

2

O NASCIMENTO BIOLÓGICO DA CRIANÇA

*Arnaldo Augusto Franco de Siqueira*¹

RESUMO

SIQUEIRA, A. A. F. O Nascimento Biológico da Criança. R. B. C. D. H. I (1): São Paulo, 1991.

O presente trabalho trata da fisiologia do nascimento e da adaptação da criança à vida extra-uterina, assim como de suas repercussões no crescimento e no desenvolvimento posterior.

São discutidos os agravos de maior risco de repercussão para o crescimento e principalmente para o desenvolvimento neuromotor e psicológico quais sejam: duração da gravidez; tamanho do feto e tipo de parto; assistência ao recém-nascido; hipóxia perinatal; icterícia do recém-nascido.

Concluindo, enfatiza a importância de um “bom começo” a partir de condições facilitadoras e adequadas ao nascimento para que o processo vital da criança possa atingir toda sua potencialidade.

INTRODUÇÃO

É importante chamar também a atenção para o significado fisiológico do nascimento em que o clampeamento e a secção do cordão umbilical produzem enormes alterações circulatórias que, associadas ao choro, com a expansão dos pulmões provocam, em segundos, a adaptação do recém-nascido. De um ser imerso em uma bolsa cheia de líquido, cujas trocas gasosas com o meio se fazem via cordão e placenta (e mãe), o neonato, em um minuto (pouco mais, ou menos), passa a viver num ambiente gasoso, em que ele próprio necessita dar conta de suas equilibrações com o ambiente.

Além dessa necessidade imediata de adaptação à respiração pulmonar, o recém-nascido deve ainda sofrer uma série de outras adaptações no transcurso dos primeiros dias de vida—a capacidade de ingestão, digestão e excreção ainda vai ser posta à prova.

Não é difícil, assim, reconhecer que esse período - compreendido entre o final da fase intra-uterina, o processo do nascimento e os primeiros tempos do recém-nascido - tenha tamanha importância, fazendo com que o denominemos de período perinatal e constatemos que (ao menos nos países desenvolvidos) ultrapassada essa barreira o risco de morrer torna-se, quase sempre, fortuito.

¹ Professor titular do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da USP, Presidente do CDH.

Em alguns países, mais de 60% de todos os óbitos de menores de um ano ocorrem em crianças com menos de dois dias de vida. A maioria dos 40% restantes são óbitos de crianças nascidas com graves problemas ou extrema imaturidade e que sobrevivem além desses dois dias, vindo a falecer mais tarde.

Controlada como está, e cada vez mais, nesses países, a mortalidade, sobressai com grande intensidade a questão das condições de saúde das crianças. Em outras palavras, se a sobrevivência deixa de ser uma questão crucial, crucial passa a ser a questão da qualidade de vida. No Brasil, apesar dos pesares, a mortalidade infantil vem caindo e já estamos a ponto de ter que começar a enfrentar também esse problema.

Dada a amplitude e a variedade das alterações envolvidas no nascimento, sejam alterações “fisiológicas”, sejam agravos à saúde, e dada a limitação de espaço disponível para discorrer sobre o tema, optei por selecionar alguns dos que considero, na minha experiência pessoal, os principais aspectos envolvidos. Nessa seleção, procurei dar prioridade aos agravos de maior risco de repercussão para o desenvolvimento neuromotor e psicológico.

DURAÇÃO DA GRAVIDEZ, TAMANHO DO FETO E TIPO DE PARTO

Não se conhece o que determina o desencadeamento do trabalho de parto. Na grande maioria das gestações (cerca de 90%) o trabalho de parto e o parto ocorrem entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Cerca de 3 a 4% dos nascimentos ocorrem antes das 37 semanas e cerca de 5 a 7% das gestantes ultrapassam a 42ª semana sem entrar em trabalho de parto.

Como o período entre a 35ª e a 41ª semanas caracteriza-se por um intenso aumento corporal do feto, cada semana a mais ou a menos de gestação significa um peso ao nascer 250 g maior ou menor.

