

S
E
R
I
E

ISSN 1564-4170

mujer y desarrollo

Indicadores de saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe

Jaqueline Pitanguy

Ligia Costa

Andrea Romani



NACIONES UNIDAS

CEPAL

mujer y desarrollo

Indicadores de saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe

Jaqueline Pitanguy

Ligia Costa

Andrea Romani



NAÇÕES UNIDAS

CEPAL

Divisão de Assuntos de Gênero

Santiago do Chile, junho 2010

Este documento foi preparado por Jaqueline Pitanguy, Ligia Costa e Andrea Romani para a Divisão de Assuntos de Gênero da Comissão Econômica para América Latina e no Caribe (CEPAL).

As opiniões aqui expressas são de inteira responsabilidade das autoras não refletindo, necessariamente, a posição da CEPAL. Este documento não foi submetido à revisão editorial.

Nota: As denominações usadas neste mapa e a forma como aparecem apresentados os dados nele contidos, não implicam opinião por parte da Secretaria das Nações Unidas sobre a condição jurídica de países, territórios, cidades ou zonas, ou de suas autoridades, ou quanto à delimitação de suas fronteiras ou limites.

Publicação das Nações Unidas
ISSN versão impressa 1564-4170
ISBN: 978-92-1-323423-5
LC/L.3227-P
Nº de venda: S.10.II.G.33
Copyright ©, Nações Unidas, junho 2010. Todos os direitos reservados
Impresso nas Nações Unidas, Santiago Chile

A autorização para reproduzir total ou parcialmente esta obra deve ser solicitada ao Secretário da Junta de Publicações, Sede das Nações Unidas, Nova York, N.Y. 10017, Estados Unidos. Os Estados membros e as suas instituições governamentais podem reproduzir esta obra sem autorização prévia. Só se solicita que mencionem a fonte e informem as Nações Unidas de tal reprodução

Índice

Resumo	5
Introdução	7
I. Dimensões da saúde sexual e reprodutiva:	
mortalidade materna	11
1. Considerações gerais	11
2. Considerações metodológicas	12
3. O abortamento	16
4. Recomendações e avanços na prevenção da mortalidade materna	17
II. Dimensões da saúde sexual e reprodutiva:	
maternidade e gravidez na adolescência	21
1. Considerações gerais	21
2. Considerações metodológicas e recomendações	22
III. Planejamento familiar e gravidez não desejada	31
1. Considerações gerais: a demanda por planejamento familiar	31
2. Considerações metodológicas e recomendações	32
IV. Dimensões da saúde sexual e reprodutiva: hiv/aids	37
1. Considerações gerais	37
2. Considerações metodológicas e recomendações	39
V. Conclusões gerais	43
Bibliografía	47
Serie Mujer y desarrollo números publicados	49

Índice de cuadros

TABELA 1	PARTOS ATENDIDOS POR PESSOAL QUALIFICADO	15
TABELA 2	PORCENTAGEM DE ADOLESCENTES GRÁVIDAS E DE ADOLESCENTES MÃES	23
TABELA 3	TAXA DE MATERNIDADE ADOLESCENTE ENTRE 15 E 19 ANOS DE IDADE	26
TABELA 4	EVOLUÇÃO DA PROPORÇÃO DE ADOLESCENTES DE 15 A 19 ANOS DE IDADE CON FILHOS SEGUNDO OS CENSOS DOS PAISES DA AMÉRICA LATINA E AMÉRICA CENTRAL	27
TABELA 5	MATERNIDADE ADOLESCENTE DOS 15 AOS 19 ANOS DE IDADE E NÍVEIS DE ESCOLARIDADE.....	29
TABELA 6	TAXA DE CONHECIMENTOS SOBRE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	34
TABELA 7	TAXA DE PREVALENCIA DE USO DE ANTICONCEPCIONAL EM MULHERES CASADAS DE 15 A 49 ANOS, QUALQUER METODO	
TABELA 8	DEMANDA INSATISFEITA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR.....	35
TABELA 9	NÚMERO ESTIMADO DE MULHERES (15+) CPN HIV	40

Índice de gráficos

GRÁFICO 1	RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA EM SETE PAÍSES ENTRE A AMÉRICA LATINA E O CARIBE	15
-----------	--	----

Índice de mapas

MAPA 1	LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DOS PAÍSES CONTEMPLADOS NO ESTUDO	8
--------	--	---

Resumo

Neste estudo, que tem por objetivo analisar indicadores de saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe, optou-se por trabalhar com os seguintes países: Brasil, o Estado Plurinacional da Bolívia, Colômbia, Cuba, Jamaica, México e Nicarágua, que, por sua diversidade geográfica, ofereciam uma perspectiva mais acurada sobre o universo em questão. Neste trabalho foram analisados os seguintes indicadores de saúde reprodutiva: mortalidade materna, gravidez na adolescência, planejamento familiar e HIV/AIDS. Optou-se também por incluir o aborto como um indicador de saúde reprodutiva posto que transversaliza as demais dimensões, incidindo sobre as mesmas.

Foram utilizados como principal fonte de consulta destes indicadores de saúde reprodutiva os sítios eletrônicos da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), do *Development Health Survey* (DHS) e das Metas de Desenvolvimento do Milênio nas Nações Unidas (MDGS.UN). E, além destas, foram consultadas outras fontes como os sítios dos Ministérios da Saúde dos países em estudo, da UNAIDS, do PNUD, da OMS e da OPAS dentre outros. Procurou-se traçar um panorama das fontes de informação sobre esta temática, destacando o tipo de informação produzida e sua dimensão temporal. Neste sentido foram analisados os anos mais recentes disponibilizados em cada fonte de pesquisa, tomando como ponto de partida o último ano em que foram encontradas informações disponíveis e retrocedendo três anos.

Cada dimensão de saúde reprodutiva foi analisada obedecendo a abordagem metodológica similar. Neste sentido, cada indicador foi contextualizado de forma similar, indicando dificuldades e apresentando algumas recomendações quanto a sua melhoria. O objetivo deste estudo é contribuir, com essas informações e sugestões para a proposição de melhorias e para a universalização do acesso à serviços de saúde sexual e reprodutiva.

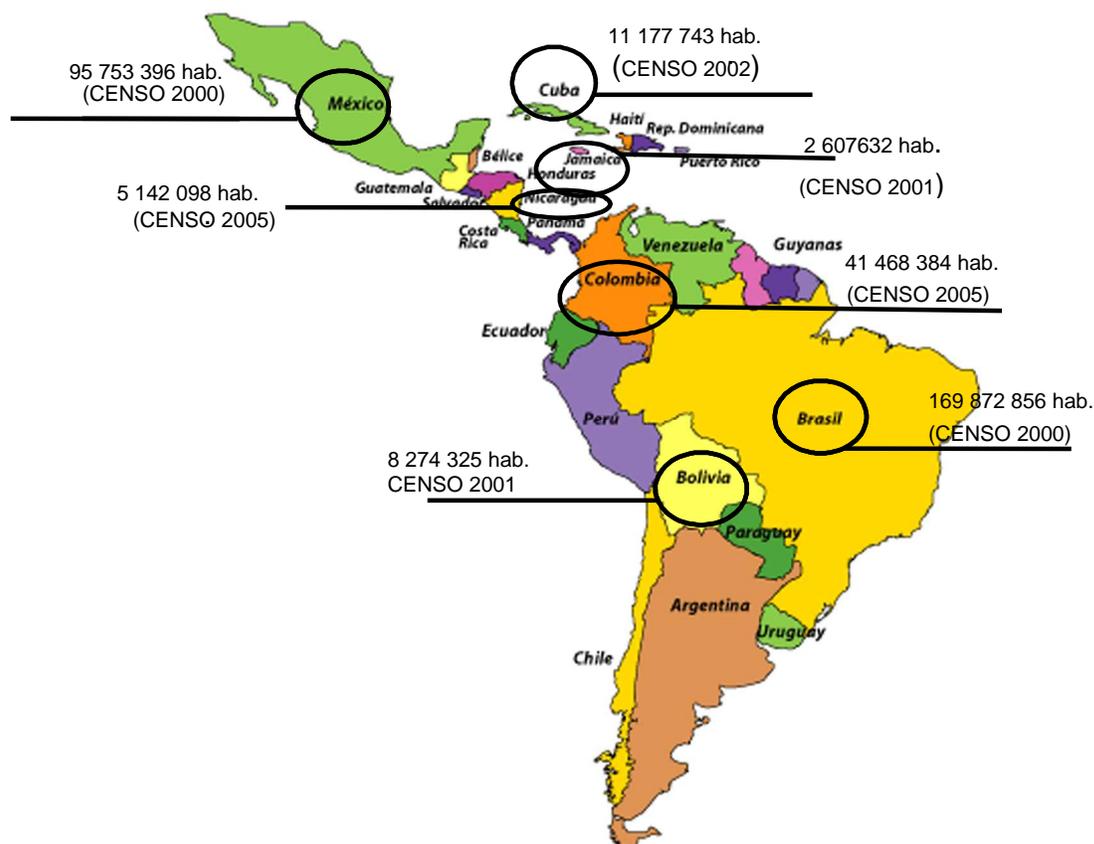
Introdução

Este trabalho se propõe a traçar um panorama dos indicadores de saúde reprodutiva e sexual na América Latina e no Caribe, a partir das dimensões de mortalidade materna, gravidez e maternidade na adolescência, planejamento familiar, demanda insatisfeita de planejamento familiar e HIV/AIDS. Estas são dimensões cruciais para os direitos e a saúde sexual e reprodutiva que, no entanto, carecem de indicadores atualizados e comparativos entre os diversos países.

A fim de garantir uma representação regional, foram selecionados os seguintes países: Brasil, o Estado Plurinacional da Bolívia, Colômbia, Cuba, Jamaica, México e Nicarágua (figura 1).

Foram adotados, como fontes principais de consulta, os sítios eletrônicos da CEPAL, do DHS (*Development Health Survey*), e da MDGS.UN. Além destas foram consultadas outras fontes como os sítios dos Ministérios da Saúde destes países, da UNAIDS, do PNUD, da OMS e da OPAS. Esta pesquisa tomou como referência os quatro últimos anos em que houvessem informações sobre estes indicadores, construindo assim um período que, se não chega a ser uma série histórica pela ausência de indicadores, permite uma perspectiva temporal.

FIGURA 1
LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DOS PAÍSES CONTEMPLADOS NO ESTUDO



Fuente: http://3.bp.blogspot.com/_aiYp3a2604M/SCNFilPXusI/AAAAAAAAAV0/64dDdOEwgUY/s400/mapa_AmericaLatina.png

A dificuldade de traçar um quadro mais compreensivo e comparativo sobre saúde sexual e reprodutiva na América Latina e Caribe encontrada neste estudo aponta para a necessidade de esforços redobrados a fim de que, no futuro, seja possível dispor de dados sobre morbi-mortalidade materna, gravidez e maternidade na adolescência, planejamento familiar e demanda insatisfeita, HIV/AIDS e aborto que contemplem todos os países da região e que sejam organizados em series históricas. Isto garantiria comparabilidade nacional e internacional, permitindo um maior diálogo entre os dados, necessário para informar políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva a nível nacional, regional e global. E também para garantir a ampla divulgação destes dados fomentando a discussão sobre suas fontes, metodologia e formas de utilização.

Há carência na região de investimentos que fomentem e aprimorem o debate sobre como utilizar dados e informações de saúde, sejam estes provenientes dos institutos nacionais de estatísticas, dos ministérios, de organizações da sociedade civil, de centros acadêmicos e de outras instituições. Este debate é de fundamental importância para atualizar os estudos e pesquisas desenvolvidos na área dos direitos sexuais e reprodutivos subsidiando uma demanda qualificada por parte da sociedade civil e uma resposta adequada por parte dos governos, categorias estas determinantes para a governabilidade.

O presente estudo foi revisto após a reunião “Buenas Prácticas del Observatorio de Igualdad de Género”, realizada na CEPAL, Santiago entre os dias 28 e 29 de setembro de 2009, no qual foi apresentado de forma preliminar. Sua organização obedece ao seguinte formato: cada dimensão é tratada como um capítulo independente, com uma introdução ao tema, considerações metodológicas, avaliação dos dados disponíveis e recomendações. Nem todas as dimensões são abordadas a partir dos mesmos sítios pois quando possível e necessário, particularmente no tocante ao HIV/AIDS, se recorreu a outras fontes além das indicadas pela Divisão de Assuntos de Gênero da CEPAL.

I. Dimensões da saúde sexual e reprodutiva: mortalidade materna

1. Considerações gerais

Segundo a Organização Mundial da Saúde, (OMS), a mortalidade materna, que se refere ao óbito sofrido por uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o seu término é evitável em 92% dos casos (OMS, 2003). O conceito de mortalidade materna é o mesmo utilizado por todas as agencias nacionais de saúde dos países em questão e por organizações internacionais. Os indicadores de mortalidade materna podem ser encontrados através do número de mortes femininas por qualquer causa relacionada ou agravada durante a gravidez (excluindo-se causas acidentais ou incidentes) e durante o nascimento do bebe ou dentro de 42 dias de término da gravidez, independentemente da duração e do local da gravidez, em um específico ano (expresso por 100.000 nascidos vivos). As informações requeridas quando a mulher encontra-se em estado de gravidez são relativas ao tempo de morte (durante a gravidez, nascimento do bebe, ou dentro dos 42 dias do término da gravidez) e a causa da morte.

Suas principais causa-mortis, do ponto de vista médico, como a hipertensão arterial, hemorragias, infecção pós-parto e aborto inseguro, podem ser evitadas ou contornadas sem, para tal, requerer investimentos científicos ou tecnológicos de alto custo. A diminuição da mortalidade materna requer, no entanto, vontade política dos governos para investir em

programas de prevenção e interrupção de gravidezes de alto risco, em programas de pré natal que permitam um acompanhamento adequado da gestante e em oferecer um parto seguro e um acompanhamento pós parto.

