DHS

PN-ABD-636 63457

Brasil

Pesquisa Nacional Sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar 1986

SUMÁRIO EXECUTIVO 2

ANTECEDENTES 5

FECUNDIDADE 6

Idade na época do casamento e do primeiro nascimento 6
Amamentação e infertilidade pós-parto 7
Número ideal de filhos 9

PLANEJAMENTO FAMILIAR 10

Uso da anticoncepção 10
Esterilização feminina 11
Serviços de planejamento familiar 12
Restrições quanto ao uso da anticoncepção 13
Necessidades não-satisfeitas de serviços de planejamento familiar 14

SAÚDE MATERNO-INFANTIL 15

Assistência pré-natal e local do parto 15
Partos por cesariana e prática da esterilização 16
Mortalidade infantil e mortalidade de crianças menores de 5 anos 17
Amamentação e saúde da criança 18
Prevenção das doenças infantis 18
Diarréia 19
Estado nutricional das crianças 20

CONCLUSÕES 21

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES 22

IAF VON BUETTNER

Este relatório sumariza os resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar, PNSMIPF, realizada em 1986 pela Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, BEMFAM. A PNSMIPF contou com o apoio financeiro e técnico do Instituto para o Desenvolvimento de Recursos, como parte do Programa de Pesquisas Demográficas e de Saúde, DHS. Especificamente para a realização deste relatório, o apoio financeiro foi proporcionado pelo Projeto IMPACT — Population Reference Bureau.

O presente estudo faz parte de um programa mundial de pesquisas demográficas e de saúde, tendo como objetivo coletar dados sobre fecundidade, planejamento familiar e saúde materno- infantil. A BEMFAM participou deste programa após ter realizado 10 pesquisas estaduais sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar entre 1979 e 1982, nos Estados do Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Bahia, Piauí (duas pesquisas) e Amazonas. Informações complementares sobre estas pesquisas podem ser obtidas na: BEMFAM, Avenida Chile, 230-17o. andar, Cep: 20031 — Rio de Janeiro — RJ — BRASIL. Informações adicionais sobre o Programa de Pesquisas Demográficas de Saúde em outros países podem ser conseguidas escrevendo-se para: DHS -- Institute for Resource Development/Westinghouse, 8850 Stanford Boulevard, Suite 4000, Columbia, MD 21045 — USA (Telex 87775).

Maio, 1989

SUMÁRIO EXECUTIVO

A Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar — PNSMIPF, 1986 — é, a nível nacional, o primeiro estudo sobre o comportamento reprodutivo das mulheres brasileiras. É, portanto, uma importante fonte de referência na formulação de políticas e programas de planejamento familiar e saúde materno-infantil. Os resultados da pesquisa documentam a contínua tendência para uma redução no número de filhos tidos por família. Analisando-se as taxas de fecundidade para meados de 1980, observa-se que as mulheres brasileiras estão tendo, em média, menos de 4 filhos. A tendência para famílias com menor número de filhos parece ter continuidade, uma vez que quatro entre cinco mulheres apontaram como número ideal 2 ou 3 filhos, e dois terços das mulheres casadas estavam praticando a anticoncepção na época da pesquisa.

CARLÃO LIMEIRA

Contudo, nem todas as mulheres têm o mesmo sucesso em planejar o número de filhos e o espaçamento entre os nascimentos. Os resultados da pesquisa mostram que as mulheres brasileiras, independentemente da região e do nível de instrução, expressam opiniões similares em relação ao tamanho ideal da família. Entretanto, em relação ao uso de anticoncepcionais e à fecundidade, há grandes diferenças, quando se comparam as várias regiões e os diversos níveis de instrução. Verifica-se que em São Paulo, no Rio de Janeiro e nos estados da Região Sul, as mulheres estão tendo 3 filhos, em média, e quase 75% das mulheres casadas fazem uso de algum método anticoncepcional. Na Região Nordeste, as mulheres têm, em média, 5 filhos e apenas 53% praticam a anticoncepção. Diferenças similares existem entre as mulheres que completaram o primário e aquelas com baixo nível de escolaridade e as que não possuem instrução alguma.

Indicadores de saúde e planejamento familiar revelam que mulheres e crianças que residem em áreas rurais, na Região Nordeste e também aquelas com pouca ou nenhuma instrução são as que mais necessitam de assistência.

O declínio da fecundidade no Brasil, diferente do que se passou em outros países, ocorreu na ausência de um efetivo programa governamental de planejamento familiar a nível nacional. Os serviços de planejamento familiar são proporcionados através dos setores público e privado. A esterilização feminina é o método anticoncepcional mais usado, sendo que uma em cada quatro mulheres casadas se submeteu à esterilização. A esterilização é legalmente permitida somente nos casos em que uma gravidez levaria tanto a mulher quanto a criança a sofrerem riscos e complicações médicas. Entretanto, na prática, as esterilizações estão disponíveis para um grupo minoritário que pode pagar pela intervenção, realizada através dos médicos privados. Para obter uma esterilização como método anticoncepcional na rede pública de saúde, muitas mulheres se submetem a um parto do tipo cesáreo, a fim de serem qualificadas para esterilização pós-parto. O atual sistema, que motiva a mulher a recorrer a uma cesariana como meio de obter a esterilização, aumenta

os riscos de saúde da mulher e da criança, além de representar um custo adicional, não só em função de uma mais longa permanência no hospital, como pela cirurgia em si.

O anticoncepcional oral é o segundo método mais popular entre as mulheres. Ele é obtido quase que exclusivamente nas farmácias de todo o País. Uma exceção ocorre na Região Nordeste, onde um expressivo percentual de mulheres obtêm pílulas nos postos de saúde pertencentes às Secretarias Estaduais de Saúde que operam com o apoio da BEMFAM.

Entre as usuárias da anticoncepção, a esterilização feminina e a pílula correspondem a 80% de todos os métodos anticoncepcionais utilizados. Métodos de baixa eficácia — como o coito interrompido — ou de abstinência periódica — como a tabela — compõem um percentual de 15% no uso de métodos. Sem dúvida, o uso da anticoncepção poderia ser mais adequado se outros métodos eficazes estivessem disponíveis à população.

Em decorrência da inadequação da oferta dos métodos anticoncepcionais, a gravidez não-desejada é ainda bastante comum no Brasil. Os dados revelaram que de cada cinco nascimentos que ocorreram no ano anterior à pesquisa, um foi não-desejado, e um em cada quatro foi não-planejado. As mulheres residentes em áreas rurais, as da Região Nordeste e também aquelas que têm pouca ou nenhuma instrução têm maior probabilidade de terem filhos não-desejados.

Na área de saúde materno-infantil, os resultados da pesquisa demonstram que a mortalidade infantil continua alta no Brasil. Aproximadamente, de cada 13 crianças nascidas vivas, uma morre antes de completar o primeiro ano de vida. A mortalidade infantil varia consideravelmente entre as regiões. As taxas mais altas se encontram no Nordeste, onde de cada sete crianças que nascem uma não chega a completar o primeiro ano de vida.

Os resultados da pesquisa indicam que, apesar de ter havido algum sucesso na melhoria das condições de saúde das crianças, alguns problemas ainda persistem. Por um lado, observa-se que a maioria das mulheres recebem alguma assistência pré-natal, realizam partos em hospitais, e mais da metade das crianças cobertas pela pesquisa foram completamente imunizadas na idade correta. Por outro lado, a diarréia ainda é comum entre as crianças, e apenas um pequeno número delas é tratado com a terapia de reidratação oral. Além disso, a desnutrição crônica revelou-se um problema bastante sério na Região Nordeste. Os resultados do estudo antropométrico realizado nesta região e incluído na pesquisa indicam que cerca de um quarto das crianças com menos de 5 anos de idade apresenta um quadro de desnutrição, principalmente no que diz respeito à estatura, que é baixa em relação à idade.

