

DOCUMENTAÇÃO

A mortalidade materna reduziu-se mais do que se esperava

Um estudo publicado na revista médica "The Lancet" no ano passado, conseguiu provar que, entre 1980 e 2008, a taxa de mortalidade materna global diminuiu 35%. Isso demonstra ser um problema resolúvel com recursos adequados, ao mesmo tempo que desmente a necessidade de legalizar o aborto com este objectivo.

O empenho em fazer diminuir as mortes das mulheres relacionadas com a gravidez e o parto levou as Nações Unidas a fixar, como um dos 10 objectivos do milénio, a redução em 75% da mortalidade materna até 2015.

O problema é que, desde então, algumas agências das Nações Unidas, e outros organismos internacionais, converteram a estratégia para reduzir a mortalidade materna num pretexto para legalizar o aborto.

Para estes organismos, grande parte das mortes maternas tem-se devido à existência de complicações causadas pelo aborto, em especial quando este se realiza em condições deficientes. Os abortos inseguros costumam ser identificados com os clandestinos, e isso tem servido de argumento a favor de que seja legalizado o aborto nos países onde ele é proibido ou permitido apenas a título de excepção.

Esta foi a lógica utilizada nalguns trabalhos patrocinados pelo Fundo da ONU para a população (UNFPA) ou pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Logicamente, esta posição foi aplaudida pelas organizações defensoras do aborto. Por exemplo, a International Planned Parenthood Federation (IPPF) assegura, na sua página *web*, que a mortalidade materna se reduziria facilmente através da prestação e acesso das mulheres ao aborto seguro.

Chama a atenção o teor categórico deste tipo de afirmações quando comparado com a prudência que os especialistas costumam utilizar neste tema. Na realidade, há muito poucos dados fiáveis sobre a relação entre aborto e mortalidade materna. É o que explica, por exemplo, Donna Harrison, presidente da Associação Americana de Obstetras e Ginecologistas pela Vida.

Afastar os preconceitos

O estudo publicado pela "The Lancet" oferece uma oportunidade de ouro para afastar os preconceitos e ver como as coisas se têm passado. Com os dados referidos, se algo fica claro é que a redução da mortalidade materna se consegue melhorando os sistemas sanitários locais, o nível educativo e os rendimentos das mulheres.

Segundo o estudo, realizado por investigadores das Universidades de Washington e Queensland (Austrália), as mortes relacionadas com a maternidade passaram de 526.300 em 1980, para 342.900 em 2008. Isso significa que o rácio de mortalidade materna global caiu 35% nesse período.

Este trabalho oferece dados muito diferentes dos de outro estudo publicado na "The Lancet" em 2007. Tal investigação, de uma equipa de investigadores diferentes, situava o número de mortes maternas ocorridas no ano de 2005 em 535.900. Este número impedia que se falasse de uma queda da mortalidade materna.

Mas o novo estudo estabeleceu a sua conclusão graças à utilização de métodos mais precisos. Além disso, a nova equipa de investigadores trabalhou com todo o tipo de dados provenientes de óbitos, censos e estatísticas de 181 países, o que lhes permitiu acumular um volume de informação quase três vezes maior que o empregado no estudo anterior.

Embora haja apenas 23 países em vias de alcançar o ambicioso objectivo do milénio fixado pela ONU, o estudo destaca os rápidos progressos realizados por países como o Egipto, a China, o Equador e a Bolívia.

Um dado interessante é a incidência do *HIV* nas mortes maternas: entre 1980 e 2008, 60.000 mulheres grávidas morreram de SIDA. "Isto explica porque a mortalidade materna está a subir no Leste e no Sul de África", diz Christopher J. L. Murray, Director do Institute for Health Metrics and Evaluation da Universidade de Washington e um dos autores do estudo.