Neste sentido a mortalidade materna constitui uma grave violação do direito humano à saúde. Ocorrendo, sobretudo nos países menos desenvolvidos e atingindo fundamentalmente as mulheres de baixo poder aquisitivo e baixa escolaridade, evidencia, com clareza, os laços estruturais entre corpo e sociedade e aponta para a posição secundária da condição feminina na maioria dos países da América Latina e Caribe.

Segundo estudo realizado pela OMS em 1990 aproximadamente 585.000 mulheres em todo o mundo faleceram vítimas de complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal. Apenas 5% delas viviam em países desenvolvidos (OMS, 1990). Quase 20 anos depois, no relatório sobre a “Situação Mundial da Infância- Saúde Materna e Neo Natal” de UNICEF as estatísticas de mortes devido a complicações ligadas ao ciclo gravídico-puerperal continuam sendo desalentadoras. Este relatório indica que as mulheres dos países sub desenvolvidos tem chances 300 vezes maiores de morrer em decorrência de tais complicações do que as mulheres vivendo em países desenvolvidos (UNICEF, 2009).

Este quadro se mantém apesar de grandes avanços nas áreas de saúde materna, saúde infantil e medicina fetal aos quais, lamentavelmente, parcela significativa da população feminina em idade reprodutiva dos países da América Latina e Caribe não tem acesso posto que tendem a beneficiar, sobretudo, as mulheres de maior renda e melhor nível educacional, com acesso a medicina privada.

Entretanto de forma geral, cresce, em todos os países aqui considerados, a medicalização do parto que é crescentemente um ato cirúrgico realizado em ambiente hospitalar do sistema público, inclusive com elevado e freqüentemente abusivo recurso a cesariana. A falta de uma reengenharia do sistema público de atendimento a saúde reprodutiva da mulher, de forma a que ela receba uma atenção integrada desde o início da gestação, leva a que ainda persistam altos índices de morbidade e mortalidade materna na região.

Felizmente, nas últimas décadas tem havido maior empenho por parte de alguns governos no sentido de enfrentar este quadro dramático de mortalidade materna. Para tal tem contribuído o empenho de movimentos de mulheres que vem alardeando o descaso com que a saúde da mulher é tratada. Articulações entre ONG, instituições médicas, e outras organizações da sociedade civil tem exercido na América Latina e Caribe um importante papel de controle social, com o objetivo de identificar a magnitude da mortalidade materna, suas causas, os fatores que a determinam; e propor medidas que previnam a ocorrência de novas mortes. Indicadores adequados de mortalidade materna não são tão somente indicadores de saúde, mas também indicadores do respeito a cidadania feminina e do compromisso governamental com a saúde da mulher.

2. Considerações metodológicas

Na maioria dos países em desenvolvimento são bastante incipientes e precários os registros que contém informações sobre a saúde da população, e esta precariedade é ainda mais grave em se tratando dos registros relativos a mortalidade materna que, sendo um fenômeno em si mesmo de difícil mensuração requer, segundo os *experts* neste campo, cuidado especial na produção de estatísticas.

Dois fatores se destacam na dificuldade de um real monitoramento do nível e da tendência da mortalidade materna: a subinformação e o sub-registro ou sub notificação das declarações das causas de óbito. A subinformação resulta do preenchimento incorreto das declarações de óbito, quando se omite que a morte teve causa relacionada à gestação, ao parto ou ao puerpério. Isso ocorre por falhas na informação e ou por erros de diagnóstico quanto a correta *causa-mortis* ou, também, por erros no momento do preenchimento da declaração de óbito.

Já o sub-registro é a omissão do registro do óbito em cartório, o que provoca mais uma dificuldade em termos de dados oficiais, sobre mortalidade materna, mais realistas e seguros. Fáceis de corrigir, estas falhas atingem um documento de suma importância como fonte de dados para políticas públicas de saúde.

Em suma, mesmo estimando resultados derivados de registros completos, em países em desenvolvimento, é possível observar o quanto estes registros sofrem com classificações imprecisas e vários casos não relatados de mortes maternas, sobretudo, os casos de aborto, em países onde há restrições legais, como na América Latina, quando feito por pessoas não qualificadas de forma clandestina (Loureiro e Vieira, 2004).

Dentre as dificuldades encontradas neste estudo para a análise de indicadores de mortalidade materna, destaca-se o fato de que, com exceção do sítio *Internacional Demographic and Health Surveys* (DHS), que realiza *surveys* próprios sobre mortalidade materna, outros sítios de agências internacionais tais como os da Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Organizações das Nações Unidas-ONU, WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank (WB), e UNPD, dependem de pesquisas amostrais e da cobertura de registros hospitalares dos países para divulgar indicadores sobre mortalidade materna. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), por exemplo, recebe a informação diretamente dos países¹.

A aplicação de *surveys* como no caso do DHS, tão pouco é coincidente, pois nem sempre é realizada no mesmo ano em cada país e também não atende a todos os países. A combinação destes fatores inviabiliza análises de séries históricas, mais indicadas para a comparabilidade sobre mortalidade materna entre os países.

É interessante ressaltar que nos indicadores divulgados pelas referidas agências, há um cuidado com o método, sobretudo, no ajustamento dos dados existentes no sentido de produzir estimativas com mais qualidade para promover a comparabilidade entre diferentes países.

Por outro lado, a dependência de *surveys*, de registros hospitalares e demais levantamentos nacionais de saúde para a geração de dados por algumas destas agências internacionais implica em um tempo de espera longo e diferente entre os países, cujos dados nem sempre são disponibilizados com a qualidade desejada. No universo de países pesquisados, foram identificadas fontes oficiais de estatística, como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no caso do Brasil, o Instituto Nacional de Estadística (INE), para a Bolívia e a Oficina Nacional de Estadística (ONE) para Cuba, responsáveis por produção de informações como os dados censais. Contudo, uma pequena parcela dos países dispõe de sistemas de informação específicos em saúde, vinculados aos Ministérios de Saúde. Brasil e o Estado Plurinacional da Bolívia são dois dos países que se destacam com o DATASUS e o Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS), respectivamente, esclarecendo-se que no caso deste último a cobertura dos registros de óbito ainda apresenta deficiências significativas. No caso da Colômbia a organização não governamental PROFAMILIA tem um papel expressivo na produção de dados sobre a saúde das mulheres em idade fértil, por meio da pesquisa “Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDE)” realizada quinquenalmente em articulação com o setor de saúde do país.

Diante das diferentes metodologias de coleta e produção de dados, específicas a cada país, bem como a agências internacionais, a grande indagação é como tornar essa metodologia mais uniformizada, permitindo análises comparativas e acessíveis aos pesquisadores.

Dentre os sítios pesquisados, o sítio da CEPAL apresenta as informações mais ajustadas e organizadas por ano, para os países da América Latina e Caribe escolhidos para ser o foco deste relatório. No entanto, os dados disponíveis no sítio da CEPAL para os países objeto deste estudo —Brasil, o Estado Plurinacional da Bolívia, Colômbia, Cuba, Jamaica, México e Nicarágua— referentes a mortalidade materna só estão atualizados até o ano de 2005, sendo que os dados mais atuais referentes

¹ Ainda com relação a fontes de informação materna cabe fazer referência ao grupo intergerencial sobre mortalidade materna que realiza estimativas sobre mortalidade, muitas vezes não coincidentes com os dados da OPAS.

a Cuba e a o Estado Plurinacional da Bolívia referem-se aos anos de 2004 e ao período de 1998 a 2003, respectivamente. Porque a maioria dos países tem seus dados atualizados só até 2005? Esta é uma questão que merece reflexão já que evidencia carências no acompanhamento deste indicador ano a ano e entre os países. Cabe, contudo, esclarecer que as informações divulgadas pela CEPAL são, efetivamente, oriundas de outras fontes, como a ONU, OMS e BANCO MUNDIAL, cabendo a CEPAL a sistematização dos dados destas fontes secundárias na perspectiva da construção de um olhar regionalizado da questão. Ainda neste aspecto ressalta-se que algumas agências internacionais, buscando conferir maior comparabilidade dos indicadores, realizam ajustes metodológicos tabulando os seus dados em anos representativos para a maioria dos países.

Provavelmente, estas mesmas agências se utilizam das informações sobre mortalidade materna dos ministérios de saúde dos países. Nesse sentido, acompanhando o gráfico 1, se os *surveys* e Censos de saúde envolvendo a mortalidade materna dos países estão sendo divulgados pelas agências internacionais a cada cinco anos, a expectativa é de que em 2010 seja possível estudar a realidade dos referidos países de maneira mais eficiente e integrada.

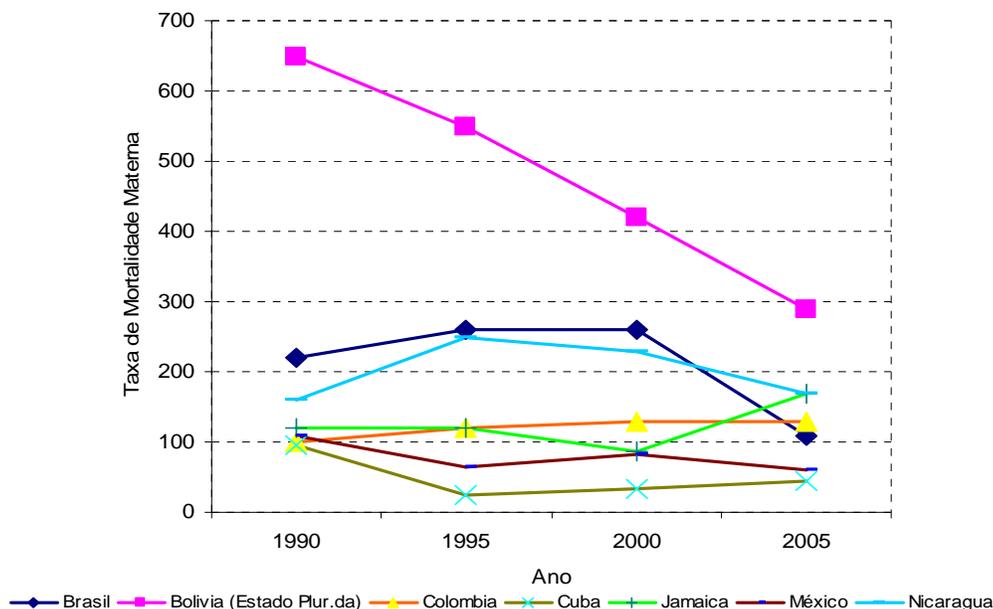
Além desta questão ligada ao intervalo de tempo é também importante enfatizar a necessidade de desenvolver uma metodologia mais clara sobre o universo da população, detalhando conceitos, limites, indicando fontes de informações internas do país e outras agências oficiais no desenvolvimento do indicador, para fornecer dados mais qualificados sobre as mulheres vitimadas pela mortalidade materna. Por exemplo, no Brasil, no sítio do ministério da saúde, onde são divulgadas informações sobre indicadores e dados básicos em um banco de dados de saúde (DATASUS), existe uma ficha de qualificação sobre o cálculo do dado, limites, conceitos e fontes utilizadas para compor o dado sobre mortalidade materna no país.

Um outro exemplo a ser destacado, neste esforço de padronização de metodologias e produção de indicadores é o *Guía General – Indicadores de Gestión em Salud*, elaborado pelo Ministério de Salud y Deportes do Estado Plurinacional da Bolívia para aprimorar o seu sistema nacional de informações em saúde e em vigilância epidemiológica (SNIS-VE). Além de orientações sobre o processo de coleta de informações ele orienta também sobre os diversos tipos de indicadores e, em seu capítulo 5 aborda indicadores relacionados exclusivamente com a saúde da mulher.

Observando o gráfico 1 abaixo, se verifica que alguns países mantiveram um ritmo decrescente de mortalidade materna. O Brasil passou da razão de em torno de 210 para cada 100.000 nascidos vivo em 1990 para a razão de 110 em 2005. O Estado Plurinacional da Bolívia merece destaque pois, apesar de apresentar uma incidência ainda muito elevada obteve uma queda expressiva na razão de mortalidade materna no período analisado: passando de 650 por 100.000 em 1990 para 290 em 2005. A Nicarágua também apresentou um declínio, passando de cerca de 250 em 1995 para cerca de 180 em 2005. Outros países como Cuba e México apresentaram quedas menos expressivas, pois, já tinham um histórico de controle de mortes maternas. Já a Jamaica apresentou um incremento no período, em especial durante os anos de 2000 a 2005. A Colômbia também apresentou um acréscimo, mas de menor relevância.

A tabela 1 indica que na maioria dos países analisados os partos são atendidos por pessoal qualificado. Assim, a ausência desta assistência profissional no parto não deveria figurar entre as principais causas de morte materna. Segundo dados da UNICEF a percentagem de partos realizada por pessoal qualificado estava em torno de 86 a 100% no grupo de países analisados (MINSAP, 2008). A baixa percentagem de partos atendidos por pessoal qualificado no Estado Plurinacional da Bolívia pode sugerir uma co-relação com o elevado número de mortes maternas registradas neste país. Neste sentido, fica evidente a necessidade de encarar de forma integrada o período de gestação, parto e puerpério, considerando também variáveis fora do binômio médico-hospitalar tais como raça e etnia, fatores culturais, dentre outros para uma diminuição significativa da mortalidade materna.

GRÁFICO 1
RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA EM SETE PAÍSES ENTRE A
AMÉRICA LATINA E O CARIBE
(100 000 nascidos vivos)



Fontes: 1990-2000 UNICEF/División de Estadística de las Naciones Unidas: Base de datos de indicadores de los objetivos de desarrollo del Milenio /OMS-Organización Mundial de la Salud: Estimaciones de mortalidad materna 2005 OMS: Organización Mundial de la Salud.