ANTECEDENTES

A Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar, PNSMIPF, realizada pela BEMFAM, é a primeira pesquisa, a nível nacional, que proporciona informações detalhadas sobre fecundidade, planejamento familiar e saúde materno-infantil. Outras pesquisas semelhantes, realizadas pela BEMFAM, tiveram abrangência estadual. Nesta pesquisa, um total de 5.892 mulheres entre 15-44 anos foram entrevistadas no período de maio a agosto de 1986. A amostra selecionada cobriu áreas geográficas que representam 95 por cento das mulheres em idade reprodutiva e permite o cálculo de estimativas para as seis regiões do Brasil (ver mapa), e para o País como um todo.

Mapa

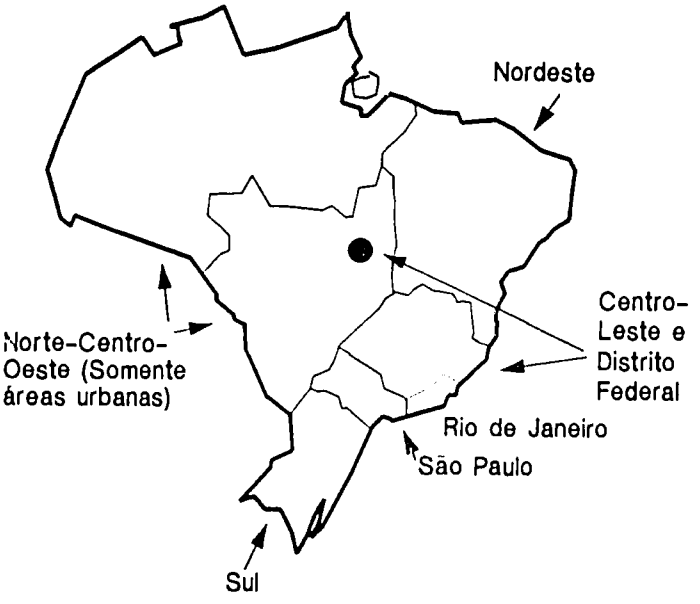
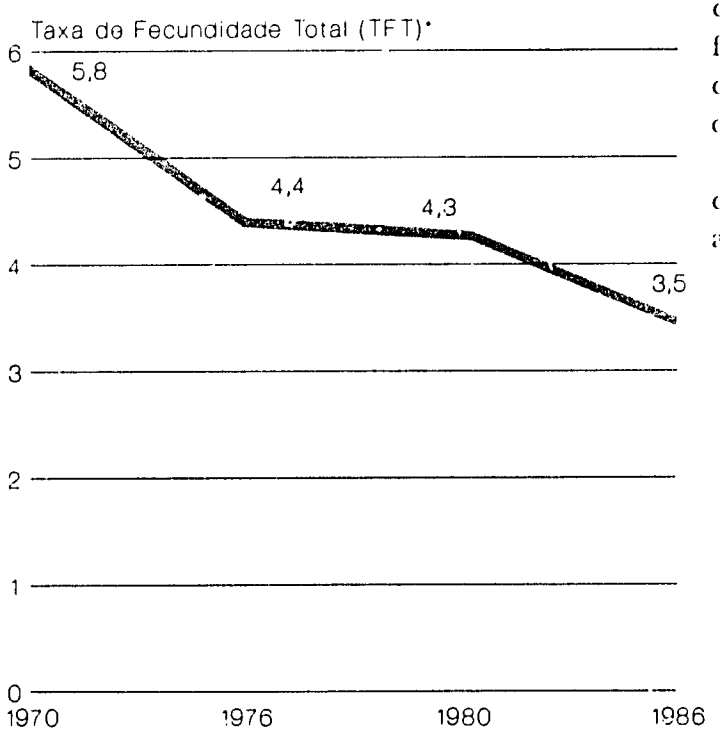


Gráfico 1
TENDÊNCIAS RECENTES DO DECLÍNIO DA FECUNDIDADE



*Número médio de filhos que a mulher teria em sua vida reprodutiva

Fontes: 1970, 1976 e 1980 dados do Censo Demográfico e da PNAD. 1983-1986 dados da PNSMIPF.

FECUNDIDADE

Tem-se observado, desde 1970, um rápido declínio da fecundidade no Brasil (ver gráfico 1). A taxa de fecundidade total, ou seja, o número médio de filhos que uma mulher teria durante sua vida reprodutiva, decresceu de 5,8 em 1970 para 3,5 em 1983-86.

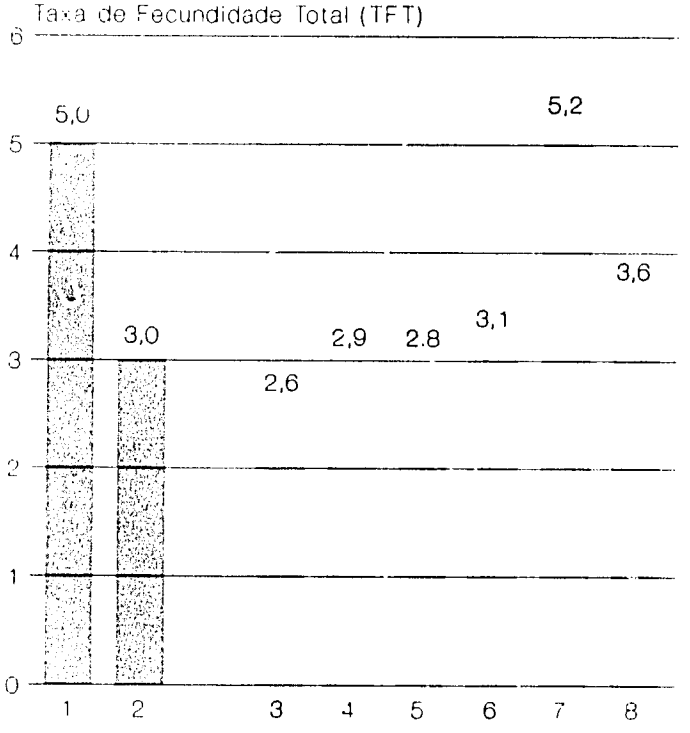
Analisando, de uma maneira geral, o padrão de declínio da fecundidade, a pesquisa mostra vários aspectos que merecem ser considerados:

- mulheres residentes nas áreas rurais estão tendo uma média de 5 filhos, em comparação a uma média de 3 filhos para as mulheres residentes nas áreas urbanas;
- a fecundidade é quase duas vezes mais alta na Região Nordeste, quando comparada ao Sul do Brasil (ver gráfico 2); e
- os níveis de fecundidade se relacionam com o grau de instrução: as mulheres que cursaram o segundo grau completo têm, em média, 2,5 filhos; as que nunca foram à escola têm 6,5 filhos, em média.

Idade na época do casamento e do primeiro nascimento

No Brasil, as mulheres se casam (ou iniciam uniões consensuais) relativamente tarde: metade delas, aos 21 anos ou mais. Além disso, metade de todas as mulheres dão início à maternidade aos 22 anos ou mais. A combinação da idade mais tardia em que as mulheres entram em união e iniciam a maternidade contribui para reduzir os níveis da fecundidade no País.

