



Suzana Cavenaghi
ORGANIZADORA

Rio de Janeiro/Brasília
julho de 2006



INDICADORES MUNICIPAIS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Apoio do Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA

- I39 Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva / Suzana Cavenaghi
 (Organizadora). - Rio de Janeiro : ABEP, Brasília : UNFPA, 2006.
 282p. ; cm.
 Inclui bibliografia.
 Acompanhado de CD-ROM em bolso, contendo Manual de Cálculo dos Indicadores;
 Estimativas dos indicadores para todos os municípios (cerca de 2000).
 ISBN 85-85543-13-2
 1. Saúde reprodutiva - Brasil. 2. Indicadores de saúde - Metodologia. 3. Indicadores
 de Saúde – Brasil. 4. Serviços de saúde para mulheres. 5. Violência contra as mulheres. 6.
 Sexo e direito. I. Cavenaghi, Suzana. II. Associação Brasileira de Estudos Populacionais.
 III. Fundo das Nações Unidas para Atividades Relativas à População. IV. Título.

CDU 614:612.6(81)

Copyright ABEP

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS
www.abep.org.br

Diretoria 2005-2006

Presidente
George Martine

Vice-Presidente
Simone Wanjman

Secretária-Geral
Rosana Baeninger

Tesoureiro
José Eustáquio Diniz Alves

Suplente
José Ribeiro Guimarães

Equipe envolvida na elaboração do livro

Coordenação
Suzana Cavenaghi

ABEP
Suzana Cavenaghi
Sonia Corrêa
José Eustáquio Diniz Alves

IBGE
Celso C. Simões
Nadja Pernes da Silva
Paulo de Martino Jannuzzi

NEPO e CEBRAP
Elza Berquó
Tania Di Giacomo Lago
Estela Maria P. Cunha
Stella B. S. Telles
Raquel Jakob

CEDEPLAR
Laura L. Rodrigues Wong
Ignez Helena Oliva Perpétuo
Adriana Miranda-Ribeiro
Miriam Martins Ribeiro
Regiane Carvalho

Rede Feminista de Saúde
Wilza Villela

[Sumário]

Apresentação	10
<i>Tania Cooper Patriota</i>	
<i>George Martine</i>	
Introdução	14
O Projeto de Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva: origem e caminhos trilhados	
<i>Suzana Cavenaghi</i>	
<i>Elza Berquó</i>	
[Capítulo 1]	27
Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores	
<i>Sonia Corrêa</i>	
<i>José Eustáquio Diniz Alves</i>	
<i>Paulo de Martino Jannuzzi</i>	
[Capítulo 2]	63
Experiências anteriores com indicadores de saúde sexual e reprodutiva	
<i>Wilza Vilela</i>	
[Capítulo 3]	77
Bases de dados para o estudo da saúde sexual e reprodutiva	
<i>Suzana Cavenaghi</i>	

[Capítulo 4] Introdução	112
---------------------------	-----

A experiência-piloto: Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva

[Capítulo 4] Parte 1	121
------------------------	-----

A experiência-piloto: os indicadores de contexto, de violência contra as mulheres e de disponibilidade e acesso a serviços e insumos

Laura L. Rodríguez Wong

Ignez Helena Oliva Perpétuo

[Capítulo 4] Parte 2	151
------------------------	-----

A experiência-piloto: Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva

Elza Berquó

Estela M. G. P. Cunha

Stella B. Silva Telles

Raquel Jakob

[Capítulo 5]	188
----------------	-----

Os indicadores de saúde sexual e reprodutiva: estudo de casos de municípios-tipo selecionados

Ignez Helena Oliva Perpétuo

Laura L. Rodríguez Wong

Miriam Martins Ribeiro

[Conclusões]	257
----------------	-----

Tânia Di Giacommo Lago

[Anexos]

CD-Rom

- Ficha técnica e *Manual de cálculo dos indicadores*
- Estimativas dos indicadores para todos os municípios, cerca de 2000.



Agradecimientos

Este livro surgiu a partir das atividades desenvolvidas no Projeto Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva, o qual teve sua origem nas discussões de um grande grupo de pesquisadores que traçavam as linhas prioritárias de atuação, no Brasil, do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), na área de saúde reprodutiva. Agradeço a todas as pessoas e instituições que deram origem ao projeto e àquelas que acreditaram e deram seqüência ao trabalho desenvolvido nos últimos quatro anos. Não me atrevo a citar nomes, pois são muitos, mas as instituições estão listadas no Anexo deste livro. Agradeço especialmente à diretoria da ABEP, que depositou sua confiança em mim para coordenar esta atividade e me deu toda a liberdade e apoio para executá-la. Devo reconhecer o esforço de toda a equipe que participou mais ativamente das atividades do projeto e, especialmente, dos autores dos capítulos, que seguiram firmes para finalizar, de forma bastante concreta, as atividades planejadas no projeto. Um agradecimento muito especial a Elza Berquó, que sempre nos colocou no caminho correto quando as opções disponíveis eram muitas e, às vezes, com trilhas sem saída e de retorno difícil. Agradeço também à colaboração de Darlene Viera, pela ajuda com toda a burocracia que envolve gerenciar um projeto; a Katia Rossini, pelo trabalho de revisão dos textos, e à Super Nova Design, que cuidou da arte e diagramação do livro.

Para a execução de todo o projeto, desde sua concepção, e para a preparação deste livro, a ABEP recebeu o inestimável apoio financeiro do UNFPA, que tem incentivado atividades na área de saúde reprodutiva. Na origem, o projeto contou com o apoio de Rosemary Barber-Maden e Kátia Amorim, a quem se agradece pelo incentivo e cooperação. Agradecimento especial deve ser feito a Tânia Cooper Patriota e Taís de Freitas Santos, que acreditaram no projeto e estimularam sua continuidade, acompanhando de perto a execução. Particular agradecimento dirijo ao apoio recebido dos colegas do UNFPA, Márcio Arbach e Jennifer Gonçalves, que ajudaram a conduzir o processo de finalização desta publicação, e, muito especialmente, a esta última, que, com muita competência, garantiu o planejamento e a execução financeira do projeto.

Suzana Cavenaghi

Apresentação

Esta publicação é o resultado de quatro anos de trabalho envolvendo várias instituições das áreas de demografia e de saúde no Brasil, incluindo ABEP, CEDEPLAR, IBGE, NEPO e a Rede Feminista de Saúde. A coordenação do projeto coube à Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP), que visa fomentar o conhecimento da realidade demográfica nacional, contribuindo para o desenvolvimento de novas técnicas metodológicas para a solução de problemas demográficos.

Trata-se de um valioso instrumento didático, que permite acompanhar a trajetória de investigação e reflexão de um grupo de especialistas à procura de um modelo de monitoramento da situação da saúde sexual e reprodutiva em nível municipal.

A dimensão captada pelos indicadores considerados nesta publicação teve a sua relevância destacada na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994. A Conferência do Cairo foi um ponto de inflexão em relação às conferências populacionais anteriores, ao estabelecer como enfoque central das questões populacionais o direito de cada indivíduo a uma saúde sexual e reprodutiva plena, em todas as fases da vida, e a garantia de acesso aos meios para exercer tal direito.

De fato, desde a CIPD, a comunidade internacional tem reconhecido que o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva constitui uma condição fundamental para a igualdade de gênero e para o desenvolvimento social. Além disso, evidências apontam a saúde sexual e reprodutiva como determinante para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, na medida em que quatro dos oito objetivos estão diretamente relacionados ao tema – promover a igualdade de gênero e a autonomia da mulher, reduzir a mortalidade infantil, melhorar a saúde materna e combater o HIV.

Durante a última década, o Secretariado das Nações Unidas, principalmente o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), e os Estados-membros signatários do Programa de Ação do Cairo, têm concentrado esforços no sentido de avaliar os avanços alcançados, assim como os obstáculos e desafios a serem superados em relação aos compromissos assumidos.

Processos intensivos de revisão se deram principalmente em 1999 (Cairo +5) e 2004 (Cairo +10). Como parte dessas revisões, foram surgindo vários sistemas de indicadores para o monitoramento da CIPD, tais como o sistema ATENEA – operado pela REDLAC –, com vistas a viabilizar a comparabilidade entre indicadores relevantes de saúde sexual e reprodutiva entre países da América Latina e Caribe.

Não obstante, tem-se avançado muito menos no que diz respeito a sistemas de indicadores para um monitoramento mais confiável em nível local.

Sendo o UNFPA a agência das Nações Unidas responsável por apoiar e monitorar a implementação do Programa de Ação da Conferência do Cairo em nível global, consideramos de suma importância esta publicação, por sua abordagem inovadora e por sua atualidade, levando-se em consideração os processos de reforma e descentralização do setor de saúde, em curso na maioria dos países da região da América Latina e do Caribe.

No contexto do seu Programa de Cooperação com o Brasil para o período 2002-2006, o UNFPA tem apoiado ações para o avanço do marco legislativo, de políticas públicas e de normas técnicas que permitam melhorar as informações sobre o tema e os serviços de saúde sexual e reprodutiva. O UNFPA também apóia a capacitação de redes para o controle social, contribuindo para que tais políticas se traduzam em práticas operativas.

Em complemento às ações realizadas pelo Ministério da Saúde e pela sociedade civil organizada, torna-se imprescindível a existência de bases de dados confiáveis, assim como instrumentos e sistemas acessíveis e de fácil compreensão, que possibilitem a gestores e planejadores o acompanhamento do impacto das políticas em nível municipal.

Temos certeza de que este livro e o manual que o acompanha serão de grande interesse e utilidade para aqueles que se dedicam à gestão de informação e à melhoria dos serviços na área de saúde sexual e reprodutiva em suas comunidades, assim como para instâncias de decisão, em nível estadual e federal, tanto no Brasil como em outros países da região da América Latina e Caribe.

Tania Cooper Patriota
Representante *a.i.* do Fundo de População
das Nações Unidas (UNFPA) no Brasil

George Martine
Presidente da Associação Brasileira
de Estudos Populacionais (ABEP)

	APRESENTAÇÃO
--	--------------

[Introdução]

O Projeto de Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva: origem e caminhos trilhados

Suzana Cavenaghi¹

Elza Berquó²

1 Escola Nacional de Ciências Estatísticas (ENCE) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

2 Centro Brasileiro de Análises e Planejamento (CEBRAP).

Vários esforços conceituais e metodológicos, incentivados principalmente pelas agências multilaterais, foram realizados, já nos anos 60, para o desenvolvimento de instrumentos de mensuração do bem-estar e das mudanças socioeconômicas. Nos anos 70, com a crescente utilização de indicadores para o planejamento governamental, a criação de sistemas de indicadores passou a ser preocupação constante. No entanto, houve um descrédito a respeito dos resultados apresentados, devido às políticas de planejamento e aos próprios sistemas criados no início da década de 80, os quais voltaram a se fortalecer novamente apenas na segunda metade da década, com o crescente destaque dado ao planejamento local e participativo. Novas exigências com relação aos dados básicos passaram a fazer parte das pautas de discussões, paralelamente à crescente demanda pela definição de sistemas de indicadores que realmente pudessem dar conta de monitorar e, às vezes, avaliar os resultados das políticas públicas implementadas.

Dentro deste contexto, vários esforços foram empenhados para se definirem sistemas de indicadores de saúde sexual e reprodutiva que fossem capazes de acompanhar a situação da saúde dos homens e mulheres nos países em desenvolvimento, principalmente a partir da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada na cidade do Cairo em 1994. O desafio desta atividade reside não somente em determinar o modelo adequado de sistema, mas, principalmente, no fato de ainda termos pouca qualidade e má cobertura das informações básicas necessárias para a estimação de muitos indicadores. Mesmo diante do conhecimento dos problemas existentes, um grupo de instituições, em parceria com o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), decidiu incentivar um projeto que pudesse estudar a viabilidade da criação de um indicador de saúde sexual e reprodutiva em nível municipal para o Brasil. Este livro é resultado do esforço, desenvolvido em conjunto, para a realização deste projeto.

A obra tem duplo objetivo. Por um lado, propõe-se a relatar a experiência de criação de um sistema de indicadores municipais, apontando para aspectos gerais da criação de sistemas em geral e para aspectos particulares referentes ao tema tratado, ou seja, um sistema de indicadores de saúde sexual e reprodutiva em nível municipal. Por outro lado, o livro tem uma proposta didática, voltada tanto para consulta de alunos de pós-graduação como para servir de material

de referência para a capacitação do referido sistema, dirigido aos profissionais e aos técnicos da área de saúde. Os capítulos têm como autores várias pessoas envolvidas nas diversas etapas do projeto, que foi realizado entre 2002 e 2006.

Nesta introdução, além da descrição do conteúdo dos capítulos, serão apresentados um histórico da criação deste projeto e de alguns dos caminhos trilhados por todas as pessoas e instituições nele envolvidas, até o estágio atual. Espera-se que este relato possa colaborar na difícil tarefa de definição de sistemas de indicadores em áreas de multidomínios, conhecimentos e características, às vezes tão similares, mas, na maioria delas, tão diversas, como é o caso da saúde sexual e reprodutiva (SSR) – ainda mais quando se procura incorporar as relações de geração e gênero nas análises.

0 projeto inicial e as mudanças necessárias

Em outubro de 2001, foram definidos os programas brasileiros de cooperação com o UNFPA para o período de 2002-2006, indicando as áreas prioritárias de investigação. No arcabouço do Subprograma de Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil, foi incluída, como atividade estratégica, a produção de “um índice municipal de qualidade de ações de saúde sexual e reprodutiva, enfatizando a integração entre as diferentes áreas e níveis de assistência do SUS e a satisfação do usuário, com vistas a premiar experiências”.³

A Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP)⁴ e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁵ foram designados para coordenar esta estratégia, então denominada “Índice Municipal de Saúde Reprodutiva”. A função de coordenação estava voltada para a elaboração de um plano de trabalho, que compreendia os cinco anos de execução do Programa do UNFPA e o acompanhamento das atividades previstas na estratégia. O objetivo geral do projeto definido junto aos parceiros foi “apoiar um grupo de

3 Plano de trabalho, Subprograma de Saúde Sexual e Reprodutiva, Estratégia 6. UNFPA, 2002.

4 Pela ABEP, participaram a coordenadora e o vice-coordenador do Grupo de Trabalho População e Gênero, Sonia Corrêa e José Eustáquio Diniz Alves, respectivamente, e Suzana Cavenaghi, membro da Diretoria da associação.

5 Pelo IBGE, participavam membros da Coordenadoria de Indicadores Sociais (COPIS), Celso Simões e Nadja Pernes Silva.

trabalho que incluísse acadêmicos e representantes da sociedade civil para o desenvolvimento das tarefas necessárias para a elaboração de um índice de qualidade de ações e programas de saúde sexual e reprodutiva com ênfase na integração e satisfação do usuário”.⁶ Apesar do contato e da participação continuada do IBGE, a coordenação mais direta do projeto esteve a cargo da ABEP.

Na primeira reunião do grupo, ponderou-se sobre dois aspectos ligados à construção do indicador síntese, que deveriam ser examinados ainda na fase inicial do projeto: os dados básicos e o significado e utilidade do indicador para a área de saúde reprodutiva. Com relação aos dados, sabe-se que o Brasil conta com sólida tradição de coleta de informações estatísticas e análises de dados sociodemográficos e epidemiológicos relevantes para saúde sexual e reprodutiva. Paralelamente, em anos recentes, observou-se um avanço significativo no que diz respeito à desagregação de dados em níveis municipais e, até mesmo, em unidades menores, como bairros. Entretanto, ainda persistem hiatos de informação, em especial no que diz respeito aos indicadores sensíveis em saúde reprodutiva – caso dos coeficientes de morte materna, apenas para citar um exemplo. Da mesma forma, está disponível uma série de resultados de investigação sobre aspectos específicos das ações e políticas de saúde sexual e reprodutiva nas últimas décadas. Contudo, não parece excessivo afirmar que não estão disponíveis, ou pelo menos não inteiramente maduros, modelos e indicadores de avaliação de políticas que sejam sistêmicos, no sentido de aferir não só acesso e equidade como também qualidade, integralidade, significado do controle social e percepção das usuárias e usuários, principalmente quando se trata de um número índice.

Dadas a importância e a complexidade desta atividade, que produziria resultados de interesse para vários setores, desde a universidade até áreas da gestão pública em saúde e setores da sociedade civil organizada, o grupo considerou a necessidade de definir, desde o início dos trabalhos, a lista das demais instituições parceiras que poderiam apoiar as diferentes etapas do projeto.⁷ Na

6 Plano de trabalho, Subprograma de Saúde Sexual e Reprodutiva, Estratégia 6. UNFPA, 2002.

7 Inúmeras foram as instituições convidadas a participar deste processo. No Anexo 1, encontram-se listadas aquelas que efetivamente participaram de várias fases do projeto. A ABEP, o IBGE e o UNFPA são muito gratos à colaboração dada.

verdade, considerou-se que estas deveriam não somente acompanhar o projeto, mas participar das discussões desde sua concepção.

Este expediente tornou a atividade ainda mais complexa. Assim, o grupo estabeleceu um plano de trabalho somente para o primeiro ano, condicionando a definição das atividades dos anos subsequentes aos resultados alcançados na primeira etapa dos trabalhos. A definição da lista de parceiros incluiu instituições produtoras de dados, acadêmicas, de pesquisa, ONGs e áreas técnicas do Ministério da Saúde (Saúde da Mulher, Programa de Saúde da Família, DST/Aids, DATASUS e Secretaria de Vigilância da Saúde). A primeira atividade a colocar as instituições parceiras em conjunto foi a realização de um seminário de trabalho que teve como propósito geral determinar a viabilidade do projeto proposto inicialmente, qual seja, a criação de *um índice* de saúde reprodutiva e premiação de ações com êxito no nível municipal, e da proposta de mudanças e ajustes necessários para a continuidade do projeto.

O seminário foi organizado de forma a apresentar as várias bases de dados com algum interesse para a área de saúde e relatos sobre algumas experiências de construção de indicadores em nível municipal. Buscou-se reunir técnicos responsáveis ou diretamente ligados ao processo de coleta e gerenciamento dos dados, principalmente do IBGE, e técnicos da área de registros administrativos do Ministério da Saúde, visando conhecer as potencialidades e eventuais fragilidades dos dados para os propósitos deste projeto. Os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde/PNDS (BEMFAM e *Macro International*), apesar de não fornecerem informações em nível municipal, foram considerados, pela extrema relevância na área.

As bases de dados apresentadas e discutidas no seminário foram:

- 1) Censo demográfico de 2000;
- 2) PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1998 – Suplemento de Saúde;
- 3) SIM – Sistema de Informações de Mortalidade;
- 4) SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos;
- 5) Estatísticas do Registro Civil;
- 6) Pesquisa Nacional sobre Saneamento Básico;

- 7) AMS – Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária;
- 8) MUNIC – Pesquisa de Informações Básicas Municipais;
- 9) PNDS – Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde;
- 10) SIH – Sistema de Informações Hospitalares;
- 11) SIASUS – Sistema de Informações Ambulatoriais;
- 12) SISCOLO – Sistema de Informação Laboratorial para Exame Colpocitopatológico;
- 13) SISPRÉNATAL – Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento;
- 14) SIAB – Sistema de Informação sobre Atenção Básica; e
- 15) SINAN – Sistema de Vigilância Epidemiológica.

Para o relato das experiências com a construção de índices, foram convidados os pesquisadores envolvidos na construção de três indicadores sintéticos em nível municipal: o IDH Municipal do PNUD, o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS) da Fundação SEADE e o Índice de Desenvolvimento Municipal do IPLANCE/Ceará. As discussões deram-se em torno de problemas dos mais variados tipos, enfrentados pelas instituições durante a construção dos respectivos indicadores e, principalmente, dos aspectos ligados a sua utilização após a publicação. Maiores detalhes metodológicos sobre as vantagens e desvantagens da construção de índices sintéticos são discutidos no capítulo 1. De forma bastante sucinta, o relato das experiências mostrou que, para o objetivo proposto no projeto e a complexidade das dimensões envolvidas na área de saúde sexual e reprodutiva, um indicador sintético não seria capaz de oferecer as propriedades e resultados desejados. Adicionalmente, a ordenação, quase que imediata, dos municípios, a partir de indicadores sintéticos, traziam-lhes mais problemas do que soluções, pois, na maioria das vezes, são utilizados com propósitos duvidosos.

O estabelecimento deste terreno comum de conhecimento sobre os dados e algumas experiências anteriores possibilitou o aprofundamento de discussões que questionaram o conteúdo e o significado de um índice sintético de saúde reprodutiva, que era o alvo de interesse na fase inicial de definição deste projeto. Foram também discutidos os problemas advindos da classificação ordenada de índices desta natureza. Dados a dificuldade de definir um único indicador que refletisse o interesse de várias áreas, os altos riscos envolvidos com o uso incor-

reto deste e a escassez de dados confiáveis em nível municipal, o encaminhamento do seminário resultou em uma redefinição dos objetivos do projeto.

A nova proposta formulada tinha como objetivo principal a construção de um conjunto mínimo de indicadores de saúde sexual e reprodutiva, subdividido por temas, cujas diretrizes incorporassem as perspectivas de gênero, raça e geração. Estes indicadores estariam disponíveis em escalas variadas de desagregação geográfica, as quais dependeriam da frequência dos eventos mensurados e da disponibilidade de dados confiáveis no nível de agregação proposto. Adicionalmente, este conjunto de indicadores deveria contribuir para o fortalecimento da integração das questões de saúde reprodutiva, gênero e direitos em programas estratégicos nacionais e, ainda que de forma indireta, para a melhoria da disponibilidade, do acesso e da qualidade dos serviços de saúde sexual e reprodutiva. Em suma, abandonou-se a idéia de criar um indicador sintético de saúde sexual e reprodutiva em nível municipal e, com ela, a estratégia de premiação de experiências exitosas na gestão da Saúde.

A difícil tarefa de escolha do conjunto de indicadores

A partir da redefinição do objetivo do projeto, o grupo coordenador estabeleceu um grupo menor de parceiros para interlocução direta cuja tarefa era elaborar a proposta da lista de indicadores. A primeira diretriz colocada por este grupo foi a definição de duas dimensões para o conjunto de indicadores de SSR. A primeira dimensão teria um caráter contextual, que conteria indicadores sobre a população em geral, a população-alvo e dados de saúde em geral. A segunda dimensão trataria dos indicadores de SSR especificamente divididos em seis temas: Prevenção da gravidez e de DST/Aids; Gravidez, pré-natal, parto e puerpério; Ocorrência de DST/aids; Doenças do trato reprodutivo; Violência; Disponibilidade e acesso a serviços e insumos. A escolha e subdivisão destas áreas temáticas são discutidas no capítulo 1.

Outra tarefa essencial para o desenvolvimento do projeto, identificada pelo grupo, foi a definição do que se entendia pelo conceito “saúde sexual e reprodutiva” e as questões que envolviam esta área. Foi preparado um documento, reproduzido no capítulo 1, cuja finalidade era sistematizar a evolução dos conceitos de direitos e saúde sexual e reprodutiva e discutir formas de moni-

torar as metas acordadas na Conferência do Cairo, referentes à saúde sexual e reprodutiva, assim como explicitar as vantagens e desvantagens do uso de indicadores sob suas várias formas.⁸

O capítulo 2 dedica-se a um pequeno histórico de uma experiência anterior de criação de um sistema de indicadores de saúde sexual e reprodutiva que fosse capaz de acompanhar as metas propostas na Conferência do Cairo. Na medida do possível, esta é comparada ao sistema proposto neste livro. Estas informações são importantes, pois mostram parte do caminho trilhado antes de se chegar à proposição de um sistema municipal de saúde sexual e reprodutiva.

Diante da enormidade de informações apresentadas no seminário, pelos técnicos e pesquisadores envolvidos na produção dos dados das áreas de saúde e afins, definiu-se outra atividade primordial para o andamento do projeto. A criação de um documento de fácil consulta, em CD-Rom, que contivesse uma sistematização das informações contidas nas bases de dados de interesse da área de saúde.⁹ Breves considerações sobre o uso das bases de dados e informações sucintas sobre o conteúdo destas estão disponíveis no capítulo 3.

Dentre todas as tarefas, a mais complexa era a criação da proposta da lista de indicadores. Esta deveria ser relevante, a fim de traçar o panorama da saúde sexual e reprodutiva nos municípios brasileiros, e servir como ferramenta de monitoramento. Esta atividade foi elaborada a partir da proposição de várias listas enviadas pelos parceiros do projeto. Para a construção destas propostas, os proponentes tomaram por base as recomendações sobre indicadores constantes nos seguintes documentos: *Indicadores para programas de Población y Salud Reproductiva* (UNFPA);¹⁰ *Monitoreo como practica ciudadana de las mujeres* (RSMLAC/FNUAP);¹¹ e *Sistema de indicadores para el seguimiento y*

8 Esta atividade foi realizada por Sonia Corrêa, José Eustáquio Diniz Alves e Paulo Jannuzzi.

9 Esta atividade foi realizada por Celso Simões e Nadja Pernes Silva, e todo o conteúdo do CD-Rom, resultado desta atividade, encontra-se no CD-Rom que acompanha este livro.

10 UNFPA. *Indicadores para programas de Población y Salud Reproductiva*. División Técnica y de Evaluación (circulación restringida), 1997, 35 pp.

11 UNFPA. *Monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres – La mirada de la RDMLAC en cinco países de América Latina (Brasil – Chile – Colombia – Nicaragua – Perú)*. Proceso Cairo +5, 1998-1999, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, RSMLAC – Fondo de Población de las Naciones Unidas FNUAP, (documento de circulación restringida), 1998, Serie Los Consensos de El Cairo, 60 pp.

*la evaluación de las metas del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo para los Países de América Latina y El Caribe.*¹² Após a sistematização de todas as propostas enviadas,¹³ chegou-se a uma lista que continha 82 indicadores,¹⁴ obtida a partir de uma redução drástica daqueles indicadores propostos, dado que alguns deles não haviam sido claramente definidos e outros eram de difícil mensuração.

Ainda assim, precisava-se de uma redução do número de indicadores que tornasse a lista factível e útil, além de permitir a criação de um sistema de indicadores informatizado e amigável. Para não proceder ao corte de forma arbitrária, realizou-se uma pesquisa-piloto, a partir da seleção de alguns municípios e estimação dos indicadores para esta amostra de municípios. O NEPO da Universidade Estadual de Campinas e o CEDEPLAR da Universidade Federal de Minas Gerais apresentaram uma proposta para cálculo e análise dos indicadores nos municípios selecionados e, assim, dividiram a tarefa de realizar a experiência-piloto. Dada a complexidade inerente à realização desta tarefa de multidomínios, descrevem-se, a seguir, alguns aspectos envolvidos neste processo.

A experiência-piloto

A atividade denominada “experiência-piloto” no projeto permitiria analisar a viabilidade de estimar o conjunto de 82 indicadores de: 1) saúde reprodutiva e sexualidade (ver Anexo 2), utilizando-se os bancos de dados oficiais da área de saúde e, também, a coleta de algumas informações nas administrações das secretarias municipais de Saúde.

12 CEPAL. *Sistema de indicadores para el seguimiento y la evaluación de las metas del Programa de Acción de la Conferencia Internacional Sobre la Población y el Desarrollo para los Países de América Latina y El Caribe*. (distribución limitada LC/L.1340 – 29 de marzo de 2000 – Original: español). Documento apresentado no 28º período de sessões. México, D.F., abr. 2000.

13 A sistematização das propostas enviadas foi elaborada por Laura L. Rodríguez Wong e Ignez Helena Oliva Perpétuo, do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR).

14 A proposta do conjunto de 82 indicadores estabelecida encontra-se no Anexo 2. Com relação ao conjunto de indicadores internacionais propostos, chegou-se à conclusão de que muitos desses indicadores são irrelevantes para o caso do Brasil, devendo ser incluídos na lista aqueles considerados importantes, cujos dados sejam confiáveis.

Como objetivo principal desta atividade, definiu-se a realização de um exercício que permitisse validar um conjunto de indicadores mínimos em saúde reprodutiva e sexualidade, através do estudo das potencialidades e limitações dos bancos de dados disponíveis, assim como a qualidade das informações neles contidas. Buscou-se também obter, de forma prática e sistemática, a definição dos cálculos dos indicadores propostos. Adicionalmente, a atividade teve como finalidade o estudo da adequação ou não, por sobreposição, por falta de dados ou por problemas metodológicos de cada um dos indicadores propostos.

Os trabalhos vinculados a esta atividade começaram em outubro de 2003, a partir de uma reunião geral para definir as tarefas de cada uma das equipes, dividindo-se as bases de dados, a montagem de arquivos, o cálculo dos indicadores e as análises destes, assim como a organização do cadastro dos endereços e dos responsáveis pelas diversas secretarias municipais de Saúde.¹⁵ O NEPO responsabilizou-se pelos indicadores mais vinculados à saúde sexual e reprodutiva e o CEDEPLAR, pelos indicadores mais vinculados ao contexto da população, à disponibilidade e acesso a serviços e insumos e violência contra a mulher. Foram feitas reuniões para padronização dos trabalhos entre as equipes das duas instituições, cujos detalhes encontram-se no capítulo 5.

Para a seleção dos municípios onde se realizaria a experiência-piloto utilizaram-se os seguintes critérios: 1) número de habitantes (porte populacional); 2) grandes regiões; 3) habilitação dos municípios no SUS a partir da NOAS-02; e 4) regionalização do sistema (pólo/sede). As áreas técnicas do Ministério da Saúde colaboraram para o fornecimento das informações necessárias para a classificação referentes aos itens 3 e 4. Dados os critérios e as categorias definidas para estes, concluiu-se que a experiência-piloto seria realizada em torno de 120 municípios. A partir destes critérios, foi realizada uma seleção aleatória dos municípios que comporiam a amostra, entre os 5.561 existentes em 2004. Os municípios selecionados e as categorias definidas para a seleção podem ser vistos no Anexo 3.

¹⁵ Os cálculos dos indicadores foram divididos de maneira equitativa entre as duas instituições, de forma a otimizar o trabalho, evitando-se, na medida do possível, o uso duplicado de um mesmo banco de dados por ambas, bem como dividindo-se o trabalho por temas. Desta forma, a divisão do trabalho deu-se a partir do conjunto de indicadores, não da divisão de municípios.

Um resumo das atividades e os resultados obtidos nesta etapa do projeto encontram-se nos capítulos 4 e 5. Como era esperado, um dos principais problemas confrontados nesta atividade foi a obtenção dos dados primários junto às secretarias municipais, que muito raramente atenderam à solicitação da equipe, mesmo após contatos insistentes por telefone e correio. Mesmo a obtenção das bases de dados dos registros administrativos não foi fácil e realizada com agilidade. Apesar de muitas das bases de dados estarem disponíveis na Internet, era necessário o acesso aos microdados para a realização de uma avaliação mais sistemática e eficiente na estimação dos indicadores propostos. Foram necessários meses de negociação com alguns setores do Ministério da Saúde para obtenção dos CDs com os microdados, mesmo tendo as áreas afins do Ministério como instituições parceiras.

Devido aos problemas encontrados na obtenção dos dados e à extensão da lista de indicadores, a experiência-piloto para aplicação dos indicadores em uma amostra de municípios não obteve 100% de êxito. A etapa mais penalizada foi a de elaboração de uma proposta mais sintética que permitisse a análise dos indicadores em conjunto e desse conta de traçar o panorama da saúde sexual e reprodutiva em nível municipal. O êxito da atividade repousa em se ter feito uma lista completa de todos os problemas encontrados nos cálculos dos indicadores propostos, na redefinição de formas de cálculo, deixando explícita a não-aplicabilidade de alguns indicadores, por deficiência grave dos dados básicos, pela raridade de eventos ocorridos e/ou registrados, ou pela alta correlação que apresentavam com outros indicadores presentes na lista; ou, ainda, por não apresentarem variação significativa em relação ao nível das estimativas.

Como resultado, pode-se dizer que a maior limitação para o cálculo dos indicadores propostos são a disponibilidade dos dados e a qualidade das informações básicas. No entanto, acredita-se que a utilização, cada vez mais freqüente, das bases de dados possa incentivar (ou pressionar) os órgãos produtores para que envidem maiores esforços no que tange às ações vinculadas à melhoria da qualidade dos dados coletados/registrados.

Os resultados da experiência-piloto foram discutidos em conjunto, em seminário de dois dias, no qual estiveram presentes representantes de todas as ins-

tuições parceiras. Os objetivos principais desse seminário foram a apresentação, discussão e avaliação dos resultados da experiência-piloto, a fim de que se definisse um conjunto mais enxuto de indicadores municipais sobre saúde sexual e reprodutiva que sirva de instrumento de monitoramento do estado de saúde da população nos municípios brasileiros. As discussões e sugestões dos participantes e representantes institucionais contribuíram substantivamente neste processo de definição da lista de indicadores proposta pelo grupo, a qual continha 34 indicadores. Esta lista ainda sofreu algumas modificações e adaptações posteriores, contendo, na versão final, 44 indicadores (Anexo 4).

O resultado do *workshop* foi bastante positivo, pois técnicos do Ministério da Saúde ali presentes colocaram-se à disposição do grupo para levar o projeto adiante, viabilizando a implantação de um sistema que forneça o perfil municipal de saúde sexual e reprodutiva nos demais municípios brasileiros e buscar em conjunto formas de viabilizar a atualização dos cálculos a partir da disponibilização de novos dados básicos. Foi ressaltada a importância desta parceria com os órgãos produtores de dados para a continuidade do projeto, apesar do relato de experiências anteriores que mostraram que os projetos desta natureza somente têm sucesso de implementação nos ministérios se o tema em questão for de interesse do governo em gestão. Como a área de saúde reprodutiva pode passar a não ser prioridade em outras gestões, ressaltou-se a importância de se buscarem financiamentos externos para garantir a continuação do projeto, como foi o caso do projeto RIPSA (Rede Interagencial de Informações para a Saúde).¹⁶

Além das questões administrativas envolvidas na continuidade do projeto, após o encerramento da experiência-piloto era necessário que se completassem duas tarefas bastante complexas que estavam por vir. Uma delas era o cálculo dos indicadores para todos os municípios e a determinação de níveis de agregação populacional nos municípios a partir dos quais seria possível obter indicadores consistentes, cujos resultados são apresentados no capítulo 6. A outra era definir uma forma padronizada de utilização do sistema de indicadores propostos. Para tal, realizaram-se estudos de caso em alguns mu-

16 O projeto RIPSA é uma ação conjunta do Ministério da Saúde e da OPAS/OMS no Brasil. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/rnis/RIPSA/Ripsa-01.htm>, para maiores detalhes.

nicípios selecionados, cujos resultados encontram-se detalhados no capítulo 5, bem como os critérios para seleção e a lista dos municípios.

O estudo de casos teve como objetivo apresentar exemplos e formas de análise e monitoramento do estado da saúde sexual e reprodutiva de municípios com características-tipo,¹⁷ ou seja, mostrar um mapeamento (perfil) da saúde sexual e reprodutiva em nível municipal a partir da utilização do sistema de indicadores, apresentando a forma de analisá-los de maneira conjunta e articulada. Adicionalmente, este tem como propósito servir como manual a ser utilizado por gestores e técnicos, bem como de material didático para a capacitação destes na utilização do sistema. Esta tarefa foi executada por pesquisadoras¹⁸ do CEDEPLAR, com supervisão e acompanhamento realizados por membros do grupo coordenador.¹⁹

O estudo de casos comprovou que é possível traçar um panorama da saúde sexual e reprodutiva no Brasil, privilegiando algumas dimensões importantes, principalmente aquelas que são objeto do plano de ação do Cairo. Alguns dados devem ser analisados com cuidado, dadas as deficiências presentes, mas não inviabilizam a tarefa. Adicionalmente, a estratégia de juntar especialistas em várias áreas dos estudos de saúde sexual e reprodutiva, assim como especialistas na coleta e utilização dos dados, revelou-se essencial para a definição de um conjunto de indicadores que, espera-se, seja bastante representativo e amplamente aceito e utilizado.

17 Definiram-se como características-tipo o tamanho populacional, o tipo de habilitação no SUS e a localização geográfica (Norte-Nordeste e Sudeste-Sul-Centro-Oeste).

18 Esta atividade foi desenvolvida por Laura L. Rodríguez Wong e Ignez Helena Oliva Perpétuo.

19 Nesta etapa do projeto, o grupo coordenador contava com Suzana Cavenaghi, Elza Berquó, Tania Lago, Ignez Helena Oliva Perpétuo e Estela Maria P. da Cunha.

[capítulo 1]

*Direitos e saúde sexual
e reprodutiva:
marco teórico-conceitual
e sistema de indicadores*

Sonia Corrêa¹

José Eustáquio Diniz Alves²

Paulo de Martino Jannuzzi³

1 Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) e Grupo Internacional para Sexualidade e Política Social.

2 Escola Nacional de Ciências Estatísticas (ENCE) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

3 Escola Nacional de Ciências Estatísticas (ENCE) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC–Campinas).



Introdução

Os direitos e a saúde sexual e reprodutiva são conceitos desenvolvidos recentemente e representam uma conquista histórica, fruto da luta pela cidadania e pelos direitos humanos e ambientais. A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD),⁴ realizada na cidade do Cairo, em 1994, estabeleceu acordos internacionais que foram assumidos por quase duas centenas de países. Esses acordos foram assumidos e ampliados na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada na cidade de Pequim (Beijing) em 1995. Organizações multilaterais, governamentais, não governamentais e a sociedade civil em geral têm-se mobilizado para garantir o cumprimento e fiscalizar a implantação desses acordos. Para tanto, é preciso criar instrumentos de acompanhamento e avaliação das metas e objetivos colocados nas plataformas de ação das duas conferências, promovidas pela Organização das Nações Unidas (ONU). O objetivo deste capítulo é apresentar, de maneira resumida, um quadro histórico do debate sobre população e desenvolvimento e os principais conceitos sobre direitos e saúde sexual e reprodutiva. Além disso, apresentam-se aqui o processo de escolha e a metodologia de um sistema de indicadores de saúde sexual e reprodutiva que permitirá seu acompanhamento, no Brasil.

Antecedentes históricos

A Conferência do Cairo aconteceu após 200 anos de debates sobre questões de demografia e economia, tornando-se um ponto de inflexão nas orientações sobre este tema. A Programa de Ação da CIPD, resultado de um consenso assinado por 179 países, propiciou uma mudança fundamental de paradigmas: das políticas populacionais *stricto sensu* para a defesa das premissas de direitos humanos, bem-estar social e igualdade de gênero e do planejamento familiar para as questões da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos.

As questões relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos fazem parte da temática mais ampla dos direitos humanos e reportam às questões da cida-

4 UNITED NATIONS. *Report of the International Conference on Population and Development. Cairo: 5-13 set. 1994.* Disponível em http://www.unfpa.org/icpd/docs/icpd/conference-report/finalreport_icpd_eng.pdf. Acesso em 30 de janeiro de 2006.

dania moderna, pensadas a partir dos princípios iluministas do século XVIII. Contudo, o caminho até o Cairo foi árduo e marcado por obstáculos, avanços e retrocessos. Ao longo da caminhada, a população foi vista ora como objeto de políticas coercitivas, ora como sujeito de direitos e de políticas cooperativas.

No início do debate, ainda no calor da Revolução Francesa, o marquês de Condorcet (1743-1794) apresentou, em 1794, uma posição otimista da relação entre população e desenvolvimento, em que previa uma queda progressiva tanto das taxas de mortalidade como de natalidade e uma relação harmônica entre o crescimento populacional e o progresso socioeconômico. Quatro anos depois, o economista e pastor da Igreja anglicana, Thomas Malthus (1766-1834), apresentou uma posição pessimista, argumentando que a população tendia, sempre, a crescer mais rapidamente do que os meios de subsistência. Em consequência, o desenvolvimento e o progresso seriam objetivos utópicos, longe do alcance da maioria da população. Malthus não separava a atividade sexual da reprodução e era contra a utilização de métodos contraceptivos e o aborto, concordando apenas com que o aumento da idade para o casamento e com a abstinência sexual fora dele seriam os únicos meios aceitáveis de limitação da natalidade (Alves, 2002).⁵

Segundo Amartya Sen, Condorcet foi um advogado das políticas cooperativas e Malthus, um precursor das políticas populacionais coercitivas.⁶ Todavia, a despeito de polêmicas apaixonadas, travadas entre uns e outros durante o século XIX, a queda das taxas de mortalidade e natalidade, nos países desenvolvidos, tornou-se uma realidade na primeira metade do século XX. Os demógrafos deram a este fenômeno o nome de "transição demográfica". As primeiras abordagens da transição demográfica não viam contradição entre população e desenvolvimento, mas uma relação de influência mútua, já que o desenvolvimento induziria à redução das taxas de mortalidade e natalidade, e as mudanças na estrutura etária e o baixo crescimento populacional, decorrentes deste processo, ajudariam na decolagem do progresso econômico.

5 J. E. D. Alves, *A polêmica Malthus versus Condorcet reavaliada à luz da transição demográfica*. Rio de Janeiro, texto para discussão, nº 4. ENCE/IBGE, 2002.

6 Amartya Sen, *Population policy: authoritarianism versus cooperation*. Nova Delhi: International Lecture Series on Population Issues, 1995.

Contudo, o arcabouço da teoria da transição demográfica utilizado para analisar o caso dos chamados países do Terceiro Mundo levou a conclusões diferentes. Os primeiros demógrafos que analisaram esta questão argumentaram que a queda das taxas de mortalidade nos países não industriais, após a Segunda Guerra Mundial, deu-se de forma exógena, isto é, devido à importação de tecnologias médicas e sanitárias oriundas dos países industriais. Assim, a queda das taxas de mortalidade, especialmente da mortalidade infantil, teria ocorrido sem a transformação das estruturas sociais e econômicas e, sem estas transformações, as taxas de natalidade tenderiam a continuar elevadas. Desta forma, na segunda metade do século XX, os países com estruturas predominantemente agrárias e rurais tendiam a apresentar elevadas taxas de crescimento demográfico, decorrentes de uma mortalidade em queda num quadro de elevadas taxas de fecundidade.

Os dados estatísticos mostram que, de fato, as décadas de 50 e 60 do século XX foram aquelas em que o mundo apresentou o maior crescimento demográfico de toda a história da humanidade. Os demógrafos mais pessimistas tomaram estes dados como comprovação da “explosão populacional” e como justificativa para a necessidade de políticas demográficas que reduzissem a fecundidade, mesmo que de forma coercitiva. Este tipo de preocupação é que fundamenta as análises do pensamento neomalthusiano. Uma diferença fundamental entre Malthus e o neomalthusianismo é que este último aceita e receita os métodos contraceptivos como forma de limitação da fecundidade.

Portanto, foi neste ambiente de alto crescimento demográfico e sob a influência do pensamento neomalthusiano que ocorreram as primeiras conferências internacionais de População e Desenvolvimento organizadas pela Organização das Nações Unidas (ONU). Foi no desenrolar destas conferências, sob conjunturas internacionais distintas e sob a influência de múltiplos atores sociais, que se chegou às definições dos conceitos de direitos e saúde sexual e reprodutiva.

As conferências internacionais de População

Na segunda metade do século XX, aconteceram cinco conferências mundiais de População: Roma, em 1954; Belgrado, em 1965; Bucareste, em 1974; México, em 1984; e Cairo, em 1994. Segundo o FNUAP,⁷ a preocupação com o binômio população e desenvolvimento tem estado presente desde a Conferência Mundial de População, realizada em Roma em 1954. Esta conferência foi promovida pelas Nações Unidas, em colaboração com a União Internacional para o Estudo Científico da População (IUSSP). Inicialmente, ela tinha um caráter eminentemente científico; houve, entretanto, um acalorado debate sobre o papel da população no desenvolvimento. De um lado, os países capitalistas avançados (Primeiro Mundo) defendiam posições neomalthusianas, argumentando que o alto crescimento populacional poderia ser um entrave ao desenvolvimento econômico. Na Conferência de Belgrado, foi feita menção explícita a métodos contraceptivos como a pílula e o dispositivo intrauterino (DIU), e à esterilização masculina e ao aborto legalizado quando aceitos pela sociedade. Os países não-alinhados do Terceiro Mundo dividiram-se entre as três visões existentes: controlismo, natalismo, ou a população concebida como elemento neutro para o desenvolvimento.

Na Conferência de Bucareste, em 1974, a maioria dos países do Terceiro Mundo alinhou-se na defesa das teses natalistas, sob o argumento de que o crescimento populacional é um sinal de afirmação nacional e o controle da natalidade seria uma ingerência dos países mais ricos sobre a soberania dos países pobres. A posição defendida pela delegação da Índia – “o desenvolvimento é o melhor contraceptivo” – pode ser tomada como uma síntese das resoluções da conferência.

Contudo, as preocupações com o “descontrole populacional” voltaram à tona dez anos depois. Segundo Berquó,⁸ a posição oficial da Conferência Internacional de População do México (1984) foi pela defesa da estabilização da população

7 Página do UNFPA consultada em fevereiro de 2003: <http://www.fnuap.org.br/estrut/serv/cipd/>.

8 Elza Berquó, “O Brasil e as recomendações do Plano de Ação do Cairo”, in E. D. Bilac e M. I. B. Rocha, *A saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe: temas e problemas*. Campinas (SP): Editora 34, PROLAP, ABEP, NEPO/UNICAMP, 1998.

mundial, no prazo mais curto possível, de maneira a permitir a melhoria do padrão de vida dos países em desenvolvimento. O Brasil foi um dos que alterou sua posição neste período, apesar de não ter adotado qualquer política explícita de controle da natalidade.

Porém o debate entre população e desenvolvimento passou a ficar mais complexo com o surgimento de outros atores e temas, que passaram a ter uma presença internacional, em especial no âmbito das Nações Unidas. Mais especialmente, ao longo dos anos 1990, de maneira a otimizar as novas condições políticas resultantes do fim da Guerra Fria, a ONU promoveu uma série de conferências articuladas (o chamado Ciclo Social da ONU). Iniciado com a Cúpula da Infância (1990), este ciclo desdobrou-se em oito conferências intergovernamentais, cujos resultados são relevantes para o debate que articula população, desenvolvimento e direitos: Meio Ambiente e Desenvolvimento – Rio, 1992; Direitos Humanos – Viena, 1993; População e Desenvolvimento – Cairo 1994; Cúpula do Desenvolvimento Social – Copenhague, 1995; Mulheres e Desenvolvimento – Pequim, 1995; Habitat – Istambul, 1996; Alimentação – Roma, 1997; Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Discriminação Correlata – Durban, 2001.⁹

Um traço fundamental do chamado Ciclo Social da ONU foi sua natureza cumulativa, ou seja, os acordos de cada conferência seriam reiterados ou mesmo ampliados e aprimorados nas negociações seguintes. Neste sentido, os acordos alcançados na Conferência de População e Desenvolvimento do Cairo 1994 apoiar-se-iam em definições adotadas na Cúpula da Infância, na Conferência de Viena e na do Rio+10, ao mesmo tempo em que significariam um marco para as políticas relacionadas à população, especificamente. As definições da Cúpula seriam importantes para balizar recomendações relativas à adolescência no que diz respeito aos direitos de acesso a informação e serviços. Entre os legados da Conferência de Viena cabe sublinhar a indivisibilidade dos direitos humanos (superação da dicotomia entre direitos civis, políticos e direitos econômicos e sociais), da própria legitimação da idéia de direitos humanos das mulheres, bem como o reconhecimento de que existiam abusos

9 Este resgate também deve contabilizar os processo de revisão de cinco e dez anos que se sucederam a estas várias conferências, muito embora tenham sido muito diversos os graus de visibilidade e efeito político destes eventos.

de direitos humanos na esfera privada, como é o caso da violência doméstica e sexual e o estupro sistemático em situação de conflito. Segundo Barsted:

Ao afirmar que os direitos das mulheres são direitos humanos, a Declaração e o Programa de Ação da Conferência Mundial de Direitos Humanos, realizada em Viena, em 1993, pela Organização das Nações Unidas, deram alento à introdução da perspectiva de gênero em todas as demais Conferências da ONU da década de 90. Em Viena, as Nações Unidas reconheceram que a promoção e a proteção dos direitos humanos das mulheres devem ser questões prioritárias para a comunidade internacional. Consolidou-se, dessa forma, um longo caminho iniciado em 1948, quando da Declaração Universal dos Direitos Humanos (2002, p. 87).¹⁰

A Conferência Rio 1992 daria, uma vez mais, visibilidade à questão populacional. De um lado, setores favoráveis ao controle populacional usaram amplamente o argumento de que o crescimento demográfico era uma das causas da degradação ambiental. Outras vozes, especialmente aquelas de países em desenvolvimento, defenderam a posição de que a maior causa de degradação era a pobreza. Repetia-se de algum modo, em outros termos, a polêmica de Bucareste. Mas, neste momento, o movimento de mulheres e outros atores já defenderam com bastante vigor o direitos das mulheres, a igualdade de gênero, o papel das mulheres na gestão ambiental e o acesso a serviços de saúde reprodutiva e à anticoncepção.

A ECO 92, por um lado, favoreceu uma articulação renovada entre meio ambiente, pobreza, desenvolvimento, direitos humanos, gênero e saúde reprodutiva. Mas, por outro lado, o Vaticano alinhou-se aos países do Sul no que diz respeito à agenda de erradicação da pobreza, ao mesmo tempo em que atacava sistematicamente as propostas de saúde reprodutiva e planejamento familiar. Esta tensão faria com que todas as referências mais duras ao crescimento demográfico fossem eliminadas do documento final,¹¹ mas também inaugurou um padrão de negociação que se repetiria e se agravaria em todas as conferências subseqüentes, inclusive na recente Cúpula de Desenvolvimento do Milênio, segundo o qual as forças conservadoras lançam mão dos temas de pobreza e desenvolvimento para esvaziar as pautas de igualdade de gênero e autonomia sexual e reprodutiva.

10 Leila Linhares Barsted, *Gênero e legislação rural no Brasil: a situação legal das mulheres face a reforma agrária, relatório final*. Brasília, INCRA; Roma, FAO, 2002.

11 Na verdade, os termos “demografia/demográfico” foram objeto de grandes controvérsias.

Os debates de Viena e do Rio são marcos especialmente importantes, porque transportaram para a arena global de políticas públicas as formulações desenvolvidas pelas feministas desde a década de 70 do século XX: a população tem dois sexos, e os direitos das mulheres deveriam ser respeitados na vida privada, mas também pelas políticas públicas destinadas a alterar padrões demográficos. A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), do Cairo, realizada em 1994, não só se beneficiaria de acordos anteriores como também adotaria definições mais precisas quanto ao significado da desigualdade de gênero e dos direitos humanos no campo específico da reprodução.

Os resultados do Cairo também devem ser analisados na sua relação com a conjuntura global favorável, bem como da perspectiva do novo contexto demográfico. O fim da Guerra Fria atenuou as disputas ideológicas e possibilitou um maior fluxo de negociações e a criação de alianças temporárias entre os diversos países presentes. Também teve destaque a forte presença de organizações não governamentais (ONGs), representando a sociedade civil. A interação entre as agendas cumulativas das diversas conferências internacionais da ONU e a presença crescente dos movimentos de mulheres, de ambientalistas e de defensores dos direitos humanos possibilitaram que o debate entre população e desenvolvimento fosse colocado em um patamar mais elevado. Por outro lado, a queda da fecundidade, que já então se constata na maior parte do mundo em desenvolvimento, também facilitou a mudança de paradigma das políticas de controle da natalidade – que até então haviam prevalecido – para a agenda de saúde e direitos sexuais e reprodutivos.

A maior vitória da CIPD do Cairo foi deslocar o “problema populacional” da perspectiva puramente econômica e ideológica para situar as questões relativas à reprodução no marco da saúde e dos direitos humanos. A plataforma do Cairo abandona ênfase nas políticas públicas voltadas para números agregados e metas de controle da natalidade. Mas esta reorientação não implicou o abandono de dimensões propriamente demográficas como a migração e o envelhecimento populacional. Também se faz menção (ainda que breve) à desigualdade racial, um tema que seria mais amplamente debatido na Conferência de Durban de 2001.

Os significados dos acordos do Cairo, Pequim e Duban

Segundo Corrêa e Sen (1999),¹² a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) do Cairo provocou uma transformação profunda no debate populacional ao dar prioridade às questões dos direitos humanos, bem-estar social, igualdade entre os gêneros e, em especial, à saúde e aos direitos reprodutivos. As autoras destacam os seguintes pontos do Programa de Ação da Conferência.¹³

- No capítulo III do Programa de Ação, retomam-se as preocupações expressas na Conferência de Bucareste, em 1974, reconhecendo-se que o direito ao desenvolvimento é universal, inalienável e um componente integral dos direitos humanos fundamentais. Adiciona-se que o desenvolvimento deve levar em conta as preocupações sociais e ambientais, além de tratar do problema da desigualdade intra e interpaíses, enfatizando a necessidade da erradicação da pobreza entre as mulheres. Ainda define, como objetivos da sustentabilidade, da redução da produção e do consumo não sustentáveis, o investimento em seres humanos e a segurança alimentar.
- No capítulo IV, adota-se, por primeira vez e de maneira sistemática num documento de consenso intergovernamental, os termos igualdade e desigualdade de gênero. Também seria abandonada a linguagem neutra do *status* da mulher, que vinha sendo utilizada desde Bucareste, em favor de um reconhecimento explícito das relações desiguais de poder e recursos entre os gêneros como base no conceito de “empoderamento” das mulheres. O texto também adota a terminologia responsabilidade masculina e recomenda programas de educação dos homens, rapazes e meninos.
- No capítulo VII, reafirmam-se as definições da Organização Mundial da Saúde (OMS) acerca de saúde sexual e reprodutiva e definem-se os direitos reprodutivos como o direito de tomar decisões sobre a reprodução livre de discriminação, coerção e violência. Recomenda-se que os serviços de saúde reprodutiva (incluindo saúde sexual e

12 Sonia Corrêa e Gita Sen, *Cairo + 5: no olho da tempestade. Observatório da Cidadania*, 1999.

13 UNFPA. *Programme of Action of the International Conference on Population and Development*. Disponível em http://www.unfpa.org/icpd/icpd_poa.htm. Acesso em 30 de janeiro de 2006.

planejamento familiar) sejam vinculados à atenção básica de saúde, incluindo serviços de aborto seguro (quando legal), além do tratamento das infecções do trato reprodutivo, das doenças sexualmente transmissíveis e da infertilidade. Recomenda, ainda, serviços de saúde materno-infantil e de aconselhamento de homens e jovens sobre comportamento sexual responsável.

- No capítulo VIII, o aborto inseguro é reconhecido como um grave problema de saúde pública. Afirma-se que as mulheres devem ter acesso a serviços para tratar as complicações decorrentes do aborto inseguro.
- O Programa de Ação da CIPD também definiu metas em termos de recursos financeiros voltados para o planejamento familiar, os serviços de saúde reprodutiva, para HIV-aids e a pesquisa e a coleta de dados.
- No capítulo XV, fizeram-se recomendações sobre parcerias e mecanismos de monitoramento e responsabilidade. Entre elas, duas são parâmetros fundamentais para avaliar o progresso observado deste 1994:
 - Parágrafo 15.8 – Governos e organizações intergovernamentais, em consulta com organizações não governamentais e grupos comunitários locais e em pleno respeito à sua autonomia, devem integrá-los a suas tomadas de decisão e facilitar a contribuição que organizações não governamentais possam dar, em todos os níveis, para encontrar soluções para as questões de população e desenvolvimento, em particular no sentido de assegurar a implementação do presente Programa de Ação. Organizações não governamentais devem desempenhar um papel-chave nos processos nacionais e internacionais de desenvolvimento.
 - Parágrafo 15.9 – Os governos devem garantir o papel e a participação das organizações e mulheres no planejamento e implementação dos programas relativos à população e ao desenvolvimento. O envolvimento das mulheres em todos os níveis, especialmente no nível gerencial, é decisivo para se alcançarem os objetivos e implementar o presente Programa de Ação.

Neste breve balanço, é preciso ainda mencionar os resultados mais significativos da IV Conferência Mundial sobre a Mulher que aconteceu em Pequim, em 1995. Embora os marcos institucionais para implementação das agendas

do Cairo e de Pequim sejam diferentes no âmbito das Nações Unidas (UNFPA e UNIFEM), assim como nos planos nacionais, há grande convergência e complementaridade em termos das recomendações adotadas nas duas negociações. O Programa de Ação de Pequim é mais extenso e detalhado no que diz respeito à promoção da igualdade entre os gêneros nas mais diferentes esferas: educação, economia, mercado de trabalho, meio ambiente, direitos humanos, violência, situações de conflito, comunicação e mídia e as condições específicas das meninas. Do ponto de vista da agenda do Cairo, o mais relevante é que o capítulo sobre saúde reafirma e amplia as recomendações da CIPD. Em especial, foi introduzido um novo parágrafo, que define os direitos humanos das mulheres no campo da sexualidade, direitos sexuais (parágrafo 96), e, no parágrafo 8.25 do Cairo, que trata do aborto como problema de saúde pública, foi adicionada a recomendação de que os países revisem as legislações que penalizam as mulheres por tal prática.

A Conferência de Durban iria expandir significativamente a pauta de combate à desigualdade étnica racial anunciada no Programa de Ação do Cairo, adotando recomendações relativas a políticas públicas nas mais diversas áreas: educação, economia trabalho, saúde e especialmente direitos humanos. À diferença do Cairo e de Pequim, Durban teve lugar num momento político global muito desfavorável (imediatamente antes do 11 de Setembro) e foi uma negociação extremamente conflitante. Por essa razão, seu impacto no plano das instituições globais foi de muito baixo perfil. Entretanto, na América Latina e mais especialmente no Brasil, observou-se maior mobilização para a legitimidade social da conferência. Em especial, no caso brasileiro, as definições e recomendações de Durban constituem hoje parâmetros para elaboração e implementação de políticas públicas voltadas para eliminação da desigualdade e discriminação racial.

Marco teórico-conceitual dos direitos e saúde sexual e reprodutiva

Nos primórdios da demografia, os direitos individuais não eram preocupações incorporadas na análise do “problema populacional”. Os números agregados da população sobrepunham-se e impunham-se aos indivíduos e casais. Ademais, as questões sexuais e reprodutivas estavam confinadas ao mundo

doméstico e ao privado, não sendo objetos de políticas públicas. Além disto, autores como Malthus, por exemplo, não separavam sexo de reprodução e consideravam que o matrimônio seria o resultado de uma atração inexorável entre homens e mulheres, sendo que o casamento envolvia um casal heterossexual cujo relacionamento tinha finalidade generativa.

Nas décadas de 1950 e 1960, quando se difundiu o medo da “explosão populacional”, os formuladores de políticas, influenciados pelo pensamento neomalthusiano, passaram a defender a disseminação de métodos contraceptivos, mesmo que contrariando os interesses individuais, pois se tratava de obter resultados coletivos de limitação global da população. Nas décadas seguintes, o pensamento neomalthusiano tornou-se mais moderado, na medida em que a fecundidade diminuía no mundo. Quando as pesquisas demográficas passaram a mostrar que o número desejado de filhos (por parte das mulheres e casais) era menor que a fecundidade observada, então passou-se a dar mais ênfase às necessidades não atendidas de contracepção.

Por outro lado, desde o início do século XX, pioneiras feministas como Margaret Sanger e Emma Goldman chamavam a atenção para o fato de que a autonomia nos campos da sexualidade e da reprodução não poderia ser negligenciada nas lutas pelos direitos das mulheres. A partir dos anos 70, o direito de escolha e a liberdade de decisão nos assuntos sexuais e reprodutivos tornar-se-iam aspectos inegociáveis da pauta feminista no Brasil e no mundo. Assim, vão ganhando relevância as questões relativas à saúde integral da mulher e à saúde sexual e reprodutiva, incluindo o acesso à contracepção e ao aborto seguro. Historicamente, as reivindicações pelos direitos sexuais e reprodutivos têm funcionado como um catalisador para a ampliação de outros direitos. Numa perspectiva histórica mais ampla, este talvez seja o significado mais importante do Cairo e de Pequim: a tradução destas aspirações que remontam ao século XIX para os marcos globais de direitos humanos e políticas públicas do século XXI.

Saúde reprodutiva: distinções necessárias

A tendência de subsumir as definições discutidas acima, nas conferências do Cairo e de Pequim, sob o manto mais bem-comportado da saúde reprodutiva, era bastante freqüente antes de 1994-1995, como sugere Corrêa:

Os documentos internacionais da CIPD e de Pequim legitimaram mais do que apenas o termo “saúde reprodutiva”. Estão hoje consagradas as noções de direitos reprodutivos, saúde sexual e conteúdos relativos aos direitos sexuais. Entretanto nos discursos, até então, essas definições – complexas e, porque não dizer, “radicais” – estavam como protegidas sob o grande guarda-chuva de saúde reprodutiva. Atualmente é possível explicitar o significado de cada um destes termos. Porém, por efeito da vulgarização e simplificação que costuma ocorrer nessa nova etapa do campo, pode ocorrer que sejam aplicados como termos intercambiáveis. É, portanto, fundamental distinguir suas diferenças e significados (1999, p. 40).¹⁴

A adoção das demais definições, em ambas as conferências, abriu espaço para que estes termos fossem mais intensamente utilizados, especialmente pelas organizações da sociedade civil, mas também por alguns atores institucionais de peso.¹⁵ Entretanto, no plano institucional, este tratamento semântico não desapareceu. Isto se deve, em parte, a que a terminologia “saúde reprodutiva” continuou sendo adotada como guarda-chuva pelas instituições globais que trabalham neste campo (OMS e FNUAP, em particular). Contudo, outro fator iria acentuar esta tendência histórica: o ataque sistemático das forças conservadoras aos consensos do Cairo e de Pequim que, como se sabe, ganhou densidade e intensidade em anos mais recentes.¹⁶

Em razão deste ataque, desde os processos de revisão +5 (1998-1999), tornar-se-ia cada vez mais difícil aprovar em documentos intergovernamentais linguagem relativa à saúde sexual, direitos reprodutivos e, mais especialmente, a direitos sexuais. As negociações de Pequim +10, em 2005, ilustram de maneira contundente esta dificuldade, pois, nesta ocasião, a delegação americana bloqueou a expressão “direitos humanos das mulheres” na declaração política da 59ª Sessão da Comissão para o Status da Mulher, argumentando temer que esta implicasse a criação de novos direitos e constituísse um eufemismo para direito ao aborto e direitos sexuais.

14 Sonia Corrêa, “Saúde reprodutiva, gênero e sexualidade: legitimação e novas interrogações”, in *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

15 Por exemplo o secretário-geral da ONU usa com bastante frequência as expressões “saúde sexual” e “direitos reprodutivos”. No Brasil, alguns atores políticos de peso também lançam mão da terminologia, como foi o caso do ministro do STF Celso Mello, num comentário de 1997 sobre a votação do PL 20-1991, projeto de lei que trata dos serviços de aborto nos casos legais.

16 Em particular após 2001, quando os Estados Unidos passariam a se alinhar aos setores refratários ao Cairo e a determinados aspectos da plataforma de Pequim.

Da mesma forma, no árduo processo de negociação do documento acordado pela Cúpula do Milênio, que transcorreu entre abril e agosto de 2006 e baliza, do ponto de vista da ONU, a implementação dos MDGs, só foi possível incluir uma menção à meta do Cairo que diz respeito à saúde reprodutiva para todos e todas até 2015. Muito embora a linguagem relativa aos serviços de saúde sexual e reprodutiva e de direitos reprodutivos tenha sido proposta no curso dos trabalhos, as condições políticas não permitiram que ela fosse mantida no texto final. Esta dinâmica política que visa silenciar os vários conteúdos do Cairo e Pequim em relação ao bem-estar e à autonomia sexual e reprodutiva (de mulheres, homens e pessoas jovens) torna necessário explicitar sistematicamente cada um destes conceitos, na medida em que eles continuam sendo parâmetros inegociáveis para implementação das recomendações das duas conferências.

Saúde reprodutiva

A questão reprodutiva passou a fazer parte das políticas públicas, inicialmente, não como um direito geral, mas como um ponto específico no âmbito das políticas de saúde. Todavia, o próprio conceito de saúde passou por uma evolução importante nas últimas décadas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu o conceito de saúde, em 1948, da seguinte forma: “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade”. Esta definição representa um avanço, para a época, na medida em que define saúde de forma ampla e multidimensional, incluindo a saúde reprodutiva.

Contudo, este conceito ainda sofre a influência do viés biomédico e não incorpora as questões do meio ambiente. Segundo Galvão (1999),¹⁷ mais recentemente, a OMS desenvolveu uma nova definição de saúde que reconhece os laços entre o indivíduo e seu meio ambiente: “A habilidade de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades, e de mudar ou interagir com o meio ambiente. Logo, saúde é um recurso para a vida diária, não o objetivo de viver. Saúde é um conceito positivo enfatizando os recursos pessoais e sociais, assim como as

17 Loren Galvão, “Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil”, in L. Galvão e J. Diaz, *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, Population Council, 1999.

capacidades físicas” (p. 167). Neste sentido, a saúde não é somente uma responsabilidade do tradicional setor saúde, mas de todos os setores e instituições que possam influenciar o bem-estar dos indivíduos e das comunidades.

A partir do conceito mais amplo da OMS, foram definindo-se os conceitos de saúde da criança, saúde da mulher, saúde materno-infantil etc. Na primeira metade dos anos 80, no Brasil e no mundo, a noção “saúde integral da mulher” foi o conceito utilizado para articular os aspectos relacionados à reprodução biológica e social, dentro dos marcos da cidadania. Segundo Corrêa e Ávila,¹⁸ a “saúde da mulher” surgiu “como uma estratégia semântica para traduzir, em termos de debate público e propostas políticas, o lema feminista da década de 70: ‘Nosso corpo nos pertence’” (p.19). As autoras mostram que a questão da “saúde da mulher” era uma palavra de ordem radical para o seu tempo e se desdobrava em dois campos. No plano das reivindicações políticas, envolvia demandas sobre o Estado, tais como a discriminação e legalização do aborto e o acesso aos métodos contraceptivos. No plano do atendimento médico, envolvia reivindicações por pré-natal e parto com qualidade, mudança na qualidade da relação médico-paciente e acesso à informação sobre anatomia e procedimentos médicos.