Por outro lado, ressalta-se que ainda hoje há uma ocorrência significativa e, provavelmente subnotificada, de partos realizados fora do ambiente hospitalar por pessoal não qualificado. Além disso, observa-se que os dados apresentados na tabela 1 não foram desagregados o que impossibilita uma análise da incidência da mortalidade materna relacionada a outras variáveis tais como etnia/ cor ou zona urbana/rural.

TABELA 1
PARTOS ATENDIDOS POR PESSOAL QUALIFICADO
(Em percentagem)

País	Porcentagem
Brasil	88,0
Bolivia (Est. Plur. da)	67,0
Colombia	96,0
Cuba	100,0
Jamaica	97,0
México	86,0
Nicaragua	87,0

Fonte: adaptado de MINSAP, 2008.

(*) todos os dados são de UNICEF, 2007. Estado Mundial de la Infancia, 2008 a exceção dos dados de Cuba, extraídos de MINSPA, 2008. Anuário Estadístico de Salud, 2008.

É importante ressaltar, mais uma vez, que a situação da mortalidade materna nos países em desenvolvimento não é difícil de ser revertida. Observa-se que mesmo em países com recursos

econômicos escassos, como Cuba, as razões de mortalidade materna são substancialmente inferiores, demonstrando que a morte materna é um reflexo de uma decisão política dos setores da saúde deste país em priorizar a saúde da mulher, com programas eficientes onde são, inclusive, contemplados o direito ao aborto realizado pelo sistema de saúde em condições seguras.

3. O Abortamento

Apesar de que a questão do aborto não era objeto específico deste estudo, foram feitas algumas considerações a respeito deste tema, cuja incidência sobre a mortalidade materna oscila entre a terceira e quarta causa de mortalidade materna na região, podendo inclusive ter uma incidência maior devido aos sérios problemas de registro estatístico de abortamento quando realizados clandestinamente, fora da rede hospitalar.

Uma das formas de medir o abortamento é a partir dos registros de atendimento hospitalar às seqüelas de aborto dito espontâneo, quando as mulheres recorrem aos hospitais para a curetagem, após abortos auto induzidos ou realizados por pessoal não qualificado. Uma das metodologias adota a razão de 1:3, 1:5 e 1:7 de mulheres hospitalizadas em função de aborto induzido. Esta amplitude total baseia-se, sobretudo na segurança das técnicas utilizadas no aborto. Em geral quanto maior esta segurança maior o multiplicador (The Alan Guttmacher Institute, 1994).

Segundo pesquisa da OMS, em 2008, seis milhões de mulheres praticaram aborto induzido na América Latina. Dessas, 1,4 milhão eram brasileiras e uma em cada 1.000 morreu em decorrência do aborto ilegal (OMS, 2008) que se constitui na quarta causa da mortalidade materna. No Brasil ele é permitido apenas em casos de estupro ou risco de vida da mulher. Discute-se agora no Supremo Tribunal Federal o direito a interromper a gestação em casos de anencefalia. Em Bogotá, Colômbia, há uma regulamentação recente, de final de 2006, que ampliou permissivos para regulamentar o abortamento o que é um grande avanço para os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres daquele país, pois é um passo fundamental para garantir, através de normativas claras, o acesso oportuno a serviços de aborto seguro².

Também a cidade do México aprovou recentemente legislação que amplia os permissivos para o aborto que pode ser praticado sem restrições até o primeiro trimestre da gestação e será interessante comparar os índices de mortalidade materna nesta cidade com os vigentes antes da referida legislação. Entretanto, tanto no caso da Colômbia, como do México, só é possível verificar o efeito desta regulamentação sobre o número de casos de mortes maternas em 2010, com a produção nacional de novas séries estatísticas.

Apesar destes avanços em países determinados, como Colômbia, cidade do México e, também, Cuba, onde o aborto é permitido sem restrições, o quadro geral da América Latina com relação ao abortamento é desalentador.

Observa-se na região uma crescente presença de um fundamentalismo religioso na esfera política, com forte representação parlamentar em alguns países, representando uma constante ameaça de retrocesso a garantia deste direito mesmo nos casos onde ele já é assegurado por força de lei e impedindo avanços nos permissivos para o abortamento voluntário. A Nicarágua assiste a um recrudescimento punitivo e persecutório ao aborto, proibido agora em qualquer circunstancia, mesmo para salvar a vida da gestante. No Estado Plurinacional da Bolívia ele é permitido apenas em casos de violência sexual praticada contra menores e em casos de risco de vida da gestante. No Brasil a Igreja Católica ameaça aos serviços públicos de atendimento a mulher vítima de violência sexual que praticam o aborto e investe, em todos os países da região contra a contracepção de emergência vista como um abortivo, apesar de todas as evidencias científicas contrarias.

² Para maiores informações a respeito dos permissivos referentes a abortamento legal na Colômbia acessar o site do Ministério da Proteção Social, acessado em setembro de 2009 [http://www.minproteccion social.gov.co/vbecontent/VerImp.asp?ID=16072&IDCompany=3](http://www.minproteccion.social.gov.co/vbecontent/VerImp.asp?ID=16072&IDCompany=3)

Como a maioria dos procedimentos de abortamento é ilegal, estes são feitos na clandestinidade e freqüentemente em condições inseguras, constituindo um grave problema de saúde pública o que dificulta ainda mais a construção de indicadores fidedignos. Os leitos ginecológicos da rede pública são largamente ocupados por seqüelas de aborto, ultrapassando em alguns países como o Brasil inclusive o atendimento ao parto, levando a uma crescente tensão sobre os já sobrecarregados sistemas de saúde e hospitais da região.

Apesar de sua elevada incidência e de seus efeitos na saúde pública, a prática do aborto induzido na América Latina ainda está envolta em um “véu” de sigilo, um resultado direto das suas limitações legais e das dimensões simbólicas e religiosas que demarcam o debate sobre este tema.

4. Recomendações e avanços na prevenção da mortalidade materna

A prevenção da mortalidade materna passa pela geração de dados que sejam constantes, confiáveis e comparáveis permitindo a definição de políticas e suas prioridades. Considerando que uma política efetiva contra a mortalidade materna requer vontade política, cumpre destacar alguns avanços neste sentido, que também dizem respeito a melhorias na coleta, análise e divulgação de dados.

Na América Latina, é importante apresentar a experiência de Cuba com os comitês de mortalidade materna que existem neste país desde 1987, responsáveis por analisar todos os óbitos maternos do país, notificando-os em, no máximo, 24 horas e investigando-os no prazo de 15 dias. Após a Conferência das Nações Unidas sobre os direitos da mulher realizada em Nairobi, em 1985, a redução da mortalidade materna passou a ser um compromisso para todos os países em desenvolvimento, refletindo-se em um estímulo à implantação de novos comitês de morte materna a partir de 1990, com a 23ª Conferência Sanitária Pan-Americana.

Ao final de 1995, quase todos os países da América Latina e do Caribe registravam, com diferentes graus de desenvolvimento, a implementação e o funcionamento de comitês de morte materna e/ou de sistemas de vigilância das mortes maternas. Atualmente, existem comitês nacionais, regionais e locais no Brasil, Argentina, na Colômbia, no Equador, no México, na Nicarágua, no Panamá, no Paraguai e no Peru. Em Cuba, República Dominicana e Guatemala existem comitês nacionais e regionais (Ministério da Saúde, 2007).

Com relação a experiência brasileira, que teve início em 1988, foram criados comitês de mortalidade materna estaduais e municipais. Depois de efetuar o preenchimento do Instrumento de Investigação do Óbito Materno, o comitê ou o setor de epidemiologia se reúnem para analisar ampla e detalhadamente os casos. O comitê analisa o perfil socioeconômico da falecida, a assistência prestada no pré-natal, parto, aborto e puerpério, a precisão dos dados da declaração de óbito, se era um óbito materno declarado ou não, se a morte era evitável, e quais seriam os fatores de evitabilidade e as medidas de reversão cabíveis. Quando o município não dispõe de médicos em condições de realizar esta avaliação, os comitês regional e/ou estadual devem colaborar com o municipal, garantindo a análise dos óbitos. A experiência de alguns comitês regionais evidencia que em alguns momentos, convocar para essas reuniões chefes de centros de saúde e hospitais ou os profissionais de saúde que atenderam a mulher pode ser muito produtivo na correção imediata das irregularidades assistenciais que levaram ao óbito (Ministério da Saúde, 2007). A experiência dos comitês incide diretamente na qualidade dos indicadores produzidos.

Neste caso, o propósito da investigação de óbito materno não é julgar culpados sejam pessoas ou serviços, mas tão-somente prevenir a morte por causas similares no futuro, cabendo aos setores de vigilância epidemiológica e aos comitês definir os critérios que utilizarão para estabelecer a prevenção de cada óbito materno (Ministério da Saúde, 2007).

Cabe ainda considerar que, do ponto de vista internacional a redução da mortalidade materna é um dos principais objetivos das Metas do Milênio das Nações Unidas o que impacta positivamente políticas nacionais, trazendo legitimidade a iniciativas como as dos Comitês. Por se tratar de uma meta a ser alcançada por todos os países, o intercâmbio de experiências e estratégias para fazer face a questão deve ser estimulado e viabilizado na perspectiva de uma ação de âmbito local, mas, com perspectivas e impactos regionais e internacionais.

A produção de estatísticas neste campo, com a clara definição da metodologia adotada, permitirá um exercício comparativo entre países e a construção de agendas comuns para responder a esta meta do milênio.

Como já foi destacado, os indicadores de mortalidade materna nos países da América Latina e Caribe ainda não passaram por uma revisão mais atualizada nos últimos cinco anos, conforme observado nos relatórios internacionais produzidos por agências tais como WHO, UNICEF, UNFPA, PNUD e outras. Por esta razão esse seria o momento mais propício para se pensar sobre como será a atualização e uso desses dados quando eles vierem à tona. Seria oportuno apresentar algumas sugestões:

- 1) Diante das deficiências identificadas na coleta, registro, análise e divulgação de dados que subsidiam este indicador seria importante um maior compromisso por parte dos países de aprimorar a cobertura dos registros de óbitos, melhorar esclarecimento da *causa mortis*, capacitar profissionais para registro e análise e garantir ampla divulgação dos dados.
- 2) Como a mortalidade materna se constitui em um “verdadeiro problema” de saúde pública, seria interessante correlacionar sua incidência aos PIB dos países, na América Latina e Caribe, para, em uma análise de série histórica verificar a correlação da evolução entre indicadores econômicos e de mortalidade materna.
- 3) Seria também interessante produzir indicadores nacionais correlacionando índices de mortalidade materna com o número de profissionais e agentes de saúde qualificados.
- 4) Seria também necessário criar indicadores que permitam dimensionar não só o risco de vida da mulher, mas também o risco para sua saúde, ou seja indicadores de morbidade materna.
- 5) Seria também de grande valia criar indicadores que se direcionassem especificamente para os casos de mortalidade materna em decorrência de aborto, computados como induzidos na forma legal e não legal, de acordo com as notificações oficiais, mesmo sabendo que os casos de morte materna em torno do aborto são subnotificados por causa de sua ilegalidade, sobretudo, em países latino americanos. Neste sentido as diretrizes do Programa de Ação da Conferência de População e Desenvolvimento do Cairo (1994) apontando claramente para a obrigação do atendimento as seqüelas de abortamento no sistema público e a Conferência Mundial da Mulher de Beijing em 1995, indicando a necessidade de rever a perspectiva punitiva com relação as mulheres que praticam o aborto, deveriam fundamentar maior transparência e segurança no seu atendimento pelo sistema público de saúde, com repercussões diretas na melhor produção de dados sobre aborto e morbi-mortalidade materna na região.

Segundo estudo do UNICEF (2003), grande parte do percentual das mortes maternas ou de invalidez, na seqüência do parto, pode ser atribuída, basicamente, a três tipos de falhas: a) demasiado tempo para diagnosticar complicações, b) demora em chegar a um centro de saúde e c) atraso na prestação de cuidados de saúde de qualidade. Nesse sentido, morar na zona rural ou urbana faz muita diferença no cuidado de salvar as vidas das gestantes e parturientes. É assim importante destacar estas variáveis nos indicadores, correlacionadas, como já foi destacado no parágrafo anterior, à qualificação do profissional de saúde no atendimento às mulheres no momento do parto. A correlação das estimativas de mortalidade materna com renda, etnia, cor e escolaridade das mulheres vitimadas, permitiria também uma visão mais acurada da incidência deste grave problema em países da região caracterizados por sociedades multi raciais, com etnias diversas, grande disparidade no acesso a educação e saúde e diferenças significativas na distribuição da renda.

O objetivo de criar indicadores seguros é o de que essas informações sejam utilizadas na perspectiva de propor melhorias e garantir o acesso universal à serviços de saúde sexual e reprodutiva. Para tanto, é preciso considerar variáveis sociais e econômicas, como forma de criar estratégias e subsídios para a implantação de políticas públicas e de saúde, sobretudo da saúde da mulher, mais eficientes. Para tal é necessário cobrar compromisso e reconhecimento dos governos nacionais, estaduais e municipais sobre o direito à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, entendendo ser este direito um bem social que deve ser garantido pelas políticas sociais nas distintas esferas de todos os países.

O estabelecimento de uma agenda de discussão sobre indicadores com as agencias oficiais que realizam pesquisas, amostrais ou censitárias, com a participação de Ministérios ou Secretarias da Mulher e organizações da sociedade civil voltadas para os direitos sexuais e reprodutivos, seria uma estratégia interessante para o aperfeiçoamento de metodologias de coleta, análise e difusão.

II. Dimensões da saúde sexual e reprodutiva: maternidade e gravidez na adolescência

1. Considerações gerais

A gravidez na adolescência implica num período de mudanças físicas e emocionais. A adolescência não pode ser descrita apenas como uma simples adaptação às transformações corporais, mas, como um importante período no ciclo existencial da pessoa, um momento de afirmação em seu núcleo social e familiar onde ser aceita no seu grupo é um elemento fundamental.

