

REFLEXÕES ACERCA DO PERCURSO DA NEONATALOGIA

Nos últimos anos, os progressos alcançados pela Neonatologia têm vindo a atrair a atenção dos profissionais de outras áreas de cuidados médicos. O intensivismo terá contribuído de forma decisiva para esse avanço, ao aproveitar-se de todos os conhecimentos no domínio de cada uma das sub-especialidades de órgão ou sistema e, ao aplicá-los de forma sistemática, prática e eficaz, foi consolidando e ampliando a Neonatologia conservando-a como um todo. Desse modo a dinâmica alcançada nas duas últimas décadas, permitiu a sobrevivência de milhares e milhares de fetos e recém-nascidos, pelo menos nos países industrializados. Nas restantes regiões do globo, seja por carências sociais graves ou pela falta de recursos humanos, *a natureza continua a operar*, penalizando fortemente os fetos de termo sujeitos a um trabalho de parto difícil e eliminando os que nascem muito tempo antes do tempo.

É curioso verificar que as preocupações de W.J. Little, ortopedista inglês, em meados do século passado e as de Segismundo Freud, no final do mesmo, mantiveram-se praticamente intocáveis até aos dias de hoje. O primeiro, porque correlacionou as sequelas neurológicas (paralisia cerebral) observadas em crianças vítimas de um mau trabalho de parto, o segundo porque introduziu a noção de que outros acontecimentos, que não apenas os do parto, afectavam o feto e eram responsáveis por uma fraca vitalidade ao nascer.

Neste percurso, de cento e trinta anos, as patologias não terão mudado assim tanto, mas os perfis dos profissionais de saúde que delas se encarregaram, mudaram substancialmente. O pediatra tornou-se neonatologista/intensivista, o parteiro virou obstetra e mais recentemente perinatologista. É previsível, a médio ou longo prazo que ambos os profissionais, por caminhos diferentes, venham a originar um novo praticante ocupando-se de disciplinas que acabem por constituir a medicina interna do feto. Esta dedução deriva, no essencial, dos limites impostos pela natureza à sobrevivência dos fetos nascidos prematuramente, e dos problemas dela decorrentes.

Em que tempo exacto de uma gestação se situa a fronteira da sobrevivência extrauterina, à luz dos conhecimentos actuais, tendo em conta o que se conhece da variação da distância alvéolo-capilar influenciada pelo crescimento do feto, da migração neuronal, do desenvolvimento e crescimento dos vasos, da imaturidade das funções endócrina, imunológica, hepática, digestiva?

Questão pertinente quanto é certo que já se tenta impôr a análise da mortalidade perinatal a partir das 22 semanas de gestação em lugar das 28, como se tem estado a fazer, esquecendo que, por esse mundo fora, raros são os recém-nascidos que sobrevivem às 24 ou 25 semanas de vida, sem da mesma resultarem sequelas maiores ou menores? As preocupações avolumam-se quando sabemos que a sobrevivência às 28 semanas de gestação já começa a ultrapassar os cinquenta por cento mas acompanha-se de sequelas (maiores e menores) em vinte e cinco por cento para os que nascem entre 500 e 1500 gramas e de cerca de trinta e cinco por cento só para os nascidos entre as 500 gramas e 1000. O panorama muda substancialmente, a partir das 31 semanas de vida extrauterina, mesmo para aqueles cujo peso não excede as

1300 gramas. A partir deste limite, os resultados são de um modo geral optimistas. Porquê então teimar no estudo da mortalidade perinatal às 22 semanas e na exposição pretenciosa de certas estatísticas com taxas de sobrevivência da ordem dos oitenta por cento abaixo dos 1000 gramas sem mostrarem em simultâneo as sequelas conseqüentes?

O crescimento destas crianças com risco perinatal elevado é um facto novo, na nossa sociedade, e por consequência é obrigatório que essa mesma sociedade civil se comece a preocupar com as responsabilidades inerentes a esse facto adquirido. O avanço dos conhecimentos permite agora uma larga sobrevivência cujos limites são impostos por variáveis já acima expostas. O dever de não deixar morrer e a obrigação de oferecer todos os meios de diagnóstico e terapêutica, esbarram com o desconhecimento da variação da resistência de cada feto ou recém-nascido aos diferentes *stress* considerados, incluindo os iatrogénicos. Ora não há, à luz dos conhecimentos actuais, nenhuma análise, nenhum exame radiológico que seja capaz de prever a morte inexorável (excepto em situações muito claras do ponto de vista da semiologia) ou a aquisição de sequelas *major* em crianças cuja resistência dos diferentes órgãos permitiu a sua sobrevivência. Mesmo os *scores* neurobiológicos, recentemente aparecidos, não são infalíveis e devem ser olhados com prudência antes de se constituírem em argumento para a suspensão de uma reanimação. Muito há ainda para discutir. Por isso, em Neonatologia, nos dias que correm, é tremendamente difícil definir critérios para a abolição do suporte avançado da vida quando os critérios de morte cerebral não estão cumpridos.

O cuidar destes seres frágeis tem ainda outros aspectos: o da culpabilidade entre os progenitores, por vezes a ruptura do anel familiar, a ansiedade e o medo do futuro. Se nos lembrarmos que no *follow-up* destas crianças, temos o hábito de vasculhar a mais pequena sequela motora, sensorial e cognitiva, acrescentaremos que a nossa actuação é potenciadora de mais ansiedades. O progresso tem destas particularidades e a sociedade tem o dever de organizar o apoio jurídico a estas famílias, para uma eficaz ajuda a estas crianças, particularmente aquelas que carregam sequelas graves e que são obrigadas a um longo rosário de consultas de seguimento, reabilitação e integração escolar... e que não tiveram culpa de nascer antes do tempo ou que foram vítimas de um trabalho de parto difícil.

Para obstar a este impasse imposto pelas regras e limites da sobrevivência fora do útero, não nos parece por certo, que a médio e longo prazo, o melhor dos caminhos futuros passe no essencial por mais intensivismo. Poderemos assistir ainda ao aparecimento dos surfactantes de segunda ou terceira geração, ou porventura mesmo à reforma da ventilação clássica a favor de outras modalidades menos agressivas, mas tudo, para melhor, dependerá dos progressos da Medicina Fetal capazes de descobrir e impedir as causas de um trabalho de parto antes do tempo, de diagnosticar e tratar com rigor as infecções materno-fetais e de prevenir eficazmente as malformações congénitas. Muitas investigações e descobertas no campo das ciências básicas serão necessárias antes de se atingir tal estadio. Provavelmente nesse momento, as modernas unidades neonatais tornar-se-ão obsoletas e o intensivismo, tal como o praticamos, perderá sentido. Naturalmente novos desafios de ordem ética colocar-se-ão, uma nova definição de limites será objecto de discussão. Os problemas da manipulação genética estarão em primeiro plano, a par de outras doenças, umas velhas, outras novas, legado do século XX para o século XXI: a tuberculose, a sida, a toxicodependência. Se a fome e o agravamento das condições sociais em certas partes do globo persistirem, novos grupos vulneráveis formar-se-ão, a juntar aos actuais. Quem será capaz de adivinhar se as preocupações de um ortopedista e de um psiquiatra do século XIX, precursores da moderna Neonatologia, manter-se-ão ou não válidas? No cumprimento da sua espiral, a História dá a volta em círculo...

J. MARTINS PALMINHA
Unidade de Neonatologia
Hospital S. Francisco Xavier. Lisboa