

A SAÚDE REPRODUTIVA DAS MULHERES DA REGIÃO NORTE

Ana Amélia Camarano(*)

1.Introdução

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde e Reprodução Humana (DHS) de 1996, a taxa de fecundidade das áreas urbanas da região Norte estava em torno de 2,7 filhos para os últimos três anos da pesquisa. Isto significa uma queda expressiva em relativamente pouco tempo pois, no final dos anos sessenta, esta taxa foi estimada em 8,1 filhos. Dada a magnitude da queda da fecundidade, o objetivo deste trabalho é o de investigar, do ponto de vista da saúde reprodutiva das mulheres da região Norte, as condições nas quais a referida queda ocorreu. Na avaliação das condições de saúde reprodutiva, serão considerados aqui a oferta e o acesso a serviços de obstetria e ginecologia bem como a serviços contraceptivos. Um enfoque especial será dado à mortalidade materna e à gravidez na adolescência, ambos problemas relevantes na Região.

2- Oferta de Serviços

Historicamente, os programas de medicina preventiva dirigidos à população feminina constituíam a base das ações voltadas para o período de assistência pré-natal. Foi nos anos oitenta que a questão

(*) Demógrafa do IPEA-SEPLAN

da saúde da mulher passou a ganhar importância na agenda política brasileira, do que resultou a elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM. O princípio básico do PAISM é a consideração da mulher em todas as fases de sua vida, ao invés de concentrar-se apenas no ciclo reprodutivo. Assim sendo, dentro das suas ações programáticas insere-se o controle de patologias específicas, como o câncer cérvico-uterino e de mama e o planejamento familiar amplo (que inclui tanto a anticoncepção, quanto a infertilidade).

Houve, na década de 80, uma expansão dos serviços públicos de atendimento à saúde e em quase 80% destes serviços foram implantadas ações de assistência pré-natal. É difícil encontrar informações sobre a oferta específica de serviços de saúde da mulher. Sabe-se, no entanto, que no caso de estabelecimentos hospitalares, muitos dos hospitais gerais oferecem também serviços de ginecologia e obstetrícia. Segundo o Anuário Estatístico do IBGE, em 1992, dos 120 estabelecimentos de saúde da região, 58,3% apresentavam tal especialidade (Tabela 1). Para o Brasil como um todo, esta proporção foi de 52,8% dos estabelecimentos. Observa-se também uma predominância dos estabelecimentos privados sobre os públicos.

Tabela 1

REGIÃO NORTE
ESTABELECEMENTOS DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA EM
RELAÇÃO AO TOTAL DE ESTABELECEMENTOS E EMPREGOS DE
NÍVEL SUPERIOR DE MÉDICOS E GINECO-OBSTETRAS - 1992

	Ginecologia e Obstetrícia			
	Total	Públicos	Privados	Proporção no total de estabelecimentos
Estabelecimentos	120	22	48	58,3
Médicos	13227	644	482	8,5

Fonte: IBGE, Anuário Estatístico 1995,

Os empregados no setor público superam, em número, os do setor privado. Em termos do total de empregos médicos, os gineco-obstetras foram responsáveis por 8,5% destes. Cabe lembrar que as políticas de saúde no Brasil, ao privilegiarem a medicina curativa em detrimento da preventiva, dificultam a plena implantação de programas como o PAISM. Gera-se daí um padrão de morbimortalidade feminina onde as doenças por causas evitáveis exigem gastos elevados, destinados principalmente à cobertura de despesas com hospitais conveniados ao SUS. Em outras palavras, gasta-se muito, mas gasta-se mal, em medidas de redução da mortalidade materna. Como conseqüência, os gastos do INAMPS na Região com complicações de gravidez, parto e puerpério passaram de 4,17 dólares *per capita* para 9,60, entre 1990 e 1992. No Brasil, esta variação foi de 6,80 para 8,84 dólares *per capita*.