Vive-se hoje em um ambiente cultural sumamente erotizado e de grande apelo sexual, que não é, entretanto amparado por programas de educação sexual nas escolas, nem por programas de saúde sexual e reprodutiva onde adolescentes, homens e mulheres, recebam informações necessárias e tenham acesso a métodos contraceptivos seguros guardando sua privacidade.

A puberdade, que marca o início da vida reprodutiva da mulher, é caracterizada pelas mudanças fisiológicas corporais e psicológicas da adolescência. Nesse sentido a gravidez na adolescência provoca transformações tão abruptas que só o apoio da escola, do sistema de saúde e da família pode ajudá-la a lidar com esta nova situação. Entretanto em grande parte dos países da região, a família frequentemente rejeita a adolescente grávida que é discriminada, e em certos contextos, até mesmo expulsa da escola sendo que os já precários sistemas de saúde pública pouco oferecem a estas jovens gestantes.

A pergunta sobre se a extensão das conseqüências físicas e psicológicas do fenômeno da gravidez na adolescência requer uma reflexão mais profunda sobre o que significa medir ou acompanhar os indicadores sobre gestação precoce vem sendo feita com insistência por estudiosos do tema. Pode-se responder a esta questão indicando que a gravidez na adolescência traz um complicador aos estudos sobre a saúde da mulher, pois deveria levar em conta, também, fatores psicológicos inerentes ao período da adolescência e considerar o contexto social, tanto no que se refere a políticas de prevenção quanto de atendimento. Do ponto de vista psicológico, freqüentemente a adolescente nega a possibilidade de engravidar e, essa negação é tanto maior quanto menor a faixa etária (Bueno, 2004).

A família da adolescente também é envolvida nesse processo, precisando acolher o novo fato com harmonia, respeito e colaboração, fundamental para que a gravidez tenha maior probabilidade de ser levada a termo sem grandes transtornos. Quando a adolescente engravida, com a ausência de um companheiro, ou de uma relação estável, isto lhe acarreta uma carga adicional de stress emocional com repercussões em sua saúde e com serias incidências em sua vida futura. Por outro lado, em um contexto reprodutivo tradicional e com padrões relacionais pautados pela hierarquia de gênero, um relacionamento estável, sobretudo quando há grande diferença de idade, pode levar estas adolescentes grávidas diretamente para a subordinação da autoridade masculina e ao enclausuramento doméstico (Vignoli, 2008).

Outros problemas relacionados à gravidez na adolescência são de ordem física, relativos a aspectos anatômicos comuns da adolescente, tais como o tamanho e conformidade da pelve, a elasticidade dos músculos uterinos, de ordem psicológica como os temores, desinformação e fantasias da mãe ex-criança, além dos importantíssimos elementos relativos a sua rede familiar e social.

Cabe ainda ressaltar o grave problema do incesto ou do estupro e abuso sexual por pais, padrastos, tios e agregados, responsável por número significativo de gravidezes na adolescência que atinge com alarmante incidência meninas pós púberes e mesmo crianças que, por abusos sexuais sofridos desde a infância, costumam ter suas primeiras menstruações de forma precoce. A situação de vulnerabilidade destas vítimas é exponencial posto que dependem de um adulto para romper o ciclo da violência sexual e freqüentemente há desconhecimento ou mesmo cumplicidade por parte de outros familiares. Estas adolescentes/meninas tem, via de regra, menos acesso ao pré-natal e aos cuidados necessários as gestações que, com freqüência, são de alto risco.

Oculto-se o abuso sexual, e oculta-se em muitos casos, a gravidez e mesmo a morte materna que é sub informada e sub registrada. As estatísticas de violência sexual e domestica, assim como, os indicadores de saúde reprodutiva se vêem deturpados, perdendo-se sua verdadeira dimensão.

2. Considerações metodológicas e recomendações

Nos critérios metodológicos adotados pelos institutos internacionais considerados, que trabalham com a gravidez na adolescência, dentre eles, MDGS/UN e DHS, dois indicadores se destacam. Um deles diz respeito a taxa específica de fecundidade de mulheres entre 15 a 19 anos de idade por cada 1.000 mulheres. O outro indicador apresenta o percentual de adolescentes mães de 15 a 19 anos de acordo com o universo de adolescentes entrevistadas. Ambos indicadores apresentam informações importantes sobre o tema, contudo os dados não discriminam o estado civil da adolescente, o que seria interessante para se observar se esta variável introduz modificações na fecundidade deste segmento.

Um aspecto interessante dos *surveys* aplicados pelo DHS é a consideração de diversas variáveis na análise de indicadores de gravidez na adolescência. Dentre estas destacam-se a discriminação da idade dentro da faixa de 15 a 19 anos, do nível de escolaridade, do local de habitação (rural ou urbano), o que permite um entendimento mais contextual deste fenômeno.

Os dados da tabela 2 (DHS) apresentam informações tanto sobre mães adolescentes quanto sobre adolescentes grávidas do primeiro filho. As porcentagens se referem a amostras de adolescentes

entrevistadas, organizadas por faixa etária (15 a 19 anos). Na Nicarágua em 2001, 4,9% das adolescentes de 15 anos entrevistadas eram mães. No Estado Plurinacional da Bolívia em 2003, esta porcentagem era de 2,7%, a mesma da Colômbia para o ano de 2005.

Observa-se ainda na mesma tabela, que, de maneira geral, a porcentagem de mães adolescentes no universo de países analisados aumenta de forma significativa com o incremento da idade.

Os indicadores de gravidez na adolescência produzidos pelo DHS fornecem informações importantes. Algumas observações devem ser feitas. Nem todos os países analisados neste trabalho foram contemplados e os dados não foram atualizados de forma uniforme, dificultando um exercício comparativo. Ainda, apesar do sitio do DHS apresentar de forma detalhada uma descrição da metodologia adotada em todas as suas pesquisas, as explicações mais específicas para o indicador de gravidez na adolescência, tal como a amostra utilizada no *survey*, limites e condições em que foram realizadas as pesquisas não são de fácil acesso.

TABELA 2
PORCENTAGEM DE ADOLESCENTES GRÁVIDAS E DE ADOLESCENTES MÃES

País	Ano	Idade	15 anos			16 anos			
			Mães (%)	Grávidas com primeiro filho (%)	Total mães e Grávidas com primeiro filho (%)	Total de entrevistadas	Mães (%)	Grávidas com primeiro filho (%)	Total mães e Grávidas com primeiro filho (%)	Total de entrevistadas
Bolívia (Estado Plur. Da)	2003	2,7	1,0	3,8	866,0	5,0	1,9	6,9	852,0
Bolívia (Estado Plur.da)	1998	2,6	1,1	3,7	555,0	2,7	2,1	4,8	554,0
Bolívia (Estado Plur.da)	1994	1,6	1,2	2,8	399,0	4,8	3,4	8,1	384,0
Bolívia (Estado Plur.da)	1989	0,8	0,2	0,9	351,0	7,5	2,7	10,1	333,0
Brasil	1996	3,1	1,2	4,4	557,0	7,5	3,1	10,6	534,0
Brasil	1991 (1)	1,5	2,3	3,8	291,0	5,9	4,8	10,6	325,0
Brasil	1986 (2)	2,1	1,7	3,8	257,0	3,7	1,8	5,5	281,0
Colômbia	2005	2,7	3,8	6,5	1 506,0	7,0	4,0	11,0	1 379,0
Colômbia	2000	1,4	1,8	3,2	431,0	6,5	4,5	11,0	442,0
Colômbia	1995	3,1	1,8	4,9	515,0	7,1	2,3	9,4	431,0
Colômbia	1990	2,2	0,9	3,1	389,0	5,9	2,2	8,1	405,0
Colômbia	1986	1,8	0,4	2,2	253,0	5,6	1,4	7,0	249,0
México	1987	0,8	3,7	4,5	460,0	5,4	2,5	7,9	464,0
Nicaragua	2001	4,9	3,0	7,9	623,0	7,3	3,2	10,5	646,0
Nicaragua	1997/98	5,1	5,0	10,1	673,0	12,4	4,2	16,6	728,0

Fonte: Macro International Inc.2009.MEASURE DHS STAT compiler.

Idade		17 anos				18 anos			
País	Ano	Mães (%)	Grávidas com primeiro filho (%)	Total mães e Grávidas com primeiro filho (%)	Total de entrevistadas	Mães (%)	Grávidas com primeiro filho (%)	Total mães e Grávidas com primeiro filho (%)	Total de entrevistadas
Bolivia (Estado Plur.da)	2003	11,2	3,1	14,3	801,0	21,0	4,7	25,7	723,0
Bolivia (Estado Plur.da)	1998	10,7	3,2	13,9	481,0	19,4	2,3	21,7	502,0
Bolivia (Estado Plur.da)	1994	10,5	4,4	14,9	378,0	24,1	3,8	27,8	348,0
Bolivia (Estado Plur.da)	1989	9,0	1,5	10,5	328,0	20,3	5,1	25,4	366,0
Brasil	1996	15,4	5,1	20,5	484,0	21,5	3,8	25,3	493,0
Brasil	1991 (1)	11,0	3,1	14,1	269,0	16,9	5,3	22,2	251,0
Brasil	1986 (2)	12,8	1,9	14,7	254,0	13,4	4,2	17,6	262,0
Colombia	2005	13,6	5,4	19,0	1 380,0	25,9	3,7	29,6	1 324,0
Colombia	2000	14,1	6,2	20,3	447,0	22,1	4,5	26,7	507,0
Colombia	1995	9,3	4,7	14,0	429,0	20,5	5,1	25,6	422,0
Colombia	1990	8,4	3,7	12,1	313,0	12,5	5,9	18,4	346,0
Colombia	1986	10,1	3,1	13,1	236,0	10,5	5,0	15,5	241,0
México	1987	13,5	6,7	20,2	449,0	22,3	2,3	24,6	448,0
Nicaragua	2001	19,5	5,9	25,4	640,0	31,1	4,2	35,2	638,0
Nicaragua	1997/98	22,4	6,1	28,5	705,0	42,4	3,3	45,7	542,0

País	Ano	19 anos			
		Mãe (%)	Grávidas com primeiro filho (%)	Total mães e Grávidas com primeiro filho (%)	Total de entrevistadas
Bolivia (Est. Plur.da)	2003	28,7	5,2	33,9	632,0
Bolivia (Est. Plur.da)	1998	26,7	3,0	29,7	405,0
Bolivia (Est. Plur.da)	1994	37,0	3,3	40,3	296,0
Bolivia (Est. Plur.da)	1989	37,7	3,3	41,0	304,0
Brasil	1996	28,8	6,1	34,8	396,0
Brasil	1991 (1)	22,3	3,3	25,6	259,0
Brasil	1986 (2)	20,6	5,1	25,7	251,0
Colombia	2005	34,4	4,6	39,1	1 313,0
Colombia	2000	30,1	2,8	32,9	437,0
Colombia	1995	32,2	6,4	38,6	369,0
Colombia	1990	21,2	3,9	25,1	328,0
Colombia	1986	25,8	5,9	31,7	229,0
México	1987	30,9	4,4	35,3	390,0
Nicaragua	2001	41,5	4,0	45,5	595,0
Nicaragua	1997/1998	42,4	3,3	45,7	542,0

Fonte: Macro International Inc.2009.MEASURE DHS STAT compiler.

Na tabela 3 são apresentados os indicadores do sitio *Millennium Development Goals Indicators-UN* que medem a razão de mães adolescentes ano a ano, considerando-se toda a população de mulheres adolescentes entre 15 e 19 anos. Os dados da tabela oferecem um panorama geral da situação de mães adolescentes no grupo de países analisados. Contudo, diante de dificuldades encontradas em alguns

destes países de atualização de dados domésticos sobre incidência de gravidez e maternidade adolescente, a referida tabela apresenta lacunas significativas para alguns dos países. Além de censos nacionais, de surveys do DHS e de demais informações de saúde, uma importante fonte de consulta, no caso da taxa de fecundidade entre jovens é o sitio da CELADE que publica e divulga quinquenalmente esta informação.

Os países com indicadores mais completos, nesse aspecto, foram Brasil, Cuba e México. Ainda, segundo a tabela 3, observa-se que os resultados apresentam uma flutuação significativa ao longo dos anos analisados, não demonstrando tendências de declínio ou ascensão do problema. Outro dado importante a destacar é o elevado número de razão de adolescentes grávidas na Nicarágua (em 2005 foram registrados 108,5 casos de adolescentes entre 15 a 19 anos grávidas a cada 1000 adolescentes entre 15 a 19 anos de idade), resultado bastante superior aos demais países em análise.