Dada a estreita relação entre duração da gravidez/peso ao nascer/risco de morrer, temos que uma pequena parcela de nascimentos prematuros ou pré-termo respondem pela maior parte do risco de morrer. O mesmo pode ser dito (com menor importância) para os nascidos após o termo (43 semanas de gestação e mais).

Se apenas uma pequena parcela dos fetos “decidem” nascer fora do prazo, temos que o melhor indicador da maturidade fetal e, por extensão, do adequado funcionamento de seus órgãos e sistemas e da sua adaptação à vida extrauterina é o trabalho de parto.

A propósito de que, poderão perguntar, estou fazendo tais considerações? Afinal, trata-se de falos da vida, de características da espécie humana, talvez! E que, em nosso meio, seja nas grandes metrópoles ou em cidades menores, de norte a sul e de leste a oeste, a maioria das crianças vêm à luz através de operações cesarianas. Em alguns hospitais a taxa de cesárea aproxima-se de 100% (em alguns casos não há tempo hábil para fazer a cesárea...). Em São Paulo, é provável que duas de cada três crianças nasçam de cesáreas; coloca-se, então, uma série de questões e problemas.

Primeiramente, em grande parte dessas gestações as mulheres nunca chegaram a entrar em trabalho de parto, o que permite afirmar que boa parte dos recém-nascidos não estavam “maduros” para nascer.

Além disso, com a diminuição iatrogênica da duração da gravidez, tem-se uma interferência direta no peso médio do recém-nascido e até mesmo nas taxas de baixo peso e peso insuficiente ao nascer (menos de 2500 g e 2500 a 2999 g, respectivamente).

Além do maior risco de adoecer e morrer (expresso, aliás, em uma grande mortalidade perinatal e materna) a que fetos e mães estão submetidos, temos todo o cortejo sintomático e sindrômico ligado a essa “falta de garantia de maturidade”: hipóxias perinatais graves, em grande número responsáveis por mais da metade das mortes de menores de sete dias; recém-nascidos de menor peso, com menor vitalidade, submetidos muitas vezes aos percalços e para-efeitos dos procedimentos medicamentosos e anestésicos do parto operatório; mães recém-operadas, com menor mobilidade e maior dificuldade, especialmente nas primeiras 12 a 24 horas após o parto, para começar a exercer a “maternagem” tão indispensável ao adequado desenvolvimento psicológico do indivíduo; demora na “descida” do leite que, associada a todo um contexto de parto hospitalar que dificulta ou mesmo impede a amamentação, resulta não no desmame precoce, mas no falo de que muitas mães sequer chegam a amamentar seus filhos ao seio.

ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO

Se é evidente a má qualidade da assistência ao parto, não menos precária a assistência ao recém-nascido em seus diversos momentos, seja ainda no hospital ou mesmo após a alta.

Na Sala de Parto

O impacto positivo da presença de um pediatra (adequadamente treinado) na sala de parto

na redução da morbidade e da mortalidade perinatais já é sobejamente reconhecido. Dada a dinâmica dessa transição súbita do feto para sua adaptação ao ambiente extra-uterino, o profissional qualificado podaria ser decisivo na utilização dos recursos do arsenal terapêutico e instrumental no momento e na medida em que forem necessários. Vale sempre lembrar que manobras de reanimação intempestivas e mal conduzidas também podem ser extremamente danosas, o que exige a qualificação desse profissional e a sua familiaridade no manuseio dos recursos disponíveis em uma dada realidade de trabalho.

Em nossa realidade de país terceiro-mundista, com diferenças de acesso das pessoas a esses recursos, ou seja, com uma distribuição não equitativa de serviços e recursos, se é verdade que uma pequena minoria dos nascituros são bem assistidos por pediatra na sala de parto, na grande maioria dos casos as “manobras de reanimação” são conduzidas por atendentes ou auxiliares de enfermagem sem maior qualificação.

