

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

Paula Pereira de Figueiredo¹

Wilson Danilo Lunardi Filho²

Valéria Lerch Lunardi²

Fernanda Demutti Pimpão³

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

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

¹ Enfermera, Estudiante de doctorado en Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande, RS, Brasil. Profesor Asistente, Universidade Federal do Pampa, Uruguaiana, RS, Brasil. E-mail: paulafigueiredo@furg.br.

² Enfermeros, Doctor en Enfermería, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, RS, Brasil. E-mail: Wilson - lunardifilho@terra.com.br, Valéria - vlunardi@terra.com.br

³ Enfermero(a), Estudiante de Maestría en Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande, RS, Brasil. Becado de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). E-mail: fbernandapimpao@yahoo.com.br.

Correspondencia:

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

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

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

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

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

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

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

Introducción

La mortalidad infantil se constituyó en un importante indicador de las condiciones de vida de una población, ya que revela la organización de la gestión y de los servicios de salud más allá de la asistencia al binomio madre-hijo, una vez que denota los demás factores socio-ambientales implicados en el proceso salud-enfermedad. Entre ellos, se pueden destacar el nivel de escolaridad de la población, la renta *per capita* y el acceso a los servicios de salud⁽¹⁾.

En el año de 2000, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), al analizar los mayores problemas mundiales, estableció ocho objetivos para el milenio, siendo la reducción de la mortalidad infantil el Objetivo

del Milenio 4 (ODM 4), que objetiva reducir en 2/3 la tasa global de mortalidad infantil, entre 1990 y 2015⁽²⁾.

En lo que se refiere a Brasil, se ha verificado un avance en la reducción de la mortalidad infantil en los últimos años, lo que, en parte, puede estar relacionado al compromiso de sus gestores con el alcance de los Objetivos del Milenio. Entre tanto, también es preciso un gran esfuerzo, ya que, por ejemplo, el Coeficiente de Mortalidad Infantil (CMI) brasileño, en el año de 2009, superó el de países desarrollados al final de la década de los 60 y fue cerca de tres a seis veces mayor que el de países como Japón, Canadá, Cuba, Chile y Costa Rica, en el año de 2007⁽²⁻³⁾.

Con esta visión, el número de muertes infantiles es considerado elevado e incompatible con el desarrollo del país, evidenciando la existencia de serios problemas a ser superados, como, por ejemplo, las constantes desigualdades regionales. Esas disparidades, en el ámbito de la salud, pueden estar asociadas a: características sociales de la madre y del niño (edad, raza/etnia, renta y educación); características individuales de la madre (conocimiento, actitudes, creencias y prácticas de salud), y a servicios de salud (acceso, calidad del cuidado, tipo de servicio)⁽³⁻⁴⁾.

En lo que se refiere a los servicios de salud, el cuidado prenatal se presenta como el principal factor de impacto para la determinación de la mortalidad infantil, a pesar de que condiciones socioeconómicas (existencia de baño en casa, acceso a agua tratada, residencia en medio rural, edad y *status* nutricional de la madre) sean favorables⁽⁵⁾. En lo que concierne a la asistencia profesional, se entiende que la atención prenatal debe ser prestada por un equipo multiprofesional de salud, pudiendo ser realizada por el médico o enfermera, además de otros profesionales. Para esto, los profesionales precisan utilizar conocimientos clínicos relativos a su competencia profesional, a fin de poder prestar una asistencia de mayor calidad al binomio madre-hijo.

La asistencia, a su vez, debe incluir tanto el saber clínico basado en las preguntas anatómicas fisiológicas y en la aplicación de tecnologías duras, en cuanto a la clínica denominada ampliada. Esa última agrega al objeto de intervención las situaciones que conducen o aumentan el riesgo o la vulnerabilidad de enfermarse, de forma que se considere, también y principalmente, los sujetos, ya que es a partir de ellos y/o en ellos que son identificados los problemas⁽⁶⁾. Así, el escuchar calificado, la consideración de la singularidad de los sujetos, la responsabilidad y el compromiso ético de los trabajadores de la salud para con los pacientes constituyen características que impregnan la clínica ampliada⁽⁷⁾.

Aproximase de la concepción ampliada las obras de Foucault⁽⁸⁾ y Canguilhem⁽⁹⁾, las cuales también ven en la clínica la posibilidad de considerar aspectos contextuales que interfieren en el proceso salud/enfermedad. Foucault⁽⁸⁾, al contar críticamente la historia de la clínica, abre espacio para perfeccionarlo, rescatando aspectos que no necesariamente se localizan espacial y anatómicamente en el cuerpo enfermo. Canguilhem⁽⁹⁾ permite esa aproximación, en la medida que destaca la importancia de considerar la opinión del sujeto con relación a su estado de salud, de acuerdo con su individualidad y mediante la observación de su comportamiento. Siendo así, se utilizan conceptos como normal, norma y normatividad para

elucidar que la salud puede variar de acuerdo con cada sujeto, dependiendo del ambiente social y cultural en que se encuentra y de su adaptación a las condiciones adversas del vivir, desde que sea preservado el desempeño de sus funciones y actividades.