Seria interessante que as agências nacionais e internacionais considerassem a localização geográfica (urbano-rural) quando da realização das pesquisas, seguindo os critérios do DHS. Apesar de que em alguns países, como Brasil e México a maioria expressiva da população (80%) vive em zonas urbanas, o mesmo não ocorre em todos os países. Entretanto, mesmo naqueles países altamente urbanizados a discriminação do local de moradia é uma importante variável que permite inclusive influenciar o desenho de políticas publicas específicas para as adolescentes sanando carências maiores nestas areas

TABELA 3
TAXA DE MATERNIDADE ADOLESCENTE ENTRE 15 E 19 ANOS DE IDADE
(Por 1000 mulheres)

Pais/Ano	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Bolivia (Est. Plur. da)			96,0 ¹¹				88,0 ^f				97,0 ^{dd}						88,0 ^{qq}
Brasil	53,2 ^f	51,3 ^f	55,7 ^f	58,2 ^f	56,2 ^f	59,9 ^f	57,8 ^f		62,3 ^f	66,2 ^{aa}	71,1 ^a	58,4 ^{gg}	57,1 ^{ll}	55,0 ^{mm}	56,8 ^{oo}	57,4 ^{pp}	56,0 ^{rr}
Colombia				92,0 ¹³				85,0 ^p	82,6 ^d		80,6 ^d		92,0 ^{ff}			96,2 ^a	
Cuba	79,7 ^o	67,3 ^o	63,0 ^d	62,4 ^o	62,8 ^o	61,1 ^o	53,3 ^o	54,4 ^o	49,8 ^o	49,9 ^o	46,6 ^o	46,1 ^o	46,4 ^o	45,5 ^o	45,4 ^o	43,9 ^o	41,7 ^o
Jamaica						93,6 ^o	87,2 ^o				76,3 ^o	74,4 ^o	66,1 ^o	62,4 ^o	60,6 ^o		58,2 ^o
Mexico	97,8 ^f	99,7 ^f	91,0 ^f	91,5 ^f	95,9 ^f	85,2 ^f	87,2 ^f	87,1 ^f	87,7 ^f	93,1 ^f	93,5 ^f	90,6 ^e	88,7 ^e	85,7 ^e	86,8 ^e	85,6 ^e	82,1 ^e
Nicaragua	158,0 ^b					123,0 ^b	139,0 ^d	119,2 ^f	115,7 ^f	119,0 ^g	98,4 ^f				106,0 ^{kk}	108,5 ^a	

a. Census; b. Registration National Statistics & WPP2006; c. Registration CARICOM & WPP2006; d. Registration National Statistics; e. Registration National Statistics & WPP2006; f. Registration UNSD; g. Registration UNSD & WPP2006; h. Survey 1987-1992 RHS; i. Survey 1988-1992 RHS; j. Survey 1989-1994 RHS; k. Survey 1990-1994 DHS; l. Survey 1990-1995 RHS; m. Survey 1991-1995 DHS; n. Survey 1992-1996 DHS; o. Survey 1993-1996 DHS; p. Survey 1993-1996 DHS; q. Survey 1993-1998 DHS; r. Survey 1994-1998 DHS; s. Survey 1994-1999 RHS; t. Survey 1995-1998 RHS; u. Survey 1995-2000 DHS; v. Survey 1995-2000 DHS; w. Survey 1996-2001 DHS; x. Survey 1997-2002 Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002; y. Survey 1998-2000 RHS; z. Survey 1998-2002 DHS; aa. Survey 1999 Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios; bb. Survey 1999-2000 MICS; cc. Survey 1999-2004 DHS; dd. Survey 1999-2004 DHS; ee. Survey 1999-2004 RHS; ff. Survey 2000-2005 DHS; gg. Survey 2001 Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios; hh. Survey 2001-2004 RHS; ii. Survey 2001-2005 DHS; jj. Survey 2001-2006 DHS; kk. Survey 2001-2007 Encuesta Nicaraguense de Demografía y Salud; ll. Survey 2002 Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios; mm. Survey 2002-2007 DHS; nn. Survey 2003 Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios; oo. Survey 2004 Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios; pp. Survey 2005 Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios; qq. Survey 2005-2008 DHS; rr. Survey 2006 Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

Na tabela 4 pode-se observar, pelos anos dos microdados dos censos demográficos dos países, apresentados pela CEPAL/CELADE, que as informações sobre maternidade adolescente não permitem uma comparação ano a ano entre os países, pois, os anos dos censos demográficos não são coincidentes. Apenas o Brasil e o México podem ser comparados no ano de 2000, quando houve coincidência em seus Censos Demográficos. No Brasil, em 2000, haviam 14,8% de adolescentes mães entre 15 a 19 anos de idade, e no México 12,1%.

TABELA 4
EVOLUÇÃO DA PROPORÇÃO DE ADOLESCENTES DE 15 A 19 ANOS DE IDADE COM FILHOS
SEGUNDO OS CENSOS DOS PAÍSES DA AMÉRICA LATINA E AMÉRICA CENTRAL
(Porcentagem)

País	Ano (data censal)	Idade					Total
		15	16	17	18	19	
Bolívia (Est. Plur. da)	1992	1,6	4,4	9,9	17,9	28,0	11,7
	2001	2,0	5,7	11,7	20,8	29,2	13,5
Brasil	1991	2,2	5,2	10,4	17,2	24,3	11,5
	2000	3,3	7,6	13,8	20,8	28,1	14,8
Colômbia	1993	2,6	6,4	12,8	20,9		
	2004/2005	2,9	7,1	13,7	21,0	28,6	14,3
México	1990	1,4	3,8	8,6	16,1	24,2	10,4
	2000	1,8	4,8	10,7	18,2	26,2	12,1
Nicaragua	1995	5,0	12,6	23,7	34,8	46,0	23,9
	2005	4,3	10,7	19,8	28,9	38,4	20,0

Fuente: procesamientos especiales de las bases de microdatos censales que dispone CELADE, por publicarse en OIJ-CEPAL, 2009. Cuba no incluye consulta sobre hijos nacidos vivos en sus censos recientes. Los microdatos de los censos de Haití aún no están disponibles en CELADE. Los resultados de Colombia 2004-2005 y Perú 2007 provienen de procesamientos en línea sobre las páginas web del nuliparidad (cero hijos nacidos vivos) sistemáticamente. Las razones para estas decisión se explican DANE y del INEI, respectivamente. Nota metodológica: No sabe/No Responde (NS/NR) fue imputado a en OIJ, 2009 y Rodríguez, 2005. En Perú, los fuera de rango en 1993 se excluyeron.

Os dados das tabelas 2, 3 e 4 revelam um mapeamento quantitativo considerável do número de adolescentes grávidas. No entanto, o que se observa é uma necessidade de maior apropriação dos surveys, pesquisas nacionais e Censos o que permitiria correlacionar dados de gravidez na adolescência com outras variáveis tais como estado civil, escolaridade, ocupação, acesso ao pré-natal e assistência ao parto, número de gestações, que podem auxiliar na melhor compreensão deste fenômeno. Além disso, o reconhecimento desses aspectos podem nos permitir abordar questões culturais, sociais e até religiosas, inerentes a cada país.

Na publicação do Documento “Reproducción Adolescente y Desigualdades en América Latina y Caribe: um llamado a La Reflexión y a La acción (Vignoli, 2008), o autor, através dos processamentos especiais das bases de microdados dos Censos de 1990 e 2000 que a CELADE dispõe sobre os países da América Latina e Caribe, se aproxima consideravelmente de vários indicadores socioeconômicos ligados a adolescentes grávidas; inclusive com informações sobre seus parceiros, conduta sexual, planejamento familiar, educacionais, pobreza e outros. Este documento evidencia que ainda há muito a ser feito para conhecer, prevenir e controlar a gravidez na adolescência, além de identificar políticas públicas que possam influenciar o comportamento dos adolescentes, meninos e meninas. Além disso, o documento também assinala que fatores culturais e religiosos, têm peso importante tanto quanto as condições socioeconômicas, sobre a vida sexual nesta idade.

Outra questão que deve ser destacada é a padronização das idades de 15 a 19 anos como base conceitual do indicador de maternidade adolescente. Se considera que este indicador precisaria de uma nova reconfiguração em torno da idade, resgatando a gravidez adolescente em coortes mais jovens, a partir dos 13 anos de idade, sobretudo, pela precocidade sexual e reprodutiva das adolescentes nessa idade. Estudos dessa natureza permitiriam que na América Latina e Caribe, as políticas de prevenção à mortalidade materna, de planejamento familiar e de doenças sexualmente transmissíveis, tais como HIV/AIDS e outras, alcançassem este grupo, ainda pouco considerado nos estudos de gênero e que

requer uma abordagem médica e uma pedagogia específica. Nesta linha, observa-se que, a Organização Mundial de Saúde considera a adolescência como a etapa dos 10 aos 19 anos de idade, sendo esta faixa etária contemplada em todos os seus programas, incluindo a maternidade segura.

Em algumas pesquisas oficiais a inclusão de meninas a partir dos 13 anos para levantamentos referentes a maternidade já pode ser observada. O Censo de população e moradia realizado em 2005 na Nicarágua e as pesquisas sobre melhoramento das condições de vida (MECOVI 1991-2002) e de moradia (Encuesta Continua de Hogares 2003-2004 e 2006) no Estado Plurinacional da Bolívia são alguns dos exemplos identificados.

O acompanhamento desses casos de maternidade adolescente abaixo dos 15 anos de idade no Brasil, por exemplo, é viável, posto que há notificação obrigatória ao Conselho Tutelar, pelos serviços de saúde, de casos de gravidez na infância ou adolescência. Se outros países possuem o mesmo critério, seria interessante estudar os casos de gravidez na infância ou pré-adolescência. Principalmente, por entender que há uma tendência na antecipação da adolescência para o mundo adulto motivada pela modernidade e o acesso a informações, por relações interpessoais, exposição a mídia etc. É importante que esta mudança de cenário seja considerada, discutida e, conseqüentemente, medida por meio de indicadores.

A amplitude do intervalo utilizado em todas as fontes de dados (15-19 anos) merece uma reflexão mais profunda também porque existem diferenças anatomo fisiológicas e emocionais relevantes entre uma menina de 15 anos e uma jovem de 19 anos, com efeitos em políticas de prevenção e atenção a saúde. Se menciona novamente a importância de ampliar este intervalo para se ter um indicador indireto violência sexual sobre crianças/adolescentes.

Em estudo da Organização Internacional do Trabalho (OIT), publicado em Genebra, em 2009, se destaca que países da América Latina seguem tendência contrária a de outros continentes, que conseguiram diminuir os casos de gravidez na adolescência. O documento considera que há uma forte relação entre essas gestações precoces e a pobreza. Exemplo disso, o estudo mostrou que na América Latina apenas 5% das meninas com maior renda teve filho, já entre as camadas mais pobres a taxa foi superior a 30%. Estas informações da OIT reforçam a necessidade já amplamente salientada, de contextualizar as informações sobre este tema (OIT, 2009).

Diante deste resultado, também cabe pensar sobre indicadores que revelem o impacto desta gravidez sobre a vida futura da adolescente, no plano da educação e trabalho, através de pesquisas qualitativas e *surveys* que acompanhem a amostra de adolescentes por um número de anos. A pesquisa do DHS, ilustrada na tabela 5, demonstra a forte correlação entre escolaridade e gravidez na adolescência. De acordo com os dados desta tabela as adolescentes com maior incidência percentual de gravidez ou com filhos recaía sobre as que não tinham nenhuma escolaridade ou possuíam apenas escolaridade primária (ex. Em 2003, no Estado Plurinacional da Bolívia, do total de adolescentes entrevistadas, 47,2% das adolescentes com nenhuma escolaridade e 25,2% com ensino primário estavam grávidas ou tinham filhos), ficando o menor percentual de adolescentes grávidas para as que estavam no grupo com ensino médio ou mais anos (No Estado Plurinacional da Bolívia, em 2003, do universo de adolescentes pesquisadas, 9,8% delas estavam grávidas ou tinham filhos).

Outro dado que seria importante considerar nas pesquisas se refere a relação entre a escolaridade da mãe e a gravidez na adolescência de suas filhas, pois estudos diversos demonstram uma relação positiva entre menor taxa de gravidez da filha e maior nível educacional da mãe (Oliveira et. al., 2006).

Uma outra recomendação diz respeito a produção e/ou ao cruzamento de dados que permitam relacionar os partos realizados em adolescentes ao número total de partos. Esta informação é de grande importância na definição e ou adequação de políticas públicas de saúde específicas a este grupo populacional cujo risco de morte relacionado a gravidez é, em geral, 1,2 vezes superior ao de mulheres grávidas acima dos 21 anos. Levantamentos no México, por exemplo, permitiram identificar que 21% dos partos atendidos em instituições públicas de saúde em 2005 eram de menores de 21 anos (Secretaría de Salud, 2007).

TABELA 5
MATERNIDADE ADOLESCENTE DOS 15 AOS 19 ANOS DE IDADE E NÍVEIS DE ESCOLARIDADE

País	Ano	Analfabeto			Educação Primária				
		Mães (%)	Grávidas com primeiro filho (%)	Total mães e Grávidas com primeiro filho (%)	Total de entrevistadas	Mães (%)	Grávidas com primeiro filho (%)	Total mães e Grávidas com primeiro filho (%)	Total de entrevistas das
Bolívia (Est. Plur. da)	2003	36,4	10,8	47,2	19	20,8	4,4	25,2	1 428
Bolívia (Est. Plur. da)	1998	40,1	11,4	51,5	29	23,9	5,0	28,9	556
Bolívia (Est. Plur. da)	1994	31,4	6,2	37,6	47	23,6	4,5	28,1	511
Bolívia (Est. Plur. da)	1989	25,7	0,6	26,3	69	24,6	4,1	28,7	618
Brasil	1996	50,7	3,7	54,4	34	23,6	4,7	28,3	577
Brasil	1991 (1)	21,6	10,4	32,0	82	11,2	3,3	14,6	1 157
Brasil	1986 (2)	14,4	6,6	21,0	34	13,1	3,4	16,6	901
Colômbia	2005	36,6	15,8	52,3	61	35,8	6,5	42,3	1 024
Colômbia	2000	45,5	0,0	45,5	13	28,3	5,4	33,7	479
Colômbia	1995	42,8	7,8	50,7	21	24,8	4,4	29,2	615
Colômbia	1990	62,4	0,0	62,4	28	15,6	4,7	20,3	623
Colômbia	1986	19,3	6,8	26,2	28	16,9	5,4	22,3	485
México	1987	44,1	6,0	50,1	86	20,2	5,9	26,1	751
Nicaragua	2001	39,6	6,7	46,3	199	27,4	5,0	32,4	1 261
Nicaragua	1997/98	48,0	6,2	54,2	258	30,7	6,8	37,4	1 371

Educação Secundária ou acima						
País	Ano	Mães (%)	Grávidas com primeiro filho (%)	Total mães e Grávidas com primeiro filho (%)	Total de entrevistadas	
Bolívia (Est. Plur. da)	2003	7,7	2,1	9,8	2 428	
Bolívia (Est. Plur. da)	1998	7,4	1,4	8,8	1 911	
Bolívia (Est. Plur. da)	1994	9,8	2,5	12,4	1 247	
Bolívia (Est. Plur. da)	1989	7,7	1,7	9,4	995	
Brasil	1996	10,7	3,4	14,1	1 851	
Brasil	1991 (1)	3,5	3,7	7,2	154	
Brasil	1986 (2)	3,2	1,1	4,3	369	
Colômbia	2005	12,6	3,8	16,3	5 817	
Colômbia	2000	11,3	3,7	15,0	1 773	
Colômbia	1995	8,5	3,6	12,1	1 529	
Colômbia	1990	5,0	2,5	7,5	1 128	
Colômbia	1986	5,7	1,3	6,9	694	
México	1987	8,7	2,7	11,4	1 375	
Nicarágua	2001	13,3	3,0	16,3	1 682	
Nicarágua	1997/98	11,1	3,1	14,2	1 678	

Fonte: Macro International Inc.2009.MEASURE DHS STAT compiler.