Entre os factores que contribuíram para reduzir as mortes relacionadas com a maternidade, o estudo destaca os seguintes: a diminuição das taxas de gravidez nalguns países; o aumento dos rendimentos femininos, que contribuem para melhorar a alimentação e o acesso aos cuidados de saúde; a melhoria do nível educativo das mulheres; e a crescente

disponibilidade de cuidados prestados por especialistas durante o parto.

Também teve muita influência na descida da taxa de mortalidade materna global o facto de ter melhorado em países tão populosos como a China e a Índia. Na China, passaram de cerca de 144-187 mortes por cada 1.000 nascimentos em 1980, para 35-46 em 2008. E, na Índia, a descida foi de 408-1.080 mortes por cada 1.000 nascimentos em 1980, para 154-395 em 2008.

Optimismo, sob pressão

Os resultados do estudo provocaram uma injeção de optimismo na comunidade científica, sobretudo por conseguirem fazer dissipar os receios de se estar perante um problema irresolúvel. "A mensagem principal é que, pela primeira vez numa geração, há provas de um constante e bem vindo progresso", disse Richard Horton, editor da "The Lancet", na apresentação do estudo.

Os impulsionadores do mito da mortalidade materna provocada pelo aborto é que não gostaram. Horton explicou ao "International Herald Tribune", ter recebido pressões de defensores dos "direitos reprodutivos" da mulher para a "The Lancet" atrasar a publicação do estudo.

O motivo que alegaram, segundo Horton, é que nos meses seguintes se ia realizar uma série de conferências sobre a saúde materna: uma, no seio da ONU; e outras duas, em Washington e Londres. Além disso, constata-se que, nas Assembleias Gerais das Nações Unidas, este é um daqueles temas "onde a ciência e o activismo costumam entrar em conflito", conclui Horton.

Dinheiro, para quê?

Horton confia que a investigação se venha a traduzir em consequências políticas. Na sua opinião, os governos deveriam interrogar-se sobre o destino que dão ao dinheiro e as estratégias que promovem para reduzir as mortes relacionadas com a gravidez e o parto.

Neste sentido, não deixa de ser inquietante o acordo que o Governo espanhol assinou, no ano passado, com o Fundo das Nações Unidas para a Mulher (UNIFEM); um organismo que, segundo o *ABC*, se manifestou contra as restrições ao aborto em 18 Estados mexicanos.

Segundo o novo acordo, o Governo espanhol destinará ao UNIFEM, em três anos, um total de 99,5 milhões de euros. Já tinha assinado convénios parecidos com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

Em geral, estes três organismos tendem a colocar a estratégia para reduzir as mortes relacionadas com a maternidade como se fosse um dilema entre liberalizar ou restringir o aborto. Mas a verdade é que a correlação entre a legalização do aborto e baixo índice de mortalidade materna tem pouco fundamento.

Como demonstra o estudo publicado na "The Lancet", países com leis permissivas do aborto podem coexistir com uma subida da mortalidade materna. Por exemplo, os Estados Unidos passaram de 12 mortes por cada 1.000 nascimentos em 1980, para 17 em 2008; o Canadá oscila entre as 6 e as 7; e a Noruega subiu de 7 para 8. Acrescente-se ainda que países onde existem leis restritivas, como a Irlanda, podem ter uma mortalidade baixa.

J. M. V.

Atender as pessoas dependentes exigirá mais gastos e prestadores

A OCDE acaba de publicar um relatório que concretiza o que implicará o atendimento às pessoas dependentes, em consequência do actualmente imparável envelhecimento dos países mais desenvolvidos. A despesa pública poderia duplicar e, inclusivamente, triplicar daqui até 2050. Isto exigirá aos governos ajustar as suas políticas orçamentais.

Sem entrar em aspectos muito técnicos e definições jurídicas, consideram-se dependentes as pessoas que necessitam de uma ajuda externa para acções vitais quotidianas. Exigem a prestação de um conjunto de cuidados permanentes, por falta de capacidade física, cognitiva ou funcional. Pode incluir ajuda para a manutenção da casa ou para a satisfação das obrigações administrativas, crescentes também no mundo de hoje.