Partiendo de allí, este estudio de revisión tuvo como objetivos verificar cómo investigaciones realizadas en Brasil relacionan la mortalidad infantil y el prenatal, y presentar contribuciones de la clínica bajo el marco teórico de Canguilhem⁽⁹⁾ y Foucault⁽⁸⁾, en dirección a la calificación de la asistencia. Eso se justifica por el hecho de que el análisis de la mortalidad infantil comúnmente no contempla la perspectiva más cualitativa y filosófica de la atención prenatal, la cual puede ser también relevante para la práctica en salud, en especial de enfermeras y médicos que actúan directamente con la gestante.

Metodología

El presente estudio se caracteriza como una Revisión Integradora de la Literatura, método que ofrece una comprensión más detallada de un problema específico, cuya finalidad es reunir y sintetizar resultados de investigación acerca de determinado tema, de manera sistemática y ordenada⁽¹⁰⁾.

Para la elaboración de la revisión integradora, fueron seguidas algunas etapas propuestas por el autor, considerado como referencia en el presente estudio⁽¹⁰⁾. La primera consistió en la identificación del tema y en la selección de las preguntas de investigación: ¿Cuál es la relación entre el prenatal y la mortalidad infantil? ¿Cuál puede ser la contribución de la clínica de Foucault y Canguilhem para la calificación de la asistencia?

La segunda etapa comprendió el establecimiento de los criterios para inclusión y exclusión de estudios, el muestreo y la búsqueda en la literatura. Se destaca que la búsqueda y la selección de los artículos incluidos en la revisión fueron realizadas por dos revisores, de forma independiente⁽¹⁰⁾.

La búsqueda de textos fue realizada por la Bireme, en las siguientes Bases de Datos: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana en Ciencias de la Salud (LILACS), Literatura Internacional en Ciencias de la Salud (MEDLINE) y Base de Datos de Enfermería (BDENF), a partir de los descriptores "Mortalidad Infantil" and "Asistencia Prenatal", limitándose al período de 2000 a 2009. La búsqueda fue realizada en el mes de febrero de 2010.

La búsqueda tuvo como criterios de inclusión: a) textos resultantes de investigación y b) publicados en periódicos nacionales en lengua portuguesa, inglesa o

española, que estuviesen completos para lectura del contenido integral, excluyéndose tesis, disertaciones y documentos organizados por órganos gubernamentales, como el Ministerio de la Salud y la Organización Mundial de la Salud.

La opción por textos publicados en periódicos nacionales se constituyó en una estrategia metodológica para la obtención de investigaciones realizadas exclusivamente en Brasil. La elección se justificó por la búsqueda de aspectos que reflejasen la asistencia prenatal realizada en el país y que implicasen directamente el coeficiente de mortalidad infantil, para que, posteriormente, fuese elaborada una discusión, llevando en cuenta la realidad brasileña.

En la primera búsqueda en las bases de datos, fueron encontrados 27 artículos, siendo que los repetidos fueron contabilizados solamente una vez. Además de eso, fueron excluidos los que no atendían el objetivo del estudio, resultando en una muestra final de diecinueve artículos, Así distribuidos: un artículo en la BDNF, seis en la MEDLINE, nueve en la LILACS y tres en la SciELO.

La tercera etapa de la revisión integradora consistió en la definición de las informaciones extraídas de los estudios seleccionados, utilizándose un instrumento para reunir y sintetizar las informaciones clave⁽¹⁰⁾. En él, constaban ítems como: el número del texto; el título; el periódico en que fue publicado; el año de publicación; los autores; el objetivo del estudio; el abordaje metodológico; el tipo de estudio; las características de la muestra; la recolección de datos; el análisis de los datos; los resultados relacionados al prenatal; los resultados relativos a la mortalidad infantil; la relación entre prenatal y mortalidad

infantil; y las limitaciones y sugerencias evidenciadas por los autores.

En la etapa siguiente, fue realizada la evaluación de los estudios, que equivale al análisis de los datos en una investigación convencional, en la cual ocurre el empleo de herramientas apropiadas⁽¹⁰⁾. Esta etapa comprendió la evaluación de los estudios en lo que se refiere al objetivo de la presente revisión.

La quinta y última etapa de la revisión integradora correspondió a la fase de discusión de los principales resultados de la investigación, utilizándose el referencial de Canguilhem⁽⁹⁾ y Foucault⁽⁸⁾. De ese modo, con base en los resultados de la evaluación crítica de los estudios incluidos, se realizó la comparación con el conocimiento teórico y la identificación de conclusiones e implicaciones resultantes de la revisión integradora.

Resultados

La presentación de los resultados está dividida en dos etapas: la primera se refiere a la caracterización de los estudios que compusieron el *corpus* de análisis y la segunda, a la relación encontrada en la literatura entre la mortalidad infantil y la asistencia prenatal. A pesar de que la búsqueda de los textos estuvo relacionada directamente a la asistencia prenatal, los seleccionados para análisis enfocaron la correlación entre el prenatal y la muerte infantil, en medio a otros factores investigados. En la Figura 1, se presenta la síntesis de los artículos investigados según los autores, el año de publicación, el objetivo y las características de la muestra.

