

12ª. Conferência Nacional de Saúde: pirotécnica, mas sempre fascinante

Clair Coelho Castilhos*

A 12ª. Conferência Nacional de Saúde, realizada de 07 a 11 de dezembro de 2003, começou a ser articulada nas reuniões de fevereiro e março de 2003 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O governo Lula estava instalando-se. O secretário de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, dr. Sérgio Arouca, apresentou propostas para que o CNS desempenhasse o papel de Comissão Organizadora da Conferência e que esta fosse antecipada. Argumentou que as diretrizes e propostas aprovadas na Conferência serviriam de base para compor o Plano Nacional de Saúde do novo governo.

O CNS acatou a sugestão e iniciou o processo de elaboração da 12ª. Conferência.

No período de planejamento e preparação da 12ª. CNS, cujo tema foi "Saúde: Um Direito de Todos e Dever do Estado – a saúde que temos, o SUS que queremos", ocorreram algumas mudanças. Além da composição da Comissão Organizadora, mudou-se o formato da Conferência.

Novo formato da Conferência

Selecionou-se um conjunto de 10 temas essenciais ao Sistema Único de Saúde: Seguridade social; Organização da atenção à saúde; Gestão participativa; As três esferas de governo e a construção do SUS; Ciência e Tecnologia e a saúde; Intersetorialidade; Financiamento; Direito à saúde; Trabalho na saúde; e Controle social. Esses eixos temáticos, considerados em igual nível de importância, foram expostos em dez mesas, em cinco sessões simultâneas, apresentadas em dois turnos (tarde e noite).

Sumário

12ª. Conferência Nacional de Saúde: pirotécnica, mas sempre fascinante.....01

Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática.....04

1. Introdução.....04
2. Sumário diagnóstico.....04
3. Bases doutrinárias, diretrizes e objetivos programáticos07
4. Conteúdos programáticos09
5. Estratégias de implantação10

Ao contrário de outras Conferências, na dinâmica dos trabalhos não ocorreu o grande encontro dos(as) delegados(as), marca das conferências anteriores, que acontecia em seis oportunidades: cerimônia de abertura, votação do regimento, três grandes mesas e plenária final.

Na 12ª. Conferência, os(as) delegados(as), divididos em cinco mesas, tinham a oportunidade de um encontro real com apenas 1/5 do contingente de participantes, de cada vez, em cada mesa expositora. Ou seja, o encontro geral dos(as) delegados(as) foi reduzido para três oportunidades: cerimônia de abertura, aprovação do regimento e plenária final.

Essa forma de organização dificultou a realização de encontros entre nós, da Rede Feminista de Saúde, e outros(as) delegados(as); a fixação dos lugares habituais no plenário; o estabelecimento dos acordos e alianças, e as táticas de intervenção; assim como, de visualização de quantas éramos e onde estávamos, em um universo de aproximadamente 4.000 delegados(as). Tivemos uma visibilidade mínima, pois éramos cerca de 6 delegadas da RFS se revezando no plenário durante as votações.

A sensação de dispersão e desencontro dos(as) delegados(as) era enorme, e foi aprofundada com a realização dos trabalhos de grupo e da festa de confraternização no espaço da Universidade de Brasília (UnB). Muito tempo se utilizou com a busca dos locais dos grupos de trabalho e a locomoção.

Shows. Paz, vida, religião, Deus e Cristo

O terceiro dia dos trabalhos, 09 de dezembro, foi consumido com a leitura dos dez relatórios, um para cada tema essencial. A plenária fazia destaques apenas por escrito. Em nenhum momento o microfone foi aberto ao público. Ao longo da noite, não houve quórum para leitura; mas, assim mesmo, esta foi realizada. Um grupo de estudantes solicitou verificação de quórum e não foi atendido.

O primeiro dia da Plenária Final, 10 de dezembro, foi reservado para a leitura dos relatórios dos grupos, sistematizados pela relatoria. À noite, outro show. Desta vez, pela Paz, com homenagem ao Sérgio Vieira de Mello, do Alto Comissariado da ONU, morto durante a missão da ONU no Iraque. Houve discursos de muitos representantes do governo federal sobre paz, vida, religião, Deus e Cristo.

Em sua fala, a ministra Marina Silva colocou o discurso "pela vida" na boca dos fundamentalistas das Igrejas (em especial a Católica) presentes à 12ª. CNS. A ministra fez uma pregação religiosa, com frases

como: "e Deus quer vida em abundância"; e "quando Deus criou o homem o colocou num jardim, para mostrar o quanto a vida é bela, o quanto temos que amar e respeitar a vida e a natureza". Nenhuma palavra sobre os transgênicos e um verdadeiro sermão de culto evangélico, inadequado para uma representante de Estado laico. Virou tudo uma grande e beatífica panacéia. Se ainda havia alguma esperança de reverter votos a favor de novas propostas, depois daquela noite ficou quase impossível.

No último dia, 11 de dezembro, pela manhã, foi concluída a leitura dos relatórios e se iniciou a votação. Os(as) delegados(as) continuavam sem falar; só se manifestavam por escrito ou votando questões propostas pela mesa diretora. Devido aos milhares de destaques propostos (cerca de 4.000), não houve tempo para o debate nem para a votação da totalidade dos mesmos. A mesa propôs, e o plenário aprovou, que só seriam debatidos e votados os destaques polêmicos e alguns, entre os dez temas, considerados essenciais. Os/as delegados/as continuaram sem poder falar.

Além disso, em plena votação, no dia 11, o presidente Luiz Inácio Lula da Silva esteve presente à Conferência. A organização das medidas de segurança para a visita consumiu quase cinco horas do tempo destinado às votações.

Durante essas tratativas, o Conselho Nacional de Saúde, na condição de Comissão Organizadora, reuniu-se diversas vezes para elaborar propostas e tomar decisões de encaminhamentos.

Os relatórios que chegavam continham apenas as questões consideradas polêmicas, em torno de três a quatro destaques em cada um. Começou a ficar clara nossa divergência com a Igreja e a nossa fragilidade numérica na Conferência.

Durante a manhã do dia 11, soubemos que os destaques que continham a questão da descriminalização do aborto seriam apresentados no tema "Direito à Saúde". No período da tarde foi votada a proposta nº. 36, que continha o tema central de nossas demandas na Conferência. A defesa contrária à proposta foi feita por uma delegada representando a Pastoral da Criança (CNBB) e a defesa favorável foi feita por mim, Clair Castilhos, representando a RFS.