Gráfico 2
TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL SEGUNDO LOCAL DE RESIDÊNCIA E REGIÃO
1983-86



1 - Rural
2 - Urbano
3 - Rio de Janeiro
4 - São Paulo
5 - Sul
6 - Centro-Leste e Distrito Federal
7 - Nordeste
8 - Norte-Centro-Oeste

Brasil, PNSMIPF - 1986

Amamentação e infertilidade pós-parto

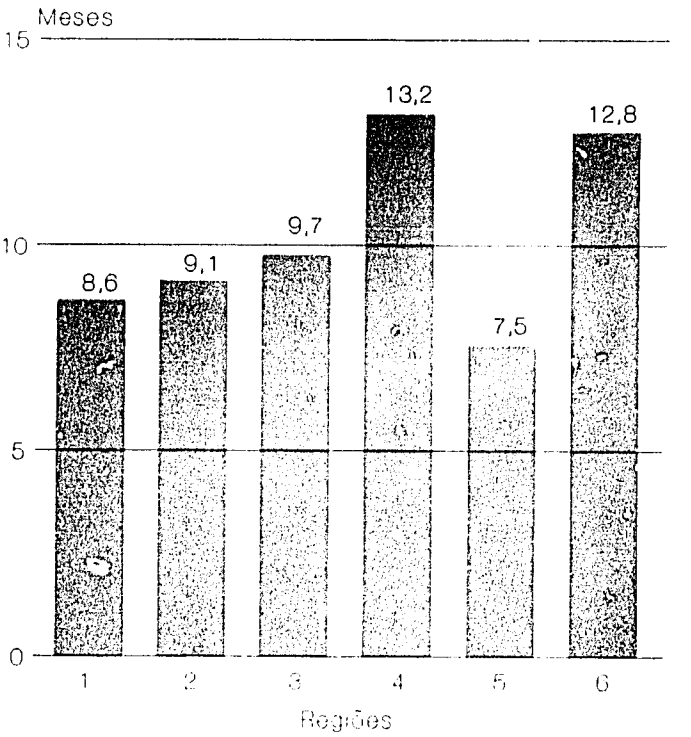
Todo nascimento é seguido por um período de infertilidade natural, durante o qual a mulher não pode conceber. Este período pode ser estendido através da amamentação, que retarda o retorno da ovulação e, também, através da prática da abstinência de relações sexuais que, em geral, ocorre logo após o nascimento. Além disso, vale ressaltar que a amamentação exerce um importante papel na garantia de vida da criança, uma vez que proporciona nutrientes e anticorpos de grande importância para a alimentação e proteção contra doenças.

No Brasil, a fecundidade continua a decrescer e, se permanecer esta tendência, as mulheres terão em média menos que 4 filhos.

Em média, as mulheres brasileiras amamentam por apenas nove meses, e metade delas interrompe a amamentação cinco meses após o nascimento. Como consequência desses curtos periodos de amamentação a duração do periodo de infertilidade pós-parto é tambem curto: em torno de 4 meses. A duração do periodo de amamentação é influenciada pelo local de residência e pelo nivel de instrução. Em geral, a duração da amamentação varia de mais de um ano, nas regiões Norte, Centro-Oeste e Centro-Leste, para menos de oito meses na Região Nordeste (ver gráfico 3). As mulheres sem nenhuma instrução amamentam, em média, quatro meses a mais que as mulheres que cursaram o segundo grau.

Gráfico 3

DURAÇÃO MÉDIA DA AMAMENTAÇÃO POR REGIÃO



1 - Rio de Janeiro

2 - São Paulo

3 - Sul

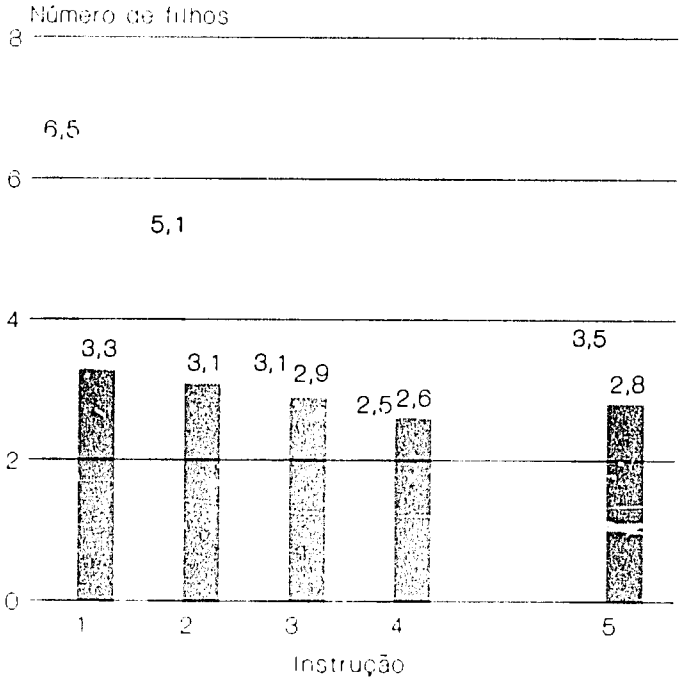
4 - Centro-Leste e Distrito Federal

5 - Nordeste

6 - Norte-Centro-Oeste

Brasil, PNSMIPF - 1986

Gráfico 4
NÚMERO IDEAL E REAL DE FILHOS



Taxa de Fecundidade Total* — Número ideal de filhos

1 - Nenhuma

2 - Menor que primário completo

3 - Primário completo

4 - Maior que primário completo

5 - Todas as mulheres

*Número médio de filhos que a mulher teria em sua vida reprodutiva

Brasil, PNSMIPF - 1986

Número ideal de filhos

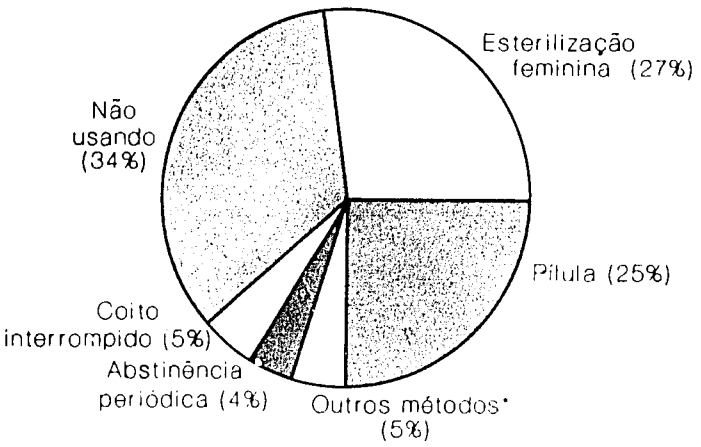
O declínio da fecundidade no Brasil reflete claramente uma preferência por famílias pequenas. Em média, as mulheres entrevistadas reportaram como sendo 2,8 filhos o tamanho ideal da família. Observa-se que nas regiões mais desenvolvidas do País, o tamanho ideal da família está muito próximo ao tamanho real.

Em média, as mulheres reportaram 2,8 filhos como sendo o tamanho ideal de família.

Este fato não ocorre na Região Nordeste, onde o tamanho real da família excede em dois filhos o tamanho reportado como sendo o ideal.

Esta diferença é ainda mais significante quando se analisa o nível de instrução. Em geral, embora as mulheres com pouca instrução queiram uma família mais numerosa, elas sempre têm mais filhos do que consideram o ideal, em comparação com as mulheres com nível de instrução mais alto (ver gráfico 4). Por exemplo, as mulheres sem instrução reportaram que o tamanho ideal de família é de 3 filhos, embora tenham, em média, 6 filhos. Enquanto isso, para as mulheres que completaram a escola primária, o tamanho ideal de família é de mais ou menos 3 filhos, e elas estão perto de alcançar essa meta.

