

## **A construção social dos discursos médicos acerca do risco fetal.**

*Susana Rodrigues Ferreira*

---

### **INTRODUÇÃO**

O objectivo desta comunicação, que tem por base a minha Tese de Mestrado sobre o Diagnóstico-Pré-Natal, mais especificamente sobre a amniocentese e a reconfiguração do risco fetal, é mostrar, a partir do estudo de caso conduzido numa maternidade com uma unidade de Diagnóstico Pré-Natal, como a concepção universal de risco fetal que perpassa os discursos médicos é reconfigurada em função de uma tecnologia específica, que neste caso é a amniocentese, da organização social do trabalho em torno dessa tecnologia, da especialização dos saberes dos profissionais de saúde que constituem a equipa de Diagnóstico Pré-Natal e dos constrangimentos transnacionais, nacionais e/ou locais que aos mais variados níveis limitam a prática obstétrica.

### **O CONCEITO DE RISCO FETAL**

Como é do conhecimento geral, o conceito de risco fetal está cada vez mais difundido na sociedade portuguesa devido aos novos dispositivos, como o Diagnóstico Pré-natal, que a medicina está a disponibilizar às mulheres grávidas para estas fazerem o acompanhamento da evolução do bem-estar do seu feto. O Diagnóstico Pré-natal, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, é o conjunto das atitudes pré-natais que têm por objectivo o diagnóstico de um defeito congénito, entendida por tal toda a anomalia de desenvolvimento morfológico, estrutural, funcional ou molecular, presente ao nascer (embora possa manifestar-se mais tarde) externo ou interno, familiar ou esporádica, hereditária ou não, única ou múltipla (Jardim, 1994:99). Já em sentido restrito, o Diagnóstico Pré-natal, não é mais do que o conjunto das técnicas pelas quais se faz a recolha de líquidos e de materiais fetais tendo em vista a determinação das referidas anomalias congénitas e, portanto, a avaliação do bem-estar fetal.

A amniocentese é, precisamente, uma dessas técnicas de colheita que consiste em extrair transabdominalmente líquido amniótico do saco amniótico, através do uso de uma agulha comprida, normalmente durante o segundo trimestre da gravidez, com o fim de estudar citogeneticamente esse mesmo líquido, de forma a determinar a existência, ou não, de risco fetal.

A argumentação utilizada pelo discurso médico, em favor do uso desta tecnologia invasiva, tem vindo a ser sustentada na ideia de que existe um risco do feto vir a nascer com defeitos congénitos, e na possibilidade de se poder fazer uma detecção precoce dos mesmos. São discursos em que o risco é apresentado como um facto objectivo e incontornável, o que faz com que a mulher, preocupada como está com o bem-estar do seu filho, esteja mais predisposta a aceder à realização de exames invasivos.

Medicamente, o risco de um acontecimento tem sido definido como a probabilidade desse acontecimento se produzir, probabilidade essa que pode ser estimada por uma frequência (Schwartz, 1980:11), o que significa que se, numa dada população, num momento determinado, 10 gravidezes em 1000 originam um nado-morto, então o risco de mortalidade é de 10 por mil. Uma gravidez de risco é, de acordo com este raciocínio, aquela em que a probabilidade de um produto adverso para a mãe ou para o feto é maior do que para a população em geral. No caso específico do feto, o risco fetal é a probabilidade de uma anomalia congénita ser maior para o feto em causa do que para os fetos das mulheres em geral. Pode-se dizer então que o objectivo do risco é compreender a taxa de

ocorrência de uma dada condição numa determinada população e calcular o risco de outras populações desenvolvendo a mesma condição.

Retomando a fórmula universal de risco enunciada para a gravidez, o que acontece é que, na ausência de qualquer outra informação, a relação de 10 por 1000 é aplicada a todas as gravidezes. De acordo com Schwartz, esta generalização do risco não é mais do que o reflexo do 'estado de ignorância dos profissionais de saúde relativamente às questões do risco' (idem). Daqui se depreende o grau de incerteza, ou de imprecisão, se quisermos, que subjaz logo num primeiro momento às formulações do risco, e que tem justificado duas posições principais e divergentes relativas às concepções e formulações deste conceito. Por um lado, temos os profissionais de saúde em geral, que defendem a objectividade como sendo inerente ao risco, resultante da aplicação de princípios epidemiológicos, o que o torna, aos seus olhos, um facto objectivo e não ambíguo. Por outro lado, temos uma perspectiva que tem feito a crítica à perspectiva epidemiológica, desenvolvida pelas Ciências Sociais, e que argumenta que o risco não passa de um artefacto cultural que está sujeito a moldagem e a transformação em função dos valores pessoais, culturais, sociais, políticos, económicos, médicos e outros (Handwerker, 1994).