Foi um debate absurdo e turbado, com o plenário dividido por gritos. Uma mulher da segurança arrancou-me o microfone das mãos, em plena defesa, e devolveu-me após interferência da mesa. Perdemos alguns minutos até acharem o microfone e, ao final, deram-me mais 45 segundos. Durante a fala, ao invés de dizer "descriminalização" do aborto, eu disse "legalização". Fui chamada de assassina. Revidei,

mas não teve efeito. Ninguém ouvia mais nada...

A mesa não considerou solicitação de contagem de voto. Estava com pressa, pois, em breve, viria o presidente da República, e era preciso esvaziar o plenário para nova revisão das medidas de segurança.

Embora o resultado não influencie muito nas ações e serviços de saúde que reivindicamos, inegavelmente, houve uma derrota política nossa. Entretanto, embora a Igreja pense que ganhou, nada foi aprovado sobre aborto, nem contra nem a favor. Portanto, vale o que foi aprovado em conferências anteriores, a exemplo da 11ª. CNS.

Apesar de tudo, resultados animadores

A divulgação do relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde (<http://www.ensp.fiocruz.br/radis/web/relatoriofinal12.pdf>) indica que, apesar dos problemas ocorridos, os resultados foram bastante animadores. O Controle Social, enquanto expressão política da defesa do SUS, é visceralmente comprometido com as lutas sociais mais avançadas e críticas

de nossa sociedade. Isso fica visível logo na Introdução do Relatório, onde se lê: *"A desigualdade social que se manifesta pela crescente concentração de renda, acarretando pobreza e exclusão social, constitui um desafio para garantir os direitos*

Nossas antigas bandeiras de luta transformaram-se em propostas de políticas públicas e mostram-se cada vez mais consolidadas como demandas a serem atendidas e ampliadas

da saúde da população. Além disso, no Brasil, os padrões de exclusão e a incidência da pobreza são também determinados pelas desigualdades de gênero, raça, etnia e geração. Nesse sentido, para efetivar o direito à saúde é necessário romper a espiral multidimensional que caracteriza esses vários processos de exclusão, frutos da política macro-econômica".

Nas diretrizes e propostas aprovadas foram asseguradas as expressões "gênero, raça, etnia, orientação sexual", entre outras, sempre de caráter inclusivo.

No eixo temático "Direito à Saúde", onde perdemos a proposta nº. 36, foram enfatizadas: as políticas afirmativas inclusivas e de combate a preconceitos; a necessidade de políticas específicas quanto aos direitos sexuais e reprodutivos de pessoas vivendo com HIV/Aids e hepatites crônicas virais; a regionalização do Programa de Anemia Falciforme; as garantias para que a atenção básica incorpore a atenção e o respeito à saúde sexual e reprodutiva, direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (...); e o combate à violência doméstica, sexual e racial, conforme Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

Não há referência, no Relatório, quanto à revogação de alguma proposta da 11ª. CNS, onde foi aprovado

apoio à descriminalização do aborto.

O Eixo Temático V, A Organização da Atenção à Saúde, subtítulo "Saúde e Gênero", páginas 87 a 89, item 55, recomenda "avançar na implementação do PAISM, no Brasil, garantindo as suas ações tradicionais, propostas em 1983, incorporando a garantia dos direitos reprodutivos e sexuais e considerando especificidades das mulheres negras, lésbicas, profissionais do sexo e indígenas". Em doze alíneas explicita um elenco variado de ações. Não foi relatada nenhuma Moção contra a legalização do aborto. No entanto, a proposta 59 recomenda "(...) adequação das unidades às normas do Ministério da Saúde no que diz respeito à atenção ao pré-natal, ao parto, ao puerpério e ao abortamento".

A proposta 57 reafirma a Lei nº. 9.626/96, do Planejamento Familiar; a 58 reafirma recomendações do PAISM, em aspectos relativos a segundo e terceiro níveis de atenção; a 60 recomenda estruturar ações em Saúde Sexual e Reprodutiva em todos os níveis de atenção, garantindo a oferta de todos os métodos contraceptivos, temporários e definitivos.

É importante ressaltar que, apesar de nosso sentimento de derrota política no momento da Conferência, isto não é perceptível no Relatório. É que não perdemos!

Conclui-se que nossas antigas bandeiras de luta transformaram-se em propostas de políticas públicas e mostram-se cada vez mais consolidadas como

demandas a serem atendidas e ampliadas.

Quando visualizamos o cenário de 1983, início da luta pelas propostas feministas no interior das instituições, e o marco foi o PAISM, dificilmente poderíamos prever que essas questões, nos dias de hoje, estivessem tão difundidas no senso comum dos(as) delegados(as) às conferências de saúde e no interior dos movimentos sociais.

Mesmo diante do avanço do fundamentalismo e da barbárie, conseguimos assegurar as principais conquistas do movimento feminista. No entanto, é necessário ressaltar a imensidão e as dificuldades das tarefas que se avizinham para quem vive em um país periférico, num mundo globalizado e de capitalismo exterminista.

** Professora Adjunta do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina; Coordenadora de Regional Santa Catarina da Rede Feminista de Saúde; Relatora do Direito Humano à Saúde da Plataforma DhESC-Brasil. E-mail: clair@matrix.com.br*

Aborto na 11ª. Conferência Nacional de Saúde (15 a 19 de dezembro de 2000)

O conjunto de propostas voltadas à orientação para a atenção à saúde da mulher reafirma a política de assistência integral e as demandas por ações está fundamentada no quadro epidemiológico nacional. Neste, o que se destaca são a elevada mortalidade materna, alta morbimortalidade por câncer ginecológico, além da constatação da ausência dos serviços de saúde na abordagem da violência doméstica e sexual. Neste sentido, no contexto da compreensão de que a ilegalidade do aborto acarreta importantes agravos à saúde das mulheres e, entendendo ainda que a legislação restritiva à interrupção da gravidez necessita ser revista no sentido da realidade da população e da

saúde das mulheres, os participantes da XI Conferência Nacional de saúde propõem:

- Descriminalizar o aborto; (...)
- Expandir e interiorizar o processo de implantação dos serviços de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual garantindo a implementação da "Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra as Mulheres e Adolescentes na Rede Pública de Saúde", incluindo a prevenção das DST/HIV/AIDS, contracepção de emergência e a realização do aborto conforme determinações do Código Penal.