Gráfico 5
USO ATUAL DA ANTICONCEPÇÃO POR MÉTODO
(Mulheres atualmente casadas de 15-44 anos)



*Inclui condon, esterilização masculina, DIU, métodos vaginais e injeção

Brasil, PNSMIPF - 1986

PLANEJAMENTO FAMILIAR

Uso da anticoncepção

As mudanças sócio-econômicas ocorridas no País levaram a população a desejar famílias menores, fato que ocasionou uma maior conscientização e demanda em relação ao planejamento familiar. Praticamente, todas as mulheres brasileiras (99%) já ouviram falar de algum método moderno de anticoncepção. A prevalência de uso da anticoncepção é bastante significativa. No total, 66% das mulheres casadas ou unidas de 15-44 anos (ou seus companheiros) usam algum método — proporção comparável à de muitos países desenvolvidos. Grande parte destas mulheres escolheram a esterilização feminina e a pílula como métodos (ver gráfico 5).

Embora 66% das mulheres casadas estejam usando anticoncepcionais, nascimentos não-desejados e não-planejados são ainda bastante comuns.

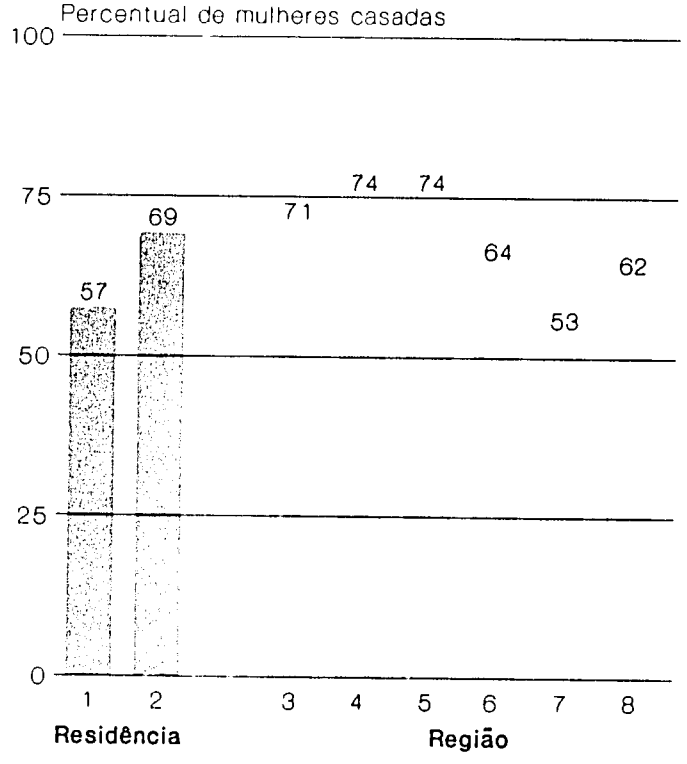
Entre os métodos mais usados, a seguir, vêm o coito interrompido e a tabela. Uma porcentagem inferior a 2% das mulheres unidas reportaram fazer uso do condon (camisinha), como método para evitar a gravidez. Vale ressaltar que esta pesquisa antecedeu à eclosão do problema da AIDS.

O uso da anticoncepção varia nos diferentes grupos da população. As mulheres residentes nas áreas urbanas apresentam um percentual de uso de anticoncepcionais mais alto que o das mulheres das áreas

Gráfico 6

USO ATUAL DA ANTICONCEPÇÃO SEGUNDO RESIDÊNCIA E REGIÃO

(Mulheres atualmente casadas de 15-44 anos)



1 - Rural

2 - Urbano

3 - Rio de Janeiro

4 - São Paulo

5 - Sul

6 - Centro-Leste e Distrito Federal

7 - Nordeste

8 - Norte-Centro-Oeste

Brasil, PNSMIPF - 1986

rurais. Isso ocorre devido ao alto percentual de esterilizações femininas observado nas áreas urbanas (ver gráfico 6). Regionalmente, o uso de anticoncepcionais é mais alto no Rio de Janeiro, em São Paulo e na Região Sul, e mais baixo no Nordeste. O nível de instrução é um outro importante fator que exerce influência na prática da anticoncepção. Entre as mulheres com nível de instrução maior que o primário completo, três-quartos utilizam algum método, em comparação com menos da metade das mulheres sem nenhuma instrução.

Esterilização feminina

A esterilização feminina é o método de anticoncepção mais utilizado entre as mulheres casadas, e seu uso tem crescido rapidamente durante os anos 80. A prevalência da esterilização varia de 18%, na Região Sul (onde a pílula é o método mais usado) a 42%, na Região Norte-Centro-Oeste.

CARLAO LIMEIRA

A esterilização feminina provavelmente terá um impacto significativo nas taxas de fecundidade futuras, uma vez que muitas mulheres brasileiras estão optando por encerrar o processo reprodutivo numa idade relativamente jovem. Metade das mulheres que se submeteram à esterilização estão na faixa dos 31 anos ou são até mais jovens, e três em cada cinco mulheres esterilizadas têm em média três ou menos filhos.

A esterilização feminina e a pílula são os métodos anticoncepcionais mais usados.

Em geral, o interesse pela esterilização é bastante alto. Este fato não é uma surpresa, em função da falta de métodos anticoncepcionais alternativos. Entre as mulheres casadas e fecundas que não querem mais ter filhos, mais da metade demonstrou interesse em se submeter à anticoncepção cirúrgica. Contudo, muitas dessas mulheres ainda não conseguiram obter a esterilização, em função de barreiras legais, institucionais ou financeiras.

Serviços de planejamento familiar

No Brasil, de maneira distinta à que se deu na maioria dos países em desenvolvimento, a transição de uma alta fecundidade para níveis mais baixos está ocorrendo na ausência de um efetivo programa governamental de planejamento familiar de larga escala. O setor comercial, os médicos privados e as organizações não-governamentais de planejamento familiar têm executado um papel de liderança, no sentido de aumentar a conscientização e a disponibilidade de métodos de planejamento familiar.

As mais importantes fontes de métodos anticoncepcionais são as farmácias, os médicos e hospitais privados e os hospitais nos quais os serviços são cobertos pelo sistema de previdência social (INAMPS). Entre as usuárias de pílula, 93% reportaram a farmácia como fonte de obtenção, e 58% de todas as mulheres que já usaram a pílula alguma vez, adquirindo-as na farmácia, tinham receita médica. Tanto a pílula quanto o condom são manufaturados no Brasil e facilmente obtidos nas farmácias. Entretanto, o condom é relativamente caro, e a produção local é insuficiente para atender à demanda atual, que sofreu um aumento, em parte atribuído ao uso desse preservativo como forma de prevenção da AIDS. As Secretarias Estaduais de Saúde são importantes fontes de obtenção da pílula na Região Nordeste, em função dos convênios com a BEMFAM.

Com respeito à anticoncepção cirúrgica, aproximadamente metade de todas as esterilizações ocorre em hospitais do INAMPS ou conveniados. Embora esses hospitais não ofereçam a esterilização com propósitos anticonceptivos, os médicos afiliados realizam as esterilizações em conjunto com outras intervenções cirúrgicas, principalmente partos do tipo cesáreo. Do restante das esterilizações, 40% ocorrem em hospitais privados e 10% em hospitais do Governo.

Restrições quanto ao uso da anticoncepção

Três fatores afetam negativamente o uso da anticoncepção no Brasil:

1. *Limitação na escolha de métodos* Embora a pílula seja um método apropriado para muitas mulheres que querem postergar o início da maternidade ou espaçar os nascimentos dos filhos, este método não atende às necessidades de todas elas. Assim sendo, torna-se necessária uma maior divulgação de outros métodos reversíveis (por exemplo, DIU, injeções, geléias e diafragma) para aquelas mulheres que não querem ou não podem utilizar a pílula.
2. *Ausência de normatização para a esterilização* De acordo com o Código de Ética Médica, as premissas que permitem a esterilização são ambíguas. Grande parte dos médicos freqüentemente recorre a subterfúgios que os permitem realizar esterilizações quase que legalmente. Como resultado, embora não exista um programa de esterilização nos hospitais, os procedimentos são realizados por médicos da rede privada ou em conjunto com outras intervenções cirúrgicas na rede governamental de saúde, com um custo relativamente alto para as pacientes. O alto custo, assim como as barreiras institucionais, dificultam o acesso de muitas mulheres que não querem mais ter filhos à anticoncepção cirúrgica. Por outro lado, a falta de uma normatização pode ocasionar utilizações inadequadas.