No Brasil, o Ministério da Saúde lançou, em 1977, o Programa de Saúde Materno-Infantil, que contemplava a prevenção da gestação de alto risco. Mas somente o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1983, concebia a questão da saúde da mulher de forma integral, não se detendo exclusivamente nas questões de concepção e contracepção. Segundo Formiga Filho,¹⁹ somente entre 1985 e 1986 o PAISM iniciou de fato suas atividades, abrangendo: a saúde da mulher durante seu ciclo vital, não apenas durante a gravidez e lactação, atenção a todos os aspectos de sua saúde, incluindo prevenção contra câncer, atenção ginecológica, planejamento familiar e tratamento para infertilidade, atenção pré-natal, no parto e pós-parto, diagnóstico e tratamento de DSTs, assim como contra doenças ocupacionais e

18 S. Corrêa e M. B. Ávila, “Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros”, in E. Berquó (org.), *Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil*. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.

19 J. F. N. Formiga Filho, “Políticas de saúde reprodutiva no Brasil: uma análise do PAISM”, in Galvão e Díaz, op. cit., 1999.

mentais. Contudo, uma questão polêmica é até que ponto, em termos práticos e teóricos, o PAISM conseguiu incorporar os homens na prática da reprodução.

Entretanto, em 1988, a OMS, adotaria a concepção de “saúde reprodutiva”. Esta inflexão foi mobilizada pela crítica aos enfoques exclusivamente biomédicos e tecnológicos que caracterizavam os programas da instituição voltados para reprodução humana. Visava ampliar a grade de análise, no sentido de incorporar as dimensões sociais da reprodução e desenhar políticas que não estivessem restritas ao planejamento familiar, mas pudessem responder a outras necessidades como o pré-natal, parto, puerpério, aborto, doenças ginecológicas e câncer cervical. Esta inflexão foi um passo precursor importante no caminho que levaria em direção ao Cairo. Não sem razão, a definição tornar-se-ia uma chave de leitura central dos resultados da CIPD. Embora, no caso brasileiro, a expressão utilizada pela política pública continue sendo “saúde integral das mulheres”, é importante lembrar que a concepção de “saúde reprodutiva” dá um passo à frente, em relação aos conceitos anteriores, ao incorporar explicitamente os homens na dimensão reprodutiva e, na definição do Cairo, ao incluir também uma definição de saúde sexual, como pode ser visto a seguir.²⁰

A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não de mera ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Está implícito nesta última condição o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso aos métodos eficientes, seguros, aceitáveis e financeiramente compatíveis de planejamento familiar, assim como a outros métodos de regulação da fecundidade a sua escolha e que não contrariem a lei, bem como o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que propiciem às mulheres as condições de passar com segurança pela gestação e parto, proporcionando aos casais uma chance melhor de ter um filho sadio. Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de método, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo os problemas de saúde reprodutiva. Isto inclui igualmente a saúde sexual, cuja finalidade é a melhoria da qualidade de vida e das relações pessoais e não o mero aconselhamento e assistência relativos à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis (par. 7.3).

20 Programa de Ação do Cairo. Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, 1996.

Saúde sexual

O uso da expressão “saúde sexual” pelos organismos internacionais precedeu em mais de uma década a adoção de “saúde reprodutiva” pela OMS. Ainda em 1975, uma primeira definição começou a ser utilizada pela organização, a qual, como se pode verificar no Quadro 1.1, era fortemente influenciada pela sexologia clássica.²¹

Quadro 1.1 – Definição de saúde sexual na OMS em 1975

Saúde sexual é a integração somática, emocional, intelectual e aspectos sociais do bem-estar sexual, de forma que estes sejam positivamente enriquecedores e realçam a personalidade, comunicação e amor. Fundamental para este conceito são os direitos à informação sexual e os direitos sobre o prazer. De acordo com Mace, Bannerman e Burton, o conceito de saúde sexual inclui três elementos básicos:

- 1) a capacidade de desfrutar e controlar o comportamento sexual e reprodutivo de acordo com a ética social e pessoal;
- 2) independência do medo, vergonha, culpa, crenças falsas e outros fatores psicológicos que inibem a resposta sexual e enfraquecem as relações sexuais;
- 3) independência de desordens orgânicas, doenças e deficiências que interferem nas funções sexuais e reprodutivas.

Portanto, a noção de saúde sexual implica em uma abordagem positiva da sexualidade humana, e o propósito dos cuidados com a saúde sexual deveria ser a intensificação da vida e dos relacionamentos pessoais, não meramente aconselhamento e cuidados relacionados à procriação ou doenças sexualmente transmissíveis.

Fonte: Traduzido de http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html.

No entanto, a utilização institucional do termo “saúde sexual” seria ampliada e intensificada a partir da primeira metade dos anos 80 do século XX, por efeito da eclosão e rápida expansão da epidemia do HIV/Aids. Nas negociações do Cairo, o termo foi proposto pelos países nórdicos, mas não chegou a ser objeto de uma definição específica. Os conteúdos da saúde sexual foram incorporados na própria definição de saúde reprodutiva: a saúde reprodutiva

21 Esta influência é tão evidente que, hoje, quando se busca a definição de saúde sexual de 1975, na página da OMS, o link em questão remete ao Magnus Hirschfeld Archive of Sexology, da Universidade Humboldt de Berlim.

implica que a pessoa (mulher e/ou homem) tenha uma vida sexual segura e satisfatória. Na última parte da definição, entretanto, a saúde sexual é apresentada como uma forma de melhorar a qualidade de vida e as relações pessoais, independentemente das questões relativas à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis.

No texto do Cairo, manteve-se, portanto, uma razoável ambivalência no que diz respeito à definição de saúde sexual, que pode ser vista como uma questão subordinada à reprodução ou como uma questão autônoma e importante por si só, ou seja, sem ligação com as questões de concepção e contracepção. Assim, o conceito de saúde sexual pode servir a usos diversos. Apresentam-se, a seguir, duas definições formuladas imediatamente após o Cairo, as quais nos dizem da multiplicidade de interpretações do que seja saúde sexual:

A saúde sexual é parte da saúde reprodutiva e inclui: desenvolvimento sexual saudável; relacionamentos responsáveis e equitativos com prazer sexual; e a ausência de enfermidades, doença, deficiências, violência e outras práticas de risco relacionadas com a sexualidade.²²

A saúde sexual é a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem risco de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação. A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na auto-estima, que implica numa abordagem positiva da sexualidade humana e no respeito mútuo nas relações sexuais. A saúde sexual valoriza a vida, as relações pessoais e a expressão da identidade própria da pessoa. Ela é enriquecedora, inclui o prazer, e estimula a determinação pessoal, a comunicação e as relações.²³

Entretanto, a persistência e aprofundamento da epidemia do HIV/Aids, levaram a que, nos anos subsequentes ao Cairo e a Pequim, o termo saúde sexual passasse a ser cada vez mais utilizado em documentos oficiais, inclusive das Nações Unidas, na maioria dos casos em associação como “saúde reprodutiva”. Um marco importante, por exemplo, é a Declaração de Compromisso para o HIV/Aids adotada na Sessão Especial da Assembleia Geral da ONU sobre

22 Galvão, op. cit., 1999.

23 HERA, *Direitos sexuais e reprodutivos e saúde das mulheres: idéias para ação*, 1999. Disponível em HERA – Health, Empowerment, Rights & Accountability. www.iwhc.org/hera

HIV/Aids em 2001 (Nações Unidas 2001),²⁴ cujas recomendações seriam revistas em maio de 2006 e são destacadas a seguir:

Parágrafo 60 – Até 2005, pôr em prática medidas para aumentar a capacidade de as mulheres e adolescentes se protegerem dos riscos de infecção pelo VIH, em especial, mediante a prestação de serviços de cuidados de saúde e de saúde, incluindo saúde sexual e reprodutiva, e mediante ensino da prevenção que promova a igualdade entre os sexos num quadro que tenha em conta as culturas e os gêneros;

Parágrafo 63 – Proporcionar ambientes seguros e protegidos, em especial para as jovens; expandindo os serviços, de alta qualidade e dirigidos para os jovens, de informação e educação sobre saúde sexual e aconselhamento; reforçando os programas de saúde reprodutiva e sexual; e, na medida do possível, envolvendo as famílias e os jovens no planejamento, execução e avaliação de programas de cuidados e de prevenção do VIH/SIDA.

Além disto, exatamente por que persistiam ambivalências e problemas de interpretação em relação às definições e conceitos relacionadas à sexualidade adotadas nas conferências dos anos 90, em 2002 –, a partir do trabalho de um grupo técnico e consulta com especialistas –, a OMS adotaria uma série de definições operacionais quanto a sexo, sexualidade, saúde sexual e direitos sexuais, as quais serão apresentadas ao final desta seção.

A questão dos direitos sexuais e reprodutivos

Os direitos reprodutivos e sexuais fazem parte do conjunto mais amplo dos direitos humanos, que, desde a Declaração Universal da ONU, de 1948, são considerados universais, indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados. Os Direitos Humanos são compostos por direitos fundamentais e essenciais da pessoa humana e garantidos por um conjunto de regras de conduta e de legislação institucional, dotado de força legal. Na evolução das gerações, passou-se, cumulativamente, dos direitos civis aos direitos políticos e aos sociais, estes últimos divididos em direitos econômicos, sociais e culturais (DESC). Os direitos reprodutivos e sexuais estão vinculados tanto aos direitos civis e políticos (liberdade individual, liberdade de expressão, direito de ir e vir) como aos direitos econômicos, sociais e culturais (que dizem respeito a um ambien-

24 United Nations General Assembly 26th Special Session on HIV/Aids. Nova York, 25-27 jun. 2001. Disponível em <http://www.un.org/esa/devagenda/hiv.html>.

te favorável ao exercício da autonomia sexual e reprodutiva). Representam uma conquista do final do século XX, no sentido de se garantir, em todos os aspectos, o valor da dignidade inerente ao indivíduo, sendo proibida qualquer discriminação que tenha por base a raça, a etnia, a nacionalidade, a religião, o gênero, a geração, a orientação sexual e demais critérios.

No Brasil, a proteção legal dos direitos humanos é garantida pela Constituição de 1988, pela legislação complementar e ordinária que se seguiu e pela adesão às convenções e tratados internacionais assinados pelo país. Contudo, a existência legal dos direitos humanos e, em especial, dos direitos sexuais e reprodutivos, não quer dizer que estes sejam respeitados na prática e que todos os cidadãos e cidadãs brasileiras possam desfrutar destas conquistas institucionais. Os direitos estão associados às noções de justiça e solidariedade, que, por sua vez, articulam-se aos interesses individuais e coletivos na implantação da cidadania e da democracia.

Assim como ocorre com a distinção entre saúde reprodutiva e saúde sexual, é fundamental não subsumir o conceito de direitos sexuais à definição de direitos reprodutivos. Há várias razões para se evitar esta fusão. Em primeiro lugar, a trajetória política de criação dos dois conceitos, embora tangencial, foi bastante distinta. Segundo Corrêa:²⁵

A genealogia do conceito de direitos reprodutivos se localiza, predominantemente, num marco “não institucional”. Sua formulação se inicia na luta pelo direito ao aborto e à anticoncepção nos países industrializados. Sua primeira instância de legitimação não foi uma definição institucional – como ocorreu com saúde reprodutiva – porém um consenso discursivo produzido num encontro internacional feminista, relativamente marginal (International Women’s Health Meeting, Amsterdam-1984). Nessa ocasião se produziu um pacto, ainda que provisório, entre feministas do norte e do sul, de que essa era uma terminologia adequada aos fins políticos do movimento. Entre 1984 e sua consagração no Cairo (1994), o conceito foi refinado em colaboração com ativistas e pesquisadoras/es do campo dos direitos humanos [...]. Já a evolução política e discursiva de “direitos sexuais” transcorreu, ainda mais do que o caso de direitos reprodutivos, sob a consigna de mudanças políticas e culturais de corte radical. Por um lado, seria inevitável que as reflexões feministas no âmbito da articulação entre sexualidade, reprodução e desigualdade entre os gêneros – particularmente vigorosa nos Estados Unidos, Europa e América Latina – conduzisse à propostas de autônoma sexual. Não obstante, é fundamental observar que até Cairo e

25 Op. cit., 1999.

Pequim, a “sexualidade” e o “corpo” permaneceram como que submergidos nas idéias de saúde e direitos reprodutivos. Neste sentido, a vitalidade da recente visibilização dos “direitos sexuais”, deve ser melhor atribuída aos esforços conceituais e políticos do movimento gay e lésbico do que ao feminismo “*stricto senso*” (p. 41).

Mais importante, todavia, é reconhecer que, no mundo das práticas humanas, a atividade sexual não implica, necessariamente, em reprodução e, nos dias atuais embora a reprodução, geralmente, envolva a atividade sexual, as novas técnicas de fertilização *in vitro* possibilitam crescentemente reprodução sem intercurso sexual. Em certa medida, a constante reabsorção da sexualidade na reprodução está associada, de um lado, à tendência a fusionar gênero e sexualidade e, de outro, às pressões do conservadorismo moral no sentido de que a regulação da sexualidade seja sempre orientada para a procriação. Assim sendo, é muito importante compreender que gênero, sexualidade e reprodução são esferas da vida humana que se tangenciam – e, eventualmente, confundem-se – mas que ao mesmo tempo correspondem a terrenos distintos em termos de representação, significado e prática sexual. O claro discernimento entre direitos reprodutivos e direitos sexuais é parte deste mesmo esforço de esclarecimento.

Direitos reprodutivos

O fundamento dos direitos reprodutivos é a autonomia de decidir sobre a procriação. No que diz respeito à esfera pública, implica a restrição tanto a qualquer tipo de controle coercitivo da natalidade quanto a qualquer tipo de imposição natalista que implique a proibição de uso de métodos contraceptivos. No mundo privado, respeitar os direitos reprodutivos implica que maridos e companheiros, esposas e companheiras, familiares e redes comunitárias não obriguem alguém a engravidar, a usar métodos anticoncepcionais, a não abortar, ou a realizar um aborto forçado. Os direitos reprodutivos significam que toda pessoa tem liberdade de escolha para definir como, quando e quantos filhos quer ter (incluindo não ter filho algum, isto é, o direito “não-reprodutivo”), além de poder contrair matrimônio de maneira livre e com o pleno consentimento de ambas as pessoas. No Programa de Ação do Cairo (CNPD 1996),²⁶ as questões dos direitos reprodutivos estão definidas da seguinte forma:

26 Programa de Ação do Cairo. Comissão Nacional de População e Desenvolvimento, 1996.

Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência” (par. 7.3, p. 41).

Os direitos reprodutivos são essenciais para que as pessoas em geral exerçam seus direitos de autonomia e tenham acesso à saúde, incluindo-se o direito aos serviços integrais e de boa qualidade, com privacidade, ampla informação, livre escolha, confidencialidade e respeito. Entretanto, na medida em que a gestação ocorre no corpo das mulheres – e tem repercussões em termos de sua saúde, realização profissional e liberdade –, os direitos reprodutivos têm um significado especial em sua vida. Segundo Corrêa e Ávila,²⁷

No Brasil, a inflexão da terminologia saúde da mulher em direção ao uso sistemático do conceito de direitos reprodutivos se iniciou em 1984 quando um grupo de feministas brasileiras retornou do I Encontro Internacional de Saúde da Mulher realizado em Amsterdam 1984 [...] No encontro organizado pelas campanhas ICASC (International Campaign in Abortion, Sterilization and Contraception, Europa) e CARASA (Committee for Abortion Rights and Against Sterilization Abuse, EUA), introduziu-se o termo “direitos reprodutivos”, criado pelas feministas norte-americanas, chegando-se a um primeiro consenso global de que este era um conceito mais completo e adequado (do que saúde da mulher) para traduzir a ampla pauta de autodeterminação reprodutiva das mulheres” (pp. 19-20).

Uma questão importante na concepção dos direitos reprodutivos é que eles não devem se restringir às mulheres, mas também incluem os homens, suas responsabilidades e capacidades de decisão no âmbito da reprodução e de regulação da fecundidade. Idealmente, as decisões reprodutivas devem ser resultado de consentimento mútuo entre os parceiros. Entretanto, no contexto das relações heterossexuais, ainda hoje, o controle da autonomia reprodutiva das mulheres continua a ser um traço marcante das desigualdades de gênero. Assim sendo, em situações em que esta desigualdade e controle continuam a prevalecer – como, por exemplo, quando um jovem proíbe sua parceira de usar

27 Op. cit., 2003.

métodos anticoncepcionais ou de recorrer a um aborto –, os direitos reprodutivos das mulheres (ou mesmo daqueles que têm menos poder de decisão numa relação homossexual) devem ter primazia.

Direitos sexuais

O conceito de direitos sexuais foi desenvolvido muito mais recentemente do que aquele de direitos reprodutivos. Na verdade, seus conteúdos continuam a ser elaborados e refinados, na medida em que a utilização do termo amplia-se na esfera política e na sociedade. Melhor elaboração e maior precisão dos direitos sexuais implicam grande complexidade, na medida em que definem prerrogativas e limites em relação às práticas sexuais, pois levantam questões no campo das identidades, assim como no que diz respeito à definição de parâmetros para a ingerência do Estado numa esfera tão íntima da vida humana.²⁸

A linguagem dos direitos sexuais surgiu pela primeira vez num debate inter-governamental, quando foi incluída no esboço do Programa de Ação da CIPD. Contudo, não foi possível um acordo em relação ao conceito na negociação final.²⁹ Um ano depois, na Conferência de Pequim, embora a expressão “direitos sexuais” tenha sido excluída do texto em debate, foram definidos os conteúdos dos direitos humanos das mulheres no campo da sexualidade. O parágrafo 96 de sua plataforma contém a seguinte definição:

Os direitos humanos das mulheres incluem seu direito de controle e decisão, de forma livre e responsável, sobre questões relacionadas à sexualidade, incluindo-se a saúde sexual e reprodutiva, livre de coerção, discriminação e violência. A igualdade entre mulheres e homens no que diz respeito à relação sexual e reprodução, incluindo-se o respeito à integridade, requer respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades pelos comportamentos sexuais e suas conseqüências.³⁰

28 S. Corrêa e R. Parker, *Sexualidade, direitos humanos e pensamento demográfico: conexões e disjunções num mundo em mudança*, 2004. Disponível em <http://www.clam.org.br>.

29 Em grande medida, esta inclusão foi uma estratégia de barganha para assegurar acordo acerca dos direitos reprodutivos.

30 HERA, *Direitos sexuais e reprodutivos e saúde das mulheres: idéias para ação*, 1999. Disponível em HERA – <http://portugues.iwhc.org/docUploads/HERAactionsheets%5Fpo.pdf>.

Desde 1995, esta definição foi, por um lado, objeto de críticas severas. Isto por que dizia respeito exclusivamente às mulheres – estando excluídos os demais sujeitos da discriminação e coerção sexual como *gays*, transgêneros, travestis, intersexuais, adolescentes – mas, sobretudo, porque a segunda parte do parágrafo é intrinsecamente heterossexual. Por outro lado, desde sua adoção, o parágrafo 96 tem suscitado um extenso esforço de reflexão e análise, assim como debates muito produtivos acerca de como definir os direitos sexuais de maneira a contemplar não apenas as mulheres que vivem relações heterossexuais, mas todos e todas que experimentam discriminação, coerção e violência em razão de sua identidade ou prática sexual. Estas iniciativas vêm se desenrolando tanto em marcos institucionais – caso da OMS e dos comitês da ONU para vigilância dos tratados de direitos humanos – como, mais intensamente, nas próprias sociedades. Na América Latina, por exemplo, este debate tem sido bastante intenso no contexto da Campanha para uma Convenção dos Direitos Reprodutivos e dos Direitos Sexuais.³¹

Vários autores têm sugerido, por exemplo, que a proposta dos direitos sexuais é muito relevante e significativa na medida em que permite superar a lógica das identidades que tende a prevalecer neste campo de debate e ação política.³² Assim como os direitos reprodutivos, os direitos sexuais devem comportar uma face pública e outra privada. Na esfera pública, implicam um arcabouço legal e uma atmosfera moral que, gradativamente, permitam superar uma longa tradição de tratar as práticas sexuais que não se conformam às normas dominantes como patologia, desvio ou crime. Segundo a jurista Maria Lúcia Karam,³³

Não pode, pois, a lei penal ser utilizada para imposição de pautas morais de comportamento, em um campo, que está reservado às convicções íntimas e à consciência individual. Neste campo, o Estado não pode intervir, não se podendo confundir Direito e Moral, como tampouco crime e pecado. Quando se erige uma moral pública sexual, qualquer que seja esta, à categoria de bem jurídico, o que se acaba por estabelecer é a imposição de uma concepção moral dominante sobre a sexualidade,

31 Cf. a extensa bibliografia em <http://www.clam.org.br/publique/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>.

32 I. Saiz, “Bracketing sexuality: Human rights and sexual orientation – A decade of development and denial at the UN”, in *Health and Human Rights*, vol. 7, no 2.2005. Boston: Harvard School of Public Health, pp. 48-82.

33 M. L. Karam, A interpretação da Lei Penal e crimes sexuais. Palestra proferida no Seminário Conversando Direito sobre Homossexualidade, promovido pelo Grupo Arco-Íris. Rio de Janeiro, ago. 2002, mimeo.

que, embora possa até ser compartilhada pela maioria dos membros da sociedade, pode não ser aceita por indivíduos ou grupos sociais, cujo direito à diferença há de ser garantido, sempre que não atingidos direitos alheios (p. 5).

Ou seja, o pleno desenvolvimento e implementação de direitos sexuais requerem adoção de uma perspectiva de direito democrático da sexualidade, tal como formulado por Raupp-Rios,³⁴ que se fundamenta nos princípios da liberdade, da dignidade e da igualdade, ou seja em princípios constitucionais e de direitos humanos amplamente reconhecidos. Já na esfera privada, os direitos sexuais requerem respeito à privacidade e intimidade, assim como o consentimento mútuo nas relações interpessoais. Um caminho possível nesta direção seria tomar como partida a definição operacional da OMS de 2002 – ou parte dela – como ponto de partida para um debate amplo que permitiria a construção de um consenso mais sólido quanto a que são os direitos sexuais.

Esforços múltiplos de pactuação em torno de uma definição mais inclusiva dos direitos humanos no campo da sexualidade tornam-se urgentes nos tempos atuais, pois, como se sabe, os temas da sexualidade – como casamento *gay*, pedofilia, prostituição, tráfico sexual e direito de livre expressão sexual – vêm se tornando crescentemente objeto de controvérsias acirradas, tanto no plano global como nos contextos nacionais, inclusive no Brasil. A adoção de uma perspectiva de direito democrático da sexualidade não soluciona automaticamente estas muitas tensões e conflitos. Mas pode proporcionar um marco teórico e jurídico para balizar debates públicos, desenho de políticas públicas, propostas legislativas e decisões judiciais em relação à sexualidade.

Tal como foi dito antes, em 2002, a OMS produziu algumas definições operacionais em relação à sexualidade. Significativamente, a organização informa que as definições são apresentadas como uma contribuição para os debates em curso, mas não representam uma posição oficial. Esta cautela deve-se às intensas pressões mobilizadas por parte de Estados e setores conservadores contra a linguagem acordada no Cairo e em Pequim, bem como em relação a essas novas definições. No Quadro 1.2, disponibilizam-se as novas definições operacionais da OMS em relação à sexualidade.

34 *Por um direito democrático da sexualidade*, 2005. Disponível em http://www.clam.org.br/pdf/roger_dirdemsex_port.pdf.

Metas quantitativas sobre saúde sexual e reprodutiva

Quadro 1.2 – Novas definições operacionais da OMS em relação à sexualidade

Sexo

Sexo refere-se às características biológicas que definem humanos como mulheres e homens. Enquanto este conjunto de características biológicas não é mutuamente exclusivo, desde que há indivíduos que possuem ambas, ele tende a diferenciar os humanos como homens e mulheres. De uso generalizado em muitos idiomas, o termo “sexo” é usualmente utilizado com o significado de “atividade sexual”, mas, para propósitos técnicos no contexto das discussões sobre sexualidade e saúde sexual, dá-se preferência à definição acima.

Sexualidade

Sexualidade é um aspecto central do ser humano do começo ao fim da vida e circunda sexo, identidade de gênero e papel, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. Sexualidade é vivida e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. Enquanto a sexualidade pode incluir todas estas dimensões, nem todas são sempre vividas ou expressadas. A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais.

Saúde sexual

Saúde sexual é um estado físico, emocional, mental e social do bem-estar em relação à sexualidade; não é meramente a ausência de doenças, disfunções ou debilidades. A saúde sexual requer uma abordagem positiva e respeitosa da sexualidade das relações sexuais, tanto quanto a possibilidade de ter experiências prazerosas e sexo seguro, livre de coerção, discriminação e violência. Para se alcançar e manter a saúde sexual, os direitos sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e satisfeitos.

Direitos sexuais

Direitos sexuais abarcam os direitos humanos que já são reconhecidos em leis nacionais, documentos internacionais de direitos humanos e outras declarações acordadas. Eles incluem os direitos de todas as pessoas, livre de coerção, discriminação e violência, para: a obtenção do mais alto padrão de saúde sexual, incluindo acesso a cuidados e serviços de saúde sexual e reprodutiva; procurar, receber e conceder informação relacionada à sexualidade; educação sexual; respeito pela integridade corporal, escolher seus parceiros; decidir ser ou não sexualmente ativo; ter relações sexuais consensuais; casamento consensual; decidir se, não, ou quando ter filhos; e buscar satisfação, vida sexual saudável e prazerosa. O exercício responsável dos direitos humanos requer que todas as pessoas respeitem os direitos dos outros.

Fonte: Traduzido de <http://www.who.int/reproductive-health/gender/index.html>.

Conferências de Cairo e Pequim

Os programas de ação adotados pelas conferências dos anos 90 do século XX não são documentos de planejamento no sentido convencional. Mais bem, constituem parâmetros ético-normativos e de análise para balizar as políticas que devem ser implementadas nacionalmente. Não parece excessivo afirmar que as definições e conceitos acordados nestas oportunidades são como “idéias-imagens”, cujo sentido principal é mobilizar debates e iniciativas que balizem, nas sociedades nacionais, a construção de diretrizes de política. Entretanto, deve-se dizer que alguns destes documentos também incluem metas quantitativas, ou pelo menos aproximações a objetivos que possam ser mensurados. Este é o caso do Programa de Ação da CIPD, sendo que a maioria das metas quantitativas então acordadas foram reafirmadas na plataforma de ação de Pequim e podem ser observadas no Quadro 1.3.

As Conferências do Cairo e Pequim nas Metas do Milênio

Um dos aspectos positivos das chamadas Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDMs) foi exatamente estabelecer alguns parâmetros tangíveis para traduzir e mensurar o progresso observado em relação aos ambiciosos objetivos desenhados pelas conferências dos anos 1990. Entretanto, o processo político envolvendo as MDMs foi contaminado por um clima político desfavorável, que afetou de maneira negativa especialmente as metas relacionadas a CIPD, as quais foram praticamente eliminadas da primeira grade de indicadores. Além disto, os parâmetros quantitativos definidos no plano global devem se ajustar para baixo, ou seja, adequar-se à situação dos países de pior desempenho. A combinação entre estes fatores terminou por fazer das MDMs, na sua primeira versão, um mínimo denominador comum que foi extensivamente criticado por ONGs, acadêmicos e mesmo alguns Estados membros da ONU.³⁵

35 S. Corrêa e J. E. D. Alves, “As metas do desenvolvimento do milênio: grandes limites, oportunidades estreitas?”, *Revista Brasileira de Estudos da População*, vol. 22, nº 1. Campinas (SP), s.ed., 2005, pp. 177-89.

Quadro 1.3 – Metas quantitativas do Programa de Ação da CIPD

Mortalidade infantil

Parágrafo 8.16 – Os países devem procurar reduzir suas taxas de mortalidade infantil (neonatal e menores de 5 anos) de um terço, ou bem a 50 e 70 por 1.000 nascidos vivos, respectivamente, se essas taxas são menores, até o ano 2000, com adaptação apropriada para a situação particular de cada país. Para o ano 2005, os países com níveis médios de mortalidade devem buscar reduzir a taxa de mortalidade neonatal para menos de 50/1000 nascidos vivos e a taxa de menores de 5 anos para menos de 60 por 1.000 nascidos vivos. Para o ano 2015, todos os países devem atingir uma taxa de mortalidade neonatal menor do que 30/1000 nascidos vivos e uma taxa menor que 45/1000 nascidos vivos no caso dos menores de 5 anos.

Saúde reprodutiva

Parágrafo 7.6 – Todos os países devem esforçar-se para que, até o ano 2015, a saúde reprodutiva esteja ao alcance de todas as pessoas, de idades apropriadas, através de um sistema de atenção básica de saúde.

Morte materna

Parágrafo 9.21 – Os países devem buscar reduzir significativamente as taxas de mortalidade materna até ao ano 2015: para o ano 2000 uma redução da mortalidade materna à metade dos níveis observados em 1990 e uma nova redução de 50% até o ano 2015. Devem-se reduzir as disparidades observadas nas taxas de mortalidade materna internamente nos países, assim como entre regiões geográficas e grupos socioeconômicos e étnicos.

Assistência à anticoncepção

Parágrafo 7.16 – Todos os países devem, nos próximos anos, avaliar a extensão na necessidade não satisfeita de planejamento familiar de boa qualidade e de sua integração no contexto da saúde reprodutiva e dispensando especial atenção aos grupos mais vulneráveis. Todos os países devem tomar providências para satisfazer, tão logo possível, as necessidades de planejamento familiar de suas populações. Todos os países devem, no melhor dos casos, por volta de 2015, procurar prover o acesso universal a toda gama de métodos seguros e confiáveis de planejamento familiar e aos serviços correlatos de saúde reprodutiva, que não sejam contrários à lei. O objetivo deve ser o de ajudar casais e indivíduos a alcançar seus objetivos reprodutivos e proporcionar-lhes a oportunidade plena de ter filhos segundo sua escolha.

Estas críticas suscitaram uma revisão de metas e indicadores, a qual foi desenvolvida pelo Projeto do Milênio sob coordenação do prof. Jeffrey Sachs. Embora ainda limitadas, quando comparada aos ambiciosos objetivos do chamado ciclo social, esta nova bateria de indicadores constitui uma referência mais apropriada para mensurar avanços observados em relação à igualdade de gênero e saúde sexual e reprodutiva.

No que diz respeito especificamente a gênero, saúde e direitos reprodutivos, no Relatório Sachs,³⁶ os indicadores definidos para as metas 3 e 5 reconstroem, quase que em sua totalidade, a pauta ampla dos anos 90:

- informação sobre saúde e direitos reprodutivos (a linguagem utilizada é *reproductive health, rights and services*);
- direitos à herança e à propriedade;
- oportunidades iguais no mercado de trabalho;
- eliminação da violência de gênero;
- participação política em todos os níveis (nas comunidades, nas sociedades e no Parlamento);
- criação e fortalecimento de mecanismos institucionais de promoção da igualdade de gênero;
- dados desagregados por sexo.

No que diz respeito à meta 5, enfatiza-se a prioridade de estabelecimento de um sistema de saúde funcional e bem estruturado, para que as metas sejam cumpridas, e adiciona-se à meta original de saúde materna uma segunda meta específica para saúde reprodutiva, a qual deve atingir objetivos em relação a:

- assistência obstétrica de emergência (incluindo cesarianas e transfusões);
- pessoal treinado;
- assistência pré-natal;
- sistemas de referência;
- acesso ao aborto seguro (nos casos em que seja legal) e tratamento do aborto incompleto (mencionado duas vezes);
- acesso universal à anticoncepção;
- educação sexual e serviços para adolescentes (apropriados à idade);
- tratamento de DSTs;
- busca ativa dos homens (para que freqüentem os serviços).

36 Cf. Corrêa e Alves, op. cit., 2005.

Do marco teórico-conceitual e metas globais aos indicadores municipais: um caminho difícil

Como vimos nas seções anteriores, os consensos globais firmados na década de 90 em relação à população, ao desenvolvimento e à igualdade de gênero (e igualdade racial) combinam as “idéias-imagens” ambiciosas e um conjunto bastante limitado e convencional de indicadores de saúde reprodutiva. A tradução desta pauta em termos de indicadores municipais que permitam medir a vontade política e os efeitos de políticas públicas é uma tarefa árdua. No que diz respeito aos indicadores quantitativos, em relação à igualdade de gênero e saúde sexual e reprodutiva, os desafios decorrem, principalmente, de haver muitas lacunas, em especial quando se trata de operacionalizar as bases de dados municipais.

Incomparavelmente mais complexa, contudo, é a mensuração de direitos, sejam eles relativos à cidadania ou direitos humanos. Mesmo no plano global, só muito recentemente têm sido feitos investimentos no sentido de identificar indicadores tangíveis do exercício efetivos de direitos humanos. O Relatório de Desenvolvimento Humano do ano 2000 (PNUD, 2000),³⁷ que examina articulação com direitos humanos, é um exemplo muito positivo destes esforços, na medida em que oferece sugestões concretas para se mensurarem direitos civis e políticos e direitos sociais, econômicos e culturais.

Seja como for, a criação de indicadores para medir o respeito e a promoção dos direitos humanos é ainda muito incipiente em relação a direitos relativamente consagrados, como é o caso dos exemplos acima. A construção de indicadores que permitam medir quanto os direitos reprodutivos e sexuais das pessoas estão ou não sendo respeitados e promovidos constitui um desafio ainda maior, o qual exigiria todo um trabalho prévio de conceituação acerca de o que, a partir de que e como quantificar o exercício dos direitos nos terrenos da sexualidade e reprodução. Uma avaliação dos direitos depende do equacionamento do papel das pessoas como cidadãs, enquanto seres autônomos, portadores de

37 PNUD, *Relatório do Desenvolvimento Humano 2000. Direitos Humanos e Desenvolvimento Humano – Pela liberdade e solidariedade*. Disponível em http://www.pnud.org.br/rdh/hdr/hdr2000/docs/Sintese_RDH.pdf.

direitos, bem como da preocupação com os deveres da cidadania associados a uma identidade comunitária e de pertencimento a uma totalidade social.³⁸

Por esta razão, no exercício de elaboração de um sistema de indicadores de base municipal para mensurar o progresso observado em relação às recomendações adotadas pela CIPD e pela IV Conferência Mundial da Mulher, optou-se por buscar variáveis que revelassem as condições de saúde sexual e reprodutiva, num espectro não tão amplo quanto aquele definido nos programas de ação destas duas conferências. Embora não existam dados quantitativos para mensurar a dimensão de direitos implicada nesta mesma agenda, considera-se que a preservação e a garantia destes direitos dependem, entre outros aspectos, da adoção de medidas apropriadas para assegurar, em condições de igualdade entre homens e mulheres, o acesso a serviços médicos, sanitários e de saúde em geral. Neste sentido, o sistema de indicadores serve, de forma direta, para acompanhar a situação da saúde sexual e reprodutiva e, indiretamente, para o exercício de algumas dimensões relacionadas aos direitos reprodutivos e sexuais.

Entretanto, mesmo nesta perspectiva mais restrita, há dificuldades e questões complexas a ser enfrentadas. No que diz respeito à saúde sexual, por exemplo, é muito difícil avaliarem-se o “desenvolvimento sexual saudável”, o “prazer sexual” e a “auto-estima sexual”. Geralmente, os indicadores buscam captar se o exercício da sexualidade está ocorrendo sem o risco de doenças sexualmente transmissíveis, violências indesejadas e discriminação. Além disto, a saúde sexual de homens e mulheres precisaria ser avaliada ao longo do ciclo de vida, abarcando as especificidades de cada grupo etário. Contudo, existe uma tendência de se avaliar a saúde sexual relacionada à idade fértil, especialmente da mulher. Uma abordagem mais ampla ainda carece de instrumentos de coleta adequados para se criarem as fontes de dados necessárias para uma avaliação mais global.

A temática da saúde reprodutiva, por outro lado, geralmente está muito centrada nas questões do trato do aparelho reprodutivo feminino, e pouca atenção tem sido dada à experiência e participação masculina nas questões de

38 Luís R. C. Oliveira, “Entre o justo e o solidário: os dilemas dos direitos de cidadania no Brasil e nos EUA”, *Antropologia*, nº 185. Brasília: UnB, 1995, série.

reprodução. Além disso, os indicadores de saúde reprodutiva estão também muito centrados na idade fértil da mulher (15 a 49 anos); pouca atenção tem sido dada às mulheres com menos de 15 anos e com mais de 49 anos. Como se sabe, estes indicadores já há muitos anos dizem respeito, fundamentalmente, à contracepção, concepção, gestação, pré-natal, parto, puerpério e ao tratamento das doenças ligadas ao aparelho reprodutivo.

A definição de um sistema de indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva

Com base no marco teórico e conceitual explicitado nos tópicos anteriores e às limitações inerentes às fontes de dados, é possível partir para estruturação de um sistema de indicadores para diagnóstico, monitoramento e investigação das questões relacionadas à Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR). Tal explicitação teórico-conceitual cumpre um papel fundamental nesse processo de operacionalização do conceito em medidas quantitativas, que é o de garantir maior consistência substantiva e metodológica nas escolhas e opções com relação às dimensões operacionais reapresentadas e os indicadores enfim propostos.

Neste sentido, nunca é demais lembrar que um indicador social é uma medida em geral quantitativa, dotada de significado substantivo, usada para substituir, quantificar ou operacionalizar um conceito social abstrato, de interesse teórico (para pesquisa acadêmica), ou programático, para formulação de políticas. Os indicadores, pois, indicam, aproximam-se, traduzem em termos operacionais as dimensões sociais de interesse, eleitas a partir de escolhas teóricas ou políticas realizadas anteriormente. Os indicadores não são substitutivos dos conceitos que os originaram, mas instrumentos metodológicos que ajudam a percebê-los empiricamente, permitindo o aprofundamento da investigação acadêmica sobre a mudança social e viabilizando, no campo das políticas públicas, o monitoramento dos impactos das ações e programas sobre a realidade social.³⁹

39 Cf. Michael Carley, *Indicadores sociais: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985; I. Miles, *Social indicators for Human development*. Nova York: St. Martin's Press, 1985; P. M. Jannuzzi, *Indicadores sociais no Brasil: conceitos, fonte de dados e aplicações*. Campinas: Alínea, 2001.

No âmbito desse projeto, a partir das discussões realizadas pelos diversos agentes chamados a participar e da revisão conceitual exposta anteriormente, definiram-se duas grandes dimensões estruturantes do sistema de indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva, identificando as temáticas importantes e complementares em cada uma destas dimensões:

Dimensão contextual – Diz respeito às condições gerais da população total, da população feminina e às condições gerais de saúde – ou simplesmente, às condições contextuais. Isto por que não é possível entender ou pretender monitorar os avanços ou retrocessos na questão mais específica, sem que se acompanhem também as condições estruturais, a mudança social ou os impactos gerados pela política social e econômica no país, regiões e localidades. Assim, a dimensão contextual procura privilegiar o acompanhamento de temáticas mais gerais para caracterização da sociedade – aferido por meio de indicadores como população, por raça, sexo e grupos etários, escolaridade, nível de desenvolvimento socioeconômico (IDH); temáticas relativas às condições de saúde – monitoradas por indicadores como esperança de vida, mortalidade infantil; e as temáticas relativas às condições de vida a que as mulheres, em particular, estão sujeitas – na forma apreendida por indicadores como perfil ocupacional e rendimentos.

Dimensão da saúde sexual e reprodutiva – Diz respeito aos indicadores específicos de saúde sexual e reprodutiva. Privilegia seis temáticas operacionais:

- Bloco temático 1 – Diz respeito às medidas de prevenção, focalizando mais especificamente a gravidez e as DSTs/aids. É constituído por indicadores como nível da fecundidade, uso de anticoncepcionais, gravidez na adolescência e prática do sexo seguro.
- Bloco temático 2 – Diz respeito às dimensões relativas as condições de prestação de serviços de saúde da gestação ao puerpério – com indicadores de atendimento pré-natal, incidência de aborto, de características do parto, de intensidade e causas de mortalidade materna, de saúde do recém-nascido.
- Bloco temático 3 – Voltado para acompanhamento da ocorrência de DST/aids – com informações sobre casos registrados de algumas destas doenças.

- Bloco temático 4 – Refere-se ao acompanhamento da incidência de doenças do trato reprodutivo e suas consequências – medidas através de indicadores de exames citopatológicos e mortalidade de homens e mulheres por causas relacionadas ao câncer.
- Bloco temático 5 – Voltado para monitoramento da violência contra as mulheres – acompanhado por indicadores de registros de agressão feitos pelos serviços de saúde e pelas delegacias de atendimento à mulher.
- Bloco temático 6 – Diz respeito ao acompanhamento das políticas públicas específicas de acesso e serviços de saúde sexual e reprodutiva – viabilizado por indicadores institucionais (existência ou não de programas) e de recursos financeiros; disponibilidade de equipamentos e recursos humanos.

A escolha dos indicadores de acompanhamento das temáticas acima apontadas pautou-se, além de em sua relevância para discussão da agenda de SSR, na validade no que diz respeito a representar o conceito indicado e, também, na confiabilidade dos dados usados em sua construção. Além disso, um indicador social deve ter um grau de cobertura populacional adequado aos propósitos a que se presta, deve ser sensível a políticas públicas implementadas, deve ser específico aos efeitos de programas setoriais, deve ser inteligível para os agentes e públicos-alvo das políticas, ser atualizável periodicamente, a custos factíveis, ser amplamente desagregável em termos geográficos, sociodemográficos e socioeconômicos e gozar de certa historicidade para possibilitar comparações no tempo.⁴⁰

De uma perspectiva aplicada, dadas as características do Sistema de Produção de Estatísticas Públicas no Brasil, é muito raro dispor de indicadores sociais que gozem plenamente de todas estas propriedades. Na prática, nem sempre o indicador de maior validade é o mais confiável; nem sempre o mais confiável é o mais inteligível; nem sempre o mais claro é o mais sensível; enfim, nem sempre o indicador que reúne todas estas qualidades é passível de ser obtido na escala espacial e na periodicidade requerida. Além disso, poucas vezes se

40 Cf. OMS. *Catalogue of health indicators*. Genebra, 1996; Paulo de Martino Jannuzzi, “Considerações sobre o uso, mau uso e abuso dos indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas municipais”, *Revista de Administração Pública*, 36 (1). Rio de Janeiro, jan.-fev. 2002, pp. 51-72.

poderá dispor de séries históricas plenamente compatíveis de indicadores para a escala geográfica ou grupo social de interesse. Cabe, pois, uma avaliação, a fim de que se garantam as propriedades mais significativas, na escolha dos indicadores a usar. Neste sentido, não se deve perder de vista que periodicidade e desagregabilidade são propriedades muito importantes no sistema, devido aos propósitos de monitoramento e de captação das especificidades locais a que este se propõe.

A operacionalização do marco teórico e da agenda política de acompanhamento das questões em saúde sexual e reprodutiva, no sistema de indicadores de monitoramento acima exposto, é certamente parcial e não exaustiva. Em primeiro lugar, esse sistema privilegia as dimensões julgadas mais relevantes pelo conjunto de pesquisadores e especialistas chamados a participar, ainda que se tenha tido o cuidado de garantir a participação da comunidade de pesquisadores, ONGs e técnicos governamentais da área de saúde. Além disso, o sistema privilegia as temáticas para as quais existem estatísticas e registros para cômputo de indicadores de monitoramento, na escala geográfica e periodicidade pretendidas para seus indicadores. No entanto, essas limitações não são específicas deste sistema municipal de indicadores em SSR, mas de qualquer proposta de organização de indicadores voltada para conceitos complexos, cujas implicações políticas sejam abrangentes.

Se, por um lado, é necessário reconhecer as limitações de escopo na construção desse sistema, por outro é importante salientar sua legitimidade institucional, política e científica, garantida pelas instituições patrocinadoras e participantes, pela pluralidade dos agentes chamados para as discussões, pela explicitação dos conceitos e pela transparência de sua construção metodológica.

[capítulo 2]

Experiências anteriores com indicadores de saúde sexual e reprodutiva

*Wilza Villela*¹

¹ Consultora pela Rede Feminista de Saúde, no Projeto de Monitoramento da CIPD.



Introdução

Desde a sua criação, a Organização das Nações Unidas (ONU) tem assumido, como diretriz política, a busca de parcerias com a sociedade civil. Essa diretriz foi fortalecida durante o chamado “ciclo social das Nações Unidas”, conjunto de seis conferências realizadas entre 1992 e 1996,² com o reconhecimento da importância da sociedade civil na tradução, para os diversos contextos nacionais, dos temas e prioridades estabelecidos nas conferências e na articulação dos diferentes atores sociais locais para o acompanhamento das ações empreendidas pelos governos em resposta às diretrizes acordadas nas conferências.

É evidente que esta perspectiva de atuação da sociedade civil parte de uma concepção de que os governos estão a serviço da sociedade e, neste sentido, a parceria com a sociedade civil pode aprimorar sua ação, na medida em que esta atua como representante dos beneficiários da ação governamental. Vale ressaltar que, no contexto dessas conferências, a sociedade civil é identificada por meio da atuação das organizações não governamentais.

Para o movimento organizado de mulheres, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD, Cairo, 1994) significou um importante avanço. Em vez da tradicional formulação de proposta de políticas de controle populacional, para garantir o difícil equilíbrio entre tamanho da população e desenvolvimento, reiteradamente criticada pelo movimento de mulheres e pelos diversos movimentos feministas, pela primeira vez assume-se que o declínio da fecundidade é um efeito do desenvolvimento e não a sua pré-condição, como mostram os países desenvolvidos da Europa e os Estados Unidos.

A CIPD também afirma que, para o desenvolvimento sustentável, é necessária a participação das mulheres, o que implica a promoção dos direitos das mulheres, dentre os quais a livre escolha em matéria de sexualidade e reprodução. Os países signatários da Declaração do Cairo comprometeram-se, a partir da conferência, a desenvolver políticas de saúde para as mulheres que

2 A saber: Meio Ambiente (1992, Rio de Janeiro); Direitos Humanos (1994, Viena); População e Desenvolvimento (Cairo, 1994); Mulher (Pequim, 1995); Desenvolvimento Social (Copenhague, 1995); Habitação (Istambul, 1996).

contemplassem o conjunto das suas necessidades, reprodutivas e sexuais, nas diferentes etapas da vida. Isto representou uma grande ampliação de foco, já que, até então, em especial nos países em desenvolvimento, as políticas e programas voltados para as mulheres, realizados pelos programas de atenção materno-infantil, focavam a reprodução biológica, o que desconsiderava outras necessidades na área de saúde das mulheres, como o controle das DSTs e do câncer do colo uterino, somente para citar dois exemplos.

O cumprimento dos compromissos assumidos durante a CIPD exige, por parte dos países signatários, adequações às suas políticas, seus planos e programas de saúde, fazendo com que cada país tenha adotado uma estratégia específica para a incorporação da perspectiva de saúde sexual e reprodutiva em seus programas de saúde.

É neste contexto que a Rede de Saúde das Mulheres Latino-Americana e do Caribe – RSMLAC propõe-se a desenvolver e realizar o monitoramento da CIPD, considerando o capítulo que trata dos direitos sexuais e reprodutivos. Este processo incluiu sete países da região: Brasil, Chile, Colômbia, México, Nicarágua, Peru e Suriname, e foi motivado “pela necessidade de vigilância do cumprimento das políticas do Cairo e pelo fato de que, ao dialogar com os governos, produzia-se um diálogo entre idiomas mutuamente desconhecidos”.³

Monitoramento como prática de cidadania

O monitoramento da CIPD pela RSMLAC foi realizado em três etapas sucessivas, incluindo a elaboração de um diagnóstico nacional, a realização de um estudo de caso e o desenvolvimento de um sistema de indicadores para monitoramento dos avanços obtidos. O trabalho transcorreu entre 1996 e 2003 e foi implementado, em cada país, por ONGs locais.⁴ Fez ainda parte do projeto a realização de ações de incidência política e controle social sobre os temas, identificados em cada uma das etapas, como lacunas.

3 Esperanza Cerón, “Presentación”, in *ATENEA: el monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres*. Santiago: RSMLAC, 2004, p. 7.

4 No Brasil, a responsabilidade ficou a cargo da Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos – REDESAUDE.

A terceira etapa – produção e aplicação de um sistema de indicadores que pudesse retratar, continuamente, os avanços e retrocessos na implementação de políticas e programas voltados para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e jovens na região – fomentou, entre as pesquisadoras e organizações envolvidas, um intenso debate político-conceitual sobre o sentido do monitoramento pela sociedade civil, e, especificamente, por organizações feministas; fomentou ainda um aprofundamento da compreensão das disjunções e interseções entre monitoramento, controle social e avaliação de políticas.

Embora seja impossível reproduzir o instigante debate político e metodológico que permeou todo o trabalho, vale a pena mencionar alguns dos aspectos referente aos quais o debate floresceu.

Um primeiro ponto diz respeito ao sentido do monitoramento. Supõe-se que, num contexto político favorável, o monitoramento pela sociedade civil tem como finalidade perceber lacunas e nuances na implementação da política não perceptíveis aos olhos do agente governamental. Num contexto político desfavorável, ele serviria para dar suporte a ações de denúncia e pressão política que tenham por objetivo o cumprimento do acordo.

Havendo, portanto, um acordo sobre o sentido do monitoramento, o segundo passo foi dado em direção à definição deste. Considerando-se monitoramento “uma atividade que consiste na periódica revisão da implementação de um projeto, política ou programa, coligindo e avaliando informações com vistas a averiguar o cumprimento dos objetivos ou a necessidade de adequações ou correções”.⁵ Em que este processo se diferenciaria, por um lado, das ações de incidência política e controle social já desenvolvidas pelas ONGs envolvidas, e, por outro, da avaliação de políticas, feitas mais frequentemente pelos órgãos governamentais ou pelas universidades? O argumento era que, embora houvesse uma enorme disparidade entre os países envolvidos, no tocante à implementação de políticas voltadas para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, havia a percepção de que, em todos, em maior ou menor escala,

5 Paulo César Carbonari, *Construindo o Sistema Nacional de Direitos Humanos*. Texto base apresentado na IX Conferência Nacional de Direitos Humanos. Brasília, 2004, mimeo.

estes direitos ainda estavam longe de ser atendidos, e, mesmo sem um processo sistemático, as ONGs eram capazes de identificar lacunas e promover ações buscando seu preenchimento. Este argumento foi respondido com a asserção de que um processo sistemático poderia ampliar o escopo e a abrangência das ações de controle social. Por outro lado, a avaliação dos resultados das políticas, ao tomarem como referência as metas definidas pelos governos, não apontavam necessariamente para a direção proposta pela CIPD e acordada entre governos e sociedade civil. Daí que o sentido de um processo de monitoramento desde a sociedade civil seria trazer uma perspectiva distinta ou complementar àquela trazida pelos processos tradicionais de avaliação de políticas e programas.

Um último ponto ainda, deste processo de alinhamento conceitual entre as pesquisadoras, referiu-se à especificidade do olhar feminista para o conceito mais amplo de “saúde da mulher”, ou “saúde sexual e reprodutiva”, foco do monitoramento. Partia-se do pressuposto de que a utopia feminista aponta para a autonomia das mulheres, considerando-se que a idéia de utopia remete a um processo que nunca se acaba, pois se refere a uma realidade em constante movimento, o que gera a necessidade do contínuo reposicionamento social das mulheres. A construção da autonomia das mulheres exige que estas se reconheçam e sejam reconhecidas como sujeitos de direitos, direitos estes que incluem seu corpo, sua saúde, sua sexualidade e sua capacidade reprodutiva. Neste sentido, a garantia da saúde sexual e reprodutiva das mulheres pode ser entendida como reconhecimento, pelo Estado, deste direito básico, podendo-se presumir que este reconhecimento seja um importante passo para que as mulheres também possam se reconhecer como sujeitos.

No entanto, este é um processo mais complexo e dinâmico que o cumprimento de metas de saúde, sendo impossível afirmar que a oferta de ações de saúde produza autonomia. Assim, a discussão dizia respeito à possibilidade de ser construída uma matriz de indicadores para o monitoramento da CIPD que fosse capaz de fornecer subsídios para as ações locais e regionais de controle social e, ao mesmo tempo, contemplasse a perspectiva feminista de direitos sexuais e reprodutivos das mulheres como uma etapa necessária para a conquista de autonomia sobre seu corpo. As ações de monitoramento ou controle social das políticas para mulheres seriam, necessariamente, ações feministas?

Em que medida o olhar feminista sobre a saúde das mulheres poderia contribuir, de modo específico, para o monitoramento das ações governamentais voltadas para as mulheres? Em outras palavras, o que transformaria o processo de monitoramento num instrumento político feminista?

Este debate político-conceitual derivou para questionamentos de caráter metodológico: qual a capacidade que as ONGs teriam de produzir informações relativas a questões de autonomia ou empoderamento, que pudessem dialogar, criticando ou problematizando, com informações referentes à saúde? E, caso fosse possível produzir estas informações, como garantir a comparabilidade entre os países e o acompanhamento subsequente, no âmbito nacional e regional?

Dando prosseguimento à discussão, surgiram as questões: Que dados utilizar – os oficiais ou aqueles produzidos por pesquisadores independentes? Ter uma matriz apenas, com dados quantitativos, ou incluir dados qualitativos? Como produzir uma estratégia de monitoramento que tivesse a perspectiva feminista e, ao mesmo tempo, respeitasse a proposição geral do projeto, de verificar se e como os governos implementavam os acordos assumidos na CIPD? Como realizar isso a partir do pressuposto da sociedade civil atuando como parceiro que complementa, qualifica e demanda a ação de governo?

De fato, o monitoramento das próprias ações e avaliação das próprias políticas faz parte das responsabilidades do governo. A definição de ações a ser monitoradas e políticas a ser avaliadas relaciona-se ao processo de priorização que ocorre a cada gestão e não obedece a critérios apenas técnicos, mas também políticos e econômicos, dentre outros. A definição do método para o monitoramento e das informações que irão compor o sistema é facilitada pelo acesso dos órgãos governamentais aos sistemas de informação já existentes e pela possibilidade, quando estes não são suficientes, de serem desenvolvidos sistemas específicos de coleta e processamento de informações sobre uma dada atividade em saúde.

Para a sociedade civil, entretanto, não faz sentido, nem é factível, produzir dados quantitativos de caráter populacional para acompanhar com independência o comportamento de uma dada situação de saúde. Assim, o recurso

é contar com os dados que o governo produz para acompanhar as ações que este mesmo governo definiu para responder aos problemas priorizados naquela gestão. Deste modo, as ações realizadas pelos governos só poderiam ser acompanhadas a partir dos seus próprios dados de monitoramento, fazendo com a que sociedade civil tenha de se esforçar para não ser uma mera espectadora do processo, ou repetidora dos resultados. A alternativa a este impasse, encontrada por muitas organizações não governamentais que monitoram políticas públicas, tem sido a realização de estudos de caso, ou a reanálise ou reinterpretação dos dados produzidos pelos sistemas oficiais; ou, ainda, a produção de algum outro tipo de informação, mais específica, que confronte, complemente ou contradiga as informações oficiais.

A construção da ATENEA

A busca de resposta a este último questionamento, levou a equipe, num primeiro momento, a incluir não apenas indicadores de saúde sexual e reprodutiva, mas também alguns outros que pudessem se constituir em *proxies* de empoderamento. Ao mesmo tempo, considerou-se necessário incluir na base de dados os campos onde fosse possível acrescentar as informações de caráter qualitativo e outras, produzidas por fontes não oficiais. Deste esforço inicial, resultou uma matriz com cerca de 340 indicadores e subindicadores, a partir da qual foi montada a base de dados. O uso da base nos diferentes países apontou a necessidade de uma redução, já que havia um conjunto grande de informações que não estavam disponíveis para a maioria dos países. Considerando-se as informações comuns ao menos para quatro dos sete países, chegou-se a um conjunto de 147 indicadores, que constituíram a base de dados ATENEA.

A matriz da ATENEA considera indicadores de contexto (marcos jurídico-normativos); de processo (capacidade institucional, alocação de recursos, estratégias de sensibilização da opinião pública); de impacto e de transparência (consistência, veracidade, adequação, periodicidade e facilidade de obtenção da informação).

A lógica que presidiu a seleção deste conjunto de indicadores foi o entendimento de que a existência da lei ou norma não garante sua aplicação. Para tanto, é necessário que a diretriz político-normativa seja traduzida em pro-

gramas, projetos e atividades, com alocação de recursos financeiros, capacitação de recursos humanos e sensibilização da opinião pública, para dar suporte às propostas. Espera-se que este conjunto de ações reflita-se em resultados concretos e mensuráveis, disponibilizados com transparência para gestores e sociedade civil.

Para cada tipo de indicador foi desenvolvido um conjunto específico de subindicadores, de acordo com os eixos temáticos que compõem as diretrizes da CIPD, a saber:

- 1) violência sexual contra meninas;
- 2) responsabilidade masculina em saúde reprodutiva;
- 3) participação de mulheres organizadas em instâncias de decisão;
- 4) acesso dos adolescentes à informações sobre saúde sexual e reprodutiva;
- 5) qualidade de atenção em saúde sexual e reprodutiva;
- 6) tratamento humanizado ao aborto incompleto;
- 7) prevenção e assistência a pessoas vivendo com HIV/aids.

Visando uniformizar o preenchimento e o uso da ATENEA nos diversos países, e ainda em função das discussões apontadas anteriormente, foram estabelecidos alguns acordos político-metodológicos:

- 1) Embora fossem definidos parâmetros considerados ideais, o propósito do uso da base era permitir a reflexão política sobre avanços e recuos na implementação das ações. Assim, grande ênfase foi posta tanto no processo de implementação da política como no da obtenção da informação – sua existência, consistência, sua cobertura e acessibilidade –, a partir da noção de que a disponibilidade de informações é essencial para a realização de ações de controle social e incidência política.⁶

6 Levou-se em conta até mesmo o fato de que muitas das ações não poderiam produzir resultados substantivos no período de observação. Por exemplo, a responsabilidade masculina em relação à sexualidade e à reprodução exige, além de elaboração de normas que traduzam o tema em ações, uma profunda mudança de mentalidade, para que possa ter um impacto captável pelos sistemas de informação em saúde.

- 2) Apesar de nem sempre ser fácil a distinção entre ações de governo, ações de Estado ou ações públicas, o monitoramento voltou-se para as ações de governo, no pressuposto de que é neste âmbito que se concretizam as políticas de Estado.
- 3) No tocante ao tipo de dado a ser utilizado, em que pese a reiterada referência às limitações dos dados oficiais, seja por problemas de cobertura, qualidade ou atualidade da informação, algumas pesquisadoras argumentavam que era a partir destes dados que os governos elaboravam suas propostas de trabalho. Ao mesmo tempo, cogitou-se que o uso das informações oficiais poderia ser estratégico para que se reivindicasse a melhoria dos sistemas nacionais de informação.⁷ Este debate contribuiu para que fosse definido, como um dos objetivos do monitoramento, “fazer melhor uso das estatísticas oficiais e exigir dos governos transparência na informação”.⁸

Resultados

Embora os resultados do monitoramento da CIPD pela RSMLAC não sejam o objeto deste artigo, cabe apontar alguns, que contextualizam o comprometimento regional e nacional com a implementação de políticas que promovam os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, realçando o alcance e a pertinência da proposta de um Sistema de Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva.

Por exemplo, nem todos os países incluídos têm ratificado as convenções internacionais que protegem os direitos das mulheres. Este ponto é relevante, pois a utopia feminista fala de empoderamento das mulheres, entendendo que a garantia dos direitos sexuais reprodutivos seja um de seus requisitos. Assim, não ratificar convenções que protejam direitos das mulheres pode significar o não-reconhecimento destes direitos, com o que as ações de saúde sexual e reprodutiva ficam esvaziadas em sua vocação política, limitando-se a um objetivo sanitário, que, embora importante e necessário, é insuficiente para a conquista de autonomia.

7 Deve-se considerar que o Brasil tem uma condição privilegiada em termos de produção, qualidade e disponibilidade de informação, em relação a alguns dos países incluídos no monitoramento.

8 RSMLAC, op. cit, p. 22.

Em relação aos eixos em torno dos quais a ATENEA foi organizada, pode-se dizer que, a nível regional, os maiores avanços referem-se ao tema da violência sexual contra as meninas – reconhecido e penalizado como crime. Em contraposição, o eixo que expressa menores avanços é o relativo à responsabilidade masculina quanto à sexualidade e à reprodução. Embora alguns países já tenham leis que obriguem o reconhecimento de paternidade e o compartilhamento material com a criação de filhos, o acesso das mulheres a estas proteções legais ainda é muito difícil.

Especificamente no que diz respeito a ações de saúde sexual e reprodutiva, tem-se que nem todos os países adotaram este conceito, sendo ainda predominante o enfoque materno-infantil nas políticas e programas voltados para as mulheres. As ações voltadas para jovens dão ênfase à prevenção das DST/aids e à redução da gravidez entre pessoas com menos de 20 anos. O conteúdo destas ações confere maior ênfase ora à responsabilidade sexual, ora à repressão do exercício da sexualidade pelos mais jovens.

O aborto é penalizado em todos os países, embora não seja freqüente a ocorrência de prisão por este crime, o que faz com que os serviços de atendimento à mulheres vítimas de violência, quando existentes, atuem mais como apoio, aconselhamento e prevenção de DST/HIV que como contracepção de emergência, ou interrupção voluntária da gravidez.

O Brasil segue, em linhas gerais, a tendência da região. No entanto, como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM antecede em dez anos a CIPD, e ambos propõem diretrizes semelhantes, o investimento na concretização da diretriz da integralidade e um grande esforço programático e normativo na área de saúde da mulher já ocorrem há mais tempo. Isto resulta na facilidade de acesso a dados relativos a resultados referentes à amplitude do leque de ações em saúde da mulher; resulta, ainda, no comportamento positivo de alguns indicadores, como a cobertura de partos realizados por profissionais, a cobertura do uso de contraceptivos, do preservativo masculino e da redução progressiva das hospitalizações por complicações do aborto.

Da ATENEA ao Sistema de Indicadores Municipais de SSR

A construção de um Sistema de Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva é mais um esforço de assegurar o cumprimento das diretrizes da CIPD, garantindo a possibilidade de uma parceria efetiva entre governos e sociedade civil na consecução deste objetivo. No entanto, sua proposição é bastante distinta da que norteou a realização da ATENEA, o que pode ser compreendido como um avanço em relação a esta experiência pioneira, já que toma como pressuposto o fato de a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, hoje, ser um compromisso colocado para a sociedade como um todo e não mais uma bandeira da luta feminista. Segundo Correa, Germain e Petchevsky “a agenda do Cairo requer um bom funcionamento do setor saúde [...] quando se enfocam as necessidades de saúde das mulheres, é construída uma capacidade nos serviços e sistemas de saúde que acaba por beneficiar a todas as pessoas”.⁹

O Sistema de Indicadores Municipais de SSR não foi idealizado como um instrumento da prática política feminista, embora possa ser extremamente útil neste âmbito, ao fornecer subsídio para as ações de controle social e incidência política realizada por feministas que atuam no campo da saúde. Ao incluir a abordagem de raça e geração e definir que a perspectiva de gênero deve incorporar também as necessidades de saúde da população masculina, apresenta-se com um escopo ampliado, com possibilidade até mesmo do estabelecimento de parcerias entre diferentes grupos e movimentos sociais, na defesa do direito à saúde sexual e reprodutiva de todas as pessoas.

Ao incorporar os recortes de raça e geração, o Sistema de Indicadores Municipais de SSR amplia sua possibilidade de oferecer subsídios para ações da sociedade civil. Ao mesmo tempo, ao restringir-se ao enfoque da questão da saúde, permite um efetivo acompanhamento da atuação deste setor, facilitando os processos de planejamento e avaliação. Assim, os indicadores que compõem o Sistema de Indicadores Municipais de SSR apontam fundamentalmente para resultados, mais que para processos – caso da ATENEA.

9 Sonia Corrêa; Adrienne Germain; Rosalind Petchevsky, “Thinking beyond ICPD+10: where should our movement be going?”, *Reproductive Health Matters*, 13(25), 2005, pp. 109-19.

A proposta de construção de um sistema de informações em saúde sexual e reprodutiva, concebido para ser um instrumento simples e ágil, utilizável tanto por gestores como pelos movimentos sociais, avança e atualiza as possibilidades de parceria entre Estado e sociedade civil na proposição, implementação e monitoramento de políticas públicas. Concebido com a participação de atores sociais com diferentes inserções e experiências de trabalho, o Sistema tem a vantagem de permitir o acesso a realidades locais, o que é fundamental em um país tão grande e com uma desigualdade inter e intra-regional tão acentuada como o Brasil, superando, assim, um dos principais problemas para a utilização da ATENEA neste país – trabalhar com dados agregados nacionalmente. Dada a magnitude da desigualdade social brasileira, dados com agregação nacional espelham de modo muito distorcido as realidades locais. Podem ser úteis para indicar tendências mais amplas; seu uso para o planejamento e acompanhamento de ações locais é muito limitado.¹⁰

Na perspectiva de contribuir com uma efetiva utilização do Sistema de Indicadores Municipais de SSR, vale sublinhar mais algumas das lições aprendidas com a ATENEA. Em primeiro lugar, deve-se admitir que o hábito de tomar decisões políticas, seja no âmbito da gestão, seja no do controle social, baseando-se em dados, ainda não é uma realidade totalmente estabelecida no país. O Sistema de Indicadores Municipais de SSR pode contribuir para materializar esta postura atualmente recomendada por qualquer organismo nacional ou internacional comprometido com a saúde coletiva e com os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e dos homens, em especial por ter sido construído com uma intenção clara de simplicidade e facilidade de uso. Há, no entanto, que ser feito um esforço para capacitar gestores e movimentos sociais, a fim de sejam adequados a apropriação e o uso deste tipo de instrumento, em especial no que se refere à compreensão dos limites das diferentes bases utilizadas na construção do Sistema de Indicadores Municipais de SSR e do uso crítico da informação.