O discurso médico, em geral, defende que a intervenção invasiva durante o período de gestação só se justifica porque existe a probabilidade de ocorrerem defeitos congénitos no feto, cabendo aos profissionais de saúde a determinação dessas eventuais anomalias por intermédio de tecnologias apropriadas. De acordo com as entrevistas realizadas aos membros da equipa do Diagnóstico Pré-Natal, constituída por seis obstetras, uma citogeneticista, um geneticista e uma anatomopatologista, uma das questões que se coloca ao profissional de saúde é a escolha da técnica invasiva mais adequada para fazer a determinação do risco fetal. Neste caso em concreto, verificou-se que a preferência pela amniocentese em detrimento de outras técnicas tem várias justificações e está envolta em constrangimentos de várias ordens.

## **O UNIVERSO DA DECISÃO MÉDICA**

Em primeiro lugar, temos um conjunto de argumentos médicos que se centram em factores de ordem completamente externa ao risco fetal e à situação clínica que se tem em mãos. São argumentos que radicam num nível de macro-análise. É o caso, por exemplo, dos limites legais estipulados na esfera nacional, para a interrupção médica da gravidez, o que se constitui num constrangimento evidente quanto à escolha da técnica invasiva a realizar localmente por cada instituição. A amniocentese é uma técnica que é executada mais cedo do que a cordocentese e a amostra das vilosidades coriais, o que possibilita que em situações passíveis de interrupção médica da gravidez esta seja feita cumprindo os prazos legalmente consagrados. Pelo facto de ser executada mais cedo, ela permite também uma mais rápida tranquilidade dos pais, no que respeita a conhecerem a condição genética do seu filho.

Não podemos esquecer que, para se obter o resultado da amniocentese se demora, em média, três a quatro semanas, ainda que seja possível obtê-lo com apenas quinze dias. Ora, esta técnica pode ser feita logo na 14<sup>a</sup> semana, o que faz com que exista uma enorme margem de manobra e, portanto, de segurança, até se atingir as 24 semanas estipuladas na lei para se fazer a interrupção médica da gravidez. E porque às 14 semanas o útero é pequeno, a amniocentese é ecoguiada para facilitar a visualização do mesmo, havendo nesta complementaridade de técnicas a possibilidade de descortinar um argumento em prol da facilidade do seu uso, comparativamente às demais técnicas. Não podemos esquecer que após o diagnóstico de eventuais anomalias fetais, é preciso informar os casais acerca desse diagnóstico e das situações em que o conselho de ética permite fazer, ou não, a IMG. A execução da amniocentese

permite que os casais tenham tempo para reflectir, para optar, ou não, pela interrupção médica da gravidez, caso a postura ética do conselho assim o permita.

Também os constrangimentos laboratoriais, identificados com a ausência de laboratórios suficientes, no plano nacional, para tratar os líquidos e os materiais fetais, se constituem num entrave à escolha da técnica invasiva. São condicionalismos que se situam, quer na escala nacional, quer na escala local, e que afectam, decisivamente, o tipo de técnica considerada mais adequada para fazer o estudo das anomalias congénitas. A noção de técnica associada à capacidade de manipulação laboratorial dos materiais colhidos torna-se um factor fundamental uma vez que a idade gestacional afecta, necessariamente, o encaminhamento dos casos clínicos.

A própria ausência de equipamentos e materiais tecnológicos para realizar determinados testes invasivos, como a cordocentese, não pode ser descontextualizada da escala nacional, onde se determinam e definem orçamentos para a saúde, e mesmo orçamentos para os equipamentos nesta área.

