

Os fatores que baixam a mortalidade materna

O quinto dos “objetivos do milénio” que a ONU se propôs conseguir em 2015, é reduzir 75% a mortalidade materna. Algumas agências da ONU apresentaram as políticas liberalizadoras do aborto como algo necessário para reduzir a mortalidade materna. Mas o caso do Chile demonstra que a maternidade segura tem muito mais a ver com outros fatores, como a educação ou a qualidade do sistema de saúde. Isso também se viu na Irlanda.

O estudo (Koch E, Thorp J, Bravo M, Gatica S, Romero CX, *et al.*, 2012, “Women’s Education Level, Maternal Health Facilities, Abortion Legislation and Maternal Deaths: A Natural Experiment in Chile from 1957 to 2007”. PLoS ONE 7(5): e36613. doi:10.1371/journal.pone.0036613), publicado na revista médica digital “PLoS One”, foi realizado por cientistas de várias universidades chilenas e da norte-americana de North Carolina-Chapel Hill. Segundo os autores, em muitas investigações anteriores não se consideraram períodos suficientemente longos, ou deixou-se de lado determinado fator que auxilia o ajustar da importância de cada elemento interveniente nos números finais da mortalidade materna.

Este estudo, pelo contrário, foi acompanhando desde 1957 uma série de fatores como a taxa de fecundidade, a vida escolar média das mulheres, a preparação dos médicos obstetras, a percentagem de mães que dão à luz pela primeira vez, o rendimento *per capita*, ou o acesso a água corrente e potável.

Porque interessa o Chile

O Chile é um dos poucos países da América Latina que proíbe o aborto terapêutico em todos os casos, juntamente com a República Dominicana, Nicarágua, Honduras e El Salvador. Em todos eles, menos no Chile, a taxa de mortalidade materna (*MMR – Maternal Mortality Ratio*) supera os 100 pontos (número de mortes por cem mil nascidos vivos), uma taxa muito alta.

O Chile – o país latino-americano com menor mortalidade materna (17), e o segundo de toda a América, depois do Canadá (9) e à frente dos Estados Unidos (18) - é um objeto de estudo interessante, tanto pela disponibilidade de dados, como pela história da sua legislação sobre o aborto. O aborto terapêutico foi proibido sem exceções em 1989. Antes era legal nalguns pressupostos. A evolução política, social e económica do Chile desde então – atualmente é o país mais desenvolvido da América Latina – faz com que possa servir de referente para avaliar o possível impacto de políticas restritivas do aborto no primeiro mundo.

A principal conclusão do estudo é que a constante descida da *MMR* no Chile obedece sobretudo ao progresso educativo (que influi decisivamente no comportamento reprodutivo) e à melhoria do sistema de saúde. De passagem, confirma também que a restrição do aborto não provocou um aumento da *MMR*. De facto, os autores salientam que não há indícios diretos de que proibir o aborto aumente o risco para as mães, e recordam que os países europeus com leis mais restritivas (Irlanda, Malta e Polónia) têm algumas das taxas mais baixas de mortalidade materna.

Baixa contínua

O Chile é um exemplo de sucesso. A *MMR* baixou 95,6% de 1961 (293,7) a 2003 (12,7). Depois subiu ligeiramente até 2007 (18,2), embora não precisamente devido ao aborto, mas mais porque, como em muitos outros países, aumentou a idade das mães e, portanto, houve mais complicações.

Se se observarem os dados da descida anual, percebem-se duas fases: de 1965 a 1981, a *MMR* baixou rapidamente, a um ritmo médio de -13,2 mortes por 100.000 nascidos vivos; desde 1981, a diminuição média anual é de -1,59 mortes. Os dados do estudo vão até 2007 mas, segundo o Instituto Nacional de Estatística chileno, a taxa baixou em 2009 para 16,9. Nesse ano, só morreu uma mãe devido a aborto.

Além disso, a proibição de 1989 não provocou nenhuma modificação significativa na tendência descendente da *MMR*. O vínculo entre a restrição do aborto e o maior risco para as mães não se cumpriu no Chile.

Se se analisarem as diversas causas de mortalidade nas mães, os dados são ainda mais esclarecedores. A *AMR* (*Abortion Mortality Ratio*: mortes maternas devidas exclusivamente ao aborto por cem mil nascidos vivos) desceu 92,3% desde que foi aprovada a lei pró-vida até 2007, quando se situou em 0,83. Em parte, esta descida deve-se à maior segurança dos abortos clandestinos relativamente às décadas anteriores.

Contudo, os autores do estudo também se atrevem a conjecturar que os abortos totais (espontâneos e induzidos, documentados e clandestinos) diminuiriam até se estabilizarem. Partem da hipótese de que um aumento do número de abortos clandestinos deveria implicar um maior número de hospitalizações, mas estas diminuíram desde 1989. Assim, muito menos se cumpre o axioma pró-aborto de que a proibição só serve para multiplicar os casos de abortos clandestinos.