Existe uma lacuna de tempo entre a produção do evento e a sua tradução num dado. Embora o gestor (local ou nacional) deva trabalhar no sentido de diminuir ao máximo este intervalo, é impossível reduzi-lo a zero. Faz-se necessá-

10 Wilza Villela e José Carlos Veloso, "Participação da sociedade civil no seguimento das ações frente à aids no Brasil" *Revista de Saúde Pública*, 2006, no prelo.

rio que gestores e movimentos sociais distingam os diferentes instrumentos de ação política. O acompanhamento regular de uma política por meio de um sistema formal de indicadores é essencial, mas não substitui a ação cotidiana de controle social em nível local, que busca, a todo o momento, identificar eventuais falhas e lacunas nas ações de governo, propondo alternativas de solução, antes mesmo que estas se transformem em dados que irão alimentar o sistema de informação.

Por último, deve-se ter clareza de que a informação é essencial, mas não suficiente para apoiar os processos políticos que têm como horizonte a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e dos homens. No entanto, o processo de reflexão, análise e proposições que podem ser desencadeados a partir da informação são, sem dúvida, um importante instrumento de construção democrática e cidadã para mulheres e para homens.

[capítulo 3]

Bases de dados para o estudo da saúde sexual e reprodutiva

*Suzana Cavenaghi*¹

¹ Escola Nacional de Ciências Estatísticas – ENCE do IBGE.



No final da década de 70 e início dos anos 80, sabia-se pouco sobre as condições da saúde reprodutiva da população brasileira e menos ainda sobre as condições de saúde sexual. Os sistemas de estatísticas públicas na área de saúde não estavam estruturados, e o Brasil foi um dos países que não entrou na lista daqueles que realizaram a pesquisa intitulada *World Fertility Survey*, que incluía questões sobre fecundidade e saúde reprodutiva. Como relatado por Carvalho e Brito,² deve-se destacar que este fato ocorreu como consequência de moções contra a entrada do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para a realização da pesquisa.³

As poucas informações sobre o assunto com que se contavam à época eram aquelas provenientes de algumas pesquisas sem abrangência nacional⁴ e informações dos censos demográficos restritas à fecundidade acumulada, fecundidade recente⁵ e natimortalidade. Para completar o quadro, os dados do registro civil eram bastantes restritos e de baixa cobertura. Deve-se ressaltar que não se quer fazer aqui uma idéia reducionista da saúde reprodutiva, ligando-a pura e simplesmente à fecundidade; no entanto, o que se quer deixar explícito é que nem as informações básicas sobre fecundidade, que estão estreitamente relacionadas com a saúde reprodutiva da mulher, eram conhecidas naquele momento.

Em meados da década de 80, este panorama começou a mudar, pois, com a necessidade do entendimento dos aspectos ligados ao declínio marcante da fecundidade, já apontado na forma da pirâmide populacional de 1980 (Bercovich e Vellozo, 1985),⁶ o IBGE realizou uma Pesquisa Nacional por Amostra de

2 José Alberto M. de Carvalho e Fausto Brito. "A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil", *Revista Brasileira de Estudos de População*, vol. 22, n 2º São Paulo: Rebec, jul-dez 2005.

3 Os autores apontam para os fatores de discussões ideológicas levados a cabo na época, principalmente por demógrafos, que impediram a realização de levantamentos estatísticos que investigassem mais profundamente as tendências de fecundidade no Brasil.

4 Entre 1975 e 1977, foi realizada a Pesquisa de Reprodução Humana (NIHR), realizada pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP) em sete municípios brasileiros, a qual, até os dias de hoje, é referência de dados sobre saúde reprodutiva na década de 70.

5 A fecundidade acumulada refere-se a todos os filhos nascidos vivos das mulheres em idade reprodutiva, e a fecundidade recente, à informação de nascimentos vivos no ano anterior à data de referência da pesquisa.)

6 Alicia M. Bercovich e Heitor C Vellozo, "Notas sobre aparentes contradições na estrutura por idade e sexo no censo demográfico de 1980", *Revista Brasileira de Estatística*, vol. 46, nº 181-182, Rio de Janeiro, Brasil, Jan-Jun 1985. 53-121 pp.

Domicílios (PNAD) em 1984 com um suplemento de fecundidade, e, em 1986, incluindo uma subamostra com questões específicas sobre fecundidade e uso de métodos contraceptivos, no suplemento *Anticoncepção, acesso a serviços de saúde, suplementação alimentar e associativismo*. Foi naquela mesma ocasião que se realizou a primeira pesquisa nos moldes da Demographic Health Survey (DHS), realizada em vários países em desenvolvimento, como iniciativa da Macro International, realizada no Brasil em 1986 pela BEMFAM⁷ e intitulada Pesquisa Nacional Sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar.

Na década de 90, graves crises orçamentárias e de gerenciamento ocorridas nas instituições responsáveis pelas estatísticas públicas, somadas à evolução da informatização de vários setores governamentais, deram lugar ao surgimento de várias bases de dados com informações provenientes dos registros administrativos, principalmente na área da epidemiologia e saúde. Apesar da duvidosa qualidade das informações, principalmente no início da implementação dos sistemas informatizados de gerenciamento dos dados, que, em sua maioria, tinham como objetivo efetuar pagamentos, estes sistemas permitiram conhecer cada vez mais as necessidades, as falhas e as lacunas da situação da saúde brasileira e possibilitaram, ainda que de maneira parcial, traçar o panorama da situação da saúde e do acesso aos serviços de saúde no Brasil.

Paralelamente ao desenvolvimento e aprimoramento dos sistemas administrativos na área de saúde, na década de 90 e posteriormente, o acompanhamento do panorama da situação da saúde e da saúde reprodutiva brasileira também foi possibilitado pela realização de pesquisas amostrais de abrangência nacional, como a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) em 1996, também realizada pela BEMFAM nos moldes da DHS,⁸ e a realização de suplementos de Saúde na PNAD de 1998 e 2003. Deve-se destacar também a retomada, de forma mais abrangente, da pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS), em 1992, a qual coleta informações sobre infra-estrutura ambulatorial e hospitalar e recursos humanos na área de saúde.

7 A BEMFAM foi uma das primeiras ONGs a se instalar no Brasil e é voltada a ações ligadas ao “desenvolvimento social local, defesa de direitos e na promoção da educação e da assistência em saúde, especialmente saúde sexual e reprodutiva”, como descrito pela própria organização.

8 Em 1991, a BEMFAM realizou a pesquisa somente na região Nordeste.

Com relação às informações sociodemográficas e econômicas, que são também essenciais para se entender o contexto geral da saúde, o país conta com várias pesquisas amostrais e com os censos demográficos, de forma continuada, principalmente a partir da década de 60, apresentando aprimoramento tanto na produção como na disseminação dos dados coletados. Vale destacar que o Brasil, além do censo populacional (que também inclui habitação), que tem como objetivo principal contar a população e conhecer sua estrutura por idade e sexo, realiza um levantamento amostral junto à realização do censo, de forma a coletar informações sobre mão-de-obra, educação, migração, nupcialidade, fecundidade e mortalidade em uma parcela bastante grande da população,⁹ permitindo assim, que se conhecesse em detalhes, do ponto de vista geográfico, a situação sociodemográfica e econômica do país.

Dado este panorama da disponibilidade de dados no Brasil, após uma série de discussões levadas a cabo durante os seminários realizados no âmbito do Projeto de Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva, decidiu-se organizar um seminário no qual se pudessem discutir as potencialidades destas bases, a partir das discussões com os técnicos das áreas de produção dos dados, e analisar-se a factibilidade do uso destes para a execução de um sistema municipal de SSR.

Como resultado destas discussões promovidas durante o seminário, chegou-se à conclusão de que era necessária uma maior sistematização das informações básicas sobre as bases de dados de interesse para o tema, dado que as informações estão dispersas em vários meios de divulgação. Assim, produziu-se um CD-Rom com a sistematização das informações das principais pesquisas estatísticas e programas na área de saúde em geral, em particular na área de saúde reprodutiva. O conteúdo deste,¹⁰ também disponibilizado no CD-Rom que acompanha este livro, apresenta maiores detalhes sobre as bases de dados e algumas estimativas de indicadores em nível geográfico agregado.

9 Até 1980, a amostra era de 25% dos domicílios recenseados e, a partir daí, uma amostra de 10% dos domicílios nos municípios com população estimada acima de 15 mil habitantes e amostra de 20% naqueles com população estimada abaixo de 15 mil habitantes.

10 Esta atividade foi coordenada por Celso C. Simões e Nadja Pernes Silva, com a colaboração de vários técnicos e pesquisadores do IBGE e de setores do Ministério da Saúde, os quais estão explicitamente citados no CD-Rom.

Neste capítulo, no entanto, procura-se fazer uma sistematização mais sucinta das fontes de dados disponíveis, falando sobre o conteúdo, principalmente aquele relacionado com a saúde sexual e reprodutiva. As informações sistematizadas das bases de dados estão disponibilizadas nos quadros 3.1 a 3.15. Antes de apresentar estes dados, fazem-se alguns esclarecimentos acerca de características importantes das bases de dados para as quais todo usuário deve estar atento. Apontam-se lacunas e problemas existentes e se tece um breve comentário sobre mudanças necessárias.

Considerações gerais sobre as bases de dados

Os usuários, em geral, têm acesso limitado às características envolvidas na coleta dos dados e na construção das bases de dados, por falta de disponibilização dessas informações de forma sistematizada e organizada, ou, às vezes, por desconhecimento de todas as especificidades envolvidas no processo. A evolução da informática, o desenvolvimento de formas mais eficientes de trabalhar com bancos de dados, a disponibilização de programas estatísticos cada vez mais sofisticados e de simples manipulação e, principalmente, uma postura mais democrática com relação à disponibilização e disseminação dos metadados¹¹ juntamente com as bases de dados, têm possibilitado mudanças no perfil dos usuários. No entanto, a maioria dos usuários ainda não possui algumas informações básicas e gerais sobre os tipos de dados públicos disponíveis no Brasil. Não se pretende, neste espaço, passar todas as informações necessárias para o bom conhecimento das bases de dados, mas, de forma bastante sucinta, descrevem-se algumas características básicas que diferenciam estas bases de dados utilizadas na área de saúde e têm implicações diretas nos resultados obtidos nas estimativas dos indicadores calculados.

Ao se trabalhar com uma base de dados, todas as informações sobre a pesquisa, registro ou levantamento dos dados devem ser conhecidas. Assim, os procedimentos utilizados para a coleta dos dados, o desenho amostral ou procedimento de registro o questionário ou formulário utilizado e as informações dadas aos entrevistadores, ou aos administradores, devem ser do conhecimen-

¹¹ Metadados são dados utilizados para descrever dados primários a partir de uma descrição detalhada dos atributos da base de dados.

to do usuário. No entanto, na maioria das vezes, o único documento disponibilizado é a documentação da base de dados em si, ou seja, um dicionário dos dados, fornecido juntamente com a base, sem o qual seria impossível manipulá-los. Ressalta-se que esta última informação é fundamental, mas não a única necessária para a correta utilização das informações. A partir da documentação completa, o usuário deve ser capaz de distinguir várias características dos dados. A seguir, mencionam-se algumas características a que se deve estar atento durante a utilização dos dados.

Uma primeira distinção que deve ser conhecida sobre a base de dados é a abrangência do levantamento dos dados ou dos registros. Ou seja, deve-se saber para qual população (universo) a pesquisa é representativa, mesmo que não tenha cobertura total. Esta abrangência pode ser pensada de forma geográfica, ou com relação a alguma característica populacional. Um censo demográfico, por exemplo, tem abrangência nacional, tanto geográfica quanto populacional, mas não se obtêm 100% de cobertura da população,¹² ou seja, parte da população não é entrevistada, nem conhecida. Os registros de nascimentos e óbitos têm abrangência nacional, apesar do sub-registro dos eventos, isto porque todos os municípios têm o sistema de registro implementado (informatizado ou não). Já os dados do SIA/SUS têm abrangência nacional, mas somente para procedimentos ambulatoriais de competência do Sistema Público de Saúde (SUS), ou seja, não representam todos os atendimentos ambulatoriais no Brasil, pois não incluem o sistema privado. O mesmo acontece com o registro dos procedimentos hospitalares, disponíveis no SIH/SUS. Já as pesquisas de Demografia e Saúde, por exemplo, são de âmbito nacional, mas representativas somente da população feminina de 15 a 49 anos.

Outra característica importante é o nível de desagregação geográfica possível de se obter com os dados da pesquisa. Esta característica depende do nível de informação coletado e disponibilizado no registro e/ou do nível de

12 Existem métodos para estimar os níveis de cobertura da coleta dos dados dos censos, em geral, através de pesquisas de avaliação, feitas posteriormente ao levantamento dos dados. A estimativa para o Brasil é que os censos alcançam uma cobertura que varia de cerca de 95% a 98% nos estados brasileiros, sendo que estes resultados estão entre os melhores obtidos em censos realizados no mundo. (<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/metodologia/pesquisa.pdf>).

representação estatística utilizado para o desenho da pesquisa, no caso de inquéritos amostrais. Para o Sistema de Indicadores de SSR, foi proposta a desagregação em nível municipal. Esta característica já delimitou os tipos de bases de dados que poderiam ser utilizados para cálculo dos indicadores. Por exemplo, a maioria das informações de contexto somente poderia ser obtida a partir dos dados censitários, não sendo possível utilizar pesquisas com amostras pequenas, caso da PNAD ou da PNDS. Os registros administrativos, no entanto, são fontes de dados fundamentais, já que estes são planejados para o nível municipal, pois estão diretamente vinculados à administração e gestão de políticas públicas.

Como mencionado, a maioria das informações socioeconômicas e demográficas é proveniente de pesquisas amostrais. Mesmo no caso de censos demográficos brasileiros, a maioria das informações disponibilizadas nos arquivos de uso público é coletada com base em amostras, que variam de tamanho ao longo dos anos. Este tipo de procedimento metodológico implica incerteza nas estimativas dos indicadores, ou seja, os valores calculados não são exatamente aqueles que se obteriam se toda a população tivesse sido entrevistada. Adicionalmente, este procedimento demanda que se utilizem ponderação para os cálculos das estimativas ou modelagem realizadas com os dados amostrais (utilização dos pesos amostrais) e que o desenho amostral seja considerado nos ajustes para se obterem as estimativas, tanto das médias quanto dos erros, de forma correta.

Com relação à imprecisão das estimativas, a boa notícia com que nos brinda a estatística é que, se as unidades amostrais forem selecionadas com probabilidades conhecidas, pode-se estimar o erro das estimativas, ou seja, não se sabe exatamente o valor das estimativas, mas se conhece o quanto se pode estar errando (margem de erro). Assim, podem-se utilizar as informações, mas é necessário que o usuário esteja alerta aos coeficientes de variação existentes, dependendo do tamanho das estimativas. A maioria das pesquisas de base amostral, principalmente aquelas mais antigas, não disponibilizam as informações necessárias para o cálculo dos erros de estimação dos indicadores. As PNADs são bons exemplos de exceção a esta regra, assim como o censo

demográfico. Juntamente com a documentação dos microdados,¹³ o IBGE disponibiliza um quadro informando qual é o coeficiente de variação, segundo o tamanho das estimativas. Por exemplo, para a PNAD de 2004, se o volume de alguma estimativa estiver ao redor de 50 mil para o país, o coeficiente de variação é da ordem de 12%; se for ao redor de 10 mil, o coeficiente aumenta para 25,5%.¹⁴ Desta forma, fica claro por que os dados de uma pesquisa amostral como a PNAD, apesar de ter abrangência nacional, não pode ter seus dados desagregados em níveis geográficos pequenos, pois os erros amostrais superariam as próprias estimativas obtidas, dado que mais de 49% dos municípios brasileiros têm 10 mil habitantes ou menos.

Com relação à utilização da ponderação para expansão da amostra, para que esta seja representativa da população em estudo, a grande maioria das pesquisas disponibiliza os valores necessários, mas, muitas vezes, não se disponibilizam as informações para seu uso correto. O usuário é quem deve estar atento para a utilização correta das informações necessárias, para ponderar ou expandir a amostra para o universo.¹⁵ Por exemplo, a PNDS disponibiliza uma ponderação, que repondera os casos entrevistados, mas esta não permite a expansão para o universo pesquisado.

O nível geográfico ou o recorte socioeconômico que se pode impor aos indicadores depende ainda da frequência de ocorrência do evento investigado – pois, mesmo utilizando dados de bases que foram criadas a partir de censos completos, ainda que fossem com cobertura de 100% dos eventos, o número de casos pode comprometer a análise do evento, pois a flutuação aleatória que pode ocorrer devido à grande variabilidade dos dados afeta sobremaneira os resultados. Em alguns casos, é possível utilizar métodos de suavização dos dados para obter estimativas mais confiáveis; no entanto, em outros casos, é

13 O termo microdado é utilizado para referir-se à disponibilização da informação no menor nível observado na pesquisa, ou seja, não se refere ao dado agregado, mas sim à informação para cada unidade de coleta do dado. Por exemplo, nos censos demográficos as informações são coletadas no nível de domicílio e no nível de pessoa; já para o censo escolar, a unidade de coleta é a escola e não os alunos.

14 As tabelas completas estão disponíveis com a publicação da síntese da PNAD 2004 em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2004/default.shtm>.

15 Todas as pesquisas de base amostral do IBGE fornecem os pesos amostrais desde a década de 70 e, mais recentemente, estão disponibilizando também as variáveis sobre o desenho amostral.

impossível trabalhar com os indicadores em nível desagregado. Exemplo claro que ilustra esta dificuldade metodológica é o estudo da ocorrência da mortalidade materna ou da incidência de aids em nível municipal. Além da grande maioria dos municípios terem zero ocorrência no ano para estes eventos, a flutuação entre um ano e outro pode ser devida simplesmente ao acaso, não ao real nível do risco que se quer medir.

Outra importante informação sobre os dados com que se trabalha é o tipo de definição dada aos conceitos utilizados na pesquisa e possíveis mudanças ocorridas, quando se faz análise longitudinal, ou simplesmente avaliam-se as tendências ao longo do tempo. Uma ilustração relevante para este caso pode ser entendida com a definição e os códigos de procedimentos médicos hospitalares e ambulatoriais utilizados nos sistemas de saúde. Devido a revisões necessárias na classificação dos procedimentos, muitas vezes é impossível obterem-se correspondências entre as definições utilizadas em diferentes períodos. Por exemplo, em 1999, houve uma mudança completa na tabela dos procedimentos pagos a partir da autorização de internações hospitalares (AIH), que tornou impossível a compatibilização dos códigos antes e depois desta revisão. Portanto, qualquer análise da evolução da ocorrência de procedimentos, antes de 1999 e depois, deve ser feita com muito cuidado.

O mesmo ocorre com as mudanças nas classificações internacionais de doenças, pois a mudança entre a CID-9 e CID-10 não corresponde totalmente. Muitas vezes, o problema reside na mudança de períodos de referência – caso dos dados sobre ocupação disponíveis nos censos demográficos –, pois, a partir de 2000, adotou-se como período de referência a última semana de julho e, nos censos anteriores, utilizou-se o período de 12 meses anteriores à pesquisa. Se, por um lado, essas mudanças são necessárias para a melhoria da coleta e da padronização dos dados, por outro é muito importante que se documentem e disponibilizem, para os usuários, as diferenças impostas pelas sucessivas mudanças.

Ainda com relação às definições utilizadas, é importante que se esteja atento à forma como o dado é coletado, pois isto pode dar pistas da qualidade da informação. Por exemplo, mesmo uma informação que pode parecer de fácil obtenção e alta qualidade, como a idade da pessoa ou a data de nascimento,

pode apresentar problemas de qualidade em qualquer pesquisa. Em geral, estas dificuldades decorrem de motivos operacionais e orçamentários presentes na maioria das pesquisas e, principalmente, nos censos demográficos, pois os dados são fornecidos por um “informante”. Obviamente, busca-se sempre o “informante” mais bem qualificado para dar as informações, mas nem sempre isso é possível. Por exemplo, uma senhora idosa, que com maior probabilidade estará presente no domicílio no momento da entrevista, não saberá informar a data correta de nascimento de todos os moradores do domicílio. O mesmo ocorre com a informação sobre cor/raça. Apesar de ser uma informação que se define como auto-identificação do entrevistado, na verdade, esta “auto-identificação” será dada pelo informante. Isto não acontece somente nas entrevistas domiciliares, mas também no preenchimento de registros administrativos.

A qualidade das informações não depende somente do método de coleta dos dados, mas muito também do propósito vinculado à coleta ou registro. Os registros dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares, disponibilizados no SIA/SUS e no SIH/SUS, são casos exemplares desta situação. Quando o objetivo do preenchimento dos formulários está vinculado ao pagamento dos procedimentos, como nos casos dos procedimentos ambulatoriais na década de 90, a tendência é haver um sobre-registro de casos que não ocorreram, vinculado a fraudes no sistema. Por outro lado, quando o registro já não está vinculado ao repasse financeiro, não se tem garantia de preenchimento correto dos formulários quando o próprio sistema administrativo não tem formas sistematizadas de controle e acompanhamento.

A contínua utilização dos dados, a evolução nos sistemas computacionais e uma melhor organização dos setores produtores de dados acabaram por gerar, na atualidade, uma melhoria na qualidade das informações, que são visivelmente reconhecidas pelos usuários, apesar de ainda estarem longe do desejável. A dimensão territorial do país e a grande heterogeneidade socioeconômica das regiões são responsáveis por diferentes graus de coberturas dos registros e, principalmente, pelo enorme diferencial na qualidade das informações disponibilizadas nos mais variados sistemas. Na Tabela 3.1, a seguir, podem-se observar os níveis de cobertura dos principais registros administrativos do Sistema de Saúde, referentes aos nascimentos e óbitos, respectivamente o SINASC e o SIM, para o Brasil e para as grandes regiões.

Pode-se notar o grande diferencial entre as regiões menos desenvolvidas e mais desenvolvidas; como se sabe, no interior destas regiões, ou no interior dos estados, existem diferenciais ainda maiores. Portanto, a comparação de indicadores em níveis municipais deve sempre ser tomada com muito cuidado, pois pode não estar refletindo o aumento de risco de um certo agravo ou doença, mas simplesmente uma melhor captação dos eventos nos sistemas administrativos.

Tabela 3.1 – Cobertura dos sistemas de informações SINASC e SIM, segundo grandes regiões, 2001

Grandes regiões	SINASC	SIM
Norte	78,6%	72,2%
Nordeste	81,3%	65,6%
Sudeste	90,5%	89,3%
Sul	89,3%	92,7%
Centro-Oeste	93,3%	84,1%
Brasil	86,3%	84,1%

Fonte: MS/SVS: Vigilância em Saúde.

É evidente que as estimativas das coberturas dos registros administrativos devem ser levadas em consideração na análise dos indicadores de SSR. No entanto, deve-se também estar ciente de que estas estimativas estão sujeitas a erros, pois dependem fundamentalmente das estimativas do evento-alvo do registro. Assim, para estimativa da cobertura do registro de nascimentos, devem-se utilizar o número esperado de nascimentos no ano e, no caso dos óbitos, o número esperado de óbitos no ano, e compará-los aos eventos registrados. Como mencionado anteriormente, as estimativas populacionais somente podem ser calculadas com pouco e conhecido erro a partir dos censos demográficos, ou de contagens populacionais. Nos períodos entre estas pesquisas, as estimativas populacionais e, portanto, os valores esperados de nascimentos e mortes são estimados por métodos matemáticos e demográficos, os quais, como todo método, têm um erro associado. Quando as comparações são para áreas geográficas agregadas em nível de regiões ou estados, os erros podem não ser tão grandes, pois, nestes casos, as mudanças nas tendências

populacionais podem ser menos bruscas, mas, no caso das análises em níveis municipais, os erros podem superar as próprias estimativas, tornando inviáveis o seu uso.

Avanços urgentes e necessários na produção de dados de SSR

Retomando a discussão sobre a enormidade de bases de dados disponíveis, fato importante a ser mencionado é que se, por um lado, a proliferação de sistemas informatizados de controle dos serviços governamentais gerou excelente oferta de dados nos últimos anos, por outro lado, a falta de uma coordenação maior na produção destes dados, de padrões de sistematização e sua disseminação acabou gerando grandes massas de dados incomunicáveis ou de difícil ligação. Somente para citar um exemplo muito simples, os registros dos eventos vitais estão disponibilizados em dois sistemas distintos, um de nascidos vivos e outro de óbitos.¹⁶ Não existe uma forma simples de associar as informações destas duas bases de dados, como através de um número de identificação único, de forma a propiciar análises de sobrevivência de forma longitudinal. Obviamente, ambos os sistemas têm qualidade de cobertura distinta, mas, mesmo podendo identificar uma parcela seletiva dos nascimentos e os óbitos associados a estes, seria fundamental para análises mais acuradas, por um lado, e corroboraria para a melhoria dos registros em si, por outro lado. Caso se pudesse estender esta mesma identificação a todo atendimento hospitalar ou ambulatorial dos indivíduos, ou seja, se um único número de identificação fosse registrado para cada atendimento médico, o acompanhamento ou monitoramento do atendimento à saúde poderia ser feito de forma muito mais eficiente, corrigindo as eventuais falhas no acesso e no atendimento à população.

16 Refere-se aqui somente aos sistemas gerenciados pelo Ministério da Saúde (MS), pois, para agravar a situação, existem duas fontes de dados para a obtenção dos eventos vitais, aqueles gerados pelo MS e, também, o Registro Civil, que é sistematizado, gerenciado e disseminado pela Coordenação de Indicadores Sociais do IBGE.

Características das bases de dados¹⁷

A série de quadros apresentada a seguir procura mostrar de maneira sucinta algumas características das bases de dados utilizadas no Projeto de Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva, apontando para as principais características destas bases.¹⁸ Deve-se destacar que nem todas estas bases de dados foram utilizadas no sistema de SSR, mas considera-se importante deixar documentado a existência de bases de dados significativas para a análise da saúde em geral disponíveis no Brasil. Um quadro mais detalhado sobre as bases de dados utilizadas no sistema e sobre as variáveis específicas utilizadas disponibiliza-se no CD-Rom que acompanha este livro, tanto na ferramenta de consulta sobre as bases de dados, mencionada no início deste capítulo, como nos documentos da experiência-piloto realizada no projeto e descrita no capítulo 4.

Quadro 3.1 - Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde – PNDS

Descrição: A pesquisa está inserida no programa mundial de Pesquisas de Demografia e Saúde (Demographic Health Survey – DHS) e tem como objetivo obter informações sobre os níveis da fecundidade, mortalidade infantil e materna, anticoncepção, saúde da mulher e da criança, conhecimento e atitudes relacionadas às DST/aids. Os questionários das pesquisas variam ao longo do tempo, principalmente com a inserção de novos módulos temáticos.

Tipo de inquérito: Pesquisa por amostragem probabilística. A pesquisa, em geral, é desenhada para representar as mulheres de 15 a 49 anos. No Brasil, busca-se entrevistar ao redor de 15 mil mulheres e 5 mil crianças, mas o tamanho amostral final varia para cada ano de realização da pesquisa. Apresenta vários tipos de questionários: Ficha do domicílio; Questionário da mulher e da criança; Calendário reprodutivo (com história de nascimentos e história contraceptiva); Questionário do homem. A pesquisa apresenta muitas variáveis com possibilidades de

17 Algumas informações sobre as bases de dados foram baseadas nos relatórios do Projeto de Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva, a saber: 1) “Relatório final – Experiência piloto de aplicação dos Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva: avaliação de indicadores de contexto”, realizada pela equipe do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional – CEDEPLAR: Ignez Helena Oliva Perpétuo, Laura L. Rodrigues Wong e Adriana Miranda-Ribeiro; 2) “Relatório final – Experiência piloto de aplicação dos Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva: avaliação de indicadores de SSR”, realizada pela equipe do Núcleo de Estudos de População – NEPO: Elza Berquó, Estela M. G. P da Cunha, Stella B. S. Telles e Raquel Jakob.

18 As características selecionadas para apresentação seguem em parte o formato utilizado no documento do MS-DATASUS, “Diretório de bases de dados de interesse da saúde. 1997”. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br>> (Arquivos).

comparação internacional e questões específicas para cada país. Os países com fecundidade alta na década de 60, principalmente na América Latina e Caribe e Ásia, foram os que realizaram esta pesquisa em várias décadas.

Abrangência geográfica: Nacional, exceto rural da região Norte, e com representatividade para as regiões: Rio de Janeiro, São Paulo, Sul, Centro-Leste, Nordeste, Norte (áreas urbanas) e Centro-Oeste.

Menor nível de agregação geográfica: As regiões citadas e área urbana e rural.

Periodicidade/Anos disponíveis: Irregular, 1986, 1991 (somente Nordeste) e 1996.

Temas/Variáveis: Fecundidade; mortalidade infantil e risco reprodutivo; anticoncepção; determinantes próximos da fecundidade; intenções reprodutivas e planejamento da fecundidade; assistência ao pré-natal e ao parto; vacinação; infecções respiratórias agudas; diarreia; amamentação e nutrição; mortalidade materna.

Forma/Local de acesso:

- **Base:** gratuita em www.measuredhs.org, em arquivo do tipo texto não formatado e dicionário de dados com a documentação das variáveis disponíveis e suas categorias.
- **Documentação:** Questionários, manuais, base de dados e informações para leitura das bases de dados disponíveis em www.measuredhs.com/aboutsurveys/start.cfm

Observações:

1. Em 2006, uma nova PNDS estará indo a campo, e os dados deverão ser divulgados até o final de 2007. O questionário de homens, o módulo de DST/aids e o de mortalidade materna foram excluídos, mas foram incluídos outros módulos; dentre estes, um módulo sobre nutrientes; segurança alimentar e medicamentos.
2. A análise dos dados da PNDS deve ser feita utilizando-se o fator de ponderação, apesar de não existir o fator de expansão populacional.
3. Os indicadores padronizados da DHS, incluindo todos os anos e todos os países, estão disponíveis para consulta em <http://www.statcompiler.com/>

Quadro 3.2 - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD

Descrição: A PNAD é uma pesquisa por amostra de domicílios que tem como objetivo a coleta de informações socioeconômicas, principalmente aquelas vinculadas às características dos domicílios, características gerais da população, demográficas e educação e mão-de-obra.

Tipo de inquérito: Amostra probabilística selecionada em vários estágios, com seleção dos municípios (1º estágio), setores censitários (2º estágio) e domicílios (3º estágio). Os setores censitários são aqueles definidos por ocasião do censo demográfico no começo de cada década. Para estes setores selecionados, é realizada a atualização do cadastro básico de unidades domiciliares, que é utilizado na seleção das unidades domiciliares a cada ano, mantendo-se, assim, a fração de amostragem pré-fixada. O número de municípios selecionados varia a cada década; por exemplo, na década de 90 foram selecionados 793 municípios e, na década atual, são 851 (de um total de 5.560). Na década de 1990, foram selecionados 6.678 setores, e a última PNAD publicada, de 2004, selecionou 7.816 setores de um total de 215.811 definido em 2000. As informações detalhadas de cada pesquisa encontram-se na documentação mencionada abaixo.

Abrangência geográfica: Varia desde 1967, mas, nas décadas recentes, tem abrangência nacional, excluindo somente o rural da região Norte, até 2003, e a partir de 2004 com abrangência nacional.

Menor nível de agregação geográfica: Unidades da Federação e nove regiões metropolitanas.

Periodicidade/Anos disponíveis: Início em 1967 com resultados trimestrais até 1970. Periodicidade anual partir de 1971. A pesquisa não é levantada em anos de realização dos censos demográficos.

Temas/Variáveis: Além dos temas mencionados acima, incluídos de forma permanente, inclui, com periodicidade variável, os temas de migração, fecundidade, nupcialidade, saúde, nutrição, trabalho infantil, nos módulos chamados de suplementos, perante demanda e disponibilidade orçamentária.

Forma/Local de acesso:

- **Base:** CD-Rom dos microdados à venda na **Loja Virtual** (www.ibge.gov.br). Tabulações especiais através do **BME** (Banco Multidimensional de Estatísticas), no mesmo endereço.
- **Documentação:** Disponibilizada juntamente com o CD-Rom dos microdados, ou a partir da publicação das sinopses das pesquisas na página do IBGE em www.ibge.gov.br.

Observações:

- **Suplementos:** Na documentação da pesquisa disponibiliza-se a lista de suplementos anuais; os de interesse da área de saúde foram realizados em 1981, 1984, 1986, 1998 e 2003.
- **Conceitos:** Todos os conceitos utilizados na PNAD estão descritos na publicação Notas metodológicas, sempre disponibilizada com os microdados da pesquisa e também em www.ibge.gov.br, sob Indicadores Sociais, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Ao comparar os dados de forma longitudinal, é importante verificar se houve mudanças nos conceitos utilizados. Adicionalmente, vários conceitos são distintos daqueles utilizados nos censos demográficos.

Cuidados devidos à forma de seleção da amostra:

- A amostra selecionada em vários estágios é considerada complexa, portanto é imprescindível a utilização de pesos amostrais, assim como as informações sobre o desenho amostral para obtenção de estimativas e seus erros associados de forma correta.
- A seleção dos mesmos municípios e setores ao longo da década garante comparações de tendências ao longo da década, mas não garante estimativa de níveis corretos dos indicadores ao longo do tempo. Os censos demográficos ao final da década servem para recalcular estes níveis, que, simplesmente ao azar, podem ter sido selecionados acima ou abaixo da média amostral no início do período.

Quadro 3.3 - Censo demográfico

Descrição: Levantamento estatístico que tem por objetivo a enumeração do universo da população e dos domicílios do país e suas características básicas (Questionário do universo ou básico). A investigação de características demográficas e socioeconômicas é realizada na mesma operação por amostragem de domicílios (Questionário ampliado ou da amostra).

Tipo de inquérito: Contagem populacional completa (censo) e parte amostral. Conforme detalhado na documentação dos microdados, o desenho amostral consistiu de domicílios particulares selecionados de forma sistemática e com equiprobabilidade em e cada um dos setores censitários, definidos para cada década. Até 1980, a fração amostral era de 25% dos domicílios particulares e das famílias, ou componentes de grupos conviventes, recenseados em domicílios coletivos, e, a partir de 1991, foram utilizadas duas frações amostrais, 20% para municípios com estimativa populacional até 15 mil habitantes e 10% para os demais municípios.

Abrangência geográfica: Nacional, pessoas residentes no território nacional na data do censo. As embaixadas e consulados, apesar de ser considerados território nacional, não foram incluídos, pois a maioria dos representantes reside fora das representações diplomáticas.

Menor nível de agregação geográfica: Para a base de dados do universo, a menor área identificável é o setor censitário, mas as variáveis de uso público estão agregadas e não em nível de microdado. Para as variáveis da amostra, em geral a menor unidade é o município, mas, para alguns anos, disponibiliza-se a informação de distritos (censos de 1960 e 1980). Para 2000, áreas de ponderação, que são agrupamentos de setores censitários, são as menores unidades identificáveis em nível de microdado. Existem várias regras para a definição destas áreas de ponderação, que somaram 9.336 unidades (Ver Documentação dos microdados para detalhes).

Periodicidade/Anos disponíveis: 1872, 1920 e decenal a partir de 1940 (exceto na década de 90, quando o censo foi realizado em 1991).

Temas/Variáveis: Características dos domicílios (localização, tipo e estrutura do domicílio, material utilizado na construção, número de cômodos e dormitórios, condição de ocupação, abastecimento de água, esgotamento sanitário, destino do lixo, iluminação elétrica, bens duráveis); características dos indivíduos (sexo, idade, religião, cor, raça, nacionalidade e naturalidade); características das famílias (composição da família e relação de parentesco); características educacionais (alfabetização, escolaridade e nível de instrução, espécie de cursos); características da mão-de-obra (ocupação, posição na ocupação, ramo de atividade, carteira de trabalho, horas trabalhadas, rendimento, contribuição previdenciária, procura de trabalho e trabalho anterior); informações sobre nupcialidade, mortalidade, fecundidade e migração.

Forma/Local de acesso:

- **Base:** Os dados são disponibilizados na forma de microdados em CD-ROM e DVDs, em arquivos de texto não formatado, com definição da posição das variáveis e suas categorias no arquivo de documentação. Estão à venda na **Loja Virtual** do IBGE (www.ibge.gov.br) e tabulações especiais através do **BME** (Banco Multidimensional de Estatísticas), no mesmo endereço. Existem dados disponíveis para acesso livre de forma agregada no sistema **Sidra**, na página do IBGE e a partir de tabulações especiais em forma impressa até 1980 e disponíveis na página do IBGE para 1991 e 2000.
- **Documentação:** Disponibilizada juntamente com o microdado ou a partir da publicação das sinopses dos censos em www.ibge.gov.br.

Observações: Para trabalhar com os microdados, é necessário programa de manipulação de grandes massas de dados como, por exemplo, SPSS, SAS ou STATA.

Quadro 3.4 - Estimativas e projeções populacionais

Descrição: Elaboração das estimativas oficiais da população total do Brasil, das grandes regiões, unidades da Federação e municípios, com data de referência em 1º de julho de cada ano civil. A população do Brasil inclui a distribuição da população por sexo e idade e população urbana e rural. Nas demais unidades, a projeção ou estimativa somente é realizada para o total populacional.

Tipo de inquérito: Não é feito inquérito. São utilizados diversos métodos e técnicas para a estimativa da população. Para o Brasil, é aplicada a técnica de projeção por componentes, a qual utiliza informações sobre fecundidade, mortalidade e migração. Para as estimativas por unidades da Federação, é utilizado o método de tendência de crescimento demográfico, em que a estimativa populacional do Brasil é redistribuída entre os estados, baseando-se na tendência do crescimento populacional da área em período anterior, em geral, dois censos. As estimativas de população dos municípios são obtidas também pelo método de tendência de crescimento demográfico, considerando a unidade da Federação a que pertence o município como área maior.

Abrangência geográfica: Nacional, grandes regiões, unidades da Federação e municípios.

Menor nível de agregação geográfica: Municípios.

Periodicidade/Anos disponíveis: Anual desde 1973.

Temas/Variáveis: População total, por sexo e grupos de idade e população urbana e rural. Em nível municipal, existem estimativas da população por sexo e idade, estimadas a partir da distribuição percentual da população por sexo e idade no censo anterior à data de referência da estimativa (Dataus, <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/popdesc.htm>)

Forma/Local de acesso:

- **Base:** Diário Oficial da União, produtos e serviços eletrônicos em www.ibge.gov.br e publicações. Também estão disponíveis na página do DATASUS (www.datasus.gov.br).
- **Documentação:** Metodologia de cálculo disponibilizada na página do IBGE, <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2005/metodologia.pdf>

Observações:

- A divulgação das estimativas municipais anuais de população é mandatária e serve, segundo o IBGE, principalmente, para:

- cálculo do fundo de participação dos estados e municípios FPE e FPM;
 - expansão dos resultados das diversas pesquisas por amostragem do IBGE;
 - as áreas propostas para constituírem novos municípios e distritos, em atendimento a disposições legais das constituições estaduais;
 - definição dos municípios novos após sua instalação e dos municípios já existentes que alterem seus limites;
 - área de saúde para cobertura vacinal e área de educação infantil.
- Deve-se ter em mente que as estimativas populacionais são baseadas em métodos matemáticos e demográficos que não são exatos e que dependem muito das tendências populacionais observadas no passado recente. A estimativa mais correta do volume populacional do município somente poderá ser confirmada com a realização de uma contagem populacional ou de um censo demográfico. Métodos de estimação mais aprimorados de cálculo demandam o pleno conhecimento das estatísticas vitais (nascimentos e mortes) dos municípios e das informações sobre migração líquida (imigração menos emigração). Ainda que as estatísticas vitais fossem confiáveis em nível municipal, os dados sobre migração são raramente de estimação fácil, anualmente. Assim, as tendências populacionais municipais na década dependem das tendências observadas no passado recente.

Quadro 3.5 – Registro civil

Descrição: Levantamento estatístico sobre nascidos vivos, casamentos, óbitos e óbitos fetais, informados pelos cartórios de Registro Civil de Pessoas Naturais e sobre separações judiciais e divórcios, declarados pelas varas de Família, foros ou varas cíveis, estas em primeira instância.

Tipo de inquérito: A pesquisa é realizada trimestralmente pelas agências locais do IBGE. A coleta é feita em questionário próprio do IBGE, a partir das informações disponíveis nos cartórios. Para a coleta é utilizado um cadastro de cartórios, o qual é constantemente revisado pelo IBGE.

Abrangência geográfica: Nacional.

Menor nível de agregação geográfica: Municípios.

Periodicidade/Anos disponíveis: Anual com primeira série disponibilizada em 1974 para registro civil e 1982 para separações judiciais e divórcios.

Temas/Variáveis: Nascidos vivos, por ano de nascimento, lugar de registro, sexo e idade; óbitos, por ano e mês de ocorrência, sexo e idade, lugar de registro e residência, natureza; óbitos fetais, ano e mês de registro, local, idade e residência da mãe, por parto, gestação, sexo; casamentos, por mês e local de

registro, grupos de idade, sexo, nacionalidade; separações judiciais, por natureza da ação, sentença, idade, total de filhos; divórcios, por natureza, tipo de sentença, idade, total de filhos.

Forma/Local de acesso:

- **Base: Loja Virtual do IBGE** (www.ibge.gov.br), tabulações especiais pré-definidas através do sistema **Sidra**.
- **Documentação:** Disponível com os dados.

Observações:

- Apesar de ter periodicidade anual, os dados são disponibilizados com certo tempo de atraso. O ano mais recente disponível na atualidade (2006) é referente aos eventos de 2003.
- Os dados de óbitos são em geral reconhecidos como de melhor qualidade (em nível nacional e estadual pelo menos) do que os dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), descrito a seguir. Por outro lado, os dados de óbitos não identificam causas de morte na Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Somente identifica mortes naturais e não naturais, que são associadas com as causas de morte externas.
- Os dados sobre nascimentos usualmente apresentavam cobertura abaixo dos dados do Sistema de Informações sobre Nascimentos (SINASC); no entanto, em anos mais recentes, a qualidade dos registros tem melhorado. Deve-se estar ciente que o Registro Civil, ao contrário do SIM e SINASC, permitem registros tardios, ou seja, em anos após a ocorrência dos eventos. Portanto, é importante utilizar o número de óbitos e nascimentos segundo o ano de ocorrência e somar aos demais eventos que foram registrados em anos sucessivos. No entanto, dados de 2003 irão apresentar sub-registro maior que os anos anteriores, por não se ter tido tempo hábil de contabilizar os registros tardios.
- Os dados dos eventos são registrados segundo local de residência e local de ocorrência. Os indicadores que utilizam estes dados devem ser bem definidos para não indicar riscos não reais. Por exemplo, os municípios onde não existem hospitais terão um aumento no número de ocorrências de nascimentos e aqueles municípios sem hospital somente terão designados a eles os nascimentos não hospitalares. O mesmo pode ocorrer com o local de ocorrência do óbito, que muitas vezes é o hospital.
- O diferencial de cobertura dos registros é grande nas regiões, estados e municípios. Os locais menos desenvolvidos social e economicamente são aqueles que apresentam maiores taxas de sub-registros.

Quadro 3.6 – Assistência Médico-Sanitária (AMS)

Descrição: Levantamento de informações cadastrais e gerais de todos os estabelecimentos de saúde no país sejam públicos ou privados, com ou sem internação. A pesquisa é realizada com o apoio do Ministério da Saúde, através do Projeto de Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde – REFORSUS. A pesquisa fornece informações sobre a capacidade de recursos de infraestrutura e recursos humanos da rede hospitalar e ambulatorial no Brasil.

Tipo de inquérito: Pesquisa censitária realizada através de questionário fechado junto a todos os estabelecimentos que prestaram serviços de saúde à população, excluindo-se os consultórios particulares. A pesquisa foi totalmente reformulada nos anos de 1985, 1992 e 1999. As últimas incluem identificação dos serviços e infraestrutura SUS e não-SUS. Os questionários são aplicados pela rede de coleta do IBGE, com suas agências locais, utilizando-se o Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (CES), que é atualizado em cooperação com o Ministério da Saúde. Os dados foram coletados em três modelos de questionários (Questionário ambulatorial/hospitalar, Questionário serviços de apoio à diagnose e terapia e Questionário simplificado aplicado a unidades ambulatoriais de menor complexidade), aplicados em questionários (papel), ou em meio magnético (disquete), com instruções do entrevistador para preenchimento.

Abrangência geográfica: Nacional.

Menor nível de agregação geográfica: Municípios.

Periodicidade/Anos disponíveis: Anual. Iniciada em 1948 e interrompida em 1991, e de 1993 a 1998. A mais recente é de 2002.

Temas/Variáveis: identificação do estabelecimento; caracterização do estabelecimento; identificação da mantenedora; instalação física; utilização da capacidade instalada; produção de serviços por espécie de atendimento e clínica médica; nascidos vivos e óbitos hospitalares; número de leitos; contratos e convênios; recursos humanos; número de partos realizados por tipo; consultas médicas e odontológicas, atendimentos elementares, de urgência, diagnóstico e terapêutico.

Forma/Local de acesso:

- **Base:** Os dados são disponibilizados na forma de microdados em CD-Rom. Estão à venda na **Loja Virtual** do IBGE (www.ibge.gov.br) e tabulações especiais através do **BME** (Banco Multidimensional de Estatísticas), no mesmo endereço. Existem dados disponíveis para acesso livre de forma agregada no sistema **Sidra**, na página do IBGE. Também se disponibiliza parte das informações na página do **DATASUS** (www.datasus.gov.br).
- **Documentação:** Disponibilizada juntamente com os microdados, ou a partir da publicação das sinopses das pesquisas em www.ibge.gov.br, em “População”, “Indicadores sociais”.

■ **Observações:**

- Esta base de dados disponibiliza informações essenciais para a identificação dos recursos de infra-estrutura hospitalar e ambulatorial disponíveis nos municípios e, também, sobre recursos humanos, pois, apesar de não informar sobre o número de médicos e outros profissionais de saúde, informa sobre os postos de trabalho, o que pode ser utilizado como proxy da força de trabalho disponível.

Quadro 3.7 – Pesquisa Nacional de Saneamento Básico – PNSB

Descrição: Segundo o IBGE, a “PNSB coleta informações sobre condições de saneamento básico de todos os municípios brasileiros, através da atuação dos órgãos públicos e empresas privadas, permitindo uma avaliação sobre a oferta e a qualidade dos serviços prestados, além de possibilitar análises das condições ambientais e suas implicações diretas com a saúde e a qualidade de vida da população” (Pesquisa nacional de saneamento básico 2000, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>).

Tipo de inquérito: Levantamento de dados pela rede de coleta do IBGE junto às unidades prestadoras de serviços de saneamento básico em cada município brasileiro, públicas ou privadas, a partir de contato inicial com as prefeituras dos municípios. Coleta dos dados durante três meses, e aplicada com base em quatro questionários: 1) Abastecimento de água – AA; 2) Esgotamento sanitário – ES; 3) Drenagem urbana – DU; e 4) Limpeza urbana e coleta de lixo – LC.

Abrangência geográfica: Nacional.

Menor nível de agregação geográfica: Municípios. Os dados de abastecimento de água e esgotamento sanitário foram coletados em nível de distritos, e limpeza urbana e coleta de lixo e drenagem urbana em nível de municípios.

Periodicidade/Anos disponíveis: Anual. Primeiro realizado em 1974. Em 1977 foi definida periodicidade trienal. Em 1980 e 1983 a pesquisa não foi realizada. Em 1989 a coleta foi a campo com grandes alterações. A partir de novos convênios, em 2000 foi realizada a PNSB bastante mais abrangente que as anteriores.

Temas/Variáveis: Abastecimento de água no distrito; Captação de água; Tratamento de água; Fluoretação adicionada; Rede de distribuição da água; Dados gerais; Pessoal ocupado; e Relação entre a entidade e a comunidade nos últimos doze meses; Esgotamento sanitário no distrito; Coleta do esgoto sanitário; Tratamento do esgoto; Sistema de esgotamento sanitário; Número de ligações de esgotos sanitários; Número de economias esgotadas; Dados gerais; Pessoal ocupado; e Relação entre a entidade e a comunidade; Drenagem urbana: Situação do serviço de drenagem urbana no município; Sistema de drenagem urbana; Sistema de drenagem especial; e Pessoal ocupado. Limpeza urbana e coleta de lixo: Situação dos serviços de limpeza urbana e/ou coleta de lixo; Prestador dos serviços; Sistema de coleta,

varrição e capina no distrito sede; Destino e quantidade do lixo coletado; Estação de transferência; Coleta e destino final do lixo especial; Distritos atendidos pelos serviços de limpeza urbana e/ou coleta de lixo; Catadores de lixo em unidades de destino final; Veículos e equipamentos; Pessoal ocupado; Coleta seletiva; e Relação entre a entidade e a comunidade; Estabelecimentos: Companhias estaduais e/ou municipais de saneamento básico; Fundações; Consórcios intermunicipais; Empresas privadas de saneamento básico; e Associações comunitárias.

Forma/Local de acesso:

- **Base:** Os dados são disponibilizados na forma de microdados em CD-Rom. Estão à venda na **Loja Virtual** do IBGE (www.ibge.gov.br). Existem dados disponíveis para acesso livre de forma agregada no sistema **Sidra**, na página do IBGE.
- **Documentação:** Disponibilizada juntamente com os microdados ou a partir da publicação das sinopses das pesquisas em www.ibge.gov.br.
- **Observações:** Na utilização dos dados, é importante identificar os conceitos utilizados para os temas tratados na pesquisa: Rede geral de distribuição de água, Rede coletora de esgoto, Limpeza urbana e coleta de lixo e Drenagem urbana.

Quadro 3.8 – Sistema de Informações de Nascidos Vivos – SINASC

Descrição: Registro de informações epidemiológicas sobre os nascimentos no Brasil. O documento de entrada do sistema é a Declaração de Nascido Vivo – DN, padronizada em todo o país.

Tipo de Inquérito: Levantamento dos dados junto às secretarias municipais de Saúde.

Abrangência geográfica: Nacional. Apresenta diferencial de qualidade por regiões, estados e municípios.

Menor nível de agregação geográfica: Municípios.

Periodicidade/Anos disponíveis: Anual, a partir de 1991, com defasagem de mais de 3 anos entre a ocorrência dos eventos e sua publicação para uso público. A partir de 1995 houve melhora na qualidade tanto de cobertura quanto no preenchimento dos registros.

Temas/Variáveis: Quantidade de nascidos, por: índice APGAR, sexo e peso; informações sobre a mãe (idade, estado civil, educação, situação ocupacional), tipo de parto, local de ocorrência, gestação e parto, o recém-nascido.

Forma/Local de acesso:

- **Base:** Disponível no menu de Estatísticas Vitais em www.datasus.gov.br. Os microdados são disponibilizados em CD-Rom, obtidos diretamente no escritório do DATASUS.

- **Documentação:** O Manual de procedimentos do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, de 2001, elaborado pela Coordenação Geral de Análise de Informação em Saúde (CGAIS), fornece informações operacionais do sistema, disponibiliza os procedimentos, fluxos dos documentos e rotinas do processamento dos dados e as atribuições das instâncias Federal, estadual e municipal. O documento está disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sis_nasc_vivo.pdf

Observações (A seguir apresenta-se informação disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/svs/>, consultado em março de 2006, que são de extrema relevância para o usuário dos dados do SINASC:

- **Fluxo das DN:** “A Declaração de Nascido Vivo (DN) é impressa em três vias previamente numeradas, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Análise da Situação de Saúde (DASIS - SVS). O documento é distribuído gratuitamente às secretarias estaduais de saúde que o fornece às secretarias municipais de saúde. Essas secretarias, por sua vez, repassam aos estabelecimentos de saúde e cartórios. Dependendo de o parto ser hospitalar ou domiciliar, cada uma das três vias da DN terá um fluxo diferente, de acordo com Portaria nº 20 de 03 de outubro de 2003, da SVS”.
- **Atribuições:** “As secretarias municipais de saúde deverão utilizar-se dos meios disponíveis na busca ativa de casos não registrados, valendo-se inclusive, das equipes de Saúde da Família, dos agentes comunitários de saúde e parteiras tradicionais. As secretarias municipais deverão consolidar e avaliar seus bancos de dados e encaminhá-los mensalmente às Secretarias Estaduais de Saúde. Nas secretarias estaduais de saúde os dados são processados por município de ocorrência e posteriormente criticados. Os dados consolidados são encaminhados para a Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica (CGIAE/DASIS/SVS/MS). Esses dados são consolidados em esfera nacional para análise e disponibilização pelos meios usuais (internet, no site do DATASUS, mídia eletrônica e atendimento de solicitações de informações pelo e-mail simsinasc@saude.gov.br)”.

Quadro 3.9 – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Descrição: O Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) é gerenciado pelo Departamento de Análise de Situação de Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde, em conjunto com as secretarias estaduais e municipais de Saúde, para coletar dados sobre mortalidade no Brasil.

Tipo de inquérito: Levantamento das declarações de óbitos (DOs), que em princípio devem ser preenchidas por um médico. A DO deve ser preenchida para todos os óbitos ocorridos em estabelecimentos de saúde, domicílios ou outros locais. A primeira via da DO sempre deve retornar para o setor responsável pelo processamento dos dados, que pode estar na instância municipal ou estadual. Este retorno se dá por busca ativa dos setores de processamento dos dados no caso de mortes naturais em estabelecimentos de saúde e mortes por causas externas e violentas (IML ou órgão similar). No caso de mortes naturais não ocorridas em estabelecimento de saúde, o médico do Serviço de Verificação de Óbitos (SVO), ou qualquer outro médico, se não houver SVO, deve preencher a DO para ser recolhida. Caso não haja médico, o responsável pelo falecido tem o dever ir ao cartório de registro civil para registrar uma DO que também será recolhida pelo órgão competente.

Abrangência geográfica: Nacional. Apresenta diferencial de qualidade por regiões, estados e municípios.

Menor nível de agregação geográfica: Município.

Periodicidade/Anos disponíveis: Anual a partir de 1979. Defasagem entre ocorrência do evento e sua publicação é maior que do SINASC. O último ano disponível para uso público na atualidade é 2002.

Temas/Variáveis: A DO possui 62 diferentes campos com informações sobre o óbito. A principais informações disponibilizadas são: tipo, mês e ano do óbito; estado civil, sexo, idade, ocupação habitual, naturalidade, grau de instrução do falecido; local e município de ocorrência do óbito; município de residência do falecido; assistência médica e diagnóstica; causa básica (CID) e causas externas. Para óbitos fetais e de menores de um ano, são acrescidos: ocupação habitual e grau de instrução do pai e da mãe, idade e número de filhos da mãe; duração da gestação, tipo de gravidez, tipo de parto, peso ao nascer.

Forma/Local de acesso:

- **Base:** Disponível no menu de “Estatísticas Vitais – Mortalidade e Nascidos Vivos” em www.datasus.gov.br. Os microdados estão disponibilizados também em CD-Rom, obtidos diretamente no escritório do DATASUS, e podem ser tabulados por qualquer programa estatístico ou através do Tabwin, fornecido juntamente com a base de dados.

- **Documentação:** Manual de instruções para o preenchimento da declaração de óbito, 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, 2001. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sis_mortalidade.pdf

Observações:

- **Fluxo:** Conforme o documento citado acima, “As Declarações de Óbito (DO) são impressas em três vias pré-numeradas sequencialmente, pelo Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Vigilância da Saúde e distribuídas às secretarias estaduais de saúde para subsequente fornecimento às secretarias municipais de saúde, que as repassam aos estabelecimentos de saúde, institutos médico-legais, serviços de verificação de óbitos, médicos e cartórios” (p. 7).
- As principais críticas em relação ao sistema SIM relacionam-se ao sub-registro de óbitos, à qualidade do preenchimento da DO, à falta de padronização nos procedimentos de obtenção e variação da qualidade e da cobertura nas diversas áreas geográficas.

Quadro 3.10 – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA/SUS

Descrição: O SIA/SUS é uma ferramenta de gerenciamento de atendimentos ambulatoriais, utilizada a captação, controle e pagamento do atendimento ambulatorial prestado à população pelos estabelecimentos credenciados do SUS.

Tipo de inquérito: Registros administrativos gerados a partir das informações enviadas pelas secretarias municipais em gestão plena e secretarias estaduais de Saúde através do Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA/SUS.

Abrangência geográfica: Nacional, unidades da Federação e municípios.

Menor nível de agregação geográfica: Municípios.

Periodicidade/Anos disponíveis: Desde 1994, com disponibilização mensal e anual.

Temas/Variáveis: As principais variáveis disponibilizadas com relação à rede assistencial de saúde são: local onde está estabelecida a unidade de saúde, ano e mês para pesquisa, tipo de gestão ambulatorial (exclusivamente PAB, PAB e plena, PAB e estadual, exclusivamente plena, plena e estadual e exclusivamente estadual), quantidade de unidades cadastradas, quantidade de consultórios médicos, quantidade de equipamentos odontológicos, quantidade de salas de gesso existentes, quantidade de sala de pequenas cirurgias existentes, quantidade de salas de cirurgia ambulatorial, tipo de unidade, tipo do prestador de serviço e nível de hierarquia da unidade. Com relação à produção ambulatorial, as variáveis são: local de atendimento, ano e mês de competência, item de programação, có-

digo do procedimento (antes e depois de 10/1999), categoria de procedimentos, grupo de procedimentos, tipo de prestador de serviço, tipo de gestão, quantidade aprovada, quantidade apresentada, valor aprovado e valor apresentado.

Forma/Local de acesso:

■ **Base:**

- Em CD-ROM, que contém toda a base de dados e ferramenta de tabulação TABWIN.
- Transferência de arquivos pelo DATASUS em sistemas.
- Transferência de arquivos pela Internet (FTP): <http://www.datasus.gov.br/arquivos/ftpdata.htm>
- Transferência de arquivos pelo MS-BBS do DATASUS, onde estão as bases de dados, programas e softwares para cópia (download) em <http://msbbs.datasus.gov.br/public/default.htm>
- Documentação: Disponibilizada juntamente com o CD-Rom, ou nos locais de transferência dos arquivos por FTP ou diretamente no endereço do SIASIH <http://siasih.datasus.gov.br/> para atualização dos arquivos.

Observações:

- Para acompanhamento de produção ambulatorial, são gerados mensalmente os arquivos PAUFAAMM que serão usados pelo TabWin.
- Para acompanhamento da produção específica de APAC, são gerados os arquivos TAUFAAMM.
- Para acompanhamento da produção ambulatorial subsidiando o Fundo Nacional de Saúde, são gerados os arquivos BBAAMM-L, BOAAMM-L e HUAAMM-L.
- Deve-se também analisar com cuidado os procedimentos que não estão diretamente vinculados a pagamentos, pois neste caso os registros podem estar subestimados.
- A tabela de código de procedimentos teve mudanças estruturais em 1999 e não existe correspondência para todos os procedimentos antes e depois da mudança.

Quadro 3.11 – Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS

Descrição: A base de dados gerada pelo SIH contém informações sobre as internações hospitalares repassadas mensalmente por todos os estabelecimentos de saúde públicos, conveniados e contratados. Os dados são captados das Autorizações de Internação Hospitalar – AIH – relativas a mais de 1.300.000 internações/mês em todo o Brasil. O sistema não tem somente o objetivo de faturamento da produção hospitalar, pois existem várias formas de repasse. Na atualidade, o sistema funciona como uma forma de organização, gestão e acompanhamento da programação da produção hospitalar.

Tipo de inquérito: As informações são repassadas mensalmente por todos os estabelecimentos de saúde públicos, conveniados e contratados, registrados no

Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), que realizam internações e consolidados pelos municípios plenos e estados que após sua análise e aprovação enviam ao DATASUS-Rio para processamento.

Abrangência geográfica: Nacional, grandes regiões, unidades da Federação e municípios.

Menor nível de agregação geográfica: São disponibilizados em nível municipal.; no entanto as unidades de processamento dos dados são os estabelecimentos de saúde.

Periodicidade/Anos disponíveis: Disponibilização mensal e anual. A disponibilização dos dados por internações por especialidade e local da internação desde 1981, procedimentos hospitalares por local de internação desde 1992 e procedimentos por local de residência desde 1995.

Temas/Variáveis: Coleta mais de 50 variáveis referentes à identificação e qualificação do paciente, procedimentos, exames e atos médicos realizados, diagnóstico, motivo da alta e valores devidos. Algumas das variáveis são: Ano e mês de competência, Local de internação, Procedimento, Procedimentos custeados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação, Regime e natureza do estabelecimento, Forma de gestão, AIHs pagas, Internações, Valor médio internação, Dias de permanência, Óbitos e Taxa de mortalidade.

Forma/Local de acesso:

■ **Base:**

- BDAIH – Informações detalhadas dos hospitais e dos prestadores de serviço.
- CD-ROM das AIH mensais e anuais distribuídos através das unidades regionais do MS.
- Transferência de arquivos pela Internet (FTP) e transferência de arquivos pelo MS-BBS (ftp://msbbs.datasus.gov.br/Arquivos_Publicos/Prog_AIH/00_index.htm): transferência de arquivos reduzidos anuais, programas, documentos e utilitários diversos.

- **Documentação:** Os documentos são disponibilizados com os microdados. Estes estão em arquivos no formato DBC, que são arquivos DBF compactados com ferramenta disponibilizada pelo DATASUS, juntamente com o TABWIN, que possibilita a tabulação direta dos microdados compactados. Documentação e manuais também disponíveis em <http://sihd.datasus.gov.br/>

Observações:

- Apesar das instruções do SIH enfatizarem que o sistema não tem o objetivo único de repasse de verbas, deve-se tomar cuidado na análise, pois o sistema está sujeito a fraudes, o que em geral faz aumentar o número de procedimentos pagos em determinados períodos ou locais.

Quadro 3.12 – Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – SISPRENATAL

Descrição: O SisPreNatal é um programa informatizado desenvolvido pelo DATASUS, para o acompanhamento dos dados das gestantes que estão inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), no Sistema Único de Saúde. O PHPN foi instituído em 2000 para atender as necessidades das gestantes, recém-nascidos e à mulher no período de pós-parto. Existe um conjunto de procedimentos básicos que definem a assistência pré-natal adequada até a realização da consulta de puerpério. O sistema registra todas as informações e disponibiliza relatórios gerenciais considerando um conjunto de indicadores específicos. Existem incentivos financeiros transferidos para os municípios que aderem ao programa e apresentam indicadores adequados de acompanhamento.

Tipo de inquérito: Registros administrativos gerados pelo sistema SisPreNatal. O sistema gera os BPAs (Boletim de Produção Ambulatorial) magnéticos que são exportados para o SIA/SUS referentes aos dois procedimentos que geram pagamento: o cadastramento da gestante no pré-natal até o quarto mês de gestação e a conclusão do pré-natal (quando todos os procedimentos básicos foram realizados e registrados). O registro das gestantes é feito a partir da ficha de cadastramento da gestante e posteriormente a partir das fichas de registro dos atendimentos da gestante no PHPN.

Abrangência geográfica: Será de abrangência nacional; no entanto, nem todos os municípios aderiram ao programa. Até dezembro de 2002, 3.985 municípios haviam aderido (Serruya, Cecatti e, Lago, 2004).¹⁹

Menor nível de agregação geográfica: Municípios.

Periodicidade/Anos disponíveis: Mensal e anual. Início em 2001, mas com poucas adesões. Dado mais recente disponível é de março de 2006.

Temas/Variáveis: Dados da gestante (idade, endereço, cartão SUS, carteira de trabalho (ou outro documento de identificação), data da 1ª consulta pré-natal, data da última menstruação); dados de acompanhamento (unidade de saúde, município, consulta realizada por médico ou enfermeira, resultados de exames laboratoriais como urina, glicemia, HIV, Vacina antitetânica e realização de consulta puerperal).

Forma/Local de acesso:

- **Base:** Solicitação especial ao Datasus. Os indicadores mais utilizados podem ser obtidos diretamente no SIA/SUS.

19 Suzanne Serruya, José Cecatti e Tânia Lago. “O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais”, *Cad. Saúde Pública* 2004; 20:1.281- 1.289.

- **Documentação:** Disponível em <http://www.datasus.gov.br>, “Sistemas e aplicativos”, “Outros aplicativos”.

Observações:

- É possível solicitar a base dos microdados do SisPreNatal ao Datasus, pois este dispõe de várias informações; no entanto, a utilização não é trivial, principalmente no que se refere aos dados de acompanhamento do pré-natal.
- Os códigos de procedimentos do SIA/SUS para obtenção dos indicadores vindos do SisPreNatal são: 07.071.02.7 – Adesão ao componente I, Incentivo ao pré-natal e 07.071.03.5 – Conclusão da Assistência Pré-natal.

Quadro 3.13 – Sistema de Informações de Agravos de Notificação – SINAN

Descrição: O SINAN é um sistema de notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória. Alguns estados e municípios podem incluir outros problemas de saúde além daqueles definidos em lei.

Tipo de inquérito: Sistema de notificação compulsória das doenças e agravos definidos em lei.

Abrangência geográfica: Nacional, mas ainda não totalmente implementado na totalidade de municípios. Apresenta diferencial de qualidade e cobertura por regiões, estados e municípios.

Menor nível de agregação geográfica: Municípios.

Periodicidade/Anos disponíveis: Notificações mensais. O ano de início varia para as diferentes doenças e agravos e a disponibilização dos dados, mensais ou reduzidos anualmente também dependem da doença ou agravo. O início de implantação do SINAN foi em 1993.

Temas/Variáveis: São várias as doenças de notificação compulsória definidas por decreto de lei; dentre elas estão: botulismo, carbúnculo ou antraz, cólera, coqueluche, dengue, difteria, doença de Chagas, meningites, esquistossomose, febre amarela, febre maculosa, febre tifóide, hanseníase, hepatites virais, infecção pelo vírus da Imunodeficiência Adquirida Humana (HIV) em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical, leishmanioses, leptospirose, malária, meningite, peste, poliomielite, paralisia flácida aguda, raiva humana, rubéola, sarampo, sífilis congênita e em gestante, síndrome da rubéola congênita, síndrome da imunodeficiência adquirida (aids), síndrome respiratória aguda grave, tétano, tuberculose e varíola.