Fonte: www.datasus.gov.br/cns/11Conferencia/relatorio/relatorio.htm

Ministério da Saúde

Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática

Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985

1. Introdução

O atendimento à mulher pelo sistema de saúde tem-se limitado, quase que exclusivamente, ao período gravídico-puerperal, e, mesmo assim, de forma deficiente. Ao lado de exemplos sobejamente conhecidos, como a assistência preventiva e de diagnóstico precoce de doenças ginecológicas malignas, outros aspectos, como a prevenção, detecção e terapêutica de doenças de transmissão sexual, repercussões biopsicossociais da gravidez não desejada, aborto e acesso a métodos e técnicas de controle da fertilidade, têm sido relegadas a plano secundário. Esse quadro assume importância ainda maior ao se considerar a crescente presença da mulher na força de trabalho, além do seu papel fundamental no núcleo familiar.

A desatenção aos aspectos integrais da saúde da mulher explica também a importância secundária que se dá à profilaxia e terapêutica da morbidade clínica, bem como aos fatores ligados ao aparelho reprodutivo.

Na política de ação adotada pelo setor saúde, no atual governo, tem-se buscado a geração de métodos e processos de trabalho mais criativos e realistas, contemplando uma melhor utilização dos recursos disponíveis para o atendimento das necessidades mais essenciais.

Nesse sentido o Ministério da Saúde, interagindo com todas as instituições públicas do setor, atua em dois planos articulados: 1. Expansão e consolidação da rede de serviços básicos de prestação de ações integradas de saúde; 2. Ênfase em atividades-chave, identificadas, mediante critérios epidemiológicos, pelo seu impacto e transcendência.

Nessa perspectiva, propõe-se realizar investimentos destinados a dotar de capacidade resolutive a rede básica de serviços de saúde (ainda uma presença simbólica em inúmeros municípios brasileiros), concentrando esforços nos problemas de maior significação sócio-sanitária e que incidem, principalmente sobre o grupo materno-infantil.

Em relação à atenção à mulher – objeto primordial desta proposta – os serviços de saúde devem ser dotados de meios adequados, articulando-se aos esforços do governo federal, dos estados e municípios, com o objetivo de oferecer atividades de

assistência integral clínico-ginecológica e educativa, voltadas para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério; abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; o controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário, e a assistência para a concepção e a contracepção.

As proposições contidas neste documento, sem qualquer veleidade de serem inovadoras, devem refletir o conceito de assistência integral à saúde da mulher, preconizado pelo Ministério da Saúde: **ações dirigidas para o atendimento global das necessidades prioritárias desse grupo populacional e de aplicação ampla no sistema básico de assistência à saúde.**

2. Sumário diagnóstico

Segundo o Censo Demográfico de 1980, a população total do país era, então, de 119.070.865 habitantes, dos quais 31,86% correspondiam à população feminina acima de 15 anos. Este grupo representava 63,3% do total de mulheres no país, em 1980 (1). A rigor, essa seria a parcela da população a ser abrangida pelas ações de saúde aqui propostas. Entretanto, deve-se acrescentar a esse contingente o grupo de mulheres entre 10 e 14 anos, que mostra uma dualidade de problemas de saúde: ao mesmo tempo em que apresenta doenças características da infância,



manifesta, também, problemas de saúde típicos da idade adulta. Em 1980, esse grupo correspondia 11,3% do total da população feminina do país.

Ao grupo de mulheres de 15 a 49 anos correspondem, aproximadamente, 7% do total de óbitos gerais. De cada 16 óbitos, um corresponde ao de uma mulher nessa faixa etária. Ainda neste grupo, as sete primeiras causas de óbitos são, em ordem de frequência, as seguintes: doenças do aparelho circulatório, 28,8%; causas externas (acidentes e violências), 16,75%; neoplasias, 15,7%; doenças infecciosas e parasitárias, 8,4%; doenças do aparelho respiratório, 6,7%; doenças do aparelho digestivo, 6,35%; e, complicação da gravidez, parto e puerpério, 5,9% (2).

Considerando-se as causas diretamente relacionadas com a função reprodutiva (CID, lista B, 38-40), observa-se que óbitos por hipertensão na gravidez, complicações do trabalho de parto, infecção puerperal, hemorragias obstétricas e aborto são os mais frequentes (3), apesar de serem facilmente evitáveis através de adequada assistência pré-concepcional, pré-natal, durante o parto, o puerpério e entre as gestações. O mesmo se pode dizer a respeito dos óbitos por neoplasias malignas, que seriam, em grande parte, evitáveis mediante exame preventivo sistemático das mamas e do colo uterino.

As causas de morbidade apresentam, em geral, a mesma estrutura, ocorrendo, com níveis crescentes, as cardiopatias, a hipertensão arterial e os acidentes e doenças relacionados com atividades profissionais. Quanto às patologias que interferem no desempenho obstétrico, destacam-se a desnutrição, as doenças sexualmente transmitidas, a presença de morbidade clínica, como hipertensão arterial, cardiopatias, infecções do trato urinário, e alguns hábitos, como o tabagismo (4).

No sentido de complementar os quadros de mortalidade e morbidade apresentados, deve-se ressaltar algumas questões relativas ao comportamento reprodutivo da população feminina na década 1960-1970. Estudos recentes sobre a dinâmica populacional do país (5) revelam que houve uma queda da taxa de fecundidade total (número médio de filhos tidos por mulher entre 15 a 49 anos) de 6,2 em 1960, para 5,65 em 1970, e 4,5 em 1977. Ao mesmo tempo, outros autores mostram que os fatores diretos (idade média ao casar, índice de celibato, padrão de amamentação e índice de abstinência sexual pós-parto), que influem, isoladamente ou combinados, nesta taxa, não foram alterados, e o possível aumento na incidência do aborto não chega a justificar essa queda na fecundidade. Assim, pressupõe-se que, nesse período, tenha havido uma intensificação no emprego de métodos anti-concepcionais pela população feminina em idade reprodutiva (6). Esta hipótese foi comprovada por

pesquisas realizadas em diversos estados (7).

Diante dessas conclusões, duas grandes indagações passam a orientar a análise do problema.

A primeira refere-se à forma como a população vem utilizando esses métodos contraceptivos, ou seja, se isso é decorrência de uma livre escolha individual ou do casal; se o emprego dos métodos é correto; se todas as alternativas e efeitos colaterais são conhecidos e se as pessoas são acompanhadas pelos serviços de saúde.