| Autores/Año | Objetivo | Características de la amostra |
|--|--|---|
| Poles; Parada (2000) ⁽¹¹⁾ | Identificar las causas y el índice de mortalidad neonatal durante el año de 1998 en Botucatu/SP. | 16 madres (en la ausencia eran parientes próximos que comparecían). |
| Poles; Parada (2002) ⁽¹²⁾ | Identificar las causas de mortalidad infantil en el año de 1998 en Botucatu/SP, con la finalidad de fornecer subsidios a los servicios de salud del municipio para la planificación de sus actividades relativas a los niños menores de un año. | 23 madres (en la ausencia eran parientes próximos que comparecían). |
| Lansky; Francia; Leal (2002) ⁽¹³⁾ | Evaluar la calidad de la asistencia perinatal, utilizando la mortalidad perinatal como indicador de resultado de esa asistencia en Belo Horizonte. | 826 muertes perinatales, en 2009, de residentes en la ciudad de Belo Horizonte. |
| Silva; Andrade; Thomson (2002) ⁽¹⁴⁾ | Conocer las opiniones de madres de niños menores de un año que murieron en 1997, en Londrina, sobre los servicios de salud utilizados, y demostrar la viabilidad y utilidad de los estudios de satisfacción de usuarios de servicios de salud. | 103 madres de niños muertos con menos de un año, residentes de la ciudad de Londrina. |
| Saraceni; Leal (2003) ⁽¹⁵⁾ | Una evaluación de la efectividad de las campañas, sirviéndose del segmento de las mujeres embarazadas identificadas con sífilis durante las campañas, por los sistemas de información en salud (SINASC, SIM y SINAN), utilizándose de la comparación entre ese grupo y un grupo control de gestantes no participantes en la campaña. | Gestantes con resultados de tests rápidos positivos para sífilis. |

La figura 1 continúa en la próxima pantalla

Continuación

| Autores/Año | Objetivo | Características de la amostra |
|--|---|--|
| Simoes; Silva; Bettiol; Lamy-Filho; Tonial; Mochel (2003) ⁽¹⁶⁾ | Identificar las principales características socioeconómicas, demográficas, antropométricas y comportamentales, así como los resultados perinatales del embarazo en la adolescencia. Conocer los tipos de servicios de salud utilizados por las gestantes adolescentes. | 2.429 mujeres, excluidos partos múltiples (50), natimortos (48) y los datos ignorados en relación a otras variables estudiadas (14). |
| Kilsztajn; Rosbach; Carmo; Sugahara (2003) ⁽¹⁷⁾ | Describir la evolución histórica de la tasa de mortalidad infantil y de la tasa de mortalidad neonatal por peso al nacer y duración de la gestación, con el objetivo de mostrar su importancia, así como de analizar el papel del número de consultas en el prenatal, entre otros factores de riesgo. | 683.637 nacidos vivos y 6491 muertes por enfermedades en el Período Perinatal, en la serie histórica de 1980 a 2000, en el estado de Sao Paulo. |
| Araújo; Tanaka; Madi; Zatti (2005) ⁽¹⁸⁾ | Conocer las causas y variables relacionadas con las muertes de recién nacidos (RN) de una UTI neonatal de referencia de la región sur de Brasil. | Total de 2247 RNs internados en la UTI neonatal del HG en el período del estudio. |
| Goulart; Somarriba; Xavier (2005) ⁽¹⁹⁾ | Investigar la muerte infantil bajo la perspectiva de las madres. | 16 madres que perdieron sus bebés. |
| Mendes; Oliinto; Costa (2006) ⁽²⁰⁾ | Identificar factores de riesgo asociados con la mortalidad infantil y, específicamente, con la mortalidad neonatal. | Todos los nacidos vivos entre el período de 2001 y 2002 que completaron el primer año de vida y habían llenado la Declaración de Nacido Vivo, cuyas madres vivían en el municipio de Caxias del Sur; además de las muertes ocurridas en el mismo local y período, entre los menores de un año de edad. |
| Schoeps et al (2007) ⁽²¹⁾ | Evaluar los factores de riesgo de la mortalidad neonatal precoz. | 146 muertes neonatales precoces y 313 niños sobrevivientes al período neonatal, en la región sur de la ciudad de Sao Paulo, en el período de 01/08/2000 a 31/01/2001. |
| Carvalho; Brito; Matsuo (2007) ⁽²²⁾ | Analizar la mortalidad intrahospitalaria de los recién nacidos de muy bajo peso, considerando la evolución clínica y los factores asociados a la mortalidad. | Todos los recién nacidos con peso entre 500g y 1500g, nacidos en Londrina/PR, en el período de 01/01/2002 a 30/06/2004, observados desde el nacimiento hasta el alta o muerte intrahospitalaria. |
| Aquino; Guimaraes; Sarinho; Ferreira (2007) ⁽²³⁾ | Analizar los factores de riesgo asociados a la mortalidad perinatal en Recife, Pernambuco, Brasil, 2003, de acuerdo con un modelo jerarquizado de determinantes proximales, intermedios y distales. | 283 muertes perinatales ocurridas en 2003, con peso al nacer igual o superior a 500g, de embarazo único de residentes en la ciudad del Recife, no portadores de anencefalia. |
| Ventura; Puccini; Silva; Silva; Oliveira (2008) ⁽²⁴⁾ | Analizar la expresión de la vulnerabilidad y consecuentes diferencias de acceso a los servicios de salud y en la ocurrencia de muertes en menores de un año en el municipio de Embu. | Datos provenientes de las declaraciones de muertes y de las familias de niños residentes en el municipio de Embu, fallecidas en el año de 1996 y 1997, antes de completar un año. |
| Matijasevich; et al (2008) ⁽²⁵⁾ | Analizar tendencias y diferencias de la mortalidad perinatal durante el período de 1982-2004. | Datos extraídos de tres estudios de cohorte, que incluyeron todos los nacimientos de la ciudad de Pelotas en los años de 1982, 1993 y 2004. |
| Jobim; Aerts (2008) ⁽²⁶⁾ | Investigar la asociación entre las categorías: muertes evitables y no evitables, de la clasificación de Ortiz y las variables sociodemográficas, reproductivas maternas y relacionadas a las condiciones de nacimiento del niño. | 1.139 muertes de niños con menos de un año de edad en la población residente en Porto Alegre, ocurridas en el período de 2000 a 2003. |
| Nascimento; Costa; Mota; Paim (2008) ⁽²⁷⁾ | Identificar posibles factores de riesgo para la muerte de menores de un año en Salvador. | Todos los niños que nacieron vivos en el año 2000, cuyas madres residían en Salvador, constituido de 1.016 casos y 2.032 controles. |
| Almeida; Guinsburg; Martinez; Procianny; Leone; Marba; Rugolo; Luz; Lopes (2008) ⁽²⁸⁾ | Evaluar los factores perinatales asociados a muerte neonatal precoz en prematuros con peso al nacer entre 400 y 1500g. | Nacidos vivos con edad de gestación de 23 a 33 semanas y peso de 400 a 1500g, sin malformaciones, en maternidades públicas terciarias universitarias, entre junio de 2004 y mayo de 2005, localizadas en cinco ciudades de tres estados brasileños |
| Nabhan; Oliveira (2009) ⁽²⁹⁾ | Caracterizar las muertes infantiles, según las variables relacionadas al niño, a la madre y a la asistencia. | Niños menores de un año nacidos vivos que murieron en el municipio de Cianorte, estado de Paraná, de 1999 a 2006. |