Forma/Local de acesso:

- **Base:** As bases de dados são disponibilizadas pela Secretaria de Vigilância da Saúde e alguns indicadores estão disponíveis no Tabnet em www.datasus.gov.br, em “Informações de saúde” e “Epidemiológicas e morbidade”.
- **Documentação:** Toda a documentação e arquivos de relatórios estão disponíveis em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/index.php?name=Documentos>, incluindo o documento “Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan. Normas e rotinas versão 5.1”. Brasília: MS/FUNASA, 2004.

Observações: A seguir, apresenta-se informação disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/index.php>, consultado em março de 2006, que é de extrema relevância para o usuário dos dados do SINAN:

- **Funcionamento** – As unidades de saúde podem operacionalizar o sistema, mas caso estes não sejam informatizados, o sistema pode ser acessado nas secretarias municipais, regionais de Saúde e/ou Secretaria Estadual de Saúde. O sistema tem três formas de entrada de dados: 1) Ficha Individual de Notificação (FIN), 2) a Notificação Negativa, e 3) Ficha Individual de Investigação (FII). A FIN e o formulário de notificação negativa são preenchidos pelas unidades assistenciais, que devem posteriormente ser encaminhados aos serviços responsáveis pela informação e/ou vigilância epidemiológica das secretarias municipais, que devem repassar semanalmente os arquivos em meio magnético para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), que por sua vez repassarão à SVS. Se os bancos de dados do SINAN não forem alimentados por dois meses consecutivos os recursos do Piso de Assistência Básica – PAB são suspensos. A FII é um roteiro que identifica a fonte de infecção e os mecanismos de transmissão da doença.

Quadro 3.14 – Sistema de Informação do Câncer da Mulher – SISCAM/SISCOLO

Descrição: O SISCAM é um sistema de informação desenvolvido pelo Ministério da Saúde para monitorar as ações de controle do câncer de mama e de colo uterino realizadas no SUS. O componente referente ao câncer de colo uterino, denominado SISCOLO, é independente e contém os laudos de exames citopatológicos e histopatológicos realizados pelos laboratórios no âmbito do SUS. O principal objetivo deste componente é permitir ao gestor monitorar a cobertura da população-alvo destas ações, a periodicidade com que as mulheres estão realizando os exames e a prevalência do câncer de colo do útero e de suas lesões precursoras.

Tipo de inquérito: Implantado durante a primeira campanha nacional de controle do câncer de colo uterino em 1998, reformulado em 1999, para vincular o pagamento do exame citopatológico à sua alimentação. Desde então, os laboratórios devem utilizar o SISCOLO para gerar o código de pagamento do

procedimento e exportá-lo para o SIA/SUS, com posterior envio dos dados para a coordenação do programa (estadual ou regional).

Abrangência geográfica: Nacional, grandes regiões, unidades da Federação e municípios.

Menor nível de agregação geográfica: Municípios.

Periodicidade/Anos disponíveis: Mensais e anuais, com informações desde 2000, com defasagem de alguns meses.

Temas/Variáveis: Os dados de exame citopatológico cérvico-vaginal e microflora e exame anátomo patológico do colo do útero estão disponibilizados por município de residência da mulher, município da unidade de saúde onde a mulher coletou material para exame ou, ainda, município do laboratório que realizou o exame. Os principais dados previstos no sistema são a faixa etária das mulheres, se a mulher já havia realizado citologia anteriormente e ano do último exame realizado. Os resultados dos exames estão disponíveis segundo a qualidade da amostra enviada para exame (adequabilidade).

Forma/Local de acesso:

- **Base:** A base de dados está formatada para ser tabulada pelo programa Tabwin quando for utilizada a partir do CD-ROM, ou pelo Tabnet quando for tabulada usando os dados disponibilizados no DATASUS (www.datasus.gov.br).
- Os indicadores também podem ser obtidos no Pacto da Atenção Básica de 2005 em: <http://ipanema.datasus.gov.br/siscam/mapa.htm>
- **Documentação:** As informações para manuseio dos dados são disponibilizadas juntamente com o CD-Rom ou também pode ser obtidas em: <http://w3.datasus.gov.br/siscam/siscam.php>.

Observações:

- Muitos laboratórios não enviam as informações para as coordenações do programa e cria-se uma defasagem entre o total de exames apresentados e pagos pelo SUS e o total de exames obtidos através do SISCOLO.
- A subnotificação é proporcionalmente maior na região Centro-Oeste. Um dos limites para a análise que utiliza estes dados é que a unidade de análise é o número de exames realizados e não o de mulheres que realizaram os exames. Em geral, uma mulher pode realizar mais de um exame durante o ano, mas deve-se supor que tenha realizado somente um exame.
- O total de exames citopatológicos cérvico-vaginais é utilizado como indicador do Pacto de Indicadores da Atenção Básica e definido como número de exames citopatológicos cérvico-vaginais (código de procedimento no SIA/SUS 12.011.01) realizados em mulheres de 25 a 59.

Quadro 3.15 – Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB

Descrição: O SIAB foi implantado em 1998 pela Coordenação da Saúde da Comunidade/Secretaria de Assistência à Saúde, hoje Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde, em conjunto com o Departamento de Informação e Informática do SUS/Datasus/SE. O objetivo do sistema é acompanhar as ações e os resultados das atividades das equipes do Programa Saúde da Família – PSF. É um instrumento gerencial de monitoramento das atividades do PSF.

Tipo de inquérito: Registro administrativo do sistema SIAB. Conforme informado pela coordenação do programa: “Os dados disponíveis são oriundos do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB e gerados a partir do trabalho das equipes de Saúde da Família (ESF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os Agentes Comunitários de Saúde, através das visitas domiciliares, fazem o cadastramento das famílias, identificam a situação de saneamento e moradia e fazem o acompanhamento mensal da situação de saúde das famílias. Com base nessas informações e mais os procedimentos realizados pelas equipes de Saúde da Família na unidade básica de Saúde ou no domicílio, as coordenações municipais de Atenção Básica fazem mensalmente a consolidação de seus dados e os enviam para as regionais de Saúde. Daí seguem para as secretarias estaduais, sempre fazendo as respectivas consolidações. As bases estaduais são enviadas mensalmente para o Datasus, quando então é consolidada a base nacional” (<http://www.datasus.gov.br>).

Abrangência geográfica: Nacional, mas são excluídos os municípios que não informaram todos os meses. Em abril de 2006, havia 27.380.927 famílias acompanhadas, em um total de 5.163 municípios.

Menor nível de agregação geográfica: Município.

Periodicidade/Anos disponíveis: Mensal desde 1998. Dado mais recente se refere a abril de 2006.

Temas/Variáveis: Obtêm-se informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde. Por exemplo, algumas das informações coletadas são: Localidade, Ano e mês de competência dos dados, Modelo de atenção (PACS – Programa de Agentes Comunitários da Saúde ou PSF), Zona urbana ou rural, Informações sobre nascidos vivos, Nascidos vivos pesados, Número de crianças nascidas vivas e cujo peso ao nascer foi menor que 2500 g., Óbitos de menores de 28 dias por diarreia, número de crianças com idade até 27 dias que foram a óbito por diarreia, Óbitos de menores de 28 dias por IRA, número de crianças com idade até 27 dias que foram a óbito por infecção respiratória aguda, Óbitos adolescente, Outros óbitos, Informações sobre hospitalizações por tipo de enfermidade, Visitas domiciliares, Famílias acompanhadas, Informações sobre gestantes, Informações sobre crianças (vacinação, nutrição, etc) e Informações sobre ocorrência de enfermidades específicas.

Forma/Local de acesso:

- **Base:** Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/siabsdescr.htm>; pode ser solicitada ao Departamento de Atenção Básica/Coordenação de Acompanhamento e Avaliação por e-mail siab.dab@saude.gov.br.
- **Documentação:** Várias informações sobre o programa e acesso a indicadores estão disponíveis em <http://w3.datasus.gov.br/siab/siab.php> e <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/>.

[capítulo 4]

A experiência-piloto: indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva

Equipes

CEDEPLAR/UFMG – Parte 1

Laura L. Rodríguez Wong¹

Ignez Helena Oliva Perpétuo¹

NEPO/UNICAMP – Parte 2

Elza Berquó²

Estela M. G. P. Cunha³

Stella B. Silva Telles⁴

Raquel Jakob³

1 Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

2 Núcleo de Estudos de População (NEPO) da UNICAMP e Centro Brasileiro de Análises e Pesquisas (CEBRAP).

3 Núcleo de Estudos de População (NEPO) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

4 Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Introdução

No Projeto Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva, as equipes do Núcleo de Estudos de População (NEPO/UNICAMP) e do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR/UFGM) ficaram responsáveis pela realização de uma experiência-piloto que permitiria analisar a viabilidade de se estimar um conjunto de 82 indicadores de saúde sexual e reprodutiva, previamente definidos pelos parceiros do projeto (lista completa disponível no Anexo 2), utilizando bancos de dados oficiais da área de saúde e, também, por meio da coleta direta de informações nas administrações das secretarias municipais de Saúde.

Como objetivo principal desta atividade, definiu-se a realização de um exercício que permitisse validar um conjunto de indicadores mínimos em saúde sexual e reprodutiva, através do estudo das potencialidades e limitações dos bancos de dados disponíveis assim como a qualidade das informações neles contidas, permitindo o cálculo de estimativas que serviriam de instrumento para os gestores municipais no monitoramento do estado de saúde da população.

Este capítulo tem por objetivo relatar os procedimentos metodológicos adotados nesta atividade desenvolvida, contar sobre os problemas encontrados durante este processo e apontar para os resultados alcançados na execução da atividade e após esta, durante as revisões feitas pelos membros do grupo de instituições parceiras. Os relatórios completos, que detalham aspectos específicos de cada indicador trabalhado, podem ser disponibilizados mediante solicitação.

Os trabalhos desta atividade da pesquisa começaram em outubro de 2003, a partir de uma reunião geral para definir as tarefas de cada uma das equipes: dividindo-se as bases de dados, definindo-se a montagem de arquivos, especificando-se a forma de cálculo dos indicadores, padronizando-se sua análise e definindo-se a organização de um cadastro de endereços dos responsáveis pelas diversas secretarias municipais de Saúde.

Num primeiro momento, foi feito o rastreamento das bases de dados disponíveis para uso público, assim como de suas características, tais como período inicial, periodicidade, nível de agregação. Outras bases que não puderam ser

acessadas por estes meios foram solicitadas aos devidos órgãos, havendo uma demora para o envio de bases como SINAN, SISPRENATAL, DST/aids, SISCOLO, e o das atualizações das informações contidas no SIM e no SINASC. No caso dos dados sociodemográficos, obtidos a partir dos censos demográficos, todos estavam disponibilizados para uso público.

No entanto, alguns dados básicos para o cálculo dos indicadores deveriam ser coletados nas secretarias municipais de Saúde. Parte da experiência-piloto foi, então, verificar se era possível obter uma resposta dos municípios quanto à demanda por informações não disponibilizadas nas bases de dados de uso público – por exemplo, as informações de acesso à contracepção não estão disponíveis nas bases dos sistemas de saúde; assim, para compor um indicador de disponibilidade de contraceptivos no SUS, foi necessário investigar quanto o Ministério da Saúde estava distribuindo e quanto as próprias prefeituras estariam comprando de métodos contraceptivos. Esta última informação somente seria possível obter a partir de um contato direto com as secretarias municipais de Saúde. Foi feito o contato com todas as secretarias dos municípios da amostra, através de uma carta com a apresentação da equipe e do projeto e posterior contato por telefone e correio.

Durante todo o período em que se desenvolveu a experiência-piloto, a Coordenação-Geral realizou várias reuniões de trabalho com o grupo do NEPO e do CEDEPLAR, com a finalidade de monitorar o andamento da pesquisa; compatibilizar algumas decisões metodológicas; compartilhar algumas experiências operacionais; definir o conteúdo e a forma do material que seria apresentado na Conferência Nacional de Saúde daquele ano e definir o formato dos relatórios (parcial e final). O relatório final ficou subdividido em quatro grandes sessões, a saber:

- 1) Notas técnicas sobre os indicadores: Nesta parte, apresentam-se as fichas técnicas de cada um dos indicadores, com a finalidade de se obter, de forma simplificada, uma visão geral do significado, a forma de cálculo, a base utilizada e alguns comentários sobre os resultados obtidos;
- 2) Notas sobre as bases de dados: Para cada uma das bases de dados utilizadas no projeto, explicitam-se a estrutura, o conteúdo, a forma de acesso, o período temporal, os códigos das diversas categorias das va-

riáveis, assim como alguns comentários sobre suas potencialidades e limitações;

- 3) Notas sobre o processo de pesquisa: Pareceu interessante montar um item onde se encontram sistematizadas algumas das dificuldades encontradas no processo de pesquisa.
- 4) Anexos:
 - a) Tabela da série histórica das informações contidas nas bases de dados.
 - b) Modelo de cartas a serem enviadas às secretarias municipais de Saúde.
 - c) Banco de dados brutos, correspondentes a todos os indicadores, para os municípios selecionados.
 - d) Banco de dados contendo os cálculos de todos os indicadores, para os municípios selecionados.
 - e) Tabelas resumos dos indicadores, segundo o porte populacional dos municípios.
 - f) Tabelas resumos dos indicadores, segundo habilitação dos municípios.

No Quadro 4.1, podem-se observar as informações constantes para cada indicador avaliado na experiência-piloto, ou seja, as informações básicas que permitiriam avaliar as possibilidades de cálculo e a utilidade dos indicadores nos municípios selecionados.

A seleção dos municípios⁵

Dada a heterogeneidade regional, o variado tamanho dos municípios brasileiros e os níveis de organização do sistema de saúde, para a seleção dos municípios, decidiu-se que se deveria classificá-los considerando-se os seguintes critérios: 1) tamanho populacional; 2) grandes regiões; 3) habilitação dos municípios no SUS a partir da NOAS-02; e 4) regionalização do sistema (pólo/sede). Mas, como se verá adiante, alguns critérios tiveram de ser adaptados.

5 A seleção dos municípios e esta seção estiveram sob o encargo de Suzana Cavenaghi.

Quadro 4.1 – Ficha técnica padronizada para os indicadores de SSR

NOME DO INDICADOR:
1.1 Ficha técnica do indicador
Dimensão Bloco temático Subitem Numerador Denominador Interpretação Fonte
1.2 Ficha técnica da base de dados
1.3 Análise da disponibilidade e qualidade dos dados
1.4 Processo de estimação
1.5 Análise de consistência
1.6 Parâmetros de avaliação

Na Tabela 4.1, pode-se observar a classificação dos municípios segundo seis categorias de tamanho. Observam-se a grande variabilidade no volume populacional dos municípios e a concentração daqueles de tamanho pequenos e muito pequenos, o que, na maioria das vezes, inviabiliza o estabelecimento de infra-estrutura hospitalar de média e alta complexidades. Em somente 4% dos municípios brasileiros encontram-se 100 mil ou mais habitantes que ali vivem. Como se sabe, estes são as capitais dos estados, e o restante está muito concentrado nas regiões mais desenvolvidas do país. Estas características de distribuição populacional imprimem desafios enormes para a organização do sistema público de saúde e, conseqüentemente, darão origem a diferenciais na disponibilidade e acesso à saúde sexual e reprodutiva para a população residente em municípios pouco populosos, por um lado, e uma competição por atendimento nas áreas de grande concentração, por outro.

Tabela 4.1 – Distribuição dos municípios brasileiros, segundo o tamanho populacional, 2003

Porte populacional	Nº de habitantes	Frequência	Porcentagem
Muito pequeno	Até 5.000	1365	25%
Pequeno	5.001-10.000	1316	24%
Médio baixo	10.001-20.000	1342	24%
Médio alto	20.001-50.000	989	18%
Grande	50.001-99.999	309	6%
Muito grande	mais de 100.000	239	4%
Total		5560	100%

Fonte: IBGE, Estimativas populacionais, 2003.

Na classificação dos municípios é importante, também que se entenda uma outra característica municipal, bastante correlacionada com o tamanho populacional: o tipo de habilitação do município no que se refere ao tipo organização no SUS. No processo de descentralização do atendimento à saúde, o Ministério da Saúde propôs a habilitação dos municípios a partir dos critérios publicados na NOB-96 (Norma de Operação Básica do Sistema). Em 2002, uma reformulação grande da NOB foi proposta e, em seu lugar, passou a operar a NOAS-02, a qual modificou os critérios de habilitação dos municípios em cada categoria.

Quando a NOAS passou a operar, alguns municípios que já estavam habilitados, tanto na gestão plena de atenção básica (PAB) quanto na gestão plena do sistema municipal (PLENA), não se habilitaram a partir dos novos critérios da NOAS. Assim, no momento da seleção dos municípios para a realização da experiência-piloto, estes estavam classificados de forma mista, a partir da combinação entre NOB e NOAS. Alguns eram habilitados pela NOAS-02, mas a maioria continuava habilitada somente pela NOB-96. Em cada uma destas classificações, o município poderia ter gestão PAB, PLENA ou não habilitado. Adicionalmente, existiam municípios habilitados na NOAS somente para atenção básica, os quais permaneciam NOB para a atenção de média e alta complexidade (PLENA). Isto porque o repasse da habilitação PAB da NOAS – que, no MS, foi chamado de PABA – era maior do que PAB na NOB, mas ainda não se haviam organizado para atender aos requisitos na PLENA NOAS. A Tabela 4.2 mostra a distribuição de municípios segundo a situação

de habilitação no sistema de saúde, que foi utilizada para a seleção dos municípios que entrariam na amostra da experiência-piloto.

Tabela 4.2 – Distribuição dos municípios brasileiros, segundo as categorias de habilitação no SUS, outubro de 2003.

Forma de habilitação do município no SUS	Frequência	Porcentagem
PAB	4059	73%
PABA	866	16%
GPSMNOB	290	5%
GPSMPABA	183	3%
GPSMNOAS	142	3%
Não habilitado e DF	20	0%
Total	5560	100%

Fonte: MInistério da Saúde (consulta à área técnica de Saúde da Mulher).

Outro aspecto que se planejou considerar na seleção dos municípios foi a regionalização do sistema de saúde, a qual identificava os municípios em 1) sede; 2) pólo; 3) sede e pólo; e 4) satélite. Adicionalmente, o município poderia ser classificado como sede ou pólo de região ou de microrregião, dependendo do porte populacional, infra-estrutura hospitalar e serviços de média e alta complexidade disponíveis. Com a regionalização, os municípios pólo e sede receberiam maior repasse de verbas, por atender a habitantes de municípios-satélite da região e/ou da microrregião. Em outubro de 2003, apenas 13 estados haviam entrado no Programa de Regionalização do Sistema de Saúde (PA, AP, CE, AL, PB, SE, PI, GO, MS, MT, RJ, SC E PR), e nem todos os municípios de cada um dos estados fazia parte da regionalização, ou seja, não estavam ainda referenciados.⁶ Desta forma, não foi possível incluir o tipo de município segundo a classificação por regionalização da saúde na seleção dos municípios para a experiência-piloto. No entanto, ressalta-se a importância de incluir esta categorização no mapeamento da situação de saúde sexual e reprodutiva do município quando este projeto de regionalização da saúde for retomado.

6 Em consulta ao Ministério da Saúde para obtenção dos dados sobre a regionalização, informou-se que o projeto estava parado, esperando redefinições e avaliações na nova gestão governamental.

Assim, a seleção dos municípios foi feita de maneira aleatória em estratos definidos segundo os seguintes critérios: 1) cinco grandes regiões; 2) seis portes populacionais, como consta da Tabela 4.1; e 3) cinco tipos de habilitação do sistema de saúde (conforme Tabela 4.2). Para garantir a inclusão de municípios que não puderam ser considerados a partir da informação de regionalização de saúde, selecionou-se aleatoriamente um município não habilitado entre os 19 existentes naquele momento, duas capitais em cada uma das regiões NO e NE, uma capital nas demais regiões e Brasília auto-selecionada.

A amostra selecionada continha 130 municípios, cuja disponibilidade de informações seria avaliada e cujos indicadores propostos seriam validados. No entanto, decidiu-se trabalhar com 120 municípios (lista disponível no Anexo 3), pertencentes a 22 unidades da Federação, pois alguns dos sorteados haviam sido criados muito recentemente; manteve-se na amostra somente um município com esta característica, pois se considerou que era o suficiente para testar os indicadores neste contexto de novos municípios criados. A divisão regional, que não pretendia ter representação estadual, ficou constituída da seguinte maneira: região Norte – 20 municípios; região Nordeste – 25 municípios; região Centro-Oeste – 23 municípios; região Sudeste – 29 municípios; região Sul – 23 municípios. A seguir, apresentam-se alguns aspectos referentes à seleção dos municípios para a realização da experiência-piloto.

A partir da seleção dos municípios, com o propósito de facilitar o trabalho das equipes que iriam realizar a experiência-piloto, o conjunto de indicadores foi dividido por áreas temáticas; a equipe do CEDEPLAR ficou responsável pela avaliação dos indicadores de contexto, fecundidade, violência contra a mulher e disponibilidade e acesso a serviços, somando-se 47 indicadores. Os restantes, mais voltados para a área específica de saúde sexual e reprodutiva (prevenção da gravidez e DST/aids; gravidez, pré-natal, parto e puerpério; ocorrência de DST/aids; doenças do trato reprodutivo), ficaram sob o encargo da equipe do NEPO, totalizando 35 indicadores avaliados.

As equipes responsáveis pela experiência-piloto trabalharam por aproximadamente um ano e, ao final, foi realizado um seminário para apreciação dos resultados alcançados. Após a realização do seminário, as equipes fizeram os ajustes necessários, conforme as decisões tomadas. Diante das enormes

mudanças a que se procedeu na lista de indicadores inicialmente propostos, decidiu-se fazer um estudo de caso para 12 municípios, com o objetivo de traçar um perfil da saúde sexual e reprodutiva dos municípios com a utilização dos indicadores que haviam permanecido no sistema. Ou seja, naquele momento, interessava saber se os indicadores que permaneciam no sistema seriam capazes de fornecer algumas respostas quanto à situação dos diferentes municípios. Adicionalmente, procedeu-se ao cálculo destes indicadores para todos os municípios brasileiros, o que está também disponível no CD-ROM que acompanha o livro.

De certa forma, refletindo o processo de trabalho adotado na experiência-piloto, apresentam-se, a seguir, os resultados em duas seções. Na Parte 1 deste capítulo, relatam-se os resultados do trabalho desenvolvido pela equipe do CEDEPLAR e, na Parte 2, os resultados do trabalho da equipe do NEPO. Devido à natureza distinta de vários indicadores e, por vezes, devido às diferenças nas bases de dados que serviram de fonte, a forma de apresentação nas seções difere, mas, de maneira geral, procurou-se seguir um mesmo padrão na exibição dos resultados.

[capítulo 4 - parte 1]

*A experiência-piloto:
os indicadores de contexto,
de violência contra as mulheres e
de disponibilidade e acesso
a serviços e insumos⁷*

*Laura L. Rodríguez Wong⁸
Ignez Helena Oliva Perpétuo⁸*

7 Na experiência-piloto, participou também Adriana Miranda-Ribeiro, do CEDEPLAR/UFGM, responsável pela compatibilização e processamento dos dados.

8 Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR)/ Departamento de Demografia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).



Esta seção descreve os principais resultados da experiência-piloto sob a responsabilidade do CEDEPLAR, abrangendo a estimação e análise de 47 indicadores que se enquadram nas seguintes grandes dimensões temáticas:

- 1.1 Indicadores gerais de contexto: oito indicadores
- 1.2 Indicadores gerais da população feminina: dois indicadores
- 1.3 Indicadores gerais de saúde: sete indicadores
- 2.5 Violência contra as mulheres: quinze indicadores
- 2.6 Disponibilidade e acesso a serviços e insumos: catorze indicadores

Os indicadores contemplados nas três primeiras dimensões são detalhados individualmente, enquanto aqueles referentes a violência e disponibilidade e acesso a serviços e insumos são considerados em conjunto, pois seu processo de obtenção apresentou dificuldades semelhantes.

1.1 Indicadores gerais de contexto

Índice de envelhecimento, por sexo e cor/raça (nº 1)

Dimensão: Indicadores de contexto

Bloco temático: Indicadores gerais da população

Subitem: População, por sexo, raça e idade

Descrição sucinta do indicador

É um indicador do envelhecimento da estrutura etária de uma população. Resulta da divisão da população maior de 60 anos pela população de menores de 15 anos, sendo conhecido também como razão *idoso-criança*.

Principais achados no processo de avaliação

O índice de envelhecimento mostrou-se um indicador complexo, cujo valor tem um significado que não é imediatamente evidente para pessoas sem formação demográfica. O indicador apresentou um enorme grau de dispersão em decorrência da desagregação em oito subgrupos grupos de cor, o que implica subgrupos muito rarefeitos, ou mesmo ausência de casos em certas categorias (quatro tipos de cor/raça por sexo). Os problemas ocorreram especialmente no caso dos subgrupos de população *preta e outra cor* e nos municípios menores.

Com os dados do Censo de 2000, o índice de envelhecimento é indeterminado (por ter o denominador igual a 0) em aproximadamente 10% do total dos municípios, e considerando-se todos os subgrupos de cor. Isto se deu, tanto para o sexo feminino quanto para o masculino. A qualidade deste indicador e sua interpretação são também prejudicadas pelos problemas de declaração de cor, desde que esta é uma informação subjetiva.⁹ Calcular o Índice de envelhecimento por sexo não adicionou informação substantiva, uma vez que carece de sentido separar o denominador (meninas, no caso das idosas, versus meninos, no caso dos idosos), uma vez que não há diferenciais por sexo entre as crianças com relação aos serviços de saúde, educação etc. Se houver interesse na diferenciação de gênero para a população idosa, a razão de sexo para a população de 60 e mais é suficiente, sendo este indicador mais facilmente interpretável, além de não requerer informação adicional.

Indicação

- a) Não realizar a desagregação do indicador de envelhecimento, ou seja, eliminar a classificação por cor e sexo, calculando-o apenas para a população total. É importante verificar se grupos raciais por sexo são diferentes em termos de envelhecimento; no entanto, um indicador destas dimensões sofre tanta influência dos problemas apresentados nos dados que sua interpretação adequada pode ficar comprometida.
- b) Para entender as características do município em relação às três dimensões fundamentais do contexto em que se analisará a SSR – idade, gênero e raça –, é melhor trabalhá-las em separado e com indicadores mais simples.

Propõe-se:

- 1) Adotar o percentual de idosos (população 60 anos e mais, em relação à população total), como indicador de envelhecimento.
- 2) Complementarmente, calcular o percentual dos outros grandes grupos etários (menores de 15 anos e de 15 a 59 anos).
- 3) Calcular o percentual de cada grupo de cor, em relação ao total da população, como indicador da distribuição da população por cor.

⁹ A Análise das Razões de Sexo por idade e cor, em 2000, sugere que haveria uma tendência de meninas e jovens não brancas de se declararem como brancas, ou, alternativamente, uma tendência (menos plausível) de meninos e jovens brancos se declararem como não brancos.

Proporção de mulheres em idade reprodutiva, por cor/raça¹⁰ (nº 2)

Dimensão: Indicadores de contexto

Bloco temático: Indicadores gerais da população

Subitem: População, por sexo, raça e idade

Descrição sucinta do indicador

Trata-se do percentual de mulheres de 10 a 49 anos de cada cor em relação à população total. Este percentual costuma situar-se em torno de 30%, uma proporção que, historicamente, apresenta pouca variação e costuma ser ligeiramente maior em populações com estrutura etária relativamente envelhecida. Proporções muito acima ou abaixo deste percentual indicariam a presença de uma estrutura etária anormal, devido, por exemplo, a uma excessiva participação relativa de população jovem, migração, estrutura etária muito envelhecida; ou, em última instância, a variações aleatórias devido a poucos casos.

Principais achados no processo de avaliação

No estudo-piloto, por causa da desagregação por cor, o indicador variou entre 0% e 32%, a desagregação deste indicador usando as categorias “preta” e “outra cor” (amarela+indígena), especialmente em municípios pequenos, resultou frequentemente em valor zero ou indeterminado, pela existência de muitas células com pequeno número de casos, ou de células vazias. Além disso, este indicador também está sujeito aos problemas inerentes à auto-classificação por cor já mencionados. Apesar de ser um indicador facilmente calculável e interpretável, esses problemas limitam sua utilidade. Organismos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde,¹¹ ao se referirem à composição por idade, recomendam mostrar números absolutos ao invés de proporções. Isto por que, no pressuposto de que as mulheres possuam perfil epidemiológico e/ou de demandas de atenção à saúde diferenciada por raça/etnia, o número absoluto de

10 No censo demográfico, a característica “cor/raça” é auto-declarada e o questionário possui as seguintes cinco categorias: branca, preta, parda, amarela e indígena. As denominações de pessoas brancas, pretas, pardas e outra são utilizadas no texto para identificar as classes de cor e não têm o sentido de identificar grupos raciais.

11 Ver <http://www.softgeneva.ch/RHR/DefinitionsOfSources.htm>. Acesso em 12 de maio de 2004.

mulheres de determinada cor, no município, permitiria, de uma forma direta, estimar os recursos necessários para atender a tais demandas.

Indicação

Considerar a população feminina de 15 a 49 anos em termos absolutos.

Razão de sexo por grupos de idade selecionados e cor/raça (nº 3)

Dimensão: Indicadores de contexto

Bloco temático: Indicadores gerais da população

Subitem: População, por sexo, raça e idade

Descrição sucinta do indicador

A razão de sexo (RS) é o quociente entre homens e mulheres, freqüentemente multiplicado por cem. Em condições consideradas normais, existe um relativo equilíbrio populacional por sexo, o que se aplica, em geral, a grandes aglomerados, como, por exemplo, as cidades relativamente grandes, unidades federativas etc. A RS é um indicador utilizado basicamente para avaliar a informação disponível por sexo.

Principais achados no processo de avaliação

Na amostra-piloto, a RS é muito baixa para a população branca (omissão de homens ou sobre-registro de mulheres) e muito alta para a população preta (sobre-registro de homens ou omissão de mulheres). Eventos tais como emigração internacional ou sobremortalidade seletiva por cor e sexo poderiam levar a isto, desde que tivessem uma magnitude impressionante, o que certamente não ocorre no presente caso. Assim, a variação encontrada é indicativa de má qualidade dos dados, mais provavelmente da declaração de cor que de sexo. O cálculo da RS por cor é ainda sujeito a variações dos pequenos números. A estimação da RS na população de 60 anos e mais, por cor, é a que ainda apresenta mais problemas, pois existem casos em que não é possível calcular o indicador por falta de casos. Mesmo sem a desagregação por cor, a variação da RS para diversos grupos etários ainda é notável, sendo menos marcada nos municípios muito grandes e muito acentuada nos pequenos. A explicação para este comportamento, provavelmente, se relaciona com movimentos migratórios. A razão de sexos por idade e cor tem mostrado, igualmente, que há

problemas de confiabilidade com relação à variável cor, quando coletada nos censos, daí o comprometimento da qualidade trazido por ele a outros indicadores que incluam esta variável. As variações nos valores da RS são de difícil explicação no contexto dos fatores determinantes da SSR – por exemplo, uma alteração da RS de 100 para 120 ou para 70 não indica se houve aumento ou diminuição no número absoluto ou relativo de homens ou mulheres alvos dos serviços de SSR. Igualmente, uma constância no indicador não implica necessariamente constância no volume por sexo do público-alvo de serviços de SSR, ou seja, este indicador é de pouca utilidade. Cabe ainda mencionar que a bibliografia disponível sobre indicadores de saúde reprodutiva,¹² principalmente estudos que já incorporam as recomendações da Conferência do Cairo, não incluem a razão de sexos por idade (ou grupos de idade) entre o conjunto de indicadores recomendados, seja no conjunto de indicadores de contexto ou de qualquer outra natureza. O mesmo ocorre em relatórios preocupados com SR e com a temática da relação de gênero, como o projeto de WHO/GWH,¹³ que não faz qualquer referência a este indicador. Apenas o Programa de Pesquisa e Saúde Reprodutiva de OMS¹⁴ coloca a RS total dentre os indicadores socioeconômicos e demográficos que integram a lista mínima de indicadores para monitoramento global (mas não municipal) da saúde reprodutiva.

12 Janet E. Bertrand e Gabriela Escudero, “Compendium of indicators for evaluating reproductive health programs”, in *Measure evaluation manual series 6*, vol. 1; *Measure Evaluation*. USAID, ago. 2002. Disponível em http://www.share-net.nl/assets/images/Compendium_of_indicators_RH_prog_2002.pdf. Acesso em 12 de maio de 2004.

ONU, *Handbook on reproductive health indicators*. ST/ESCAP/2280 Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, 2003. Disponível em <http://www.unescap.org/esid/psis/publications/handbookhealth/toc.asp>.

Organização Mundial de Saúde, *Monitoring reproductive health: selecting a short list of national and global indicators*. Genebra WHO/RHT/HRP/97.26, 1997; idem, *Reproductive health indicators for global monitoring: report of an interagency technical meeting*, 9-11 April 1997. Genebra, WHO/RHT/HRP/97.27, 9-11 abr. 1997; idem, *Monitoring reproductive health: selecting a short list of national and global indicators*. WHO/RHT/HRP/97.26. Disponível em http://www.who.int/reproductivehealth/publications/RHR_01_19/RHR_01_19_content.en.html. Acesso em 12 de maio de 2004.

13 GWH (Gender and Women's Health), *Guidelines on gender-relevant indicators in health research*. Draft – 22/08/03 – not for citation. Relatório de andamento de projeto. Disponível em <http://www.who.int/gender/en/indicintro220803.pdf>. Acesso em 12 de maio de 2004.

14 Organização Mundial de Saúde, *The minimal list of indicators for global monitoring*. Department of Reproductive Health and Research (RHR). Disponível em <http://www.softgeneva.ch/RHR/DefinitionsOfSources.htm#totpop>.

Indicação

Na ausência de uma hipótese que relacione a qualidade da declaração do sexo a condições diferenciais de SSR, não seria relevante qualquer desagregação do indicador. Na presença de uma hipótese que relacione seleção do sexo de feto, para determinar sua sobrevivência, dever-se-ia discutir a possibilidade de obter a RS ao nascer. No Brasil, no entanto, tal como sucede na maioria dos países da América Latina, não existem indicativos de preferência do sexo dos filhos (Informes nacionais das pesquisas sobre demografia e saúde da América Latina apóiam esta observação).¹⁵ Tendo em vista as observações acima, sugere-se eliminar o indicador “razão de sexo por idade” do conjunto de indicadores de contexto de SSR.

Finalmente, neste subconjunto de três indicadores (índice de envelhecimento, proporção de mulheres com idades 10 a 49 e razão de sexos por idade), as sugestões do grupo de instituições parceiras reforçaram a necessidade de incluir cor da pele como a variável de controle. No entanto, a confiabilidade desta informação, quando coletada através de dados censitários, demonstrou ser bastante frágil, daí que, decidiu-se pelos seguintes indicadores, para a contextualização geral da população:

- percentual de pessoas brancas, pardas, pretas e outra cor na população total;
- distribuição relativa (percentual) de população: menor de 15 anos; de 15 a 59 anos; de 60 anos e mais.

Proporção de população rural (nº 4)

Dimensão: Indicadores de contexto

Bloco temático: Indicadores gerais da população

Subitem: População por situação de domicílio

Descrição sucinta do indicador

Percentual da população rural no total da população

¹⁵ Consultar, por exemplo, *DHS Final reports*. Disponível em http://www.measuredhs.com/pubs/browse_type.cfm.

Principais achados no processo de avaliação

Este indicador é de fácil acesso. O principal problema tem origem na grande heterogeneidade da definição do rural (lei municipal), o que faz com que áreas com características completamente distintas em termos físico-espaciais e de disponibilidade de equipamentos sejam consideradas na mesma categoria. Em geral, municípios menores tendem a apresentar, em média, em maior proporção, de população vivendo na área rural. Existe uma tendência de queda da proporção da população rural em municípios de variados tamanhos, com exceção dos grandes. Em geral, salvo naqueles com população rural inferior a 10%, deve-se esperar uma diminuição, no tempo, da proporção da população rural. Este indicador é importante na determinação do contexto, especialmente ao se proceder a análises comparativas dos indicadores específicos de SSR, dada a provável grande associação destes com o grau de “ruralização” de determinado município.

Indicação

Manter o indicador.

Índice de desenvolvimento humano municipal – IDH-M (nº 5)

Dimensão: Indicadores de contexto

Bloco temático: Indicadores gerais da população

Subitem: Nível socioeconômico do município

Descrição sucinta do indicador

É uma versão municipal do índice de desenvolvimento humano desenvolvido sob os auspícios do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD); permite avaliar o desenvolvimento em suas dimensões social, de saúde e econômica. Tem sido amplamente utilizado desde seu lançamento, no início da década de 90, mostrando-se altamente robusto e consistente no que diz respeito a captar diferenças espaciais e temporais de desenvolvimento.

Principais achados no processo de avaliação

O IDH-M tem sido objeto de críticas pontuais, especialmente por atores locais insatisfeitos com os valores assumidos pelas variáveis que compõem o índice, ou com a posição de seu município no *ranking* geral. Em alguns casos de

municípios de pequeno volume populacional, onde as estimativas são mais afetadas pela qualidade dos dados e pela inadequação da metodologia que possibilita sua estimação, é provável que o IDH-M seja menos acurado. Disponível para anos censitários, este índice é facilmente acessível e interpretável e pode ser extremamente útil como indicador do contexto em que se desenvolve a saúde sexual e reprodutiva.

Indicação

O IDH-M contextualiza bastante bem o município e deveria permanecer.

Analfabetismo funcional da população de 15 anos ou mais de idade, por sexo (nº 6)

Dimensão: Indicadores de contexto

Bloco temático: Indicadores gerais da população

Subitem: Escolaridade

Descrição sucinta do indicador

Identifica a população com pelo menos três anos de educação. Variável consagrada como *proxy* de situação socioeconômica, pode ser útil também como indicador de desigualdade de gênero.

Principais achados no processo de avaliação

A desagregação em nível de município somente é possível a partir de dados censitários. Nos censos, os valores médios máximos e mínimos localizam-se num intervalo muito amplo, que vai de 15% a 91%, no caso dos homens, e de 21% a 77%, no caso das mulheres. O analfabetismo funcional tende a ser maior nos municípios menores (pequenos e médios); neles, os índices mais altos podem se situar cerca de 90% entre a população masculina. Uma das dificuldades na interpretação do indicador é que, por ser um indicador bruto, parte dos diferenciais intermunicipais (e temporais) podem estar associados a diferenças de estrutura etária. Sabe-se que esta varia entre municípios e entre distintos períodos num mesmo município; por outro lado, o analfabetismo funcional tende a ser maior quanto maior a idade, dada à baixa cobertura da educação básica no passado.

Indicação

Sugere-se, com vistas a minimizar a influencia da estrutura etária, relacionar o analfabetismo funcional ao grupo etário 15 a 49 anos. Recomenda-se também apresentar o indicador para a população total deste grupo etário, pois, atualmente, existe pouca diferenciação por sexo nestas idades.

Relação entre renda masculina e renda feminina (nº 7)

Dimensão: Indicadores de contexto

Bloco temático: Indicadores gerais da população

Subitem: Renda

Descrição sucinta do indicador

Este indicador relaciona as rendas masculina e feminina, na tentativa de medir a desigualdade de gênero no interior do mercado de trabalho.

Principais achados no processo de avaliação

Dados sobre rendimentos encontram-se entre os de mais difícil obtenção. Entretanto, esta dificuldade tende a ser substancialmente menor se, como decidido para este caso, for utilizada a renda pessoal, auferida através do trabalho.

Em 1991, o indicador varia entre 0,86 e 4,31 e, em 2000, entre 1,28 e 9,97, o que indicaria um aumento significativo da desigualdade de rendimentos entre homens e mulheres. Indicador de fácil interpretação, muito ilustrativo das desigualdades de gênero; variações temporais devem ser encaradas com cautela, devido à mudança dos critérios definidores de ocupação e rendimento. O indicador, tal como sugerido na proposta, parece interessante para contextualizar a SSR. Entretanto, não informa o nível de renda, nem como ela se relaciona com o restante dos membros da família. Neste sentido, seria interessante apresentar a renda absoluta, através de, por exemplo, renda média ou mediana, ou proporção de homens e mulheres num determinado nível de renda.

Indicação

Substituir o indicador por outro que informe o valor real e que se relacione com os membros do domicílio.

Proporção de mulheres em domicílios de baixa renda (nº 8)

Dimensão: Indicadores de contexto

Bloco temático: Indicadores gerais da população feminina

Subitem: Renda

Descrição sucinta do indicador

Trata-se de identificar as mulheres em domicílios com renda *per capita* menor que $\frac{1}{4}$ de salário mínimo como indicador da população feminina mais pobre.

Principais achados no processo de avaliação

Indicador de difícil interpretação. A proporção encontrada de mulheres em domicílios com baixa renda pode ser resultado de um efeito “composição”. Por exemplo, se há 30% de mulheres residindo em domicílios de baixa renda, isto pode ser resultado de os domicílios de baixa renda representarem 30% do total de domicílios. E, se essa proporção de mulheres aumenta no tempo, pode ser devido ao fato de a proporção de domicílios nessa faixa de renda também ter aumentado, independentemente de a situação relativa da mulher ter piorado ou melhorado. Além disso, variações temporais devem ser avaliadas com cuidado, dadas as possíveis mudanças temporais na declaração de rendimentos. Deve-se ainda lembrar que o indicador reflete a situação da população feminina (de todas as idades), mas não a relaciona com o resto da população. O fato de ter altas ou baixas proporções de mulheres vivendo em domicílios com baixa renda não significa, necessariamente, que elas tenham piores/melhores condições que o resto da população (homens).

Indicação

Uma vez que a SSR refere-se a homens e mulheres, e como se trata de renda domiciliar, isto é, dos rendimentos de todos os membros do domicílio, não apenas de mulheres, seria melhor calcular a proporção da população em domicílios de baixa renda sem desagregar a informação por sexo. Para associar este indicador às relações de gênero, deve-se estimá-lo segundo sexo do chefe, isto é:

- Percentual de domicílios com renda *per capita* domiciliar inferior a $\frac{1}{4}$ SM
- Percentual de domicílios com renda *per capita* domiciliar inferior a $\frac{1}{4}$ SM – chefes masculinos

- Percentual de domicílios com renda *per capita* domiciliar inferior a 1/4 SM – chefes femininos

1.2 Indicadores gerais da população feminina

Relação entre a participação de mulheres e de homens na PEA, por cor/raça (nº 9)

Dimensão: Indicadores de contexto

Bloco temático: Indicadores gerais da população feminina

Subitem: Participação na população economicamente ativa (PEA), por sexo e cor/raça

Descrição sucinta do indicador

É um indicador que representa a razão entre a taxa de atividade feminina e a taxa de atividade masculina, sendo, também, indicador da desigualdade de gênero. Esta relação é função de diferenças:

- a) na disponibilidade de mão-de-obra;
- b) no grau de envolvimento dos indivíduos para geração de renda de subsistência e reprodução social;
- c) na eficácia das políticas de previdência social e ensino básico em garantir meios para que idosos e crianças não precisem se engajar em atividades econômicas; e
- d) no grau de disseminação de valores com relação ao papel da mulher na sociedade.¹⁶

A coleta destes dados depende, fundamentalmente da definição do trabalho, ou seja, do conjunto de atividades assim consideradas e o tempo de referência utilizado, sendo freqüente existir diferenças importantes em ambos, dependendo das fontes utilizadas, como, por exemplo, o caso dos censos de 1991 e 2000.¹⁷ Guardadas estas ressalvas, trata-se de um indicador de cálculo

16 Ver, para maiores detalhes, por exemplo, Paulo Jannuzzi, *Indicadores sociais no Brasil*. Campinas (SP): Alínea, 2001, pp. 89-94.

17 Os relatórios completos, com as informações detalhadas, podem ser obtidos no endereço virtual da ABEP (www.abep.org.br), na seção “Projetos”.

lo simples, o qual resulta da razão da participação feminina e da participação masculina, de determinado grupo de cor.

Principais achados no processo de avaliação

Pela forma de construção deste indicador, uma razão igual a 1,0 informa que a participação na PEA é igual entre homens e mulheres, mas não quantifica se a participação é alta ou baixa. Isto é, uma razão igual a 1,0 pode dar-se numa situação de muito baixa ou muito alta proporção de PEA na população total. A participação média de mulheres na PEA, relativamente à participação masculina, no estudo-piloto, apresentou-se, em geral, inversamente relacionada ao tamanho do município. A razão máxima obtida nos municípios de tamanho médio em 2000, entre a população branca, foi de 74,5%. Na população preta, para cada 100 homens na PEA, haveria 104 mulheres pretas na PEA. O indicador, no entanto, não mostra a maior ou menor inserção no mercado de trabalho de cada um destes grupos de cor.

Indicação

Excluir este indicador.

Proporção de mulheres chefes de família, por cor/raça (nº 10)

Dimensão: Indicadores de contexto

Bloco temático: Indicadores gerais da população

Subitem: Chefia feminina por cor/raça

Descrição sucinta do indicador

Busca-se medir a importância relativa das mulheres chefes de famílias; de uma certa forma, identificaria a proporção de mulheres que tomam as decisões dentro da família, o que, assim, direcionaria melhor o serviço de saúde.

Principais achados no processo de avaliação

Dados simples e de fácil acesso. O principal problema reside na qualidade diferencial da declaração de cor por sexo e *status* socioeconômico, que pode ter impacto nos diferenciais por cor. Se houver, como sugerem alguns autores, uma tendência diferenciada de “branqueamento” por sexo mais acentuada entre os

homens negros que entre as mulheres negras¹⁸ e se esta tendência ocorrer principalmente entre homens negros bem-sucedidos, haveria sobre-estimação da chefia feminina negra. Uma alta proporção de mulheres chefes pode ser, provavelmente, um indicador negativo, dada a associação entre chefia feminina e pobreza, quer como causa – pela questão das mães solteiras e separações nas camadas subalternas –, quer como consequência – pelas dificuldades e desvantagens relativas das mulheres chefes de família no mercado de trabalho (Berquó *et al*, 1990).¹⁹ No estudo-piloto, os municípios menores tenderam a apresentar, em média, menor proporção de famílias chefiadas por mulheres, mas os valores foram erráticos nos grupos preto e outra cor. Além disso, verificou-se um aumento generalizado da chefia feminina, do qual não participou apenas o grupo “outra cor” dos municípios pequenos, no qual os valores também foram erráticos devido ao pequeno número de casos. No que se refere à realidade brasileira, poder-se-ia considerar que uma alta proporção de famílias chefiadas por mulheres (em torno de 30%), em municípios de relativamente menor desenvolvimento, sinaliza a existência de uma população mais vulnerável em termos tanto de situação socioeconômica mais geral como de padrão epidemiológico e maior dificuldade de acesso a serviços de saúde, em geral, e de SSR e preventiva em particular. Deve-se lembrar, por outro lado, que o aumento de chefias femininas pode ser, igualmente, um indicador associado a situações mais privilegiadas socialmente. Países desenvolvidos registram proporções de chefia feminina relativamente altas. De acordo com os dados do *Demographic Yearbook*, citam-se: Dinamarca (36,6% e 41,6% de chefias femininas, em 1986 e 1991, respectivamente), Canadá (28,4% e 30,1% para os mesmos anos) e Estados Unidos (31,1% em 1988). É muito provável que para este aumento contribua o chamado “empoderamento” da mulher. No caso brasileiro, este empoderamento, em famílias nas quais haja um casal responsável pelo domicílio (ou pela família), poderia ser fator determinante para classificar a mulher como chefe do domicílio.

18 Ver, por exemplo, José Alberto Magno de Carvalho; Charles H. Wood; Flávia Cristina Drumond Andrade, “Estimating the stability of census-based racial/ethnic classifications: the case of Brazil”, *Population Studies*, vol. 58, nº 3, 2004, pp. 33-43.

19 E. S. Berquó, M. C. F. A Oliveira e S. Cavenaghi, “Arranjos familiares ‘não-canônicos’ no Brasil”, in *Anais do VII Encontro de Estudos Populacionais*, vol. 1. Caxambu (MG), 1990, pp. 99-135.

Indicação

Uma vez que uma mudança neste indicador pode expressar tanto empoderamento da mulher como sua vulnerabilidade, recomenda-se substituí-lo pelo percentual de domicílios com renda *per capita* domiciliar inferior a $\frac{1}{4}$ SM, por sexo, já considerado ao comentar sobre a “Proporção de mulheres em domicílios de baixa renda”.

1.3 Indicadores gerais de saúde

Esperança de vida ao nascer (nº 11)

Dimensão: Indicadores de contexto

Bloco temático: Indicadores gerais de Saúde

Subitem: Mortalidade

Descrição sucinta do indicador

Trata-se de indicador sintético do nível da mortalidade. A esperança de vida ao nascer – $e_{(0)}$ – é o número médio esperado de anos de vida de uma pessoa. Trata-se de um indicador demográfico que representa com bastante aproximação as condições socioeconômicas de uma população.

Principais achados no processo de avaliação

Embora existam *softwares* que elaboram tabelas de mortalidade para obter este indicador, no caso do Brasil há fatores, como a qualidade dos dados básicos, por exemplo, que devem ser considerados antes de se aceitarem estimativas de esperança de vida não oficiais, ou elaboradas por instituições não especializadas. No Brasil, com exceção de algumas regiões metropolitanas, o registro de óbitos por idade é incompleto, sendo preciso recorrer a técnicas indiretas. Nesta experiência-piloto utilizou-se, como fonte, uma base de dados secundários, produzida pela FJP e pelo CEDEPLAR, disponíveis no banco de dados do IDH-M. A $e_{(0)}$, tal como apresentada, não permite grandes análises de consistência devido à natureza dos cálculos implícitos (métodos indiretos). Apenas deve-se ter presente que se trata de um indicador associado ao nível de vida e, como tal, deve ser a ele correlacionado, isto é, municípios mais pobres tenderão a ter menores $e_{(0)}$. A esperança de vida ao nascer deve ser estimada por instituições competentes quando os dados básicos não forem confiáveis.

No caso de dados confiáveis, deve-se definir o tamanho adequado, para que o indicador não se veja afetado pelas oscilações devido ao pouco número de casos. Talvez municípios com população inferior a 100 mil habitantes devam recorrer a métodos indiretos para obter este indicador.

Indicação

Em termos de SSR, a $e_{(o)}$ para ambos sexos pouco contribui para avaliar a saúde sexual e reprodutiva da população do município. Se ele não for apresentado com a desagregação por sexo, é melhor substituí-lo pela mortalidade infantil, que, neste caso, é um parâmetro de mesma mortalidade expressada pela $e_{(o)}$. Ambos pertencem às tabelas de sobrevivência calculadas no IDH-M.

Mortalidade infantil – MI (nº 12)

Dimensão: Indicadores de contexto

Bloco temático: Indicadores gerais de Saúde

Subitem: Mortalidade

Descrição sucinta do indicador

Trata-se do coeficiente de mortalidade infantil, embora seja comum a referência a este coeficiente como “taxa”. No sentido geral, busca medir o risco de morte dos menores de um ano, refletindo o nível da saúde da criança, e serve como indicador de saúde e do bem-estar da comunidade. Por sua relação com a atenção materna, dentre os indicadores gerais de saúde seria o de maior potencial para informar sobre condições de SR da população.

Principais achados no processo de avaliação

Devido à falta de cobertura dos sistemas de informação sobre óbitos, principalmente os infantis, há que se recorrer a estimativas indiretas. Na experiência-piloto utilizou-se, como fonte, uma base de dados secundários, produzida pela FJP e pelo CEDEPLAR, disponíveis no banco de dados do IDH-M. Prefere-se a medida indireta, basicamente devido à falta de dados confiáveis tanto para o numerador como para o denominador, mas também porque, no caso de municípios muito pequenos, o numerador está sujeito às oscilações dos pequenos números, o que pode produzir evoluções que nem sempre refletem a realidade – inclusive registrar anos com MI igual a 0,0, pela não-ocorrência de óbito de menor de um ano.

Indicação

Manter o indicador, pois a MI é um indicador muito divulgado e de claro significado.

Mortalidade por causa mal definida por sexo (nº 13)

Dimensão: Indicadores de contexto

Bloco temático: Indicadores gerais de Saúde

Subitem: Mortalidade

Descrição sucinta do indicador

Busca-se avaliar a importância dos óbitos de residentes no município cuja causa foi classificada como “mal definida”; mede, de um lado, a qualidade e/ou acesso ao serviço de saúde, na medida em que todo ser humano deve ter atenção médica antes de morrer, ou, pelo menos, para certificar a causa da morte; de outro lado, é um indicador também, da qualidade do preenchimento da declaração de óbito. Proporções altas indicam deficiências do sistema de saúde e impossibilitam o estudo da estrutura de mortalidade por causas, pois não se deve assumir que óbitos por causas mal definidas teriam uma estrutura de causas semelhante à dos óbitos por causas conhecidas. O indicador resulta da divisão do número de óbitos classificados como causa de morte mal definida pelo número total de óbitos.

Principais achados no processo de avaliação

Este indicador mostrou-se diferenciado por tamanho de município, do que se deduz que a qualidade do serviço de saúde e da informação são diferenciadas por tamanho do município. Em geral, a proporção de causas mal definidas é sistematicamente mais alta no caso dos óbitos femininos. Tal comportamento, que indica uma posição desvantajosa das mulheres, é de difícil interpretação, tendo em vista que (i) as mulheres tendem a uma maior e mais precoce utilização dos serviços de saúde que os homens, o que deveria resultar na diminuição da proporção de óbitos femininos mal definidos; (ii) a estrutura de causas de óbito dos homens tende a ser mais concentrada naquelas que são mais facilmente diagnosticadas, como, por exemplo, as causas externas, o que tenderia a diminuir a proporção dos óbitos masculinos sem diagnóstico preciso de causa; por outro lado, existe a possibilidade

de que variações nas condições de saúde sexual e reprodutiva – aborto provocado, violência, entre outros – poderiam aumentar a proporção de causas mal definidas em relação às mulheres. Algumas das dificuldades com a construção do indicador são:

- Células vazias e/ou com pequeno número de casos em aproximadamente 25% a 30% dos municípios de tamanho pequeno neste estudo.
- Grande intervalo de variação dos índices estimados, até mesmo em municípios de tamanho grande.

Em princípio, este indicador deveria ser calculado como a média móvel de, no mínimo, três anos calendários, tal como foi feito nesta experiência, pois são grandes as oscilações do número de óbitos no grupo, até mesmo em municípios de tamanho médio. Finalmente, para se testar a hipótese de que, para causas de morte como aborto provocado, neoplasias femininas (como o de mama, útero), seria útil calcular a razão de sexo deste indicador para determinados grupos de idades, tais como 15 a 49 e 50 e mais.

Indicação

Dado que o indicador segundo sexo geralmente é muito semelhante ao do total da população e pouco acrescenta ao perfil da SSR, deve-se calcular apenas para o total da população.

Mortalidade por causa externa (nº 14)

Dimensão: Indicadores de contexto

Bloco temático: Indicadores gerais de Saúde

Subitem: Mortalidade

Descrição sucinta do indicador

Busca medir a intensidade da mortalidade por causas externas. Como se trata de uma taxa para o total da população, esta deve ser padronizada; para tanto, é preciso dispor da informação classificada também por grupos quinquenais de idade (no presente caso, as taxas não foram padronizadas, pois não se coletou o dado por idade).

Principais achados no processo de avaliação

No caso dos municípios pequenos, há de se registrar, em primeiro lugar, a dificuldade de lidar com números pequenos e o conseqüente risco de oscilações. Os números pequenos estão presentes mesmo nos municípios grandes, no caso da população feminina. Na classificação por sexo, observou-se, por um lado, que, nos municípios com pequeno número de casos, há uma tendência de aumento no tempo, principalmente entre homens, fato que permite sustentar a hipótese de um alastramento da violência como causa de mortalidade. Por outro lado, há um enorme diferencial por sexo, razão pela qual é conveniente que a taxa seja calculada sempre por sexo. Este indicador poderia ser relacionado muito indiretamente com a SSR, ao se pressupor que algumas mortes por causa externa, principalmente as femininas, estariam relacionadas com violência sexual, o que não foi captado com este indicador no estudo-piloto. Além disso, não se localizaram estudos sobre indicadores ou medidas de SR que mencionem este indicador.

Indicação

Este indicador deveria ter periodicidade anual e ser calculado para a faixa etária mais atingida por esta causa de morte e unicamente para homens, pois o sistema de indicador a construir não visa medir relações de gênero. Assim, recomenda-se, como indicador deste subitem, a taxa de violência entre a população masculina de 15 a 34 anos.

Taxa de fecundidade total – TFT (nº 24)

Dimensão: Saúde sexual e reprodutiva

Bloco temático: Prevenção de gravidez e DST/aids

Subitem: Fecundidade

Descrição sucinta do indicador

A TFT é um indicador sintético do nível da fecundidade; representa, sob certos pressupostos, o número médio de filhos que uma mulher terá ao longo da vida.

Principais achados no processo de avaliação

A TFT é um indicador que, nesta amostra, não apresentou grandes variações, sendo de esperar que o mesmo aconteça no total dos municípios do país. A média geral (não ponderada) dos municípios do estudo-piloto foi de 2,6.

Indicação

O indicador, tal como proposto é de fácil interpretação e deve ser mantido.

Parturição de menores de 20 anos por grupos de idade: 10-13 anos, 14-17 anos e 18-19 anos (nº 25)

Dimensão: Saúde sexual e reprodutiva

Bloco temático: Prevenção de gravidez e DST/aids

Subitem: Fecundidade

Descrição sucinta do indicador

A parturição é um indicador do nível da fecundidade e se interpreta como o número médio total de filhos tidos nascidos vivos da mulher até o momento da declaração da informação. Por se constituir numa variável de estoque, costuma ser bastante mais confiável que dados sobre outros indicadores do nível da fecundidade. A parturição, no grupo etário 15 a 19 ($P_{(15-19)}$), oscila frequentemente entre 0,10 e 0,70, o que significa que, antes da idade de 20 anos, o número médio de filhos por mulher é bastante inferior a 1,0. Para idades abaixo de 20 anos, é um indicador da prevalência de fecundidade precoce no total da população. Como tal, sinaliza necessidades de avaliação e intervenção, pois, embora a gravidez de uma mulher muito jovem possa ser desejada, em muitos casos, significa ausência de medidas preventivas. Isto se aplica a grupos etários abaixo de 15 anos, pois a ocorrência de gravidez em meninas nesta idade está ligada, na grande maioria dos casos, a graves problemas de fundo social, representando sérios riscos de natureza fisiológica, social etc.

Principais achados no processo de avaliação

Não houve, em geral, diferenças notáveis deste indicador segundo o tamanho dos municípios, embora seja possível perceber uma tendência de ocorrência de maiores valores nos municípios muito grandes. A parturição nas idades mais jovens ($P_{(10-13)}$), muitas vezes, foi igual a 0,0. No caso da amostra dos municí-

pios pequenos, não houve registro de nascidos vivos entre jovens menores de 14 anos, exceto no caso de três municípios, em 1991, e de um, em 2000. Situação muito similar ocorreu nos municípios de tamanho médio: em 2000, não houve registro de nascidos vivos de jovens desta idade, em aproximadamente 70% destes municípios. A ausência de casos deu-se até mesmo nos municípios de tamanho muito grande (nove casos).

Indicação

Tendo em vista que se está trabalhando em nível municipal, decidiu-se eliminar o indicador “parturição nas idades 10-13 anos”, devido à excessivamente baixa incidência, e, alternativamente, a fim de detectar a fecundidade precoce, utilizar os seguintes indicadores:

- Percentual de mulheres de 15-19 anos que são mães
- Número de nascidos vivos de mulheres menores de 15 anos
- Número de nascidos vivos de mulheres 15-19 anos

Participação relativa na fecundidade das menores de 20 anos na fecundidade total (nº 26)

Dimensão: Indicadores de saúde reprodutiva

Bloco temático: Prevenção da gravidez e DST/aids

Subitem: Fecundidade

Descrição sucinta do indicador

Indica a participação relativa da fecundidade das mulheres de 15 a 19 anos no total da fecundidade.

Principais achados no processo de avaliação

Durante as últimas décadas, apesar da notável diminuição da fecundidade no país, a contribuição das mulheres mais jovens para o total da fecundidade registrou aumentos notáveis. Este fato chamou a atenção de estudiosos de muitas áreas do conhecimento, uma vez que a maior participação relativa das mulheres mais jovens (abaixo da idade 20) poderia estar sinalizando demandas de planejamento familiar não satisfeitas, aumento de riscos para a saúde da mulher e aumento da população vulnerável. Para a presente experiência-

piloto, não se dispôs dos dados necessários, pois os referidos a fecundidade foram obtidos de fonte secundária – o sistema de informações criado pela FJP e pelo CEDEPLAR para a construção do IDH. Neste sistema, não há informação disponível sobre as taxas específicas por idades dos municípios, mas apenas o dado correspondente à TFT. Embora seja possível calcular estas taxas para os municípios, isso não alteraria a situação para os municípios de tamanho menor, onde seria necessário adotar uma metodologia baseada numa padronização indireta. Além disso, mesmo que se pensasse em estimar as taxas de forma direta, com base em dados sobre nascimentos, as variações aleatórias devido ao pequeno número de eventos resultariam em variações nas proporções que comprometeriam o acompanhamento dos indicadores.

Indicação

O indicador, tal como proposto, é passível de ser calculado. Não se trata, no entanto, de um indicador que meça o risco de ter filhos por parte das mulheres de 15 a 19 anos, pois uma alta participação deste grupo na fecundidade total pode ocorrer tanto com taxas altas quanto com taxas baixas de fecundidade das mulheres jovens. Os dados disponíveis para as unidades federativas indicam que, à medida que diminui o nível geral da fecundidade, tende a diminuir também o risco de as mulheres mais jovens terem filhos. Em nível municipal, para medir a tendência da fecundidade das mulheres jovens, recomenda-se utilizar os indicadores já citados no item anterior.

2.5 Violência contra as mulheres

O grupo de instituições parceiras sugeriu 15 indicadores para medir a violência contra as mulheres (ver Anexo 2), agrupados em cinco dimensões:

- 1) Registro de ocorrências nos serviços de saúde (n^{os} 53 a 56)
- 2) Registro de ocorrências em delegacias (n^{os} 57 a 61)
- 3) Agressores (n^{os} 62 a 66)
- 4) Mortalidade por suicídio (n^{os} 67)

No caso das primeiras quatro dimensões, a coleta de dados foi feita por intermédio de cartas e contatos com os produtores destas estatísticas (delegacias da Mulher, por exemplo). Entretanto, em que pese a enorme importância destes

indicadores, na grande maioria dos municípios não existe fonte que forneça estes dados e, nos casos em que ela existe, não houve retorno às solicitações, impossibilita a adoção dos indicadores correspondente. Assim, apenas o indicador do subitem “mortalidade por suicídio” foi analisado, sendo esta experiência detalhada a seguir.

Taxa de mortalidade por suicídio por sexo (nº 67)

Dimensão: Indicadores de saúde reprodutiva

Bloco temático: Violência contra as mulheres

Subitem: Mortalidade por suicídio

Descrição sucinta do indicador

Trata-se da taxa de mortalidade por suicídio (inclui as causas com códigos E950 e E959 da CID IX, e X60 e X84 da CID X). No contexto da SSR, este indicador tentou medir, indiretamente, a violência contra as mulheres, no pressuposto de que esta fragiliza e induz à depressão; conseqüentemente, ao suicídio.

Principais achados no processo de avaliação

O número de casos de suicídio de mulheres é excessivamente baixo, não existindo, na década de 90, municípios com número médio anual de suicídios acima de 100. Apenas três municípios muito grandes registraram valores acima de 50: Fortaleza (58); Belo Horizonte (71) e Brasília (70); mais da metade do restante de municípios nesta categoria registra um número de óbitos inferior a dez. A escassez de eventos é tanto mais freqüente quanto menor o tamanho do município, sendo mais evidente na população feminina. Assim, mais da metade dos municípios grandes tiveram, na década de 90, menos de 0,5 mortes femininas anuais e, nos municípios pequenos, a ausência de casos femininos tende a ser a regra: perto da metade dos casos não registrou mortes femininas por suicídio. As taxas desta causa de morte, em populações de contextos desenvolvidos, costumam situar-se acima de 10 por 100 mil. Nos contextos em desenvolvimento, esta taxa pode situar-se em torno de 5 por 100 mil. A diferença pode ser real, mas também pode ser devida ao sub-registro desta causa de morte. Estatísticas publicadas de alguns países, como Alemanha, México e Argentina, são coincidentes ao apontar níveis sensivelmente menores de suicídio para as mulheres. As taxas totais devem ser ajustadas por idade sempre

que possível, pois costuma haver um padrão diferenciado por idade, sendo comum encontrarem-se dois pontos modais: um entre a população muito jovem – o adolescente – e outro entre a população idosa. Na presente aplicação, pôde-se constatar que o diferencial por sexo segue a tendência esperada, com frequência bastante menor para as mulheres. No total da amostra, a incidência de suicídio seria quase quatro vezes maior entre os homens do que entre as mulheres.

Indicação

Eliminar o indicador.

2.6 Disponibilidade e acesso a serviços e insumos

Neste bloco, foram propostos 15 indicadores agrupados em quatro subitens temáticos:

- 1) Políticas e programas
- 2) Mecanismos de controle social
- 3) Capacidade instalada de serviços
- 4) Recursos financeiros

A coleta de dados, como se descreveu no início deste capítulo, foi feita através de cartas e contatos com os produtores destas estatísticas. Da mesma forma que no caso dos indicadores de violência contra a mulher, em que pese a enorme importância destes indicadores, na grande maioria dos municípios não existe fonte destes dados e, nos casos em que ela existe, não houve um retorno às solicitações. A seguir, descreve-se, de forma agregada, a experiência obtida com a obtenção destes indicadores.

Políticas e programas (ver Anexo 2, nºs 68 a 74)

Dimensão: Indicadores de saúde reprodutiva

Bloco temático: Disponibilidade e acesso a serviços e insumos

Subitem: Políticas e programas

Descrição sucinta do indicador

Existência de políticas e programas para a mulher, em particular, e para a saúde sexual e reprodutiva em geral.

