A mãe tudo faria para salvar sua filhinha.

A bebê que nasceu duas vezes

JOHN PEKKANEN

NA PONTINHA dos pés para não acordar o marido, Mike, Rhonda Denis saiu da cama e foi para a sala de estar de seu pequeno duplex em Oakland Park. Corey, o filho de 4 anos, dormia profundamente no outro quarto.

Rhonda, uma mulher esbelta, de 31 anos, sentou-se numa poltrona e pegou sua Bíblia. Enquanto rezava baixinho, tentando reunir a coragem necessária para enfrentar aquele dia 10 de janeiro de 1994, sentiu os pontapés do pequenino ser de 4 meses que tinha dentro de si.

Ao fim da tarde, iria a uma con-

sulta de alto risco e não podia acreditar que os outros médicos lhe tivessem dito que o bebê não resistiria.

SEMANAS antes, ela se submetera a um exame pré-natal de rotina e se emocionara ao saber que ia ter uma menina. Mas a um exame mais atento da ecografia, o rosto do médico se tinha ensombrado.

«Parece-me que temos problemas», disse ele com a doçura possível.

«Como assim?», quis saber Rhonda. Ele apenas lhe soube dizer que se tratava dos órgãos da bebê.

Pouco depois, Rhonda e o marido foram a uma segunda clínica, onde lhes foi dada uma perspectiva ainda mais desoladora: a criança teria pouca probabilidade de sobreviver.

«Já pensou em interromper a gravidez?»

«Não», respondeu ela. «Eu jamais poderia fazer isso.»

Aturdida com o terrível diagnóstico, Rhonda apoiou-se no braço de Mike, a caminho do parque de estacionamento. O sonho dela sempre fora criar filhos. Seis anos antes, quando marcaram o casamento, ela lhe tinha dito que queria ter uma dúzia.

Antes do nascimento de Corey, em 1989, Rhonda decidiu abandonar a agência de empregos onde trabalhava para assumir o papel de mãe em horário integral. Quanto a Mike, com a família crescendo, ele trabalhava longas horas na instalação de estruturas de alumínio para construção de prédios. Seu lar, doce e acolhedor, tornou-se um ponto de encontro para as crianças da vizinhança.

Mas o jovem casal enfrentava agora a angústia de perder um filho à nascença. No carro, Rhonda pousou a cabeça no ombro do marido e chorou.

Dali a quatro semanas, Rhonda deveria fazer uma nova ecografia com sonda. Nessa noite, ela disse para Mike: «Não consigo esperar tanto. Preciso saber o que se pode fazer se alguma coisa correr mal. Vou consultar outro médico.»

A 6 de janeiro de 1994, ela recebeu finalmente o diagnóstico implacável: «É uma hérnia de diafragma», disse o obstetra, que lhe explicou que o bebê tinha uma cavidade no diafragma, o músculo que separa o tórax do abdômen.

Num feto, uma hérnia desse tipo permite que parte do estômago, do baço, dos intestinos ou do fígado entrem pela cavidade torácica, impedindo os pulmões do bebê de se desenvolverem convenientemente.

No útero, ele recebe oxigênio através da placenta, mas, ao nascer, não consegue respirar, e em 60% dos casos morre.

QUATRO dias depois, Rhonda estava deitada numa sala de observação em West Palm Beach. A Dra. Debra A. Jones, a especialista em gravidezes de alto risco recomendada pela obstetra de Rhonda, percorreu-lhe o ventre com a sonda de ultra-sons para examinar o interior do bebê. A ecografia mostrou que seus órgãos estavam comprimindo os pulmões.

Pior ainda, o estômago fazia pressão sobre o minúsculo coração. «Isso é mau», pensou a Dra. Jones.

Lembrava-se de duas outras pacientes cujos filhos, com o mesmo problema, haviam morrido. Veio-lhe então à mente uma pessoa sobre a qual lera, alguém que trabalhava na vanguarda da medicina.

«Há um médico na Califórnia que opera bebês ainda no útero», explicou Jones. «Seu centro é o único no mundo onde isso se faz. Mas é muito arriscado e sua chance de ser aceita é pequena.»

«Não faz mal», exclamou Rhonda. «Estou preparada para fazer todo o necessário para ter minha bebê.»

Jones ficou impressionada. «Quanta energia e empenho», pensou, e prometeu enviar uma gravação da ecografia de Rhonda ao cirurgião pioneiro.

A PRIMEIRA vez que Michael Harrison, de 26 anos, vira morrer um recém-nascido com uma hérnia de diafragma por incapacidade de respirar era interno da Escola Médica de Harvard. «Se eles não podem ser salvos depois de nascer, por que não antes?» Na época, a idéia lhe parecera tão absurda que ele a guardara para si.

Nove anos depois, já especialista em Pediatria, entrou para o Centro Médico da Universidade de San Francisco. Formou uma equipe de pesquisa de vanguarda e começou a efetuar experiências cirúrgicas em fetos. E conseguiu demonstrar que, livrando a caixa torácica dos órgãos abdominais, os pulmões se desenvolviam rapidamente. Mas a experiência de Harrison foi ridicularizada por detratores, para quem a cirurgia fetal em seres humanos não passava de fantasia.