O aprimoramento dos indicadores sobre gravidez na adolescência pode representar importante contribuição em termos de informações sobre a fecundidade das mulheres e programas de planejamento familiar e motivar a elaboração e implementação de políticas públicas direcionadas a este segmento desenvolvendo políticas integradas de prevenção e assistência.

III. Planejamento familiar e gravidez não desejada

1. Considerações gerais: a demanda por planejamento familiar

Segundo a Organização Mundial de Saúde, ao longo das últimas décadas, mais de 120 milhões de mulheres no mundo manifestaram desejo de evitar a gravidez. No entanto, estudos diversos comprovam que tanto as mulheres quanto seus parceiros ainda fazem pouco uso dos métodos contraceptivos. Para a OMS os motivos para não se evitar a gravidez são muitos: insuficiente disponibilidade de serviços e insumos, opções limitadas de contraceptivos; medo da reprovação social ou postura contrária do parceiro; os temores dos efeitos colaterais de contraceptivos e as preocupações com a saúde; e falta de conhecimento sobre as opções de contracepção e seu uso.

Os indicadores revelam uma demanda insatisfeita que aponta para a necessidade de uma maior cobertura de melhor qualidade em planejamento familiar por parte dos governos que responda efetivamente as necessidades das mulheres. Na América Latina e no Caribe, apesar de ter ocorrido significativa diminuição na taxa de fecundidade das mulheres o número de filhos que estas desejariam ter seria ainda menor que o número que de fato tem. Assim, por exemplo, na Colômbia se verificou que em 2000 o tamanho da família era de 2,6 filhos enquanto que o número desejado era de 2,3 (Langer e Espinoza, 2002).

O direito a decidir livremente o número de filhos e seu espaçamento e de ter acesso a informação e aos meios para realizar tais escolhas constitui um elemento central do direito a saúde reprodutiva, tendo sido incorporado a Declaração e ao Plano de Ação da Conferência de População e Desenvolvimento do Cairo (1994). Algumas constituições nacionais também reconhecem este direito, como a Constituição Brasileira de 1988. O direito a realizar escolhas na vida reprodutiva sempre ocupou lugar central nas agendas dos movimentos de mulheres latino americanas, que enfrentam ainda hoje forte resistência da Igreja Católica que se opõe a métodos contraceptivos mecânicos ou hormonais, a esterilização e ao aborto.

A questão dos direitos reprodutivos inscreve-se assim na arena política e a implantação de programas eficientes de planejamento familiar, que ofereçam uma variedade de métodos além da esterilização voluntária e da contracepção de emergência, depende do poder relativo dos diversos atores nesta arena onde a independência do Estado frente a Igreja tem papel crucial.

Saúde sexual e reprodutiva estão diretamente ligadas a equidade de gênero e sua incorporação como direitos humanos às políticas de saúde, é essencial para reverter o quadro de morbidade e mortalidade materna e assegurar um direito básico a homens e mulheres no sentido de realizarem escolhas em suas vidas reprodutivas. A dimensão do gênero se faz claramente presente na carência de programas de saúde reprodutiva voltada para os homens, particularmente de políticas de esterilização masculina através da vasectomia, o que é incongruente com o Plano de Ação do Cairo, que enfatiza a responsabilidade reprodutiva masculina.

Segundo a OMS 2007, nos próximos cinco anos cerca de 60 milhões de meninas e meninos atingirão a maturidade sexual. O que indica que geração após geração, sempre haverá pessoas que precisarão do planejamento familiar e outros cuidados com a saúde. Por isso, os desafios em relação ao planejamento familiar são constantes e fundamentais e não devem se restringir apenas aos casais com laços matrimoniais, mas a todos os grupos de mulheres e homens em idade reprodutiva, inclusive as meninas entre os 13 aos 14 anos de idade, não contempladas nos estudos sobre planejamento familiar.

2. Considerações metodológicas e recomendações

O sítio da CEPAL apresenta abordagem que toma como referência os Indicadores para o Seguimento Regional do Programa de Ação da CIPD³ que abordam a questão do planejamento familiar, apresentando dados referentes à demanda insatisfeita de planejamento familiar. Esta demanda, difícil de ser mensurada com acuidade, é expressa na quantidade de mulheres casadas ou unidas, em idades de 15 a 49 anos ou de 15 a 44 anos, que desejam limitar ou criar intervalos entre as gestações e que não estão fazendo uso de nenhum método anticoncepcivo, com relação ao total de mulheres casadas ou unidas.

No que se refere a mensuração da demanda insatisfeita por planejamento familiar, Langer e Espinoza (2002) chamam atenção para o fato de que, por serem apresentados sob a forma de médias nacionais, os dados sobre esta importante dimensão da vida reprodutiva podem ocultar diferenças significativas em termos de lugar de residência, escolaridade e idade, dentre outros. Mencionam, por exemplo, que no México mulheres de 15 a 19 anos declararam ser de 2,7 o número ideal de filhos enquanto que este subia para 4,0 no grupo etário entre 45 e 50 anos de idade. A maior escolaridade afetaria em sentido inverso o número ideal ou desejado de filhos. O local de moradia, rural ou urbana, também joga importante papel, passando o número ideal de 3,8 filhos em áreas rurais para 3,0 nas zonas urbanas⁴.

As expectativas com relação ao número ideal de filhos são também fortemente influenciadas pela cultura, pela religião e pelo próprio contexto social e econômico. O imaginário social sobre a divisão

³ CIPD – Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (Cairo).

⁴ Dados referentes a 1997 extraídos de Cuadernos de Salud Reproductiva, 2000, pág 35.

sexual de papéis e a maior ou menor dimensão de poder no que se refere as relações de gênero influenciam fortemente as expectativas reprodutivas de homens e mulheres em determinada sociedade.

Outros fatores também contribuem para a maior ou menor incidência de demanda insatisfeita. Dentre estes o recurso a métodos tradicionais, a imposição de relações sexuais em contextos de violência e, *last but not the least*, por que os métodos anticoncepcionais falham.

As estatísticas de gênero encontradas sobre planejamento familiar apresentam abordagens diferentes. Enquanto o DHS trabalha com o conceito de “conhecimento” de métodos contraceptivos a CEPAL, que toma como fonte o sítio da MDG, aborda a prevalência do uso do método anticoncepcivo, incluindo também, como mencionado, a questão da demanda insatisfeita. Em ambos casos incluem mulheres casadas de 15 a 49 anos.

A escolha das idades entre os 15 a 49 anos nas pesquisas, diz respeito, sobretudo, ao período reprodutivo das mulheres, e ao número de informações reportadas sobre as mesmas em unidades regulares de saúde quanto ao uso de contraceptivos. Geralmente, os métodos contraceptivos abordados nas pesquisas incluem preservativos, esterilização feminina e masculina, hormônios injetáveis e orais, dispositivos intrauterinos, diafragmas, espermicidas e outros métodos, buscando discriminar métodos modernos e tradicionais.

No entanto, não foram encontradas nos sítios referências acerca da gratuidade ou não do acesso ao método contraceptivo. Este tipo de informação permitiria uma avaliação mais precisa sobre se as mulheres estão sendo efetivamente atendidas no sistema público de saúde ou se devem recorrer a rede privada para adquirir os contraceptivos. A ausência desta informação pode prejudicar uma avaliação acurada do acesso aos programas de planejamento familiar para a população de baixa renda em geral. Com relação as adolescentes, via de regra ainda sem renda própria, esta informação seria importante para mensurar o seu efetivo acesso aos contraceptivos, usados freqüentemente sem conhecimento de suas famílias.

Mais uma vez é importante ressaltar que seria de grande valia que as pesquisas incluíssem as pré-adolescentes com idade entre os 13 aos 14 anos em seu universo, já que há uma percentagem significativa de casos de incidência de gravidez nesse grupo, inclusive por estupro, principalmente, intra-familiar, lamentavelmente sub notificado nas estatísticas dos países latinos e caribenhos. Este contingente seria particularmente discriminado quanto ao acesso a regulação de sua fecundidade.

Em geral, há escassez de indicadores sobre planejamento familiar na região que permitam análises comparativas. Isto fica claro na tabela 6 que utiliza fontes de dados do sítio do DHS, a partir de indicadores obtidos por resultados de surveys realizados pelo próprio DHS. A metodologia seguiu o padrão de entrevistar mulheres de 15 a 49 anos casadas. Outras características do histórico familiar e da origem rural e urbana também foram abordadas. Observe-se que a dificuldade maior do indicador é realizar uma análise comparativa entre os países da América Latina e do Caribe, levando-se em conta que nem todos os países da região foram contemplados, como Jamaica e Cuba que compõe o nosso universo de estudo.

Ainda com relação aos resultados desta tabela nos anos 2000, em países como o Estado Plurinacional da Bolívia (2003), Colômbia (2000 e 2005) e Nicarágua (2001) as mulheres de 15 a 49 anos de idade têm acima de 90% de conhecimento de algum método ou métodos modernos de contracepção, de acordo com o total do número de mulheres que responderam ao questionário do DHS.

TABELA 6
TAXA DE CONHECIMENTOS SOBRE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

País	Conhecimento de métodos contraceptivos		
	Conhece algum método	Conhece métodos modernos	Numero de entrevistadas
Bolivia (Est. Plur. da) 2003	94,4	92,0	10 569
Bolivia (Est. Plur. da) 1998	89,3	86,2	6 649
Bolivia (Est. Plur. da) 1994	84,5	76,7	5 334
Bolivia (Est. Plur. da) 1989	75,0	67,5	4 941
Brasil 1996	99,9	99,9	7 584
Brasil 1991 ⁽¹⁾	99,8	99,8	3 541
Brasil 1986 ⁽²⁾	99,9	99,9	3 471
Colombia 2005	99,9	99,9	19 762
Colombia 2000	99,9	99,9	5 935
Colombia 1995	99,9	99,9	6 097
Colombia 1990	99,7	99,7	4 450
Colombia 1986	99,5	99,4	2 850
Mexico 1987	93,4	93,2	5 662
Nicaragua 2001	99,2	99,2	7 424
Nicaragua 1997/98	98,3	98,3	8 045

Fonte: Macro International Inc, 2009. MEASURE DHS STATcompiler.

Metodologia: Porcentagem de mulheres atualmente casadas que conhecem pelo menos um método anticoncepcivo e um método moderno de acordo com características contextuais selecionadas.

Segundo a tabela 7, retirada das bases de indicadores da CEPAL, no SISGEN (Estadísticas Sociales de Género) o quadro de resultados para mulheres casadas usando métodos contraceptivos com idade de 15 a 49 anos corresponde melhor às expectativas de se realizar uma análise comparativa entre Brasil, no Estado Plurinacional da Bolívia, Cuba, Colômbia, Jamaica, México e Nicarágua. No entanto, os percentuais divulgados na tabela 7 não coincidem por ano em todos os países. Por exemplo, no Brasil em 1996 havia 76,7% de prevalência de uso de anticoncepcivos entre as mulheres casadas de 15 a 49 anos, porém, em outros países neste mesmo ano não houve divulgação desse percentual. Ou seja, os anos da pesquisa sobre métodos contraceptivos publicados pelos referidos países e apresentados no sitio da CEPAL são desencontrados, permitindo-nos falar muito pouco sobre suas diferenças ou semelhanças. E este é um dado importante já que lidamos com diferentes anos e países.

A tabela 8, extraída do sitio da CEPAL e que considera indicadores do CIPD, refere-se ao percentual de mulheres casadas ou unidas com demanda insatisfeita de planejamento familiar do total de mulheres casadas ou unidas da amostra. Em relação às pesquisas anteriores, apresentadas nas tabelas 6 e 7 esta abordagem metodológica é interessante, pois, além do olhar cronológico do indicador também permite correlacionar o dado com outras variáveis tais como grupos de idade (ex. grupos 15-19 e 20-34 anos) e nível de escolaridade, contextualizando melhor a questão do planejamento familiar.

TABELA 7
TAXA DE PREVALENCIA DE USO DE ANTICONCEPCIONAL EM MULHERES
CASADAS DE 15 A 49 ANOS, QUALQUER METODO

País	Anos															
	1990	1991	1992/e	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003/c	2004	2005
Bolivia (Est. Plur. da)	45,3	...	...	...	48,3	...	53,4	...	...	...	58,4 ^g	...
Brasil	76,7	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Colombia	66,1	...	...	...	...	72,2	...	...	...	...	76,9	...	...	...	...	78,2 ^h
Cuba	73,3	...	...	...	...	...
Jamaica	62	...	...	...	65,9	...	...	...	...	...	...	...	...
México	66,5	...	68,4	...	...	...	...	...	...	...	...
Nicaragua	54,5 ^b	...	...	...	...	60,3	...	...	68,6	...	...	...	...

Fonte: [A] DENU; División de Estadística de las Naciones Unidas: Base de datos de indicadores de los objetivos de desarrollo del Milenio.