Principais achados no processo de avaliação

A principal dificuldade neste conjunto de indicadores foi a obtenção do dado, isto é, o retorno dos questionários enviados. Apenas 15 municípios forneceram a informação sobre os oito indicadores acima citados, o que representou 17,6% dos municípios muito grandes, 0% do grupo dos grandes municípios, 7,9% daqueles de tamanho médio e 24% dos municípios pequenos. Além deste problema, alguns indicadores são insuficientes para avaliar a disponibilidade e o acesso a serviços ligados à saúde sexual e reprodutiva. A existência de hospital para fazer esterilização cirúrgica, por exemplo, não seria indicativo suficiente sobre a oferta de serviços de saúde sexual e/ou reprodutiva, pois o informante poderá, nos casos em que exista um hospital, responder afirmativamente, mesmo que este serviço seja fortemente regulamentado e/ou não ofereça efetivamente a cirurgia. Ademais, deve-se considerar que, por definição, todo hospital teria, em teoria, capacidade de realizar pequenas cirurgias, como a esterilização cirúrgica. Conseqüentemente, todo município com hospital e potencial, independentemente da regulamentação legal, contaria, em tese, com este indicador. Por outro lado, o avanço tecnológico terminará por prescindir da disponibilidade de hospitais para realizar esterilização em médio prazo.

Indicação

Eliminar este conjunto de indicadores.

Existência de conselhos da Mulher (nº 75) e de comitês de Morte Materna (nº76)

Dimensão: Indicadores de saúde reprodutiva

Bloco Temático: Disponibilidade e acesso a serviços e insumos

Subitem: Mecanismos de controle social

Descrição sucinta do indicador

Trata-se simplesmente do registro sobre a existência ou não de conselhos da Mulher e de comitês de Morte Materna. Sinaliza o comprometimento e/ou a

sensibilidade do município às questões relativas à condição da mulher e de sua saúde. No caso do Conselho da Mulher, este indicador sinaliza a existência de mecanismos de controle social em relação a assuntos que dizem respeito a ela, seu empoderamento, desigualdades de gênero, condições de vida em geral.

Principais achados no processo de avaliação

A principal dificuldade, neste conjunto de indicadores, como no caso anterior, foi a obtenção do dado, isto é, do retorno dos questionários enviados ao município.

- Não está especificada a natureza destes conselhos e comitês (federal, estatal, municipal, filantrópica, privada etc.), sabendo-se que eles existem nas três esferas político-administrativas (municipal, estadual e federal), além do mais, freqüentemente, entidades não governamentais assumem a função destes comitês, independentemente dos trabalhos dos municípios. As pastorais são um exemplo.
- No trabalho de campo, detectaram-se situações em que há registro do Conselho da Mulher, mas ele está desativado, parecendo existir casos em que a criação/implementação/desativação destes conselhos obedece eminentemente a interesses políticos, antes que à consciência da população ou do poder municipal a respeito da situação da mulher.

Além disso, as funções do Conselho da Mulher nem sempre têm a ver com o empoderamento da mesma, a diminuição das desigualdades de gênero ou a melhoria de condições de vida para ela. Dependendo da conjuntura social e/ou política, ele pode perpetuar estigmas que acentuam as desigualdades. Neste sentido, o estudo-piloto documentou municípios em que há Conselho da Mulher, mas este se resume em atuar na promoção de tarefas femininas tradicionais, tal como cozinhar, ou de atividades sociais (festas, quermesses etc).

Indicação

Deveria ser mantido; se possível, captar informações mais completas que avaliem se existe e se cumpre os objetivos esperados. Não existindo esta possibilidade, recomenda-se eliminar o indicador.

Capacidade instalada de serviços

Unidades básicas de saúde (UBS) – (nº 77)

Percentual de unidades básicas de Saúde que fazem coleta para exame Papanicolau (nº 78)

Percentual de unidades básicas de Saúde que distribuem preservativos (nº 79)

Dimensão: Indicadores de saúde reprodutiva

Bloco temático: Disponibilidade e acesso a serviços e insumos

Subitem: Capacidade instalada de serviços

Descrição sucinta destes indicadores

Indicadores com base no número total de unidades básicas de Saúde e no número destas unidades que executam as atividades acima especificadas. São adequados para avaliar capacidade instalada, relativa à infra-estrutura de serviços para SSR.

Principais achados no processo de avaliação

Como no caso dos indicadores que dependem de informação fornecida pelo município, descritos anteriormente, há dificuldades importantes: o acesso ao dado e a falta de especificação sobre sua fonte. De acordo com a experiência-piloto, a grande maioria das UBSs possui coleta de material para teste Papanicolau e distribuição de preservativos. Desta forma, 100% das UBSs possuiria capacidade instalada relativa à infra-estrutura de serviços para SSR. Entretanto, esta informação é insuficiente para avaliar se esta capacidade instalada atende às demandas da comunidade. Na literatura disponível, não foram encontrados parâmetros relativos a este tipo de indicadores (capacidade para coletar material para teste de Papanicolau e distribuição de preservativos).

Com relação à serviços ambulatoriais, no entanto, a OPAS estima uma média de três unidades de serviço ambulatorial por cada grupo de 10 mil habitantes

para América Latina (2000), e deixa implícito que esta razão é inadequada.²⁰ Segundo este raciocínio, muitos dos municípios, principalmente os de grande tamanho populacional, estariam abaixo de um nível mínimo. De qualquer maneira, parece não haver um padrão recomendado como referência, uma vez que o serviço de saúde deve adequar-se ao perfil demográfico e epidemiológico de cada população.

Indicação

Eliminar estes indicadores.

Recursos financeiros destinados à saúde

Proporção dos recursos financeiros destinados à saúde no orçamento total (nº 80)

Recursos financeiros destinados à saúde sexual e reprodutiva (nº 81)

Proporção destes recursos no orçamento total (nº 82)

Dimensão: Indicadores de saúde reprodutiva

Bloco temático: Disponibilidade e acesso a serviços e insumos

Subitem: Recursos financeiros

Descrição sucinta do indicador

Estes indicadores seriam construídos com a informação sobre o valor destinado ao orçamento para cada uma destas atividades, enviada pela Prefeitura Municipal/Secretaria Municipal de Saúde.

Principais achados no processo de avaliação

O maior problema é a falta do dado (disponível para apenas 13 dos 120 municípios participantes do estudo-piloto), e da definição dos itens a se considerar em como recurso destinado à saúde e à SSR. No caso do primeiro indicador (recursos financeiros destinados à saúde), Belo Horizonte é o município onde há mais verba alocada, seguido de Campinas e Curitiba. No entanto, ao se estimar o recurso *per capita*, os valores mais baixos

20 OPAS, “Recursos y tecnología para la salud”, *La Salud en las Americas – Publicación Científica y Técnica*, vol. I, nº 587, 2002, p. 373.

correspondem a Belo Horizonte e Curitiba, que perdem apenas para Abadia dos Dourados. Nota-se também que Funilândia apresenta, de longe, o maior recurso *per capita* alocado à saúde. Assim, na falta de critérios para orientar sobre que tipo de recurso incluir e que grupo de referência utilizar (valor absoluto *versus* valor *per capita*, por exemplo), torna-se difícil valorizar este indicador.

Indicação

Em síntese, dado o atual estágio do sistema estatístico para orçar e gerenciar estes recursos, propõe-se eliminar estes indicadores.

[capítulo 4 - parte 2]

A experiência-piloto: indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva

Elza Berquó¹

Estela M. G. P. Cunha²

Stella B. Silva Telles³

Raquel Jakob²

1 Núcleo de Estudos de População (NEPO) da UNICAMP e Centro Brasileiro de Análises e Pesquisas (CEBRAP).

2 Núcleo de Estudos de População (NEPO) da UNICAMP e Centro Brasileiro de Análises e Pesquisas (CEBRAP).

3 Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).



Como mencionado na introdução a este capítulo, a equipe do NEPO ficou responsável pela aplicação do exercício proposto cobrindo quatro grandes dimensões temáticas, enumeradas a seguir, o que correspondeu a 35 indicadores, divididos da seguinte forma:

- 2.1 Prevenção gravidez e DST/aids: nove indicadores
- 2.2 Gravidez, pré-natal, parto e puerpério: dezessete indicadores
- 2.3 Ocorrência DST/aids: três indicadores
- 2.4 Doenças do trato reprodutivo: seis indicadores

O objetivo desta parte é relatar de forma resumida os resultados obtidos na experiência-piloto para avaliação dos indicadores de SSR propostos, apontando, inicialmente, as dificuldades encontradas no processo.⁴ Assim, primeiramente, esta parte do capítulo apresenta algumas daquelas encontradas de maneira pontual, para, em seguida, apresentar, para cada indicador proposto, uma descrição deste, a qual contém a identificação da *dimensão*, do *bloco temático* e do *subitem* temático em que cada um deles foi classificado, além de uma *descrição sucinta do indicador*. Alguns resultados específicos e as recomendações feitas, ou pelas equipes da experiência-piloto, ou pelo grupo completo de parceiros, em reuniões de avaliação da experiência-piloto, são apresentados nos itens: “Principais achados no processo de avaliação” e “Indicação”.

Deve-se ressaltar que as análises e recomendações apresentadas neste capítulo vinculam-se especificamente à utilidade e função dos indicadores analisados, sempre voltados para o objetivo do sistema proposto, que, vale mais uma vez lembrar, é um sistema para monitorar a saúde sexual e reprodutiva da população brasileira em nível municipal, no que se refere aos serviços oferecidos pelo SUS.

Algumas dificuldades no caminho

As maiores dificuldades encontradas durante o processo de avaliação dos indicadores propostos para o sistema já eram, de certa forma esperadas, mas se

⁴ O relatório que apresenta os detalhes das análises realizadas na experiência-piloto pode ser solicitado à coordenação do projeto ou consultado em www.abep.org.br, na seção “Projetos”.

crê que devam ser registradas. Com relação ao acesso aos dados, a indicação de coleta de dados primários junto às secretarias municipais mostrou-se totalmente inviável, principalmente nas secretarias de municípios pequenos, e os motivos são apontados a seguir; mas, de forma geral, a principal razão é a falta de sistematização das informações por parte das secretarias, quando estas já não estão associadas a algum tipo de sistema de controle. Mesmo o acesso aos dados existentes em alguns sistemas nacionais não foi de fácil acesso. Muitas bases de dados estão disponíveis *on-line*; no entanto, algumas informações são acessíveis apenas com o manuseamento do microdado, e somente no SIA/SUS e no SIH/SUS estão disponíveis de maneira acessível e são atualizadas mensalmente.

Com relação à qualidade das informações, deve-se reconhecer a melhoria na qualidade ao longo dos anos, mas muitas incongruências ainda são verificadas, principalmente em nível municipal e com diferenças regionais ainda bastante graves. Além disso, a raridade de alguns eventos torna algumas análises de tendências impossíveis de se realizarem. A solução, comumente dada, de cálculo de médias móveis para suavizar a sazonalidade, acaba por criar mais problemas nos municípios muito pequenos, com eventos muito raros, do que uma solução de fato, pois a não-ocorrência do evento em um ano pode diminuir artificialmente a média de ocorrência no período.

Especificamente no caso dos indicadores de SSR, ao contrário dos indicadores de contexto, que, na maioria, sofrem o problema de grandes espaçamentos no tempo – caso em que se poderia fazer um acompanhamento longitudinal –, as tendências podem ser muito mais resultados da melhora do registro que da incidência do evento analisado. Desta forma, apesar de a experiência-piloto ter considerado dois períodos, de 1994 a 1996 e de 1999 a 2001, o estudo do perfil municipal, já mencionado anteriormente, somente utilizou o ano de 2000 para o exercício. Além disso, as informações para os indicadores calculados para todos os municípios brasileiros contêm dados para o ano de 2000.

Problemas de acesso e disponibilidade das informações

- A falta de um cadastro atualizado de endereços e telefones das secretarias municipais no Ministério prejudicou a coleta de dados nas secreta-

- rias. Tivemos de montar um cadastro para os municípios da amostra.
- O baixo retorno das secretarias municipais de saúde não permitiu, por exemplo, que se pudesse conhecer o total de *kits* de contracepção comprados pelas prefeituras. Obteve-se alguma resposta de apenas 40 municípios entre os 120, apesar ter sido feito contato mais de três vezes em cada secretaria, por intermédio de correio ou telefone.
 - O acesso restrito a alguns bancos de dados via internet teve de ser contornado com um pedido especial de autorização de uso ao Ministério da Saúde. A consequência foi a demora em trabalhar com as informações referentes a DST/aids e com o sistema SISCOLO, o qual somente é possível acessar via SISCAM (Sistema de Informações do Câncer da Mulher); mesmo assim, as informações disponibilizadas são muito limitadas.
 - Falta de documentação de uso público sobre o SISPRENATAL, com descrições adequadas da base de dados que permitissem utilizarem-se os dados em outro programa de manipulação de bases de dados.
 - Não está disponível uma tabela com a descrição dos procedimentos e seus respectivos códigos no SIH/SUS. Exemplos: apresentaram-se dificuldades para definir os códigos que correspondiam a parto normal; identificar os procedimentos hospitalares classificados como obstétricos na AMIU; e identificar o código do procedimento ambulatorial que permite o cálculo dos partos realizados por enfermeira ou obstetriz.
 - As informações sobre *kits* de contraceptivos foram disponibilizadas somente para o ano de 2003, constando em planilhas trimestrais de remessas anuais.
 - SISPRENATAL inexistente para muitos municípios da amostra, pois estes não tinham aderido ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, ou não estavam alimentando o sistema de informação (dos 120 municípios, em 2000 somente dez tinham dados; em 2001, somente 55; e, em 2002, somente 92 municípios).
 - Obter a listagem com as descrições detalhadas dos procedimentos hospitalares (SIH/SUS).

Problemas de qualidade das informações

- Documentação incompleta sobre os bancos de dados, sobre sua estrutura e conteúdo, que pudessem ser obtidos de maneira fácil e ágil.

- Registros com erros de conteúdo, com modificações bruscas de um mesmo evento em anos próximos.
- Registros com muitas categorias de não declarados, o que deixa dúvida a respeito de isso ter ocorrido por falta de eventos ou de registro.

Problemas de compatibilização das informações

- Por não se encontrar uma tabela que compatibilizasse os códigos das CID-9 e CID-10 para os óbitos, foi preciso uniformizá-los.
- O mesmo ocorreu com os códigos de procedimentos ambulatoriais para o período anterior a outubro de 1999 (com três dígitos) e a lista posterior, com oito dígitos. Foi necessário checar a descrição de cada procedimento ambulatorial escolhido, na tabela descritiva de procedimentos, nos dois momentos, para concluir qual era o código antes da mudança e como tinha ficado após a mudança. O trabalho foi dividido em quatro partes e foram geradas e compatibilizadas tabelas para os períodos: 1) anos de 1995 até 1998; 2) meses de janeiro a outubro de 1999; 3) meses de novembro e dezembro de 1999; e 4) anos de 2000 a 2002.
- Para alguns procedimentos, foi necessário homogeneizar os códigos de procedimento do SIA/SUS em relação àqueles da SIH/SUS.

Municípios desmembrados e municípios criados no período considerado

- Devido às mudanças constantes no número de municípios brasileiros, a análise deve ser cuidadosa em dois aspectos, ao se trabalhar com os novos municípios: para os municípios novos, não se têm critérios de comparação anterior e, para aqueles que deram origem aos municípios novos, em geral seus indicadores apresentam mudanças bruscas que não refletem mudanças na saúde da população.

Tamanho do município

- O número de habitantes e, algumas vezes, a raridade de um evento criam problemas de grandes variações nos indicadores. Assim, houve dificuldade em definir como proceder nos casos de municípios com pouca

população e estimar eventos raros e com frequências muito baixas, mesmo tendo calculado as médias móveis, pois a amostra de 120 municípios não permitia uma análise estatística mais apurada.

Definições dos indicadores

- Para muitos indicadores, é difícil definir os denominadores, pois estes deveriam representar a população exposta ao risco do evento em estudo no numerador. No entanto, algumas vezes é praticamente impossível estimar estes valores; em outras, estes não estão disponíveis. Seguem alguns exemplos:
- Taxas de mortalidade por câncer: deveria ser considerado o total da população ou somente os segmentos etários que apresentam prevalência? Decidiu-se trabalhar com os mesmos critérios utilizados pela Coordenação de Prevenção e Vigilância do Câncer (INCRA), considerando o total da população por sexo; porém se apresentam as taxas padronizadas.
- Em muitos indicadores, o correto seria utilizar o número de gestações; no entanto, este dado é muito difícil de se obter, e foi utilizada uma aproximação a partir do número de nascidos vivos, adotada por convenção em todo o mundo.

A revisão da lista de indicadores após a experiência-piloto

Após a realização do seminário para discussão sobre os resultados da experiência-piloto, fizeram-se muitas ponderações com relação aos indicadores, retiraram-se da lista proposta vários deles e redefiniu-se a forma de cálculo para outros. A seguir, apresenta-se a lista de indicadores retirados e os motivos alegados para sua exclusão. Vale ressaltar que muito dos indicadores foram excluídos do sistema por falta de dados confiáveis e não devido a sua importância para a definição do panorama da saúde sexual e reprodutiva nos municípios. Assim, diante da disponibilização de dados básicos, a reinclusão destes indicadores deveria ser reconsiderada.

Para cada indicador avaliado, discutiu-se sua viabilidade, em função da disponibilidade das bases de dados, a qualidade de suas informações, a facilidade ou complexidade na forma de cálculo e as análises de consistência dos

resultados, considerando-se os diversos períodos temporais. Partindo de todos estes elementos e analisando a importância de cada um deles para o monitoramento da gestão em saúde sexual e reprodutiva, em nível municipal, os participantes dos seminários e reuniões realizadas para avaliação da experiência-piloto expressaram opiniões e apresentaram várias sugestões sobre possíveis modificações, incorporação de outros indicadores e exclusão de vários deles. Do conjunto dos 35 indicadores por cuja avaliação o NEPO era responsável, somente permaneceram dezessete.

Nesta seção, apresentam-se todos os indicadores avaliados na experiência-piloto, incluindo informações sobre os principais resultados obtidos e as recomendações feitas para a definição da lista final de indicadores que comporiam o sistema de SSR. Apresentam-se de forma resumida, para os casos dos indicadores para os quais foi proposta modificação ou exclusão, os motivos que levaram a esta decisão.

2.1 Prevenção da gravidez

Percentual de *kits* de anticoncepcionais básicos recebidos no ano (nº 15)

Dimensão: Saúde sexual e reprodutiva

Bloco Temático: Prevenção da gravidez e DST/aids

Subitem: Anticoncepção

Descrição sucinta do indicador

Percentual de *kits* de anticoncepcionais básicos⁵ recebidos no ano, no total da população feminina de 10 a 49 anos.

5 Os *kits* de anticoncepcionais (básico e complementar) eram enviados pelo Ministério da Saúde aos municípios em quatro remessas anuais. O *kit* básico é composto de 180 cartelas de anticoncepcional oral combinado de baixa dosagem, 12 cartelas de anticoncepcional só de progesterona e 1,152 unidades de preservativos masculinos. Os critérios para os municípios receberem os contraceptivos foram definidos na tripartite e dependiam exclusivamente da capacidade operacional do município, ou seja: a) ter pelo menos uma equipe do Programa de Saúde da Família – PSF habilitada; b) estar com o termo de adesão do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento – PHPN aprovado; ou c) contar com pelo menos uma equipe do Programa de Interiorização da Saúde – PITS. Para receber o *kit* básico, é preciso atender pelo menos a um dos critérios anteriores.

Principais achados no processo de avaliação

Indicador com alto grau de dispersão em decorrência da existência de municípios sem registro, ou com pequeno número de casos, especialmente no caso daqueles de menor porte populacional. Observa-se uma alta variabilidade entre as estimativas obtidas, com valores de 0 até mais de 5 por mil mulheres de 10 a 49 anos. Os resultados mostram uma distribuição crescente na média de *kits* básicos distribuídos pelo Ministério da Saúde, no ano de 2003, segundo o tamanho em que foram classificados os municípios. Se, para o total deles a média foi de 1,1, naqueles denominados “muito grandes”, a média de *kits* básicos distribuídos foi de 0,6 *kits* para cada mil mulheres de 10 a 49 anos, enquanto, nos municípios classificados como “muito pequenos”, esse valor aumenta para 2,6. Esperava-se que esta informação pudesse suprir a falta de informação sobre acesso de contracepção. No entanto, diante da não-regularização da entrega e as incertezas a respeito de se estes contraceptivos realmente chegam às mãos das usuárias, a avaliação feita não o considera um indicador recomendável.

Indicação

Retirar o indicador.

Percentual de *kits* de anticoncepcionais complementares recebidos no ano (nº 16)

Dimensão: Saúde sexual e reprodutiva

Bloco temático: Prevenção da gravidez e DST/aids

Subitem: Anticoncepção

Descrição sucinta do indicador

Percentual de *kits* complementares de anticoncepcionais⁶ recebidos no ano no total da população feminina de 10 a 49 anos.

6 O *kit* de anticoncepcional complementar é composto de 15 DIUs, 45 ampolas do anticoncepcional hormonal injetável trimestral e 40 ampolas do anticoncepcional injetável mensal. Os *kits* são enviados aos municípios com população igual ou maior a 50 mil habitantes que enviaram o termo de adesão ou para municípios com menos de 50 mil habitantes que enviarem para o MS o termo de adesão, juntamente com um ofício, assinado pelo(a) secretário(a) municipal de Saúde, informando que possuem profissionais habilitados para inserção do DIU e prescrição dos hormonais injetáveis.

Principais achados no processo de avaliação

Os *kits* complementares foram enviados somente para 48 dos 120 municípios que compõem a amostra trabalhada neste projeto. Trata-se de indicador de cálculo simples, mas observa-se uma alta variabilidade entre as estimativas obtidas, com valores de zero até mais de 5 por mil mulheres em idade entre 10 e 49 anos.

Indicação

Retirar o indicador.

Percentual de métodos anticoncepcionais comprados pela Prefeitura no ano (nº 17)

Dimensão: Saúde sexual e reprodutiva

Bloco Temático: Prevenção da gravidez e DST/aids

Subitem: Anticoncepção

Descrição sucinta do indicador

Percentual de contraceptivos comprados diretamente pela Prefeitura num determinado ano calendário por mil mulheres de 10 a 49 anos.

Principais achados no processo de avaliação

Não se dispõe de nenhum sistema nacional, estadual ou municipal que sistematize de forma unificada, as informações necessárias para estimar este indicador. Conseqüentemente, foi necessário contatar as Secretarias Municipais de Saúde, dos 120 municípios que compõem a amostra desta pesquisa, solicitando que fossem repassadas as informações relativas às compras de métodos contraceptivos por parte da prefeitura, no ano calendário estabelecido. Para tal fim, fez-se necessário, primeiramente, atualizar o cadastro dos endereços e telefones de todas as secretarias, através do Ministério da Saúde, via internet e por telefone. O NEPO contatou 60 secretarias e somente conseguiu informações para 14 municípios para o ano de 2002, e 33 municípios enviaram informações referentes às compras realizadas no ano de 2003. Portanto, houve uma perda de 72% de informações sobre o total de municípios. O indicador é de cálculo simples depois de obtida a informação básica, mas os valores, por mil mulheres de 10 a 49 anos, são muito pequenos. Os resultados

apresentam alta dispersão, com valores que variam de zero até 35 *condoms* por cada mil mulheres em idade fértil. No caso dos contraceptivos orais, injetáveis e DIUs, observam-se valores muito menores comparados com o *condom*, com menores oscilações nos valores apresentados; porém, em quase todos os casos, muito próximos de zero.

Indicação

Retirar o indicador.

Percentual de DIU (dispositivo intrauterino) inseridos no ano (nº 18)

Dimensão: Saúde sexual e reprodutiva

Bloco temático: Prevenção da gravidez e DST/aids

Subitem: Anticoncepção

Descrição sucinta do indicador

Percentual de DIU (dispositivo intrauterino) inseridos no ano por 10 mil mulheres de 10 a 49 anos.

Principais achados no processo de avaliação

Há dados disponíveis sobre inserção de DIU desde julho de 1994. O uso deste indicador como reflexo da prevalência de uso de métodos contraceptivos reversíveis não parece viável para o nível municipal, devido à grande variabilidade das frequências ao longo dos anos, o que torna o cálculo da média móvel para o número de procedimentos de inserção de DIUs um problema, sobretudo nos municípios de menor porte. Segundo dados do Planejamento Familiar do SUS, em 1998 havia 44 milhões de mulheres em idade fértil, sendo que apenas 21,5 milhões eram sexualmente ativas. Em 1996, de acordo com a pesquisa PNDS, apenas 1,2% das mulheres unidas de 15 a 49 anos utilizavam DIU ou outro método vaginal. Este indicador aponta para a proporção de mulheres em idade reprodutiva que são atendidas quanto ao uso do DIU pelo SUS. Entretanto, deve-se ter cuidado, na análise dos resultados, pois o indicador não serve para apontar a participação das mulheres que utilizam métodos contraceptivos reversíveis entre as sexualmente ativas, mas é uma medida da produção anual deste tipo de procedimento. Adicionalmente, deve-se ter cuidado na análise, pois o número de DIU's inseridos por ano em cada município é prova-

velmente inferior ao real, uma vez que não há um pagamento específico para este procedimento (e isto ocorre com todo procedimento da mesma natureza). No entanto, sua utilização pode dar indicações do acesso à contracepção reversível no SUS e influenciar na melhoria dos registros ao longo do tempo. A sugestão foi repensar a faixa etária utilizada no denominador, pois não há casos para a população de 10 a 14 anos.

Indicação

Modificar denominador.

Dispensação de diafragma (nº 19)

Dimensão: Saúde sexual e reprodutiva

Bloco temático: Prevenção da gravidez e DST/aids

Subitem: Anticoncepção

Descrição sucinta do indicador

Número de diafragmas inseridos no ano por 10 mil mulheres de 10 a 49 anos.

Principais achados no processo de avaliação

Para apenas cinco municípios da amostra-piloto foi possível realizar o cálculo do indicador em 1996. Em 2001, calculou-se com base nas informações de 30 municípios. São as capitais de estado e os grandes municípios que têm mais chances de declarar terem feito este tipo de atendimento. Apesar de o fornecimento de diafragmas nos municípios estar em processo de crescimento durante o período analisado, devido à baixa frequência de ocorrência deste evento, não é possível estabelecer em que tipo de municípios acontece uma maior frequência. A análise dos dados para o conjunto dos municípios somente permitiu fazer uma breve análise exploratória, cuja conclusão foi perceber que existem erros que podem ser devidos à má declaração das informações por parte dos municípios, ou provenientes de consolidação das informações pelo sistema. Para este indicador, sugeriu-se também modificar a faixa etária utilizada no denominador, pois não há casos para a população de 10 a 14 anos. Embora o SUS disponibilize todos os métodos anticoncepcionais, apenas dois são registrados nos sistemas de informações: o DIU e o diafragma. Como o diafragma tem sido muito pouco utilizado, sugere-se

somente a utilização da inserção de DIU como indicador de toda a anticoncepção reversível.

Indicação

Retirar o indicador.

Cirurgias de laqueadura tubária realizadas no ano (nº 20)

Dimensão: Saúde sexual e reprodutiva

Bloco temático: Prevenção da gravidez e DST/aids

Subitem: Anticoncepção

Descrição sucinta do indicador

Número de cirurgias de laqueaduras tubárias realizadas no ano por 10 mil mulheres de 10 a 49 anos.

Principais achados no processo de avaliação

O indicador é de fácil cálculo e acesso, somente devendo ser incluídos todos os códigos de procedimentos de laqueaduras referentes à cirurgia de laqueadura e à cirurgia de cesariana com laqueadura no SIH/SUS.⁷ Os dados para laqueadura tubária estão disponíveis apenas a partir de 1998 e, juntamente com os relativos à cesariana, a partir de março de 1999.⁸ Por este motivo e devido ao maior número de hospitais credenciados para realização da cirurgia nos municípios, houve um aumento considerável no número de procedimentos após o ano de 2000, que, no entanto, ainda não deve expressar o número real de cirurgias realizadas no SUS. Apenas para 12 municípios da amostra-piloto em 1998 e para 49 em 2001, foi possível a realização do cálculo da média móvel do número total de laqueaduras realizadas em mulheres

7 Os códigos referentes à laqueadura estão disponíveis no *Manual descritivo da construção dos indicadores*, no CD-ROM que acompanha este livro.

8 A Portaria nº 144/97 normatizou os procedimentos de esterilização cirúrgica, permitindo que o SUS realize-os gratuitamente, com acesso universal a homens e mulheres, levando em conta critérios que buscam coibir a realização precoce e abusiva e, ao mesmo tempo, viabilizam a oferta desses procedimentos nos serviços públicos de saúde (Portaria nº 144, de 20 de novembro de 1997. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde-Ministério da Saúde, 1997). Os procedimentos que permitiram a realização da cirurgia após cesarianas sucessivas foram publicados na Portaria nº 48, de fevereiro de 1999.

neles residentes. As taxas de laqueaduras tubárias nos municípios da amostra-piloto variaram de zero a 0,20 cirurgia por 10 mil mulheres em 1998. Em 2001, para os municípios amostrados, as taxas variaram de 1,76 a 4,96 laqueaduras tubárias por 10 mil mulheres. Na média, para o Brasil, em 2001, foram realizadas 2,73 cirurgias tubárias para cada 10 mil mulheres. O indicador, da maneira como foi concebido, expressa uma medida da magnitude da produção anual de esterilizações femininas no SUS em mulheres residentes no município, independentemente do município em que estas foram realizadas. O denominador não deveria incluir as mulheres de 10 a 14 anos, pois não há registros de laqueadura antes dos 15 anos. A frequência de ocorrência é baixa, o que significa que, para municípios pequenos, os resultados podem apresentar grande oscilação; assim, as tendências anuais devem ser avaliadas com cuidado.

Indicação

Modificar o denominador.

Vasectomias realizadas no ano (nº 21)

Dimensão: Saúde sexual e reprodutiva

Bloco temático: Prevenção da gravidez e DST/aids

Subitem: Anticoncepção

Descrição sucinta do indicador

Cirurgias de vasectomias realizadas no ano por 10 mil mulheres de 10 a 49 anos.

Principais achados no processo de avaliação

Apesar de a Lei do Planejamento Familiar, que garante o acesso a procedimentos de laqueadura e vasectomia, ter sido regulamentada em 1997, é possível encontrarem-se declarações de vasectomia para alguns municípios já em 1995; até antes disso, este procedimento era permitido no SUS, mas sempre registrado com valores muito baixos.⁹ Em apenas 15% dos municípios da amostra-piloto, em 1996, e 22,5% em 2001, foi possível realizar o cálculo

⁹ O código no SIH/SUS para identificar vasectomias é: "31005098 Vasectomia Parcial ou Completa".

deste indicador. Apenas no grupo dos municípios muito grandes é que se concentra uma quantidade razoável de declarantes deste tipo de procedimento, sugerindo assim que estes acontecem mais provavelmente em residentes dos municípios maiores. É difícil encontrar dados de outras pesquisas que indiquem a proporção de homens que façam uso de esterilização, ou ainda de mulheres cujos parceiros sofreram esterilizações. No entanto, dados da PNDS de 1996 indicam que, para 2,6% das mulheres unidas, o companheiro tinha sido esterilizado. Assim como no caso das laqueaduras, a proporção de vasectomias, na realidade, indica a produção do SUS e, certamente, estas não refletem a prevalência de mulheres cujos parceiros foram esterilizados. O indicador apresenta problemas com relação ao denominador, que de início buscava a mesma comparação com os demais métodos contraceptivos, ou seja, mulheres em idade reprodutiva. Neste caso, no entanto, sugere-se a inclusão somente de homens de 25 anos e mais no denominador, para aproximar-se mais da população exposta ao risco de se esterilizar.

Indicação

Modificar. O denominador deveria incluir homens com 25 anos ou mais.

Distribuição da população atualmente usando pílula, esterilização feminina, esterilização masculina, preservativo e outros (nº 22)

Dimensão: Saúde sexual e reprodutiva

Bloco temático: Prevenção da gravidez e DST/aids

Subitem: Anticoncepção

Descrição sucinta do indicador

Proporção de mulheres de 10 a 49 anos que usam método específico (pílula, ou esterilização feminina, ou vasectomia etc.).

Principais achados no processo de avaliação

A única fonte de dados disponível para o cálculo deste indicador é a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 1996, e a amostra não permite identificação em nível municipal. As estimativas foram calculadas para média nacional, para as grandes regiões e para alguns estados e utilizando como

denominador as mulheres de 15 a 49 anos, já que esta pesquisa não inclui mulheres de 10 a 14 anos de idade. Os resultados não apresentaram grandes variações ou problemas de consistência, em razão de se estar trabalhando com um nível de agregação espacial relativamente grande e por considerar tão-somente um ponto temporal, fatos estes que não permitiram a realização de uma análise de consistência diacrônica e em nível municipal. Recomenda-se não utilizar estes indicadores por não serem indicadores em nível municipal e também por não contarem com uma série temporal consistente e não terem garantias de atualização no futuro.

Indicação

Retirar o indicador.

Percentual de mulheres usuárias de métodos contraceptivos usando métodos masculinos (nº 23)

Dimensão: Saúde sexual e reprodutiva

Bloco temático: Prevenção da gravidez e DST/aids

Subitem: Anticoncepção

Descrição sucinta do indicador

Percentual de mulheres que usam métodos contraceptivos masculinos entre o total de pessoas usando métodos.

Principais achados no processo de avaliação

A única fonte de dados disponível para o cálculo deste indicador é a mesma do anterior, a PNDS. Desta forma, todas as ponderações feitas anteriormente aplicam-se a este caso.

Indicação

Retirar o indicador.

2.2 Gestação, pré-natal, parto e puerpério

Todos os indicadores referentes ao subitem de fecundidade foram avaliados pela equipe do CEDEPLAR, como dito anteriormente; portanto, suas avaliações estão disponíveis na primeira parte deste capítulo. Abaixo, encontram-se as avaliações do bloco temático de gestação, pré-natal, parto e puerpério. Os seis primeiros indicadores deste bloco referem-se ao período do pré-natal, e a proposta prévia era a utilização do SISPRENATAL para estimá-los. Segue a lista destes indicadores e sua avaliação em conjunto, já que as mesmas considerações aplicam-se a todos.

Dimensão: Saúde sexual e reprodutiva

Bloco temático: Gestação, pré-natal, parto e puerpério

Subitem: Atenção pré-natal

Descrição sucinta do indicador

- 1) Percentual de gestantes que iniciaram o pré-natal até o 4º mês de gestação entre o total de gestantes inscritas no programa (nº 27)
- 2) Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério entre o total de gestantes inscritas no programa (nº 28)
- 3) Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos entre o total de gestantes inscritas no programa (nº 29)
- 4) Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos entre o total de gestantes inscritas no programa (nº 30)
- 5) Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos, a segunda dose e a dose de reforço ou a dose imunizante de vacina antitetânica entre o total de gestantes inscritas no programa (nº 31)
- 6) Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a segunda dose e a dose de reforço ou a dose imunizante de vacina antitetânica entre o total de gestantes inscritas no programa (nº 32)

Principais achados no processo de avaliação

Uma vez realizada a pesquisa para analisar a viabilidade, ficou claro que a variabilidade encontrada interfere na qualidade das estimativas. Constatou-se que o SISPRENATAL apresentou uma melhora significativa de cobertura, percebida pelo crescimento do número de municípios que implantaram o sistema. Entretanto, ainda se constataram alguns problemas, como a falta de código do município e do código identificador da gestante, o que dificulta o seguimento das gestantes no sistema, provocando uma perda importante de registros. Também foi verificada uma grande oscilação no volume de gestantes inscritas para os anos analisados, nos municípios que contavam com estas informações. É oportuno esclarecer que estes seis indicadores apontam para o acompanhamento de processos, no sentido de que, a cada novo indicador, vão-se acrescentando condições relativas às etapas do pré-natal que deveriam estar sendo realizadas pelas gestantes e, assim, constituir os numeradores do cálculo. Assim, o objetivo do indicador seria proporcionar ao gestor indicações de como as ações de saúde direcionadas às gestantes e recém-nascidos vêm evoluindo em seu município. Uma outra questão a ser considerada é que, devido à formatação de entrada de dados no sistema, não seria permitida a incorporação de casos em que as mulheres estivessem com uma idade gestacional maior que 120 dias. Somente poucos municípios alteraram o programa para possibilitar que algumas gestantes com mais de 4 meses de gestação fossem incluídas.

Em contrapartida à retirada desses seis indicadores, foi proposta a inclusão de três novos, dois obtidos através do SIA/SUS, o cadastramento da gestante até o 4º mês de gestação (07.071.02.7 – Adesão ao componente I, Incentivo ao pré-natal) e a conclusão da assistência pré-natal (procedimento 0707103), e outro, obtido no SINASC: o percentual de nascidos vivos cujas mães não realizaram pré-natal. Com relação à conclusão da assistência pré-natal, encontraram-se registros a partir do ano de 2001. Entretanto, apenas 235 destes procedimentos foram registrados em 39 municípios de quatro estados (Pernambuco, Alagoas, São Paulo e Paraná), naquele ano.

Indicação

Retirar os seis indicadores e incluir "cadastramento da gestante até o 4º mês de gestação" e "conclusão de pré-natal", disponíveis na base do SIA/SUS; incluir percentual de mães que não realizaram pré-natal segundo registro no SINASC.

Percentual de partos hospitalares (nº 33)

Dimensão: Saúde sexual e reprodutiva

Bloco temático: Gestação, pré-natal, parto e puerpério

Subitem: Atenção ao parto

Descrição sucinta do indicador

Participação relativa dos partos ocorridos em hospitais no total dos partos registrados de mães residentes num determinado município.

Principais achados no processo de avaliação

Indicador de fácil estimação a partir dos dados do SINASC. Todos os municípios da amostra-piloto apresentam informações para o cálculo deste indicador. Até meados da década de 1990, não há consistência no que se refere ao número de partos registrados em vários municípios; portanto, não se recomenda o uso do indicador para períodos anteriores a 1996. Quando analisado, no comportamento deste indicador, segundo as categorias de tamanho dos municípios, observa-se um aumento gradativo da proporção de partos hospitalares, apresentando valores mais baixos nos municípios muito pequenos com uma tendência de crescimento na medida em que aumenta seu número de habitantes. Em todas as categorias, dependendo do tamanho do município, verifica-se também um aumento nesta proporção através do tempo, passando de valores médios de 70% nos muito pequenos até 92% nos muito grandes, no período 1994-1996, para valores próximos ou superiores a 90% e 99%, respectivamente, para municípios pequenos e grandes, no período 1999-2001. Deve-se destacar que são poucos, mas alguns municípios, ainda no final do período analisado, apresentam mais da metade dos partos realizada fora do hospital. Sugere-se que o indicador ficaria mais informativo se calculado o seu complemento, ou seja, o percentual de nascidos vivos ocorridos fora do hospital, ou partos não hospitalares. Ressalta-se, no entanto, que há uma impossibilidade de estimar de forma correta o percentual de partos não hospitalares (ou seu complemento), pois acredita-se que a subnotificação seja maior para partos não-hospitalares do que para partos hospitalares.

Indicação

Modificar o indicador.

Percentual de partos realizados por parteiras tradicionais (nº 34)

Dimensão: Saúde sexual e reprodutiva

Bloco temático: Gestação, pré-natal, parto e puerpério

Subitem: Atenção ao parto

Descrição sucinta do indicador

Indica o percentual de partos realizados por parteiras tradicionais entre o total de partos realizados no SUS.¹⁰

Principais achados no processo de avaliação

Indicador de fácil estimação com dados do SIA/SUS e SIH/SUS; no entanto, de ocorrência bastante rara, pois este procedimento só é registrado no âmbito do SUS quando o sistema local de saúde reconhece e incorpora a assistência prestada por parteiras. Dentre os municípios da amostra, um número muito pequeno declarou ter realizado este tipo de parto. Em 1996, ele ocorreu em 13 municípios da amostra e, em 2001, apenas três municípios declararam ter realizado este tipo de parto normal. Dos 13 municípios que declararam ter realizado este tipo de parto em 1996, a grande maioria concentrava-se no grupo dos municípios de porte populacional médio alto, grande e muito grande. Considerando que os partos não hospitalares no Brasil representaram 2,4% do total de partos SUS em 2003 e que, em muitas cidades, a ação das parteiras ocorre à parte do sistema de saúde, este indicador não se aplica à grande maioria dos municípios brasileiros. Este percentual vem mantendo-se, desde 1999, em algo de cerca de 2%. A ocorrência de parto com assistência de parteira tem crescido, haja vista que, em 2000, a participação equivaleu a 1,04% dos partos não hospitalares do SUS e, em 2003, correspondeu a 1,83% dos partos normais não hospitalares. Acredita-se que este indicador proposto não seja viável para desagregação municipal, pois sua ocorrência nos municípios é muito rarefeita, atualmente.

Indicação

Retirar o indicador.

¹⁰ O total de partos realizados no SUS é definido aqui como todos aqueles registrados com os códigos referentes a partos normais e partos cesarianos, registrados tanto no SIA/SUS como no SIH/SUS.

Percentual de partos hospitalares vaginais atendidos por obstetriz (nº 35)

Dimensão: Saúde sexual e reprodutiva

Bloco temático: Gestação, pré-natal, parto e puerpério

Subitem: Atenção ao parto

Descrição sucinta do indicador

Indica o percentual de partos hospitalares vaginais atendidos por obstetriz entre o total de partos realizados no SUS (hospitalares e não hospitalares).

Principais achados no processo de avaliação

Indicador de fácil estimação com dados do SIH/SUS. Apenas 45 municípios do total de municípios brasileiros declararam ter realizado partos hospitalares por obstetriz entre 1998 e 2002. Isto ocorre, em parte, porque em vários serviços, mesmo quando o parto é assistido por esta profissional, o procedimento registrado é de parto realizado por médico. A maior parte dos municípios onde se realizaram estes partos pertence ao estado de São Paulo. São 21 os municípios paulistas que realizaram partos por obstetriz. O segundo estado em volume de municípios é Roraima. O município de Boa Vista, no entanto, foi o que apresentou o maior número destes partos no decorrer do período.¹¹ Acredita-se que, devido ao pequeno número de casos registrados, este não é um bom indicador municipal, da qualidade de atenção ao parto.

Indicação

Retirar o indicador.

¹¹ De acordo com a Portaria nº 2.815, de 29/5/1998, do ministro da Saúde, o grupo de procedimentos “Parto Normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra”, e a “Assistência ao parto sem distócia por enfermeiro obstetra” passam a fazer parte da tabela do sistema de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) e da tabela do sistema de informações ambulatoriais (SIA/SUS), com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materna e perinatal. Também foi aprovado o laudo de enfermagem para emissão de autorização de internação hospitalar. Este tipo de parto é um procedimento relativamente novo entre os procedimentos do SIH, sendo que pouquíssimos municípios realizam-no; mas, em termos de volume total, vem crescendo no Brasil.

Percentual de partos por cesárea em relação ao total de partos (nº 36)

Dimensão: Saúde sexual e reprodutiva

Bloco temático: Gestação, pré-natal, parto e puerpério

Subitem: Atenção ao parto

Descrição sucinta do indicador

Percentual de partos por cesárea entre o total de partos registrados

Principais achados no processo de avaliação

Indicador de fácil obtenção no SINASC, inclui todos os nascimentos, tanto no SUS quanto os ocorridos no sistema de saúde suplementar. Observa-se que a maior proporção de cesáreas dentre o total de partos registrados aconteceu, durante os três primeiros anos analisados, nos municípios muito pequenos ou muito grandes, assumindo valores próximos a 45%. Este comportamento muda no final da década de 90, quando os valores ficam ao redor de 33% e 35%, excetuando-se os municípios muito grandes, que apresentam um percentual de cerca de 43%. Este fenômeno poderia ser consequência tanto de uma melhoria nos registros gerais da base como de uma tendência concreta de diminuição dos partos por cesárea ocorridos nestes municípios, devido a normas técnicas do Ministério da Saúde que estabeleceram um teto para o pagamento baseado no percentual de cesarianas em relação ao total de partos. Sugeriu-se acrescentar um indicador de partos por cesárea realizados no SUS, mesmo sabendo que, em respostas àquelas normas técnicas, muitas cesarianas deixaram de ser informadas no SIH.

Indicação

Manter o indicador.

Percentual de nascimentos com baixo peso ao nascer (nº 37)

Dimensão: Saúde sexual e reprodutiva

Bloco temático: Gestação, pré-natal, parto e puerpério

Subitem: Atenção ao parto

Descrição sucinta do indicador

Percentual de nascidos com menos de 2,5 quilos, no total de nascimentos.

Principais achados no processo de avaliação

Os valores correspondentes ao numerador e denominador podem ser obtidos diretamente da leitura dos registros do SINASC, facilitando a utilização deste tipo de informações pelos usuários. Não existem variações significativas referentes a este indicador, seja entre as categorias de municípios, seja entre os dois períodos considerados. Os valores encontrados correspondentes ao início da década de 90 e no fim deste período ficaram próximos de 7% de recém-nascidos com baixo peso. Os dados demonstram, algumas vezes, taxas mais elevadas de recém-nascidos de baixo peso que nem sempre indicam pior qualidade da assistência. Por exemplo, os municípios que contam com maternidades de alta complexidade apresentam bons resultados de sobrevivência de bebês cada vez mais prematuros. Estes prematuros, cujo nascimento com vida é obtido mediante maior qualidade da assistência obstétrica e neonatal, fazem subir as proporções de bebês nascidos com baixo peso. Assim sendo, este indicador só poderia ser adequadamente interpretado se aliado a outras informações, como as taxas de natimortalidade, perimortalidade ou de mortalidade neonatal precoce, cujos registros são de fidedignidade ainda bastante duvidosa no país.

Indicação

Retirar o indicador.

Percentual de internações por aborto incompleto (nº 38)

Dimensão: Saúde sexual e reprodutiva

Bloco temático: Gestação, pré-natal, parto e puerpério

Subitem: Aborto

Descrição sucinta do indicador

Percentual de internações por aborto incompleto no total de internações obstétricas do SUS.

Principais achados no processo de avaliação

Para o cálculo do número de internações por aborto foram computadas as internações designadas pelos códigos: curetagem pós-aborto e esvaziamento uterino por aspiração manual intra-uterina – AMIU. Como o indicador proposto é calculado apenas com os dados do sistema de saúde público, certa-

mente não expressa a realidade da participação dos abortos dentre as causas obstétricas de internação, mas a participação destas no SUS. É provável que o número de internações por aborto esteja sujeito à subestimação devido à subdeclaração, em função da clandestinidade do aborto, ou seja, muitas vezes, quando a mulher dá entrada no hospital com um processo de aborto iniciado, este é declarado com outro código a fim de evitar problemas futuros, no caso de uma internação destas evoluir para o óbito. Pode-se dizer que, nos locais com valores mais elevados para este indicador, podem estar acontecendo de fato mais internações por aborto entre as causas de internações maternas, ou, por outro lado, que o sistema de notificação da internação esteja mais desenvolvido e, portanto, funcionando melhor. Nesse sentido, os indicadores calculados para os municípios da amostra-piloto mostram que, à medida que aumenta o porte do município, aumentam também as proporções de internações por aborto dentre as internações por causas obstétricas. Nos municípios de porte populacional muito grande, a proporção de internações por aborto (12%) é mais do que o dobro em relação às proporções dos municípios pequenos (4-6%). O indicador apresentou tendência de crescimento no período analisado com taxas de crescimento que variaram de 6% a 19%. Isso se deu nos municípios de porte populacional menor, com exceção dos muito pequenos, onde o ritmo de crescimento da proporção de internações foi mais intenso, o que talvez seja reflexo da melhoria da notificação da internação. Sugere-se que o denominador deste indicador seja refinado, utilizando-se o número de internações para o parto no SUS, em vez de internações obstétricas, a fim de que melhor reflita a população mais exposta ao risco.

Indicação

Modificar o indicador. O denominador deveria ser o total de internações por parto do SUS.

Percentual de óbitos por aborto em relação ao total de óbitos por causas maternas (nº 39)

Dimensão: Saúde sexual e reprodutiva

Bloco temático: Gestação, pré-natal, parto e puerpério

Subitem: Aborto

Descrição sucinta do indicador

Percentual de óbitos cuja causa de morte tenha sido registrada como aborto entre o total de óbitos femininos cujas causas tenham sido registradas como causas maternas.

Principais achados no processo de avaliação

Indicador obtido do SIM, após definição dos códigos que são entendidos como causas maternas.¹² Em todo o período analisado (1990-92 e 199-2002), poucos municípios registraram alguma morte feminina por aborto e, ainda assim, quando registrados, são poucos casos, a maioria deles concentrados nas capitais de estado. Analisando o comportamento deste indicador para todos os municípios da amostra-piloto nos quais se obteve informação, as proporções variam de 0% até 100%. Porém, ao se fazer a leitura do mesmo por porte populacional dos municípios, os médios altos são os que apresentam valores mais altos (23%) e os grandes e muito grandes, níveis intermediários com uma tendência de diminuição nos anos considerados. Vale ressaltar a deficiência observada nos registros de mortalidade por estas causas, com a conseqüente subnotificação e a ausência, na maior parte do país, de algum sistema de verificação de óbitos que permita o esclarecimento da verdadeira causa da morte. Apesar da importância da medida, por indicar mortes evitáveis e somente acontecer com mulheres devido ao estado da gravidez, recomenda-se o que não se use este indicador, da forma como foi proposto, principalmente nos municípios que não contam com um sistema paralelo de averiguação que permita superar as limitações apontadas anteriormente.

Indicação

Retirar o indicador.

12 Na CID-9, os códigos para óbitos por aborto foram os numerados de 630 a 639 e, na CID-10, agruparam-se os códigos de 000 até 008. No caso do denominador, foi necessário tabular os óbitos por causas maternas; na CID-9, os códigos de todo o capítulo XI – Complicações da gravidez, parto e puerpério –, códigos do 630 a 676. Para a CID 10, trabalhou-se com o grupo de causas definidos na Portaria nº 723/GM: A34, D39.2, M83.0 e 000-095,098-099.

Letalidade hospitalar por aborto (nº 40)

Dimensão: Saúde sexual e reprodutiva

Bloco temático: Gestação, pré-natal, parto e puerpério

Subitem: Aborto

Descrição sucinta do indicador

Óbitos ocorridos cuja causa tenha sido registrada por aborto entre por 100 mil internações por aborto no SUS.

Principais achados no processo de avaliação

Tanto o número de internações quanto o de óbitos por aborto estão subestimados em função da clandestinidade, pois, como já foi mencionado com relação ao indicador anterior, o levantamento dos óbitos por aborto através da investigação das internações que acabaram em óbito pode implicar em denúncia quando não forem acompanhadas de justificativas legais e trazer conseqüências judiciais para o profissional de saúde. Portanto, muitos profissionais de saúde acabam preferindo a omissão da causa real da internação e, conseqüentemente, do aborto. Em apenas 14, em 1996, e 7, em 2001, dos 120 municípios da amostra-piloto, foi possível encontrar dados de ocorrências de óbitos dentre as internações por aborto. As declarações concentraram-se nos municípios de porte populacional grande e muito grande. Segundo dados do Dossiê Aborto Inseguro – Rede Feminista em Saúde,¹³ ocorreram no país, no ano 2000, 247.884 internações por aborto, dentre as quais 67 foram a óbito. Isto significa uma taxa de 27,03 óbitos por 100 mil internações por aborto. As taxas encontradas para os municípios da amostra-piloto estão muito abaixo desse patamar, nos municípios com informações, em torno de 2 em cada 100 mil. Em função da baixa ocorrência registrada e problemas nos registros, recomenda-se não utilizar este indicador em nível municipal.

Indicação

Retirar o indicador.

13 Disponível em www.redesaude.org.br/dossies/html/ab-apresentacao.html. Acesso em novembro de 2005.

Razão de mortalidade materna (nº 41)

Dimensão: Saúde sexual e reprodutiva

Bloco temático: Gestação, pré-natal, parto e puerpério

Subitem: Mortalidade materna

Descrição sucinta do indicador

Óbitos cuja causa de morte tenha sido registrada como materna por 100 mil nascidos vivos.

Principais achados no processo de avaliação

Como se trata de um evento raro, os municípios foram divididos em dois grupos: com população residente maior e menor que 80 mil habitantes. A maioria dos municípios, em ambos os grupos, não registrou casos ou pequeno número de mortes maternas em todos os anos considerados. Nos municípios com mais de 80 mil habitantes, as taxas estimadas variaram de zero a 105 por 100 mil nascidos vivos no período 1999-2001, sendo o valor médio da razão de mortalidade materna de 42 mil mortes em 100 mil nascidos vivos. A taxa estimada para o Brasil foi de 53 mortes por 100 mil nascidos vivos. Sabe-se, no entanto, que estes óbitos são subenumerados. Estudo realizado em todas as capitais brasileiras, em 2002, identificou 1,34 vezes mais óbitos maternos do que os declarados nos atestados de óbito. Aplicando-se este fator de correção, a mortalidade materna no país estaria ao redor de 73/100 mil nascidos vivos, se feita correção por causas maternas. Nos países desenvolvidos, esta razão está ao redor de 13 óbitos por 100 mil nascidos vivos.

Indicação

Modificar o indicador. Utilizar somente o número de mortes maternas registradas.

Letalidade hospitalar por causas maternas (nº 42)

Dimensão: Saúde sexual e reprodutiva

Bloco temático: Gestação, pré-natal, parto e puerpério

Subitem: Mortalidade materna

Descrição sucinta do indicador

Óbitos cuja causa de morte tenha sido registrada como internações obstétricas por 100 mil internações por parto¹⁴ no SUS.

Principais achados no processo de avaliação

Indicador de fácil obtenção. Os dados não permitem que se estabeleça uma associação entre a magnitude da letalidade materna e o porte do município. Entretanto, a maioria dos casos de óbitos por causas maternas ocorre nos municípios de porte grande e muito grande, sendo alguns deles capitais de estado. Esta evidência não significa, necessariamente, que exista uma frequência maior de óbitos nestas localidades, mas que, nestes lugares, o sistema de notificação da mortalidade pode ser melhor do que em outras áreas. Novamente, não se pode deixar de mencionar também os comitês de Morte Materna, cuja efetividade de ações faz-se mais presente em municípios maiores. Apesar deste indicador poder identificar municípios com hospitais que apresentem alta letalidade materna e, portanto, sujeitos à intervenção de políticas públicas de prevenção, no estágio atual o aumento de registros pode simplesmente significar melhoria na forma de captação do evento. Assim, no que se refere a todo o bloco de mortalidade materna, sugere-se utilizar somente o valor absoluto de mortes maternas ocorridas no município a partir das informações do SIM, como mecanismo de sinal de alerta, partindo do pressuposto de que, por tratar-se de morte evitável na grande maioria dos casos, deveriam ser encontradas zero mortes relacionadas a causas obstétricas.

Indicação

Retirar o indicador.

Taxa de tratamento de gestantes com AZT (nº 43)

Dimensão: Saúde sexual e reprodutiva

Bloco Temático: Ocorrência de DST/aids

Subitem: Mortalidade materna

¹⁴ O total de internações por parto no SUS é definido aqui como todos os códigos referentes a partos cesarianos e partos normais registrados no SIH/SUS e no SIA/SUS.

Descrição sucinta do indicador

Número de gestantes que receberam AZT entre o total de gestantes diagnosticadas como soro-positivo.

Principais achados no processo de avaliação

O indicador foi desconsiderado, no conjunto de indicadores avaliados, pois, apesar dos sucessivos esforços, não foi possível à equipe ter acesso à base de dados SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos, a qual seria a fonte de dados com as informações necessárias disponíveis.

Indicação

Retirar o indicador.

2.3 Ocorrência de DST/aids

Incidência de sífilis congênita (nº 44)

Dimensão: Saúde sexual e reprodutiva

Bloco temático: Ocorrência de DST/aids

Subitem: DST

Descrição sucinta do indicador

Total de casos novos de sífilis congênita em menores de 2 anos de idade em 1000 nascidos vivos.

Principais achados no processo de avaliação

Indicador de difícil acesso, pois necessita de dados especiais do SINAN, que não estão totalmente disponibilizados para uso público. Para se obterem dados sobre a incidência de sífilis congênita em menores de 2 anos, foi necessário recorrer à base de dados especialmente enviada pela equipe DST/Aids do Ministério da Saúde, pois os dados de uso público do SINAN referem-se somente à hanseníase e à aids. A série disponível cobre os anos de 1996 até agosto de 2001. Os registros de sífilis congênita são gerados pela notificação de casos, cuja prática é bastante heterogênea no país. No conjunto dos nossos municípios, apenas foram encontrados registros anteriores a 2000 em 14 municípios. A qualidade dos dados está relacionada com as condições

técnicas e de operacionalização dos sistemas locais de vigilância epidemiológica, no sentido de detectar, notificar e investigar, realizando os exames laboratoriais específicos para que se tenha a confirmação de diagnósticos de sífilis nas gestantes e nos recém-nascidos. Nesse sentido, a ocorrência, mesmo que de poucos casos, deste agravo certamente indica falhas na atenção à saúde da mulher, sobretudo na época do pré-natal, quando deveria haver detecção precoce e tratamento da doença antes de sua transmissão ao feto. Os resultados mostram que indicador adquire consistência a partir do ano 2000, principalmente nos municípios maiores. Somente nos municípios pequenos não se registrou ocorrência de sífilis congênita em menores de 2 anos de idade. As estimativas variaram de zero a 1,71 ocorrências por 1000 nascidos vivos. Vale lembrar que em 1993 o Ministério da Saúde propôs o Projeto de Eliminação de Sífilis Congênita, em consonância com a proposta de controle da doença nas Américas, formulado pela OMS e pela OPAS, o qual definiu como meta de incidência o máximo de um caso por mil nascidos vivos. No ano de 1995, o Comitê Executivo da OPAS elaborou um plano de ação para a eliminação da sífilis congênita, cuja meta seria reduzir a incidência para menos de 0,5 caso, por mil nascidos vivos. Segundo os dados dos relatórios trimestrais, dos 429 grupos do GISC – Grupos de Investigação de Sífilis Congênita em maternidades e serviços de pré-natal –, entre setembro de 1996 e agosto de 2001, a média foi de 6,8 casos por mil nascidos vivos. Apesar da conhecida subnotificação dos casos e devido à necessidade de diagnóstico precoce, recomenda-se utilizar o número de casos notificados, como sinal de alerta, em vez de calcular razões sobre o número de nascidos vivos.

Indicação

Modificar o indicador. Utilizar o valor absoluto de casos novos de sífilis congênita em menores de 2 anos.

Razão de sexo na incidência de aids (nº 45)

Dimensão: Saúde sexual e reprodutiva

Bloco temático: Ocorrência de DST/aids

Subitem: Aids

Descrição sucinta do indicador

Total de casos notificados de aids entre os homens sobre o total de casos notificados de aids entre as mulheres.

Principais achados no processo de avaliação

Indicador de fácil obtenção, pois os dados estão disponíveis no Programa Nacional de DST e Aids (www.aids.gov.br) desde 1980 até 2003. Como já foi mencionado em relação ao indicador incidência de sífilis congênita, cuja fonte utilizada também é o SINAN, a qualidade dos dados depende muito das condições técnicas e de operacionalização dos sistemas de vigilância epidemiológica de cada região. De acordo com os boletins epidemiológicos disponibilizados pela gerência do Programa Nacional de DST e Aids, houve uma melhoria na qualidade do banco de dados, em função da introdução da revisão da definição de caso ocorrida em 1998 e, também, da intensificação dos esforços das equipes de vigilância epidemiológica para melhorar a coleta e a qualidade dos dados. Apenas para menos da metade dos 120 municípios da amostra foi possível calcular a razão de sexo da incidência de aids em 1996, pois, nos demais municípios, não houve ocorrências registradas. No ano de 2001, com a melhoria da notificação e do diagnóstico, este valor sobe para 77 municípios. Os resultados confirmam a tendência de crescimento da epidemia na população feminina. De acordo com os dados do Programa Nacional de DST e Aids, a razão de sexo na incidência da doença (homens:mulheres) no Brasil, que em 1983-1984 era de 16:1, passou para 2:1 em 1998. Os municípios de porte muito grande atingiram um nível semelhante ao encontrado para o país em 1998, ou seja, dois casos masculinos diagnosticados para cada caso feminino em 2001. As dificuldades de notificação de casos nos municípios de menor porte são muito grandes, e não se sabe até que ponto a ocorrência de casos de aids nos municípios menores é menor do que nos municípios maiores, ou se as falhas de declaração dos casos são mais frequentes nos municípios de menor porte populacional.

Indicação

Modificar o indicador. Utilizar o número de casos de aids na população feminina e número de casos de aids na população masculina.

Taxa de gestante soro-positivo (nº 46)

Dimensão: Saúde sexual e reprodutiva

Bloco temático: Ocorrência de DST/aids

Subitem: HIV

Descrição sucinta do indicador

Número de gestantes com teste de HIV positivo no total de gestantes que o fizeram.

Principais achados no processo de avaliação

Da mesma forma que o indicador de tratamento com AZT para mulheres soro-positivo, este indicador não foi avaliado, pois, apesar dos esforços realizados junto aos possíveis fornecedores das fontes de dados, não foi possível obter as informações básicas que permitissem o cálculo deste indicador, – as informações não estão disponibilizadas para uso público.

Indicação

Retirar o indicador.

2.4 Doenças do trato reprodutivo

Percentual de mulheres de 35 a 54 anos que realizaram exames cérvico-vaginais (nº 47)

Dimensão: Saúde sexual e reprodutiva

Bloco temático: Doenças do trato reprodutivo

Subitem: Diagnóstico

Descrição sucinta do indicador

Percentual de mulheres de 35 a 54 anos que realizaram exames citopatológicos cérvico-vaginais.

Principais achados no processo de avaliação

Indicador facilmente calculado com dados disponíveis no SISCOLO desde janeiro de 2000 até dezembro de 2003 e em CD-ROMs desde 2000. Para o propósito da

avaliação, foi selecionado o número de exames feitos através da opção município de residência da mulher. Esta opção implicou buscarem-se, em todas as UFs, as mulheres de 35 a 54 anos que fizeram exame e eram residentes em qualquer UF, não necessariamente semelhante àquela onde o exame foi realizado. Em 106 dos 120 municípios selecionados para a experiência-piloto, houve registro deste evento. Um outro fato interessante, que chama a atenção, é o baixo volume de exames realizados em cidades como Campinas, comparativamente à população feminina. Mas o maior problema encontrado nesta base de dados foi a ausência de dados referentes ao número de exames realizados em Curitiba e Foz do Iguaçu, onde se encontram, respectivamente, 184.952 e 25.729 mulheres residentes com idade entre 35 e 54 anos. Vale ressaltar que os três exames realizados em pacientes residentes em Curitiba foram computados como o tendo sido em outros estados. Isto ocorreu, provavelmente, porque o estado do Paraná foi pioneiro na implantação de um Programa para Controle do Câncer de Colo do Útero, que contava com um sistema de informação próprio e foi gradativamente adaptado para exportar dados para o SISCOLO. Analogamente, não foram encontrados dados para os municípios paranaenses de Entre-Rios, Pinhais e Ventania (municípios novos). Por outro lado, o município de Taquarussu, em Mato Grosso do Sul, de porte populacional muito pequeno, apresentou elevada proporção de exames realizados, atingindo 18,6% das mulheres, fato que pareceu bastante improvável. Sugere-se que os cálculos sejam feitos com dados disponíveis na página do Datasus, que já dispõe de versão mais atualizada dos dados. Adicionalmente, como o Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama (Viva Mulher) define a população-alvo como a de mulheres com 25 a 59 anos, sugere-se modificar o denominador do indicador.

Indicação

Modificar o indicador. Utilizar somente mulheres de 25 a 59 anos no denominador.

Percentual de homens que realizaram o exame de próstata nos últimos dois anos (nº 48)

Dimensão: Saúde sexual e reprodutiva

Bloco temático: Doenças do trato reprodutivo

Subitem: Diagnóstico

Descrição sucinta do indicador

Número de homens que realizaram exame de próstata nos últimos dois anos no total de homens de 40 anos e mais.

Principais achados no processo de avaliação

Da mesma forma que o indicador de tratamento com AZT para mulheres soropositivo, este indicador não foi avaliado, pois, apesar dos esforços realizados junto aos possíveis fornecedores das fontes de dados, não foi possível obter as informações básicas que permitissem calculá-lo.

Indicação

Retirar o indicador.

Taxa de mortalidade em mulheres por câncer de colo do útero (nº49)

Dimensão: Saúde sexual e reprodutiva

Bloco temático: Doenças do trato reprodutivo

Subitem: Mortalidade

Descrição sucinta do indicador

Número de óbitos femininos cuja causa de morte tenha sido registrada como câncer de colo de útero da população feminina por 100 mil.

Principais achados no processo de avaliação

Indicador de fácil cálculo¹⁵ e acesso aos dados do SIM. Decidiu-se calcular as taxas padronizadas utilizando como padrão a população do Brasil correspondente aos anos de 1991 e 2000, o que permite uma comparação mais consistente entre vários municípios, ou entre período temporal prolongado de um mesmo município, já que se está controlando o efeito da estrutura etária. Nos dados brutos, observa-se um aumento gradativo no número de casos registrados como óbitos por câncer de colo do útero – porém com uma variabilidade alta entre os municípios de grande e pequeno porte, onde os valores estimados das taxas padronizadas,

¹⁵ Para a CID-9, utilizou-se o código “180 – Neoplasia maligna do colo do útero” e, para a CID-10, utilizou-se o código “C53 – Neoplasia maligna do colo do útero”.

para os 120 municípios que compõem a amostra, apresentam variações de zero até 15 por 100 mil mulheres. Constatou-se, também, um aumento do valor das taxas desde o início até o fim do período, especialmente nos muito pequenos, pequenos e médio baixos que, no início da década, apresentaram uma ou duas mortes por câncer de colo de útero por cada 100 mil mulheres e duplicaram este valor nos últimos anos. Uma outra regularidade observada é que o valor das taxas aumenta na medida em que aumenta o porte dos municípios, porém com valores relativamente próximos entre todas as categorias de porte populacionais dos municípios – de 4 a 6 por 100 mil –, valores estes muito similares à média nacional (3,9 e 4,4 nos anos de 1991 e 1998). Este aumento deve-se, provavelmente, ao melhor diagnóstico da doença, evidenciado pela diminuição extraordinária dos óbitos declarados como decorrentes de câncer em porção não especificada do útero e correspondente aumento na declaração de óbitos por câncer no corpo do útero e no colo do útero, a partir de 1998.¹⁶

Indicação

Retirar o indicador.