3- Produção de Serviços

As pesquisas DHS de 1986 e 1996 coletaram algumas informações que permitem analisar a assistência pré-natal e ao parto nos últimos cinco anos antes da pesquisa. Na pesquisa de 1986, aproximadamente 26% das mulheres que tiveram filhos não receberam qualquer tipo de cuidado pré-natal, sendo que 34,6% dos pré-natais foram realizados pela seguridade social, 36,2% em instituições governamentais e 28,5% em consultórios particulares. Nos últimos dez anos, verificou-se que a proporção de nascimentos ocorridos sem assistência no pré-natal decresceu para 18,6%. Esta comparação não é muito precisa, pois a pesquisa de 1986 incluía a região Centro-Oeste na Região Norte. Mas, de qualquer forma, se excluirmos a região Centro-Oeste em 1986, da proporção de mulheres que não fez pré-natal, esta deveria ser ainda maior. Conclui-se portanto, que houve um crescimento da cobertura do atendimento de pré-natal na região.

A pesquisa de 1996 também investigou o número de consultas no pré-natal, vacina antitetânica e o tipo de parto. Pode-se observar, na Tabela 2, que o número mediano de consultas de pré-natal na região Norte (6,4) está abaixo da média nacional (7,4). Além de mais baixo, as mulheres da região iniciam o pré-natal num estágio de gestação mais avançado do que a média das mulheres brasileiras. A duração mediana da gestação foi de 3,4 meses na Região Norte e 2,9 meses no Brasil.

Tabela 2

REGIÃO NORTE E BRASIL
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS NASCIMENTOS OCORRIDOS NOS
ÚLTIMOS CINCO ANOS CUJAS MÃES RECEBERAM PRÉ-NATAL,
VACINA ANTITETÂNICA E TIPO DE PARTO - 1996

	Pré-Natal		Vacina		Tipo de Parto
	% de Nascimentos	Número Mediano de Consultas	Número Mediano de Meses na Primeira Consulta	% de Nascimento	% de Partos Cesáreos
Norte	81,4	6,3	3,4	72,7	25,5
Brasil	85,7	7,4	2,9	63,5	30,4

Fonte: DHS 1996

Por outro lado, foi maior, na Região, a proporção de mulheres que tomou alguma vacina antitetânica relativamente à média nacional e menor a proporção de partos por cesariana comparativamente ao total nacional. Embora ainda exista uma parcela considerável de mulheres tendo filhos sem assistência pré-natal e/ou em domicílios, o Brasil apresenta uma das mais altas taxas de partos por cesáreas do mundo. Aproximadamente 26% dos partos ocorridos no Norte, entre 1991-96, foram cesarianas, sendo a maioria destas consideradas desnecessárias. Esta utilização elevada repercute na saúde da mulher, do recém-nascido, na sua amamentação, etc. Além disto, há que se ressaltar os maiores custos que a cirurgia acarreta *vis-a-vis* o parto normal, gastos estes que poderiam ser alocados em serviços de assistência pré-natal ou em outros serviços de atendimento à mulher.

A pesquisa DHS também mostrou que 77,5% dos partos ocorridos na região entre 1981-86 se deram em hospitais ou maternidades, e o restante nos domicílios (Tabela 3). Este percentual passou para 88,1%, em 1996. Na verdade, este acréscimo deve ter sido maior, dado que, em 1986, os dados da região Norte achavam-se agregados aos da região Centro-Oeste. Observa-se que as instituições ligadas à seguridade social foram o principal *locus* para os nascimentos ocorridos entre 1981-86, tanto na região Norte, como em termos da média do Brasil como um todo.

Tabela 3

REGIÃO NORTE E BRASIL
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS NASCIMENTOS OCORRIDOS NOS
ÚLTIMOS CINCO ANOS EM HOSPITAIS POR LOCAL DO PARTO
SEGUNDO AS GRANDES REGIÕES - 1986 e 1996

Regiões	1986*				1996
	% de Nascimentos	Seguridade Social	Instituições Governamentais	Hospital/Clinica Particular	% de Nascimentos
Norte	77,5	35,2	16,0	26,3	73,1
Brasil	80,5	44,1	17,6	18,8	85,2

Fonte: DHS (1986 e 1996)

Nota: * Em 1986, a DHS agregou as Regiões Norte e Centro-Oeste.

A DHS 1996 também observou que foi na região em estudo onde se verificou a menor proporção de partos realizados por médicos: 55,1%, comparados com 95%, proporção verificada no Rio de Janeiro. Em contrapartida, 20,3% dos nascidos vivos nos últimos cinco anos na Região nasceram por intermédio de parteiras. No Rio de Janeiro, esta proporção foi de apenas 0,4%.

