Sabin

RNT – Recém-Nascido a Termo

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

NAVI – Núcleo de Apoio à Vida

OMS – Organização Mundial de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SESA – Secretaria de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Sistema de Vigilância à Saúde

UNICEF – Fundo de Nações Unidas para a Infância

ABSTRACT

Breaking the silence: avoiding lives undone by Severe Perinatal Asphyxia in newborn to term with adequate weight when he born.

The infantile mortality is a indicator that although depends of quality of death and born registers, is used in national and international level to evaluate the conditions of life in a society. This study, is a qualitative methodological effort to comprehend the sense of silence of health professionals and relatives in front of high mortality and sequels to newborns to term with adequate weight when born attended in CTI-Neonatal of a third hospital in municipal of Fortaleza. This occurrence highlights that perinatal assistance is unqualified. To this, it was done interviews in group and individual of relatives and professionals that pay attendance to these children with the finality to motivate reflections of relatives and professionals to relight the flame of struggle by rights of citizenship and offer subsidies to Politics of health in providence of interventions able to decrease the high morbimortality neonatal in our State. The analysis of interviews shown that bad quality of medical assistance is occasioned by disorganization of our System of health where are included several factors: the lack of integration among the primary, secondary and thirdly attention that aggravate the delay to attendance to parturient in work of parturition constituting the principal factor of perinatal asphyxia; the insufficient number of professionals to attendance that contributes to fragility of physician-patient relation; lack of valuable of emotional factors; the enhancement of professional in three specialties at same time; institutions without technical conditions to obstetric and neonatal attendance; professionals without capacity to enhance procedures; the transference of pregnant that presents complications in work of parturition of linked net to public net with the finality of get bigger benefits; the lack of surveillance of procedures and lack of professional compromise ethical to humanized attendance. To decrease this picture, are necessities urgent interventions by Public Politics in health in our State.

KEY-WORDS - Perinatal-Asphyxia, Newborn to term; silence; Infantile Mortality; Relation physician-patient; Death; Grief.

RESUMO

NOGUEIRA, E.A.F. **O Romper do Silêncio: evitando vidas desfeitas por Asfixia Perinatal Grave em Recém-Nascido a Termo com peso adequado ao nascer**, 2007. (Dissertação) Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2007.

A mortalidade infantil é um indicador que embora dependendo da qualidade dos registros de óbitos e nascimentos, é utilizada a nível nacional e internacional para avaliar as condições de vida de uma sociedade. Este estudo, é um esforço metodológico qualitativo de compreender o sentido do silêncio dos profissionais de saúde e familiares diante da alta mortalidade e seqüelas de recém-nascidos a termo com peso adequado ao nascimento atendidas em CTI-Neonatal de um hospital terciário no município de Fortaleza. Esta ocorrência evidencia que a assistência perinatal é desqualificada. Para isto, foram realizadas entrevistas em grupo e individuais dos familiares e dos profissionais que prestam atendimento a estas crianças com a finalidade de motivar reflexões dos familiares e profissionais a reacender a chama da luta pelos direitos de cidadania e oferecer subsídios às Políticas de Saúde na providência de intervenções capazes de minimizar a elevada morbimortalidade neonatal em nosso Estado. A análise das entrevistas mostrou que a má qualidade da assistência médica é ocasionada pela desorganização do nosso Sistema de Saúde onde estão incluídos vários fatores: a falta de integração entre a atenção primária, secundária e terciária que agrava a demora no atendimento à parturiente em trabalho de parto constituindo o principal fator da Asfixia Perinatal; o número insuficiente de profissionais para o atendimento que contribui para a fragilidade da relação médico-paciente; a desvalorização dos fatores emocionais; o desempenho de um profissional em três especialidades ao mesmo tempo; instituições sem condições técnicas para o atendimento obstétrico e neonatal; profissionais sem capacitação para o desempenho dos procedimentos; a transferência da gestante que apresenta complicações no trabalho de parto da rede conveniada para a rede pública com a finalidade de obter maior lucro; a falta de fiscalização dos procedimentos e a falta de compromisso profissional ético para um atendimento humanizado. Para diminuir este quadro, fazem-se necessárias urgentes intervenções pelas políticas Públicas de Saúde em nosso Estado.

Palavras-chaves: Asfixia Perinatal; Silêncio; Mortalidade Infantil; Relação Médico-Paciente; Morte; Luto.

[...] talvez não tenhamos conseguido fazer o melhor, mas lutamos para que o melhor fosse feito [...] Não somos o que deveríamos ser, mas somos o que iremos ser. Mas graças a Deus, não somos o que éramos.

(Martim Luther King)

Aos colegas contemporâneos da UECE, pela feliz convivência.

À Mary Anne e João Paulo que fazem o trabalho da secretaria do Mestrado com competência, carinho e prestatividade.