3. *Atitudes relacionadas à anticoncepção* As mulheres férteis e que vinham mantendo relações sexuais regularmente — expostas, portanto, a uma gravidez — mas que não estavam praticando a anticoncepção reportaram como principal razão para não escolherem ou usarem um método de planejamento familiar o medo dos possíveis efeitos colaterais dos anticoncepcionais (18%). Outras razões citadas para o não-uso de anticoncepcionais incluem: não gosta de usar anticoncepcionais (15%); não necessita, uma vez que acha que não poderia ficar grávida (13%); falta de acesso aos métodos (5%); e alto custo dos mesmos (3%). Menos de 2% deste grupo de mulheres citaram a religião ou a não-aprovação do marido como razões para não praticarem a anticoncepção. Os resultados relacionados a atitudes em relação à anticoncepção sugerem que é necessária uma maior divulgação de informações e um aconselhamento correto a respeito das vantagens e riscos relativos ao uso de cada método, a fim de reduzir o medo, que é causado, muitas vezes, pela má-informação.

Necessidades não-satisfeitas de serviços de planejamento familiar

Apesar da alta prevalência do uso de métodos anticoncepcionais, os nascimentos não-planejados e não-desejados são bastante comuns. Em cada cinco nascimentos ocorridos no ano anterior à pesquisa, um não foi desejado e, em cada quatro nascimentos, um não foi planejado. As mulheres residentes nas áreas rurais, na Região Nordeste, assim como aquelas com nível de instrução menor que o primário completo, estão mais propensas a terem filhos não-desejados, conforme demonstra a pesquisa.

Os resultados da pesquisa indicam que 7% das mulheres casadas — ou seja, aproximadamente 1,2 milhões de mulheres — estão necessitadas de serviços de planejamento familiar. Este grupo é formado por mulheres que não querem mais filhos ou que gostariam de esperar pelo menos um ano, considerando-se a data da entrevista, para terem um outro filho. Apesar disto, elas estão expostas a uma gravidez, pois não estão usando nenhum método anticoncepcional. Esta estimativa não inclui as mulheres que querem obter métodos anticoncepcionais alternativos, mas que não têm acesso aos mesmos. E também não inclui aquelas que podem estar praticando a anticoncepção de forma pouco efetiva. Em geral, a maioria das mulheres que tem necessitade de serviços de planejamento familiar reside nas áreas rurais e possui pouca ou nenhuma instrução. Aproximadamente, metade destas mulheres-500.000 — reside no Nordeste.

SAÚDE MATERNO-INFANTIL

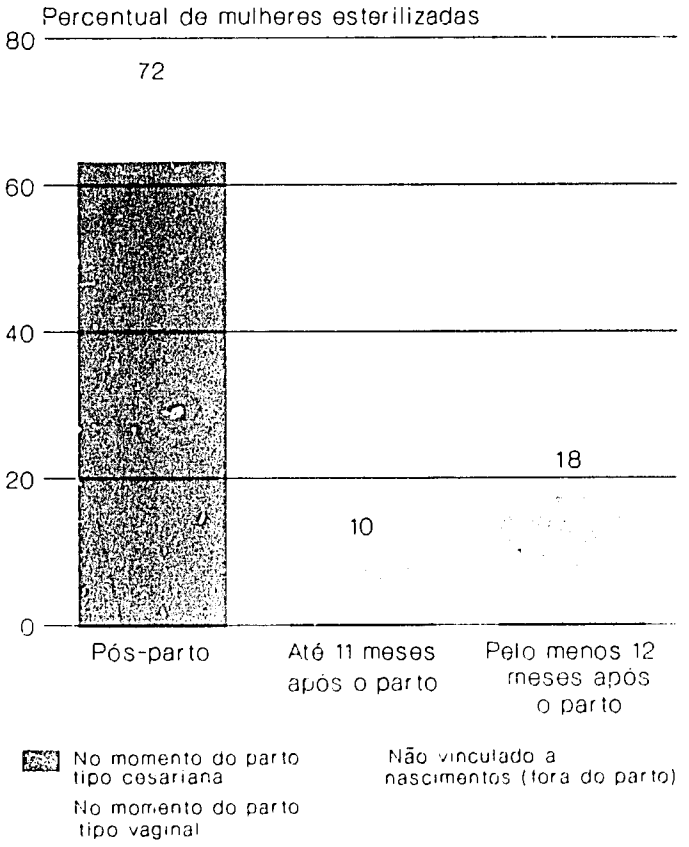
Assistência pré-natal e local do parto

O tipo de assistência que a mãe recebe durante a gravidez e o parto afeta diretamente a saúde da criança e suas chances de sobrevivência. As mães reportaram terem recebido alguma assistência pré-natal, em três de cada quatro nascimentos que ocorreram nos cinco anos anteriores à pesquisa. As mulheres que residem nas áreas urbanas e aquelas com algum nível de instrução têm maior acesso à assistência medica durante a gravidez do que as mulheres das áreas rurais ou aquelas que não têm instrução. O setor governamental, principalmente a Previdência Social (INAMPS), é citado entre os principais locais de obtenção da assistência pré-natal. Em mais de um terço dos nascimentos ocorridos nos cinco anos anteriores à pesquisa, as mães reportaram ter recebido pelo menos uma dose de vacina antitetânica, para proteger seus filhos do tétano neonatal. O recém-nascido corre o risco de desenvolver tétano neonatal, doença altamente fatal, que pode atingir a criança nas primeiras duas semanas após o nascimento, se o cordão umbilical não for cortado e tratado de forma adequada.

De cada cinco nascimentos, quatro ocorreram em hospitais ou clínicas. Até mesmo nas áreas rurais, mais da metade dos partos ocorreram em instituições próprias, e entre os partos domiciliares, 85% dos casos contaram com a ajuda de parteiras.

CARLÃO LIMEIRA

Gráfico 7
ÉPOCA DA ESTERILIZAÇÃO FEMININA



Brasil, PNSMIPF - 1986

Partos por cesariana e prática da esterilização

No Brasil, um terço dos partos ocorridos em hospitais é do tipo cesáreo. Este percentual é um dos mais altos do mundo. A porcentagem de partos por cesariana é mais alta nas áreas urbanas (35%) que nas áreas rurais (21%). Quanto às regiões, Rio de Janeiro e São Paulo se destacam por uma maior prevalência de partos por cesariana (43%). As mulheres com instrução maior que o primário completo têm duas vezes mais probabilidade de terem um parto feito através de uma cesariana do que as mulheres sem instrução.

Um terço dos nascimentos ocorridos em hospitais são realizados através de uma cesariana, um dos mais altos percentuais do mundo.

A alta incidência de cesarianas no Brasil está, em parte, associada ao desejo da mulher de fazer uma esterilização pós- parto. As mulheres que tiveram três ou mais cesáreas conseguem obter a esterilização, uma vez que, nestes casos, gravidezes futuras são consideradas de alto risco. Aproximadamente, de cada quatro mulheres esterilizadas, três se submeteram a este procedimento cirúrgico no momento do parto do seu último filho, e grande parte desses partos foram realizados através de uma cesariana (ver gráfico 7).

Mortalidade infantil e mortalidade de crianças menores de 5 anos

A evolução na qualidade de saúde da criança, na década passada, é indicada por um percentual maior de crianças que sobreviveram. Contudo, o índice de mortalidade de crianças brasileiras é substancialmente maior que o de muitos outros países da América do Sul.