4- Anticoncepção

Os primeiros dados sobre a anticoncepção a nível da região Norte como um todo datam de 1986, da Pesquisa de Saúde Materno-Infantil e de um suplemento especial da PNAD também do mesmo ano. A segunda pesquisa DHS feita a nível nacional com representação para a região como um todo foi levada a campo em 1996. A Tabela 4 mostra o uso atual de anticoncepcionais pelas mulheres casadas tanto para o Brasil como um todo, como para a região Norte, em 1986 e 1991. Aproximadamente 72,3% das mulheres alguma vez unidas (ou seus parceiros) estavam usando algum método anticoncepcional, em 1996. Um grande aumento foi verificado nos últimos dez anos anteriores ao momento da pesquisa, dado que a taxa de prevalência observada em 1986 para as regiões Norte e Centro-Oeste juntas foi de 62,1%. Esta taxa de prevalência é alta

comparada com a de países que já atingiram baixos níveis de fecundidade. Por exemplo, os países desenvolvidos do hemisfério norte apresentavam uma taxa de fecundidade de 1,7 filhos e uma taxa de prevalência de 74%.

Tabela 4

REGIÃO NORTE E BRASIL
USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS PELAS MULHERES
ALGUMA VEZ UNIDAS SEGUNDO AS REGIÕES BRASILEIRAS
(%) - 1986/1996

Regiões	Total	Esterilização	Pílula	Métodos com participação masculina ¹	Outros
Norte ²					
1986	62,1	42,0	12,4	6,3	1,1
1996	72,3	51,3	11,1	6,4	1,9
Brasil					
1986	65,8	26,9	25,2	11,8	2,0
1996	76,7	40,1	20,7	13,1	2,8

Fonte: DHS 1986 e 1996

Nota: (1) Estão aí incluídos coito interrompido, esterilização masculina, abstinência e condom.

(2) Em 1986, a DHS agregou as regiões Norte e Centro-Oeste.

Apesar de a prevalência ser elevada, esta se concentrava em dois métodos: o método oral (pílula) e a esterilização feminina. O aumento verificado deveu-se basicamente ao aumento na proporção das mulheres esterilizadas. A proporção de mulheres casadas usando pílulas decresceu no período. Mais da metade das mulheres unidas em idade fértil já haviam sido esterilizadas em 1996, o que resultou em um aumento na taxa de esterilização de aproximadamente 9 pontos percentuais, entre 1986 e 1996. Embora a taxa de prevalência das mulheres brasileiras seja bem maior do que a da Região Norte nas duas pesquisas, a preferência por esterilização apresentou-se bem mais acentuada entre as mulheres nortistas, fato já observado em 1986.

Sabe-se que a alta taxa de esterilização feminina está ligada ao parto cesáreo. Dois estados da Região Norte – Pará e Amazonas –

apresentaram taxas de esterilização realizada simultaneamente ao último parto dentre as mais altas do país (82,6% e 85,9%).¹ A DHS de 1996 indicou que 80,3% das esterilizações das mulheres nortistas ocorreram por ocasião do nascimento do último filho. Destes, 69% ocorreram durante o parto cesáreo. Dado que as ligaduras tubárias não são procedimentos elegíveis nos hospitais da rede SUS, arranjos são comumente feitos entre médicos e pacientes para que as laqueaduras possam ser realizadas conjuntamente com o último parto, no caso deste último ser uma cesária, procedimento cirúrgico elegível na rede SUS.

Dados da pesquisa DHS de 1996 apontam, no caso da Região Norte, para uma necessidade insatisfeita de anticoncepcionais de 9,3% entre as mulheres unidas, sendo a maior proporção desta demanda para limitar a fecundidade. Esta foi definida como representada pelas mulheres que declararam não querer mais filhos ou que não desejaram o último filho e que não estavam usando métodos anticoncepcionais. Tal necessidade foi mais alta do que a verificada para o conjunto das mulheres brasileiras, que foi de 7,5%.

5- Gravidez na Adolescência

A fecundidade na adolescência, bem como suas implicações sociais, demográficas e relativas à saúde da jovem mãe e seu nascituro, emerge como uma questão internacional. Neste quadro, o Brasil tornou-se referência quanto aos problemas em relação a sua população infantil e adolescente. Segundo a DHS de 1996, dentre as cinco regiões brasileiras, foi na região Norte onde se verificou o mais alto percentual de mulheres de 15 a 19 anos que já haviam se tomado mães. Tal percentagem foi de 19,5% e, na Região Centro-Leste, de 9,0%.