Figura 1 – Síntesis de los artículos investigados según los autores, el año de publicación, el objetivo y las características de la muestra

De las diecinueve publicaciones seleccionadas, se destaca la emergencia de un número mayor de artículos en los Cuadernos de Salud Pública, los cuales concentraron ocho estudios; seguido de la Revista de Salud Pública, que publicó cinco artículos.

En cuanto a la metodología, se identificó el predominio de estudios del tipo descriptivo. Se registra, también, la existencia de un estudio del tipo: abordaje cuantitativo. Se verificó también que algunos estudios utilizaron más de un método para la recolección de datos, posibilitando completar las informaciones. Siendo así, se destacaron como fuentes de datos las fichas de la gestante y/o del recién nacido, los sistemas de información en salud, especialmente el Sistema Nacional de Mortalidad (SIM), el Sistema de Información sobre Nacidos Vivos (SINASC) y el Sistema de Notificación de Daños a la Salud (SINAN); además de bases de datos regionales, como de la Fundación Seade, de Sao Paulo y de entrevistas semiestructuradas.

Para finalizar la caracterización del *corpus* incluido en la revisión integradora aquí propuesta, es igualmente interesante destacar los principales métodos de análisis de los datos utilizados por los autores de los textos. Considerando el objetivo de los estudios y el abordaje cuantitativo de la mayoría, prevalecieron los análisis uni y multivariados, con la aplicación de tests como el test t y el test χ^2 bicaudal, además de la regresión logística. A seguir, se presentan los resultados obtenidos por los estudios acerca de la mortalidad infantil y su relación con la asistencia prenatal.

Relación existente entre mortalidad infantil y asistencia prenatal

La relación entre mortalidad infantil y asistencia prenatal, establecida en los estudios, se refiere al número insuficiente de consultas^(20,25,27) o a la calidad de la atención prestada⁽²⁴⁻²⁵⁾. Ambos factores convergen para la muerte en los primeros días de vida del niño, comúnmente relacionado a causas evitables.

Algunas condiciones maternas como: hipertensión, pre-eclampsia, eclampsia, infecciones, infección urinaria, hemorragia, anemia y edad de gestación inferior a 37 semanas, se destacan como factores que contribuyen para la prematuridad y el bajo peso al nacer y, consecuentemente, para la muerte neonatal e infantil. Sin embargo, los estudios apuntan que las muertes ocurridas pueden ser reducidas por medio de un adecuado control del embarazo en el prenatal^(11,18,22,27).

Siguiendo esa perspectiva, en un estudio realizado a partir de 88 muertes registradas en el noroeste del estado de Paraná, se identificó que 70,5% de los mismos

fueron considerados evitables y en 69,4%, la asistencia de ambulatorio y hospitalaria participaron, lo que podría sugerir, según los autores, la necesidad de mejorar la organización de los cuidados prestados en el prenatal y en el sector obstétrico de los hospitales⁽²⁹⁾.

La prevalencia de bajo peso y/o prematuridad también se muestran relacionadas a la asistencia prenatal, constatándose que la elevación de la cobertura y el perfeccionamiento de la asistencia prenatal permiten reducir el predominio de retardo del crecimiento intrauterino, de prematuridad y del número de nacidos vivos con bajo peso, además de las muertes por enfermedades en el período perinatal^(17,25,27).

Mismo cuando el prenatal no es objeto central de investigación, se destaca como factor a ser considerado para la prevención de la mortalidad perinatal, una vez que ella se relaciona fuertemente al nacimiento prematuro y a niños de bajo peso. En ese caso, es recomendado que, además de la mejoría en la calidad de vida de la población (renta y escolaridad), la garantía de la realización de un prenatal de calidad sea considerada^(16,23-24).