No Brasil, ainda bem recentemente, em cada dez crianças nascidas vivas, uma morria antes de completar o primeiro ano de vida. Atualmente, de cada 13 crianças, uma morre com menos de um ano. Grande parte da queda da mortalidade de crianças entre 0 e 5 anos de idade tem ocorrido nas áreas urbanas. Nas áreas rurais, a mortalidade para esse grupo de crianças permanece alta. Além disto, observam-se acentuadas diferenças regionais: a mortalidade infantil na Região Nordeste é três vezes mais alta que na Região Sul.

As crianças nascidas entre curtos intervalos intergestacionais, as que têm muitos irmãos e ainda

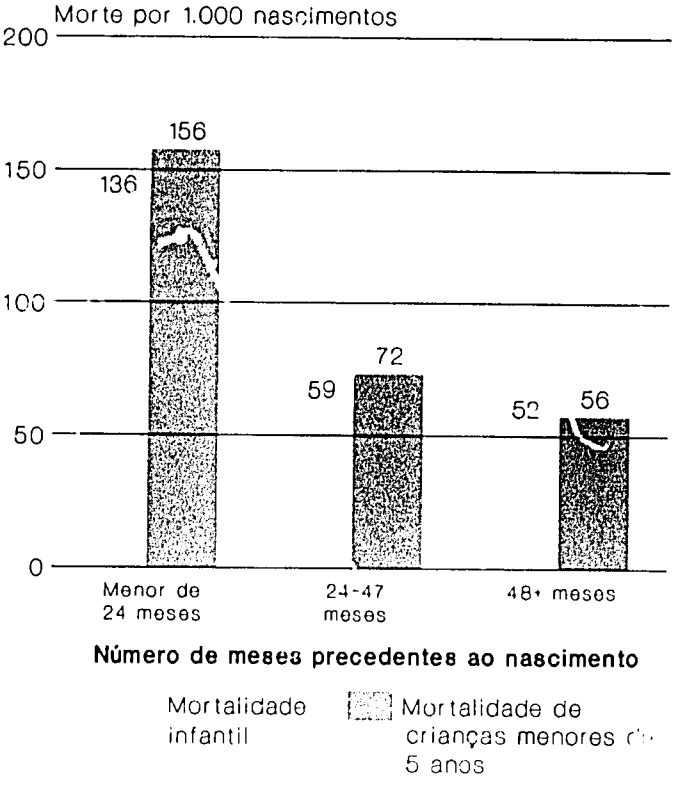
De cada treze crianças, uma morre antes de completar o primeiro ano de vida.

aquelas nascidas de mães muito jovens correm um alto risco de morrerem. Comparando-se os intervalos entre os nascimentos, observa-se que as crianças nascidas a menos de 24 meses de um nascimento anterior têm duas vezes mais probabilidades de morrer antes de completar o primeiro ano de vida, quando comparadas àquelas nascidas com um intervalo de 24-47 meses após um nascimento anterior. Este padrão permanece o mesmo para crianças até 5 anos de idade (ver gráfico 8).

Além disso, crianças cuja ordem de nascimento é igual a sete ou mais têm duas vezes mais probabilidades de morrer antes de completar o primeiro ano de vida do que outras crianças. A probabilidade de morte antes de completar o primeiro ano de idade é 35% maior para as crianças cuja ordem de nascimento é de 4 a 6, quando comparadas às crianças de ordem 2 a 3. As crianças cujas mães têm 19 anos ou menos na época do

Gráfico 8

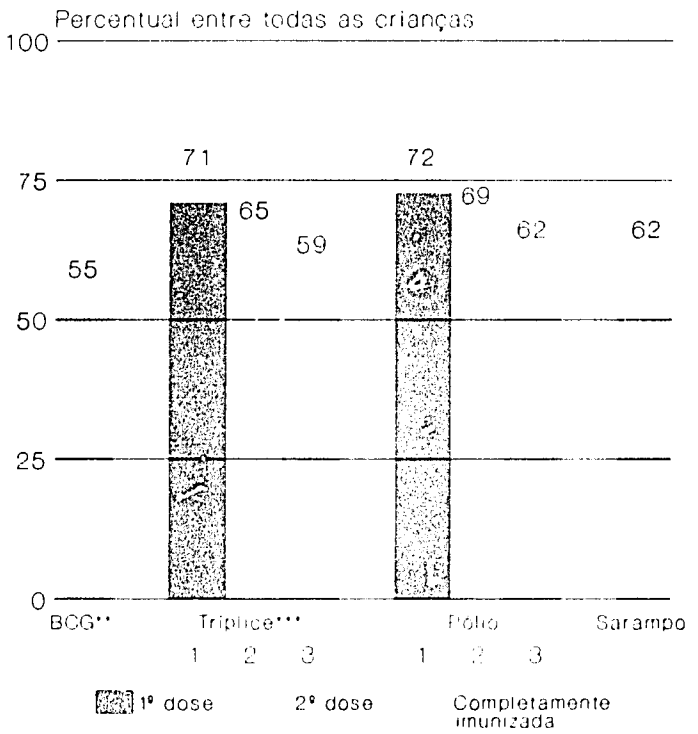
INTERVALO ENTRE NASCIMENTOS E MORTALIDADE INFANTIL* E DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS DE IDADE



* A mortalidade infantil mede a probabilidade de morte de uma criança antes de completar o primeiro ano de vida.

Brasil, PNSMIPF - 1986

Gráfico 9
COBERTURA DA IMUNIZAÇÃO INDICADA PELO CARTÃO DE VACINAÇÃO*
(Crianças 12-23 meses)



*74% das crianças de 12-23 meses tem certificado de vacinação
**Tuberculose
***Difteria, coqueluche, tétano

Brasil, PNSMIPF - 1986

nascimento correm um risco de morrer antes de completar o primeiro ano de 34% a mais que aquelas cujas mães estão entre 20-24 anos de idade. O planejamento familiar pode ajudar a prevenir muitas destas mortes infantis, ajudando a mulher a ter seus filhos numa época mais saudável para ambos, mãe e filho.

Mais da metade das crianças de 12-23 meses de idade foram imunizadas contra seis doenças infantis.

Amamentação e saúde da criança

O papel da amamentação na diminuição da incidência de diarréia infantil, assim como sua influência na redução de outras doenças infecciosas, é um fato já constatado entre os profissionais de saúde. Lamentavelmente, no Brasil a amamentação não é amplamente praticada. Apesar disto, de cada dez crianças com menos de um mês de idade, oito são amamentadas. Mas a proporção de crianças que continua sendo amamentada decresce rapidamente. Por volta dos 4-5 meses de idade, de cada dez crianças, somente seis continuam recebendo leite materno, e entre os 10 e 11 meses esta porcentagem é menor ainda: somente três crianças em cada grupo de dez. Deste modo, a promoção de campanhas incentivando a amamentação e esclarecendo os benefícios da alimentação com o leite materno poderiam ter um impacto importante na melhoria da saúde infantil.

Prevenção das doenças infantis

A vacinação contra seis doenças infantis — tuberculose, difteria, coqueluche, tétano, pólio e sarampo — é, também, uma intervenção fundamental para melhorar as chances de sobrevivência das crianças. A pesquisa demonstra que, de cada quatro crianças com idade entre 12-23 meses, três delas têm um cartão

de vacinação. Entre estas, três quartos estavam completamente imunizadas (ver gráfico 9). Estes resultados indicam que o programa de imunização está alcançando muitas crianças na época adequada, isto é, durante os dois primeiros anos de vida, quando a vulnerabilidade a estas doenças é maior.

A cobertura dos programas de imunização é mais baixa nas Regiões Nordeste, Norte-Centro-Oeste e, também, entre as crianças cujas mães não completaram o primário.