+ / ODM. - Objetivo 5 / Meta 5.B / Indicador 5.3

^a La cifra es producida y divulgada por el país (considera el dato ajustado por el país con el fin de hacerlo coincidir con los estándares internacionales).

^b Años de la encuesta: 1992-1993. ^c Años de la encuesta: 2000-2003.

^d Años de la encuesta: 1998-1999. ^e Años de la encuesta: 1991-1992.

^f Años de la encuesta: 1995-1996. ^g Años de la encuesta: 2003-2004.

^h Años de la encuesta: 2004-2005. ⁱ Años de la encuesta: 1994-1995.

TABELA 8
DEMANDA INSATISFEITA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR
(Percentagem)

País/Período	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	2000	2001	2003	2005	2006
Bolivia (Est. Plur. da)	-	-	-	-	23,2	-	-	-	26,1	-	-	22,7	-	-
Brasil	-	18,3	-	-	-	-	7,3	-	-	-	-	-	-	-
Colombia	11,1	-	-	-	-	7,7	-	-	-	6,1	-	-	5,8	-
México	-	-	25,1	-	-	14,2	-	12,1	-	-	-	9,9	-	-
Nicaragua	-	-	23,9	-	-	-	-	-	14,7	-	14,6	-	-	10,7
Jamaica	-	-	-	13,0	-	-	-	12,7	-	-	-	-	-	-

Fonte: Encuestas de demografía y salud (DHS – Informes y STATCompiler-, CDC y, en el caso de México 1995, página Web del INEGI, Sistema de indicadores para el seguimiento de la situación de la mujer.

No geral, como a própria CEPAL tem evidenciado, o fato dos dados sobre uso de contraceptivos serem obtidos, em sua maioria, a partir de *surveys* sobre saúde reprodutiva e sexual realizados pelos próprios países em momentos diversos, dificulta análise comparativa entre países da região.

Um avanço importante reside no fato de que alguns países discriminam os tipos de métodos utilizados, classificados como métodos populares (coito interrompido, ducha vaginal pós-coito e até amamentação), tradicionais (pílulas, preservativos, espermicidas vaginais, diafragma e outros) e modernos (contraceptivos orais, contraceptivos com progesterona, injeções hormonais etc.). Entretanto, esta não é uma prática comum a todos os países, dificultando o conhecimento mais detalhado das práticas contraceptivas, relevante para o desenho e acompanhamento das políticas de planejamento familiar em cada país.

Se sugere também que, sempre que possível, os estudos que contemplam as questões de saúde reprodutiva e sexual e de planejamento familiar incorporem variáveis de raça/etnia, escolaridade, classe social, e lugar de moradia posto que estas dimensões são relevantes no acesso a serviços, sendo que a escolaridade é também determinante no uso adequado destes métodos. Cabe ainda considerar que o quadro normativo dos diversos países com relação aos direitos reprodutivos e sexuais é de grande valia, pois também influencia programas, políticas e prioridades no campo do planejamento familiar.

Finalmente chama-se atenção para a necessidade de termos mais dados sobre o tratamento da infertilidade que é um componente do planejamento familiar que, com a difusão das técnicas de fecundidade assistida, já alcança número significativo de mulheres.

IV. Dimensões da saúde sexual e reprodutiva: hiv/aids

1. Considerações gerais

De acordo com o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS (UNAIDS, 2007), em relatório apresentado em 2007, existiam no mundo aproximadamente 33,2 milhões de pessoas infectadas com o HIV. Na América Latina e Caribe, segundo este mesmo relatório, estimava-se que um milhão e 830 mil pessoas estavam vivendo com o HIV. E segundo o relatório Estado Mundial da Infância, em 2008, do UNICEF, há uma estimativa de que aproximadamente 54 mil crianças viviam com HIV na região Latina e Caribenha em 2005 (UNICEF, 2008).

A OMS, segundo o relatório *Reproductive Health Indicators for Global Monitoring: Report of the Second Interagency* (OMS, 2001), alerta para a disseminação do vírus da imunodeficiência humana/HIV, surgindo em comunidades antes pouco afetadas pela epidemia e fortalecendo-se em áreas onde a AIDS é a primeira causa de morte em adultos. Em 2001, cinco milhões de pessoas teriam sido infectadas e três milhões morreram pela contaminação por HIV (OMS, 2001).

Além da dimensão relativa a sua extensão numérica, o HIV/AIDS comporta também uma dimensão simbólica marcada por um estigma que, apesar de progressos, ainda acompanha os portadores desta síndrome, e que tem tido marcada incidência em sua evolução, no acesso aos serviços de saúde, na produção de estatísticas fidedignas e na garantia dos direitos humanos da população portadora do HIV.

Por sua magnitude, por atingir preferencialmente um contingente de homens e mulheres em idade produtiva e reprodutiva, pelos altos custos que esta enfermidade introduziu nos sistemas de saúde, pelos embates entre laboratórios e governos levados inclusive ao nível da Organização Mundial do Comércio, OMC, dentre outros motivos, a epidemia de HIV/AIDS tem sido monitorada e acompanhada com cuidado pelos responsáveis pela saúde pública da maioria dos países.

No início dos anos oitenta na América Latina o perfil do HIV/AIDS estava ligado aos homossexuais masculinos, configurando-se como a chamada “peste gay”, a doença do outro, enfermidade de uma categoria então profundamente discriminada na região. Quando este perfil sofre modificações, estas se dão em um primeiro momento, pela ampliação do grupo de risco para categorias também discriminadas como usuários de drogas intravenosas e trabalhadoras sexuais. As primeiras campanhas dos governos voltadas para esta questão, desenvolvidas nos anos oitenta em poucos países da região, como o Brasil, estavam ainda voltadas para estes grupos. O apelo ao uso do preservativo masculino chocava-se com posturas religiosas contrárias a este método sendo que, para os setores mais conservadores, a enfermidade era vista quase como um castigo divino a um comportamento sexual promíscuo e pecaminoso.

Os efeitos deste estigma foram de diversas ordens: por um lado, se veiculou o conceito do chamado *grupo de risco*, extremamente danoso do ponto de vista da saúde pública posto que a maioria das mulheres, sobretudo aquelas casadas e em relações estáveis e os homens heterossexuais estariam fora do perigo da contaminação. Como o ser humano só se protege do que percebe como perigo, houve um crescimento vertiginoso entre heterossexuais, particularmente entre as mulheres, mudando-se rapidamente o perfil epidemiológico do HIV/AIDS. O estigma influenciou também na mensuração da magnitude do contingente afetado, dificultando seu registro pelo temor do pertencimento a uma categoria maldita e fadada a morte.

No Brasil, por exemplo, no início da década de oitenta a proporção de casos registrados era de cerca de 28-30 homens para uma mulher sendo que nos anos 2000 já apresenta uma proporção de cerca de 1.7 homens por uma mulher (Vilela, Wilza e Souza, Telma, 2005). No Estado Plurinacional da Bolívia, nos anos noventa, passou de 10 homens por 1 mulher para 3 a 4 homens por mulher⁵. Cabe ressaltar que o sub registro atinge com maior incidência o contingente feminino. Hoje o perfil epidemiológico do Brasil assim como da América Latina e do Caribe tem o mesmo padrão africano, heterossexual dado o incremento exponencial do HIV/AIDS entre as mulheres Na Nicarágua, por exemplo, os dados deixam clara a incidência de HIV por relações heterossexuais, responsável por 72% das infecções da doença⁶.

O significativo crescimento de portadoras do HIV/AIDS entre mulheres casadas e /ou em relações estáveis abre um campo de indagações sobre os padrões de relacionamento entre homens e mulheres e sobre a necessidade de substituir a ética da fidelidade, que vê com desconfiança o uso do preservativo, por uma ética do cuidado e da co-responsabilidade. A maioria expressiva destas mulheres foi contaminada por seus parceiros. A questão do comportamento sexual é, entretanto matizada por elementos emocionais que não necessariamente tem resposta racional imediata ao conhecimento sobre os riscos. O preservativo masculino continua a ser utilizado basicamente em relações ocasionais, hétero ou homossexuais. O preservativo feminino, pouco difundido é escassamente utilizado.

Entretanto entre os vários métodos contraceptivos apenas os preservativos são efetivos na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis como o HIV/AIDS. Campanhas para o conhecimento e uso do preservativo tem sido realizadas apesar da forte oposição da Igreja Católica que contesta o seu uso.

⁵ Dado extraído de informe da Organización Panamericana de Salud-Estado Plurinacional de Bolívia disponível no site <http://www.ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=12468&SE=SN>, acessado em agosto de 2009.

⁶ Dado extraído de Informe da USAID disponível no site http://www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/Countries/lac/nicaragua_profile.pdf, acessado em outubro de 2009.

Em toda a região continuam a aumentar os casos de mulheres infectadas, muitas delas idosas. Este tema foi abordado na 6ª Conferência Internacional sobre Infecção pelo HIV em mulheres e crianças, ocorrida entre os dias 9 e 10 de julho de 2009 no Rio de Janeiro. As mulheres ainda enfrentam muitas barreiras com relação ao conhecimento do HIV/AIDS e reduzido acesso a informações sobre risco de contágio, sobre prevenção e tratamento. Isto afeta, sobretudo mulheres com menor poder aquisitivo e menor nível educacional. As mulheres rurais se vêm ainda mais excluídas. Em países com contingentes populacionais de origem étnica diversa como aqueles com grande população indígena, esta pode ser particularmente afetada, pois requer investimentos culturalmente adequados nas campanhas e políticas públicas.

Outra dimensão a ser considerada em abordagens preventivas e curativas do HIV/AIDS diz respeito a violência de gênero, particularmente a violência sexual que torna as mulheres mais vulneráveis ao contágio. Além do grande risco do contágio por doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) advindo do estupro, as mulheres cuja vida sexual obedece a padrões violentos em relacionamentos estáveis tem maior dificuldade em negociar com seus parceiros um comportamento sexual seguro, estando assim mais expostas a contaminação. Cabe lembrar que o método mais eficaz de proteção contra as DSTs é, sem dúvida, o uso do contraceptivo masculino, controlado pelos homens⁷.

Segundo documento da XVII Conferência Internacional sobre a AIDS em 2009, no México, a AIDS já se constituía em uma das principais causas de mortalidade de mulheres na América Latina⁸. Entretanto, a conformação simbólica desta enfermidade ainda se dá por uma visão deturpada, construída ainda sobre a idéia de que atinge preferentemente aos homens que fazem sexo com homens e que os riscos de contaminação estão, sobretudo nas relações eventuais.

Para Cook et al. (2004) as DSTs incluindo o HIV, também tem sido, ao longo dos anos, diagnosticadas com grande incidência sobre os grupos de jovens adultas (World Bank, 1993). Para estes pesquisadores, as mulheres por razões biológicas e sociais estariam, correndo um risco maior de contrair estas doenças, em decorrência de serem menos propensas a buscarem ajuda, via de regra notificarem de forma mais tardia dificultando o diagnóstico e tratamento, por terem maior risco de permanecerem com seqüelas e, por estarem sujeitas a discriminações sociais mais severas.

A incorporação da perspectiva de gênero é assim crucial para a prevenção e o atendimento a mulheres e homens HIV positivos. É preciso perceber, também, que a disseminação da doença se dá em todos os níveis econômicos e em todos os países, contudo, as pessoas de países em desenvolvimento tem sido as mais afetadas, sendo que as mulheres, os jovens adultos e as crianças, em especial as meninas, constituem os grupos de maior vulnerabilidade.

2. Considerações metodológicas e recomendações

Dos sítios recomendados para este estudo observou-se uma carência de informações sobre este indicador, o que motivou a busca de outras fontes de pesquisa, como a UNAIDS, amplamente citada nos parágrafos abaixo.

A CEPAL utiliza a base de dados dos indicadores dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (MDGS/UN) que traz informações sobre conhecimentos de HIV/AIDS, por sexo, na faixa de 15 a 24 anos de idade, com informações para os anos de 1996/2000/2001/2003/2005/2006. Na relação de países abordados por este sitio não são contemplados México, Brasil e Colômbia. Há também uma grande dificuldade de se analisar o dado pela ausência de informações mais objetivas sobre a metodologia e as fontes de dados (*surveys*, censos, outros) utilizadas para montar os indicadores. No caso do DHS, os bancos de dados produzidos são importantes fontes de informações, mas não contemplam nenhum dos

⁷ Vide a propósito Teti M,Chiltonet alli Identifying the Links Between Violence Against Women and Hiv/Aids, in Health and Human Rights Vol .9,No.2 Harvard School of Public Health

<http://www.adital.com.br/site/noticia.asp?lang=PT&cod=34442>

⁸ <http://www.adital.com.br/site/noticia.asp?lang=PT&cod=34442>

países deste estudo. Diante da dificuldade de utilização destas fontes, a análise aqui apresentada toma como referência os dados disponibilizados pela UNAIDS⁹.

O sitio da UNAIDS além de ter grande abrangência na América Latina e Caribe incorpora a perspectiva de gênero em seus relatórios, o que é de suma importância para a promoção de políticas públicas específicas para as mulheres.

Os dados estimados na tabela 8 estão relacionados aos anos de 2001 e 2007, produzidos e compilados pela UNAIDS/WHO. Eles têm sido compartilhados com os programas nacionais de HIV/AIDS para revisão e comentários, porém, salienta-se que a origem dos dados não são as estimativas oficiais utilizadas pelos governos. Segundo a UNAIDS/WHO, para calcular totais regionais, dados antigos ou modelos regionais foram usados para produzir uma estimativa mínima para estes países. As estimativas são dadas em forma de números absolutos que não refletem de maneira fidedigna a realidade de cada país, podendo manifestar discrepâncias entre o total regional/global e a soma do quadro por país. A extensão das incertezas depende principalmente, do tipo de enfermidade associada, da qualidade da cobertura e da consistência e supervisão dos dados produzidos em cada país.