Torna-se fácil prever a ocorrência de um número não desprezível de crianças portadoras de sequelas neurológicas de gravidade variável, produzindo quadros variáveis de incapacidade de duração também variável. Os profissionais que trabalham com excepcionais poderão dizer melhor do que nós da importância, da prevalência e da gravidade deste problema.

Afora estes problemas propriamente neurológicos ou diagnosticáveis como tal, que dizer da origem de um sem-número de casos de crianças rotuladas genericamente de rebeldes, desajustadas, com dificuldades de aprendizagem a quem somos solicitados a ajudar, a “resolver” seus problemas?

As Primeiras Horas de Vida

Tal como ocorreu em relação a outros aspectos da assistência à saúde, uma série de práticas vem sendo revista e modificada. Aqui, ainda se verifica em não poucos serviços de saúde um atraso em incorporar avanços aparentemente óbvios e universais.

O jejum prolongado (que era a norma, há vinte anos) ainda é muito utilizado com evidentes prejuízos, não só para um adequado início do estabelecimento da relação mãe-criança, ou ainda para melhor viabilizar o aleitamento natural, mas também por ser um risco de hipoglicemia com efeito direto sobre a integridade neurológica.

Se se juntar a essa prática a pouca atenção que se dá, em muitos serviços de recém-nascidos, ao controle da glicemia do recém-nascido,

teremos então outra situação ao mesmo tempo frequente e potencialmente perigosa.

Ainda neste período, a questão da administração rotineira de vitamina K pode ser citada, com dois problemas: o da sua não administração, com risco de manifestações hemorrágicas (e se a hemorragia for intracraniana o risco é óbvio), e o da administração de formas de vitamina K que vão interferir no mecanismo de conjugação da bilirrubina, aumentando consideravelmente o risco de encefalopatia bilirrubínica.

Cumpra uma vez mais aqui ressaltar o aumento geral do risco determinado pelo excesso de cesáreas, a partir de uma incidência maior de regurgitação do conteúdo gástrico—e, por extensão, de pneumopatias aspirativas—, ou do efeito de procedimentos anestésicos, ou por favorecer o aparecimento de hiperbilirrubinemias tanto mais importantes quanto mais, ao menos em tese, ocorrem em crianças menos maduras, com sistemas enzimáticos ainda mal funcionantes.

A Questão do Acompanhamento do Recém-nascido na Maternidade

Redescoberto, por assim dizer, no final da década de 60, o alojamento conjunto foi proposto como uma espécie de ovo de Colombo em que, além das notórias vantagens para o lado da relação mãe-criança, como favorecedor do aleitamento natural, inibidor da infecção hospitalar cruzada, também resultava em ampla economia de mão-de-obra, especialmente no setor de Enfermagem.

Assim, e nem sempre movidos por razões meritórias, em muitos serviços se implantou o alojamento conjunto.

Inegavelmente, se bem conduzido e administrado, o alojamento conjunto é uma oportunidade incomparável não apenas - para facilitar o estabelecimento “natural” da relação mãe-criança e o aleitamento natural, mas também, e principalmente, por proporcionar uma situação extremamente favorável para toda uma série de procedimentos de educação em saúde para as mães.

Na prática, entretanto, tem-se verificado que, seja no caso da parcela mais favorecida da população, seja no da grande massa de serviços destinados à população menos favorecida, existem problemas.

No primeiro caso, porque o alojamento conjunto dificulta toda uma série de eventos que vamos chamar aqui de “aspecto social” do nascimento, como as visitas dos parentes e amigos, etc.

No segundo caso, porque verificou-se que, ao contrário do que se apregoava, o alojamento conjunto significa um dispêndio maior de recur-

so humanos e mesmo exige uma menor utilização do espaço físico. Assim, o que se vê muitas vezes é simplesmente as mães com seus filhos a seu lado, com uma deficiência enorme de recursos de Enfermagem, sem qualquer atividade educativa, perdendo-se assim essa oportunidade, tanto mais maravilhosa porque precoce e concreta de ajudar o binómio mãe-criança.