A segunda hipótese diz respeito às razões que têm levado a população a fazer uso desses métodos e, conseqüentemente, a limitar a prole. A resposta a essa questão transcende o âmbito do setor saúde, embora lhe seja subjacente. Entre essas razões destacam-se o papel cada vez mais importante da mulher, tanto na força de trabalho como no núcleo familiar, e o crescente aumento da porcentagem de população migrante nos centros urbanos, sem que tenha havido um correspondente aumento dos bens e serviços de infra-estrutura social capazes de atender a esse contingente populacional.

Os motivos que têm levado à diminuição do tamanho da prole em áreas urbanas merecem, contudo, reflexão mais aprofundada. Aparentemente, essa mudança de comportamento está relacionada às dificuldades materiais enfrentadas pela maior parte da população. Entretanto, a não modificação das condições de vida dessas pessoas, apesar da diminuição do número de filhos, indica que outros fatores interferem nessa situação. O acesso extremamente desigual da população aos bens e serviços disponíveis e à estrutura de emprego existente é, na verdade, o que determina as precárias condições em que vive a maioria dos indivíduos. Enfim, o que se pretende enfatizar é que a presente proposta não visa à correção dessas distorções, mas à promoção da saúde do indivíduo e ao reconhecimento do direito de toda a população ter acesso aos serviços de saúde.

Em relação às questões da política de saúde no Brasil, pode-se dizer sumariamente, que o setor saúde está constituído por dois grandes subsetores com objetivos bastante distintos. O subsetor público, que registra uma história de grandes problemas administrativos e gerenciais, concentra o atendimento dos problemas de saúde pública e da clientela mais carente, enfrentando questões como baixa resolutividade dos serviços e a dificuldade de acesso da clientela a níveis mais complexos de assistência. Este subsetor está formado por um conjunto de instituições cujos objetivos são freqüentemente concorrentes, dando margem a distorções amplamente constatadas, tais como: paralelismo de ações, superposição de clientela, pouca racionalidade na alocação de recursos, distribuição inadequada dos serviços de maior

complexidade etc. O subsetor privado, empresarialmente organizado, desenvolve os serviços de nível secundário e terciário, na sua maior parte, por credenciamento governamental. Estas características da prestação de assistência à saúde originam distorções graves, tendo em vista que regras de mercado, inaplicáveis em setores sociais, definem a oferta e o consumo de procedimentos muitas vezes desnecessários e inadequados ao indivíduo e à comunidade.

Nesse contexto, qualquer proposta de ampliação da cobertura de serviços básicos de saúde, mesmo com a melhoria da capacidade resolutive desses serviços, apresenta dificuldades de implementação, considerados os problemas de utilização adequada da referência e contra-referência entre os serviços de maior e menor complexidade.

As condições de assistência e a própria organização de serviços são também fatores determinantes das condições de saúde da população e transparecem quando os principais problemas de saúde da mulher são analisados.

Entre os principais problemas de saúde identificados na população feminina encontram-se os seguintes:

- O acompanhamento pré-natal, de conhecido efeito positivo sobre a mulher e o conceito, tem, na sua baixa cobertura, frequentemente associada a baixa qualidade de atendimento, um grave problema. Nas unidades da Federação onde a infra-estrutura de serviços de saúde é considerada de melhor nível, como Rio de Janeiro, São Paulo, Distrito Federal e Rio Grande do Sul, estudos sobre percentuais de cobertura pré-natal, segundo nível de renda, em uma população de 1.779.762 gestantes, mostraram, entre as mulheres de nível sócio-econômico baixo, uma percentagem sem acompanhamento pré-natal 3,5 a 8,5 vezes maior do que a verificada na população de faixa de renda superior a dez salários mínimos (8). Nessas unidades, o percentual médio de cobertura entre as mulheres de menor renda, situa-se em torno de 70%, enquanto nos estratos de maior renda ascende a 94%.

- A questão da assistência ao parto constitui um ponto crítico da saúde da mulher. É fato corriqueiro em nossas cidades a perambulação das parturientes por diversas maternidades em busca de atendimento para seu parto. Por outro lado, a precária qualidade de assistência, os excessos de medicalização no parto e a crescente elevação das taxas de cesarianas refletem a inadequação da assistência prestada. Dados de 1980 mostram que as taxas de cesarianas foram de 29,9% no Rio de Janeiro, de 43,7% para São Paulo, de 24,7% para o Rio Grande do Sul, e de 32,6% para o Distrito Federal (9), quando a

Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda como padrão aceitável a incidência de 10 a 15% de cesarianas, considerados os riscos inerentes à intervenção cirúrgica. Esta situação resulta em consequências negativas para a saúde da mulher no puerpério, para as possibilidades de sucesso do aleitamento materno e o futuro obstétrico da mãe.

A redução progressiva do aleitamento materno, o qual é, reconhecidamente, um fator fundamental para a nutrição e proteção da saúde física e psicológica do lactente, é também um problema de graves proporções, já não apenas limitado às populações urbanas, mas também, atingindo as áreas rurais onde as pessoas dispõem de menores recursos para substituir o leite materno. Tal situação decorrente da mudança de valores na sociedade que se industrializa, é induzida por múltiplos fatores inerentes a este processo, que se refletem na atuação dos profissionais de saúde e na própria organização dos serviços.

As práticas obstétricas inadequadas ao atendimento ao parto, a falta de alojamento conjunto nas maternidades, a sobrecarga de trabalho e o insuficiente preparo do pessoal de saúde no que concerne à sua contribuição na solução de pequenos problemas, reais ou imaginários, da mãe que amamenta, a desinformação da população a respeito dos benefícios do leite materno e dos perigos da mamadeira e a falta de creches encontram-se entre os fatores que precisam ser corrigidos para recuperar o aleitamento materno como prática fundamental para a redução da mortalidade infantil.

- O câncer de colo uterino e de mama tem apresentado altas taxas de morbimortalidade, devido às baixas coberturas dos serviços, em termos de identificação precoce da patologia, e das dificuldades de acesso aos serviços de maior complexidade por parte das pessoas com diagnóstico positivo. No caso de câncer do colo uterino, existe uma tecnologia simples e de baixo custo para o diagnóstico de estágios precancerosos, comprovadamente eficiente e de menor custo que o tratamento de casos avançados. No entanto, menos de 2% da população feminina são atendidas nessa necessidade (10). No caso de câncer de mama, a técnica de diagnóstico é ainda mais simples, pois se resume na palpação sistemática das mamas e no ensino de técnicas de auto-exame.