Diarréia

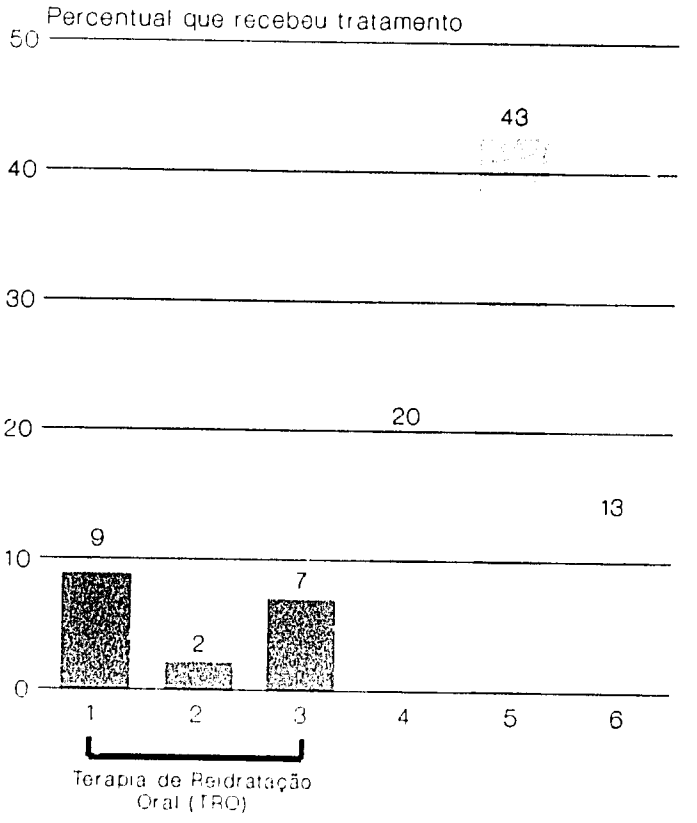
A diarréia, que é a principal causa da mortalidade de crianças entre 0 e 5 anos de idade, é comum entre as crianças brasileiras. As mães reportaram que entre seis crianças menores de 5 anos de idade, em pelo menos uma foi constatada diarréia nas duas semanas anteriores à pesquisa. Os mais altos percentuais de diarréia foram encontrados entre as crianças que moram nas áreas rurais, entre as menores de dois anos de idade e ainda entre aquelas cujas mães têm nível de instrução menor que o primário completo.

Em geral, as mães tratam a diarréia com antibióticos e remédios comerciais (43%), remédios caseiros (20%), terapia de reidratação oral (TRO)(18%), incluindo pacotes de sal de reidratação oral (SRO), solução comercial (SORO) e solução caseira (ver gráfico 10). Particularmente preocupante é o amplo uso de antibióticos no tratamento da diarréia, uma vez que estes medicamentos, além de caros, são de pouca efetividade no tratamento da doença. A terapia de reidratação oral, um dos métodos mais baratos e de maior efetividade no tratamento da diarréia, é usada para tratar apenas uma em cada seis crianças que apresentam o problema. Existe, portanto, uma necesidade clara de um trabalho maior de educação, nessa área.

Gráfico 10

TIPO DE TRATAMENTO DA DIARRÉIA

(Crianças menores de 5 anos, que reportaram diarréia nas duas semanas anteriores à pesquisa)



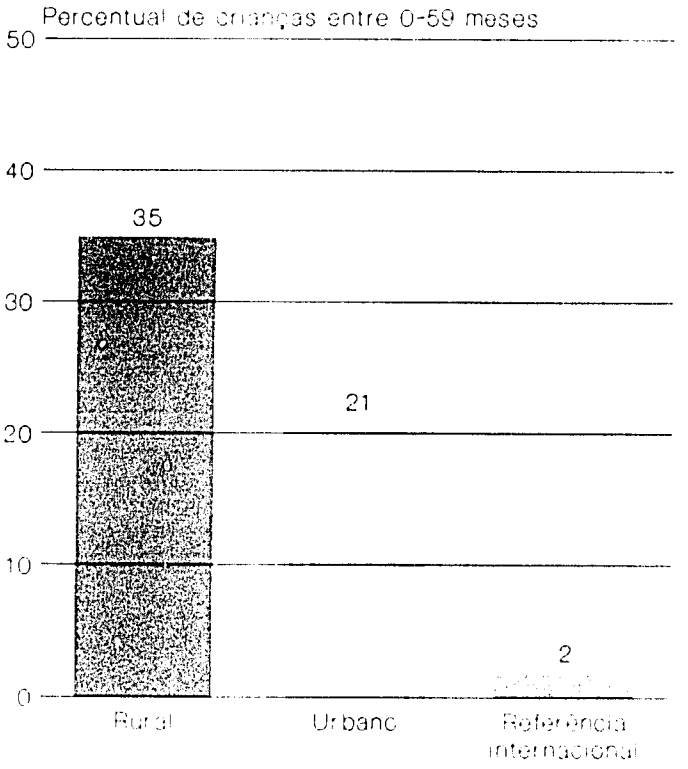
1 - TRO
2 - Soluções caseiras
3 - Soluções comerciais
4 - Remédios caseiros
5 - Antibióticos - remédios comerciais
6 - Outros

Brasil, PNSMIPF - 1986

Gráfico 11

DESNUTRIÇÃO NA REGIÃO NORDESTE

*(Percentual classificado como apresentando altura abaixo da média baseando-se na proporção altura, por idade entre as crianças)**



*Menor que ou igual a 2 desvios padrão abaixo da média determinanda pela Organização Mundial de Saúde

Brasil, PNSMIPF - 1986

Estado nutricional das crianças

O estudo sobre o estado nutricional das crianças da Região Nordeste, conduzido sob a orientação do Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco, inclui uma amostra de 1.132 crianças menores de 5 anos, cujas mães foram entrevistadas como parte da Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar. Este estudo

A desnutrição crônica é um problema comum entre as crianças da Região Nordeste, onde mais de uma em cada quatro crianças foram classificadas como se apresentando pequena para a idade.

mostra que a desnutrição crônica é um problema comum entre as crianças do Nordeste, onde de cada quatro crianças, mais de uma apresenta algum grau de desnutrição. O deficit quanto à estatura (ver gráfico 11) revelou-se o problema mais relevante, seguido do deficit peso/idade, em menor magnitude.

A maior prevalência da desnutrição foi observada entre crianças cujos nascimentos tiveram um intervalo de menos de dois anos em relação ao irmão anterior. A faixa etária mais comprometida foi a de 12-23 meses e a zona rural apresentou maior prevalência de desnutrição do que a urbana.

A instrução da mãe é um dado importante quando se analisa o problema da desnutrição infantil. Os resultados da pesquisa revelaram que existe uma maior incidência de desnutrição entre crianças filhas de mães sem nenhuma instrução. Verificou-se, ainda, uma correlação inversamente proporcional entre o nível de instrução materna e o risco relativo de desnutrição.

CONCLUSÕES

A Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar, a primeira pesquisa deste tipo realizada no Brasil, documenta importantes mudanças demográficas ocorridas na década passada. Estas mudanças incluem um notável declínio na fecundidade e uma melhoria nas chances de sobrevivência infantil. A pesquisa identificou várias tendências associadas à melhoria da saúde da família:

- uma clara preferência por um número menor de filhos;
- altas porcentagens de uso de anticoncepcionais;
- ampla confiança em profissionais de saúde para assistência pré-natal; e
- expansão da cobertura de vacinação em crianças menores de cinco anos.

As mulheres e crianças que moram em áreas rurais e na Região Nodeste e/ou aquelas com nível de instrução mais baixo são as que mais necessitam de assistência, segundo a maioria dos indicadores de saúde e de planejamento familiar. A desnutrição crônica é comum entre crianças menores de 5 anos no Nordeste.