Condições Específicas de Interesse para o Crescimento e Desenvolvimento

Antes de abordar algumas questões específicas da patologia do recém-nascido, vale lembrar que uma proporção considerável dessa própria patologia acaba ocorrendo por falhas de toda ordem no sistema de saúde, falhas essas que vão desde a pouca importância que se tem dado a medidas preventivas (como o aconselhamento genético, a vacinação de mulheres suscetíveis à rubéola) até falhas na própria técnica de assistência pré-natal (no manejo de uma série de condições, com os estados hipertensivos, o diabetes, os retardos do crescimento intra-uterino), e especialmente na assistência ao parto, de que a incidência altíssima de cesáreas é apenas um aspecto, ao lado de outros, como os tocotraumatismos e as deficiências do acompanhamento do trabalho de parto, para não dizer da questão básica do acesso não equitativo à saúde, ou mesmo da ausência injustificável de um sistema de referência e contra-referência.

Assim, os serviços de recém-nascidos, as mais das vezes mal equipados, com carência quantitativa e qualitativa de recursos humanos, com plantas físicas inadequadas, acabam tendo que dar conta de uma série de problemas que bem poderiam nem ter existido.

A Hipóxia Perinatal como Fator de Risco Neurológico

Desde sua criação, pela anestesista americana, doutora Virgínia Apgar, na década de 50, a escala que leva o seu nome tem se revelado como uma das melhores, senão a melhor, escala de risco até hoje em uso. Está claramente demonstrado que uma pontuação baixa na escala Apgar verificada no primeiro minuto de vida tem uma forte associação negativa com a mortalidade da primeira semana de vida, ou seja, crianças que apresentam escores baixos a um minuto apresentam um importante risco de morte.

Está também demonstrado que um escore baixo medido aos cinco minutos após o nascimen-

to está fortemente associado ao aparecimento, imediato ou tardio, de sequelas neurológicas de toda gravidade.

Na maioria dos casos de escores baixos em recém-nascidos, o que está ocorrendo são manifestações de uma hipóxia perinatal que pode ser intra-uterina (o sofrimento fetal) ou, por exemplo, o resultado de uma expansão pulmonar imperfeito. Importante é considerar que, caso esse escore não melhore (espontaneamente ou como resultado de uma intervenção, de manobras de reanimação) ao final de cinco minutos, o risco de dano ao sistema nervoso central torna-se muito forte.

Se é verdade que felizmente nem todos os casos rotulados como de hipóxia grave acabam tendo alguma repercussão neurológica perceptível, não é menos verdade que a hipóxia perinatal está na gênese de grande parte dos casos de crianças portadoras de encefalopatias graves, como paralisias cerebrais ou mesmo do que se chama de disfunções cerebrais mínimas.

Em São Paulo, como no restante do Brasil, a principal causa de morte no período perinatal são as afecções anóxicas e hipóxicas, que sobressaem mesmo num contexto geral de mortalidade elevada. Desde que a letalidade dessa condição não é muito grande, podemos dizer que para cada óbito para hipóxia, muitos outros casos ocorrem, sem levar a óbito, mas podendo resultar em dano permanente.

A hipóxia em si não é propriamente uma causa, mas o efeito de um conjunto de falhas que já foi mencionado sobejamente. Dado que estes problemas não atingem aleatoriamente a toda a população (a questão da equidade uma vez mais aqui se coloca), podemos dizer que se trata de um bom exemplo de uma causa ou síndrome de determinação a um sé tempo biológica e social que, no nosso contexto, acaba sendo mais social que biológica.

Diversas anomalias da gestação e do trabalho de parto podem resultar em hipóxia, para não dizer da importância, em nosso meio, da hipóxia iatrogênica determinada pelas cesáreas, sem indicação obstétrica, realizadas antes do início do trabalho de parto.