Así, cuando se trata de la calidad de la asistencia prestada, algunos estudios^(11,13-15,19,21,24,27,29) apuntaron sus fragilidades, entre las cuales son destacadas las fallas existentes con relación a la información, al acceso y a la organización de los cuidados de prenatal. Además de eso, fueron mencionadas la precariedad de la comunicación con el médico o con el enfermero; la desigualdad en la relación establecida, Así como la necesidad no satisfecha de consumo de medicamentos y otras tecnologías y, principalmente, la falta de compromiso de los profesionales con la asistencia prenatal. Súmese a esto la falta de atención en el prenatal; la negligencia médica; y la no valorización de señales y síntomas referidos por la gestante, como la pérdida de líquido amniótico, la elevación de la presión arterial materna y la presencia de infección urinaria que, posiblemente, tenga implicado el nacimiento prematuro del bebé⁽¹⁹⁾.

Coincidiendo con lo que fue citado, el efecto negativo de la asistencia prenatal inadecuada o ausente sobre la mortalidad neonatal precoz puede ser resultante de la no detección y de la consecuente falta de tratamiento de condiciones adversas durante la gestación. Además del número de consultas realizadas, el inicio precoz del prenatal, en el primer trimestre, la solicitud de exámenes de rutina y los cuidados dispensados al binomio madre-hijo son considerados importantes para la reducción de las muertes⁽²¹⁾. Siguiendo la perspectiva de identificación de enfermedades maternas durante el prenatal, la realización de campañas para la detección de sífilis, en el municipio del Rio de Janeiro, llamó la atención de los profesionales

de la salud por el hecho de que los actos de la rutina de prenatal no estaban resolviendo el problema de la sífilis congénita, en los servicios investigados⁽¹⁵⁾.

Además de los aspectos hasta aquí evidenciados en la literatura, la fragilidad de la asistencia prenatal también fue identificada, al final de la gestación, siendo que las muertes antes del parto de niños con peso mayor que 2500g mostraron relación directa con esa asistencia. En el caso citado, fue constatado que la calidad de la atención precisa ser evaluada, así como la existencia de prácticas indeseadas, como la denominada "alta del prenatal", sin previsión de continuidad de la asistencia a la gestante, hasta el momento del parto⁽¹³⁾.

Cuando fue investigada la opinión de madres de niños menores de un año que murieron, en Londrina, se observó el predominio de aspectos negativos, relativos a la asistencia recibida, en que sobresalieron las preguntas técnicas y de orientación. Los problemas en la organización de la atención aparecieron en segundo lugar, con destaque para reclamaciones en cuanto a la demora en la atención y a la dificultad para programar y consultas de prenatal⁽¹⁴⁾.

Al contrario de esos hallazgos, un estudio⁽¹¹⁾ sobre la mortalidad neonatal mostró que, mismo con la realización de prenatal con inicio precoz y de un adecuado número de consultas, con la realización de los exámenes de laboratorio de rutina y de ultrasonografías, también existe la posibilidad de un resultado desfavorable de la gestación. Eso evidencia que apenas una buena cobertura numérica de la atención prenatal no garantiza la prestación de una asistencia de calidad^(11,24,26).

Siendo así, mismo cuando no existe una asociación estadísticamente significativa entre las muertes evitables y el prenatal, situaciones como la baja escolaridad materna, presencia de hijos nacidos muertos y el parto tipo cesárea, consideradas como comportamiento de riesgo para la mortalidad infantil, son identificadas como posibles de intervención por medio de una atención calificada al binomio madre-hijo⁽²⁶⁾.

Por lo tanto, la ampliación del acceso y de la calidad del prenatal puede tener un impacto positivo en la reducción de la mortalidad neonatal precoz, destacándose que la búsqueda de informaciones sobre nacimientos previos de bajo peso e indicadores de violencia doméstica, entre otros factores de riesgo, pueden ofrecer condiciones más adecuadas para el seguimiento de las gestantes⁽²¹⁾.

Discusión

Los estudios sintetizados en la revisión integradora de literatura apuntan, sobretudo, fragilidades en la calidad de la asistencia prenatal, pues, mismo cuando los

textos se referían a la cantidad de consultas realizadas durante la gestación, los autores comúnmente indicaron la necesidad de calificación de la atención como estrategia para la reducción de la mortalidad infantil. Por otro lado, el abordaje de la calificación se mostró superficial, en el sentido de que no problematizaba ni sugería como la calificación requerida podría acontecer y a que exactamente estaría relacionada.

Algunos aspectos pudieron ser resaltados, entre ellos, el cambio en la organización del trabajo en los servicios de salud, de modo a mejorar las condiciones de acceso de la gestante a la asistencia, lo que implica la revisión de las rutinas para su captación precoz; en la planificación de las consultas y en la reducción del tiempo de espera para la atención. Así como los aspectos relacionados, la falta de compromiso de los profesionales y sus dificultades de comunicación con las gestantes fueron también evidenciadas.