- Outro problema, que surge com frequência cada vez maior, está relacionado às doenças sexualmente transmitidas. A experiência clínica em diversas regiões do Brasil revela um aumento progressivo de infecções gonocócicas e da sífilis. Com frequência semelhante, aparecem também a condilomatose e a tricomoníase. Esta última, embora menos grave, afeta em torno de 10% das mulheres sexualmente ativas (11).

- O aborto, outro grande problema, é pouco estudado e as informações existentes são escassas e fragmentadas. Entre as fontes de dados mais sérias e que permitem avaliar a evolução do problema, encontra-se a Pesquisa Nacional de Reprodução Humana, realizada pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap), em nove áreas do país. Em todas elas observaram-se aumentos do número médio de abortos por 100 mulheres, no período de 1960-1965, com uma variação de 34 a 150% de incremento (12).

- As doenças sistêmicas na população feminina expressam-se nos indicadores de mortalidade apresentados anteriormente, correspondendo às seis primeiras causas de óbito. Aqui, poucas são as possibilidades de encontrar nos serviços de saúde a assistência oportuna e adequada. Nos casos de patologia sistêmica crônica, que aumenta o risco para a reprodução, os serviços não oferecem às mulheres informações sobre os métodos e meios para regulação da fertilidade, que lhes permitiriam espaçar as gestações ou evitá-las nos casos indicados.

- Entendendo a regulação da fecundidade como um direito fundamental da pessoa, constitui um grave problema a falta de acesso às informações e meios necessários para tal fim, assim como a falta de assistência de saúde às usuárias de técnicas e métodos contraceptivos. O problema tornou-se grave porque a ausência de uma atitude oficial fez com que as mulheres procurassem canais alternativos de orientação, pouco confiáveis em termos de promoção para sua saúde, ou de qualidade duvidosa. Assim, num levantamento que abarcou 2.789 mulheres de 15 a 49 anos, constatou-se que 62% das mulheres casadas estavam usando anticoncepcionais em 1978 (13). Os dados desse inquérito e de outros similares realizados em diversos Estados, demonstram que não existe uma orientação adequada e criteriosa da população atendida. Suscitam, ao mesmo tempo, dúvidas sobre a real liberdade de escolha que possam ter tido as entrevistadas, em relação ao método utilizado. No Estado de São Paulo, por exemplo, o levantamento mostrou que continuavam usando pílulas anticoncepcionais 20,2% das mulheres casadas entre 35 e 39 anos de idade, 11,4% das mulheres de 40 a 44 anos, e 7% das mulheres de 45 a 49. A importância desses dados reside, principalmente, no fato de revelar que a utilização de anticoncepcionais orais está sendo feita por mulheres que, pela sua idade, têm na pílula o mais perigoso dos anticoncepcionais disponíveis, aquele que mais danos causa à saúde da mulher. O mesmo inquérito apontou que 2,7% das mulheres de 20 a 24 anos já estavam esterilizadas, o que, evidentemente, não é a melhor alternativa para grupos nessa faixa de idade, em virtude do caráter

irreversível desse método.

- No grupo de mulheres adolescentes, fatores como a alta incidência de doenças sexualmente transmitidas, a gravidez antes dos 15 anos de idade e a ocorrência de óbitos por causas obstétricas diretas indicam a necessidade de ações de saúde mais abrangentes, capazes de acompanhar as mudanças de comportamento ocorridas na sociedade brasileira nos últimos anos.

- As mulheres com mais de 49 anos de idade apresentam um risco mais elevado de câncer cervicouterino e mamário, além dos problemas próprios da menopausa, decorrentes do desaparecimento das funções ovarianas e da consequente queda de produção estrogênica. Esta situação, por si só, indica a necessidade de ações oportunas a serem realizadas nos serviços de saúde. A fase de transição para a menopausa caracteriza-se por grandes mudanças físicas e emocionais na mulher, só comparáveis às ocorridas na puberdade. É necessário que o grupo que se encontra nessa fase receba a mesma assistência destinada aos demais.

- Finalmente, sabe-se que só uma pequena parcela da população tem acesso a serviços de pesquisa e tratamento da esterilidade conjugal. Ainda que não seja um problema fundamental de saúde pública, assume dimensões graves no âmbito familiar, cultural e social, precisando, portanto de atenção dos serviços de saúde.

3. Bases Doutrinárias, Diretrizes e Objetivos programáticos

As proposições básicas de ação formuladas pelo Ministério da Saúde para assistência integral à saúde da mulher devem ser situadas no contexto da política de expansão e consolidação dos serviços básicos de saúde, propugnada em conjunto com o Ministério da Previdência Social e as Secretarias Estaduais de Saúde, com vistas à adequação da oferta de serviços, de modo que se concentrem recursos, corretamente dimensionados, para a solução dos problemas mais prementes e de maior prevalência. Apesar da denominação frequente de Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, a compreensão maior da proposta é a de que as ações previstas fazem parte de um programa global de assistência primária à saúde da população. Particularizar a atenção à saúde da mulher significa apenas um passo no sentido de aumentar a capacidade resolutive da rede básica de serviços, trabalhando dentro de uma nova óptica – a da assistência integral – de modo a contribuir para o desenvolvimento institucional do setor e para a reordenação do sistema de prestação de serviços de saúde como um

todo.

Submetida a expansão considerável, nos últimos anos, alcançando praticamente todos os municípios brasileiros, a rede de serviços básicos enfrenta, atualmente, como desafio principal, a exigência de dar uma resposta efetiva aos problemas de saúde mais frequentes, tal qual previsto no modelo de atenção primária que a inspirou.

Faz-se necessário desenvolver e difundir procedimentos e rotinas que deem conta dos problemas de maior impacto epidemiológico, em que se destacam as doenças transmissíveis, assim como os de clientela amplas – e risco considerável – onde se inclui a população materno-infantil.

Todas as ações destinadas a prevenir as doenças ou promover e recuperar a saúde da mulher e da criança deverão nortear-se pelo princípio da integralidade da assistência. Este, longe de constituir-se, simplesmente, em forma de atividades isoladas, deve traduzir, na prática, uma abordagem integral do indivíduo e de grupos sobre os quais se atua, procurando efeitos em âmbito coletivo e de proteção duradoura.

O fato de se estabelecer um programa específico dirigido à mulher e de se enfatizar certas atividades prioritárias não deve ser interpretado como uma subestimação dos demais serviços que cabe à rede básica executar, mas, sim, como estratégia de destinação seletiva de recursos que permitam a operacionalização de conteúdos de grande prioridade, vinculados à população feminina, em todas as fases de sua vida, e que vinham sendo negligenciados.