Taxa de mortalidade em mulheres por câncer de mama (nº 50)

Dimensão: Saúde sexual e reprodutiva

Bloco temático: Doenças do trato reprodutivo

Subitem: Mortalidade

Descrição sucinta do indicador

Óbitos femininos cuja causa de morte tenha sido registrada como câncer de mama entre o total da população feminina por 100 mil.

Principais achados no processo de avaliação

Com relação aos dados, valem as mesmas observações feitas para o indicador anterior (câncer de colo de útero).¹⁷ Os dados apresentam-se com um aumento no registro através dos anos e um aumento nas taxas na medida

16 Brasil. *Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 686.

17 Para os óbitos por câncer de mama, na CID-9 foi utilizado o código “174 – Neoplasia maligna da mama feminina” e, no caso da CID-10, o código “C50 – Neoplasia maligna da mama”.

em que aumenta o porte do município, sendo que, nos menores, a média do indicador fica ao redor de cinco óbitos por 100 mil mulheres e, nos grandes, ao redor de dez. Há uma enorme variabilidade nos valores encontrados, de zero até 31 por 100 mil casos, nos municípios da amostra. A raridade da ocorrência deste evento compromete sua avaliação e apreciação em nível municipal.

Indicação

Retirar o indicador.

Taxa de mortalidade por câncer de próstata (nº 51)

Dimensão: Saúde sexual e reprodutiva

Bloco temático: Doenças do trato reprodutivo

Subitem: Mortalidade

Descrição sucinta do indicador

Óbitos masculinos cuja causa de morte tenha sido registrada como câncer de próstata no total da população masculina por 100 mil.

Principais achados no processo de avaliação

Com relação aos dados, valem as mesmas observações feitas para os dois indicadores anteriores.¹⁸ As taxas de câncer por próstata calculadas para a amostra de municípios considerada, com diferentes portes populacionais, apresentam-se com valores muito próximos (superiores a 5 por 100 mil) naqueles classificados como muito pequenos, pequenos, grandes e muito grandes, nos anos 90, sendo os médios (baixos ou altos) os que registram valores relativamente inferiores (aproximadamente 3 por 100 mil homens). Nota-se, em todas as categorias, um aumento nos valores das taxas através do tempo apenas nos municípios muito pequenos, onde se constata uma diminuição de quase 50%. Nos restantes, os maiores aumentos apresentaram-se entre pequenos e muito grandes. De forma geral, há grande variabilidade nos resultados, de zero ocorrências até 34 por 100 mil. No entanto, estes valores são muito baixos e apresentam problemas na comparação em nível municipal.

¹⁸ Para os óbitos por câncer de próstata, na CID-9 utilizou-se o código “185 – Neoplasia maligna da próstata” e, no caso da CID-10, o código “C61 – Neoplasia maligna da próstata”.

Indicação

Retirar o indicador.

Taxa de mortalidade por câncer de pênis (nº 52)

Dimensão: Saúde sexual e reprodutiva

Bloco temático: Doenças do trato reprodutivo

Subitem: Mortalidade

Descrição sucinta do indicador

Óbitos masculinos cuja causa de morte tenha sido registrada como câncer de pênis no total da população masculina por 100 mil.

Principais achados no processo de avaliação

Novamente, aqui valem as observações para os indicadores anteriores, com relação aos dados básicos.¹⁹ No início da década de 90, um total de 90 municípios apresentava-se sem nenhum registro (correspondendo a 76% do total de 120 considerados na amostra). No final da mesma década, o quadro manteve-se praticamente com a mesma qualidade desfavorável para o cálculo deste indicador, contabilizando 95 municípios sem registro de óbitos por câncer de pênis (79% do total dos municípios avaliados). A ocorrência deste evento é ainda mais rara que a ocorrência de câncer de próstata. A maioria dos municípios não tem nenhum caso registrado, e os resultados mostram uma variabilidade de ocorrência entre zero e 8 por 100 mil homens.

Indicação

Retirar o indicador.

19 Para a CID-9, o código utilizado foi “187 – Neoplasia maligna do pênis” e, no caso da CID-10, “C60 – Neoplasia maligna do pênis”.

[capítulo 5]

*Os indicadores
de saúde sexual e reprodutiva:
estudo de casos de
municípios selecionados*

Ignez Helena Oliva Perpétuo¹

Laura L. Rodríguez Wong¹

Mirian Martins Ribeiro¹

1 Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR) – Departamento de Demografia da Universidade Federal de Minas Gerais. Este capítulo teve importante colaboração de Regiane Lucinda de Carvalho, estagiária do CEDEPLAR.

Introdução

Findo o processo de seleção do Sistema de Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva (ISSR), a próxima etapa consistiu na investigação das potencialidades de sua utilização para mapear o perfil da saúde sexual e reprodutiva através de um estudo de casos de “municípios-tipo”, ou seja, representativos da diversidade dos municípios brasileiros.

Este estudo de casos buscou atender a meta primordial do projeto, qual seja, propor um sistema de indicadores que ofereça ao gestor de saúde um panorama contextualizado e sintético das condições da saúde sexual e reprodutiva do município, alertando, desta forma, para as áreas onde haveria mais ou menos necessidade de intervenção e estudos mais aprofundados.

Considerando essa meta, este estudo exemplifica a forma de analisar e interpretar o conjunto, aqui proposto, de indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva, de forma conjunta e articulada, o que serve, tanto de guia para utilização por gestores e técnicos, como de material didático para a capacitação na utilização do sistema.

Os 12 municípios selecionados como são apresentados na Tabela 5.1. O critério utilizado na seleção visou: (i) captar a heterogeneidade regional, considerando-se dois subconjuntos de regiões: Norte-Nordeste e Sudeste-Sul-Centro Oeste; (ii) a habilitação e porte populacional: PAB pequeno e grande porte populacional, PABA médio porte, GPMS NOAS ou NOB) pequeno, médio e grande porte populacional. Com o critério anterior, os municípios foram selecionados dentre aqueles que participaram da experiência-piloto relatada no capítulo anterior; desta forma, eles não representam todos os diversos níveis ou status de SSR, tampouco foram selecionados para servir de modelo, pois se acredita que o sistema sirva não apenas para levantar questões quanto ao acesso à SSR, mas também para dar indicações sobre a disponibilidade e qualidade dos dados. Assim, indicadores de uma situação ruim podem se dever a falhas na sistematização dos dados, enquanto que indicadores excelentes podem se dever ao sub-registro dos eventos (um caso típico disto é a mortalidade infantil). Nestas situações, o gestor deve buscar informações mais detalhadas e específicas que possam explicar resultados não esperados.

Este capítulo contém quatro seções, além desta introdução. A próxima seção apresenta o Sistema de Indicadores de Saúde Reprodutiva, discutindo o significado de cada uma das dimensões por ele contempladas e os parâmetros de referência para sua avaliação. A terceira seção apresenta os valores dos indicadores de saúde reprodutiva para o Brasil, o que pode servir como um dos parâmetros de referência para a análise dos municípios. A seção 3 apresenta o Sistema de Indicadores de Saúde Reprodutiva de cada um dos 12 municípios-tipo, e a seção 4 contém breves reflexões sobre os resultados do estudo de casos.

Tabela 5.1 – Municípios brasileiros selecionados para o estudo de caso do Sistema de Indicadores Municipal de Saúde Sexual e Reprodutiva

Município e UF	Habilitação SUS(a)	População em 2003	Classe de tamanho (b)	Região
1. Fortaleza (Ceará)	GPSMNOAS	2.256.235	Muito Grande	NO-NE
2. Curitiba (Paraná)	GPSMNOAS	1.671.193	Muito Grande	SE-SU-CO
3. São Jorge do Patrocínio (Paraná)	GPSMNOAS	5.820	Pequeno	SE-SU-CO
4. Rio Maria (Pará)	GPSMNOB	14.712	Médio baixo	NO-NE
5. Cataguases (Minas Gerais)	GPSMNOB	65.781	Grande	SE-SU-CO
6. Igarassu (Pernambuco)	GPSMPABA	86.520	Grande	NO-NE
7. Rio Branco (Acre)	PAB	274.556	Muito Grande	NO-NE
8. Japaratinga (Alagoas)	PAB	6.795	Pequeno	NO-NE
9. Sete Quedas (Mato Grosso do Sul)	PAB	9.687	Pequeno	SE-SU-CO
10. Planaltina (Goiás)	PAB	84.043	Grande	SE-SU-CO
11. Simão Dias (Sergipe)	PABA	38.237	Médio alto	NO-NE
12. Cabreúva (São Paulo)	PABA	37.501	Médio alto	SE-SU-CO

(a) Habilitação no SUS

GPSM-NOAS: Gestão Plena do Sistema Municipal pela Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2002; GPSM-NOB: Gestão Plena do Sistema Municipal pela Norma Operacional Básica de 1996; GPSM-PABA: Gestão Plena do Sistema Municipal pela Norma Operacional Básica; PAB: Piso de Atenção Básica; PABA: Plano de Atenção Básica Ampliado.

(b) Tipo de município segundo tamanho populacional:

Pequeno: Até 10.000; Médio: 10.001 – 50.000; Grande: 50.001- 99.999; Muito grande: mais de 100.000.

Sistema de Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva (ISSR) – Significado e parâmetros de avaliação²

A série dos indicadores selecionados para compor o sistema de ISSR busca representar duas dimensões definidas como fundamentais para a SSR, como já mencionado anteriormente – os indicadores de contexto e os de SSR especificamente.

A primeira delas, de contexto, faz sentido a partir da importância de características gerais da sociedade – demográficas e condições gerais de vida e de infra-estrutura de bens e serviços –, para garantir a capacidade de homens e mulheres de exercer com segurança sua vida sexual e reprodutiva. Nesse sentido, as características do município, no que se refere ao seu sistema de saúde, à sua situação social e econômica, às condições gerais de saúde, bem como às características demográficas e socioeconômicas dos indivíduos, são pré-condições para a SSR do município que se analisa.

A segunda dimensão tem a ver com a SSR propriamente dita, contemplando subconjuntos de indicadores que refletem, *direta* ou *indiretamente*, o acesso à atenção à saúde sexual e reprodutiva em áreas essenciais, como prevenção da gravidez, atenção pré-natal e ao parto, saúde dos adolescentes, prevenção, diagnóstico e tratamento de enfermidades de transmissão sexual e outras afecções do sistema reprodutivo, permitindo, no caso da assistência à maternidade, também inferências acerca da qualidade desta atenção.

2 Esta seção é baseada em documentos produzidos nas fases anteriores do Projeto de Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva, a saber: 1) “Relatório final – Experiência-Piloto de aplicação dos indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva: avaliação de indicadores de contexto”, realizada pela equipe do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional – CEDEPLAR, Ignez Helena Oliva Perpétuo, Laura L. Rodríguez Wong e Adriana Miranda-Ribeiro; 2) “Relatório final – Experiência-Piloto de aplicação dos indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva: avaliação de indicadores de SSR”, realizada pela equipe do Núcleo de Estudos de População – NEPO, Elza Berquó, Estela M. G. P. da Cunha, Stella B. S. Telles e Raquel Jakob; e 3) “Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva: relatório final do estudo de caso”, elaborado por Ignez Helena Oliva Perpétuo, Laura L. Rodríguez Wong e Mirian Martins.

Este conjunto de indicadores, que foi resultado das discussões levadas a cabo durante e após a experiência-piloto, que resultou na escolha de 44 indicadores, é apresentado no Anexo 3. Incluem-se, na última coluna, breves “Observações” sobre o significado de cada um deles, do ponto de vista da SSR.

Os indicadores de contexto

O contexto em que a população desenvolve sua vida reprodutiva pode ser traçado através de quatro conjuntos de indicadores. O primeiro destes conjuntos – *identificação do município* – busca caracterizá-lo. No que diz respeito:

- (i) ao sistema de saúde – através do tipo de habilitação no SUS;
- (ii) a características demográficas básicas – representadas pelo número total de domicílios, o volume da população total, o número absoluto de mulheres de 15 a 49 anos e seu nível de desenvolvimento; este último, representado por meio do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M).

A habilitação dos municípios no SUS é um ato através do qual o poder público municipal assume um determinado tipo de responsabilidade pela gestão do sistema de saúde em seu território. Essa habilitação pode se dar através de diferentes condições de gestão, definidas através de normas operacionais – Norma Operacional Básica de 1996 (NOB96) e Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 01/02³ – que explicitam as responsabilidades do gestor municipal, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas que favorecem seu desempenho. Parte destes requisitos diz respeito tanto à infra-estrutura física e de recursos humanos disponíveis no município como a sua capacidade operacional. Assim, municípios habilitados em modalidades mais avançadas de gestão, em princípio, teriam maior capacidade de potencial atenção às necessidades de saúde dos residentes em seu território e, por extensão, também às de saúde reprodutiva.

O número total de domicílios e a população total são características que definem o porte do município – pequeno, médio, grande ou muito grande –, o qual guar-

3 Ver os diferentes tipos de habilitação na nota explicativa (a) da Tabela 5.1

da uma estreita relação tanto com a infra-estrutura de bens e serviços urbanos como com a infra-estrutura dos serviços de saúde. Municípios de pequeno porte (menos de 10 mil habitantes) tendem a apresentar uma mais precária e/ou menos complexa infra-estrutura de serviços de saúde que municípios de médio e grande porte, que, em contrapartida, costumam ter serviços como hospitais que servem de referência e devem atender à clientela de outros municípios. Municípios muito grandes, como aqueles que compreendem áreas metropolitanas e incluem populações marginalizadas (de periferias e favelas, com dimensões frequentemente maiores em termos relativos e absolutos), oferecem serviços de alta complexidade. Mesmo os serviços básicos de saúde, como os programas de Saúde da Família, tendem a ter uma organização e um relacionamento com a população influenciados/adequados ao tamanho/complexidade do município.

O número absoluto de mulheres de 15-49 anos, por outro lado, dá a dimensão do segmento que corresponde à população feminina em idade fértil, que é objeto de vários dos programas e/ou iniciativas envolvidas no campo da SSR, servindo para balizar a demanda potencial de serviços e de denominador para indicadores de planejamento familiar, morbidade etc.

O IDH-M é um indicador resumo do grau de bem-estar da população, construído a partir de informações que permitem avaliar o desenvolvimento municipal em três dimensões: social (representada taxa de alfabetização de adultos e número médio de anos de estudo), de saúde (expressa na esperança de vida ao nascer), e econômica (com base na renda familiar *per capita*). O IDH-M pode variar entre 0,0 e 1,0, numa escala em que maiores valores indicam maiores graus de bem-estar social.

O segundo conjunto de indicadores de contexto – *indicadores gerais de população* – traz informações sobre a distribuição espacial, etária e por cor da população e sobre o ritmo de crescimento da população.

A primeira destas dimensões, representada pelo percentual de população rural, é importante, pois o acesso aos serviços de saúde e os padrões de morbimortalidade distribuem-se desigualmente entre a área urbana e a rural. Assim, municípios com maior percentual de população rural apresentam condições menos favoráveis.

A distribuição etária é representada pelo percentual da população em três grandes grupos etários: menor de 15 anos (infanto-juvenil), 15 a 64 anos (idade ativa) e de 60 anos e mais (população idosa). Estes são grupos que demandam serviços sociais específicos; particularmente diferenciados quando se trata de serviços de saúde. Além disso, os percentuais de população nos grupos etários extremos – menores de 15 anos, e de 60 anos e mais – indicam o grau de envelhecimento populacional, nome dado ao fenômeno de aumento da importância relativa da população idosa, *vis-à-vis* a diminuição da importância da população jovem, em decorrência das transformações demográficas que o país está experimentando. Por convenção, considera-se que a população tem uma estrutura relativamente jovem quando a proporção de população menor de 15 anos é maior que, por exemplo, 35%, e tem uma estrutura etária envelhecida quando a proporção da população de 60 anos e mais é maior que 15%. Estes critérios podem variar de país a país.

A taxa de crescimento populacional representa a variação percentual anual da população em relação ao volume populacional existente no ano anterior. Sendo apresentada para o total da população e para os três grandes grupos etários, permite aquilatar não apenas o ritmo de crescimento ou diminuição populacional, mas o ritmo de seu envelhecimento. No contexto das mudanças demográficas atuais em curso no Brasil, podem ocorrer situações extremas nas quais o município apresenta crescimento populacional total baixo ou até negativo, e grande crescimento do grupo idoso; nesta primeira década do século XXI, e talvez na seguinte, a população mais jovem apresentará em muitos municípios crescimento bastante moderado e até negativo, o que orientará o gestor de saúde sobre a melhor forma de aplicar os recursos num segmento de população que é chave para o potencial humano do município. Ao mesmo tempo, as altas taxas de crescimento entre a população mais velha alertarão sobre a necessidade de modificar/adaptar a oferta de serviços de saúde no médio e/ou longo prazos à demanda diferente que esta população tem com relação à saúde e apresenta-se com acentuada tendência de aumento.

A distribuição relativa da população total por cor é incluída diante do pressuposto de existirem perfis epidemiológicos e/ou de demandas de atenção à

saúde, diferenciados por cor/etnia, e também o fato de que os não-brancos estão sujeitos a condições socioeconômicas mais desfavoráveis e possuem características demográficas particulares (maior fecundidade e maior mortalidade), o que certamente tem rebatimentos no campo específico da saúde reprodutiva.

O terceiro conjunto de indicadores de contexto – *indicadores socioeconômicos* – é integrado por indicadores de educação, ocupação e renda. O percentual da população de 15 a 49 anos de idade com menos de quatro anos de estudo, isto é, o analfabetismo funcional da população de 15 a 49 anos de idade, é uma variável consagrada como *proxy* de situação socioeconômica. Contribui para a análise das condições de vida e de saúde da população, desde que a escolaridade está associada à adoção de comportamentos saudáveis, de medidas de promoção proteção e recuperação da saúde, à correta avaliação de situações e fatores de risco a saúde, ao acesso a serviço de saúde, à adesão ao tratamento etc. Pessoas de baixa escolaridade requerem formas particulares de abordagem nas práticas que visam promover, proteger e recuperar a saúde. Num contexto em que a situação desejada é atingir a educação básica universal e em que o analfabetismo (não saber ler e escrever um bilhete) é inaceitável, o valor deste indicador deveria ser muito pequeno, devendo tender a zero, dado o caráter compulsório da educação básica no Brasil.

Os percentuais de população masculina e feminina ocupada associam-se também a situação socioeconômica do município, por serem um indicador aproximado do desemprego.

A comparação dos percentuais de ocupação feminina e masculina permite avaliar a desigualdade de gênero no mercado de trabalho, sendo ela função de diferenças existentes: a) na disponibilidade de mão de obra para a produção econômica; b) no grau de envolvimento dos indivíduos para geração de renda de subsistência e reprodução social; c) na eficácia das políticas de previdência social e ensino básico em garantir meios para que idosos e crianças não precisem se engajar em atividades econômicas; e d) no grau de disseminação de valores com relação ao papel da mulher na sociedade. Além do mais, a forma como este indicador é calculado (trata-se da proporção daqueles que se declaram ocupados segundo critérios econômicos, em relação ao total da po-

pulação) oferece ao gestor uma idéia de quantos homens, ou mulheres, podem ser atendidos pelos serviços de saúde nos horários em que são comumente destinados a trabalhar.

O percentual de domicílios com renda *per capita* domiciliar inferior a $\frac{1}{4}$ SM, qual seja, domicílios de baixa renda, é um clássico indicador de nível de pobreza. Ele aponta a parcela da população vivendo em condições socioeconômicas desfavoráveis. Esta é uma população vulnerável, tanto em termos de padrão epidemiológico como de acesso a serviços de saúde em geral, e, por extensão, a serviços de SSR. A desagregação do indicador pelo sexo do chefe do domicílio adiciona-lhe um outro ingrediente de vulnerabilidade, uma vez que, à chefia feminina, costumam estar associadas outras condições desfavoráveis, como a questão das mães solteiras e interrupção de uniões conjugais por separação, viuvez etc.

O quarto e último conjunto de indicadores do contexto – *indicadores gerais de saúde* – é integrado pela taxa de mortalidade infantil, pelo percentual de mortes por causa mal definida e pela taxa de mortalidade por causa externa, de homens de 15 a 34 anos.

O primeiro desses indicadores é considerado o melhor indício das condições de saúde e do bem-estar da comunidade e, por sua relação com a atenção materna, seria, dentre os indicadores gerais de saúde, o de maior potencial para informar sobre condições de SR. Num contexto de boas condições de saúde, o parâmetro de referência poderia ser o limite de 10 óbitos por mil nascidos vivos, desde que países latino-americanos com padrões relativamente altos de atenção materno-infantil, como o Chile no primeiro quinquênio da década de 2000, apresentam níveis de MI abaixo deste valor (*Relatório da OMS, 2005*).

O percentual de mortes por causa mal definida, por sua vez, fornece uma medida da qualidade e/ou acesso ao serviço de saúde, na medida em que todo ser humano deveria ter atenção médica antes de morrer, ou, pelo menos, para certificar-se a causa da morte. Assim, em situações favoráveis – acesso ao sistema de saúde, atenção médica disponível e bom preenchimento da declaração de óbito –, a proporção de causas mal definidas deveria ser inferior a 10%.

Nos casos de altas proporções de óbitos por causas mal definidas, o indicador sinalizaria problemas de acesso/qualidade do sistema de saúde.

A taxa de mortalidade por causas externas,⁴ para homens nas idades 15 a 34 anos, foi incluída porque ajuda a dimensionar um dos problemas da saúde pública do município: a violência; além do mais, contextualiza a saúde num segmento que, em outras circunstâncias, não procura serviços de saúde: a população masculina jovem. Na experiência-piloto, a taxa de maior valor para este grupo etário ficou em torno de 100 óbitos por cada 10 mil homens de 15 a 34 anos. No futuro este mesmo indicador deverá ser calculado para as mulheres.

Os indicadores de saúde sexual e reprodutiva

Prevenção da gravidez e *DST/aids*

Anticoncepção

Com relação à contracepção, os acessos a anticoncepção reversível e a esterilização foram medidos através de três indicadores: proporção de mulheres de 15-49 anos com inserção de DIU – no SUS (por mil), proporção de mulheres de 15-49 anos laqueadas – no SUS (por mil) e da proporção de homens de 25 anos e mais vasectomizados – no SUS (por mil).

A PNDS, de 1996, única fonte de informação de abrangência nacional, atesta que apenas dois métodos – a esterilização feminina e a pílula – respondiam pela maior parte da anticoncepção no país, sendo adotados por 40,1% e 20,7% das mulheres brasileiras unidas entre 15 e 49 anos. Apenas 1,2% deste grupo de mulheres utilizava DIU ou outro método vaginal. Outros métodos, inclusive os tradicionais, tiveram muito pouca representatividade.

4 As causas externas (tal como consideradas na 10ª classificação de causas de morte) são: acidentes de transporte; quedas; afogamento e submersões acidentais; exposição à fumaça, ao fogo e às chamas; envenenamento, intoxicação por ou exposição a substâncias nocivas; lesões autoprovocadas voluntariamente; agressões; eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada; todas as outras causas externas.

A escolha da inserção do DIU como indicador da anticoncepção reversível foi ditada pela disponibilidade de dados, desde que não existe, no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS), registro do fornecimento de métodos mais utilizados – os hormonais (injetáveis ou orais) e preservativos – e a provisão do diafragma é rara e vem diminuindo progressivamente. A proporção de mulheres de 15-49 anos com inserção de DIU fornece uma medida da dispensação anual deste procedimento no âmbito do SUS, existindo a expectativa de que o nível deste indicador adotado seja extremamente baixo, pois, como citado no parágrafo anterior, este método é pouco usado no país.

No que se refere à esterilização, o indicador adotado afere a oferta de laqueadura tubária e de vasectomia pelo SUS. Tendo em vista as evidências de que a demanda por esses procedimentos é alta, estes indicadores podem servir para atestar a aderência do Sistema Público de Saúde à Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que determina a oferta destas cirurgias pelo sistema público de saúde.

Fecundidade

Os níveis e padrões de fecundidade estão representados por meio de três classes de indicadores: taxa de fecundidade total, o percentual de mulheres de 15-19 anos que são mães e o número de nascidos vivos no ano, no total e em certos grupos de idade (menores de 15 anos, 15-19 anos e 40 anos e mais).

A taxa de fecundidade total (TFT) é um indicador sintético do nível da fecundidade, correspondendo ao número médio de filhos que uma mulher terá ao longo da sua vida, sob certos pressupostos. A TFT do Brasil, em 2000, que se situava em torno de 2,3 filhos por mulher, após ter tido valores acima de três filhos nos anos 90, serve de parâmetro de referência para sua avaliação. Considerando os níveis atuais, pode-se afirmar que um município tem uma fecundidade relativamente alta se a TFT situa-se, por exemplo, acima de 3,5 ou quatro filhos por mulher. Dado que, até pouco tempo, taxas mais altas de fecundidade correspondiam a populações mais pobres, é de se esperar que esta correlação ainda esteja presente. Taxas relativamente altas sinalizam uma maior demanda por atenção médica materno-infantil, podendo ainda indicar a existência de demanda insatisfeita por anticoncepção.

O número total de nascidos vivos no ano também é uma variável associada ao nível da fecundidade e, por aproximação, serve de base para se conhecer a demanda potencial por atenção à gravidez, parto, puerpério e ao recém-nascido.⁵

A segunda e a terceira classes de indicadores retratam o padrão de fecundidade, qual seja, como ela se distribui por idade, através de medidas da fecundidade precoce (percentual de mulheres de 15-19 anos que são mães e número de nascidos vivos de mulheres menores de 15 anos e de 15 a 19 anos) e no período final da vida reprodutiva (número de nascidos vivos de mulheres de 40 anos e mais) – as fases da vida em que a reprodução tende a apresentar maiores riscos de saúde.

Taxas de fecundidade superiores a 100 por mil mulheres de 15 a 19 anos podem ser consideradas relativamente altas e produzem, geralmente, proporções de jovens que são mães acima de 15%. Desta forma, proporções de mulheres de 15 a 19 anos que são mães superiores a este valor indicariam uma relativa alta incidência de gravidez entre adolescentes e sinalizam a necessidade de avaliação e intervenção. Por um lado, porque, embora a gravidez de uma mulher menor de 20 anos possa ser desejada, em muitos casos significa ausência de medidas preventivas, ou seja, de necessidade ou demanda insatisfeita por planejamento familiar. Por outro lado, porque a ocorrência de nascimentos provindos de mulheres adolescentes, especialmente de menores de 15 anos, é potencialmente fonte de problemas de saúde e sociais, exigindo atenção especial do sistema de saúde. Neste sentido, vale notar que o número absoluto de número de nascidos vivos no ano, de mulheres menores de 15 anos, é um indicador “sentinela”, isto é, a ocorrência de um único registro de nascimento na população feminina desta idade funciona como um sinal de alerta.

O número de nascidos vivos, no ano, de mulheres com 40 anos e mais, por sua vez, informa sobre a magnitude de gestações tardias e consideradas de alto risco pela medicina, tanto para a mulher como para o feto. Este indicador permitirá avaliar a eficácia do planejamento familiar neste grupo etário. Per-

5 Sob o pressuposto de que todas as gestações chegassem a termo e correspondessem a um parto de apenas uma criança nascida viva.

mitirá, também, adequar a oferta se, como acontece em contextos desenvolvidos, acentuar-se a tendência de as mulheres começarem a adiar as primeiras gestações até idades avançadas.⁶

Gestação, pré-natal, parto e puerpério

Atenção pré-natal

Existe um amplo consenso sobre a importância do pré-natal para assegurar uma gestação saudável, um parto seguro e um bebê saudável. A situação ideal é que o acompanhamento da gestação comece o mais cedo possível, que sejam feitas pelo menos seis consultas durante a gravidez e que, em cada uma das consultas de pré-natal, sejam medidas a pressão arterial e a barriga da gestante, verificado o seu peso e escutado o coração do bebê e que seja feita uma bateria mínima de exames laboratoriais: exames de sangue para pesquisa de diabetes, sífilis, anemia e verificação do tipo sanguíneo; exames de urina, pesquisa de infecções e presença de proteína; exame preventivo de câncer de colo do útero (Papanicolau) e teste anti-HIV.

A cobertura e a qualidade da assistência pré-natal no município é contemplada por meio de três indicadores: o percentual de nascidos vivos cuja mãe iniciou o pré-natal até o 4º mês de gestação; o percentual de nascidos vivos cuja mãe concluiu o pré-natal e o percentual de nascidos vivos cuja mãe não realizou pré-natal. A avaliação desses indicadores deve ser feita com base na norma de que 70% das gestantes usuárias do SUS deveriam estar inscritas no pré-natal até o 4º mês de gestação e todas elas deveriam, nele, permanecer até o final da gestação. Idealmente, deve-se esperar que todas as gestantes iniciem o pré-natal antes do quarto mês e, igualmente, todas tenham assistência qualificada na hora do parto. Como este não é o caso de muitos dos municípios brasileiros, devem-se esperar, ao menos, altas proporções de atenção pré-natal associadas a altas proporções de partos atendidos por pessoal qualificado.

⁶ Ver, entre outros, E. N. Tavares Teixeira, *Adiamento da maternidade: ser mãe depois dos 35 anos*. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública/ Fiocruz, mar. 1999.

Como foi mencionado ao narrar a experiência-piloto, este é um indicador cuja base estatística é ainda muito frágil e seus valores devem ser considerados com extremo cuidado. De qualquer modo, sendo um dos mais adequados para aferir a atenção à gravidez, forma parte do sistema proposto. Incoerências ou inconsistências nestes indicadores sinalizam precariedade adicional na atenção à SSR.

Atenção ao parto

O percentual de nascidos vivos fora do hospital é um indicador do acesso ao sistema de saúde. No Brasil, este indicador tende a ser mínimo, mas, embora a assistência institucional ao parto seja quase universal, persistem em certos contextos dificuldades de acesso das gestantes a serviços de saúde que elas requerem, seja por distância física de locais onde ele é ofertado (caso de zonas rurais e municípios menores), seja pela inexistência de vagas.

O percentual de partos por cesárea em relação ao total de partos e o percentual de partos por cesárea no âmbito do SUS, por outro lado, podem ser encarados como indicadores da qualidade de assistência ao parto, cobrindo, o primeiro, o total de partos realizados (setor público e privado), e o segundo, os partos realizados no sistema público de saúde. Segundo a Organização Mundial da Saúde, um percentual de até 15% de partos por cesáreas seria suficiente para dar conta dos casos em que uma série de problemas impede que o nascimento se dê por via vaginal. Na atualidade, entretanto, especialmente nos hospitais privados, o percentual de partos por cesárea chega a 90%, o que pode representar, em que pese o avanço da atenção médica, um risco aumentado de morbidade e mortalidade materna e aumento na proporção de baixo peso ao nascer para as crianças.

Aborto e mortalidade materna

O percentual de internações obstétricas realizadas por abortamento incompleto no total de internações do SUS é o indicador da magnitude de interrupção provocada da gravidez, o que está associado a deficiências de acesso a métodos anticoncepcionais e ao aumento de risco de morbi-mortalidade materna.

O número de mortes maternas é considerado aqui como um evento sentinela da saúde materna. Sabe-se que a grande maioria de mortes maternas poderia ser evitada se a causa fosse tratada a tempo, daí que o registro de uma única morte já é um sinal de alerta sobre a disponibilidade de serviços básicos para a atenção materna.

DST/aids

O número de casos novos confirmados de sífilis congênita em menores de 2 anos de idade é um indicador sentinela da qualidade do pré-natal dado pelos serviços de saúde nesse município. No Brasil, em consonância com a OMS, a meta de incidência de sífilis é de até 1 caso por mil nascidos vivos, existindo recomendação para reduzir esta incidência para menos de 0,5 caso por mil nascidos vivos. Até finalizar os anos 90, no Brasil a incidência foi superior a 5 casos por mil nascidos vivos, devendo lembrar que este indicador tende a ser freqüentemente subestimado.

Os números de casos de aids na população feminina e na população masculina se incluem neste sistema de indicadores, também como um evento sentinela. Serve para orientar as políticas de prevenção de HIV/aids e reflete o impacto de serviços de prevenção de DST/aids. Neste caso, dispõe-se dos dados por sexo, o que permitirá ao gestor avaliar a tendência e relação destas doenças entre gêneros.

Doenças do trato reprodutivo

O percentual de mulheres de 25 a 59 anos que realizaram exames citopatológicos cérvico-vaginais aponta para a cobertura anual de exames cérvico-vaginais realizados em mulheres na faixa etária considerada de risco: entre 25 e 54 anos. Reflete também a produção de exames preventivos de câncer de colo uterino. Além disso, o indicador pode ser pensado como um orientador da adoção de medidas de controle e subsídio ao planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para atenção da saúde feminina.

Contextualização e perfil da SSR no Brasil: indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva (ISSR) para a totalidade do país

Em toda análise de indicadores, sempre é importante ter algum parâmetro de referência, para que se possa compará-lo aos dados analisados. Assim, antes da análise dos municípios-tipo, apresenta-se o conjunto de indicadores para o nível nacional. Isto não significa dizer que os dados para cada um desses indicadores em nível nacional sejam satisfatórios. A comparação tem caráter meramente relativo, tendo em vista que a média nacional neste caso seria composta pelas partes (soma dos 5.057 municípios neste caso). Os valores das estimativas dos indicadores de SSR, analisados a seguir, para a totalidade do país, são apresentados na Tabela 5.2.

1. Indicadores de contexto

1.1. Identificação

A população brasileira em 2000 era de 169,9 milhões, agregada em 45 milhões de domicílios. A população feminina em idade reprodutiva – mulheres entre 15 a 49 anos – era de 47 milhões. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) para o Brasil foi 0,766, neste mesmo período. Deve-se ressaltar que, para os municípios brasileiros, esse índice varia entre 0,467 (Manari-PE) e 0,919 (São Caetano-SP).

1.2. Indicadores de população

O percentual da população brasileira residente de zona rural é de 18,8%. Essa proporção relativamente baixa pode ser considerada um dado facilitador do gerenciamento dos serviços de saúde, uma vez que a maior proporção de população rural implica maiores dificuldades de acesso aos mesmos. Além disso, a população rural pode apresentar demandas de serviços de saúde diferenciadas comparativamente à população urbana.

Com relação à distribuição da população por cor, há uma predominância de pessoas brancas, que representam 53,74% do total de habitantes. Em seguida,

a maior proporção refere-se à população parda (38,45%). Este indicador é relevante, uma vez que as demandas de serviços de saúde podem se diferenciar segundo a cor da pele, em função, entre outras coisas, da segregação econômica a que pode se expor população de determinada cor.

O percentual de população menor de 15 anos é de 29,62%, sendo um valor relativamente alto. Essa é uma informação importante para o gestor de saúde, para adequar a oferta de serviços de saúde reprodutiva, com base na participação relativa dessa faixa etária no total da população. Por outro lado, deve-se levar em conta o declínio do volume populacional desse grupo etário, uma vez que a sua taxa de crescimento é negativa (-0,15%).

A população de 15 a 59 anos representa 61,8% da população total, o que representa um percentual bastante alto. Além disso, deve-se considerar o aumento do peso desse grupo na população total, visto que apresenta uma taxa média anual crescimento de 2,36%, enquanto a população total apresenta um crescimento de apenas 1,6%. Esses indicadores devem ser considerados para a oferta de serviços de saúde, pois esse grupo populacional apresenta uma alta demanda serviços de saúde reprodutiva.

A proporção da população de 60 anos é de 8,56%. Embora o percentual da população idosa seja relativamente baixo, o gestor de saúde deve observar que a taxa de crescimento deste segmento populacional é bastante alta, alcançando 3,42% ao ano. Desta forma, a demanda por serviços de saúde reprodutiva, particularmente aqueles relativos à prevenção de cânceres do aparelho reprodutivo poderá aumentar.

1.3 Indicadores socioeconômicos

O conjunto de indicadores socioeconômicos permite avaliar o potencial humano que é alvo dos serviços de saúde que são ofertados, possibilitando desta forma um melhor gerenciamento destes serviços.

Dentre a população de 15 a 49 anos de idade, cerca de 20,8% possui menos de quatro anos de estudo. Esse percentual, que é relativamente alto, constitui um indicador de analfabetos funcionais, que podem ser considerados como

população vulnerável. Ademais, esse grupo é aquele que, potencialmente, tem dificuldades para assimilar instruções ou recomendações complexas sobre o melhor uso dos serviços de saúde reprodutiva. Dados desagregados para os municípios revelam que este indicador tem pouca diferenciação segundo se trate de população masculina ou feminina.

No que diz respeito ao indicador de ocupação, para a população de 15 a 49 anos, 69,7% e 42,2% da população masculina e feminina, respectivamente encontrava-se ocupada em 2000. Este percentual indica, de forma aproximada, o grau de ocupação em atividades econômicas e, no que se refere aos serviços de saúde reprodutiva, a disponibilidade e/ou flexibilidade da população para o acesso a estes serviços. Os percentuais acima indicam que muitos homens na faixa assinalada teriam dificuldade de se deslocar para um centro de saúde nos horários de trabalho. No caso das mulheres, a dificuldade seria relativamente menor.

O percentual de domicílios com baixa renda domiciliar *per capita* foi selecionado como indicador para a população economicamente mais vulnerável e, portanto, deve ser alvo prioritário da oferta de serviços de saúde. No Brasil, cerca de 11,5% dos domicílios apresentam renda *per capita* inferior a um quarto de salário mínimo. Desse valor, 9 pontos percentuais representam domicílios chefiados por homens e 2,5 pontos por mulheres.

1.4 Indicadores gerais de saúde

Os indicadores gerais de saúde apontam falhas no gerenciamento dos serviços de saúde, além de apontar problemas na qualidade e na disponibilidade. Em 2000, a taxa de mortalidade infantil, que reflete o grau de saúde da população em geral, era de 30,57 por mil. Trata-se de um valor bastante alto, levando em conta que, em outros países em desenvolvimento com serviço de saúde bem gerenciado, este indicador pode se situar abaixo de 10 por mil.

As mortes por causas mal definidas representaram 14,52% do total de óbitos registrados em 2000. Este percentual pode ser considerado bastante alto, uma vez que este indicador mede a falta de qualidade e disponibilidade dos serviços de saúde na população. Mesmo considerando-se o sub-registro de óbitos,

trata-se de uma proporção relevante de óbitos de pessoas que não tiveram assistência médica adequada. Dados desagregados para os municípios revelam que este indicador tem pouca diferenciação, segundo se trate de óbitos de sexo masculino ou feminino.

A taxa de mortalidade por causa externa entre homens de 15 a 34 anos foi de 17,15 por 10 mil. Este indicador identifica um segmento da população masculina vulnerável. No caso do Brasil, o valor médio obtido, embora não deva ser desprezado, é relativamente baixo no grupo etário considerado, haja vista que há países na América Latina com taxas cujo valor equivalente supera os 50 óbitos para cada 10 mil homens. Este indicador, geralmente, é desprezível quando se o calcula para mulheres, neste mesmo grupo etário.

Em síntese, os indicadores de contexto assinalam que se está diante de uma população em relativa desvantagem socioeconômica. O perfil correspondente ao Brasil pode ser usado como um ponto de referência na interpretação dos indicadores de contexto no caso dos municípios.

2. Indicadores de saúde sexual e reprodutiva

Apenas 1,4, em cada mil mulheres em idade fértil no Brasil colocaram DIU no SUS no ano 2000. Ainda que o registro deste procedimento possa estar subestimado, o valor encontrado é tão baixo que permite constatar o pequeno acesso de mulheres à anticoncepção reversível no SUS, fato corroborado também pela baixa taxa de laqueaduras (0,19 por mil), no sistema, e pela ausência praticamente completa de registro de vasectomias. Confrontando estes resultados com a baixa taxa de fecundidade total (2,4), pode-se concluir que as mulheres estão arcando com os custos da regulação da fecundidade.

Esta dificuldade do acesso à anticoncepção no SUS reflete-se também no elevado percentual de mães muito jovens, ou seja, 14,7% no grupo de 15 a 19 anos. Dentre os 3.204.937 nascidos vivos observados em 2000, 28.967 correspondem a mães menores de 15 anos e 60.433 a mães com idade de 40 anos ou mais. Estes números, por sua vez, indicam a necessidade do desenvolvimento de ações especiais para atenção às jovens grávidas, incluindo o aconselha-

mento acerca da regulação da fecundidade, a fim de evitar a reincidência da gestação precoce.

A assistência à gravidez e ao parto é abrangente, pois em apenas 4,7% dos nascidos vivos constatou-se que a mãe não realizou o pré-natal. No SUS, a atenção pré-natal iniciada antes do quarto mês da gravidez equivale ao 18,48% do total de nascidos vivos registrados no SINASC; 3,4% dos partos ocorreram fora do hospital. No entanto, o percentual de partos por cesárea observado no conjunto dos hospitais (37,8% do total de partos) é superior à aceita pela OMS na América (25%), indicando uma inadequação da prática obstétrica. No SUS, o percentual de cesáreas é menor, atingindo 23,6% do total de partos. Do total de nascidos vivos registrados, aproximadamente 23,3% correspondem a mulheres com menos de 20 e mais de 40 anos, que podem ser consideradas mulheres com gravidezes de risco.

Além disso, a declaração de 1.161 óbitos maternos e de 3.787 casos de sífilis congênita em um ano evidencia que, embora o acesso aos serviços de saúde seja grande, a qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto deixa muito a desejar.

Foram declarados 17.923 casos de aids, com uma relação de 1,9 homens infectados para cada mulher. O gestor de saúde tem que alertar para o fato de este dado, como no caso de vários outros indicadores, poder estar subestimado, razão pela qual, além de considerar o número declarado, deve acompanhar a tendência temporal deste indicador.

A baixíssima porcentagem de mulheres de 25 a 59 anos de idade que realizam o exame citopatológico no SUS também é preocupante, uma vez que este é o grupo com maior probabilidade de apresentar doença em estágio ainda não invasivo. Isto pode estar indicando a dificuldade de acesso das mulheres às unidades básicas de saúde e/ou a ausência de iniciativas para mobilizar este grupo, em particular.

Finalmente, tal como no caso dos indicadores de contexto, o perfil da SSR para a totalidade do país, desenhado por estes indicadores, pode ser utilizado como um ponto de referência para a interpretação do perfil dos municípios.

Contextualização e perfil da SSR em municípios-tipo

Como uma primeira aproximação das possibilidades deste conjunto de indicadores de propiciar um diagnóstico da saúde sexual e reprodutiva, procede-se à descrição da situação em cada um dos municípios, no que se chama de “dossiê do perfil municipal”. Para cada dossiê, é apresentada uma *ficha* completa, com resultado para os 44 indicadores, de forma a propiciar uma visão global dos indicadores de contexto *vis-à-vis* os indicadores de saúde sexual e reprodutiva, para cada um dos casos analisados.

Antes de entrar na especificidade dos indicadores ora propostos, deve-se fazer uma consideração adicional sobre o tamanho dos municípios brasileiros e a variação aleatória que os números, nos casos de eventos raros, costumam ter. As fichas técnicas dos indicadores, no CD-Rom que acompanha este livro, alertam sobre esta característica sempre que for o caso, mas é conveniente lembrar este detalhe, pois haverá casos em que, num determinado ano, não se registre um evento que pode estar presente no seguinte, ocasionando fortes variações na seqüência temporária do indicador. À parte os denominados eventos – “sentinela”, este será o caso por exemplo, de dispensação/oferta de alguns métodos contraceptivos, freqüência de aids, partos sem atenção hospitalar etc.

Tabela 5.2 – Brasil, aproximadamente 2000: indicadores de saúde sexual e reprodutiva

1. Indicadores de contexto		
Dimensão	Indicador	
1.1 Identificação do município	1. Habilitação no SUS	Não se aplica
	2. Número total de domicílios	45.072.883
	3. População total	169.872.856
	4. Número absoluto de mulheres de 15 a 49 anos	46.962.840
	5. Índice de Desenvolvimento Humano municipal (IDH-M)	0,766
1.2 Indicadores gerais de população	6. Percentual de população rural	18,81
	7. Percentual de pessoas segundo a cor	
	7.1. Branco	53,74
	7.2. Preto	6,21
	7.3. Parda	38,45
	7.4. Outra cor	1,59
	8. Percentual de população menor de 15 anos	29,62
	9. Percentual de população de 15 a 59 anos	61,82
	10. Percentual de população de 60 anos e mais	8,56
	11. Taxa de crescimento médio anual da população total (por cem)	1,64
	12. Taxa de crescimento médio anual da população menor de 15 anos (por cem)	-0,15
	13. Taxa de crescimento médio anual da população de 15 a 59 anos (por cem)	2,36
	14. Taxa de crescimento médio anual da população de 60 anos e mais (por cem)	3,42
1.3 Indicadores socioeconômicos	15. Percentual da população de 15 a 49 anos de idade com menos de 4 anos de estudo	20,85
	16. Percentual de mulheres de 15 a 49 anos ocupadas (em relação a população feminina total)	42,24
	17. Percentual de homens e 15 a 49 anos ocupados (em relação a população masculina total)	69,69
	18. Percentual de domicílios com renda per capita domiciliar inferior a ¼ SM	11,53
	19. Percentual de domicílios com renda per capita domiciliar inferior a ¼ SM – chefes masculinos	9,01
	20. Percentual de domicílios com renda per capita domiciliar inferior a ¼ SM – chefes femininos	2,48
1.4 Indicadores gerais de saúde	21. Taxa de mortalidade infantil (por mil)	30,57
	22. Percentual de mortes por causa mal definida	14,52
	23. Taxa de mortalidade por causa externa, de homens de 15 a 34 anos (por 10.000)	17,15

»

2. Indicadores de saúde sexual e reprodutiva		
2.1 Prevenção da gravidez		
Anticoncepção	24. Proporção de mulheres de 15-49 anos com inserção de DIU – no SUS (por mil)	1,43
	25. Proporção de mulheres de 15-49 anos laqueadas – no SUS (por mil)	0,19
	26. Proporção de homens de 25 anos e mais vasectomizados – no SUS (por mil)	0,04
Fecundidade	27. Taxa de Fecundidade Total (TFT)	2,37
	28. Número total de nascidos vivos no ano	3.204.937
	29. Percentual de mulheres de 15-19 anos que são mães	14,77
	30. Número de nascidos vivos de mulheres menores de 15	28.967
	31. Número de nascidos vivos de mulheres 15-19 anos	721.416
	32. Número de nascidos vivos de mulheres de 40 anos e mais	60.433
2.2 Gestação, pré-natal, parto e puerpério		
Atenção pré-natal	33. Percentual de nascidos vivos cuja mãe iniciou o pré-natal até o 4º mês de gestação	18,48
	34. Percentual de nascidos vivos cuja mãe concluiu o pré-natal	2,42
	35. Percentual de nascidos vivos cuja mãe não realizou pré-natal	4,69
Atenção ao parto	36. Percentual de nascidos vivos fora do hospital	3,45
	37. Percentual de partos por cesárea em relação ao total de partos	37,79
	38. Percentual de partos por cesárea em relação aos partos realizados pelo SUS	23,57
Aborto	39. Percentual de internações obstétricas realizadas por abortamento incompleto no total de internações do SUS	9,53
Mortalidade	40. Número de mortes maternas	1.615
2.3 DST/Aids		
DST	41. Número de casos novos confirmados de sífilis congênita em menores de 2 anos de idade	3.787
Aids	42. Número de casos de Aids na população feminina	9.406
	43. Número de casos de Aids na população masculina	17.923
2.4 Doenças do trato reprodutivo		
Diagnóstico	44. Percentual de mulheres de 25 a 59 anos que realizaram exames citopatológicos cervico-vaginais	4,51

1. FORTALEZA-CE

Contexto

Município inserido numa região metropolitana, de muito grande tamanho populacional, Fortaleza é habilitado como GPSM-NOAS. A totalidade de seus mais de 2 milhões de habitantes encontra-se concentrada na área urbana, onde o número total de domicílios é de 528,4 mil. Sua população é bastante jovem, sendo que 29,4% das pessoas possuem 14 anos ou menos. A taxa de crescimento médio anual é de 3,9% para o grupo de 60 anos ou mais, superando a observada para a população total (2,1%). A maioria das pessoas declara-se como parda (55%).

210	INDICADORES MUNICIPAIS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA
-----	--

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), em 2000, foi de 0,786, o que coloca Fortaleza como 910 no *ranking* dos municípios brasileiros. Aproximadamente 16% da população possuem menos de quatro anos de estudo. No grupo de 15 a 49 anos, 66,7% da população masculina e 46,4% da feminina encontram-se ocupados. Do total de domicílios do município, 9,8% possui renda *per capita* inferior a um quarto do salário mínimo, ou seja, são domicílios de baixa renda. 3,7% são chefiados por mulheres.

A taxa de mortalidade infantil ainda é bastante alta, com 34,6 óbitos para cada mil nascidos vivos. Os óbitos por causa mal definida representam 16,4% do total de mortes no município. Dentre a população masculina entre 15 e 34 anos, as mortes por causas externas representam 16,4 de cada mil óbitos ocorridos.

Saúde reprodutiva

Para cada mil mulheres em idade fértil do município, apenas 1,4 receberam DIU no SUS, no ano 2000. Ainda que o registro deste procedimento possa estar subestimado, o valor encontrado é tão baixo que permite afirmar o pequeno acesso de mulheres à anticoncepção através do SUS, fato corroborado também pela baixa taxa de laqueaduras (0,12 por mil), no sistema, e pela ausência completa de registro de vasectomias. Confrontando estes resultados com a taxa de fecundidade total (2,2), pode-se concluir que as mulheres estão arcando com os custos da regulação da fecundidade.

O fato de 19,6 das internações obstétricas do SUS terem sido realizadas por aborto incompleto pode ser visto como mais um indicador de que a demanda das mulheres na área da anticoncepção não está sendo atendida.

A proporção de 19,6 internações obstétricas realizadas por aborto incompleto no total de internações do SUS pode ser vista como mais um indicador da demanda não atendida das mulheres na área da anticoncepção.

A assistência à gravidez e ao parto é praticamente universal, pois em apenas 3,2% dos nascidos vivos identificou-se que a mãe não realizou o pré-natal. No SUS, a atenção pré-natal iniciada antes do quarto mês da gravidez equivale ao 3,22% do total de nascidos vivos, o que é um sinal de deficiente atenção. 0,15%

dos partos ocorreram fora do hospital. No entanto, tanto o percentual de partos por cesárea observado no conjunto dos hospitais do município, que representa 38,5% do total de partos, quanto a praticada nos serviços vinculados ao SUS (27,5% dos partos realizados pelo SUS), são superiores à aceita pela OMS na América Latina (25%), indicando uma inadequação da prática obstétrica.

Além disso, a declaração de ocorrência de 21 óbitos maternos evidencia que, embora o acesso aos serviços de saúde seja grande, a qualidade da assistência ao pré-natal e ao parto deixa muito a desejar.

A baixa porcentagem de mulheres de 25 a 59 anos de idade que realizam o exame citopatológico no SUS (4,3%) também é preocupante, uma vez que este é o grupo com maior probabilidade de apresentar doença em estágio ainda não invasivo. Isto pode estar indicando a dificuldade de acesso das mulheres, às unidades básicas de saúde e/ou ausência de iniciativas para mobilizar este grupo, em particular.

Fortaleza – Ceará aproximadamente 2000: indicadores de saúde sexual e reprodutiva

1. Indicadores de contexto		
Dimensão	Indicador	
1.1 Identificação do município	1. Habilitação no SUS	GPSMNO
	2. Número total de domicílios	528.379
	3. População total	2.141.402
	4. Número absoluto de mulheres de 15 a 49 anos	648.999
	5. Índice de Desenvolvimento Humano municipal (IDH-M)	0,786
1.2 Indicadores gerais de população	6. Percentual de população rural	0,00
	7. Percentual de pessoas segundo a cor	
	7.1. Branco	41,29
	7.2. Preto	2,79
	7.3. Parda	55,06
	7.4. Outra cor	0,86
	8. Percentual de população menor de 15 anos	29,41
	9. Percentual de população de 15 a 59 anos	63,12
	10. Percentual de população de 60 anos e mais	7,48
	11. Taxa de crescimento médio anual da população total (por cem)	2,15
	12. Taxa de crescimento médio anual da população menor de 15 anos (por cem)	0,51
	13. Taxa de crescimento médio anual da população de 15 a 59 anos (por cem)	2,79
	14. Taxa de crescimento médio anual da população de 60 anos e mais (por cem)	3,95

1.3 Indicadores socioeconômicos	15. Percentual da população de 15 a 49 anos de idade com menos de 4 anos de estudo	16,29
	16. Percentual de mulheres de 15 a 49 anos ocupadas (em relação a população feminina total)	46,43
	17. Percentual de homens e 15 a 49 anos ocupados (em relação a população masculina total)	66,89
	18. Percentual de domicílios com renda per capita domiciliar inferior a ¼ SM	9,81
	19. Percentual de domicílios com renda per capita domiciliar inferior a ¼ SM – chefes masculinos	6,13
	20. Percentual de domicílios com renda per capita domiciliar inferior a ¼ SM – chefes femininos	3,68
1.4 Indicadores gerais de saúde	21. Taxa de mortalidade infantil (por mil)	34,57
	22. Percentual de mortes por causa mal definida	18,57
	23. Taxa de mortalidade por causa externa, de homens de 15 a 34 anos (por 10.000)	16,47
2. Indicadores de saúde sexual e reprodutiva		
2.1 Prevenção da gravidez		
Anticoncepção	24. Proporção de mulheres de 15-49 anos com inserção de DIU – no SUS (por mil)	1,37
	25. Proporção de mulheres de 15-49 anos laqueadas – no SUS (por mil)	0,12
	26. Proporção de homens de 25 anos e mais vasectomizados – no SUS (por mil)	0,00
Fecundidade	27. Taxa de Fecundidade Total (TFT)	2,16
	28. Número total de nascidos vivos no ano	39.102
	29. Percentual de mulheres de 15-19 anos que são mães	13,42
	30. Número de nascidos vivos de mulheres menores de 15	358
	31. Número de nascidos vivos de mulheres 15-19 anos	8.086
	32. Número de nascidos vivos de mulheres de 40 anos e mais	655
2.2 Gestação, pré-natal, parto e puerpério		
Atenção pré-natal	33. Percentual de nascidos vivos cuja mãe iniciou o pré-natal até o 4º mês de gestação	25,31
	34. Percentual de nascidos vivos cuja mãe concluiu o pré-natal	0,34
	35. Percentual de nascidos vivos cuja mãe não realizou pré-natal	3,22
Atenção ao parto	36. Percentual de nascidos vivos fora do hospital	0,15
	37. Percentual de partos por cesárea em relação ao total de partos	38,54
	38. Percentual de partos por cesárea em relação aos partos realizados pelo SUS	27,53
Aborto	39. Percentual de internações obstétricas realizadas por abortamento incompleto no total de internações do SUS	19,63
Mortalidade	40. Número de mortes maternas	21
2.3 DST/Aids		
DST	41. Número de casos novos confirmados de sífilis congênita em menores de 2 anos de idade	0
AIDS	42. Número de casos de Aids na população feminina	60
	43. Número de casos de Aids na população masculina	164
2.4 Doenças do trato reprodutivo		
Diagnóstico	44. Percentual de mulheres de 25 a 59 anos que realizaram exames citopatológicos cervico-vaginais	4,32

2. CURITIBA-PR

Contexto

Curitiba é um município de tamanho muito grande, inserido numa região metropolitana, sendo habilitado como GPSM-NOAS. Sua população é de aproximadamente 1,5 milhões, sendo a totalidade residente em área urbana, distribuída entre 472,4 mil domicílios. A população é, em sua maioria, branca (84,4%) e bastante jovem, desde que 24,9% de seus habitantes têm menos de 15 anos. Entretanto, a população de 60 e mais é a que apresenta a maior taxa de crescimento médio anual (3,96%), o que supera a taxa observada para a população total (2,1%).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 2000 foi de 0,856, o que confere ao município o 16º lugar no *ranking* dos municípios brasileiros. Cerca de 7,3% da população entre 15 e 49 anos possui quatro anos ou menos de estudo, o que pode ser considerado um valor baixo, comparado aos 20,8% registrados para o Brasil. Dentre a população entre as idades de 15 a 49 anos, 76% encontravam-se ocupados em 2000. Na população feminina, esse percentual é menor (55%), porém mais elevado em relação à média brasileira.

O total de domicílios de baixa renda é relativamente baixo, visto que apenas 3% dos domicílios apresentam renda *per capita* menor que um quarto do salário mínimo. Apenas 1% é de domicílios de baixa renda e chefiados por mulheres, grupo este considerado de maior vulnerabilidade.

A taxa de mortalidade infantil é de 20,9 óbitos para cada mil nascidos vivos, sendo um número relativamente alto. Os óbitos por causa mal definida representam 1,3% do total de mortes no município. A taxa de mortalidade por causas externas na população masculina, entre 15 e 34 anos, alcança 16,4 óbitos por mil.

Saúde reprodutiva

A anticoncepção reversível não hormonal ofertada pelo sistema público de saúde é baixa, tendo sido contempladas com inserção de DIU apenas 2,6 em

cada 10 mil mulheres de 15 a 49 anos. A oferta de laqueadura tubária é incipiente, tendo sido realizada, em média, 0,4 laqueadura por mil mulheres de 15-49 anos. A anticoncepção masculina é ainda menor, observando-se 0,2 vasectomia por mil homens com idade igual ou superior a 25 anos.

A despeito da oferta de anticoncepção do sistema público, a taxa de fecundidade total em 2000 foi de 1,7 filho por mulher, um nível bem abaixo da média de 2,3 filhos observada para o Brasil. Entre as mulheres de 15 a 19 anos, 11,4% eram mães. Foram identificados 170 nascidos vivos de mães menores de 15 anos, dentre os 29 mil nascimentos observados no município. Este valor pode ser considerado relativamente alto, dado que é desejável a ausência desses eventos entre mulheres nesse grupo etário. Deve-se destacar que houve 522 nascidos vivos de mulheres com 40 anos e mais.

A assistência à gravidez e ao parto é bastante abrangente; observa-se a existência de menos de 1% de nascidos vivos cujas mães não realizaram o pré-natal. No SUS, a atenção pré-natal iniciada antes do quarto mês da gravidez foi equivalente a 46,11% do total de nascidos vivos registrados no SINASC. Os nascimentos que ocorreram fora do hospital representam 0,5% do total, sinalizando que as dificuldades de acesso são relativamente baixas. A proporção de partos por cesárea alcançou 30,8% dos partos realizados pelo SUS e 48,4% do total de partos do município, ambos acima do percentual recomendado pela OMS para a América Latina.

A ocorrência de 10 óbitos por causas maternas e a baixa proporção de mulheres de 25 a 59 anos que realizaram exames citopatológicos cervico-vaginais (1,1%) podem estar relacionadas a falhas do sistema de saúde, que dificultam o acesso à atenção ao parto e a serviços de diagnóstico. Foram observados 681 casos de aids no município, dentro os quais 224 ocorrem na população feminina, indicando uma média de 4,9 mulheres infectadas para cada 10 casos de homens infectados.

Curitiba – Paraná aproximadamente 2000: indicadores de saúde sexual e reprodutiva

1. Indicadores de contexto		
Dimensão	Indicador	
1.1 Identificação do município	1. Habilitação no SUS	GPSMNO
	2. Número total de domicílios	472.452
	3. População total	1.587.315
	4. Número absoluto de mulheres de 15 a 49 anos	483.849
	5. Índice de Desenvolvimento Humano municipal (IDH-M)	0,856
1.2 Indicadores gerais de população	6. Percentual de população rural	0,00
	7. Percentual de pessoas segundo a cor	
	7.1. Branco	84,37
	7.2. Preto	2,48
	7.3. Parda	11,31
	7.4. Outra cor	1,84
	8. Percentual de população menor de 15 anos	24,88
	9. Percentual de população de 15 a 59 anos	66,70
	10. Percentual de população de 60 anos e mais	8,42
	11. Taxa de crescimento médio anual da população total (por cem)	2,11
	12. Taxa de crescimento médio anual da população menor de 15 anos (por cem)	0,17
	13. Taxa de crescimento médio anual da população de 15 a 59 anos (por cem)	2,71
	14. Taxa de crescimento médio anual da população de 60 anos e mais (por cem)	3,96
1.3 Indicadores socioeconômicos	15. Percentual da população de 15 a 49 anos de idade com menos de 4 anos de estudo	7,33
	16. Percentual de mulheres de 15 a 49 anos ocupadas (em relação a população feminina total)	54,99
	17. Percentual de homens e 15 a 49 anos ocupados (em relação a população masculina total)	76,05
	18. Percentual de domicílios com renda per capita domiciliar inferior a ¼ SM	3,01
	19. Percentual de domicílios com renda per capita domiciliar inferior a ¼ SM – chefes masculinos	1,99
	20. Percentual de domicílios com renda per capita domiciliar inferior a ¼ SM – chefes femininos	1,02
1.4 Indicadores gerais de saúde	21. Taxa de mortalidade infantil (por mil)	20,92
	22. Percentual de mortes por causa mal definida	1,28
	23. Taxa de mortalidade por causa externa, de homens de 15 a 34 anos (por 10.000)	16,44
2. Indicadores de saúde sexual e reprodutiva		
2.1 Prevenção da gravidez		
Anticoncepção	24. Proporção de mulheres de 15-49 anos com inserção de DIU – no SUS (por mil)	2,67
	25. Proporção de mulheres de 15-49 anos laqueadas – no SUS (por mil)	0,40
	26. Proporção de homens de 25 anos e mais vasectomizados – no SUS (por mil)	0,21

Fecundidade	27. Taxa de Fecundidade Total (TFT)	1,74
	28. Número total de nascidos vivos no ano	29.031
	29. Percentual de mulheres de 15-19 anos que são mães	11,38
	30. Número de nascidos vivos de mulheres menores de 15	170
	31. Número de nascidos vivos de mulheres 15-19 anos	5.332
	32. Número de nascidos vivos de mulheres de 40 anos e mais	522
2.2 Gestação, pré-natal, parto e puerpério		
Atenção pré-natal	33. Percentual de nascidos vivos cuja mãe iniciou o pré-natal até o 4º mês de gestação	46,11
	34. Percentual de nascidos vivos cuja mãe concluiu o pré-natal	0,01
	35. Percentual de nascidos vivos cuja mãe não realizou pré-natal	0,89
Atenção ao parto	36. Percentual de nascidos vivos fora do hospital	0,50
	37. Percentual de partos por cesárea em relação ao total de partos	48,39
	38. Percentual de partos por cesárea em relação aos partos realizados pelo SUS	30,85
Aborto	39. Percentual de internações obstétricas realizadas por abortamento incompleto no total de internações do SUS	13,43
Mortalidade	40. Número de mortes maternas	10
2.3 DST/Aids		
DST	41. Número de casos novos confirmados de sífilis congênita em menores de 2 anos de idade	0
Aids	42. Número de casos de Aids na população feminina	224
	43. Número de casos de Aids na população masculina	457
2.4 Doenças do trato reprodutivo		
Diagnóstico	44. Percentual de mulheres de 25 a 59 anos que realizaram exames citopatológicos cervico-vaginais	1,13

3. SÃO JORGE DO PATROCÍNIO-PR

Contexto

São Jorge do Patrocínio, habilitado como GPSMNOAS, possui uma população de 6.602 habitantes, 1.849 domicílios, sendo classificado como um município de pequeno tamanho populacional. A maior parte da população (56%) reside em área rural. A população feminina em idade reprodutiva representa 26,4%, com um total de 1.743 mulheres entre as idades de 15 a 49 anos. Cerca de 70% das pessoas do município declaram-se brancas. O grupo de 60 anos e mais representa mais de 11% da população total, além de apresentar uma taxa de

crescimento anual média de 2,4%. Trata-se de uma população relativamente envelhecida. A população total apresenta um crescimento negativo (-3,6%).

Em 2000, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) foi 0,708. As pessoas com menos de quatro anos de estudo representam 27,3% da população de 15 a 49 anos, indicando uma baixa escolaridade da população. O percentual de pessoas ocupadas nas idades de 15 a 49 anos, é expressivamente maior entre os homens (75,4%) que entre as mulheres (31,4%).

Com relação aos domicílios de baixa renda, observa-se que 10,8% de todos os domicílios do município apresentam renda *per capita* inferior a 0,25 salário mínimo. Dentre estes, quase a totalidade (10,6 pontos percentuais) são domicílios de baixa renda chefiados por homens.

Os indicadores de mortalidade apontam boa cobertura e qualidade do sistema de saúde. A proporção de óbitos por causas mal definidas atinge apenas 2,5%. Por outro lado a taxa de mortalidade infantil é de 29,2 óbitos por mil nascidos vivos, indicando um valor relativamente alto. A taxa de mortalidade por causas externas alcançou 6,1 por 10 mil homens entre as idades de 15 e 34 anos.

Saúde reprodutiva

A oferta de anticoncepção reversível não hormonal pelo sistema público de saúde foi praticamente inexistente, assim como contracepção cirúrgica feminina (laqueadura tubária) e masculina (vasectomia). Em contrapartida, as internações obstétricas por abortamento incompleto representaram 2% do total de internações realizadas pelo SUS, o que, em parte, pode ser resultado da baixa oferta de anticoncepção pelo sistema público.

A taxa de fecundidade total do município, em 2000, apresentou-se abaixo da observada para o Brasil, atingindo a média de 2,2 por mulher. Ressalta-se que 14,4% das mulheres de 15 a 19 anos tinham pelo menos um filho, indicando uma fecundidade relativamente alta nestas idades. Dentre os 102 nascimentos observados, nenhum ocorreu de mulheres menores de 15 anos. Porém dois ocorreram de mulheres com no mínimo 40 anos.

