Sexual and Reproductive Health: where are we?
Saúde Sexual e Reprodutiva: onde estamos?

Teresa Bombas*

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu até 2015 metas no sentido de todos os estados membros assegurarem compromissos e implementarem medidas para melhorarem o acesso à saúde, incluindo o acesso à saúde sexual e reprodutiva. Na Europa, nos últimos 15 anos, os países fizeram um enorme progresso na melhoria dos indicadores de saúde sexual e reprodutiva[1]. Globalmente os dados nacionais destacam-se favoravelmente da média europeia: a mortalidade perinatal desceu de 6,9 por 1.000 nascimentos em 2000, para 3,7 mortes em 2013; a mortalidade materna subiu de 2,5 mortes por 100.000 nascimentos em 2000 para 7 mortes em 2013 (desde 1990 que a mortalidade materna tem estado sempre abaixo de 10 mortes por 100.000 nascimentos, com oscilações anuais entre 3 a 8 mortes maternas por 100.000 nascimentos/ano)[2]; a prevalência de uso de contraceção subiu de 79% em 2005 para 94% em 2015, entre as mulheres sexualmente ativas[3]; o número de abortos desceu de 211 por 1.000 nados vivos em 2011, para 186 abortos em 2015[4]; na incidência de infeção HIV entre 2000 e 2015 registou-se uma tendência decrescente (contrária à verificada nos anos anteriores) no número de casos diagnosticados: 30 casos por 10.000 habitantes em 2000 e 10,7 casos em 2014. Apesar de desde o ano 2000, se verificar uma redução consistente no número de novos casos diagnosticados anualmente, Portugal é desde há longa data o país da Europa ocidental com a taxa anual de novos diagnósticos mais elevada[5].

Globalmente, a OMS propôs para a Europa, para 2020 (*UN Sustainable Development Goals*), um plano de ação para a saúde sexual e reprodutiva, reconhecendo a importância da implementação/continuação de novas políticas para garantir a equidade de acesso, condições e qualidade de saúde[1]. Esta proposta foi aceite pela maioria dos países membros Europeus, incluindo Portugal.

Em Portugal, desde 1984, a interrupção de gravidez é permitida por lei, em circunstâncias bem definidas. Esta legislação foi sucessivamente atualizada em função da evolução científica verificada no diagnóstico pré-natal e da evolução social verificada na proteção aos direitos sexuais e reprodutivos.

Segundo os últimos dados nacionais, em 2015 foram realizadas 16.454 interrupções de gravidez, ao abrigo do artigo 142º do Código Penal, que prevê cinco motivos de exclusão de ilicitude de aborto[6]. Tal como aconteceu em anos anteriores, as Interrupções da Gravidez (IG) por opção da mulher nas primeiras 10 semanas constituem cerca de 96,5% do total das interrupções realizadas[4]. O número de abortos por opção da mulher constitui um indicador importante de saúde pública refletindo o acesso à contraceção e o uso adequado de métodos seguros e modernos.

O segundo motivo mais frequente de IG corresponde a «grave doença ou malformação congénita do nascituro» com 423 registos (2,6%)[4]. As interrupções médicas de gravidez realizadas no 2º trimestre resultam do avanço científico no âmbito do diagnóstico pré-natal. Nos países desenvolvidos os rastreios e os testes pré-natais estão disponíveis e oferecidos globalmente a todas as mulheres independentemente dos fatores de risco individuais e seletivamente na presença de antecedentes e/ou de sinais ou de resultados anormais na gravidez atual. Até ao limite legal é quase sempre possível (dificuldades têm surgido na patologia do SNC) ter um estudo completo do feto que permite identificar satisfatoriamente a maioria dos defeitos morfológicos e ter acesso a resultados conclusivos de exames complementares, genéticos e outros sempre que considerados necessários. O diagnóstico de uma afeção fetal determinante de grave compromisso da vida do recém-nascido altera as expectativas da mulher e da família em relação à gravidez em curso e coloca duas opções: interrupção de gravidez ou aceitar a sua continuação e os resultados daí decorrentes. Nestas circunstâncias, a interrupção de gravidez é a decisão mais frequentemente tomada. A OMS[7] e as Sociedades Cientificas têm publicado recomendações terapêuticas para profissionais de saúde, com o compromisso de oferecer às mulheres uma interrupção de gravidez efetiva, segura e com o menor

*Presidente da Direcção da Sociedade Portuguesa da Contracepção; Especialista em Ginecologia e Obstetrícia; Mestrado em Saúde Sexual e Reprodutiva

impacto físico e psicológico possível. A interrupção de gravidez depois do 1º trimestre e a intervenção na morte fetal constitui uma preocupação para muitos profissionais. Nesta Edição da AOGP vão encontrar publicadas recomendações para a atuação na interrupção de gravidez no 2º trimestre, 3º trimestre e na morte fetal, que resultaram de um trabalho de reflexão coletivo de vários colegas, obstetras e anestesiologistas de diversas instituições hospitalares nacionais com Serviços de Obstetrícia e que foi apoiado pela Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal. O objetivo destas recomendações é oferecer uma linha de orientação clínica atualizada que garanta uma interrupção de gravidez e/ou uma expulsão de feto morto segura, em condições de equidade para todas as mulheres portuguesas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Action Plan for Sexual and Reproductive Health: Towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe-leaving no one behind. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2016.

2. INE, PORDATA. Última atualização: 2017-05-02

3. Águas F, Bombas T, Silva D. Avaliação das Práticas Contracetivas das mulheres em Portugal. Acta Obst Ginecol Port. 2016: 10, 184–192.

4. Relatório dos Registos das Interrupções de Gravidez dados de 2015. Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde. Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil. Direção-Geral da Saúde 2016.

5. Infeção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2015 / Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica, Departamento de Doenças Infeciosas. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP, 2016. - 69 p.: il. - (Documento VIH/SIDA; 147)

6. Diário da República I Série n º75 de 17/04/2007. Lei nº 16 / 2007 de 17 abril: Exclusão da ilicitude da interrupção de gravidez

7. Clinical practice handbook for safe abortion. World Health Organization, 2014.