O conceito de assistência integral, aqui preconizado, envolve a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades de saúde do grupo em questão, onde todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde seja utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação da sua saúde.

A estratégia de assistência integral à saúde da mulher constitui importante instrumento do anseio comum das correntes envolvidas no debate do controvertido tema do planejamento familiar – o direito de todos os segmentos da sociedade à livre escolha dos padrões de reprodução que lhes convenham como indivíduos ou como casais. Para que esse direito possa ser efetivamente exercido, é necessário que os indivíduos tenham conhecimento das possibilidades de influir no ritmo da procriação e tenham acesso às informações e aos meios para que possam intervir, se assim o desejarem, para separar o exercício da sexualidade da função reprodutiva e, em consequência, exercer na plenitude o planejamento de sua prole, objetivo complexo, porém de alcance possível com a implantação e firme execução da proposta de

assistência integral à saúde da mulher e o apoio desejado de todos os segmentos da sociedade.

Ao planejamento familiar deve ser atribuído, portanto, o lugar adequado no contexto das ações de saúde, não devendo ser encarado como solução dos problemas sociais e econômicos e nem ter ignorada a sua inegável interface com o setor saúde.

Essa postura está em consonância com a posição brasileira no Congresso Mundial de População, realizado em 1974, em Bucareste, que atribui ao Estado a responsabilidade de: *"proporcionar informação e meios para que todos possam planejar suas famílias; oferecer serviços adequados e adotar medidas necessárias para a redução da mortalidade geral, especialmente a infantil"*.

3.1. Diretrizes gerais

Pautadas nos princípios acima mencionados, as seguintes diretrizes gerais norteiam as proposições básicas de ação para a assistência integral à saúde da mulher:

- O sistema de saúde deve estar orientado e capacitado para o atendimento das necessidades de saúde da população feminina, dando ênfase às ações dirigidas ao controle das patologias mais prevalentes nesse grupo.
- O conceito de integralidade da assistência estará contido em todas as ações desenvolvidas no âmbito da atenção clínica e ginecológica. Para tanto, exige-se uma nova postura de trabalho da equipe de saúde e, consequentemente, uma nova abordagem dos conteúdos de programas de capacitação de recursos humanos.
- O conceito de integralidade da assistência pressupõe uma prática educativa que permeie todas as ações desenvolvidas, assegurando a apropriação pela clientela dos conhecimentos necessários a um maior controle sobre sua saúde.
- O planejamento familiar é atividade complementar no elenco de ações de saúde materno-infantil. As motivações que levam o Ministério da Saúde a propor uma ação efetiva nesta área são baseadas nos princípios da equidade – oportunidade de acesso às informações e aos meios para a regulação da fertilidade por parte da população – e, de ordem médica, traduzido no risco gravídico.
- Todas as atividades atinentes à questão do planejamento familiar devem ser desenvolvidas através de serviços de assistência materno-infantil, complementando outras ações que estes proporcionam, desvinculando-se de qualquer caráter coercitivo para as famílias que venham a utilizá-los.

3.2. Objetivos Programáticos

- Aumentar a cobertura e concentração do atendimento pré-natal, proporcionando iguais oportunidades de utilização desses serviços a toda a população.
- Melhorar a qualidade da assistência ao parto, ampliando a cobertura do atendimento prestado por pessoal treinado tanto no sistema formal como no informal (parteiras tradicionais), e diminuindo os índices de cesáreas desnecessárias.
- Aumentar os índices de aleitamento materno, fornecendo as condições para implantação do alojamento conjunto.
- Implantar ou ampliar as atividades de identificação e controle das doenças sexualmente transmissíveis.
- Implantar ou ampliar as atividades de identificação e controle de outras patologias de maior prevalência no grupo.
- Desenvolver atividades de regulação da fertilidade humana, implementando métodos e técnicas de planejamento familiar, diagnosticando e corrigindo estados de infertilidade.
- Evitar o aborto provocado, mediante a prevenção da gravidez indesejada.

4. Conteúdos Programáticos

As atividades básicas de assistência integral à saúde da mulher constituem um conjunto de ações educativas e preventivas, de diagnóstico, tratamento ou recuperação, aplicadas permanentemente e de maneira não repetitiva, tendo como objetivo final a melhoria dos níveis de saúde da população feminina.

Estas atividades, conquanto destinadas a uma clientela nitidamente numerosa, deverão ser simples em sua essência, simplificadas na exata dimensão das necessidades de saúde da população, e em consonância com a capacidade operativa da rede dos serviços básicos de saúde.

Propõe-se, aqui, um conjunto de procedimentos, aplicáveis indistintamente a todos os elementos do grupo feminino, independentemente do exercício da atividade sexual, prévia ou atual, e da fase da vida reprodutiva em que se encontre.

Em todos os contatos da mulher com os serviços de saúde, serão dadas informações sobre o exercício da sexualidade; a fisiologia da reprodução; a regulação da fertilidade e os riscos do aborto provocado; prevenção de doenças sexualmente transmitidas, do câncer cérvico-uterino e de mama, bem como a melhoria dos hábitos higiênicos e dietéticos. Para execução dessa atividade informativa, os serviços podem

optar por discussões individuais, em grupo, ou outras formas mais compatíveis com sua estrutura organizacional.

Os conteúdos da assistência integral à saúde da mulher serão desenvolvidos através de atividade de assistência clínico-ginecológica, assistência pré-natal e assistência ao parto e ao puerpério imediato.

4.1. Assistência clínico-ginecológica

Por assistência clínico-ginecológica compreende-se o conjunto de ações e procedimentos voltados para a identificação, diagnóstico e tratamento das patologias sistêmicas, das patologias do aparelho reprodutivo, inclusive a prevenção do câncer de colo uterino e de mama, e orientação sobre o planejamento familiar. Inclui-se nesta modalidade assistencial o atendimento ao puerpério tardio.