Indicadores sobre assistência à gravidez e ao parto não sinalizam a existência de problemas, desde que não houve casos de nascimentos fora do hospital nem de nascidos vivos cuja mãe não tenha realizado pré-natal. No SUS, a atenção pré-natal iniciada antes do quarto mês da gravidez equivale a mais do 100% do total de nascidos vivos registrados no SINASC (proporções acima de 100% podem, eventualmente, ocorrer, pela oscilação nos pequenos números e porque o universo das estatísticas sobre pré-natal não é o mesmo do SINASC). Neste particular caso, além disso, não foram observados óbitos por causas maternas. A proporção de partos por cesárea no SUS foi de 18,0%, sendo bem menor que a proporção de cesáreas no total de partos, que atingiu 56,8%. Essa diferença pode ocorrer em função do pequeno peso relativo dos partos realizados fora do SUS. A proporção de mulheres de 25 a 59 anos que realizaram exames citopatológicos cérvico-vaginais foi nula, o que pode estar indicar baixa cobertura ou falta de mobilização de um grupo populacional considerado vulnerável.

São Jorge do Patrocínio – Paraná – aproximadamente 2000: indicadores de saúde sexual e reprodutiva

1. Indicadores de contexto		
Dimensão	Indicador	
1.1 Identificação do município	1. Habilitação no SUS	GPSMNOAS
	2. Número total de domicílios	1.849
	3. População total	6.604
	4. Número absoluto de mulheres de 15 a 49 anos	1.743
	5. Índice de Desenvolvimento Humano municipal (IDH-M)	0,708
1.2 Indicadores gerais de população	6. Percentual de população rural	55,98
	7. Percentual de pessoas segundo a cor	
	7.1. Branco	69,81
	7.2. Preto	1,88
	7.3. Parda	26,98
	7.4. Outra cor	1,30
	8. Percentual de população menor de 15 anos	26,29
	9. Percentual de população de 15 a 59 anos	62,54
	10. Percentual de população de 60 anos e mais	11,18
	11. Taxa de crescimento médio anual da população total (por cem)	-3,65
	12. Taxa de crescimento médio anual da população menor de 15 anos (por cem)	-5,93
	13. Taxa de crescimento médio anual da população de 15 a 59 anos (por cem)	-3,42
	14. Taxa de crescimento médio anual da população de 60 anos e mais (por cem)	2,44

1.3 Indicadores socioeconômicos	15. Percentual da população de 15 a 49 anos de idade com menos de 4 anos de estudo	27,29
	16. Percentual de mulheres de 15 a 49 anos ocupadas (em relação a população feminina total)	31,44
	17. Percentual de homens e 15 a 49 anos ocupados (em relação a população masculina total)	75,36
	18. Percentual de domicílios com renda per capita domiciliar inferior a ¼ SM	10,82
	19. Percentual de domicílios com renda per capita domiciliar inferior a ¼ SM – chefes masculinos	10,06
	20. Percentual de domicílios com renda per capita domiciliar inferior a ¼ SM – chefes femininos	0,76
1.4 Indicadores gerais de saúde	21. Taxa de mortalidade infantil (por mil)	29,21
	22. Percentual de mortes por causa mal definida	2,48
	23. Taxa de mortalidade por causa externa, de homens de 15 a 34 anos (por 10.000)	6,16
2. Indicadores de saúde sexual e reprodutiva		
2.1 Prevenção da gravidez		
Anticoncepção	24. Proporção de mulheres de 15-49 anos com inserção de DIU – no SUS (por mil)	0,00
	25. Proporção de mulheres de 15-49 anos laqueadas – no SUS (por mil)	0,00
	26. Proporção de homens de 25 anos e mais vasectomizados – no SUS (por mil)	0,00
Fecundidade	27. Taxa de Fecundidade Total (TFT)	2,21
	28. Número total de nascidos vivos no ano	102
	29. Percentual de mulheres de 15-19 anos que são mães	14,38
	30. Número de nascidos vivos de mulheres menores de 15	0
	31. Número de nascidos vivos de mulheres 15-19 anos	23
	32. Número de nascidos vivos de mulheres de 40 anos e mais	2
2.2 Gestação, pré-natal, parto e puerpério		
Atenção pré-natal	33. Percentual de nascidos vivos cuja mãe iniciou o pré-natal até o 4º mês de gestação	122,4
	34. Percentual de nascidos vivos cuja mãe concluiu o pré-natal	79,31
	35. Percentual de nascidos vivos cuja mãe não realizou pré-natal	0,0
Atenção ao parto	36. Percentual de nascidos vivos fora do hospital	0,00
	37. Percentual de partos por cesárea em relação ao total de partos	56,86
	38. Percentual de partos por cesárea em relação aos partos realizados pelo SUS	18,00
Aborto	39. Percentual de internações obstétricas realizadas por abortamento incompleto no total de internações do SUS	2,00
Mortalidade	40. Número de mortes maternas	-
2.3 DST/Aids		
DST	41. Número de casos novos confirmados de sífilis congênita em menores de 2 anos de idade	0
Aids	42. Número de casos de Aids na população feminina	0
	43. Número de casos de Aids na população masculina	0
2.4 Doenças do trato reprodutivo		
Diagnóstico	44. Percentual de mulheres de 25 a 59 anos que realizaram exames citopatológicos cérvico-vaginais	0,00

4. RIO MARIA-PA

Contexto

Rio Maria possui uma população de 17.499 habitantes e 4.465 domicílios, sendo um município de tamanho médio-baixo habilitado no SUS como GPSM-NOB. Aproximadamente 26,6% da população do município residem em áreas rurais. Há uma predominância de pessoas pardas (53,5%). Existem 4.522 mulheres em idade reprodutiva, representando 25,8% da população total. Trata-se de uma população jovem, na qual 34,4% das pessoas possuem menos de 15 anos. Entretanto, esse grupo etário apresenta uma taxa média de crescimento anual negativa de 6,9%, contra um crescimento positivo de mais de 2% da população com 60 anos e mais.

Em 2000, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) foi de 0,718. Quase 10% dos domicílios de Rio Maria possuem baixa renda (renda per capita abaixo de 0,25 salário mínimo), sendo a maioria chefiada por homens (8,5% dos municípios do município). A proporção de pessoas entre 15 e 49 anos com menos de quatro anos de estudos atinge 38,9%, um número consideravelmente maior que o observado para o Brasil (20,8%). O nível de ocupação para a população masculina atinge 74,8% nas idades de 15 a 49 anos, superando a média brasileira, que é de 70%. No caso das mulheres, esse percentual é de apenas 31,6%, abaixo dos 42,2% observados para o país.

O indicador de mortalidade infantil mostra um valor ainda elevado, com 32,8 óbitos por mil nascidos vivos. A cobertura/qualidade do sistema de saúde mostra que ainda existem problemas, dado que 8,65% dos óbitos ocorrem por causas mal definidas. Entre os homens de 15 a 34 anos, o número de mortes por causas externas representa 20,1 de cada 10 mil óbitos observados no grupo.

Saúde reprodutiva

A oferta de anticoncepção reversível não hormonal do sistema público de saúde é baixa, assim como contracepção cirúrgica feminina (laqueadura tubária) e masculina (vasectomia), que são inexistentes. A proporção de mulheres com inserção de DIU foi quase inexistente. Por outro lado, o percentual

de internações obstétricas por aborto incompleto foi relativamente baixo, representando apenas 0,23% das internações do SUS.

A taxa de fecundidade total, em 2000, foi de 3,1 filhos, uma média acima da observada para o Brasil. Neste mesmo período, foram observados 371 nascidos vivos. Observa-se uma alta fecundidade entre mulheres de 15 a 19 anos, visto que 22,5% delas já tinham tido pelo menos um filho no período referido. Entre as mulheres menores de 15 anos, foram observados 11 nascimentos, um número alto, dado que este é um indicador-sentinela. Também foram observados dois nascidos vivos de mães com mais de 40 anos, indicando gravidezes em idade de risco.

Os indicadores sobre assistência à gravidez e ao parto indicam um bom desempenho do sistema de saúde, pois não foram observados nascimentos ocorridos fora do hospital. Observou-se que 1,08% dos nascidos vivos o foram de mães que não realizaram pré-natal. Para o ano em questão, não houve, no SUS, atenção pré-natal iniciada antes do quarto mês da gravidez. Além disso, não houve constatação de óbitos por causas maternas nem de casos de sífilis congênita. A proporção de partos por cesárea no SUS foi de 32,2%, sendo menor que a proporção de cesáreas no total de partos, que chegou a 54,4%.

Rio Maria – Pará – aproximadamente 2000: indicadores de saúde sexual e reprodutiva

1. Indicadores de contexto		
Dimensão	Indicador	
1.1 Identificação do município	1. Habilitação no SUS	GPSMNOB
	2. Número total de domicílios	4.465
	3. População total	17.498
	4. Número absoluto de mulheres de 15 a 49 anos	4.522
	5. Índice de Desenvolvimento Humano municipal (IDH-M)	0,718
1.2 Indicadores gerais de população	6. Percentual de população rural	26,62
	7. Percentual de pessoas segundo a cor	
	7.1. Branco	38,46
	7.2. Preto	5,54
	7.3. Parda	53,52
	7.4. Outra cor	2,47
	8. Percentual de população menor de 15 anos	34,39
	9. Percentual de população de 15 a 59 anos	59,52
	10. Percentual de população de 60 anos e mais	6,09
	11. Taxa de crescimento médio anual da população total (por cem)	-4,68
	12. Taxa de crescimento médio anual da população menor de 15 anos (por cem)	-6,95
	13. Taxa de crescimento médio anual da população de 15 a 59 anos (por cem)	-3,70
	14. Taxa de crescimento médio anual da população de 60 anos e mais (por cem)	2,07
1.3 Indicadores socioeconômicos	15. Percentual da população de 15 a 49 anos de idade com menos de 4 anos de estudo	38,97
	16. Percentual de mulheres de 15 a 49 anos ocupadas (em relação a população feminina total)	31,62
	17. Percentual de homens e 15 a 49 anos ocupados (em relação a população masculina total)	74,85
	18. Percentual de domicílios com renda per capita domiciliar inferior a ¼ SM	9,92
	19. Percentual de domicílios com renda per capita domiciliar inferior a ¼ SM – chefes masculinos	8,47
	20. Percentual de domicílios com renda per capita domiciliar inferior a ¼ SM – chefes femininos	1,46
1.4 Indicadores gerais de saúde	21. Taxa de mortalidade infantil (por mil)	32,77
	22. Percentual de mortes por causa mal definida	8,65
	23. Taxa de mortalidade por causa externa, de homens de 15 a 34 anos (por 10.000)	20,12
2. Indicadores de saúde sexual e reprodutiva		
2.1 Prevenção da gravidez		
Anticoncepção	24. Proporção de mulheres de 15-49 anos com inserção de DIU – no SUS (por mil)	0,00
	25. Proporção de mulheres de 15-49 anos laqueadas – no SUS (por mil)	0,00
	26. Proporção de homens de 25 anos e mais vasectomizados – no SUS (por mil)	0,00

Fecundidade	27. Taxa de Fecundidade Total (TFT)	3,11
	28. Número total de nascidos vivos no ano	371
	29. Percentual de mulheres de 15-19 anos que são mães	22,55
	30. Número de nascidos vivos de mulheres menores de 15	11
	31. Número de nascidos vivos de mulheres 15-19 anos	144
	32. Número de nascidos vivos de mulheres de 40 anos e mais	2
2.2 Gestação, pré-natal, parto e puerpério		
Atenção pré-natal	33. Percentual de nascidos vivos cuja mãe iniciou o pré-natal até o 4º mês de gestação	0,0
	34. Percentual de nascidos vivos cuja mãe concluiu o pré-natal	0,0
	35. Percentual de nascidos vivos cuja mãe não realizou pré-natal	1,08
Atenção ao parto	36. Percentual de nascidos vivos fora do hospital	0,00
	37. Percentual de partos por cesárea em relação ao total de partos	54,45
	38. Percentual de partos por cesárea em relação aos partos realizados pelo SUS	32,17
Aborto	39. Percentual de internações obstétricas realizadas por abortamento incompleto no total de internações do SUS	0,23
Mortalidade	40. Número de mortes maternas	0
2.3 DST/Aids		
DST	41. Número de casos novos confirmados de sífilis congênita em menores de 2 anos de idade	0
Aids	42. Número de casos de Aids na população feminina	0
	43. Número de casos de Aids na população masculina	0
2.4 Doenças do trato reprodutivo		
Diagnóstico	44. Percentual de mulheres de 25 a 59 anos que realizaram exames citopatológicos cervico-vaginais	0,00

5. CATAGUASES-MG

Contexto

O município de Cataguases é classificado como grande, com 18.287 domicílios e uma população de 63.979 habitantes, sendo habilitado como GPSM-NOB. A maior parte da população declara-se branca (65,1%) e apenas 5,5% residem em área rural. As mulheres entre 15 a 49 anos representam 27,5% da população total. A população apresenta-se bastante envelhecida, sendo que o grupo de 60 anos e mais representa 11,4% da população total, com um crescimento médio anual de 3%, acima do observado para a população total (1,08%).

Em 2000, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) foi de 0,794. O percentual de pessoas de 15 a 49 anos com menos de quatro anos de estudo é de 11,8%, apresentando-se bem menor que o observado para o Brasil (20,8%). Com relação à ocupação, entre os homens de 15 a 49 anos, 70,12% encontravam-se ocupados em 2000. Entre as mulheres, esse percentual foi de 43%, apontando um nível de ocupação menor.

Com relação ao percentual de domicílios de baixa renda, os resultados para o município são melhores que os observados para o Brasil. Apenas 4,6% dos domicílios de Cataguases possuem renda per capita menor que 0,25 salário mínimo, contra 11,5% dos domicílios nacionais. Os domicílios de baixa renda chefiados por homens são preponderantes (3,3 %).

Em 2000, houve 19,6 óbitos por mil nascidos vivos. A proporção de óbitos por causas mal definidas para homens atingiu 6,9% no mesmo período. Para cada 10 mil óbitos de homens entre as idades de 16 a 34 anos, 7,25 ocorreram por causas externas, abaixo dos 17 observados para o Brasil.

Saúde reprodutiva

A anticoncepção reversível não hormonal ofertada pelo sistema público de saúde foi quase inexistente, assim como a contracepção cirúrgica feminina (laqueadura tubária) e masculina (vasectomia). Dentre as mulheres de 15 a 49 anos, apenas 0,06 em cada mil recebeu DIU no ano de 2000. Em contrapartida, o percentual de internações obstétricas por abortamento incompleto foi relativamente alto, atingindo 12,3% do total de internações do SUS, o que pode estar associado à baixa cobertura do sistema público à anticoncepção.

A taxa de fecundidade total, em 2000, foi de 2,01 filhos por mulher, próxima à média de 2,3 observada para o Brasil. Neste período, ocorreram 978 nascimentos de bebês vivos no município. O percentual de mulheres de 15 a 19 anos com pelo menos um filho foi de 13,1% das mulheres. Foram observados três nascimentos, entre as mulheres menores de 15 anos, e 23 nascimentos entre mulheres acima de 40 anos.

A assistência à gravidez e ao parto indica uma cobertura abrangente do sistema de saúde, desde que apenas 0,1% dos nascimentos ocorreram fora do hospital. No SUS, a atenção pré-natal iniciada antes do quarto mês da gravidez equivale a 20,95% do total de nascidos vivos registrados no SINASC. Além disso, não foram observados casos de sífilis congênita em crianças menores de 2 anos. Por outro lado, foi observado um caso de morte materna. A proporção de partos por cesárea no SUS foi de 31%. A proporção de cesáreas no total de partos foi de 58,3%, mostrando-se bem mais elevada que a observada no SUS. A proporção de mulheres que realizaram exames citopatológicos foi de 12,4.

Cataguases – Minas Gerais – aproximadamente 2000: indicadores de saúde sexual e reprodutiva

1. Indicadores de contexto		
Dimensão	Indicador	
1.1 Identificação do município	1. Habilitação no SUS	GPSMNOB
	2. Número total de domicílios	18.287
	3. População total	63.980
	4. Número absoluto de mulheres de 15 a 49 anos	17.600
	5. Índice de Desenvolvimento Humano municipal (IDH-M)	0,794
1.2 Indicadores gerais de população	6. Percentual de população rural	5,47
	7. Percentual de pessoas segundo a cor	
	7.1. Branco	65,10
	7.2. Preto	13,56
	7.3. Parda	20,57
	7.4. Outra cor	0,77
	8. Percentual de população menor de 15 anos	25,07
	9. Percentual de população de 15 a 59 anos	63,53
	10. Percentual de população de 60 anos e mais	11,40
	11. Taxa de crescimento médio anual da população total (por cem)	1,08
	12. Taxa de crescimento médio anual da população menor de 15 anos (por cem)	-0,87
	13. Taxa de crescimento médio anual da população de 15 a 59 anos (por cem)	1,60
	14. Taxa de crescimento médio anual da população de 60 anos e mais (por cem)	3,03
1.3 Indicadores socioeconômicos	15. Percentual da população de 15 a 49 anos de idade com menos de 4 anos de estudo	11,86
	16. Percentual de mulheres de 15 a 49 anos ocupadas (em relação a população feminina total)	43,05
	17. Percentual de homens e 15 a 49 anos ocupados (em relação a população masculina total)	70,16
	18. Percentual de domicílios com renda per capita domiciliar inferior a ¼ SM	4,58
	19. Percentual de domicílios com renda per capita domiciliar inferior a ¼ SM – chefes masculinos	3,29
	20. Percentual de domicílios com renda per capita domiciliar inferior a ¼ SM – chefes femininos	1,29

1.4 Indicadores gerais de saúde	21. Taxa de mortalidade infantil (por mil)	19,59
	22. Percentual de mortes por causa mal definida	6,93
	23. Taxa de mortalidade por causa externa, de homens de 15 a 34 anos (por 10.000)	7,25
2. Indicadores de saúde sexual e reprodutiva		
2.1 Prevenção da gravidez		
Anticoncepção	24. Proporção de mulheres de 15-49 anos com inserção de DIU – no SUS (por mil)	0,06
	25. Proporção de mulheres de 15-49 anos laqueadas – no SUS (por mil)	0,00
	26. Proporção de homens de 25 anos e mais vasectomizados – no SUS (por mil)	0,00
Fecundidade	27. Taxa de Fecundidade Total (TFT)	2,01
	28. Número total de nascidos vivos no ano	978
	29. Percentual de mulheres de 15-19 anos que são mães	13,07
	30. Número de nascidos vivos de mulheres menores de 15	3
	31. Número de nascidos vivos de mulheres 15-19 anos	209
	32. Número de nascidos vivos de mulheres de 40 anos e mais	23
2.2 Gestação, pré-natal, parto e puerpério		
Atenção pré-natal	33. Percentual de nascidos vivos cuja mãe iniciou o pré-natal até o 4º mês de gestação	20,95
	34. Percentual de nascidos vivos cuja mãe concluiu o pré-natal	0,45
	35. Percentual de nascidos vivos cuja mãe não realizou pré-natal	1,53
Atenção ao parto	36. Percentual de nascidos vivos fora do hospital	0,10
	37. Percentual de partos por cesárea em relação ao total de partos	58,38
	38. Percentual de partos por cesárea em relação aos partos realizados pelo SUS	32,78
Aborto	39. Percentual de internações obstétricas realizadas por abortamento incompleto no total de internações do SUS	12,31
Mortalidade	40. Número de mortes maternas	1
2.3 DST/Aids		
DST	41. Número de casos novos confirmados de sífilis congênita em menores de 2 anos de idade	0
Aids	42. Número de casos de Aids na população feminina	1
	43. Número de casos de Aids na população masculina	6
2.4 Doenças do trato reprodutivo		
Diagnóstico	44. Percentual de mulheres de 25 a 59 anos que realizaram exames citopatológicos cervico-vaginais	12,45

6. IGARASSU-PE

Contexto

Com uma população de 82.277 habitantes e 20.238 domicílios, Igarassu é um município de grande porte populacional, com habilitação GPSM-PABA. Aproximadamente 8% da população vivem em zonas rurais e 61% declaram-se pardos. Em 2000, a população feminina em idade reprodutiva (15 a 49 anos) era constituída por 23.606 mulheres, que representavam 28,7% da população total.

A população do município é caracterizada por ser jovem, com 31,1% dos habitantes no grupo de 0 e 14 anos. Entretanto, deve-se ressaltar que esse grupo etário apresenta uma taxa de crescimento médio anual negativo (-1,8%), enquanto a população acima de 60 anos apresenta uma taxa positiva de 1,5%.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) em 2000 foi de 0,719. Com relação à escolaridade, 23,8% da população de 15 a 49 anos apresentam menos de quatro anos de estudo. O percentual de homens entre 15 e 49 anos ocupados é de 54,9%, enquanto o de mulheres é de 24,8%, estando ambos abaixo da média brasileira (70% e 42,2%, para homens e mulheres, respectivamente). O número de domicílios de baixa renda representa 22,3% do total de domicílios, sendo 17,3% chefiados por homens. Igarassu exibe uma taxa de mortalidade infantil de 31,1 óbitos por mil nascidos vivos. Os óbitos por causas mal definidas representam 2,8% do total de óbitos. Com relação às mortes por causas externas, para cada 10 mil óbitos de homens entre as idades 15 a 34 anos, 21,7 são devidas a estas causas.

Igarassu exibe uma taxa de mortalidade infantil de 31,1 óbitos por mil nascidos vivos. Os óbitos por causas mal definidas representam 2,8% do total de óbitos. Com relação às mortes por causas externas, para cada 10 mil óbitos de homens entre as idades 15 a 34 anos, 21,7 são devidos a essas causas.

Saúde reprodutiva

Para o ano de 2000, observou-se 0,08 inserção de DIU, para cada mil mulheres de 15 a 49 anos. A oferta de contracepção cirúrgica masculina foi praticamen-

te inexistente. A proporção de mulheres de 15 a 49 anos laqueadas foi 0,38 a cada mil. Chama a atenção o fato de que 12% das internações obstétricas do SUS foram por aborto incompleto, um valor relativamente alto, que pode estar associado ao baixo nível de contracepção encontrado.

A taxa de fecundidade total em 2000 foi de 2,5 filhos, pouco acima da média de 2,3 observada para o Brasil. Neste mesmo ano, ocorreram 1.790 nascimentos vivos. Deve-se ressaltar que 15,5% das mulheres de 15 a 19 anos tinham tido pelo menos 1 filho, indicando uma alta fecundidade na adolescência. Foram observados 18 nascimentos entre mulheres menores de 15 anos, um valor alto, visto ser desejável a ausência de nascimentos neste grupo de idade.

Os nascimentos ocorridos fora de hospital representaram 0,9% do total de nascimentos. No SUS, a atenção pré-natal iniciada antes do quarto mês da gravidez equivale a 6,% do total de nascidos vivos registrados no SINASC. A comparação de ambos os indicadores aponta para um serviço ainda ineficiente de atenção pré-natal. A proporção de partos por cesárea no SUS foi de 15,5%, sendo bastante inferior à proporção de cesáreas no total de partos, que atingiu 31,7%. Houve constatação de um caso de óbito por causa materna e um caso de criança menor de 2 anos com sífilis congênita. A proporção de mulheres que realizaram exames citopatológicos foi de 16,5%. Foram constatados 10 casos de aids, sendo 50% em mulheres.

Igarassu – Pernambuco – aproximadamente 2000: indicadores de saúde sexual e reprodutiva

1. Indicadores de contexto		
Dimensão	Indicador	
1.1 Identificação do município	1. Habilitação no SUS	GPSMPABA
	2. Número total de domicílios	20.238
	3. População total	82.277
	4. Número absoluto de mulheres de 15 a 49 anos	23.606
	5. Índice de Desenvolvimento Humano municipal (IDH-M)	0,719
1.2 Indicadores gerais de população	6. Percentual de população rural	7,95
	7. Percentual de pessoas segundo a cor	
	7.1. Branco	33,90
	7.2. Preto	4,21
	7.3. Parda	60,71
	7.4. Outra cor	1,17
	8. Percentual de população menor de 15 anos	31,14
	9. Percentual de população de 15 a 59 anos	61,93
	10. Percentual de população de 60 anos e mais	6,93
	11. Taxa de crescimento médio anual da população total (por cem)	0,34
	12. Taxa de crescimento médio anual da população menor de 15 anos (por cem)	-1,84
	13. Taxa de crescimento médio anual da população de 15 a 59 anos (por cem)	1,48
	14. Taxa de crescimento médio anual da população de 60 anos e mais (por cem)	1,54
1.3 Indicadores socioeconômicos	15. Percentual da população de 15 a 49 anos de idade com menos de 4 anos de estudo	23,82
	16. Percentual de mulheres de 15 a 49 anos ocupadas (em relação a população feminina total)	24,87
	17. Percentual de homens e 15 a 49 anos ocupados (em relação a população masculina total)	54,93
	18. Percentual de domicílios com renda per capita domiciliar inferior a ¼ SM	22,32
	19. Percentual de domicílios com renda per capita domiciliar inferior a ¼ SM – chefes masculinos	17,34
	20. Percentual de domicílios com renda per capita domiciliar inferior a ¼ SM – chefes femininos	4,98
1.4 Indicadores gerais de saúde	21. Taxa de mortalidade infantil (por mil)	31,11
	22. Percentual de mortes por causa mal definida	2,82
	23. Taxa de mortalidade por causa externa, de homens de 15 a 34 anos (por 10.000)	21,69

2. Indicadores de saúde sexual e reprodutiva		
2.1 Prevenção da gravidez		
Anticoncepção	24. Proporção de mulheres de 15-49 anos com inserção de DIU – no SUS (por mil)	0,08
	25. Proporção de mulheres de 15-49 anos laqueadas – no SUS (por mil)	0,38
	26. Proporção de homens de 25 anos e mais vasectomizados – no SUS (por mil)	0,00
Fecundidade	27. Taxa de Fecundidade Total (TFT)	2,52
	28. Número total de nascidos vivos no ano	1.790
	29. Percentual de mulheres de 15-19 anos que são mães	15,54
	30. Número de nascidos vivos de mulheres menores de 15	18
	31. Número de nascidos vivos de mulheres 15-19 anos	451
	32. Número de nascidos vivos de mulheres de 40 anos e mais	23
2.2 Gestação, pré-natal, parto e puerpério		
Atenção pré-natal	33. Percentual de nascidos vivos cuja mãe iniciou o pré-natal até o 4º mês de gestação	6,16
	34. Percentual de nascidos vivos cuja mãe concluiu o pré-natal	0,0
	35. Percentual de nascidos vivos cuja mãe não realizou pré-natal	11,96
Atenção ao parto	36. Percentual de nascidos vivos fora do hospital	0,84
	37. Percentual de partos por cesárea em relação ao total de partos	31,73
	38. Percentual de partos por cesárea em relação aos partos realizados pelo SUS	15,48
Aborto	39. Percentual de internações obstétricas realizadas por abortamento incompleto no total de internações do SUS	11,90
Mortalidade	40. Número de mortes maternas	1
2.3 DST/Aids		
DST	41. Número de casos novos confirmados de sífilis congênita em menores de 2 anos de idade	1
Aids	42. Número de casos de Aids na população feminina	5
	43. Número de casos de Aids na população masculina	5
2.4 Doenças do trato reprodutivo		
Diagnóstico	44. Percentual de mulheres de 25 a 59 anos que realizaram exames citopatológicos cervico-vaginais	16,57

7. RIO BRANCO-AC

Contexto

Rio Branco é um município muito grande, sendo habilitado como PAB. A população do município é de 253.059 habitantes, na maioria parda (64,4%), sendo 10,6 % residentes em área rural. Existem 64.329 mulheres entre as idades de 15 a 49, constituindo a população feminina em idade reprodutiva.

A população de Rio Branco pode ser considerada bastante jovem, visto que 34,9% das pessoas pertencem ao grupo etário de 14 anos ou menos, que apresenta uma taxa de crescimento médio anual de 1,2%. Apenas 5,4% da população possuem 60 anos ou mais. Entretanto, este último grupo cresce a uma taxa expressivamente maior que a da população jovem, atingindo 3,8% ao ano.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), em 2000, foi de 0,754. Cerca de 21,5% da população de 15 a 49 anos apresenta escolaridade baixa, com quatro anos ou menos de estudo. O percentual de pessoas ocupadas no grupo etário de 15 a 49 anos é de 68,4 para homens e 45% para mulheres. Os domicílios de baixa renda, ou seja, aqueles com renda *per capita* menor que 0,25 salário mínimo, representam 10,6% do total do município, sendo 3,45% chefiados por mulheres.

A taxa de mortalidade infantil ainda é bastante alta, com um total de 29,6 óbitos para cada mil nascidos vivos. Os óbitos por causa mal definida representam 22,6% do total de mortes dos habitantes do município. A mortalidade por causas externas entre homens de 15 a 34 anos representa 22,6 em cada 10 mil óbitos ocorridos nesse grupo.

Saúde reprodutiva

A oferta de anticoncepção reversível não hormonal pelo sistema público de saúde é extremamente pequena, não havendo mulheres contempladas com inserção de DIU, nem homens vasectomizados. Por outro lado, existe uma grande proporção de internações obstétricas por abortamento incompleto, que representam

18% do total de internações do SUS, o que pode ser indicador de insuficiência do sistema de saúde em prover contracepção.

A taxa de fecundidade total em 2000 foi de 2,4 filhos por mulher, sendo bem próxima à média brasileira. O número de nascidos vivos no período foi de 8.287. A proporção de mulheres de 15 a 19 anos que eram mães foi de 26,4%, tendo sido observados 152 nascimentos de mães menores de 15 anos, o que representa um valor relativamente alto, sendo este um indicador-sentinela.

A assistência à gravidez e ao parto pode parecer ampla, haja vista a inexistência de nascidos vivos ocorridos fora do hospital e de nascidos vivos cuja mãe não realizou pré-natal. No entanto, houve no SUS o registro de somente 6,4% de nascimentos com atenção pré-natal iniciada até o quarto mês da gravidez e 0,3% com conclusão de pré-natal. Este indicador é um sinal de precariedade nos serviços de SSR. A proporção de partos por cesárea alcança 27,1% dos partos realizados pelo SUS e 30,8% do total de partos do município. Não houve ocorrência de óbitos por causas maternas, mas foi identificado um caso de sífilis congênita. A proporção de mulheres de 25 a 59 anos que realizaram exames citopatológicos cérvico-vaginal foi de apenas 6% no ano.

Se, por um lado, não houve ocorrência de óbitos por causas maternas, por outro lado foi identificado um caso de sífilis congênita. A proporção de mulheres de 25 a 59 anos que realizaram exames citopatológicos cérvicos vaginais foi de 6% no ano.

Rio Branco – Acre – aproximadamente 2000: indicadores de saúde sexual e reprodutiva

1. Indicadores de contexto		
Dimensão	Indicador	
1.1 Identificação do município	1. Habilitação no SUS	PAB
	2. Número total de domicílios	64.329
	3. População total	253.059
	4. Número absoluto de mulheres de 15 a 49 anos	72.033
	5. Índice de Desenvolvimento Humano municipal (IDH-M)	0,754
1.2 Indicadores gerais de população	6. Percentual de população rural	10,58
	7. Percentual de pessoas segundo a cor	
	7.1. Branco	31,21
	7.2. Preto	3,64
	7.3. Parda	64,39
	7.4. Outra cor	0,76
	8. Percentual de população menor de 15 anos	34,88
	9. Percentual de população de 15 a 59 anos	59,69
	10. Percentual de população de 60 anos e mais	5,43
	11. Taxa de crescimento médio anual da população total (por cem)	2,79
	12. Taxa de crescimento médio anual da população menor de 15 anos (por cem)	1,22
	13. Taxa de crescimento médio anual da população de 15 a 59 anos (por cem)	3,73
	14. Taxa de crescimento médio anual da população de 60 anos e mais (por cem)	3,82
1.3 Indicadores socioeconômicos	15. Percentual da população de 15 a 49 anos de idade com menos de 4 anos de estudo	21,49
	16. Percentual de mulheres de 15 a 49 anos ocupadas (em relação a população feminina total)	45,06
	17. Percentual de homens e 15 a 49 anos ocupados (em relação a população masculina total)	68,43
	18. Percentual de domicílios com renda per capita domiciliar inferior a ¼ SM	10,61
	19. Percentual de domicílios com renda per capita domiciliar inferior a ¼ SM – chefes masculinos	7,16
	20. Percentual de domicílios com renda per capita domiciliar inferior a ¼ SM – chefes femininos	3,45
1.4 Indicadores gerais de saúde	21. Taxa de mortalidade infantil (por mil)	29,58
	22. Percentual de mortes por causa mal definida	22,58
	23. Taxa de mortalidade por causa externa, de homens de 15 a 34 anos (por 10.000)	22,58

2. Indicadores de saúde sexual e reprodutiva		
2.1 Prevenção da gravidez		
Anticoncepção	24. Proporção de mulheres de 15-49 anos com inserção de DIU – no SUS (por mil)	0,00
	25. Proporção de mulheres de 15-49 anos laqueadas – no SUS (por mil)	0,00
	26. Proporção de homens de 25 anos e mais vasectomizados – no SUS (por mil)	0,00
Fecundidade	27. Taxa de Fecundidade Total (TFT)	2,43
	28. Número total de nascidos vivos no ano	8.287
	29. Percentual de mulheres de 15-19 anos que são mães	26,39
	30. Número de nascidos vivos de mulheres menores de 15	152
	31. Número de nascidos vivos de mulheres 15-19 anos	2.451
	32. Número de nascidos vivos de mulheres de 40 anos e mais	109
2.2 Gestação, pré-natal, parto e puerpério		
Atenção pré-natal	33. Percentual de nascidos vivos cuja mãe iniciou o pré-natal até o 4º mês de gestação	6,38
	34. Percentual de nascidos vivos cuja mãe concluiu o pré-natal	0,03
	35. Percentual de nascidos vivos cuja mãe não realizou pré-natal	9,15
Atenção ao parto	36. Percentual de nascidos vivos fora do hospital	0,80
	37. Percentual de partos por cesárea em relação ao total de partos	30,83
	38. Percentual de partos por cesárea em relação aos partos realizados pelo SUS	27,14
Aborto	39. Percentual de internações obstétricas realizadas por abortamento incompleto no total de internações do SUS	12,65
Mortalidade	40. Número de mortes maternas	6
2.3 DST/Aids		
DST	41. Número de casos novos confirmados de sífilis congênita em menores de 2 anos de idade	0
Aids	42. Número de casos de Aids na população feminina	11
	43. Número de casos de Aids na população masculina	13
2.4 Doenças do trato reprodutivo		
Diagnóstico	44. Percentual de mulheres de 25 a 59 anos que realizaram exames citopatológicos cervico-vaginais	8,58

8. JAPARATINGA-AL

Contexto

Japaratinga é um pequeno município, habilitado como PAB, constituído por 1.509 domicílios, com uma população de 6.869 habitantes, sendo 63,4% residentes em zonas rurais. A maior parte da população declara-se parda (73,4%). Existem 1.747 mulheres entre 15 a 49 anos, que constituem a população feminina em idade fértil do município.

A população de Japaratinga é bastante jovem, visto que o grupo de 0 e 14 anos representa 37,9% da população total. Entretanto, o crescimento médio anual deste grupo é negativo (-2,14%), enquanto a população de 60 anos e mais, que representa 6,8% da população, apresenta taxa de crescimento média de 0,9% ao ano.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) em 2000 foi de 0,613, sendo baixo. Aproximadamente 61,6% dos homens e 26,2% das mulheres entre as idades 15 a 49 encontravam-se ocupados em 2000. A proporção de pessoas de 15 a 49 anos com menos de quatro anos de estudo foi relativamente alta, atingindo 44,7%. Para comparação, o valor encontrado para o país, no mesmo período, foi de 20,8%.

Ainda referente ao aspecto socioeconômico do município, os domicílios de baixa renda representam 31,3% do total de domicílios. A maior parte dos domicílios de baixa renda é chefiada por homens. Cerca de 6,5% dos domicílios são de baixa renda e chefiados por mulheres.

Os indicadores de mortalidade indicam precárias condições de saúde, com uma taxa de mortalidade infantil de 36,6 óbitos por mil nascidos vivos. A cobertura/qualidade do sistema de saúde também exhibe problemas. Aproximadamente 48,6% do total de óbitos são por causas mal definidas, um número bastante alto se comparado aos 14,5% observados para o Brasil. Entre os homens entre 15 e 34 anos, a cada 10 mil óbitos, 18,8 ocorrem por causas externas, sendo este valor semelhante ao encontrado para o país (17,1 por mil).

Saúde reprodutiva

A oferta de anticoncepção reversível não hormonal pelo sistema público de saúde é quase inexistente, assim como a de contracepção cirúrgica masculina (vasectomia).

Os indicadores apontam uma elevada fecundidade no município. Em 2000, Japaratinga apresentou uma taxa de fecundidade total de 3,6 filhos, bem acima da média de 2,3 observada para o Brasil. No total, foram observados 171 nascimentos vivos nesse mesmo período. Deve-se destacar que 22,4% das mulheres de 15 a 19 anos já tinham tido pelo menos um filho, indicando uma alta fecundidade para essas idades. Entre as mulheres menores de 15 anos, foi identificado um nascimento, o que, apesar de ser um valor baixo, requer atenção visto o papel de “sentinela” do indicador.

Indicadores sobre assistência à gravidez e ao parto sinalizam baixa cobertura assistencial do sistema de saúde, dado que 17,5% dos partos ocorreram fora do hospital. Não houve, no SUS, registro de atenção pré-natal iniciada antes do quarto mês da gravidez. A ausência deste indicador já é sinal de precariedade nos serviços de SSR. Por outro lado, a proporção de partos por cesárea identificados foi relativamente baixa. Do total de partos, 14,04% foram por cesáreas. Entre os partos realizados no SUS, 14,3% foram cesarianas, bem abaixo do valor considerado como adequado pela OMS.

Outros indicadores também apontam problemas no sistema de saúde. No ano de 2000, foi identificado um caso de criança com sífilis congênita. Além disso, a proporção das internações obstétricas do SUS por aborto incompleto foi 3,9%, sendo esta uma variável que pode estar relacionada à oferta de contracepção. Foi detectado um caso de sífilis em menores de 2 anos. Foi identificada uma proporção relativamente alta de mulheres que realizaram exames citopatológicos (15%).

Japaratinga – Alagoas – aproximadamente 2000: indicadores de saúde sexual e reprodutiva

1. Indicadores de contexto		
Dimensão	Indicador	
1.1 Identificação do município	1. Habilitação no SUS	PAB
	2. Número total de domicílios	1.509
	3. População total	6.868
	4. Número absoluto de mulheres de 15 a 49 anos	1.747
	5. Índice de Desenvolvimento Humano municipal (IDH-M)	0,613
1.2 Indicadores gerais de população	6. Percentual de população rural	63,44
	7. Percentual de pessoas segundo a cor	
	7.1. Branco	23,63
	7.2. Preto	2,59
	7.3. Parda	73,45
	7.4. Outra cor	0,33
	8. Percentual de população menor de 15 anos	37,93
	9. Percentual de população de 15 a 59 anos	55,30
	10. Percentual de população de 60 anos e mais	6,77
	11. Taxa de crescimento médio anual da população total (por cem)	-0,36
	12. Taxa de crescimento médio anual da população menor de 15 anos (por cem)	-2,14
	13. Taxa de crescimento médio anual da população de 15 a 59 anos (por cem)	0,87
	14. Taxa de crescimento médio anual da população de 60 anos e mais (por cem)	0,96
1.3 Indicadores socioeconômicos	15. Percentual da população de 15 a 49 anos de idade com menos de 4 anos de estudo	44,71
	16. Percentual de mulheres de 15 a 49 anos ocupadas (em relação a população feminina total)	26,22
	17. Percentual de homens e 15 a 49 anos ocupados (em relação a população masculina total)	61,60
	18. Percentual de domicílios com renda per capita domiciliar inferior a ¼ SM	31,28
	19. Percentual de domicílios com renda per capita domiciliar inferior a ¼ SM – chefes masculinos	24,78
	20. Percentual de domicílios com renda per capita domiciliar inferior a ¼ SM – chefes femininos	6,49
1.4 Indicadores gerais de saúde	21. Taxa de mortalidade infantil (por mil)	36,59
	22. Percentual de mortes por causa mal definida	48,61
	23. Taxa de mortalidade por causa externa, de homens de 15 a 34 anos (por 10.000)	18,87
2. Indicadores de saúde sexual e reprodutiva		
2.1 Prevenção da gravidez		
Anticoncepção	24. Proporção de mulheres de 15-49 anos com inserção de DIU – no SUS (por mil)	0,00
	25. Proporção de mulheres de 15-49 anos laqueadas – no SUS (por mil)	0,00
	26. Proporção de homens de 25 anos e mais vasectomizados – no SUS (por mil)	0,00
Fecundidade	27. Taxa de Fecundidade Total (TFT)	3,64
	28. Número total de nascidos vivos no ano	171
	29. Percentual de mulheres de 15-19 anos que são mães	22,42
	30. Número de nascidos vivos de mulheres menores de 15	1
	31. Número de nascidos vivos de mulheres 15-19 anos	61
	32. Número de nascidos vivos de mulheres de 40 anos e mais	6

2.2 Gestação, pré-natal, parto e puerpério		
Atenção pré-natal	33. Percentual de nascidos vivos cuja mãe iniciou o pré-natal até o 4º mês de gestação	0,0
	34. Percentual de nascidos vivos cuja mãe concluiu o pré-natal	0,0
	35. Percentual de nascidos vivos cuja mãe não realizou pré-natal	29,24
Atenção ao parto	36. Percentual de nascidos vivos fora do hospital	17,54
	37. Percentual de partos por cesárea em relação ao total de partos	14,04
	38. Percentual de partos por cesárea em relação aos partos realizados pelo SUS	14,29
Aborto	39. Percentual de internações obstétricas realizadas por abortamento incompleto no total de internações do SUS	3,97
Mortalidade	40. Número de mortes maternas	-
2.3 DST/Aids		
DST	41. Número de casos novos confirmados de sífilis congênita em menores de 2 anos de idade	1
Aids	42. Número de casos de Aids na população feminina	0
	43. Número de casos de Aids na população masculina	0
2.4 Doenças do trato reprodutivo		
Diagnóstico	44. Percentual de mulheres de 25 a 59 anos que realizaram exames citopatológicos cervico-vaginais	15,01

9. SETE QUEDAS-MS

Contexto

Sete Quedas é um pequeno município, habilitado como PAB, com uma população de 10.935 habitantes, sendo 17,7% residentes de zona rural. A maior parte da população declara-se branca (55,2%) e parda (41,3%). A população feminina em idade reprodutiva (15 a 49 anos) é constituída por 2.856 mulheres. Os grupos etários menores de 14 e o maior de 60 anos representam, respectivamente, 32,2% e 9,4% da população total. Chama a atenção o elevado crescimento da população idosa, cuja taxa anual de crescimento observada foi de 6,6%, enquanto a taxa da população total foi de -3,5%.

Em 2000, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Sete Quedas foi de 0,719. A proporção de pessoas com baixa escolaridade é alta: 36,6%. das pessoas de 15 a 49 anos têm menos de quatro anos de estudo. Por outro lado, a proporção de população ocupada é maior que a observada para o Brasil: Em 2000, 85,7% dos homens entre as idades de 15 a 49 anos encontravam-se ocupados, e, entre as mulheres deste mesmo grupo etário, a proporção de população ocupada chegava a 44%. Identificou-se ainda que 8,6% dos domicílios possuem renda *per capita* menor que 0,25 salário mínimo.

A taxa de mortalidade infantil observada para o município, em 2000, foi de 33,1 óbitos por mil nascidos vivos, sendo um valor relativamente alto. Os óbitos por causas mal definidas representaram 8,6%, sendo este um indicador de cobertura/qualidade do sistema de saúde. O indicador de mortalidade por causas externas apontou que, para cada 10 mil mortes entre homens de 15 a 34 anos, 16,3 ocorreram devido a estas causas.

Saúde reprodutiva

Quanto à anticoncepção reversível não hormonal ofertada pelo sistema público de saúde, os dados apontam que a utilização é quase inexistente, assim como contracepção cirúrgica masculina (vasectomia). Isso pode indicar baixa cobertura de métodos contraceptivos pelo sistema público de saúde, o que dificulta controle da fecundidade das mulheres do município.

A taxa de fecundidade total em 2000 foi de 2,8 filhos, acima da média de 2,3 observada para o Brasil. O total de nascidos vivos identificados nesse mesmo ano foi de 369, sendo oito de mães de mais de 40 anos. A fecundidade entre as mulheres entre 15 e 19 anos pode ser considerada relativamente alta, visto que aproximadamente 32,3% das mulheres nessas idades já tinham tido pelo menos um filho. Entre as mulheres menores de 15 anos, foram observados dois nascimentos. Tais resultados podem estar relacionados à escassez de oferta de métodos contraceptivos ou de mobilização dessa população quanto à anticoncepção.

Indicadores sobre assistência à gravidez e ao parto apontam para a existência de problemas, dado que se observou que 17% dos nascidos vivos o foram de mães que não realizaram o pré-natal, e 1,9% dos nascimentos ocorreu fora do hospital. No SUS, a atenção pré-natal iniciada antes do quarto mês da gravidez equivale a menos de 1% do total de nascidos vivos registrados no SINASC. A proporção de partos por cesárea no SUS foi de 21,1%, sendo semelhante à proporção de cesáreas no total de partos (31,9%). Não foram observados óbitos por causa materna, nem casos de sífilis em crianças menores de 2 anos, e foi identificado que 10% das mulheres realizaram exames citopatológicos (10%). Indicadores sobre assistência à gravidez e ao parto apontam para a existência de problemas, dado que se observou que 17% dos nascidos vivos o foram de mães que não realizaram o pré-natal, e 1,9% dos nascimentos ocorreu fora do

hospital. No SUS, a atenção pré-natal iniciada antes do quarto mês da gravidez equivale a menos de 1% do total de nascidos vivos registrados no SINASC. A proporção de partos por cesárea no SUS foi de 21,1%, sendo semelhante à proporção de cesáreas no total de partos (31,9%). Não foram observados óbitos por causa materna, nem casos de sífilis em crianças menores de 2 anos, e foi identificado que 10% das mulheres realizaram exames citopatológicos (10%).

Sete Quedas – Mato Grosso do Sul – aproximadamente 2000: indicadores de saúde sexual e reprodutiva

1. Indicadores de contexto		
Dimensão	Indicador	
1.1 Identificação do município	1. Habilitação no SUS	PAB
	2. Número total de domicílios	2.985
	3. População total	10.936
	4. Número absoluto de mulheres de 15 a 49 anos	2.856
	5. Índice de Desenvolvimento Humano municipal (IDH-M)	0,719
1.2 Indicadores gerais de população	6. Percentual de população rural	17,71
	7. Percentual de pessoas segundo a cor	
	7.1. Branco	55,13
	7.2. Preto	2,02
	7.3. Parda	41,33
	7.4. Outra cor	1,50
	8. Percentual de população menor de 15 anos	32,19
	9. Percentual de população de 15 a 59 anos	58,38
	10. Percentual de população de 60 anos e mais	9,44
	11. Taxa de crescimento médio anual da população total (por cem)	-3,55
	12. Taxa de crescimento médio anual da população menor de 15 anos (por cem)	-4,99
	13. Taxa de crescimento médio anual da população de 15 a 59 anos (por cem)	-3,77
	14. Taxa de crescimento médio anual da população de 60 anos e mais (por cem)	6,57
1.3 Indicadores socioeconômicos	15. Percentual da população de 15 a 49 anos de idade com menos de 4 anos de estudo	36,60
	16. Percentual de mulheres de 15 a 49 anos ocupadas (em relação a população feminina total)	44,19
	17. Percentual de homens e 15 a 49 anos ocupados (em relação a população masculina total)	85,67
	18. Percentual de domicílios com renda per capita domiciliar inferior a ¼ SM	8,58
	19. Percentual de domicílios com renda per capita domiciliar inferior a ¼ SM – chefes masculinos	6,06
	20. Percentual de domicílios com renda per capita domiciliar inferior a ¼ SM – chefes femininos	2,51

1.4 Indicadores gerais de saúde	21. Taxa de mortalidade infantil (por mil)	33,10
	22. Percentual de mortes por causa mal definida	8,61
	23. Taxa de mortalidade por causa externa, de homens de 15 a 34 anos (por 10.000)	16,33
2. Indicadores de saúde sexual e reprodutiva		
2.1 Prevenção da gravidez		
Anticoncepção	24. Proporção de mulheres de 15-49 anos com inserção de DIU – no SUS (por mil)	0,00
	25. Proporção de mulheres de 15-49 anos laqueadas – no SUS (por mil)	0,00
	26. Proporção de homens de 25 anos e mais vasectomizados – no SUS (por mil)	0,00
Fecundidade	27. Taxa de Fecundidade Total (TFT)	2,76
	28. Número total de nascidos vivos no ano	369
	29. Percentual de mulheres de 15-19 anos que são mães	32,30
	30. Número de nascidos vivos de mulheres menores de 15	2
	31. Número de nascidos vivos de mulheres 15-19 anos	102
	32. Número de nascidos vivos de mulheres de 40 anos e mais	8
2.2 Gestação, pré-natal, parto e puerpério		
Atenção pré-natal	33. Percentual de nascidos vivos cuja mãe iniciou o pré-natal até o 4º mês de gestação	0,64
	34. Percentual de nascidos vivos cuja mãe concluiu o pré-natal	0,0
	35. Percentual de nascidos vivos cuja mãe não realizou pré-natal	17,07
Atenção ao parto	36. Percentual de nascidos vivos fora do hospital	1,90
	37. Percentual de partos por cesárea em relação ao total de partos	31,98
	38. Percentual de partos por cesárea em relação aos partos realizados pelo SUS	21,12
Aborto	39. Percentual de internações obstétricas realizadas por abortamento incompleto no total de internações do SUS	1,46
Mortalidade	40. Número de mortes maternas	0
2.3 DST/Aids		
DST	41. Número de casos novos confirmados de sífilis congênita em menores de 2 anos de idade	0
Aids	42. Número de casos de Aids na população feminina	0
	43. Número de casos de Aids na população masculina	0
2.4 Doenças do trato reprodutivo		
Diagnóstico	44. Percentual de mulheres de 25 a 59 anos que realizaram exames citopatológicos cervico-vaginais	10,40

10. PLANALTINA-GO

Contexto

Planaltina é um município grande, sendo habilitado como PAB. O município possui 18.405 domicílios e uma população de 73.718 habitantes, sendo 4,9% residentes em área rural. Há, aproximadamente, 20,4 mil mulheres entre 15 e 49 anos. A população, que na maioria é parda (57,6%), é bastante jovem, sendo que 37,1% possuem menos de 14 anos e apenas 4% pertencem ao grupo de 60 anos ou mais. Chama a atenção o elevado crescimento populacional de Planaltina, com uma taxa de crescimento médio de 6,8% ao ano. A população idosa apresenta o maior crescimento, com uma taxa de 8% ao ano, indicando um aumento da participação desse grupo na população total.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município, em 2000, foi de 0,723, o que lhe confere a posição de número 467 entre os municípios brasileiros. Embora esse indicador represente uma colocação relativamente privilegiada, Planaltina apresenta alto percentual de pessoas entre 15 e 49 anos com menos de quatro anos de estudo (29%). Além disso, a proporção de pessoas ocupadas mostra-se inferior à média nacional, com 67% dos homens e 40,5% das mulheres entre as idades de 15 a 49 anos, ocupados. A proporção de domicílios de baixa renda do município é maior que a observada para o Brasil, atingindo um percentual de 14,6% do total dos domicílios. Cerca de 5,4% são domicílios de baixa renda chefiados por mulheres.

A taxa de mortalidade infantil foi de 24,5 óbitos para cada mil nascidos vivos, e os óbitos por causa mal definida representam 5,4% do total de mortes no município. A mortalidade por causas externas indica é de 22,8 óbitos para cada 10 mil homens no grupo etário de 15 a 34 anos.

Saúde reprodutiva

A oferta de anticoncepção reversível não hormonal pelo sistema público de saúde é extremamente pequena, tendo sido contemplada com inserção de DIU apenas 0,7 mulher em cada mil, entre as idades de 10 a 49 anos. A oferta de laqueadura tubária também é incipiente, tendo sido realizadas, em média,

8,25 laqueaduras por mil mulheres de 15-49 anos. No caso da contracepção cirúrgica masculina (vasectomia), a oferta mostra-se ainda menor, no município, com 1,2 procedimento por cada mil homens com 25 anos ou mais.

A fecundidade em Planaltina pode ser considerada elevada, uma vez que a taxa de fecundidade total em 2000 foi de 3,4 filhos por mulher, um nível consideravelmente acima da média nacional. Neste mesmo período, foram identificados 2.012 nascidos vivos no município. A proporção de mulheres de 15 a 19 anos que eram mães foi de 26,9%. Foram observados 16 nascimentos de mães menores de 15 anos, o que representa um valor relativamente alto. Entre os partos de mulheres de 40 anos ou mais, foram observados 12 nascidos vivos, indicando existência de casos de gravidez em idades considerada de alto risco.

Os indicadores de assistência à gravidez evidenciam uma cobertura restrita do sistema de saúde. Apenas 4,7% dos nascidos vivos são de mães que concluíram o pré-natal. No SUS, a atenção pré-natal iniciada antes do quarto mês da gravidez equivale a 26,66,% do total de nascidos vivos registrados no SINASC. Foi identificada a ocorrência de 1,6% nascimento fora do hospital, indicador este que está relacionado ao acesso aos serviços de saúde. A proporção de partos por cesárea alcança 19,6% dos partos realizados pelo SUS e 22,8% do total de partos do município. A proporção de procedimentos de internação por aborto incompleto representou 9,2% do total de internações do SUS, o que pode estar relacionado a uma insuficiência da oferta de contracepção.

Embora não tenha havido ocorrência de óbitos por causas maternas, foram observados quatro casos de sífilis congênita. A proporção de mulheres que realizaram exames citopatológicos atingiu 6,4%, estando esse indicador relacionado à cobertura do sistema de saúde.

Planaltina – Goiás – aproximadamente 2000: indicadores de saúde sexual e reprodutiva

1. Indicadores de contexto		
Dimensão	Indicador	
1.1 Identificação do município	1. Habilitação no SUS	PAB
	2. Número total de domicílios	18.405
	3. População total	73.718
	4. Número absoluto de mulheres de 15 a 49 anos	20.363
	5. Índice de Desenvolvimento Humano municipal (IDH-M)	0,723
1.2 Indicadores gerais de população	6. Percentual de população rural	4,87
	7. Percentual de pessoas segundo a cor	
	7.1. Branco	34,78
	7.2. Preto	6,13
	7.3. Parda	57,61
	7.4. Outra cor	1,48
	8. Percentual de população menor de 15 anos	37,10
	9. Percentual de população de 15 a 59 anos	58,89
	10. Percentual de população de 60 anos e mais	4,02
	11. Taxa de crescimento médio anual da população total (por cem)	6,81
	12. Taxa de crescimento médio anual da população menor de 15 anos (por cem)	5,57
	13. Taxa de crescimento médio anual da população de 15 a 59 anos (por cem)	7,58
	14. Taxa de crescimento médio anual da população de 60 anos e mais (por cem)	8,13
1.3 Indicadores socioeconômicos	15. Percentual da população de 15 a 49 anos de idade com menos de 4 anos de estudo	28,96
	16. Percentual de mulheres de 15 a 49 anos ocupadas (em relação a população feminina total)	40,52
	17. Percentual de homens e 15 a 49 anos ocupados (em relação a população masculina total)	66,69
	18. Percentual de domicílios com renda per capita domiciliar inferior a ¼ SM	14,61
	19. Percentual de domicílios com renda per capita domiciliar inferior a ¼ SM – chefes masculinos	10,64
	20. Percentual de domicílios com renda per capita domiciliar inferior a ¼ SM – chefes femininos	3,97
1.4 Indicadores gerais de saúde	21. Taxa de mortalidade infantil (por mil)	24,50
	22. Percentual de mortes por causa mal definida	5,42
	23. Taxa de mortalidade por causa externa, de homens de 15 a 34 anos (por 10.000)	22,87

2. Indicadores de saúde sexual e reprodutiva		
2.1 Prevenção da gravidez		
Anticoncepção	24. Proporção de mulheres de 15-49 anos com inserção de DIU – no SUS (por mil)	0,69
	25. Proporção de mulheres de 15-49 anos laqueadas – no SUS (por mil)	8,25
	26. Proporção de homens de 25 anos e mais vasectomizados – no SUS (por mil)	2,78
Fecundidade	27. Taxa de Fecundidade Total (TFT)	3,42
	28. Número total de nascidos vivos no ano	2.012
	29. Percentual de mulheres de 15-19 anos que são mães	26,92
	30. Número de nascidos vivos de mulheres menores de 15	16
	31. Número de nascidos vivos de mulheres 15-19 anos	509
	32. Número de nascidos vivos de mulheres de 40 anos e mais	12
2.2 Gestação, pré-natal, parto e puerpério		
Atenção pré-natal	33. Percentual de nascidos vivos cuja mãe iniciou o pré-natal até o 4º mês de gestação	26,66
	34. Percentual de nascidos vivos cuja mãe concluiu o pré-natal	32,77
	35. Percentual de nascidos vivos cuja mãe não realizou pré-natal	4,77
Atenção ao parto	36. Percentual de nascidos vivos fora do hospital	1,59
	37. Percentual de partos por cesárea em relação ao total de partos	22,81
	38. Percentual de partos por cesárea em relação aos partos realizados pelo SUS	19,60
Aborto	39. Percentual de internações obstétricas realizadas por abortamento incompleto no total de internações do SUS	9,23
Mortalidade	40. Número de mortes maternas	0
2.3 DST/Aids		
DST	41. Número de casos novos confirmados de sífilis congênita em menores de 2 anos de idade	4
Aids	42. Número de casos de Aids na população feminina	1
	43. Número de casos de Aids na população masculina	2
2.4 Doenças do trato reprodutivo		
Diagnóstico	44. Percentual de mulheres de 25 a 59 anos que realizaram exames citopatológicos cervico-vaginais	6,40

11. SIMÃO DIAS-SE

Contexto

Simão Dias é um município médio, habilitado como PABA, com cerca de 36,9 mil habitantes, dos quais 54,5% residiam em área rural e 58,9% declaravam-se pardos em 2000. As mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) chegam a 9.044. A população com 60 anos e mais representa mais de 10% da população, apresentando um crescimento anual médio de 2,2%, enquanto a população total cresce a uma taxa média de 1,5% ano.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) em 2000 foi de 0,59, sendo este um nível muito baixo. Há um elevado percentual de pessoas entre as idades de 15 a 49 anos com baixa escolaridade, tendo em vista que 46,6% possuem menos de quatro anos de estudo. A proporção de população ocupada aponta que, entre as pessoas entre 15 e 49 anos, 64,5%, entre os homens, e 31,3%, entre as mulheres, encontravam-se ocupados em 2000. Os domicílios de baixa renda representam 26,5% do total, sendo que 5,06 pontos percentuais são domicílios chefiados por mulheres. Estes valores são extremamente elevados, se comparados aos indicadores nacionais.

Os indicadores de mortalidade indicam precárias condições de saúde e baixa cobertura e qualidade do sistema de saúde. A taxa de mortalidade infantil indica que, em 2000, eram observados 64,3 óbitos por mil nascidos vivos. Do total de óbitos observados, mais de 61% ocorreram devido a causas mal definidas. A taxa de mortalidade por causas externas alcançou 9,1 por 10 mil, para a população masculina entre 15 e 34 anos de idade.

Saúde reprodutiva

Não foi ofertada anticoncepção reversível não hormonal pelo sistema público de saúde, assim como contracepção cirúrgica feminina (laqueadura tubária) e masculina (vasectomia).

A taxa de fecundidade total em 2000 foi de 2,81 filhos, e o número de nascidos vivos totalizou 928. Chama a atenção o fato de 15,9% das mulheres de 15 a

19 anos já terem pelo menos um filho, indicando uma alta fecundidade para esta faixa de idade. Dentre as mulheres menores de 15 anos, foram observados nove nascimentos, fato que funciona com indicador-sentinela, desde que o desejável seria a ausência de nascimentos dentre mulheres pertencentes a esta faixa etária. Foram observados 28 nascidos vivos de mães com 40 anos ou mais.

Indicadores sobre assistência à gravidez e ao parto também sinalizam a existência de problemas, desde que, em 15,9% dos nascidos vivos, a mãe não realizou o pré-natal, e 4,7% dos nascimentos ocorreram fora do hospital. Não houve, no SUS, registro de atenção pré-natal iniciada antes do quarto mês da gravidez. O valor nulo deste indicador é mais um sinal de precariedade nos serviços de SSR. A proporção de partos por cesárea no SUS foi de 5,5%, um nível adequado para os padrões internacionais, mas que, dado os padrões atualmente vigentes no Brasil, pode estar indicando dificuldade de acesso. A proporção de cesáreas no total de partos é o dobro, mas ainda assim pequena (11%), provavelmente devido ao pequeno peso relativo dos partos realizados fora do SUS. Não foram identificadas mortes por causa materna, enquanto a proporção de mulheres entre 25 e 59 que realizaram exames citopatológicos foi de apenas 1,9%, um percentual extremamente baixo que pode estar relacionado à baixa cobertura dos serviços de saúde.

Simão Dias – Sergipe – aproximadamente 2000: indicadores de saúde sexual e reprodutiva

1. Indicadores de contexto		
Dimensão	Indicador	
1.1 Identificação do município	1. Habilitação no SUS	PABA
	2. Número total de domicílios	9.501
	3. População total	36.957
	4. Número absoluto de mulheres de 15 a 49 anos	9.044
	5. Índice de Desenvolvimento Humano municipal (IDH-M)	0,591
1.2 Indicadores gerais de população	6. Percentual de população rural	54,49
	7. Percentual de pessoas segundo a cor	
	7.1. Branco	35,32
	7.2. Preto	4,87
	7.3. Parda	58,90
	7.4. Outra cor	0,91
	8. Percentual de população menor de 15 anos	33,98
	9. Percentual de população de 15 a 59 anos	55,43
	10. Percentual de população de 60 anos e mais	10,59
	11. Taxa de crescimento médio anual da população total (por cem)	1,55
	12. Taxa de crescimento médio anual da população menor de 15 anos (por cem)	0,33
	13. Taxa de crescimento médio anual da população de 15 a 59 anos (por cem)	2,24
	14. Taxa de crescimento médio anual da população de 60 anos e mais (por cem)	2,18
1.3 Indicadores socioeconômicos	15. Percentual da população de 15 a 49 anos de idade com menos de 4 anos de estudo	46,63
	16. Percentual de mulheres de 15 a 49 anos ocupadas (em relação a população feminina total)	31,27
	17. Percentual de homens e 15 a 49 anos ocupados (em relação a população masculina total)	64,52
	18. Percentual de domicílios com renda per capita domiciliar inferior a ¼ SM	26,49
	19. Percentual de domicílios com renda per capita domiciliar inferior a ¼ SM – chefes masculinos	21,43
	20. Percentual de domicílios com renda per capita domiciliar inferior a ¼ SM – chefes femininos	5,06
1.4 Indicadores gerais de saúde	21. Taxa de mortalidade infantil (por mil)	64,26
	22. Percentual de mortes por causa mal definida	61,71
	23. Taxa de mortalidade por causa externa, de homens de 15 a 34 anos (por 10.000)	9,10

2. Indicadores de saúde sexual e reprodutiva		
2.1 Prevenção da gravidez		
Anticoncepção	24. Proporção de mulheres de 15-49 anos com inserção de DIU – no SUS (por mil)	0,00
	25. Proporção de mulheres de 15-49 anos laqueadas – no SUS (por mil)	0,00
	26. Proporção de homens de 25 anos e mais vasectomizados – no SUS (por mil)	0,00
Fecundidade	27. Taxa de Fecundidade Total (TFT)	2,81
	28. Número total de nascidos vivos no ano	928
	29. Percentual de mulheres de 15-19 anos que são mães	15,40
	30. Número de nascidos vivos de mulheres menores de 15	9
	31. Número de nascidos vivos de mulheres 15-19 anos	198
	32. Número de nascidos vivos de mulheres de 40 anos e mais	28
2.2 Gestação, pré-natal, parto e puerpério		
Atenção pré-natal	33. Percentual de nascidos vivos cuja mãe iniciou o pré-natal até o 4º mês de gestação	0,0
	34. Percentual de nascidos vivos cuja mãe concluiu o pré-natal	0,0
	35. Percentual de nascidos vivos cuja mãe não realizou pré-natal	15,95
Atenção ao parto	36. Percentual de nascidos vivos fora do hospital	4,74
	37. Percentual de partos por cesárea em relação ao total de partos	15,30
	38. Percentual de partos por cesárea em relação aos partos realizados pelo SUS	11,05
Aborto	39. Percentual de internações obstétricas realizadas por abortamento incompleto no total de internações do SUS	5,53
Mortalidade	40. Número de mortes maternas	0
2.3 DST/Aids		
DST	41. Número de casos novos confirmados de sífilis congênita em menores de 2 anos de idade	0
Aids	42. Número de casos de Aids na população feminina	1
	43. Número de casos de Aids na população masculina	0
2.4 Doenças do trato reprodutivo		
Diagnóstico	44. Percentual de mulheres de 25 a 59 anos que realizaram exames citopatológicos cervico-vaginais	1,94

12. CABREÚVA-SP

Contexto

Cabreúva é um município de médio alto tamanho populacional, com 8.637 domicílios e uma população de 33,1 mil habitantes, sendo habilitado como PABA. A maior parte da população declarava-se branca (72,7%). E cerca de 22% residiam em área rural, em 2000. Neste mesmo período, o número de mulheres em idade reprodutiva era de 9.032. Deve-se destacar que a população menor de 14 anos, que representa 31%, apresentou uma taxa de crescimento médio anual menor que a população total. Por outro lado, a população adulta (15 a 59 anos) apresentou uma taxa de crescimento de 7,2% ao ano, acima dos 6,3% observados para o total.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) em 2000 foi de 0,774. A população entre e 15 a 49 anos apresenta um percentual de 19% com menos de quatro anos de estudo. A proporção de população ocupada da população masculina entre 15 e 49 anos atinge 80,7%, maior que a média nacional de 69,7%. Para as mulheres, a taxa é de 42,5%, bastante semelhante à brasileira. O percentual de domicílios de baixa renda é de 4,2%, um nível relativamente baixo comparado aos 11,5% do Brasil. O percentual de domicílios de baixa renda chefiados por mulheres é de apenas 0,86%.