Outros aspectos mostrados pela pesquisa são:

- A amamentação continua a ser praticada por um período relativamente curto;
- A gravidez não-desejada é comum, especialmente entre as mulheres das áreas rurais e entre aquelas com nenhuma ou pouca instrução;
- Muitas mulheres estão interessadas em se esterilizar, mas estão impossibilitadas por barreiras institucionais e financeiras;
- Há uma limitação na escolha de métodos reversíveis;
- Uma alta proporção dos partos hospitalares são realizados através de cesarianas;
- Os casais que desejam aumentar o intervalo entre os nascimentos têm poucas chances de escolha de um método, além da pílula; e
- A diarréia é comum entre as crianças, e poucas são tratadas com a terapia de reidratação oral, um dos mais eficazes métodos de combate à doença.

Há mais de duas décadas, instituições não-governamentais têm trabalhado efetivamente no sentido de melhorar o acesso aos serviços e às informações sobre planejamento familiar no Brasil. Também os programas não-governamentais integrados com o setor público têm tido sucesso. No Nordeste, a proporção de clientes de planejamento familiar atendidas por instituições públicas é quatro vezes maior que em outras regiões, devido à existência dos programas comunitários desenvolvidos pelas Secretarias de Saúde daqueles Estados em convênio com a BEMFAM.

Contudo, a pesquisa detectou grandes disparidades entre os diversos grupos em relação ao uso de planejamento familiar e serviços de saúde. A expansão destes serviços para os grupos mais necessitados deveria ter prioridade máxima, uma vez que o Ministério da Saúde prepara o desenvolvimento de um programa nacional de saúde materno-infantil, incluindo informações e serviços de planejamento familiar. A cooperação entre os setores público e não-governamental será muito importante para o sucesso deste programa.

IAF

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

IBGE. Anuário Estatístico do Brasil, 1986. Rio de Janeiro 1987.

População (em milhões — 1988)	144,4

World Population Data Sheet, 1986, Population Reference Bureau, Inc.
Brasil:

Taxa anual de crescimento populacional (percentual)	2,3
Tempo de duplicação da população (anos)	30
Taxa de natalidade (por mil)	31
Taxa de mortalidade (por mil)	8

Brasil. Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar, 1986.

População amostrada	
Mulheres 15-44	5.892
Antecendentes	
Percentual urbano	75,6
Percentual com nível de instrução acima do primário[1]	52,1
Casamento e outros determinantes de fecundidade	
Percentual de mulheres atualmente casadas ou unidas	58,9
Percentual de mulheres alguma vez unidas	65,6
Idade mediana das mulheres de 25-44 anos ao se casarem pela primeira vez	21,2
Idade mediana das mulheres de 25-44 anos ao terem o primeiro filho	22,4
Duração média da amamentação (em meses)[2]	9,2
Duração média da amenorréia pós-parto (em meses)[2]	4,2
Duração média da abstinência pós-parto (em meses)[2]	3,0
Fecundidade	
Taxa de fecundidade total[3]	3,5
Número médio de filhos nascidos de mulheres de 40-44 anos	4,7
Percentual de mulheres casadas que estavam grávidas	10,0

Intenção de engravidar e planejamento da gravidez

Percentual de mulheres casadas que:	
Querem mais filhos (exclui as mulheres esterilizadas)	36,0
Querem esperar pelo menos dois anos para ter o próximo filho	16,6
Média do número ideal de filhos para mulheres de 15-44 anos	2,8
Percentual de nascimentos não-desejados[1]	19,8
Percentual de nascimentos não-planejados[2]	24,6

Conhecimento e uso de planejamento familiar

Percentual de mulheres atualmente casadas que:	
Conhecem algum metodo moderno	99,9
Ja fizeram uso de algum metodo	86,3
Atualmente usando algum metodo	65,8
Pilula	25,2
DIU	1,0
Injeções	0,6
Metodos vaginais	0,5
Condon	1,7
Esterilização feminina	26,9
Esterilização masculina	0,8
Abstinência periodica	4,3
Coito interrompido	5,0
Percentual de usuarias segundo a fonte de obtenção de métodos:	
Hospital Governamental	4,9
Previdência Social	20,3
Secretarias Estaduais de Saude	1,4
Medico privado, clinica, hospital, programas de planejamento familiar	23,5
Farmácia	43,4
Amigos, parentes	3,9
Outros	2,4

Mortalidade e saúde

Taxa de mortalidade infantil[6]	76
Taxa de mortalidade para menores de 5 anos[6]	86
Percentual de mães com nascimentos recentes[7] que:	
Receberam assistência pre-natal durante a gravidez	74,0
Reportaram terem sido vacinadas contra tetano durante a gravidez	35,8
Foram assistidas durante o parto por medico, enfermeira ou parteira	94,6
Percentual de crianças de 0-1 mês de idade amamentada	83,3
Percentual de crianças de 4-5 meses de idade amamentada	57,8
Percentual de crianças de 10-11 meses de idade amamentada	33,6
Percentual de crianças de 12-23 meses de idade com cartão de vacinação	73,9
Percentual de crianças de 12-23 meses de idade com cartão de vacinação imunizadas contra:	
BCG	74,6
Tríplice (3 doses)	79,8
Pólio (3 doses)	84,4
Sarampo	83,6
Percentual de crianças menores de 5 anos de idade com diarréia[8]	16,8
Percentual de crianças com diarréia tratadas com terapia de reidratação oral	17,3

[1] 5 ou mais anos de instrução

[2] Duração atual estimada tendo como base nascimentos ocorridos no periodo de 1-36 meses anterior ao mês da entrevista

[3] Baseado em nascimentos de mulheres de 15-44 anos durante 1983 a 1986 (inclui aproximadamente os seis primeiros meses de 1986)

[4] Percentual de nascimentos não-desejados ocorridos nos últimos doze meses anteriores a pesquisa

[5] Percentual de nascimentos não-planejados ocorridos nos últimos doze meses anteriores a pesquisa

[6] Essas taxas são para um periodo de cinco anos anteriores à pesquisa (aproximadamente 1981-1986)

[7] Baseado em nascimentos ocorridos durante os cinco anos anteriores a pesquisa

[8] Baseado no número de crianças cujas mães reportaram terem tido diarréia nas duas semanas anteriores à pesquisa

IAF

BEMFAM: o que é, o que faz

A BEMFAM é uma instituição não-governamental, sem finalidades lucrativas. Foi fundada em novembro de 1965, por um grupo de médicos participantes da XV Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, realizada no Rio de Janeiro. Seu principal objetivo é "a socialização das oportunidades de planejamento familiar, integrado aos demais fatores de desenvolvimento e promoção social". A BEMFAM busca promover, deste modo, o bem-estar da família, como célula constitutiva da Sociedade.

A BEMFAM desenvolve suas atividades em quatro áreas principais: (a) Estudos e Pesquisas Científicas, cujo exemplo mais expressivo é a Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar; (b) Informação, Educação & Comunicação, que compreende edição de materiais educativos, promoção de palestras e de grupos de estudo e discussão, seminários e encontros, visitas domiciliares; (c) Capacitação e Treinamento de Recursos Humanos, um trabalho no qual a educação é entendida como um processo comunicativo, endógeno e permanente, que deve buscar a participação ativa, reflexiva e crítica das pessoas; (d) Prestação de Serviços na Área Materno-Infantil, área na qual a BEMFAM procura integrar o componente de planejamento familiar aos demais serviços de saúde materno-infantil, no contexto dos cuidados primários de saúde, com atendimento hierarquizado em diferentes níveis, e contando com um sistema de referência próprio e, também, com aquele existente nas comunidades.