Segundo o relatório, intitulado "Help Wanted? Providing and paying for longterm care", actualmente, metade das pessoas dependentes tem mais de 80 anos (4% da população). Mas aproximar-se-á dos 10% da população em 2050. As percentagens mais altas acontecerão no Japão (17%) e na Alemanha (15%). E a despesa continuará a crescer, sendo actualmente nos países da OCDE de 1,5% do PIB, embora haja notórias diferenças de alguns países para outros, desde os 3,6% da Holanda para os 0,1% de Portugal.

Serviços de apoio a prestadores de cuidados de saúde familiares

Além do problema económico – também o relativo aos que abandonam a sua ocupação profissional para cuidar das pessoas próximas –, o relatório salienta a necessidade de formar pessoal especializado no tratamento das pessoas dependentes. Durante muito tempo, especialmente nos países latinos, essa tarefa circunscreveu-se ao âmbito familiar. Na zona da OCDE, mais de um adulto de 50 anos, em dez, ajuda uma pessoa funcionalmente limitada, normalmente de forma não remunerada. Quase dois terços são mulheres. A ajuda que recebem é quase apenas simbólica: o reconhecimento da sua utilidade social e da dificuldade do seu papel.

Além de ajudas concretas, seria preciso estabelecer serviços de apoio, para a formação própria e o acompanhamento psicológico (é elevada a incidência de problemas de saúde mental), assim como a possibilidade de recorrer periodicamente a centros de cuidados. Os especialistas consideram que é possível implementar estas soluções a custos relativamente baixos, com o apoio, também frequente, do voluntariado. Tudo isto acarreta grandes vantagens para os beneficiários dos cuidados, que preferem ser atendidos por parentes e amigos. E, à partida, constitui uma grande poupança para o Estado. Daí a conveniência de fomentar essas medidas intermédias, como as prestações familiares e a facilitação do trabalho a tempo parcial, que levam a que a entrada em estabelecimentos residenciais seja limitada a casos extremos. Como recorda o relatório, estes constituem 62% dos gastos, embora 70% das pessoas dependentes sejam atendidas na sua casa. Mas não será fácil manter esta possibilidade – tão normal durante muito tempo – perante as dificuldades provocadas pela crise da família em tantos países ocidentais.

Contratar seguros

Em tempos mais recentes, os postos de trabalho desempenhados por pessoas alheias à família, são submetidos a uma ampla rotação, ocupados muitas vezes por imigrantes não qualificados: um em cada quatro, na Austrália, na Grã-Bretanha e nos Estados Unidos, e um em cada dois, na Alemanha, na Áustria, na Grécia, em Israel e em Itália.

Fala-se já de um sector da dependência, que empregaria entre 1% e 2% da população activa. Em muitos países, esta percentagem irá duplicar em meados do século XXI. Não será fácil, na opinião da OCDE, recrutar novos trabalhadores e assegurar a sua permanência no sector. As suas condições de trabalho terão de melhorar muito.

Segundo o relatório, os governos devem encontrar um equilíbrio entre a oferta de atendimento de qualidade – que os cidadãos exigem cada vez mais no âmbito da saúde pública e no conjunto da segurança social – e a sua viabilidade económica.

Por outro lado, será preciso favorecer a adequada utilização das diversas estruturas de cuidados de saúde e de atendimento de longa duração, coordenando actividades dentro e fora dos centros hospitalares. Nesse contexto, é essencial a informação que é prestada aos dependentes e às suas respectivas famílias.

Existe igualmente a possibilidade de contratar seguros para cobrir a dependência futura. De momento, nos Estados Unidos e em França, 5% e 15%, respectivamente, dos maiores de 40 anos de idade, subscreveram apólices para assegurar o risco da futura dependência pessoal.