Temos também os argumentos associados à técnica propriamente dita, neste caso à amniocentese. São argumentos que apelam para as vantagens e desvantagens a ela associados. O conceito médico de facilidade da técnica é aqui determinante, sendo ele aferido em função do tempo de colheita, das dimensões dos materiais a colher e das cavidades onde se situam, da idade gestacional, do treino dos profissionais, e da auto-suficiência da técnica, isto é, de ela não exigir outras técnicas complementares. Ora, a amniocentese reúne em si mesma todo um conjunto de indicadores considerados positivos.

Em primeiro lugar, é extremamente fácil de executar porque apenas é preciso extrair o líquido da cavidade amniótica, não sendo necessário picar o cordão umbilicar (como na cordocentese, por exemplo, o qual tem uma maior mobilidade). É uma técnica que tem, portanto, um menor número de inêxitos e que não exige um grande treino profissional.

Em segundo lugar, é uma técnica com menor risco para o feto do que as restantes técnicas invasivas segundo os obstetras puncionadores. O seu risco iatrogénico situa-se em 1%, seja para casos de infecção, ruptura de membranas, ou aborto, resultantes da agulha no útero. É um risco que é justificável, segundo os obstetras, sempre que ele é inferior ao risco fetal, ou seja, ao risco de o feto ter anomalias. Este argumento está permanentemente, por conseguinte, associado à idade da mulher grávida, devido à correlação estreita que este indicador mantém com as probabilidades de ocorrência de anomalias fetais, as quais aumentam com a idade materna.

Em terceiro lugar, é uma técnica executada mais cedo do que as restantes e que tem a vantagem de dar informações suficientes para se fazer, de imediato, o diagnóstico das anomalias fetais, não havendo necessidade de recorrer a outras técnicas invasivas.

Em quarto lugar, a amniocentese tem o maior número de indicações específicas tais como a ansiedade materna, doença hereditária, malformações fetais, idade materna, entre outras.

Na prática, basta a grávida preencher o requisito da indicação da idade materna para, de imediato, ser sujeita aos procedimentos invasivos, neste caso, à amniocentese. Todas as restantes indicações são meros acrescentos a uma prática que já está previamente definida e que, por isso mesmo, acolhe um número crescente de realizações de amniocenteses, sustentadas num critério incontornável.

A tendência crescente para as mulheres engravidarem cada vez mais tarde vem, também, contribuir para a provável continuidade da ascensão do uso da técnica. Repare-se, no entanto, que a idade materna não é uma indicação que seja aceite de igual forma no sistema obstétrico nacional e internacional. Para algumas instituições no plano nacional, os 35 anos são o limite a partir do qual as

mulheres devem ser sujeitas a Diagnóstico Pré-natal. Para outras, são os 37, ou mesmo os 38 anos, acontecendo o mesmo a nível internacional. A mulher numa dada região de Portugal pode ter uma indicação para realizar D.P.N. e numa outra região não ter essa indicação. É a nível local, ao nível da própria instituição, que os conselhos de ética, ou técnicos, definem as indicações a seguir pelas unidades de Diagnóstico Pré-natal. As concepções de risco acabam, por conseguinte, por diferir, quer a nível nacional, quer a nível local, sempre que na mesma região geográfica diferentes conselhos, associados a instituições distintas, definem critérios também distintos para o funcionamento das unidades.

No caso da amniocentese, não podemos esquecer que se trata de uma técnica cujos custos económicos determinam a priori as decisões do conselho quanto aos limites etários considerados adequados para oferecer o Diagnóstico Pré-natal. Não obstante estas divergências, a idade constitui-se numa primeira indicação do Diagnóstico Pré-natal, ainda que a mesma anomalia possa não ter o mesmo significado para casais distintos, como referiu o geneticista da equipa de D.P.N.

Como nos casos sujeitos a Diagnóstico Pré-natal, aqui entendido em sentido restrito, só numa pequena parte é que se detectam efectivamente anomalias congénitas, e como as anomalias fetais são uma condição pré-existente ao uso da técnica, ou seja, elas existem, ou não, independentemente dos testes que são utilizados, não parece eticamente correcto que se utilize como argumento para o uso da amniocentese o fornecer à mulher grávida uma segurança quanto ao bem-estar do feto. A técnica acaba por ter efeitos mais directamente sobre o treino dos profissionais, sobre a crescente dependência das mulheres quanto aos cuidados obstétricos, e menos no plano da tranquilidade que ela visa proporcionar. Onde está a tão apregoada tranquilidade, quando o próprio Diagnóstico Pré-natal é motivo de angústia, de sofrimento e de dor, seja a nível pessoal, seja a nível familiar, desde o momento em que a mulher entra neste acompanhamento pré-natal?