As taxas de fecundidade das mulheres de 15 a 19 anos aumentaram, entre 1975 e 1991, na região em estudo, bem como nas regiões Nordeste e Sudeste (dados não apresentados). No entanto, este incremento foi maior para as mulheres da região Norte que, por sinal, já tinham as taxas mais altas, em 1975-80, e passaram a apresentá-las ainda mais elevadas, em termos relativos.

O aumento da fecundidade em mulheres de menos de 20 anos, nos

1 Vide: Berquó et al. (1995).

anos 90, é confirmado pelos dados de atendimentos de partos pela rede SUS mostrados na tabela 5. Assim, entre 1993 e 1995, o número de partos de mulheres de 15-19 anos passou de 59.658 para 68.254. Observou-se também um crescimento do número de partos de meninas de 10-14 anos, que cresceram de 3.295 para 3.731. O crescimento do número de partos nos dois grupos etários foi mais acentuado do que o observado para a população da referida faixa etária. A nível das Unidades da Federação que compõem a Região, foi no Estado do Acre onde se verificou o maior crescimento no número de internações, tanto para a população de 10 a 14 anos, como para a de 15 a 19 anos. Acredita-se que estes dados estejam refletindo uma maior expansão dos serviços de saúde mas, de qualquer forma, apontam eles no sentido de uma gravidade do problema.

Tabela 5
REGIÃO NORTE
NÚMERO DE PARTOS POR MULHERES DE MENOS DE 20 ANOS,
SEGUNDO OS ESTADOS - 1993-1995

GRUPO ETÁRIO	1993 N.º DE PARTOS	1994 N.º DE PARTOS	1995 N.º DE PARTOS
TOTAL			
10 - 14 ANOS	3.295	3.430	3.731
15 - 19 ANOS	59.658	62.688	68.254
RONDÔNIA			
10 - 14 ANOS	381	399	444
15 - 19 ANOS	7.745	7.753	8.509
ACRE			
10 - 14 ANOS	215	195	288
15 - 19 ANOS	2.738	2.867	4.026
AMAZONAS			
10 - 14 ANOS	721	796	875
15 - 19 ANOS	13.380	13.449	14.074
RORAIMA			
10 - 14 ANOS	109	124	37
15 - 19 ANOS	1.614	1.671	694
PARÁ			
10 - 14 ANOS	1.393	1.506	1.589
15 - 19 ANOS	26.044	28.849	31.321
AMAPÁ			
10 - 14 ANOS	123	70	128
15 - 19 ANOS	1.610	1.192	2.135
TOCANTINS			
10 - 14 ANOS	353	340	370
15 - 19 ANOS	6.527	6.907	7.495

Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS

6-Mortalidade Materna

Dados sobre a mortalidade materna são escassos e de baixa confiabilidade, até pela dificuldade de conceituar o fenômeno. A Tabela 6 apresenta a distribuição dos óbitos da população feminina de 15 a 49 anos pelas seis principais causas de morte, em 1980 e 1991. Nos dois anos considerados, as principais causas de morte foram os "sintomas e afecções mal definidos" que foram responsáveis por aproximadamente 28% dos óbitos femininos, em 1991. Note-se que esta proporção foi crescente no período analisado. Isto é um indicador de um baixo atendimento médico. Em 1980, as mortes por "complicações da gravidez, parto e puerpério" ocuparam o segundo lugar em importância no total de mortes, sendo responsáveis por 17,7% deste total. Em 1991, esta importância decresceu para 5,4%, observando-se, inclusive, uma redução em termos absolutos do total de óbitos.

Tabela 6
REGIÃO NORTE
PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITOS ENTRE A POPULAÇÃO FEMININA
DE 15 A 49 ANOS: 1980-1991

Causas de Morte	1980	1991
Sintomas e afecções mal definidas	24,5%	27,7%
Complicações da gravidez, parto e puerpério	17,7%	5,4%
Doenças infecciosas e parasitárias	15,8%	12,0%
Doenças do aparelho circulatório	15,3%	19,1%
Causas externas	13,6%	19,8%
Neoplasmas	13,0%	16,1%
	100,0%	100,0%

Fonte: Ministério da Saúde, DATASUS

A segunda causa de morte em 1991 foram as "causas externas", que passaram a ser responsáveis por quase 20% do total de óbitos deste grupo etário, seguidas das "doenças do aparelho circulatório". Outros óbitos que vêm adquirindo importância crescente são os causados pelos neoplasmas.