Ele, porém, não desistiu. Embora continuasse com uma atividade cirúrgica intensa, continuou a aperfeiçoar em laboratório as delicadas técnicas necessárias para salvar a vida de seus pequenos pacientes e começou a operar os bebês para quem a única chance residia na intervenção cirúrgica.

No início de 1994, quando a carta da Dra. Jones chegou à sua mesa, ele e sua equipe só se tinham experimentado em uns poucos casos, alguns bem-sucedidos, em outros, os bebês haviam morrido, alguns na mesa de operações. A perda de um bebê deixava Harrison terrivelmente abatido. Reunia-se com a família para lhe agradecer a coragem demonstrada e nunca acabava nenhum desses encontros de olhos secos.

Durante meses, o médico procurou uma razão para a morte dos bebês, até que descobriu que, quando o fígado era comprimido e penetrava na cavidade torácica do feto, alterava a trajetória da artéria umbilical, provocando a formação de um nó letal nessa linha da vida.

Harrison ficou aliviado com a análise das imagens difusas da ecografia enviada pela Dra. Jones, por verificar que apenas um pequeno segmento do fígado daquela bebê penetrara no tórax, o que não constituiria problema.

Havia ainda outros indícios bons. Ela não tinha deformações genéticas que impedissem a cirurgia, e seu grau de desenvolvimento permitia simultaneamente a operação e a sutura do tecido fetal. Além do mais, segundo a Dra. Jones, a mãe era uma pessoa resoluta e disposta a tudo para salvar a filha.

Rhonda Dennis afigurou-se-lhe uma boa candidata à operação.

«ACEITARAM-ME?», exclamou Rhonda ao telefone. «Nem posso acreditar. Obrigada, Dra. Jones! Obrigada, meu Deus!»

Nessa noite, quando Mike chegou em casa, ele e Rhonda se abraçaram de contentamento, mas Mike não pôde deixar de pesar a possibilidade de perdê-la.

Foi também doloroso constatar que não lhe seria possível acompanhar Rhonda à Califórnia. A operação seria coberta por um subsídio dos Institutos Nacionais de Saúde, mas Mike não podia interromper seu trabalho; tinha de equilibrar as finanças da família. A mãe de Rhonda ofereceu-se para acompanhá-la e uma prima prontificou-se a tomar conta de Corey.

NUMA sexta-feira 4 de março, o Dr. Harrison e sua equipe se reuniram com Rhonda e sua mãe numa sala forrada de madeira no Centro Médico da Universidade da Califórnia. Harrison foi direto ao assunto: Rhonda enfrentaria uma grave provação. Haveria duas operações distintas: uma para tentar resolver o problema do bebê; semanas depois, um parto por cesariana. Para evitar o desencadear prematuro do parto e dar ao bebê tempo para se recuperar, Rhonda teria de tomar medicamentos de desagradáveis efeitos secundários. E apesar de seus melhores esforços, o bebê ainda poderia não resistir. «Não posso prometer coisa nenhuma», disse Harrison. «Nada.»

Rhonda hesitou pela primeira vez. «Pode ser que não tenha forças para tanto», pensou. Olhou então para a mãe, Judy Robinson, que fora sempre sua maior amiga e conselheira. Na Flórida, Judy lhe havia dito: «Deus vai ao leme deste barco. Enquanto viajarmos nele, tudo correrá bem.»

NA TERÇA-FEIRA 8 de março de 1994, antes do amanhecer, Rhonda deu entrada no bloco operatório. Judy apertou-lhe a mão. «Rhonda, não saia do barco», disse ela.

Pouco passava das 6 quando Harrison, assistido pelo Dr. Adzick, praticou uma incisão de 3 cm no abdômen de Rhonda, deixando à vista o tecido uterino protuberante, de um vermelho-azulado. Os únicos sons que se ouviam na sala eram o sopro ritmado do ventilador e os bips dos monitores.

Harrison cortou a parede de 30 cm de espessura do útero e verificou que o monitor fetal registrava de 140 a 160 pulsações por minuto. «Perfeitamente normal», pensou, aliviado.

Harrison e Adzick sustiveram o útero aberto com a ajuda de pontos

cirúrgicos e grampos, deixando à mostra o saco amniótico, membrana semelhante a celofane que continha o bebê de 26 semanas. Harrison aspirou o líquido amniótico, enquanto o bebê era continuamente banhado por uma solução esterilizada de lactato de Ringer.

Em seguida, por meio de ultrasons, a equipe médica introduziu nele uma pequena agulha e injetou-lhe um narcótico para evitar-lhe a mínima dor durante a intervenção. O cirurgião puxou cuidadosamente o bracinho esquerdo de Maggie, deixando à vista seu peito e abdômen. Ela pesava menos de 1 kg e não era maior que a mão do médico.

Harrison deu então início à fase técnica mais difícil. Com o apoio de um sistema de lentes de aumento que quadruplicavam o tamanho do campo cirúrgico, fez uma pequena incisão abaixo da curvatura das costelas e outra no peito, até avistar o orifício no diafragma, um dos maiores que conhecera.