Existem, no entanto, limitações ao uso desta técnica que não iremos abordar aqui, e que estão ligadas às indicações específicas do uso de cada técnica invasiva.

Identificados os constrangimentos que se impõem à escolha de uma técnica específica, neste caso da amniocentese, vamos ver como a noção de risco é reconfigurada em função desta técnica.

## **A RECONFIGURAÇÃO DO RISCO FETAL**

Se, actualmente, a perspectiva que temos da amniocentese se insere dentro do sistema tecnológico mais abrangente que é o Diagnóstico Pré-natal, nem sempre foi assim. Sublinhe-se que a amniocentese é um procedimento invasivo que nem sempre foi utilizado para fins de Diagnóstico Pré-natal. Na década de 70, ela começou por estar associada, sobretudo, aos estudos de maturidade fetal, poliidrâmnios e isoimunização RH. Só pontualmente era extraído líquido amniótico para se fazerem estudos do cariótipo, não havendo ainda a unidade de Diagnóstico Pré-natal.

Posteriormente, com o aparecimento da ecografia, a amniocentese deixa de ser, praticamente, utilizada na instituição. Só em casos pontuais é que era utilizada para estudos de maturidade fetal. O aperfeiçoamento da ecografia vem, todavia, acabar por reintroduzir a amniocentese na prática médica, mas com fins de Diagnóstico Pré-natal, já que é uma técnica que veio permitir a visualização do feto. Este factor, conjuntamente com os desenvolvimentos científicos que entretanto ocorreram, e que possibilitaram fazer o estudo cromossómico dos líquidos amnióticos, veio, definitivamente, relançar a discussão em torno do uso da amniocentese, seus benefícios e malefícios. Ora, antes da prática da amniocentese para fins específicos de Diagnóstico Pré-natal não era possível

identificar cromossomopatias, ou seja, a determinação do risco fetal era extremamente limitada. Neste sentido, o discurso médico não se consubstanciava nesta noção de risco fetal como argumento para justificar o uso de técnicas invasivas. Mesmo que existisse um risco fetal, era impossível detectá-lo face ao estado da 'arte'. O aparecimento da amniocentese enquanto técnica invasiva para fins de Diagnóstico Pré-natal está, por isso, necessariamente, associada à reconfiguração do risco fetal, ao nível do discurso médico, já que no plano teórico o risco sempre esteve presente e existe uma unanimidade em termos da noção que toda a equipa de D.P.N. tem de risco, uma vez que se trata de uma definição conceptualizada e difundida no sistema mundial da obstetrícia, e da medicina em geral, através de revistas da especialidade e de outras produções científicas.

Quando atentamos, no entanto, na determinação do risco fetal ao nível da prática obstétrica, verificamos que existe um outro tipo de risco. Trata-se de um risco que é o resultado de uma avaliação, supostamente ponderada, do conjunto de indicações que a mulher possui, tais como a idade, malformações em filhos anteriores, cromossomopatias hereditárias, entre outras. Estamos diante do risco por indicação. Neste sentido, a idade constitui-se num factor de risco específico. Senão, vejamos. Um casal cuja mulher tenha 40 anos apresenta maiores probabilidades de vir a ter uma criança com defeito congénito do que uma mulher de 20 anos. Ainda que o risco deixe de se situar no domínio da pura abstracção, por relação a uma população em geral, passando a ser referenciado por relação a uma anomalia específica, na prática o nível de indeterminação é perpetuado.

O nível de risco de que se está a falar não deixa de ser uma probabilidade, pelo que os níveis de fiabilidade associados à determinação do risco são muito relativos. Se a probabilidade de ter uma criança com a síndrome de Down é de 1 em 1000, em termos teóricos, tanto se acerta nas 999 crianças normais, como na única que tem a anomalia. Note-se, todavia, que não há especificações concretas associadas ao caso clínico específico. Não se sabe quais são os casos concretos em que ocorrem anomalias, pelo que se acaba por sujeitar as mulheres a procedimentos standardizados. As técnicas invasivas são disso um exemplo, e surgem como a solução de recurso mais comum. Consequentemente, tornam-se os recursos de despiste na incerteza médica, e servem, simultaneamente, para aperfeiçoar os conhecimentos existentes sobre as técnicas no âmbito da prática clínica.