Em que pese o total de óbitos por “complicações da gravidez, parto e puerpério” estar decrescendo, o Norte coloca-se como a região que apresentou os mais altos coeficientes de mortalidade materna, em 1989, como se pode observar pela Tabela 7. Enquanto nas regiões Sul e Sudeste os coeficientes de mortalidade materna ficaram em torno de 97 e 96 por 100.000 nascidos vivos, na região Norte este coeficiente atingiu 380 por 100.000 nascidos vivos. Segundo Berquó et al., a alta mortalidade materna deve-se, entre outras coisas, a doenças endêmicas como a malária.² Com o aumento da migração para a região amazônica, na década de 80, de grupos populacionais com pouca imunidade à doença, e com as mudanças ambientais ocorridas, aumentou a proliferação do mosquito vetor e a incidência da malária em 70%, entre 1983 e 1987. As mulheres gestantes são especialmente vulneráveis à doença pela baixa imunidade relacionada ao estado gestacional, tendo como consequência um aumento das taxas de aborto espontâneo, parto prematuro, baixo peso ao nascer e morte materna.

Tabela 7
BRASIL E REGIÕES
COEFICIENTE DE MORTALIDADE MATERNA POR REGIÕES - 1987

Regiões	Por 100.000 Nascidos Vivos
Norte	380
Nordeste	153
Sudeste	97
Sul	96
Centro-Oeste	134
Brasil	123

Fonte: PNUD, p 170

A importância relativa da mortalidade materna na região Norte *vis-a-vis* às outras regiões parece ter continuado em 1992. A Tabela 8 mostra a proporção de óbitos por causas maternas em relação ao total de óbitos por todas as causas em algumas capitais brasileiras. A proporção de óbitos por causas maternas em Manaus foi a terceira mais alta do País, em 1992, apresentando-se quatro vezes mais elevada do que a observada em Porto Alegre.

² Vide: Berquó et al. (1995), p 70

Tabela 8
BRASIL
PERCENTUAL DE ÓBITOS POR CAUSAS MATERNAS EM RELAÇÃO
AO TOTAL DE ÓBITOS FEMININOS SEGUNDO ALGUMAS
CAPITAIS BRASILEIRAS -1992

Capitais	Percentual
São Luiz	10,9
Teresina	7,8
Manaus	7,7
São Paulo	2,5
Rio de Janeiro	2,2
Porto Alegre	1,9

Fonte: Berquó et al., p 72

7- Conclusões

As principais dificuldades encontradas na elaboração deste trabalho residiram na carência de dados. Isto levou a que se fizesse uso de diversas fontes para a obtenção de alguns indicadores básicos, a maioria deles sem possibilidade de uma comparação temporal. As comparações mostraram que o Norte coloca-se, entre as cinco regiões brasileiras, como a que apresenta as piores condições de saúde reprodutiva. Isto é indicado por uma maior mortalidade materna, uma maior taxa de gravidez na adolescência, uma maior demanda insatisfeita de anticoncepcionais, entre outros fatores.

A região em estudo apresentou uma menor cobertura dos serviços de saúde relativamente ao resto do País, o que pode explicar parte dessa pior condição de saúde das mulheres da Região. Muitas das causas de morte encontradas na população feminina poderiam ser prevenidas com ações de saúde de baixo custo e boa resolubilidade. Uma parte importante dessas causas de morte está relacionada diretamente com situações sociais que colocam as mulheres em risco de adoecer e morrer, bem como à crise do setor saúde que se agravou no período. No caso da Região Norte, destaca-se a alta incidência da malária, que contribui para o acirramento da mortalidade materna.

8- Bibliografia

BEMFAM e IRD; (1997) *Relatório da Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar PNSMIPF-Brasil-1996*, Rio de Janeiro.

BERQUÓ, Elza, Araújo M. J. O. e Sorrentino S. R. (1995). *Fecundidade, Saúde Reprodutiva e Pobreza na América Latina- O Caso Brasileiro*. CEBRAP, Nepo/Unicamp, São Paulo.

PNUD/IPEA (1996). *Relatório sobre o Desenvolvimento Humano no Brasil*, Brasília.