Em linhas gerais, os seguintes procedimentos compõem a assistência clínico-ginecológica:

- Avaliação do estado nutricional. Identificação de estados mórbidos através da anamnese e exame clínico, dirigida inclusive, para a descoberta de sinais e sintomas de doenças sexualmente transmitidas, atuais ou progressas. Verificação dos níveis da pressão arterial.
- Diagnóstico de doença do aparelho genital e das mamas, mediante exame ginecológico simplificado, e coleta de material para exame colpocitológico. Solicitação de teste sorológico para sífilis, em caso de suspeita clínica. Solicitação de outros exames em caso de necessidades.
- Terapêutica inicial dos quadros de morbidade clínica ou ginecológica. Referência dos casos de maior gravidade e agendamento para seguimento da doença diagnosticada ou para outras necessidades de atendimento.
- Orientação, nos casos indicados, sobre o uso de métodos naturais e artificiais de regulação da fertilidade. Implementação de técnicas de menor complexidade, ou referência para outro nível de assistência, nos casos de indicação de técnicas de mais difícil execução. Seguimento periódico da mulher a intervalos variáveis, de acordo com a técnica ou métodos utilizados. Esclarecimento, orientação e implementação de métodos que possam ser utilizados pelo parceiro para evitar a concepção, inclusive a referência a nível superior para implementação de técnicas de maior complexidade. Os métodos de regulação da fertilidade de maior efetividade podem ter efeitos altamente negativos sobre a saúde dos indivíduos que os usem, requerendo, portanto, orientação e regulamentação normativa precisa. Identificação, mediante anamnese,

e referência a nível de complexidade superior dos casos de infertilidade conjugal, para diagnóstico e terapêutica.

4.2. Assistência ao Pré-Natal

Constitui um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de promover a saúde e identificar precocemente os problemas que possam resultar em risco para a saúde da gestante e do concepto. Apresenta os seguintes componentes:

- Anamnese e exame clínico-obstétrico inicial, buscando identificar e controlar os fatores de risco indicadores da probabilidade de má evolução da gestação ou da obtenção de resultados perinatais desfavoráveis.
- Acompanhamento clínico obstétrico do período pré-natal, de maneira periódica e sistemática, hierarquizando esta atenção segundo níveis de risco. Deve-se valorizar nesta etapa a identificação de problemas que possam dificultar a amamentação.
- Educação pré-natal quanto ao processo de lactação, importância e técnicas de aleitamento. Transmissão de informações e orientação sobre as alternativas futuras de contracepção.

4.3. Assistência ao Parto e ao Puerpério Imediato

Compreende um conjunto de ações harmônicas integradas que visam a proporcionar assistência ao trabalho de parto, puerpério imediato e assistência neonatal, inclusive o manejo adequado das condições que possam acarretar danos à mãe ou ao concepto. Apresenta os seguintes componentes:

- Anamnese e exame clínico-obstétrico cuidadoso, buscando obter informações específicas sobre fatores que podem determinar complicações no trabalho de parto ou puerpério.
- Acompanhamento sistemático dos períodos de dilatação, expulsão e dequitação, de modo a garantir que esses processos ocorram, sempre que possível, de forma natural e com a participação ativa da parturiente.
- Assistência ao recém-nascido, objetivando auxiliá-lo em sua adaptação. Detecção de doenças para posterior tratamento.
- Estímulo ao aleitamento materno, promovendo a lactação, sempre que possível, ainda na sala de parto.
- Assistência ao puerpério imediato, com supervisão continuada da equipe de saúde, no ambiente do alojamento conjunto.

- Ações educativas relacionadas ao aleitamento materno. Oportunidade de retorno aos serviços de saúde para controle do puerpério imediato e tardio.

- Transmissão de informações e orientação sobre as alternativas futuras de contracepção.

Em relação aos aspectos específicos das egresas do parto e do puerpério imediato, os seguintes procedimentos deverão ser observados:

- Atendimento periódico e sistemático nos primeiros cinco meses de pós-parto, visando corrigir estados mórbidos associados ou não ao ciclo gravídico-puerperal.
- Estímulo à manutenção da lactação.
- Orientações específicas em casos de problemas de amamentação.
- Tratamento adequado das doenças mamárias detectadas no período.
- Implementação de técnicas simples de relactação nos casos de suspensão do aleitamento.
- Avaliação nutricional e suplementação nutricional ou alimentar, quando necessária.
- Oferecimento de alternativas de regulação da fertilidade nos casos indicados, mediante orientação sobre o uso de métodos, implementação das técnicas mais simples e referência dos casos que exijam maior complexidade na sua execução.

As ações aqui preconizadas exigem, necessariamente, a adoção de estratégias que assegurem o aumento da cobertura e melhoria da qualidade de assistência, como, por exemplo:

- Criação de mecanismos de articulação interinstitucional que assegurem o aumento de cobertura e a qualidade de atendimento ao parto, nos casos que tenham sido ou não encaminhados pelos serviços de assistência pré-natal. Toda parturiente deverá ser submetida à avaliação criteriosa do seu risco e contemplada com o atendimento apropriado a cada caso.
- Implementação do alojamento conjunto nas maternidades do setor público ou que mantenham convênio com a previdência social.
- Melhoria da qualidade da assistência ao parto hospitalar, através da capacitação da equipe de saúde para o monitoramento ao parto normal.
- Adoção de medidas visando à melhoria da qualidade do parto domiciliar realizado pelas parteiras tradicionais, através do treinamento, supervisão, fornecimento de material de parto e estabelecimento de mecanismos de referência.

5. Estratégias de implantação

Os entraves que obstaculizam a operação da rede de serviços básicos – onde pode ser solucionada a grande maioria dos problemas de saúde – impõem

um trabalho contínuo em atividades estratégicas que assegurem a implantação progressiva do programa. Em outras palavras, cumpre conferir capacidade resolutive à rede básica, favorecer o desenvolvimento institucional das secretarias de saúde das unidades federadas, adequar a rede de unidades de saúde ordenadas em um sistema integrado, e reforçar a capacidade de pessoal e toda a política de desenvolvimento de recursos humanos.

Pela sua importância, um sistema integrado de assistência deve dar prioridade ao estabelecimento de medidas gerais e específicas para a concretização da sistemática de referência e contra-referência entre os serviços de diferentes complexidades. Assim, o setor saúde, através de suas instituições, deverá concentrar esforços nas propostas de integração, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde.

A progressão com que as atividades propostas serão incorporadas à rede de serviços estará basicamente determinada pela delimitação de prioridades e pelas condições da estrutura operativa das instituições envolvidas.