Las cuestiones apuntadas impregnan la concepción de clínica tomada en el presente estudio, que critica la forma estandarizada con que muchas veces la asistencia a la salud es conducida, desconsiderando la gravedad y/o las necesidades de los sujetos, por medio de una postura profesional caracterizada por el alejamiento, por la fijación en procedimientos técnicos estandarizados, por la dificultad en escuchar las quejas y por la imposibilidad de establecer una comunicación más allá de la secuencia automática de procedimientos⁽³⁰⁾. Sumado a esto, se identifica la relevancia de un abordaje ampliado de la clínica, teniendo en cuenta las manifestaciones de insatisfacción de las mujeres en cuanto a las cuestiones técnicas y de orientación en el prenatal; a la no valoración de señales y síntomas relatados por ellas y a la evidencia de enfermedades evitables como responsables por la mortalidad infantil. La persistencia de muertes infantiles atribuidas a causas evitables, mismo con el atención de las rutinas establecidas para un adecuado prenatal y una satisfactoria cobertura numérica de la asistencia, sustenta el destaque del conocimiento clínico como objeto de mayor discusión del presente texto.

Para esto, es relevante hacer algunas consideraciones acerca de la perspectiva clínica, a partir de la afirmación de que "en la clínica, lo que se manifiesta es originalmente lo que dice"⁽⁸⁾. Luego, se entiende que el lenguaje hablado en la clínica se relaciona con las manifestaciones referidas como patológicas por el individuo que procura el servicio de salud, en razón de las manifestaciones anormales de su organismo. Se corrobora, por lo tanto, la siguiente afirmación: "en último análisis, son los enfermos que generalmente juzgan, de puntos de vista muy variados, si no son más normales o si volvieron a serlo"⁽⁹⁾.

Entretanto, "el médico clínico, en general, se limita a entrar en acuerdo con sus clientes para definir lo normal y lo anormal, según las normas individuales de los propios clientes"⁽⁹⁾, lo que lleva a una aproximación con los resultados encontrados en la revisión integradora, en los cuales aparece la no valoración de las quejas de las gestantes por parte de los profesionales que realizaron el prenatal.

A respecto de eso, se resalta un aspecto que puede colaborar para la calificación de la asistencia prenatal: la consideración de la percepción de la gestante sobre su propio estado de salud o de enfermedad. Se considera que nadie es mejor que ella para definir e identificar modificaciones en el funcionamiento del propio organismo, ya que es a partir de lo que las referidas modificaciones representan en el desarrollo de sus actividades de vida diaria, quiere decir, de su normatividad, que es posible realmente definir su estado normal o patológico.

Además de eso, la valoración de la queja debe acompañar la observación clínica de las señales y síntomas y el levantamiento minucioso de las informaciones junto a la gestante, de modo a tornar lo enunciado visible. Eso significa materializar lo que fue referido en un conjunto de manifestaciones posibles de definir un determinado cuadro clínico y, consecuentemente, emprender la terapéutica adecuada para el caso.

Ya que para el ejercicio de la clínica es preciso saber identificar las manifestaciones violadoras de la norma, o sea, de los parámetros de normalidad preestablecidos, se considera la observación como uno de los métodos que deberían ser más utilizados en la asistencia a la gestante. La observación aquí es entendida como "el arte de estar en relación con las circunstancias que interesan, recibir las impresiones de los objetos como nos son ofrecidos y de ellos sacar las inducciones que son sus justas consecuencias"⁽⁸⁾.

Siguiendo esa perspectiva, la observación clínica supone la organización de dos dominios conjugados: el hospitalario y el pedagógico⁽⁸⁾. En lo que se refiere al primero, es sugerida la retirada del individuo de su medio natural, o sea, de la familia, para que se pueda observar el hecho patológico en su singularidad de acontecimiento. Eso es justificado por el hecho de que el dominio hospitalario posibilitaría una neutralidad homogénea para la observación clínica de señales y síntomas, justamente por la posibilidad de acompañamiento sistemático del enfermo, sin interferencias externas que modifiquen su condición. Eso llevaría al análisis de la verdad y colocaría de lado los factores extrínsecos del enfermarse.

Entretanto, para la calificación de la asistencia prenatal, es preciso dirigir la mirada clínica para la

gestante, en los ámbitos familiar y comunitario. Con eso, sería formado un vínculo con la mujer, lo cual promovería el acompañamiento continuo y longitudinal de la gestación, atendiendo a los mismos principios del dominio hospitalario, una vez que serían aprendidas las más diversas manifestaciones patológicas a que está sujeto el binomio madre-hijo, sus modificaciones, repercusiones y consecuencias para el bienestar de ambos.

La historia obstétrica anterior de la mujer, la investigación del nacimiento de bebés de bajo peso en otras gestaciones, además de la presencia de violencia doméstica en la gestación actual fueron factores identificados en la literatura consultada y surgen como elementos a ser observados por ocasión del encuentro entre la gestante y el profesional de salud. El abordaje ampliado está de acuerdo con la perspectiva de que "el hombre, mismo bajo el aspecto físico, no se limita a su organismo. El hombre, habiendo prolongado sus órganos, por medio de instrumentos, considera su cuerpo apenas como un medio de todos los medios de acción posibles. Es, por lo tanto, más allá del cuerpo que es preciso mirar, para juzgar lo que es normal o patológico para ese mismo cuerpo"⁽⁹⁾.

Siendo así, la violencia y los aspectos sociales que influyen el proceso de enfermarse también representan factores de riesgo para la mortalidad infantil y precisan ser mejor explorados durante la asistencia prenatal, a fin de que puedan ser identificados y considerados en la institución de la terapéutica aplicada a cada uno de los individuos, aquí comprendidos como el binomio madre-hijo.