Os cuidados paliativos, uma carência nos países em desenvolvimento

Dos 58 milhões de pessoas que morrem anualmente, 48 falecem nos países em desenvolvimento, e a grande maioria delas não tem um sistema de cuidados de saúde paliativos. Salienta-o um artigo de Priya Shetty na revista médica "The Lancet", no ano passado.

De facto, em países como a Índia, este tipo de cuidados só se tornaram visíveis graças às actividades de entidades privadas, de voluntários ou de ONGs. É o caso de Kerala, um Estado do Sul do país, que conta actualmente com dois terços de todos os centros de cuidados paliativos da Índia. Em 1993, a Pain and Palliative Care Society implementou um programa – com financiamento do Estado – de educação para profissionais de saúde e voluntários. Como resultado, o Estado de Kerala foi um dos primeiros a modificar a restritiva política de acesso à morfina e outros derivados do ópio recomendados para o tratamento da dor em doentes terminais. Em 2008, além disso, adoptou uma política geral sobre os cuidados paliativos muito mais avançada do que a da maioria do restante território indiano.

Houve igualmente alguns avanços em África. O governo do Uganda mostrou nos últimos anos uma atitude mais positiva perante o tratamento específico da dor. Assim, em 2004, alterou as suas leis para permitir, às enfermeiras e aos especialistas no acompanhamento de doentes terminais, prescreverem morfina.

O problema da falta de atendimento específico aos doentes terminais tem muito que ver com os entraves para a distribuição nos hospitais de certos produtos, especialmente os opiáceos, por medo do seu potencial de dependência ou de se vir a generalizar uma utilização inadequada. Segundo explica Shetty, um potente produto anti-dor como a morfina não está disponível em mais de 150 países, apesar de a Organização Mundial de Saúde o incluir entre os fármacos essenciais. Em muitos destes países, o analgésico mais eficaz a que têm acesso os doentes que deles necessitam é o paracetamol ou a aspirina.

Contudo, o acesso aos opiáceos não é o único problema que enfrentam os cuidados paliativos nos países em desenvolvimento.

Formação de especialistas

Outro dos desafios deste ramo da medicina é a formação de profissionais competentes. Ranjana Srivastava, oncologista do Southern Health de Melbourne, atribui a falta de pessoal preparado ao modo como se ensina a medicina: "Em muitos países desenvolvidos, o currículo oficial presta muita atenção, teoricamente, à comunicação entre médico e doente, mas este aspecto da saúde [os cuidados paliativos] continua a ser encarado como um apêndice circunstancial na formação do médico, em vez de o ser como uma parte nuclear".

Por isso, no Trivandrum Institute of Palliative Sciences – o centro pioneiro na Índia – oferecem cursos práticos a médicos e enfermeiras. Estes cursos incluem períodos de visitas a outros hospitais e a casas particulares.

Por seu turno, médicos de dois hospitais britânicos – o Douglas House Hospice e o Severn Hospice, respectivamente –, elaboraram um *kit* de cuidados paliativos que podem ajudar inclusivamente em sítios onde o tratamento da dor é quase inexistente.

Atitude do médico perante a morte

Priya Shetty adverte também no seu artigo que, quando a medicina é encarada como a luta contra a doença a qualquer preço, a morte converte-se num fracasso absoluto: “enquanto se tiver esse conceito da morte, vai ser sempre difícil falar de como morrer bem”, reflecte Srivastava. Infelizmente, esta cultura está muito arraigada entre os médicos, que foram formados para proporcionar esperança, mas entendida só em termos de prolongar a vida. Daí se evitarem as conversas com os doentes que possam vir, assim, a descobrir claramente a sua situação terminal, substituindo-as por trocas de impressões eufemísticas que só conseguem confundir o enfermo.

Outra moda neste campo consiste em deixar ao doente a escolha do tratamento que pretende lhe seja aplicado. Para Susan Block, especialista em cuidados paliativos do DanaFarber Cancer Institute de Boston, esta prática implica que se lhes imponha uma carga de responsabilidade para a qual não estão preparados.