No que diz respeito à relação entre a eleição de prioridades para implantação e a perspectiva da assistência integral, defende-se que nenhuma das áreas de atuação ou grupos de atividades propostas deva ser implantada isoladamente. No entanto, considerando que, algumas dessas ações, em especial a assistência pré-natal, ao parto e ao puerpério, já fazem parte do repertório da rede de serviços públicos, com maior ou menor grau de distorção, investir na adoção de medidas que venham a resultar na melhoria da qualidade dessas ações pode ser visto como o início da implementação gradativa de uma assistência integral. Ao mesmo tempo, reafirma-se que nunca a organização das atividades referentes à concepção e contracepção poderá ser encarada de forma isolada, nem aceita num serviço que não responde às necessidades de saúde em seus outros aspectos.

A operacionalização da rede de serviços, com um grau de resolutividade satisfatório, depende do preparo técnico tanto do pessoal envolvido diretamente na prestação de serviços quanto do pessoal encarregado das funções de supervisão e de coordenação programática.

Conquanto tal operacionalização postule, igualmente, medidas de mais amplo alcance, nas órbitas política e administrativa, a capacitação de recursos humanos, entendida como esforço de adequação contínua do processo de trabalho às necessidades básicas de saúde, tem um relevante papel a desempenhar na elevação da capacidade resolutive. E isso, especialmente, no que se refere ao pessoal de nível superior, cuja maioria engajou-se nos serviços sem estar preparada para a organização e manejo das tecnolo-

gias próprias a uma rede hierarquizada e que deve canalizar recursos através de ações prioritárias.

Essas observações, válidas, sobretudo, para as categorias profissionais que trabalham na linha de assistência, aplicam-se também aos supervisores regionais que, no momento atual, tendem a se dedicar apenas à resolução de problemas administrativos, não estando preparados, na maioria das vezes, para apoiar tecnicamente as atividades de prestação de serviços propriamente ditas.

O enfrentamento de tal situação requer uma estratégia que contemple, de um lado, as distintas realidades regionais e, de outro, a concentração em áreas assistenciais prioritárias. Daí a proposição do Ministério da Saúde de criar centros de referências regionais para a educação continuada de pessoal da rede básica nas atividades de atenção à mulher e à criança.

Cabe ao Ministério da Saúde, apoiado na CIPLAN, instrumento de planejamento da ação comum entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social, com a participação do Ministério da Educação e Cultura, nos assuntos relativos à formação de recursos humanos, a promoção das ações de assistência integral à saúde da mulher, tanto no nível dos órgãos federais como junto às secretarias estaduais de saúde, dando especial ênfase às medidas de integração entre instituições prestadoras de serviços. O apoio sistemático de toda a estrutura federal do setor saúde e de órgãos atuantes no campo do desenvolvimento de comunidades é de fundamental importância para o desempenho do programa, especialmente no que se refere ao Ministério da Previdência e Assistência Social, através da Central de Medicamentos, do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social e da Legião Brasileira de Assistência.

O Ministério da Saúde disporá de uma equipe central, apoiada tecnicamente por um grupo consultivo nacional, composto por representantes das instituições federais e órgãos de representação de especialidades médicas, responsável pela programação, supervisão, controle e avaliação do programa e pela assessoria permanente aos Estados na implantação das ações e treinamento das equipes de saúde.

Cabe também ao Ministério da Saúde identificar e apoiar os centros que desenvolvam pesquisas operacionais e estudos epidemiológicos atinentes à saúde da mulher e que possam oferecer subsídios técnico-científicos para a implementação do programa.

No nível das unidades federadas, as secretarias estaduais de saúde, coordenarão, apoiadas nas comissões interinstitucionais de saúde, a implementação das atividades de assistência integral à saúde

da mulher a serem executadas pelos serviços das redes federal, estadual e municipal, através de planos ajustados às prioridades e possibilidades, promovendo, em especial, a articulação interinstitucional.

A gerência do programa no nível das secretarias de saúde far-se-á através da respectiva equipe materno-infantil, devidamente reestruturada e capacitada para o treinamento e supervisão dos recursos humanos do nível local, a adequação e implantação das normas técnicas e do material instrucional remetidos pelo nível central e o acompanhamento, controle e avaliação do desempenho do programa.

O mencionado elenco de estratégias representa a intenção de preservar a integralidade da doutrina e a aderência às ações propostas, devendo os momentos subsequentes de implantação efetiva das atividades adequá-lo permanentemente, com vistas a um processo de execução eficaz e de resultado proveitoso para as comunidades servidas.

Referências

1. IBGE. *Tabulações avançadas do censo demográfico: resultados preliminares*. Rio de Janeiro: 1982. 160 p. (Recenseamento geral do Brasil 1980, 9, v.1, t.2, n.2).
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Epidemiologia. *Estatísticas de mortalidade: Brasil 1980*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1983. 354 p (Série G: Estatística e informação em saúde, 3).
3. REZENDE, J. *Obstetrícia*. 5ª. edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1975.
4. SOUZA, Amaury de. *A questão do planejamento familiar no Brasil*. Documento de avaliação apresentado à Fundação Emílio Odebrecht em 1982. 51 p.
5. MARTINE, George & CAMARGO, Lísio. *Crescimento e distribuição da população brasileira: tendências recentes*. Brasília: IPEA/PLAN, 1983. 49 p. (CNRH, texto para discussão, 5/82).
6. RODRIGUES, Walter. *Pesquisa sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar: Rio Grande do Norte 1980*. Rio de Janeiro: BENFAM, 1980. 101 p.
7. RODRIGUES, Walter. *Pesquisa sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar: Piauí 1979*. Rio de Janeiro: BENFAM, 1979. 98 p.
8. RODRIGUES, Walter. *Pesquisa sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar: Paraíba 1980*. Rio de Janeiro: BENFAM, 1980. 115 p.
9. RODRIGUES, Walter. *Pesquisa sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar: Bahia 1980*. Rio de Janeiro: BENFAM, 1980. 104 p.
10. IBGE. *Pesquisa nacional por amostra de domicílios - 1981*. Rio de Janeiro: 1983.
11. PINOTTI, J. A. & FAÚNDES, A. Cuidado Obstétrico e ginecológico às mulheres do Terceiro Mundo. *A saúde no Brasil 1* (2): 89-95, abril/junho de 1983.
12. FUNDAÇÃO CARLOS CHAGAS. *Relatório sobre as condições da mulher brasileira*. Brasília: UNICEF, 1981.
13. NAKAMURA, Milton S., MORRIS, Leo, JANOWITZ, Barbara, ANDERSON, John E. & FONSECA, Joaquim Barreto. Contraceptive use and fertility levels in São Paulo State, Brazil. *Studies in Family Planning* 11. (7-8): 236-246, July/Aug. 1980.