Os autores do estudo não avalizam o argumento de que o menor número de hospitalizações se deve a que muitas complicações derivadas do aborto se fazem passar por outro tipo de problemas (por medo da lei) ou são mal diagnosticadas. Por um lado, explicam, os médicos têm o dever de guardar o segredo profissional; por outro, o engano ou a falsificação da causa de uma morte acarreta importantes sanções legais para os profissionais de saúde.

A importância da educação

A explicação mais credível – e mais cientificamente garantida para a descida no número de abortos reside na educação. De facto, o fator educativo é, de todos os examinados no estudo, o mais claramente associado à mortalidade materna e à incidência dos abortos em geral. Ajustando todas as variáveis (qualidade do sistema de saúde, rendimento *per capita*, acesso a água potável, etc.), pode-se afirmar que por cada ano adicional que as mulheres investiram na educação, a *MMR* baixou 29,3 mortes por cada 100.000 nascidos vivos.

O alargamento da educação no Chile tem um marco histórico em 1965, quando aumentou para oito anos a escolaridade obrigatória. Na tabela de dados referida no estudo, desde aí foi visível uma baixa mais acentuada da *MMR*.

A educação importa sobretudo na medida em que modifica o comportamento reprodutivo da população, muitas vezes indiretamente, fomentando, por exemplo, o emprego feminino. Para os autores do estudo, o vínculo da taxa de fecundidade com a mortalidade materna não é direto, sendo me-deado pela educação. O estudo cita outras investigações levadas a cabo no Bangladesh, Índia e Paquistão, nas quais a relação entre fecundidade e *MMR* se sobre dimensionou, por não ter em conta o fator educativo.

O paradoxo da fecundidade

Pelo contrário, é possível observar uma relação direta entre a mortalidade materna e o aumento da idade média das primíparas (que dão à luz pela primeira vez). Assim, por cada aumento de 1% das maiores de 29 anos entre todas as primíparas, calcula-se uma subida de 30 pontos na *MMR*.

Isto é o que o estudo denomina “o paradoxo da fecundidade”: o aumento da idade média da primeira maternidade, se é moderado, associa-se, embora não muito claramente, a uma descida na *MMR*; mas se é excessivo, provoca uma subida clara da mortalidade materna. O atrasar a primeira maternidade resulta assim numa arma de dois gumes.

A percentagem de mães primíparas com mais de 28 anos aumentou bruscamente no Chile desde 1985 – pelo contrário, a baixa na taxa de fecundidade vinha a acontecer desde muitos anos antes. Não é por acaso que a percentagem de mortes maternas provocadas por hipertensão ou eclampsia [esta consta de valores elevados da pressão arterial, edemas (inchaço) nas pernas e albumina na urina, podendo originar convulsões], ambas associadas a uma idade mais elevada da grávida, tenha subido precisamente desde meados dos anos 80. Em 1975, só constituía 8,3% de toda a mortalidade materna; em 2007, já significava 20,4% do total, enquanto que as mortes provocadas por aborto só representavam 6,2%.

Em abril, o Senado chileno rejeitou três moções que pretendiam legalizar o aborto em determinados casos, por risco para a vida da mãe ou malformações do feto.

F. R.-B.

Os anticoncepcionais não orais têm mais riscos

Sabe-se que os anticoncepcionais orais combinados (AOC: a moderna “pílula”) aumentam o risco de se sofrer diversas doenças, principalmente transtornos vasculares e alguns tipos de cancro. Contudo, dos anticoncepcionais que também são hormonais mas não se administram por via oral, poucos estudos havia até agora. Um muito completo, recém-publicado no “British Medical Journal”, conclui que aumentam o risco de trombose venosa, alguns ainda mais do que os AOC.

Com os anticoncepcionais não orais procura-se o mesmo efeito que com os AOC, sem o incómodo da tomada diária. Colocam-se de diversas formas no organismo e libertam continuamente as mesmas hormonas que os AOC durante uma semana ou mais, até vários anos, antes que seja necessário substituí-los. O novo estudo, realizado na Dinamarca, examina quatro

anticoncepcionais deste tipo: o adesivo transdérmico, o anel vaginal, o implante subcutâneo e o dispositivo intrauterino que liberta hormonas (DIU-h).

O estudo foi feito com os dados do sistema de saúde dinamarquês, que, desde 1977, mantém um registo nacional de pacientes onde figura o historial de cada um, incluindo as prescrições de medicamentos. Para avaliar o risco de trombose venosa relacionado com os anticoncepcionais, os autores excluíram as mulheres que tinham tido alguma antes. Obtiveram assim uma amostra de 1,6 milhões de mulheres de 15 a 49 anos, das quais examinaram os dados de dez anos (2001-2010).