Las cuestiones levantadas se dirigen a una concepción más amplia de la clínica, cuyo enfoque de atención se modifica, en el sentido de extender el paradigma biológico a la subjetividad de los sujetos, de modo a superar la visión clínica de lo normal y patológico, y conducirla a otros puntos/tópicos que igualmente pueden influenciar la determinación del proceso salud/enfermedad⁽⁶⁾. De acuerdo con esto, se ratifica que la clínica asume la atribución de descubrir secretos, o sea, va más allá de lo que es visible. No obstante, para su ejercicio, son necesarias sagacidad, atención, exactitud, destreza y paciencia; solamente así la mirada clínica puede articular lo que es dicho y lo que se dice⁽⁸⁾.

Por último, es preciso discutir la calificación de la asistencia prenatal, mismo para aquellas mujeres que realizan el número adecuado de consultas, ya que, según la literatura, ellas también presentan problemas y pueden tener un resultado desfavorable de la gestación. Es necesario considerar que las acciones de rutina del prenatal presentan fragilidades en la identificación y en el tratamiento de enfermedades posibles de prevención,

como la sífilis congénita, la hipertensión arterial, la preeclampsia y la eclampsia, la infección urinaria y demás infecciones maternas.

Por las razones expuestas, se recomienda la mirada atenta de los profesionales de salud para el conocimiento clínico, práctica que se ha revelado como un potencial instrumento de trabajo, el cual puede viabilizar un atención diferenciada para la gestante y su bebé. Bajo el prisma analizado, es preciso entender que el número de consultas y la atención de rutina de exámenes del prenatal no garantizan la calificación de la asistencia. No basta tener acceso a los servicios de salud y a los exámenes; es preciso que los profesionales responsables por la atención tengan y utilicen el conocimiento clínico, ya que este ofrece los subsidios necesarios para la intervención en las situaciones adversas, contribuyendo para la reducción de la mortalidad infantil.

En otras palabras, "a pesar del microscopio ser capaz de servir a la clínica, es la clínica que debe informar al microscopio"⁽⁹⁾. Lo que significa decir que los equipamientos y exámenes de última generación existentes, por sí sólo, no son sinónimos de una buena asistencia, si, por atrás de ellos, no existe un profesional de la salud con dominio del conocimiento clínico para proceder a la interpretación de los resultados.

Además de eso, "Un microscopio, un termómetro, un caldo de cultura no pueden conocer una medicina que el médico por ventura ignore. Ofrecen, apenas, un resultado. Este resultado no tiene por sí, ningún valor diagnóstico. Para hacer un diagnóstico, es preciso observar el comportamiento del enfermo"⁽⁹⁾.

Consideraciones finales

La mortalidad infantil estuvo relacionada al prenatal en los diferentes estudios realizados en Brasil, enfocando el número insuficiente de consultas o la calidad de la asistencia prestada. Sin embargo, mismo cuando el número y la rutina de consultas en el prenatal fueron adecuados, las muertes evitables estuvieron presentes, evidenciando que no solamente los aspectos cuantitativos y la rutina precisan ser atendidos, pero también la calidad de la atención necesita ser revisada. A pesar de que varios estudios reconocen esas fragilidades en la asistencia, los autores no apuntaron medios de calificar el prenatal. De la misma literatura investigada, no se desprendió la retomada del conocimiento clínico como potencial instrumento para la organización del trabajo de enfermería y de la salud, lo que fue posibilitado por la discusión más amplia de la clínica bajo el referencial de Canguilhem y Foucault, en este estudio.

Así, a partir de una breve retomada de los conceptos de normal y patológico y de elementos integrantes de la historia de la clínica, se espera que la discusión realizada pueda contribuir para cambiar el enfoque de la gestación para la gestante. Lo que no significa menospreciar los aspectos clínico-biológicos presentes en la gestación, pero incluir la consideración de la mujer en su singularidad y subjetividad, sin perder de vista su situación en un contexto social.

Al contrario de lo que cuenta la historia de la clínica, no se puede permitir que, todavía hoy, tantos niños mueran en nuestro país, considerando el aporte tecnológico disponible actualmente. Es preciso, entonces, explorar y consolidar el conocimiento clínico ya existente y dirigirlo a favor de la vida. Siendo así, se sugiere que, para la calificación de la asistencia prenatal, sean llevados en cuenta el conocimiento clínico y los demás elementos que componen el proceso del vivir humano, con el objetivo de que la mirada clínica sea ampliada y articulada a las tecnologías disponibles en el sistema de salud y, juntos, consigan contribuir para la reducción de la mortalidad infantil en Brasil.

Referencias

1. Chan MF, NG WI, Van IK. Socioeconomic instability and the availability of health resources: their effects on infant mortality rates in Macau from 1957-2006. [Cultural perspectives]. J Clin Nurs. 2009;19:884-91.
2. UNICEF. Situação mundial da infância 2009: saúde materna e neonatal. [Internet]. [acesso 7 ago 2010]. Disponível em: http://www.unicef.pt/docs/situacao_mundial_da_infancia_2009.pdf.
3. Ministério da Saúde (BR). Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê do óbito infantil e fetal. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009. 77 p.
4. Walker LO, Chesnut LW. Identifying health disparities and social inequities affecting childbearing women and infants. JOGNN. 2010;39:238-338.
5. Hong R, Ruiz-Beltran M. Impact of prenatal care on infant survival in Bangladesh. Matern Child Health J. 2007;11:199-206.
6. Campos GWS. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde, 2006. [Internet]. [acesso 2 ago 2010]. Disponível em: http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms_v2/Downloads/05062008_Gastao_CI%C2%A1nica_Saude_Coletiva_compartilhadas.pdf
7. Ministério da Saúde (BR). HumanizaSUS: A clínica ampliada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2004. 18 p.

