

INTRODUÇÃO

Mais de 14 anos passaram sobre as primeiras directivas da Secção de Neonatologia da SPP sobre este tema. Neste período houve alguma evolução no capítulo da infecçiology materna/fetal/neonatal. Não se identificaram novas infecções - ao contrário do que aconteceu noutros grupos etários a preocupação com as infecções antigas não foi substituída pela preocupação com as infecções emergentes que (ainda) não atingiram o RN - mas houve avanços no diagnóstico de muitas delas. As técnicas de engenharia genética, a replicação de partículas de DNA dos agentes infecciosos trouxeram um novo fôlego que esperamos ainda se aperfeiçoe. Houve também alguns avanços terapêuticos. Nota-se uma maior clareza nas atitudes a tomar, uma ausência de medo de avançar com diagnósticos, terapêuticas mais agressivas uma vez atingida uma certeza. Contudo, o saco do desconhecido continua enorme, admitindo-se muitas vezes que a patologia é infecciosa mas continuando a escapar-nos o agente etiológico.

As infecções mais afectadas pelas mudanças atrás referidas são o VIH e a toxoplasmose. A primeira porque, se no passado era necessário/obrigatório o consentimento informado para o pedido de serologia, actualmente pode ser considerado má prática médica não rastrear uma grávida. Quanto à segunda, os autores franceses defendem uma terapêutica muito mais agressiva e, supostamente, mais eficaz uma vez confirmado o diagnóstico de infecção fetal.

Clarificou-se também que os benefícios do aleitamento materno se sobrepõem ao risco infeccioso em muitas doenças que no passado o proibiam.

Algumas das infecções foram promovidas, também em Portugal, a um primeiro lugar, à semelhança do que aconteceu noutros países da Europa e do mundo. Refiro-me ao *Streptococcus* do grupo B, primeiro agente na infecção de origem materna. Também nesta situação, com o evoluir das directivas nacionais e internacionais pouco faltará para ser considerado má prática médica o não rastreio da grávida.

Pelo meio surgiu a obrigatoriedade de comunicar algumas das doenças de transmissão vertical, nomeadamente a sífilis congénita. Foi por isso possível conhecer o número de RN com sífilis, um conhecimento que poderá ter contribuído para que, em plena viragem de século, numa época em que nos consideramos muito à frente dos antepassados que descobriram a penicilina e no-la delegaram para utilização, tenhamos tido vergonha na cara e nos tenhamos empenhado um pouco mais em a diagnosticar e tratar. Na realidade, o número de RN com sífilis congénita tem vindo a diminuir todos os anos. A outra infecção





- cuja declaração se tornou recentemente obrigatória foi a do VIH que, finalmente, passou a ter o estatuto de infecção reconhecida em vez de escondida.

- Assistimos ainda à evolução do diagnóstico pré-natal e, hoje, há diagnósticos que não nos deixam indiferentes. Placenta espessa, oligoâmnios, peritonite, ansa intestinal espessada, calcificações hepáticas, miocardite e todas as anomalias do SNC nomeadamente ventriculomegália, hidrocefalia, agénésia do corpo caloso, ventriculite, calcificações, quistos subependimários e da área germinal, necrose dos gânglios da base, imagem em candelabro, hipercogenicidade, esquizencefalia ou outros defeitos da migração, necrose da matriz germinal, são para nós indicativo de eventual infecção intra uterina, qualquer que ela seja e impõe-nos a obrigatoriedade do esclarecimento etiológico.

Apesar do bom par de anos que passou sobre a introdução do volume anterior continuamos contudo a pensar do mesmo modo e a sentir as mesmas falhas. Algumas delas têm origem em nós próprios, médicos, que não conseguimos programar estudos epidemiológicos nacionais que respondam às nossas dúvidas. Pareceria mais fácil ao médico programar e dar continuidade a estudos dessa envergadura do que às instituições públicas cuja composição, na maioria das situações, varia com os governos. Contudo, recentemente, os resultados do 2º inquérito serológico nacional – uma obra preciosa da responsabilidade da DGS - acrescentou conhecimento sobre a prevalência de anticorpos em muitas das doenças que aqui nos interessam – rubéola, varicela, hepatites, vírus citomegálico humano (CMV). Continuamos contudo a desconhecer a prevalência da seropositividade e de seroconversão para a toxoplasmose durante a gravidez e continuamos a rastrear com base em dados de outros países. Continuamos pontualmente a rastrear para CMV durante a gravidez, criando uma panóplia de problemas sem resolução, quando o rastreio pré concepcional nos dá uma informação útil sem que esses problema se levantem - uma medida em boa hora preconizada pela DGS que incluiu recentemente o rastreio para o CMV nos cuidados pré concepcionais. Somos um país pequeno, supostamente seria fácil programar estudos multicêntricos mas, uma vez mais se prova que, mais do que a dimensão do país, o que conta é a uniformidade de objectivos e a consonância na sua realização.

- No presente volume foi nosso propósito incluir informação sistematizada sobre o diagnóstico e terapêutica de muitas das infecções que podem atingir o feto através da mãe mas também informação respeitante à protecção do pessoal de saúde, vacinas no pré-termo ou no RN admitido em cuidados intensivos e, ainda, informação que pode ser útil nos tempos modernos em que o RN ou a grávida tanta mobilidade têm – um pouco da medicina do viajante - que pode responder a muitas dúvidas se, por razões imperiosas, um ou outro tiverem que viajar.

O volume foi organizado por ordem alfabética do nome das doenças ou agentes e pretende ser um guia prático de utilização corrente. Sabemos que não vai responder a muitas das dúvidas que surgem no dia a dia uma vez que cada doente é um caso. Contudo, esperamos que o trabalho dos que connosco colaboraram seja proveitoso para todos.

Maria Teresa Neto