Na tabela seguinte apresentamos o risco relativo (RR) de trombose venosa nas utentes dos quatro anticoncepcionais estudados relativamente às mulheres que não usam anticoncepcionais hormonais. Para facilitar outra comparação, inclui-se o RR de dois tipos de AOC: os que contêm levonorgestrel e estrogénio (AOC-le) e os que contêm norgestimato (AOC-n).

O RR é o fator de aumento do risco em relação ao grupo de referência, cujo RR é 1, por definição. Assim, um RR igual a 7,90, significa que a probabilidade de sofrer trombose venosa é 7,90 vezes superior à que têm as não utentes.

Risco Relativo

AOC-le 3,21

AOC-n 3,57

Adesivo 7,90

Anel 6,48

Implante 1,40

DIU-h 0,57

Como se vê, todos os anticoncepcionais hormonais aumentam o risco de trombose, menos o DIU-h (o Mirena, da Bayer, que liberta levonorgestrel, é o único existente no mercado). O RR do implante é pequeno, mas o do adesivo e o do anel são elevados e muito superiores ao dos AOC.

Tendo em conta estes dados, e os já conhecidos sobre os AOC, é estranho que muitas vezes se apresente a dispensa de anticoncepcionais como um serviço de saúde básico. Por exemplo, foi com base nesse pressuposto que a Administração Obama justificou o tê-la incluído nas prestações obrigatórias de todos os seguros médicos. Mas serviços de saúde básicos são os que fornecem os tratamentos necessários contra as doenças ou cuidados preventivos que as evitam (vacinas, explorações a mulheres com risco de cancro da mama...). Os

anticoncepcionais, que aumentam a taxa de morbilidade na população feminina, não cumprem essa condição. Haveria que perguntar se a saúde pública não deveria deixar de os pagar, assim como não subsidia os cigarros aos fumadores. Excetuando em terapia hormonal, os anticoncepcionais não são usados para aliviar um transtorno e a sua única ligação com a saúde obedece aos seus efeitos secundários.

O aborto, segredo oficial

O direito do cidadão a saber vai ter uma exceção no Ontário: as estatísticas do aborto.

Permitir que o cidadão tenha acesso a informações disponíveis nas Administrações públicas é considerado um direito nos países democráticos. Em virtude do “direito a saber”, vigora o princípio da publicidade da informação, pelo que o segredo e as recusas de acesso devem ser limitadas e devidamente motivadas. Assim, em contraste com o ocultismo de tempos passados, os avanços na transparência informativa vão colocando mais dados à disposição do público.

Por isso, chama mais a atenção que no Ontário (Canadá) se tenha dado um passo atrás, num tema muito concreto: as estatísticas e informações sobre o aborto. Desde este ano, os cidadãos não podem solicitar às instituições públicas dados sobre este assunto. Todas estas informações são agora secretas, pois foram excluídas daquelas que as Administrações irão facultar.

A mudança na lei de Liberdade de Informação e Proteção da Privacidade foi feita à socapa, sem nenhum debate parlamentar nem publicidade. Só perante a recusa de um pedido de dados, foi descoberta a mudança efetuada. A emenda tinha sido introduzida através de outra lei, que trata da responsabilidade financeira das organizações públicas, pelo que passou despercebida. Uma mudança oculta introduzida pela porta das traseiras, como se fosse um aborto clandestino (em inglês, *backstreet abortion*).

Deve ter-se em conta que o Canadá é um dos poucos países em que não existe uma regulamentação sobre o aborto, sem nenhuma limitação de prazos nem de pressupostos. Em 1988, o Supremo Tribunal declarou inconstitucionais as leis em vigor sobre o aborto e, desde então, não há um quadro legal sobre este assunto. Vale tudo.

Agora vai valer também na província de Ontário a ocultação dos dados. As últimas estatísticas conhecidas de 2010, mostravam que, no Ontário, se tinham realizado quase 44.000 abortos, o que equivalia a 31 abortos por cada 100 nascidos vivos. Outras estatísticas de 2007 revelavam fenómenos preocupantes: 52% das mulheres que abortavam, tinham tido um ou mais abortos antes; um quinto das jovens de 15-19

anos tinha abortado. Talvez fossem dados que “podiam ferir a sensibilidade”.

Acontece que tudo o que se refere às estatísticas do aborto no Canadá está cheio de buracos. Não há nenhuma legislação que obrigue as clínicas privadas a comunicar os dados ao Ministério da Saúde, diversamente do que se passa com os hospitais. A província do Québec não disponibilizou nenhum dado sobre abortos em 2010, o que permitiu ao movimento pró-vida felicitar ironicamente o Québec, “por ser a primeira província do Canadá a erradicar o aborto”. Também na Colúmbia Britânica, os legisladores excluíram o aborto da informação acessível ao público, embora com menos limitações do que no Ontário. Em resumo, não há forma de saber com exatidão as tendências sobre o aborto no país.