As técnicas invasivas acabam por servir para criar quadros de referência para as narrativas inerentes aos discursos médicos. São os dados técnicos, provenientes do uso destas tecnologias, que objectivam e credibilizam a autoridade médica. Estas probabilidades, porque são definidas com base em indicações específicas, são segmentadas consoante a população a quem se dirige o Diagnóstico Pré-natal. A constituição de grupos, em função de factores de risco previamente determinados, faz com que uma percentagem das anomalias recaia precisamente nos grupos para os quais se especificou não ser necessário Diagnóstico Pré-natal. Simultaneamente, faz com que o Diagnóstico Pré-natal seja oferecido indistintamente, bastando a indicação da idade materna, não obstante se conhecer a variabilidade deste factor de risco quanto ao sucesso da determinação de anomalias fetais. Tanto se podem fazer amniocenteses aos grupos considerados de risco e que dão negativo, como não oferecê-las aos grupos de menor risco e existir efectivamente risco fetal. Isto significa que o discurso médico lida apenas com uma noção teórica de risco, não obstante o número crescente de diagnósticos no domínio pré-natal. Significa também que não é possível determinar de antemão qual o risco fetal associado a um caso clínico concreto. Toda a prática clínica se consubstancia em probabilidades, e não em certezas.

No que respeita à gestão do risco por indicação associado a anomalias específicas, o discurso médico acerca do risco torna-se heterogéneo. Se todos os elementos da equipa referem que o risco são probabilidades, quando se aprofunda esta temática, de imediato, há um encaminhamento das questões para

o geneticista. Com efeito, de todos os elementos que constituem a equipa de D.P.N., o geneticista tem um papel central na dinamização do trabalho em equipa face à natureza da especialização do seu saber em genética, o qual se constitui num 'know how' que lhe confere uma autoridade em termos de performance na equipa. O risco é, precisamente, uma das temáticas que surge como um tema de domínio central no discurso deste profissional. O seu domínio visível sobre o mesmo faz com que a sua estrutura de argumentação tenha um peso decisivo nas decisões da equipa, no que respeita ao uso, ou não, de técnicas invasivas.

A presença, relativamente recente, do mundo social da genética na arena obstétrica faz com que a noção de risco tenha sido reconfigurada. Até à presença do geneticista, o risco era concebido apenas na sua formulação teórica. Com a chegada do geneticista, o risco adquire um significado por relação a anomalias específicas, já que aquele procede à sua interpretação. Esta questão da orientação da equipa no sentido da decisão comum e consensual é tanto mais pertinente quanto se sabe que não existem desempenhos necessariamente homogéneos na equipa, até mesmo porque vigora a especialização das funções. Enquanto os obstetras da clínica se ficam pelo mero equacionar da concepção abstracta de risco, há outros profissionais que nem sequer lidam com a questão do risco nos termos convencionais. Por exemplo, para a citogeneticista a questão que se coloca é a da determinação dos resultados em termos de verdadeiro ou falso, isto é, trata-se de saber se o resultado obtido pelo estudo dos líquidos amnióticos vai, ou não, de encontro às suspeitas de anomalias, que se consubstanciam no risco por indicação. Ainda que não o reconheça, é da determinação concreta do risco que se está a tratar. No caso da anatomopatologia, parte das preocupações estão relacionadas com os acertos do diagnóstico, isto é pela confirmação, ou não, de eventuais anomalias sustentadas também no discurso do risco. Todavia, também para esta profissional não se colocam estas questões de risco.

A figura do geneticista assume-se, por conseguinte, como central na visibilidade que é dada ao risco. Ele não só apresenta as probabilidades quanto a anomalias específicas, como relaciona as mesmas com o risco da técnica. É ele que equaciona a reconfiguração do risco, logo num primeiro momento. Posteriormente, caberá à equipa tomar a decisão em conjunto, quanto ao uso da técnica invasiva, em função das coordenadas fornecidas por ele. Determinadas as probabilidades do risco por relação a anomalias concretas, cabe a cada elemento da equipa, de acordo com a sua especialidade, confirmar ou não, o risco por indicação.