Com o dedo, deslocou cuidadosamente os intestinos e o baço de Maggie através do diafragma, atento aos bips do monitor cardíaco, mas seu ritmo se manteve estável.

Com extrema perícia, coseu então um retalho de fibra sintética resistente, destinado a cobrir para toda a vida o orifício do diafragma de Maggie. Os órgãos dela não se tinham desenvolvido no lugar apropriado e seu abdômen era pequeno demais para contê-los. Harrison teve por isso de colocar um saco plástico por fora de seu corpo para aumentar a superfície abdominal. A seguir ao parto, quando seu abdômen já se tivesse desenvolvido, ele seria retirado.

Depois de o líquido amniótico ter sido substituído pelo lactato de Ringer e de o saco fetal ter sido suturado, o médico varreu o útero ainda exposto de Rhonda com uma sonda ultra-sônica. Maggie se mexia. «Ótimo», alegrou-se o médico.

Ao fim de 4 horas e meia de operação, Rhonda foi transferida para a UTI. Agitada, tocou na enfermeira e susssurrou: «Como está a Maggie?»

«Sua bebê está se comportando bem», respondeu ela.

Rhonda sorriu e fechou os olhos.

PARA permitir o normal desenvolvimento dos pulmões, Maggie teria de ficar no ventre da mãe o maior tempo possível. Um parto prematuro constituía ameaça constante.

Rhonda voltou para o quarto do hospital e foi depois para a Casa de Saúde Ronald McDonald, próximo dali. A princípio, sentiu-se animada, mas aos poucos a situação se alterou, e ela começou a sentir dores abdominais atrozes. A terbutalina e o sulfato de magnésio que tomava para evitar o parto prematuro causavam-lhe fraqueza, tremores e náusea.

Tammy Kakazu, uma enérgica paciente submetida a uma operação semelhante um mês antes, tentou estimulá-la. «Todos os dias a situação melhora, Rhonda», disse-lhe a nova amiga.

Mas a própria Tammy começou a

sofrer dores agudas. O exame revelou que um fragmento de membrana do saco fetal se soltara durante a operação, enrolando-se em volta do cordão umbilical e cortando o fornecimento de oxigênio ao feto. Pouco depois, o bebê estava morto.

«O que aconteceu ao meu não tem forçosamente que suceder ao seu», disse ela, dando força à outra. «Continue a lutar e a ter esperança.»

Uma posterior ecografia com sonda revelou que as membranas de Rhonda também se tinham separado. Harrison mandou logo transferi-la para um quarto contíguo à sala de observações e ordenou repouso absoluto.

A presença da mãe não evitava que o isolamento fosse insuportável. As semanas decorriam e Rhonda sentia cada vez mais a falta de Mike e de Corey. Só o bip-bip do monitor cardíaco de Maggie lhe dava alento.

Mas às 9.30 do dia 22 de abril, o bip parou. Rhonda sentiu-se gelar ao ver a linha do monitor ficar plana.

Os médicos e as enfermeiras, alertados pelo alarme, precipitaram-se para o quarto. «Levem-na já para a sala de observações», gritou um deles. Mesas e cadeiras foram prontamente afastadas para dar espaço à cama de Rhonda.

Na sala de operações, o monitor cardíaco de Maggie registrava 60, ritmo inferior à metade do normal. «Não pare, por favor», rezou Harrison. Mas já tinham decorrido quase sete semanas desde a operação de Rhonda, tempo suficiente para os pulmões da bebê se desenvolverem. Se Maggie sobrevivesse, o perigo teria passado.

O obstetra J. T. Parer abriu o abdômen de Rhonda e cortou o útero e o saco amniótico. Depois, conseguiu agarrar Maggie, e, pela segunda vez em suas 33 semanas de vida, a criança foi cuidadosamente retirada do ventre da mãe.

O monitor cardíaco de Maggie cessara de bater há menos de 13 minutos. Parer passou a bebê a um pediatra, que lhe deu uma palmada.

A bebê de 1,5 kg inspirou e irrompeu num choro agudo. Os olhos de Harrison encheram-se de lágrimas quando a equipe da sala de observações rompeu em aplausos.

Um mês após o nascimento de Maggie Macala Dennis, ela e a mãe deixaram o hospital. Hoje com 2 anos, Maggie é uma criança feliz e saudável.

Com dedicação ímpar, Michael Harrison abriu mais uma fronteira na ciência médica. Suas técnicas de cirurgia fetal estão não só sendo utilizadas em hérnias de diafragma, mas também em outros problemas letais, inclusive no bloqueio de artérias urinárias, que pode levar à destruição da bexiga e dos rins do feto.

Meses depois de voltar para casa, Rhonda enviou uma carta afetuosa aos médicos Harrison e Adzick.

«O amor e a misericórdia de Deus permitem-nos ter Maggie conosco», escreveu ela. «Mas tal coisa não seria possível sem seu saber, perícia e vontade de salvar vidas. Jamais os esquecerei em minhas orações.»

FOTO: © DE VANCE JAMES