O indicador de mortalidade infantil aponta uma taxa de mortalidade infantil relativamente baixa (para os padrões do Brasil), sendo observados 16 óbitos por mil nascidos vivos. Cerca de 2,3% do total de óbitos ocorreram por causas mal definidas. A taxa de mortalidade por causas externas alcançou 20,8 por 10 mil, para a população masculina entre 15 e 34 anos.

Saúde reprodutiva

A anticoncepção reversível não hormonal ofertada pelo sistema público de saúde é quase inexistente, assim como contracepção cirúrgica feminina (laqueadura tubária) e masculina (vasectomia).

A taxa de fecundidade total em 2000 foi de 2,6 filhos, pouco acima da média de 2,3 observada para o Brasil. No mesmo ano, o número de nascidos vivos foi 732. Entre as mulheres de 15 a 19 anos, 17,9% já tinham tido pelo menos um filho. Dentre as mulheres menores de 15 anos, foram observados cinco nascimentos e, dentre aquelas de 40 anos ou mais, foram identificados 15 nascimentos.

Indicadores sobre assistência à gravidez e ao parto sinalizam a ausência de grandes problemas de cobertura assistencial, desde que, somente em 0,96% dos nascidos vivos, a mãe não realizou o pré-natal, e apenas 0,4% dos nascimentos ocorreu fora do hospital. No SUS, a atenção pré-natal iniciada até o quarto mês de gestação equivale a 31,84% do total de nascidos vivos registrado no SINASC. A proporção de partos por cesárea no SUS foi de 26,5%, sendo mais alta que o percentual de cesáreas em relação ao total de partos (23,1%). Atenta-se para o fato de que 5,5% das internações obstétricas do SUS ocorrem devido a abortamento incompleto, sendo este percentual relativamente alto.

A baixa proporção de mulheres que realizaram exames citopatológicos (0,2%) pode apontar para falhas do sistema de saúde. No ano 2000, foram constatados quatro casos de Aids em Cabreúva, três dos quais masculinos.

Cabreúva – São Paulo – aproximadamente 2000: indicadores de saúde sexual e reprodutiva

1. Indicadores de contexto		
Dimensão	Indicador	
1.1 Identificação do município	1. Habilitação no SUS	PABA
	2. Número total de domicílios	8.637
	3. População total	33.100
	4. Número absoluto de mulheres de 15 a 49 anos	9.032
	5. Índice de Desenvolvimento Humano municipal (IDH-M)	0,774
1.2 Indicadores gerais de população	6. Percentual de população rural	22,18
	7. Percentual de pessoas segundo a cor	
	7.1. Branco	72,67
	7.2. Preto	3,35
	7.3. Parda	22,48
	7.4. Outra cor	1,51
	8. Percentual de população menor de 15 anos	31,33
	9. Percentual de população de 15 a 59 anos	62,56
	10. Percentual de população de 60 anos e mais	6,11
	11. Taxa de crescimento médio anual da população total (por cem)	6,35
	12. Taxa de crescimento médio anual da população menor de 15 anos (por cem)	4,82
	13. Taxa de crescimento médio anual da população de 15 a 59 anos (por cem)	7,24
	14. Taxa de crescimento médio anual da população de 60 anos e mais (por cem)	5,91
1.3 Indicadores socioeconômicos	15. Percentual da população de 15 a 49 anos de idade com menos de 4 anos de estudo	19,17
	16. Percentual de mulheres de 15 a 49 anos ocupadas (em relação a população feminina total)	42,45
	17. Percentual de homens e 15 a 49 anos ocupados (em relação a população masculina total)	80,69
	18. Percentual de domicílios com renda per capita domiciliar inferior a ¼ SM	4,24
	19. Percentual de domicílios com renda per capita domiciliar inferior a ¼ SM – chefes masculinos	0,86
	20. Percentual de domicílios com renda per capita domiciliar inferior a ¼ SM – chefes femininos	3,38
1.4 Indicadores gerais de saúde	21. Taxa de mortalidade infantil (por mil)	16,02
	22. Percentual de mortes por causa mal definida	2,28
	23. Taxa de mortalidade por causa externa, de homens de 15 a 34 anos (por 10.000)	20,83

2. Indicadores de saúde sexual e reprodutiva		
2.1 Prevenção da gravidez		
Anticoncepção	24. Proporção de mulheres de 15-49 anos com inserção de DIU – no SUS (por mil)	0,00
	25. Proporção de mulheres de 15-49 anos laqueadas – no SUS (por mil)	0,00
	26. Proporção de homens de 25 anos e mais vasectomizados – no SUS (por mil)	0,00
Fecundidade	27. Taxa de Fecundidade Total (TFT)	2,56
	28. Número total de nascidos vivos no ano	732
	29. Percentual de mulheres de 15-19 anos que são mães	17,86
	30. Número de nascidos vivos de mulheres menores de 15	5
	31. Número de nascidos vivos de mulheres 15-19 anos	174
	32. Número de nascidos vivos de mulheres de 40 anos e mais	15
2.2 Gestação, pré-natal, parto e puerpério		
Atenção pré-natal	33. Percentual de nascidos vivos cuja mãe iniciou o pré-natal até o 4º mês de gestação	31,84
	34. Percentual de nascidos vivos cuja mãe concluiu o pré-natal	0,96
	35. Percentual de nascidos vivos cuja mãe não realizou pré-natal	1,16
Atenção ao parto	36. Percentual de nascidos vivos fora do hospital	0,41
	37. Percentual de partos por cesárea em relação ao total de partos	23,09
	38. Percentual de partos por cesárea em relação aos partos realizados pelo SUS	29,46
Aborto	39. Percentual de internações obstétricas realizadas por abortamento incompleto no total de internações do SUS	9,15
Mortalidade	40. Número de mortes maternas	0
2.3 DST/Aids		
DST	41. Número de casos novos confirmados de sífilis congênita em menores de 2 anos de idade	0
Aids	42. Número de casos de Aids na população feminina	1
	43. Número de casos de Aids na população masculina	3
2.4 Doenças do trato reprodutivo		
Diagnóstico	44. Percentual de mulheres de 25 a 59 anos que realizaram exames citopatológicos cervico-vaginais	0,02

Reflexões finais

O perfil desenhado pelo indicadores selecionados para cada um dos 12 municípios permite observar os diferentes matizes no que se refere a SSR no Brasil. O espectro não é exaustivo, haja visto tratar-se de uma seleção restrita de casos. Apesar disso, é possível observar diferenças substanciais. Tomem-se como exemplos os municípios de Rio Branco (AC) e Japaratinga (AL), um deles muito grande e o outro pequeno. A diferença nas condições de vida fica clara, seja pela proporção de analfabetos, seja pela proporção de causas de morte mal definidas, com clara vantagem para o primeiro caso. Em termos de SSR, embora existam fatores diferenciadores, há indicadores “zerados” em ambos os municípios, o que pode ser devido à pura omissão estatística ou a outros problemas. Um bom exemplo refere-se à atenção pré-natal iniciada até o quarto mês de gestação, oferecida pelo SUS. Tanto em Rio Branco como em Japaratinga houve total ausência de registro deste serviço, o que poderia estar associada a problemas de registro, ou ainda revelar descaso ou insuficiência de recursos. Nas duas situações, no entanto, a capacidade de monitoramento e/ou intervenção fica bastante limitada e sugere uma baixa prioridade dada à SSR. Um dos aspectos que diferencia estes dois municípios é a proporção das internações por abortamento incompleto em relação ao total de internações obstétricas, que no primeiro caso é de 18%; e, no segundo caso, é quase inexpressiva. Outra diferença é a proporção de partos com atenção hospitalar; que em Rio Branco é universal (supondo-se que a informação não esteja sobre-estimada); ao passo que em Japaratinga quase 18% não têm assistência. Neste município, a proporção de partos por cesariana fica abaixo do parâmetro recomendado como adequado, segundo padrões internacionais, enquanto em Rio Branco a proporção de partos por cesariana é substancialmente mais alta. Em suma, mesmo com dados apenas parcialmente confiáveis, o conjunto de indicadores propostos permite traçar um panorama da situação da saúde reprodutiva e apontar suas áreas de precariedade.

O sistema de ISSR ora proposto tem como mérito oferecer, por um lado, um perfil da saúde do município, e, por outro lado, permitir comparações entre unidades em distintos níveis de agregação geo-político-administrativa. O sistema converte-se, assim, num valioso subsídio, não apenas para o gestor

local, mas também para o estadual ou federal, na tomada de decisões e formulação de políticas mais adequadas à população-alvo.

O sistema pode ainda ser refinado, seja porque alguns indicadores talvez sejam redundantes, seja porque aspectos vitais da atenção à SSR podem não ser cobertos por ele. Isto porque o sistema analisado inclui – principalmente no que se refere a indicadores de SSR propriamente dita – não o que seria ideal, mas o que foi possível elaborar, dado o estágio atual bastante precário das estatísticas brasileiras.

A análise aqui feita mostra que o conjunto destes indicadores retrata de forma aproximada a situação da saúde reprodutiva e contexto socioeconômico dos municípios brasileiros, dadas as limitações já citadas. Desta forma, aponta indiretamente as áreas deficientes de atenção à SSR e assinala os potenciais riscos que poderiam ser evitados com adequada intervenção.

A colocação em prática do sistema possibilitará, sem dúvida, seu aperfeiçoamento, sobretudo porque – acredita-se esperançosamente – que ele possibilitará o aumento da consciência sobre a importância e a necessidade de registro de dados contínuos em nível municipal e de investimento em sistemas municipais de informação sobre saúde sexual e reprodutiva.

Conclusões

*Tânia Di Giacomo Lago*¹

¹ Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP).



A autonomia das mulheres sobre seu corpo, sua sexualidade e sua reprodução pautou as reivindicações do movimento feminista, em diversos países do mundo, ao longo da década de 70. Em meio à difusão do medo da explosão demográfica e do receituário de políticas de controle de natalidade para enfrentá-la, tratava-se de resistir a mais uma limitação a ser imposta pela História ao livre-arbítrio das mulheres e ao domínio de seu corpo.

Este embate foi sustentado pela articulação internacional de organizações de mulheres e de aliados comprometidos com a defesa dos direitos humanos ao longo de duas décadas, influenciando a adoção de novos ideários no âmbito da Organização das Nações Unidas. Um destes primeiros reflexos foi a formulação do conceito de saúde reprodutiva, pela Organização Mundial da Saúde, em 1988. Ao defini-la como um estado de bem-estar de homens e mulheres, no que se refere aos processos e funções reprodutivas, que requer uma vida sexual segura e satisfatória e se fundamenta na liberdade de decisão e no direito de acesso aos meios necessários para exercê-la, incorporou-se a dimensão dos direitos reprodutivos (ainda que não fossem assim nomeados). Pode-se dizer, também, que esta articulação da sociedade civil no cenário internacional pavimentou o caminho que viria a colocar as interfaces (ou arestas) entre população, desenvolvimento, gênero e direitos humanos dentre os temas centrais do ciclo de conferências da Organização das Nações Unidas nos anos 90.

A Conferência Internacional de População, realizada no Cairo em 1994, e a Conferência para o Desenvolvimento da Mulher, ocorrida em Pequim, em 1995, além de reiterarem o conceito de saúde reprodutiva e explicitarem as noções de direitos sexual e reprodutivo, estabeleceram plataformas de ação que contêm diretrizes para o estabelecimento de políticas públicas para promovê-los.

A expectativa da comunidade internacional e de agências da ONU, de ver implementada esta agenda, vem impulsionando o desenvolvimento de indicadores e estratégias para o monitoramento destas políticas e de seus resultados.

A atuação do FNUAP foi particularmente importante para viabilizar este processo na América Latina, apoiando a iniciativa da RSMALAC para o desenvolvimento de indicadores 147, o que resultou na ATENEA, e posteriormente apoiando o desenvolvimento da proposta atual.

No caso da ATENEA, o processo de definição de objetivos, métodos e indicadores por uma rede articulada de várias ONGs feministas e de pesquisadoras(es) de diferentes nacionalidades e, particularmente, a busca das informações disponíveis em cada país, constitui-se, por si só, em primeira etapa de monitoramento. Como apontado por Villela no capítulo 2, este movimento levou à identificação da presença ou ausência de políticas nacionais e da disponibilidade ou não de informações para sua avaliação nos países envolvidos. Além disso, a análise dos indicadores disponíveis cumpriu o principal objetivo da iniciativa – identificar a persistência de problemas, inexistência ou lacunas no âmbito das políticas públicas, de forma a manter a sociedade civil ativa na cobrança de resposta por parte dos governos nacionais.

A aplicação desta estratégia no Brasil é, sem dúvida, importante, mas encontra limitações em algumas características particulares do país. A primeira delas está na magnitude de um país continental, com uma população adulta de homens e mulheres que supera a casa dos 100 milhões, vivendo em regiões marcadas por enormes desigualdades econômicas e sociais. A análise de indicadores nacionais está, em geral, favorecida pelo comportamento da região Sudeste, mais desenvolvida, onde vivem pelo menos 45% desta população. Ainda que as médias nacionais possam indicar situações desfavoráveis no âmbito da saúde reprodutiva, elas tendem a mascarar situações ainda piores em âmbito regional, apontando a necessidade constante de obtenção de informações em níveis mais desagregados.

Outras dizem respeito ao sistema político-administrativo e à conformação do sistema de saúde brasileiro. O sistema político federativo, constituído por três níveis de governo autônomos e sem vínculos hierárquicos, torna mais complexa a implementação de políticas sociais de abrangência nacional, pois requer a articulação e pactuação destas esferas em torno de uma proposta única de intervenção. No caso da saúde, esta complexidade amplia-se, em função de suas múltiplas determinações e da diversidade das necessidades populacionais dispersas pelo território nacional.² O processo de descentralização político-administrativa do setor saúde, iniciado a partir da Constituição

2 R. R. Souza, "O sistema público de saúde brasileiro", in B. Negri e A.L.A Viana (orgs.), *O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios*. São Paulo: Sobravime, Cealag, 2002, p. 444.

de 1988, conduziu à redistribuição de capacidade decisória e de recursos entre esferas de governo e atribuiu à direção municipal do Sistema Único de Saúde o planejamento, a organização e a avaliação de ações, bem como a prestação de serviços de atendimento à população.³ A União mantém capacidade de indução de políticas no setor, uma vez que responde por mais de 60% do gasto público em saúde;⁴ mas, sob o ponto de vista da responsabilização sobre os resultados alcançados, cresce a importância da atuação dos municípios. Não é por outro motivo que diversos movimentos sociais organizados no país, sejam eles representativos de segmentos da sociedade ou de portadores de demandas específicas de saúde, têm privilegiado os conselhos municipais de Saúde como instâncias estratégicas de controle social do SUS. A exemplo disto, a Rede Feminista de Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos produziu material educativo para ampliar o conhecimento e a compreensão de conselheiros municipais sobre os problemas nesta área, e capacitações foram realizadas por ONGs feministas em alguns estados.

Neste contexto, portanto, o desenvolvimento de indicadores municipais de saúde reveste-se de enorme importância, pois oferece aos gestores municipais de saúde ferramentas para o diagnóstico desta dimensão em sua população, para planejamento de ações e monitoramento de seus resultados. Além disso, os indicadores ora apresentados, ao se construírem a partir de sistemas de informação de abrangência nacional e acesso público, permitem também à sociedade civil obtê-los, contribuindo para o fortalecimento do controle social das políticas em âmbito municipal.

Antes de tecer comentários sobre o panorama que este conjunto de informações permite delinear, é importante salientar ganhos secundários que a iniciativa produziu. O processo de discussão que levou a estes indicadores incluiu cientistas, profissionais que operam os sistemas de informação utilizados, gestores em diferentes níveis do SUS e organizações feministas que atuam no campo, de modo a construir um quadro referencial do que seria “desejável” conhecer, a partir das diferentes perspectivas. Disto resultou um

3 N. R. Costa, “A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva”, in B. Negri e G. Di Giovanni (orgs.), *Brasil: radiografia da Saúde*. Campinas (SP): IE-UNICAMP, 2001, p. 309.

4 S.F. Piola e G. Biasoto Jr, “Financiamento do SUS nos anos 90”, in B. Negri e G. Di Giovanni (orgs.), op. cit., p. 225.

elenco de 82 indicadores, que foram então submetidos ao “teste de realidade”: Seria possível definir operacionalmente cada um destes indicadores? As informações que traduzem esta definição operacional existem, em bancos de dados de abrangência nacional que permitem desagregação em nível municipal? A atualização destes dados tem periodicidade adequada ao monitoramento contínuo da situação local? A cobertura e qualidade da base de dados são suficientes para permitir sua utilização pela maioria dos municípios? Este exercício levou ao exame detalhado das várias bases de dados do setor saúde, cuja conclusão substanciou a transição do rol desejável de indicadores para aquele factível, no momento. Além disso, a síntese deste exame, apresentada por Cavenaghi no capítulo 3, poderá ser útil para trabalho de muitos outros pesquisadores no campo da saúde.

0 retrato traçado pelos indicadores

Indicadores de contexto

Todos os indicadores de contexto são obtidos a partir de informações geradas pelo censo demográfico, com boa qualidade em nível de desagregação municipal e de fácil compreensão. Os dados gerais de população são básicos para orientar o planejamento da atenção à saúde no município, considerando as necessidades e riscos particulares em cada ciclo de vida. No caso específico da saúde sexual e reprodutiva, a informação do número de mulheres em idade fértil é essencial para que se avalie e adapte a capacidade física e funcional dos serviços de atenção básica, laboratorial e hospitalar para atender à demanda, uma vez que esta é a população “alvo” dos serviços, até que se formulem estratégias efetivas para conscientizar os homens, a fim de que participem.

Por outro lado, o elenco de indicadores socioeconômicos oferece ao gestor a dimensão dos grupos que vivem em difícil situação social (analfabetismo funcional, desemprego e pobreza), os quais, como se sabe, estão mais expostos a riscos para a saúde. Esta parcela da população requer o desenvolvimento especial de ações de promoção e proteção da saúde e de estratégias que facilitem seu acesso aos serviços públicos. Como a maioria dos municípios brasileiros conta com agentes comunitários de saúde, é perfeitamente possível que eles identifiquem estas pessoas e sua família, bem como suas necessidades fundamentais, e esta-

beleçam a ponte entre elas e o sistema local de saúde. De modo particular, o percentual de mulheres em idade fértil com menos de quatro anos de estudo, que em alguns dos municípios estudados ultrapassa 30%, além de demonstrar a urgência da implementação de programas para alfabetização de adultos, deve chamar a atenção para o uso de métodos e ferramentas de comunicação e orientação em saúde, diferentes daqueles centrados em escrita e leitura, como é habitual.

Indicadores de saúde

Todas as informações sobre saúde sofrem, em maior ou menor intensidade, os problemas da existência ou ausência do registro da ocorrência de eventos e da qualidade destes registros. Como os três indicadores aqui utilizados dizem respeito à mortalidade, estão na dependência do registro dos óbitos e de sua digitação no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). Estudo realizado pelo Ministério da Saúde apontou que, em 2003, apesar da progressiva ampliação da cobertura do SIM ao longo da última década, a razão entre o número de óbitos nele informados e os estimados pelo IBGE foi superior somente a 90%, nos estados da região Sul, nos da região Sudeste (com exceção de Minas Gerais) e no Mato Grosso do Sul – tendo sido a menor (55,5%) encontrada no Maranhão (Brasil, 2005).⁵ A taxa de mortalidade infantil, além de sofrer a subenumeração de óbitos de menores de 1 ano, encontra o mesmo problema com relação ao denominador: o número de nascidos vivos. No estudo acima citado, o número de nascimentos informados no Sistema de Nascidos Vivos (SINASC) foi considerado adequado para o cálculo da taxa de mortalidade infantil apenas nos estados já mencionados, acrescidos do Acre, Roraima, Amapá, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Sergipe e Goiás.⁶ Estas limitações devem ser sempre consideradas em análises comparativas entre municípios, mas não impedem a introdução do indicador neste rol de parâmetros, para uso no âmbito de cada município. Ao contrário, taxas de mortalidade infantil inesperadamente baixas ou altas para um dado contexto social e econômico sugerem que as autoridades locais de saúde não estejam cumprindo adequadamente sua atribuição de alimentar de forma correta e contínua os sistemas

5 Brasil. *Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 36.

6 Idem, op. cit., p. 122.

de informação de estatísticas vitais. Não há como esperar que um gestor municipal atue de modo efetivo no setor saúde sem ao menos conhecer quantos e como nascem e morrem seus munícipes.

A taxa de mortalidade por causas externas entre homens de 15 a 34 anos tende a ser menos subestimada do que a mortalidade infantil e, em geral, tais causas têm como componentes principais os acidentes de transporte terrestre e as agressões. Neste sentido, a magnitude da taxa dá ao gestor a dimensão dos riscos acidentais, associados à violência, aos quais está submetida sua população de adolescentes e de adultos jovens. Estes riscos podem, então, ser mais bem compreendidos a partir da análise das causas específicas aí incluídas.

Por fim, o percentual de mortes por causas mal definidas reflete ao mesmo tempo acesso a serviços de saúde e qualidade da assistência prestada. Parte-se da premissa de que, se uma pessoa faleceu sem que sua doença fosse diagnosticada, foi porque só conseguiu chegar a um serviço quando já estava em fase terminal, ou porque, mesmo tendo recebido acompanhamento médico anteriormente, não se chegou a um diagnóstico. É preciso ter em mente, no entanto, que municípios pequenos onde existem apenas um ou dois médicos e um único serviço de saúde podem apresentar um percentual mais baixo de óbitos cuja causa tenha sido declarada como mal definida do que os de maior porte. Em uma cidade maior, pessoas portadoras de doenças crônicas são tratadas e acompanhadas em unidades básicas de saúde, mas, quando ocorre uma piora do quadro, são levadas a um Pronto Socorro, onde podem vir a falecer. Nessas situações, a resistência dos médicos em declarar a causa da morte de um paciente para ele desconhecido e a inexistência de serviços de verificação de óbitos, na maioria dos estados brasileiros induzem à declaração de causas mal definidas, o que, por si só, não configura uma situação de pior qualidade da assistência médica.

Indicadores de saúde sexual e reprodutiva

O conjunto de indicadores específicos de saúde sexual e reprodutiva elaborado nesta iniciativa pretende cobrir os componentes que dependem fortemente da prestação de serviços de saúde. Eles compreendem a oferta de ações que permitam às mulheres e aos homens regularem sua fecundidade, a assistência

adequada às mulheres ao longo da gravidez e do parto e a prevenção de doenças de transmissão sexual e do trato reprodutivo.

O rol mais amplo de indicadores, delineado inicialmente, permitiria uma visão mais diversificada desta provisão de serviços, mas, após a experiência-piloto, teve de ser reduzido à metade. Isto decorreu da inexistência de fontes regulares de informação para alguns eventos, da omissão do dado nos sistemas de informação, na grande maioria dos municípios, da inadequação de alguns indicadores para municípios de pequeno porte, ou, ainda, porque sua correta interpretação dependeria de informação complementar.

A lacuna que mais chama a atenção neste exercício é a inexistência de informações regulares sobre a provisão de contraceptivos reversíveis por parte do SUS. Infelizmente, até o momento, a única forma de conhecermos o acesso da população à anticoncepção encontra-se dependente da realização da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde no país, que ocorre a cada dez anos e, evidentemente, não pode representar cada um dos mais de 5 mil municípios. Isto é contraditório, uma vez que a Lei do Planejamento Familiar aprovada em 1997 instituiu esta obrigação por parte das três instâncias gestoras do sistema de saúde e porque, desde 2001, o Ministério da Saúde comprometeu-se a fornecer ao menos uma parcela destes insumos aos municípios.

O Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) prevê o registro da oferta de apenas dois anticoncepcionais: DIU e diafragma. Como este sistema foi criado para a apresentação de procedimentos pagos pelo Ministério da Saúde, a introdução de códigos específicos para ambos os métodos teve a intenção de reembolsar as secretarias municipais e serviços conveniados pela aquisição destes insumos. Porém, com a instituição da transferência de recursos financeiros *per capita* aos municípios, via Piso da Atenção Básica (PAB), em 1997, e a inclusão da assistência ao planejamento familiar dentre as ações que deveriam ser financiadas por estes recursos, muitos se sentiram desobrigados a registrar estas informações.

No caso da esterilização feminina, é preciso lembrar que sua informação no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS) tem dupla função: a apresentação do procedimento para pagamento e a notificação da ocorrência

do evento, exigida pela Lei do Planejamento Familiar. Como a lei estabelece critérios para realização da cirurgia, é provável que as cirurgias realizadas na ausência destes critérios não sejam aí informadas, principalmente aquelas ilegalmente realizadas no momento da cesariana. A esterilização masculina também deve estar subestimada, porque, embora seja um procedimento ambulatorial, é remunerada somente quando informada no SIH.

Apesar destas fragilidades, a análise do conjunto de indicadores referentes à regulação da fecundidade permite ao gestor interessado identificar problemas, seguir adiante para esclarecê-los e, então, tomar decisões. Por exemplo, em oito dos 12 municípios estudados, não se verificou registro de nenhum DIU inserido, nem de mulher que tenha realizado a esterilização feminina no SUS (mesmo que o fizesse em outra cidade). Na maioria deles (seis em oito), as taxas de fecundidade total são maiores do que a média nacional e o percentual de mulheres com 15 a 19 anos que já são mães é muito superior à do país, sugerindo realmente a ausência de alternativas para a regulação da reprodução. Por outro lado, nos outros dois municípios em que esta correspondência não acontece, caberia perguntar se a rede básica oferece assistência à anticoncepção, mas não informa se as mulheres não conseguem realizar a laqueadura no SUS conforme a lei lhes assegura e, portanto, estão arcando com todos os custos contracepção. O percentual de abortos dentre as internações obstétricas no SUS pode refletir, em certa medida, a dificuldade de acesso a métodos adequados de anticoncepção, com a ressalva de que o registro deste procedimento no SIH é menos freqüente em contextos que requerem maior cuidado na proteção da identificação da mulher. É preocupante o fato de, em cinco dos 12 municípios aqui apresentados, esta proporção ter sido maior do que 10%.

No caso da assistência à gestação e ao parto, o gestor conta com indicadores robustos, que lhe permitem avaliar de forma bastante satisfatória se está garantindo a suas munícipes o acesso a esta atenção, com qualidade satisfatória.

A partir do SINASC, a Secretaria Municipal obtém o número anual de nascidos vivos e, portanto, o parâmetro para avaliar se a capacidade física e de recursos humanos existentes é suficiente para responder a este número aproximado de gestantes que necessitam de consultas, exames e leitos para parto. Obtém, ainda, o percentual de mulheres que não fizeram pré-natal, a

proporção de partos cirúrgicos e de partos ocorridos fora do hospital, desde que cuide para que mesmo estes nascimentos sejam registrados no SINASC, conforme o previsto.

Para avaliar mais especificamente a assistência prestada às gestantes no SUS, o gestor conta com o SISPRENATAL, que lhe permite identificar o percentual de grávidas que iniciaram o pré-natal antes do quarto mês de gestação e concluiu esta assistência tendo recebido pelo menos seis consultas ao longo da gestação e uma pós-parto, vacina antitetânica e realizado os exames básicos necessários. Entretanto, apesar de o município receber recursos adicionais do Ministério da Saúde por gestante atendida, quando informa ter realizado estes procedimentos, em 25% das cidades estudadas, não se encontrou sequer uma gestante cadastrada. Na maioria delas, o percentual informado de mulheres que concluiu adequadamente o acompanhamento foi inferior a 1%, com duas exceções.

Quanto à assistência ao parto, nas cidades que contam com maternidades, o monitoramento do percentual de partos por cesárea obtido no SIH para o SUS, e no SINASC para o conjunto do sistema público e privado, instrumentaliza o gestor para delinear estratégias locais que protejam as mulheres da exposição aos riscos de um parto cirúrgico desnecessário.

A ocorrência de morte materna deve ser entendida como o sinal de emergência que demonstra de modo inequívoco a ineficiência do sistema de saúde no cuidado das mulheres no momento da reprodução. Mas, para que este sinal possa ser percebido, é imprescindível que o município execute a vigilância do óbito materno, investigando os óbitos de mulheres em idade fértil, já que estas causas são freqüentemente declaradas incorretamente, levando à subnotificação.

No que se refere à prevenção de doenças de transmissão sexual, os indicadores dependem de quão ativa seja a atividade de vigilância epidemiológica no município, no sentido de promover a notificação de casos, além, é claro, de promover de práticas de sexo seguro. Em sete dos 12 municípios estudados, verificaram-se casos notificados de aids. A detecção de casos de sífilis congênita indica, ademais, a dificuldade de acesso ou a má qualidade da assistência pré-natal, uma vez que a detecção precoce na gestação e o conseqüente tratamento da mãe impedem a transmissão vertical da doença.

Por fim, a cobertura do exame citopatológico cérvico-vaginal, mais conhecido como teste de Papanicolaou, para a detecção precoce do câncer de colo uterino, é utilizada como *proxy* da ação do município na prevenção de doenças do trato reprodutivo. Recomenda-se a realização deste exame a cada três anos, após dois exames negativos com intervalo de um ano, nas mulheres com idade entre 25 e 59 anos. Espera-se, portanto, que o município examine, a cada ano, 30% das mulheres nesta faixa etária, a fim de cobrir toda a população que se utiliza do SUS. Todos os laboratórios devem utilizar o SISCOLO para emissão do laudo deste exame, que contém, entre outras informações, a idade da mulher. Uma vez digitado o laudo, este sistema gera um código de procedimento exportado para o SIA/SUS, que permite sua apresentação para pagamento. Os arquivos do SISCOLO devem ser enviados pelos laboratórios aos gestores municipais, ou estaduais, para alimentar a base de dados nacional, o que nem sempre ocorre. A omissão destes dados no ano 2000 foi de aproximadamente 1,5 milhões de laudos, o que corresponde a 20% do total de exames aprovados para pagamento no SIA/SUS (Lago, 2004). Este é, provavelmente, um dos motivos pelos quais a cobertura verificada nos municípios estudados é muito inferior à esperada. Resta saber em que medida elas também expressam a deficiente oferta destas ações.

Em síntese, é possível afirmar que os gestores municipais dispõem, a partir da iniciativa aqui apresentada, de informações sobre a magnitude da população-alvo, para avaliar, planejar e adequar a oferta de serviços frente a esta demanda, no que diz respeito aos quatro principais componentes da saúde reprodutiva. Dispõem, ainda, de um conjunto de indicadores que lhes permite verificar problemas de acesso e de qualidade da atenção neste âmbito da saúde, desde que assumam efetivamente sua responsabilidade na alimentação dos sistemas de informação de estatísticas vitais e das bases de dados nacionais vinculadas à operação do SUS. É certo que isto significa trabalho adicional em relação às crescentes atribuições dos municípios. Mas, sem isto, não será possível identificar se toda a energia e os recursos despendidos na prestação de serviços produzem os resultados necessários para a melhoria da situação de saúde sexual e reprodutiva, por sua vez fundamental para que se assegurem os direitos sexuais e os direitos reprodutivos.

Anexo 1

Instituições e organizações parceiras no Projeto Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva*	
1.	Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP)
2.	Coordenação de População e Indicadores Sociais (COPIS) do IBGE
3.	Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA-Brasil)
4.	Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
5.	Escola Nacional de Ciências Estatísticas (ENCE) do IBGE
6.	Núcleo de Estudos de População (NEPO) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)
7.	Comissão Nacional de População e Desenvolvimento
8.	Comissão de Cidadania e Reprodução (CCR)
9.	Departamento de Atenção Básica e Saúde da Família do Ministério da Saúde
10.	Área Técnica de Saúde da mulher do Ministério da Saúde
11.	Coordenação Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde
12.	Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde
13.	Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS) do Ministério da Saúde
14.	Fundação SEADE (São Paulo)
15.	Fundação João Pinheiro (Minas Gerais)
16.	Instituto de Pesquisa e Informação do Ceará (IPLANCE)
17.	Fiocruz/Aids
18.	Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos
19.	SOS Corpo/Recife
20.	Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM)
21.	ISC/MUSA – Comitê de Mortalidade Materna

* Algumas instituições participaram em diferentes etapas do projeto, algumas mais ativamente, na execução de atividades continuadas.

Anexo 2

Lista de indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva: proposta inicial

SUBITEM TEMÁTICO	INDICADOR	DESCRIÇÃO SUCINTA
1. Indicadores de contexto		
1.1 Indicadores gerais		
População por sexo, raça e idade	1. Índice de envelhecimento (por sexo e cor)	População maior de 60 anos pela população de menores de 15 anos.
	2. Proporção de mulheres em idade reprodutiva, por cor	Percentual de mulheres de 10 a 49 anos de cada cor em relação à população total.
	3. Razão de sexo por grupos de idade selecionados e cor	Quociente entre homens e mulheres multiplicado por cem.
População por situação de domicílio	4. Proporção de população rural	Percentual da população rural no total da população.
Nível socioeconômico do município	5. Índice de desenvolvimento humano municipal (IDH-M)	Índice sintético com dimensões de longevidade, educação e renda.
Escolaridade	6. Analfabetismo funcional da população de 15 anos e mais de idade, por sexo	Percentual da população com pelo menos três anos de educação no total da população.
Renda	7. Relação entre renda masculina e renda feminina	Quociente entre as rendas masculina e feminina.
	8. Proporção de mulheres em domicílios de baixa renda	Percentual de mulheres em domicílios com renda per capita menor que ¼ de salário mínimo no total de mulheres.
1.2 Indicadores gerais da população feminina		
Participação na PEA por sexo e raça	9. Relação entre a participação de mulheres e de homens na PEA, por raça	Razão entre a taxa de atividade feminina e a taxa de atividade masculina.
Chefia feminina por raça	10. Proporção de mulheres chefes de família, por cor	Percentual de famílias chefiadas por mulheres no total de famílias.
1.3 Indicadores gerais de saúde		
Mortalidade	11. Esperança de vida ao nascer	Número médio de anos que se espera viva uma pessoa desde o seu nascimento.
	12. Mortalidade infantil (MI)	Óbitos de menores de um ano no período sobre Nascidos vivos de mulheres residentes no município no (período por mil).
	13. Mortalidade por causa mal definida por sexo	Número de óbitos de residentes no município, cuja causa foi classificada como mal definida por sexo sobre o número total de óbitos de residentes no município, por sexo (por cem).
	14. Mortalidade por causa externa	Número de óbitos totais por causa externa no grupo etário 15 a 34 anos, classificados por sexo sobre a população residente no município, no grupo etário 15 a 34 anos, por sexo.

SUBITEM TEMÁTICO	INDICADOR	DESCRIÇÃO SUCINTA
2. Indicadores de saúde sexual e reprodutiva		
2.1 Prevenção da gravidez		
Anticoncepção	15. Suprimento de métodos anticoncepcionais – kit básico	Percentual de kits de anticoncepcionais básicos recebidos no ano no total da população feminina de 10 a 49 anos.
	16. Suprimento de métodos anticoncepcionais – kit complementar	Percentual de kits complementares de anticoncepcionais recebidos no ano no total da população feminina de 10 a 49 anos.
	17. Suprimento de métodos anticoncepcionais – compra pela prefeitura	Percentual de contraceptivos comprados diretamente pela prefeitura num determinado ano calendário por mil mulheres de 10 a 49 anos.
	18. Inserção de DIU	Percentual de DIU (dispositivo intrauterino) inseridos no ano por 10.000 mulheres de 10 a 49 anos.
	19. Dispensação de diafragma	Número de diafragmas inseridos no ano por 10.000 mulheres de 10 a 49 anos.
	20. Laqueadura tubária	Número de cirurgias de laqueaduras tubárias realizadas no ano por 10.000 mulheres de 10 a 49 anos.
	21. Vasectomia	Cirurgias de vasectomias realizadas no ano por 10 mil mulheres de 10 a 49 anos.
	22. Proporção da população usando pílula, esterilização feminina, esterilização masculina, preservativa e outros.	Proporção de mulheres de 10 a 49 anos usando o método específico (pílula, ou esterilização feminina, ou vasectomia etc.).
	23. Percentagem da contracepção através de métodos contraceptivos masculinos entre todos os usuários de métodos contraceptivos	Percentual de mulheres usando métodos contraceptivos masculinos entre o total de pessoas usando métodos.
Fecundidade	24. Taxa de fecundidade total (TFT)	Número médio de filhos por mulher em idade de 15-49 anos.
	25. Parturição de menores de 20 anos por grupos de idade: 10-13 anos, 14-17 anos e 18-19 anos	Número de mulheres do grupo de idade que já tiveram pelo menos um filho nascido vivo sobre o número total de mulheres do mesmo grupo de idade.
	26. Participação relativa na fecundidade das menores de 20 anos na fecundidade total	Número de nascidos vivos de mulheres com menos de 15 anos sobre o número de nascidos vivos total (por cem).

»

	ANEXOS
--	--------

SUBITEM TEMÁTICO	INDICADOR	DESCRIÇÃO SUCINTA
2.2 Gestação, pré-natal, parto e puerpério		
	27. Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal até o 4º mês de gestação	Percentual de gestantes que iniciaram o pré-natal até o 4º mês de gestação entre o total de gestantes inscritas no programa.
	28. Percentual de gestantes inscritas que realizaram 6 (seis) consultas de pré-natal e a consulta do puerpério.	Percentual de gestantes inscritas que realizaram 6 consultas de pré-natal e a consulta de puerpério entre o total de gestantes inscritas no programa.
	29. Percentual de gestantes inscritas que realizaram 6 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos	Percentual de gestantes inscritas que realizaram 6 consultas de pré-natal e todos os exames básicos entre o total de gestantes inscritas no programa.
	30. Percentual de gestantes inscritas que realizaram 6 (seis) consultas de pré-natal, a consulta do puerpério e todos os exames básicos	Percentual de gestantes inscritas que realizaram 6 consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, e todos os exames básicos entre o total de gestantes inscritas no programa.
Atenção pré-natal	31. Percentual de gestantes inscritas que realizaram 6 (seis) consultas de pré-natal, a consulta do puerpério, todos os exames básicos, a segunda dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante de vacina antitetânica	Percentual de gestantes inscritas que realizaram 6 consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, e todos os exames básicos, a segunda dose e a dose de reforço ou a dose imunizante de vacina antitetânica entre o total de gestantes inscritas no programa.
	32. Percentual de gestantes inscritas que realizaram 6 (seis) consultas de pré-natal, a consulta do puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a segunda dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante de vacina antitetânica	Percentual de gestantes inscritas que realizaram 6 consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, e todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a segunda dose e a dose de reforço ou a dose imunizante de vacina antitetânica entre o total de gestantes inscritas no programa.
Atenção ao parto	33. Proporção de partos hospitalares	Participação relativa dos partos ocorridos em hospitais no total dos partos registrados.
	34. Proporção de partos realizados por parteiras tradicionais	Percentual de partos realizados por parteiras tradicionais entre o total de partos realizados no SUS.
	35. Proporção de parto hospitalar vaginal atendido por obstetrix	Percentual de partos hospitalares vaginais atendidos por obstetrix entre o total de partos realizados no SUS.
	36. Percentual de partos por cesárea em relação ao total de partos	Percentual de partos por cesárea entre o total de partos registrados.
	37. Proporção de nascimentos com baixo peso ao nascer (< 2,5 kg)	Percentual de nascimentos com menos de 2,5 kg no total de nascimentos.

SUBITEM TEMÁTICO	INDICADOR	DESCRIÇÃO SUCINTA
Aborto	38. Proporção de internações por aborto incompleto	Percentual de internações por aborto incompleto no total de internações obstétricas do SUS.
	39. Proporção de óbitos por aborto em relação ao total de óbitos por causas maternas	Percentual de óbitos cuja causa de morte tenha sido registrada como aborto entre o total de óbitos femininos cujas causas tenham sido registradas como causas maternas.
	40. Letalidade hospitalar por aborto	Óbitos ocorridos cuja causa tenha sido registrada por aborto entre por 100.000 internações por aborto no SUS.
Mortalidade materna	41. Razão de mortalidade materna	Óbitos cuja causa de morte tenha sido registrada como materna por 100 mil nascidos vivos.
	42. Letalidade hospitalar por causas maternas	Óbitos cuja causa de morte tenha sido registrada como materna por 100 mil internações por parto no SUS.
	43. Taxa de tratamento de gestantes com AZT	Número de gestantes que receberam AZT entre o total de gestantes diagnosticadas como soro-positivo.
2.3 Ocorrência de DST/Aids		
DST	44. Incidência de sífilis congênita	Total de casos novos de sífilis congênita em menores de 2 anos de idade em 1000 nascidos vivos.
Aids	45. Razão de sexo na prevalência de Aids	Total de casos confirmados de aids entre os homens sobre o total de casos confirmados de Aids entre as mulheres.
HIV	46. Taxa de gestante soro +	Número de gestantes com teste de HIV positivo no total de gestantes que fizeram o teste de HIV.
2.4 Doenças do trato reprodutivo		
Diagnóstico	47. Proporção de mulheres de 35 a 54 anos que realizaram exames citopatológicos cérvico-vaginais no ano	Percentual de mulheres de 35 a 54 anos que realizaram exames citopatológicos cérvico-vaginais.
	48. Proporção de homens que realizaram o exame de próstata nos últimos dois anos	Número de homens que realizaram exame de próstata nos últimos dois anos no total de homens de 40 anos e mais.

	ANEXOS
--	--------

SUBITEM TEMÁTICO	INDICADOR	DESCRIÇÃO SUCINTA
Mortalidade	49. Taxa de mortalidade em mulheres por câncer de útero	Número de óbitos femininos cuja causa de morte tenha sido registrada como câncer de colo de útero da população feminina por 100 mil.
	50. Taxa de mortalidade em mulheres por câncer de mama	Óbitos femininos cuja causa de morte tenha sido registrada como câncer de mama entre o total da população feminina por 100 mil.
	51. Taxa de mortalidade por câncer de próstata	Óbitos masculinos cuja causa de morte tenha sido registrada como câncer de próstata no total da população masculina por 100 mil.
	52. Taxa de mortalidade por câncer de pênis	Óbitos masculinos cuja causa de morte tenha sido registrada como câncer de pênis no total da população masculina por 100 mil.
2.5 Violência contra as mulheres		
Registro de ocorrências nos serviços de saúde	53. Agressão por terceiros	Número de casos notificados de mulheres agredidas.
	54. Agressão auto-infligida	Número de casos notificados de lesões auto-infligidas.
	55. Tipo de causa externa	Distribuição dos casos notificados de mulheres agredidas segundo o tipo de causa externa.
	56. Natureza da lesão	Distribuição dos casos notificados de mulheres agredidas segundo a natureza da lesão.
Registro de ocorrências em delegacias	57. Lesão corporal, art. 129 CP	Nº de ocorrências de lesão corporal registradas nas DEAMs.
	58. Ameaça, art. 147 CP	Nº de ocorrências de ameaças registradas nas DEAMs.
	59. Atentado violento ao pudor, art. 214 CP	Nº de ocorrências de atentados violento ao pudor registrados nas DEAMs.
	60. Estupro, art. 213 CP	Nº de ocorrências de estupros registrados nas DEAMs.
	61. Crimes contra a honra: calúnia (art. 138), injúria (art. 140) e difamação (art. 139)	Nº de ocorrências de crimes contra a honra: calúnia, injúria e difamação registrados nas DEAMs.
Agressor	62. Familiares	Nº de ocorrências de agressões por pessoa da família registradas nas DEAMs.
	63. Parceiro	Nº de ocorrências de agressões por parceiros registradas nas DEAMs.
	64. Pai	Nº de ocorrências de agressões por pai registradas nas DEAMs.
	65. Outro familiar	Nº de ocorrências de agressões por outro familiar registradas nas DEAMs.
	66. Vizinho	Nº de ocorrências de agressões por vizinhos registradas nas DEAMs.
Mortalidade por suicídio por sexo	67. Taxa de mortalidade por suicídio por sexo	Nº de óbitos cuja causa foi classificada como suicídio sobre a população total.

SUBITEM TEMÁTICO	INDICADOR	DESCRIÇÃO SUCINTA
2.6 Disponibilidade e acesso a serviços e insumos		
Políticas e programas	68. Existência de uma coordenação de Saúde da Mulher	Existência de uma coordenação de Saúde da Mulher no município.
	69. Existência de uma coordenação de Saúde do Adolescente	Existência de uma coordenação de Saúde do Adolescente no município.
	70. Existência de uma coordenação de DST/Aids	Existência de uma coordenação de DST/Aids no município.
	71. Adesão ao PHPN	Adesão ao PHPN no município.
	72. Existência de hospital credenciado/referência para fazer esterilização cirúrgica	Existência de hospital credenciado/referência para fazer esterilização cirúrgica no município.
	73. Existência de serviço/referência para atendimento de pessoa em situação de violência doméstica	Existência de serviço/referência para atendimento de pessoa em situação de violência doméstica no município.
	74. Existência de Delegacia da Mulher (DEAM) e centro integrado de atendimento à vítimas de violência doméstica (CIAM)	Existência de Delegacia da Mulher (DEAM) e centro integrado de atendimento a vítimas de violência doméstica (CIAM) no município.
Mecanismos de controle social	75. Existência de Conselho da Mulher	Existência de Conselho da Mulher no município.
	76. Existência de comitês de Morte Materna	Existência de comitês de Morte Materna no município.
Capacidade instalada de serviços	77. Unidades básicas de saúde (UBS)	Número de unidades básicas de saúde (UBS) no município.
	78. Percentual de unidades básicas de saúde que fazem coleta de material para exame Papanicolau	Percentual de unidades básicas de saúde que fazem coleta de material para exame Papanicolau sobre o total de UBS.
	79. Percentual de unidades básicas de saúde que distribuem preservativos	Percentual de unidades básicas de saúde que distribuem preservativos sobre o total de UBS.
Recursos financeiros	80. Proporção dos recursos financeiros destinados à saúde no orçamento total	Percentual dos recursos financeiros destinados à saúde no orçamento total.
	81. Recursos financeiros destinados à saúde sexual e reprodutiva	Percentual dos recursos destinados à saúde reprodutiva e sexual no orçamento total da saúde.
	82. Proporção destes recursos no orçamento total	Percentual dos recursos destinados à saúde reprodutiva e sexual no orçamento total do orçamento.

	ANEXOS
--	--------

Anexo 3

Municípios selecionados para a realização da experiência-piloto dos indicadores de SSR, segundo características de seleção

Código	Nome do município	UF	Região	Porte populacional	NOB 96	NOAS 02	Habilitação*
110012	Ji-Paraná	11	Norte	Muito grande	GPSMNOB	-	GPSMNOB
110028	Rolim de Moura	11	Norte	Médio alto	GPSMNOB	-	GPSMNOB
120040	Rio Branco	12	Norte	Muito grande	PAB	-	PAB
130340	Parintins	13	Norte	Grande	PAB	PABA	PABA
130420	Tefé	13	Norte	Grande	PAB	-	PAB
150020	Acará	15	Norte	Grande	GPSMNOB	-	GPSMNOB
150140	Belém	15	Norte	Muito grande	GPSMNOB	GPSMNOAS	GPSMNOAS
150160	Bonito	15	Norte	Médio baixo	-	PABA	PABA
150210	Cametá	15	Norte	Muito grande	GPSMNOB	GPSMNOAS	GPSMNOAS
150293	Dom Eliseu	15	Norte	Médio alto	PAB	PABA	PABA
150430	Maracanã	15	Norte	Médio alto	PAB	-	PAB
150470	Moju	15	Norte	Grande	GPSMNOB	GPSMNOAS	GPSMNOAS
150543	Ourilândia do Norte	15	Norte	Médio baixo	GPSMNOB	GPSMNOAS	GPSMNOAS
150570	Ponta de Pedras	15	Norte	Médio baixo	PAB	-	PAB
150616	Rio Maria	15	Norte	Médio baixo	GPSMNOB	-	GPSMNOAS
150745	São Geraldo do Araguaia	15	Norte	Médio alto	GPSMNOB	GPSMNOAS	GPSMNOAS
170210	Araguaína	17	Norte	Muito grande	PAB	-	PAB
172015	São Félix do Tocantins	17	Norte	Muito pequeno	PAB	-	PAB
172049	São Valério da Natividade	17	Norte	Pequeno	PAB	-	PAB
172100	Palmas	17	Norte	Muito grande	GPSMNOB	-	GPSMNOB
230370	Caucaia	23	Nordeste	Muito grande	PAB	-	PAB
230440	Fortaleza	23	Nordeste	Muito grande	GPSMNOB	GPSMNOAS	GPSMNOAS
230650	Itapiúna	23	Nordeste	Médio baixo	GPSMNOB	-	GPSMNOB
230765	Maracanaú	23	Nordeste	Muito grande	GPSMNOB	GPSMNOAS	GPSMNOAS
231085	Pindoretama	23	Nordeste	Médio baixo	PAB	GPSMNOAS	GPSMNOAS
240400	Frutuoso Gomes	24	Nordeste	Muito pequeno	PAB	-	PAB
241030	Presidente Juscelino	24	Nordeste	Pequeno	PAB	PABA	PABA
250190	Belém	25	Nordeste	Médio baixo	PAB	PABA	PABA
250630	Guarabira	25	Nordeste	Grande	PAB	GPSMNOAS	GPSMNOAS
250750	João Pessoa	25	Nordeste	Muito grande	GPSMNOB	GPSMPABA	GPSMPABA
250870	Mãe d'Água	25	Nordeste	Muito pequeno	PAB	PABA	PABA
251080	Patos	25	Nordeste	Grande	PAB	-	PAB
251390	São Bento	25	Nordeste	Médio alto	PAB	GPSMNOAS	GPSMNOAS
260450	Chã Grande	26	Nordeste	Médio baixo	GPSMNOB	GPSMPABA	GPSMPABA
260680	Igarassu	26	Nordeste	Grande	GPSMNOB	GPSMPABA	GPSMPABA
260790	Jaboatão dos Guararapes	26	Nordeste	Muito grande	PAB	PABA	PABA
270360	Japaratinga	27	Nordeste	Pequeno	PAB	-	PAB
270915	Teotônio Vilela	27	Nordeste	Médio alto	PAB	-	PAB

Código	Nome do município	UF	Região	Porte populacional	NOB 96	NOAS 02	Habilitação*
270930	União dos Palmares	27	Nordeste	Grande	GPSMNOB	-	GPSMNOB
280710	Simão Dias	28	Nordeste	Médio alto	PAB	PABA	PABA
290290	Barra do Choça	29	Nordeste	Médio alto	GPSMNOB	GPSMPABA	GPSMPABA
290320	Barreiras	29	Nordeste	Muito grande	GPSMNOB	-	GPSMNOB
291800	Jequié	29	Nordeste	Muito grande	GPSMNOB	GPSMPABA	GPSMPABA
292940	São Miguel das Matas	29	Nordeste	Médio baixo	PAB	-	PAB
293050	Serrinha	29	Nordeste	Grande	PAB	PABA	PABA
310010	Abadia dos Dourados	31	Sudeste	Pequeno	-	-	Não Habilitado
310620	Belo Horizonte	31	Sudeste	Muito grande	GPSMNOB	-	GPSMNOB
311150	Campos Altos	31	Sudeste	Médio baixo	GPSMNOB	-	GPSMNOB
311530	Cataguases	31	Sudeste	Grande	GPSMNOB	-	GPSMNOB
312720	Funilândia	31	Sudeste	Muito pequeno	PAB	-	PAB
316292	São Joaquim de Bicas	31	Sudeste	Médio alto	PAB	-	PAB
320130	Cariacica	32	Sudeste	Muito grande	PAB	-	PAB
320390	Nova Venécia	32	Sudeste	Médio alto	GPSMNOB	GPSMPABA	GPSMPABA
330170	Duque de Caxias	33	Sudeste	Muito grande	GPSMNOB	-	GPSMNOB
350180	Américo de Campos	35	Sudeste	Pequeno	PAB	PABA	PABA
350420	Auriflama	35	Sudeste	Médio baixo	PAB	PABA	PABA
350490	Bananal	35	Sudeste	Pequeno	GPSMNOB	GPSMPABA	GPSMPABA
350840	Cabreúva	35	Sudeste	Médio alto	PAB	PABA	PABA
350950	Campinas	35	Sudeste	Muito grande	GPSMNOB	GPSMPABA	GPSMPABA
351440	Dracena	35	Sudeste	Médio alto	GPSMNOB	-	GPSMNOB
351710	Glicério	35	Sudeste	Muito pequeno	GPSMNOB	-	GPSMNOB
352420	Jaborandi	35	Sudeste	Pequeno	GPSMNOB	-	GPSMNOB
352520	Jarinu	35	Sudeste	Médio baixo	GPSMNOB	GPSMPABA	GPSMPABA
352590	Jundiaí	35	Sudeste	Muito grande	GPSMNOB	GPSMPABA	GPSMPABA
352680	Lençóis Paulista	35	Sudeste	Grande	PAB	GPSMNOAS	GPSMNOAS
352700	Lindóia	35	Sudeste	Pequeno	PAB	-	PAB
352710	Lins	35	Sudeste	Grande	GPSMNOB	GPSMPABA	GPSMPABA
352930	Matão	35	Sudeste	Grande	PAB	PABA	PABA
354100	Praia Grande	35	Sudeste	Muito grande	PAB	PABA	PABA
354180	Queiroz	35	Sudeste	Muito pequeno	PAB	PABA	PABA
354840	Santópolis do Aguapeí	35	Sudeste	Muito pequeno	GPSMNOB	GPSMPABA	GPSMPABA
354980	São José do Rio Preto	35	Sudeste	Muito grande	GPSMNOB	GPSMPABA	GPSMPABA
355260	Tabapuã	35	Sudeste	Médio baixo	PAB	-	PAB
355360	Tapiratiba	35	Sudeste	Médio baixo	PAB	GPSMNOAS	GPSMNOAS
410690	Curitiba	41	Sul	Muito grande	GPSMNOB	GPSMNOAS	GPSMNOAS
410753	Entre Rios do Oeste	41	Sul	Muito pequeno	PAB	-	PAB
410830	Foz do Iguaçu	41	Sul	Muito grande	GPSMNOB	-	GPSMNOB
411560	Matelândia	41	Sul	Médio baixo	PAB	-	PAB
411915	Pinhais	41	Sul	Muito grande	PAB	-	PAB
412230	Rio Negro	41	Sul	Médio alto	PAB	-	PAB
412535	São Jorge do Patrocínio	41	Sul	Pequeno	GPSMNOB	GPSMNOAS	GPSMNOAS
412853	Ventania	41	Sul	Pequeno	PAB	-	PAB
420200	Balneário Camboriú	42	Sul	Grande	GPSMNOB	-	GPSMNOB

	ANEXOS
--	--------

Código	Nome do município	UF	Região	Porte populacional	NOB 96	NOAS 02	Habilitação*
420730	Imbituba	42	Sul	Médio alto	GPSMNOB	-	GPSMNOB
420820	Itajaí	42	Sul	Muito grande	GPSMNOB	GPSMPABA	GPSMPABA
420910	Joinville	42	Sul	Muito grande	GPSMNOB	GPSMPABA	GPSMPABA
420917	Jupiaá	42	Sul	Muito pequeno	PAB	PABA	PABA
420940	Laguna	42	Sul	Médio alto	GPSMNOB	GPSMPABA	GPSMPABA
430300	Cachoeira do Sul	43	Sul	Grande	GPSMNOB	GPSMNOAS	GPSMNOAS
430440	Canela	43	Sul	Médio alto	GPSMNOB	GPSMNOAS	GPSMNOAS
430510	Caxias do Sul	43	Sul	Muito grande	GPSMNOB	GPSMNOAS	GPSMNOAS
430770	Esteio	43	Sul	Grande	PAB	-	PAB
431420	Pedro Osório	43	Sul	Pequeno	PAB	PABA	PABA
431440	Pelotas	43	Sul	Muito grande	GPSMNOB	GPSMNOAS	GPSMNOAS
431470	Planalto	43	Sul	Médio baixo	PAB	PABA	PABA
431800	São Borja	43	Sul	Grande	PAB	PABA	PABA
432000	Sapucaia do Sul	43	Sul	Muito grande	PAB	PABA	PABA
500230	Brasília	50	Centro-Oeste	Médio baixo	PAB	PABA	PABA
500270	Campo Grande	50	Centro-Oeste	Muito grande	GPSMNOB	GPSMNOAS	GPSMNOAS
500325	Costa Rica	50	Centro-Oeste	Médio baixo	PAB	GPSMNOAS	GPSMNOAS
500348	Dois Irmãos do Buriti	50	Centro-Oeste	Pequeno	PAB	PABA	PABA
500540	Maracaju	50	Centro-Oeste	Médio alto	GPSMNOB	GPSMNOAS	GPSMNOAS
500770	Sete Quedas	50	Centro-Oeste	Pequeno	PAB	-	PAB
500790	Sidrolândia	50	Centro-Oeste	Médio alto	PAB	PABA	PABA
500797	Taquarussu	50	Centro-Oeste	Muito pequeno	PAB	PABA	PABA
510180	Barra do Garças	51	Centro-Oeste	Grande	PAB	GPSMNOAS	GPSMNOAS
510390	General Carneiro	51	Centro-Oeste	Muito pequeno	PAB	-	PAB
510420	Guiratinga	51	Centro-Oeste	Médio baixo	PAB	-	PAB
510760	Rondonópolis	51	Centro-Oeste	Muito grande	PAB	GPSMNOAS	GPSMNOAS
510790	Sinop	51	Centro-Oeste	Grande	PAB	PABA	PABA
510840	Várzea Grande	51	Centro-Oeste	Muito grande	PAB	-	PAB
520060	Alto Paraíso de Goiás	52	Centro-Oeste	Pequeno	GPSMNOB	-	GPSMNOB
520110	Anápolis	52	Centro-Oeste	Muito grande	PAB	GPSMNOAS	GPSMNOAS
520140	Aparecida de Goiânia	52	Centro-Oeste	Muito grande	GPSMNOB	-	GPSMNOB
520870	Goiânia	52	Centro-Oeste	Muito grande	GPSMNOB	GPSMNOAS	GPSMNOAS
521190	Jataí	52	Centro-Oeste	Grande	GPSMNOB	-	GPSMNOB
521380	Morrinhos	52	Centro-Oeste	Médio alto	PAB	-	PAB
521760	Planaltina	52	Centro-Oeste	Grande	PAB	-	PAB
521850	Quirinópolis	52	Centro-Oeste	Médio alto	GPSMNOB	-	GPSMNOB
530010	Brasília	53	Centro-Oeste	Muito grande	-	-	Não habilitado

* Situação em outubro de 2003.

Anexo 4

Lista de indicadores do Sistema de Indicadores de Saúde Sexual e Reprodutiva: proposta final

Dimensão	Indicador	Observação
1. Indicadores de contexto		
Identificação do município	1. Habilitação no SUS	Dá uma idéia da complexidade do sistema de saúde do município, o qual é responsável por levar a cabo ações de SSR. Municípios habilitados em modalidades mais avançadas de gestão, em princípio, teriam maior capacidade potencial atenção às necessidades saúde e, por extensão, à saúde sexual e reprodutiva.
	2. Número total de domicílios	Definem o porte do município, que guarda uma estreita relação tanto com a infra-estrutura de bens e serviços quanto com problemas existentes e indicam a magnitude da demanda por serviços de SSR.
	3. População total	
	4. Número absoluto de mulheres de 15 a 49 anos	
	5. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M)	Resume o grau de bem-estar da população e permite avaliar o desenvolvimento municipal em três dimensões: social, de saúde e econômica.
Indicadores gerais de população	6. Percentual de população rural	Dimensiona as necessidades de saúde que cada um destes grandes grupos possui. Notar que são cortes que obedecem a diferentes características.
	7. Percentual de pessoas brancas, pardas, pretas e de outra cor	
	8. Percentual de população menor de 15 anos	
	9. Percentual de população de 15 a 59 anos	
	10. Percentual de população de 60 anos e mais	
	11. Taxa de crescimento anual da população total (por cem)	Representa a variação percentual anual da população em relação ao volume populacional existente no ano anterior. Permite aquilatar não apenas o ritmo de crescimento populacional, mas o ritmo de seu envelhecimento e da variação que pode estar se dando no interior dos grupos etários considerados.
	12. Taxa de crescimento médio anual da população menor de 15 anos (por cem)	
	13. Taxa de crescimento médio anual da população de 15 a 59 anos (por cem)	
	14. Taxa de crescimento médio anual da população de 60 anos e mais (por cem)	

	ANEXOS
--	--------

Dimensão	Indicador	Observação
Indicadores socioeconômicos	15. Percentual da população de 15 a 49 anos de idade com menos de 4 anos de estudo	Corresponde ao analfabetismo funcional da população que é uma variável consagrada como proxy de situação socioeconômica. Contribui para a análise das condições de vida e de saúde da população desde que a escolaridade está associada à adoção de comportamentos saudáveis, de medidas de promoção proteção e recuperação da saúde, à correta avaliação de situações e fatores de risco a saúde, ao acesso a serviço de saúde, à adesão ao tratamento etc.
	16. Percentual de mulheres de 15 a 49 anos ocupada (em relação a população feminina total)	Além de indicador da situação socioeconômica do município, por representar indiretamente o desemprego atual da população, ajuda a definir a proporção de população que pode assistir aos serviços de saúde em horários convencionais.
	17. Percentual de homens e 15 a 49 anos ocupada (em relação a população feminina total)	
	18. Percentual de domicílios com renda per capita domiciliar inferior a ¼ SM	Clássicos indicadores de nível de pobreza: apontam a parcela da população vivendo em condições socioeconômicas desfavoráveis. Esta é uma população vulnerável, tanto em termos de padrão epidemiológico quanto de acesso a serviços de saúde em geral, e, por extensão, de serviços de SSR.
	19. Percentual de domicílios com renda per capita domiciliar inferior a ¼ SM – chefes masculinos	
	20. Percentual de domicílios com renda per capita domiciliar inferior a ¼ SM – chefes femininos	
Indicadores gerais de saúde	21. Taxa de mortalidade infantil (por mil)	Considerado um dos mais sensíveis indicadores do nível de saúde de uma população, reflete, em particular, a saúde dos menores de um ano, que se constituem no grupo populacional mais vulnerável.
	22. Percentual de mortes por causa mal definida	Está associado à falta de acesso e de qualidade da atenção à saúde e, de certa forma, indica a qualidade de cobertura dos registros de mortalidade.
	23. Taxa de mortalidade por causa externa, de homens de 15 a 34 anos (por 10.000)	Ajuda a dimensionar um dos problemas da saúde pública do município e a contextualizar a saúde num segmento que, em outras circunstâncias, não procura serviços de saúde: a população masculina jovem.
2. Indicadores de saúde sexual e reprodutiva		
2.1 Prevenção da gravidez		
Anticoncepção	24. Proporção de mulheres de 15-49 anos com inserção de DIU – do SUS (por mil)	Retratam a oferta de contracepção no sistema público.
	25. Proporção de mulheres de 15-49 anos laqueadas – do SUS (por mil)	
	26. Proporção de homens de 25 anos e mais vasectomizados (por mil)	

Dimensão	Indicador	Observação
Fecundidade	27. Taxa de fecundidade total (TFT)	Refletem os níveis e padrões de fecundidade, que estão associados a uma maior demanda por atenção médica materno-infantil, podendo ainda indicar a existência de demanda insatisfeita por anticoncepção.
	28. Número total de nascidos vivos no ano	
	29. Percentual de mulheres de 15-19 anos que são mães	É uma medida da fecundidade precoce; indicaria uma relativamente alta incidência de gravidez entre adolescentes, o que está associado à necessidade ou demanda insatisfeita por planejamento família e, potencialmente, a problemas de saúde e social etc.
	30. Número de nascidos vivos de mulheres menores de 15 anos	É um indicador-“sentinela”, isto é, sinaliza a ocorrência de um único registro de nascimento de mães menores de 15 anos como um alerta.
	31. Número de nascidos vivos de mulheres 15-19 anos	Serve de base para se conhecer a demanda potencial por atenção à gravidez, parto e puerpério; e ao recém-nascido. Serve também para monitorar gravidez de alto risco e gravidez precoce.
	32. Número de nascidos vivos de mulheres de 40 anos e mais	Serve para monitorar gravidez de alto risco e gravidez tardia.
2.2 Gestação, pré-natal, parto e puerpério		
Atenção pré-natal	33. Percentual de nascidos vivos cuja mãe iniciou o pré-natal até o 4o mês de gestação	Indica a cobertura e qualidade da assistência à gestação.
	34. Percentual de nascidos vivos cuja mãe concluiu o pré-natal	
	35. Percentual de nascidos vivos cuja mãe não realizou pré-natal	
Atenção ao parto	36. Percentual de nascidos vivos fora do hospital	Indica o acesso ao sistema de saúde no momento do parto.
	37. Percentual de partos por cesárea em relação ao total de partos	São indicadores da qualidade da atenção ao parto.
	38. Percentual de partos por cesárea em relação aos partos realizados pelo SUS	
Aborto	39. Percentual de internações obstétricas realizadas por abortamento incompleto no total de internações por parto no SUS	Indica deficiência do acesso à contracepção e/ou da prática anticoncepcional.
Mortalidade materna	40. Número de mortes maternas	Indicador-sentinela. Reflete a qualidade dos serviços de assistência à gravidez, parto e puerpério.

	ANEXOS
--	--------

Dimensão	Indicador	Observação
2.3 Ocorrência de DST/aids		
DST	41. Número de casos novos confirmados de sífilis congênita em menores de 2 anos de idade	Indicador de acesso e da qualidade do serviço de saúde, principalmente pré-natal.
Aids	42. Número de casos de aids na população feminina	São indicadores-sentinela da ocorrência de aids no município. Serve para orientar o planejamento de ações de promoção à saúde e de prevenção de HIV/aids.
	43. Número de casos de aids na população masculina	
2.4 Doenças do trato reprodutivo		
Diagnóstico	44. Percentual de mulheres de 25 a 59 anos que realizaram exames citopatológicos cérvico-vaginais	Indicador do acesso e da qualidade do serviço de atenção à saúde da mulher.