A diferente concepção de risco que assiste à citogeneticista, por exemplo, acaba por servir como barómetro das decisões tomadas pela equipa, sempre que a primeira procede ao estudo dos líquidos amnióticos. Obviamente que a noção de risco desta é outra, até porque os recursos de trabalho são distintos dos do geneticista. Enquanto este apela para estudos epidemiológicos, tendo que fazer um enorme esforço de actualização sobre a literatura científica produzida mais recentemente, e em que busca a fonte do seu principal conhecimento e actualização, expressa em termos de probabilidades, a citogeneticista tem nas técnicas de bandagem, no espalhamento dos cromossomas, na sequência das fases de trabalho, entre outros, a base de leitura e de interpretação dos líquidos que, supostamente, são portadores de anomalias. O que lhe interessa é verificar se o cariótipo é normal ou anormal. Obviamente, que para se chegar a esse nível, há um risco que atravessa o caso clínico, mas que ela não está apta a determinar. Todavia, pelo conhecimento dos casos clínicos, necessários para enformar o encaminhamento do estudo cromossómico, ela tem a perfeita noção do risco que assiste àquele caso concreto. Também aqui o risco é reconfigurado, no sentido de ser inteligido enquanto dando origem a suposições que são, ou não, falsas. Neste caso, o risco é transformado no próprio conceito que o operacionaliza, ou seja, a anomalia fetal. O mesmo se passa com o ecografista. O que está em causa é a transformação do risco em anomalias, visíveis através dos móveis imutáveis de

que nos fala Latour. Cada membro da equipa acaba por reconfigurar a noção de risco que perpassa o discurso médico. De certa forma, o que se pretende é que este conceito deixe de ser associado ao domínio das probabilidades e que se torne materializável e efectivo. O esforço dos elementos da equipa vai, precisamente, no sentido de transformar o risco de artefacto em facto.

Ao fim e ao cabo, o que todos os membros da equipa querem confirmar, ou infirmar, é um risco que surge por indicação. O risco funciona como um conceito de fronteira, na expressão de Ilana Löwy, que é comum a todas as especialidades que constituem a equipa. É, porém, um conceito suficientemente maleável que permite que, pela sua concepção teórica, se promova um entendimento entre os elementos da equipa, não obstante vigorarem concepções de risco que são determinadas pelas especialidades de cada membro da equipa. Estamos diante de concepções que se entrecruzam com as competências que assistem a cada elemento, e de que o trabalho em equipa constitui o alicerce.

## CONCLUSÃO

Podemos dizer então que as concepções de risco fetal são construídas em função das diferentes especialidades que constituem a equipa, ou seja, em função da organização social da prática obstétrica em torno do Diagnóstico Pré-natal. A própria concepção de risco fetal tem diferentes contornos consoante o nível de análise em que estejamos a falar. A homogeneidade do discurso médico enubla as verdadeiras diferenças que subjazem aos casos clínicos concretos, apresentando-se o risco como o instrumento operativo que permite que toda a sociedade seja controlada ou, se quisermos, monitorizada para utilizarmos uma expressão de Arney. A sua plasticidade, aliada à sua indeterminação, dá à equipa uma margem de manobra suficientemente lata para poder argumentar, de acordo com os interesses que subjazem à sua constituição, em função de constrangimentos que, inegavelmente, o condicionam.

## Bibliografia

Arney, William (1982). *Power and the Profession of Obstetrics*. The University of Chicago Press.

Handwerker, Lisa (1994). «Medical Risk: implicating Poor Pregnant Women». In: *Social Science and Medicine*, vol.38, nº5, pp.665-675.

Jardim, Fernanda (1994). «ODiagnóstico Pré-natal: a prática clínica». In: Mendes, Mário (ed.) *Livro de Obstetrícia*. Almedina, pp. 99-102.

Latour, Bruno (1987). *Science in Action*. Milton Keynes:Open University Press.

Löwy, Ilana (1992). «The Strength of Loose Concepts -Boundary Concepts, Federative Experimental Strategies and Disciplinary Growth: The Case of Immunology». In: *Hist. Sci.*, XXX. Science History Publications Ltd.

Schwartz, D. (1980). «Définition et notion de risque et de haute risque». In: *Les Grossesses a Haut Risque*. Masson, Paris, pp.11-18.