À minha irmã do coração: Maria Alda, minha colaboradora dos grupos focais, minha secretária, meu apoio nos momentos difíceis, meu carinho e gratidão.

Aos colegas do HIAS e do HDGM-BC que não hesitaram em trabalhar mais nos plantões e me permitiram escolher sempre o primeiro horário possibilitando maior oportunidade para o estudo. Às auxiliares de enfermagem e enfermeiros destes serviços, que multiplicaram os cuidados e a vigilância aos pacientes com a finalidade de não interromperem minhas leituras, o meu eterno reconhecimento.

À Angélica, Mylza, e Jaqueline pelo carinho e paciência que suportaram minhas aflições.

A todos os meus amigos pela força que vocês me dão em todos os momentos.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desse estudo.

AGRADECIMENTOS

Ao Divino Oleiro que pacientemente modela a argila do meu ser em suas mãos.

À Prof.^a Dr.^a Maria Veraci Oliveira Queiroz, minha orientadora. À Prof.^a Dr.^a Maria Salete Jorge Bessa que orientou os primeiros passos deste trabalho lapidando uma pedra bruta e a Antonio Luiz Saraiva Macedo Filho, meu sobrinho, que fez a correção gramatical e contribuiu com sugestões valiosas. Estes três colaboradores foram fundamentais nessa dissertação. Agradeço a generosa troca de idéias e o carinhoso acolhimento.

Ao sacerdote jesuíta - José de Anchieta Lima Costa que me aconselhou a fazer este trabalho em discernimento de um retiro espiritual. Sem esta orientação esta pesquisa não seria realidade.

À Tânia Maria Sousa, chefe do CTI-NEO do HIAS, colega amiga de quem recebi o maior incentivo e confiança.

À Maria Willzni Sales Rios, colega amiga que me deu capacidade para realizar o seguimento de recém-nascidos de risco. O trabalho que ela realiza no ambulatório da Maternidade Escola onde fui acolhida por um ano, é pleno de ternura! Foi esse aprendizado que despertou em mim a sensibilidade de lutar pela qualidade de vida para nossas crianças.

À Prof.^a Dr.^a Sandra Maia Farias Vasconcelos pela experiência compartilhada.

À direção do Hospital Infantil Albert Sabin pelo apoio e compreensão.

À minha família, meu esteio. Em especial a Mardônio, meu esposo, por sua compreensão em dividir o pouco tempo de estarmos juntos para a realização deste trabalho. Aos meus filhos Raphael, Elayne, Charlene e Rafael cujo carinho e apoio tornou possível o convívio menos laborioso com o computador. À minha mãe Aurenir, carente de atenções, suportou minhas constantes ausências. Às minhas irmãs Ana Mary, Ana Lúcia e Guida pela compreensão e à querida sobrinha An'Amélia pelo carinho com que me auxiliou nas filmagens.

À memória de meu pai, José Amarílio, que me deixou de herança a garra de lutar pela vida.

A todos que contribuíram nas equipes desse trabalho: auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiros e médicos. Sem essa participação e colaboração este trabalho não teria se realizado.

Ao Curso de Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente da UECE em especial à coordenadora Prof.^a Dr.^a Maria Veraci Oliveira Queiroz pela paciência e disponibilidade para resolver os problemas dos alunos.

Aos professores do Curso do Mestrado Profissionalizante pela troca de conhecimentos.

DEDICATÓRIA

Às mães dos recém-nascidos que foram vítimas da Asfixia Perinatal Grave.

Elas romperam o silêncio para colaborar com este estudo.

Para estas mães, romper o silêncio, foi a recuperação de experiências dolorosas:
caíram em pranto e a dor se fez presente.

A elas, minha gratidão eterna.

Francisca Aurenília Esmeraldo Nogueira

O ROMPER DO SILÊNCIO: evitando vidas desfeitas por asfixia perinatal grave em recém-nascido a termo

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Defesa em: 04/ 04/ 2007

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Maria Veraci Oliveira Queiroz (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará

Prof.^a Dr.^a Maria Salete Bessa Jorge
Universidade Estadual do Ceará

Prof. Dr.^a Ana Maria Cavalcante e Silva
Universidade Estadual do Ceará

Prof.^a Dr.^a Consuelo Helena Aires de Freitas
Universidade Estadual do Ceará

Francisca Aurenília Esmeraldo Nogueira

O ROMPER DO SILÊNCIO: evitando vidas desfeitas por asfixia perinatal grave em recém-nascido a termo

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre. Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora:
Prof^a. Dr^a. Maria Veraci Oliveira Queiroz.

Fortaleza
2007



Universidade Estadual do Ceará

Francisca Aurenilia Esmeraldo Nogueira

O ROMPER DO SILÊNCIO: evitando vidas desfeitas por
asfixia perinatal grave em recém-nascido a termo

Fortaleza
2007