O caso do Canadá põe em relevo dois pesos e duas medidas na transparência sobre o fenómeno do aborto. Quando se trata de legalizá-lo, avançam-se hipóteses que estimam em excesso de modo inverosímil o número de abortos clandestinos, e denuncia-se a hipocrisia de uma sociedade que não quer saber o que se está a passar. Pelo contrário, num país como o Canadá, onde o aborto é plenamente legal e poderia saber-se com rigor a magnitude do fenómeno, faz-se todo o possível para ocultar essa informação ao público. Assim, este fica privado também dos dados de que necessita para formar uma opinião e expressá-la. Com o aborto parece haver primazia para o consentimento desinformado.

I. A.

Indemnizado por estar vivo

O reconhecimento do aborto como um direito, pode levar a consequências tão inesperadas como as que se depreendem da sentença sobre um aborto falhado, uma novidade em Espanha e que tanto está a dar que falar. A jovem de 22 anos submeteu-se a um aborto quando estava grávida de oito semanas. O médico não soube fazer o aborto e, na revisão posterior, não comunicou que o feto continuava no útero. Quando finalmente se observou que a gravidez continuava, tinham já passado 22 semanas, o que impedia realizar o aborto dentro dos prazos legais. O bebé nasceu de sete meses, mas são, e hoje é uma criança perfeitamente normal.

O médico foi condenado por um tribunal de primeira instância de Palma de Maiorca, por negligência médica. Deverá indemnizar a mãe com 150.000 euros por danos morais e a criança com 270.000 euros, que serão destinados à sua manutenção até aos 25 anos.

As reportagens que provocaram a notícia fazem ver que, diversamente dos efeitos de outras negligências médicas, esta

só trouxe felicidade. A mãe não desejou a gravidez, mas hoje está encantada com a criança: “Quero-lhe muito e isso é o que interessa”. Quando quis abortar vivia com os seus pais e temia a reação deles, mas também isso foi superado: “Na minha casa de início foi duro mas, rapidamente, deixou de o ser. Agora apoiam-me, adoram o meu filho”. Diz que quando engravidou “não tinha outra opção a não ser abortar”, mas o mero facto de hoje estar encantada por ter uma criança entre os braços, revela que outra opção foi possível.

A sua situação confirma que uma gravidez não desejada pode dar lugar a uma criança muito desejada, se se lhe der tempo para ser aceite; e que essa mesma mulher, que perante a gravidez imprevista pensa lhe ter caído o mundo em cima e não ter outra saída senão o aborto, pode reorientar a sua vida satisfatoriamente, se encontrar a ajuda devida.

O médico é condenado pela sua negligência, pois não soube avaliar a ecografia que revelava a continuação da gravidez, nem calcular devidamente a idade de gestação. Já se sabe que nas clínicas abortistas não se encontra a nata da profissão, e talvez este episódio nos diga também algo sobre o modo expedito com que se procede nestas intervenções.

Mas deve reconhecer-se que, neste caso, a negligência do médico beneficiou a saúde da criança. O curioso é que, para considerar o aborto como um ato médico, há que alterar o conceito de má *praxis*. A intervenção abortista corresponde a uma boa *praxis* se conduzir à morte do feto; pelo contrário, será má *praxis*, se lhe permitir continuar a viver.

O aborto como direito leva a perturbar tanto a deontologia médica, como a lógica jurídica. Se o beneficiário de uma indemnização é quem sofreu um dano, é difícil entender que dano se provocou à criança pelo facto de nascer sã, em vez de ter sido aspirada para a morte. Será que a vida humana pode ser considerada como um prejuízo reparável?

Em França, deu lugar a um amplo debate no ano 2000, uma sentença do Tribunal de Recurso que outorgou uma indemnização a um jovem deficiente (caso Perruche). O erro médico não tinha sido a causa da sua deficiência, mas o diagnóstico errado levou a sua mãe a não abortar. A sentença foi tão criticada que provocou uma mudança de legislação para evitar que a vida de um deficiente pudesse ser considerada em si mesma um dano indemnizável.

Em Espanha, já houve sentenças que condenaram médicos por não saberem detetar num diagnóstico pré-natal que o feto tinha determinada deficiência. Agora verifica-se que, mesmo no caso de uma criança ser perfeitamente sã, a sua vida pode vir a suscitar uma indemnização por não se haver respeitado o direito da sua mãe a eliminá-la.

Resta ver qual será a reação do filho quando for maior e a sua mãe lhe explicar as circunstâncias do seu nascimento. Se tudo correr bem, vai agradecer ao médico negligente.

I. A.