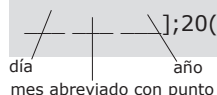
8. Foucault M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1977.
9. Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1978.
10. Whittemore R. Combining evidence in nursing research: methods and implications. Nurs Res. 2005. Jan-Feb;54(1):56-62.
11. Poles K, Parada CMG L. Mortalidade neonatal em 1998, no município de Botucatu – São Paulo. Rev. Latino Am. Enfermagem. 2000;8(3):67-75.
12. Poles K, Parada CMGL. Mortalidade infantil em município do interior do Estado de São Paulo. Rev Esc Enferm USP. 2002;36(1):10-7.
13. Lansky S, França E, Leal MC. Mortes perinatais evitáveis em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. Cad Saúde Pública. 2002;18(5):1389-400.
14. Silva AMR, Andrade SM, Thomson Z. Opiniões de mães de crianças que morreram no primeiro ano de vida no município de Londrina, Paraná, Brasil. Cad Saúde Pública. out 2002;18(5):1295-302.
15. Saraceni V, Leal MC. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbimortalidade perinatal, município do Rio de Janeiro, 1999-2000. Cad Saúde Pública. set-out 2003;19(5):1341-9.
16. Simões VMF, Silva AAM, Bettiol H, Lamy-Filho F, Tonial SR, Mochel EG. Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. Rev Saúde Pública. 2003;37(5):559-65.
17. Kilsztajin S, Rossbach A, Carmo MSN; Sugahara GTL. Assistência pré-natal, baixo peso ao nascer e prematuridade no estado de São Paulo, 2000. Rev Saúde Pública. 2003;37:303-10.
18. Araújo BF, Tanaka ACA, Madi JM, Zatti H. Estudo da mortalidade de recém-nascidos internados na UTI neonatal do Hospital Geral de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. Rev Bras Saúde Materno Infantil. out-dez 2005;5(4):463-9.
19. Goulart LMHF, Somarriba MG, Xavier CC. A perspectiva das mães sobre o óbito infantil: uma investigação além dos números. Cad Saúde Pública. mai-jun 2005;21(3):715-23.
20. Mendes KG, Olinto MTA, Costa JSB. Case-control study on infant mortality in southern Brazil. Rev Saúde Pública. 2006;40(2):240-8.
21. Schoeps D, Almeida MF de, Alencar GP de, França I Jr, Novaes HMD, Siqueira AAF de, et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce. Rev Saúde Pública. 2007;41(6):1013-22.
22. Carvalho ABR, Brito ASJ, Matsuo T. Assistência à saúde e mortalidade de recém-nascidos de muito baixo peso. Rev Saúde Pública. 2007;41(6):1003-12.
23. Aquino TA, Guimarães MJB, Sarinho SW, Ferreira LOC. Fatores de risco para a mortalidade perinatal no Recife, Pernambuco, Brasil, 2003. Cad Saúde Pública. dez 2007;23(12):2853-61.
24. Ventura RN, Puccini RF, Silva NN, Silva EMK, Oliveira EM. The expression of vulnerability through infant mortality in the municipality of Embu. São Paulo Med J. 2008;126(5):262-8.
25. Matijasevich A, Santos IS, Barros AJD, Menezes AMB, Albernaz EP, Barros FC, et al. Perinatal mortality in three population-based cohorts from Southern Brazil: trends and differences. Cad Saúde Pública. 2008;24 Sup 3:5399-408.
26. Jobim R, Aerts D. Mortalidade infantil evitável e fatores associados em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2000-2003. Cad Saúde Pública. jan 2008;24(1):179-87.
27. Nascimento EMR, Costa MCN, Mota ELA, Paim JS. Estudo dos fatores de risco para óbitos de menores de um ano mediante compartilhamento de bancos de dados. Cad Saúde Pública. 2008;24(1):2593-602.
28. Almeida MFB, Guinsburg R, Martinez FE, Procianny RS, Leone CR, Marba STM, et al. Perinatal factors associated with early deaths of preterm infants born in Brazil Network on Neonatal Research centers. J Pediatr. 2008;84(4):300-7.
29. Nabhan SS, Oliveira RZ. Óbitos infantis, características maternas e de assistência em município da região noroeste do Paraná, Brasil, 1999 a 2006. Acta Scientiarum Health Sci. 2009;31(1):71-6.
30. Campos GWS. Saúde Paideia. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2003.

Recibido: 12.1.2011

Acceptedo: 11.10.2011

Como citar este artículo:

Figueiredo PP, Lunardi Filho WD, Lunardi VL, Pimpão FD. Mortalidad infantil y prenatal: contribuciones de la clínica bajo la perspectiva de Canguilhem y Foucault. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. ene.-feb. 2012 [acceso:];20(1):[10 pantallas]. Disponible en: _____



 día

 mes abreviado con punto



 URL

www.eerp.usp.br/rlae