A Importância da Icterícia do Recém-nascido

A icterícia é a manifestação clínica mais comum do recém-nascido. Ocorre em cerca de 50% das crianças e, na maioria dos casos, não assume intensidade de molde a colocar em risco o sistema nervoso central, especialmente se não houver incompatibilidade sanguínea como causa da icterícia ou se não houver um fator agravante, como a prematuridade ou a hipóxia perinatal.

Já a icterícia cansada pela isoimunização Rh é potencialmente mais grave, porque mais intensa, mais precoce e mais prolongada, quase sempre com anemia associada, chegando mesmo a quadros extremos de hidropisia fetal, podendo levar à morte intra-útero.

Desde a incorporação à prática médica da “vacinação” contra a isoimunização, feita em mulheres Rh negativas logo após dar à luz um filho Rh positivo, na maioria dos países avançados a incidência dessa condição praticamente desapareceu após alguns anos. Já o mesmo não ocorreu em nosso meio e ainda temos um número expressivo de mortes por isoimunização Rh e, portanto, de casos de encefalopatia bilirrubínica (em parte dos casos não fatais). Uma vez que o procedimento é conhecido e usado aqui com a mesma eficácia que naqueles países, só podemos entender esse “fracasso” levando novamente em conta a questão do acesso diferenciado e da inequidade do direito à saúde.

CONCLUSÕES

Outros argumentos e exemplos semelhantes poderiam ser dados e emitidos, como a questão da não universalidade dos testes para a detecção da fenilcetonúria ou do hipotireoidismo; da demora de meses para se conhecer os resultados dos testes, quando realizados, etc.

No entanto, não foi nunca nossa intenção pretender ser catastrofista, escandaloso ou exibicionista. Nossa primeira intenção ao nos propormos a preparar este texto foi escolher aqueles aspectos da fisiologia do nascimento e da adapta-

ção à vida extrauterina que mais de pronto se relacionassem ao processo de crescimento e especialmente de desenvolvimento.

Ao tentar fazer isso, porém, nos demos conta de que se essa realidade, descrita sem exagero, de um lado democratiza (porque universaliza) uma série de riscos para os nascituros, de outro lado determina graves prejuízos em função dos próprios defeitos da organização da sociedade, do corpo social, para uma apreciável parcela das nossas crianças, as quais já estarão submetidas a uma enorme carência global, pois além de pecuniário, de condições de habitação, de alimentação, é também uma carência afetiva.

Um péssimo começo para uma vida muito difícil!

Alguns anos depois, nós, os profissionais de saúde, bem como os profissionais da psicologia e da educação, ao tomar contato com os efeitos tardios de toda essa miséria e sentindo nos impotentes para resolver ou melhorar esses problemas estaremos às vezes tão ocupados e tão imersos nessas tarefas ingratas (porque inglórias) que nem sempre chegaremos a ter consciência da importância desse mau começo.

“Precisamos falar com eles, reclamar deles uma solução”. Acontece apenas que os “eles” somos nós mesmos, como pais, como cidadãos e como profissionais.

Compete, pois, a nós todos lutar para que, pelo menos, este momento crucial que é o nascimento possa ser, para a maioria das crianças, o começo de um caminho tão mais complexo e difícil, mas ao mesmo tempo tão natural e por isso mesmo tão alcançável e que é o objetivo de todos nós: um adequado crescimento e desenvolvimento.

BIBLIOGRAFIA

- CLOHERTY, J. P. & STARK, A. R. *Manual of Neonatal Care*. Boston, Little Brown and Co., 1980.
- SEGRE, C. A. M. & ARMELLINI, P. A. *RN*. São Paulo, Sarvier, 1981.

- TANAKA, A. C. A. *Saúde Materna e Saúde Perinatal: relações entre variáveis orgânicas, sócio-econômicas e institucionais*. Tese de doutoramento. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 1986.