A metodologia geral e as ferramentas usadas para produzir as estimativas específicas por país apresentadas na tabela 9 estão descritas no documento intitulado Sexually Transmitted Infections 2008, 84 (Supple 1)¹⁰ repassado aos países pela UNAIDS/WHO como diretrizes a serem seguidas na produção destas informações.

TABELA 9
NÚMERO ESTIMADO DE MULHERES (15+) COM HIV

Países	Prevalência HIV/AIDS	Anos	
		2001	2007
Brasil	Mulher (15+)	220 000	240 000
	Estimativa inferior	170 000	200 000
	Estimativa superior	270 000	310 000
Colombia	Mulher (15+)	24 000	32 000
	Estimativa inferior	51 000	66 000
	Estimativa superior	35 000	47 000
Cuba	Mulher (15+)	<100	1 000
	Estimativa inferior	1 200	3 600
	Estimativa superior	<1 000	1 800
Jamaica	Mulher (15+)	4 000	5 200
	Estimativa inferior	7 900	10 000
	Estimativa superior	5 800	7 600
Mexico	Mulher (15+)	31 000	39 000
	Estimativa inferior	68 000	87 000
	Estimativa superior	46 000	57 000
Nicaragua	Mulher (15+)	<1 000	1 400
	Estimativa inferior	3 900	3 900
	Estimativa superior	1 100	2 100

Fonte: Adaptado de UNAIDS/WHO, 2008.

Nota. Estas estimativas incluem todas as pessoas portadoras do vírus com ou sem o desenvolvimento dos sintomas de AIDS

Observa-se pelos dados da tabela 9 um grande quantitativo de mulheres infectadas pelo vírus do HIV entre os anos de 2001 e 2007 dentro de cada país analisado. Outra importante informação que pode ser extraída desta tabela é o acréscimo do número de casos de mulheres acima de 15 anos de idade infectadas. Em todos os seis países, ao comparar os dados dos anos de 2001 e de 2007, pode-se constatar

⁹ A UNAIDS/WHO produz e compila estimativas a partir de dados já existentes e de modelos regionais. As suas estimativas não são necessariamente coincidentes com as estimativas oficiais dos países e, via de regra, são apresentadas aos programas nacionais oficiais de HIV/AIDS para revisão e comentários.

¹⁰ http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/Resources/FeatureStories/archive/2008/20080728_STI_Online.asp

este aumento com mais destaque para alguns países como Brasil, Colômbia e Cuba. Apesar da relevância do estudo no que tange a sua abrangência e o corte de gênero, ele não contempla, entretanto, a Bolívia.

Segundo informações divulgadas no sítio da UNAIDS (www.unaids.org), a prevalência de homens infectados pelo HIV/AIDS é maior, porém a participação acumulada de casos de mulheres infectadas tem sido uma constante na divulgação das pesquisas nacionais desses países. Isso é preocupante, pois tende a incidir, também, em mais casos de prevalência do HIV/AIDS em populações em idade reprodutiva, conseqüentemente, espera-se que o risco de contração da doença por recém-nascidos aumente nos próximos anos.

Para um conhecimento de indicadores em sítios de organizações internacionais sobre o HIV/AIDS, a *Global View of HIV infection*¹¹ apresenta um acompanhamento do estágio mundial da doença entre o período de 1991 a 2007, sendo os dados apresentados por meio de mapas. Tendo em vista a alta incidência da transmissão vertical, particularmente nos sistemas de saúde que ainda não introduziram a testagem no pré-natal, seria importante que este relevante esforço de mapeamento discriminasse a prevalência de crianças soropositivas.

Seria interessante na elaboração de indicadores sobre HIV/AIDS acompanhar os sítios oficiais dos Governos, em especial os dos Ministérios da Saúde. No Brasil, por exemplo, onde existe um programa de distribuição gratuita dos retrovirais¹², o DATASUS, organizado pelo Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde, mantém uma base de dados com indicadores e estatísticas básicas de saúde, dentre eles, sobre o HIV/AIDS. As informações sobre o HIV/AIDS são acompanhadas pelo SUS através das notificações hospitalares de todos os estados brasileiros. Mesmo havendo atrasos na notificação e na atualização dos dados, gerando possível subestimação das taxas, ainda sim, são dados oficiais bastante confiáveis. Vários países analisados na América Latina e Caribe desenvolvem programas específicos sobre prevenção de HIV/AIDS, incluindo a produção de estatísticas que subsidiam a definição de prioridades e estratégias locais.

Na Colômbia alguns setores como a Secretaria Distrital de Salud de Bogotá dispõe de uma ampla gama de informações referente aos anos de 2006 e 2007, que priorizam alguns grupos populacionais, incluindo jovens, mulheres, trabalhadores sexuais e homens que tem sexo com homens. Em âmbito nacional, o Instituto Nacional de Salud dispõe também de informações relacionados a transmissão materno infantil (UNAIDS/COLOMBIA, 2008).

Em Cuba, desde 1986 está sendo desenvolvido o Programa Nacional para Prevenção e Controle do HIV/AIDS que entre suas vertentes de atuação inclui: educação, prevenção, diagnóstico, vigilância epidemiológica, atenção e cuidados e investigação (UNAIDS/CUBA, 2008). No Estado Plurinacional da Bolívia, o Ministerio de Salud y Deportes promove o Programa Nacional de Infecciones de Transmisión Sexual/VIH/SIDA - que aborda, dentre outras ações a questão da compilação de dados sobre a incidência desta enfermidade (UNAIDS/BOLIVIA, 2008). Em 2007 o Governo da Jamaica implantou a Secretaria Jamaicana de Redes de Soropositivos que visa reunir informações estatísticas sobre os casos de HIV e sobre estigma e discriminação (UNAIDS/JAMAICA, 2008). México e Nicarágua, da mesma forma, também desenvolvem ações na perspectiva de prevenir e melhor conhecer a incidência da doença em seus territórios (UNAIDS/MEXICO e NICARAGUA, 2008).

A resposta destes programas em alguns países tem se mostrado bastante positiva. No Brasil o Programa Nacional de Combate à AIDS do Ministério da Saúde tem sido uma referência internacional (UNAIDS/BRAZIL, 2008), conseguindo implantar ações e deter o avanço da epidemia no país.

¹¹ Para visualizar o mapa com indicadores sobre o HIV/SIDA acessar o sítio: http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/GR08_2007_HIVPrevWallMap_GR08_en.jpg

¹² Segundo Vilela, Wilza e Souza, Telma (2005), o acesso ao tratamento anti retroviral de alta eficácia, instituído no Brasil em 1997, até 2002 havia reduzido a taxa de letalidade do HIV em aproximadamente 50%. O diagnóstico mais precoce dos casos de Aids e de infecção pelo HIV, com a conseqüente possibilidade de profilaxia das infecções oportunistas, também contribuiu para a queda da letalidade da Aids. Ainda segundo estas autoras, em todo o mundo, apenas 300.000 teriam acesso a tratamento gratuito completo, destes, 135 000 estariam no Brasil.

Segundo o relatório publicado no www.unaids.org a Colômbia, com o fortalecimento e ampliação do sistema de saúde a partir de 1994 tem aumentado progressivamente o acesso e a prestação de serviços em saúde incluindo o HIV. Cuba, apesar de ainda enfrentar embargos políticos e econômicos, e ter tido, inicialmente, uma atitude preconceituosa com relação aos portadores de HIV/AIDS, hoje presta assistência a 100% da população cubana na luta contra o HIV/AIDS (UNAIDS/CUBA, 2008). A experiência de mais de quatro décadas na produção de medicamentos genéricos, dos quais se incluem o AZT, desde 1989, pode ter influenciado a manutenção de número de casos mais baixos de prevalência do HIV/AIDS entre os países destacados na tabela 8.

Diversos destes programas e ações são realizados por meio de fontes internacionais de apoio, como o UNAIDS/WHO e o World Bank.

Cabe, contudo sinalizar para a dificuldade de exercícios comparativos entre os vários dados produzidos nacionalmente por se tratarem de metodologias distintas e, muitas vezes, com focos específicos. Como pode ser observado há um esforço geral dos países de produção de indicadores, o desafio posto é de como viabilizar um diálogo entre estes indicadores produzidos nos diferentes países da América Latina e Caribe.

Na gama de indicadores produzidos, existem aqueles que podem ser considerados de avaliação prioritária, tais como os de serviços prestados pelos setores de saúde e o acompanhamento dos casos registrados de HIV, mas deve-se ainda manter em evidência e fortalecer o monitoramento da prevalência do HIV entre homens e mulheres, jovens e idosos, mulheres grávidas, crianças, modos de conhecimento de práticas de prevenção de infecção por HIV etc, para continuar garantindo os cuidados com a saúde reprodutiva e sexual.

V. Conclusões gerais

Segundo Cook, Dickens e Fathala (2004) na escolha dos indicadores é preciso se certificar de que os mesmos podem ser aplicáveis ao mesmo tempo nas esferas nacionais e internacionais, e se são cientificamente sólidos, representativos, compreensíveis e acessíveis. Assim, indicadores que possam ser adotados nas esferas nacionais e internacionais devem ser considerados “um sinal de progresso” na conquista de melhorias da condição da saúde reprodutiva. A robustez científica se refere à necessidade do indicador refletir de forma válida o que se deseja mensurar. No caso da representatividade, o indicador deve abranger adequadamente todas as questões ou grupos populacionais que se desejam avaliar, incluindo minorias e adolescentes. A compreensão do indicador diz respeito à facilidade de entendê-lo e interpretá-lo.

Em referência as observações destes autores, este estudo considera que, mesmo existindo problemas de comparabilidade em todas as dimensões abordadas —mortalidade materna, gravidez na adolescência, demanda indesejada de planejamento familiar e HIV/AIDS— tem sido feitos esforços para a construção de indicadores que permitam uma compreensão e interpretação dos fenômenos ligados a saúde reprodutiva e sexual na América Latina e no Caribe.

A questão da comparabilidade internacional dos indicadores revela-se como um dos principais desafios uma vez que não há uma padronização metodológica nem temporal na coleta de dados e na produção de indicadores entre os países analisados. Esta deficiência também foi percebida em diversos dos sítios internacionais analisados que nem sempre adotam os mesmos anos para todos os países.

Do ponto de vista de uma perspectiva comparativa entre países diversos da América Latina e Caribe as dificuldades se multiplicam, pois as fontes nacionais de dados como os censos não são realizadas nos mesmos anos e outros sítios nacionais como ministérios de saúde não oferecem o mesmo tipo de informações estatísticas que permitam comparabilidade. Esta dificuldade pode também estar mais diretamente relacionada a questões financeiras e de priorização de políticas e ações específicas a cada governo e agência internacional.

Na maioria expressiva dos países da América Latina e do Caribe os indicadores de saúde sexual e reprodutiva ainda deixam a desejar. Entretanto, entendendo que a produção de indicadores não é neutra no sentido de que obedece a prioridades políticas, tem havido avanços significativos, destacados neste estudo. Dentre estes foram salientados os avanços no âmbito de indicadores da mortalidade materna buscando o combate a sub-informação e sub-notificação através dos Comitês de Mortalidade Materna e de compromissos políticos assumidos pelos governos, particularmente no âmbito das metas do Milênio das Nações Unidas. Outro aspecto positivo com relação a este indicador, e que está relacionado com a atuação dos Comitês de Mortalidade Materna foi a possibilidade de realizar uma análise temporal e comparativa de todos os países contemplados neste estudo. Entretanto, por outro lado, as fontes pesquisadas apresentam dados passíveis de comparação apenas até o ano de 2005. Nesse sentido, é necessário que este compromisso de produção de dados seja permanente, permitindo o acompanhamento e atualização do indicador.

No que diz respeito a gravidez e a maternidade na adolescência alguns aspectos devem ser destacados. Um deles se refere a padronização das idades de 15 a 19 anos como base conceitual dos indicadores, que permite uma visão conjunta englobando, entretanto, grupos etários com diferenças fisiológicas e emocionais significativas. Ao serem desmembrados em sub-grupos, permitem análises por idade, demonstrando uma maior incidência da maternidade adolescente em idades mais avançadas, mas, apontando, também para uma tendência de precocidade da gravidez.

Ainda na questão etária, cabe destacar esforços identificados em alguns dos países analisados, tais como o Estado Plurinacional da Bolívia e Nicarágua, de considerar nas pesquisas sobre gravidez na adolescência meninas a partir de 13 anos de idade. Um outro aspecto positivo na produção desse indicador é a contextualização do mesmo, considerando, por exemplo, as evidências de correlação entre nível educacional e gravidez na adolescência. Uma das limitações deste indicador diz respeito a sua abrangência regional, visto que nenhuma das fontes de consulta incluí os países do Caribe analisados neste documento, inviabilizando uma análise comparativa mais completa.

Considerando que o risco de morte materna entre adolescentes é maior que entre mulheres adultas seria interessante a produção e/ou cruzamento de dados que permitam relacionar os partos realizados em adolescentes ao numero total de partos. Os resultados desta análise relacional poderiam contribuir na definição e ou adequação de políticas publicas de saúde especificas a este grupo populacional.

Com relação ao indicador demanda insatisfeita de planejamento familiar existe uma dificuldade real que diz respeito à forma de mensurar este dado, que, como anteriormente comentado, é fortemente influenciado por fatores culturais, religiosos dentre outros. No que se refere as fontes de pesquisa sobre o planejamento familiar, em algumas a ênfase está no conhecimento de métodos anticonceptivos, enquanto em outras recai em seu uso. Estas abordagens diferentes, mas complementares, permitem um olhar mais amplo sobre a questão da universalização do planejamento familiar. Ressalta-se novamente que a possibilidade de realizar análises mais completas requer a inclusão de outras variáveis fundamentais tais como raça, etnia, escolaridade, faixas etárias menores que 15 anos de idade, que contextualizam o perfil desta demanda e do uso de conceptivos contribuindo para a elaboração de políticas publicas que possam efetivamente reverter o quadro da morbi mortalidade materna, prevenir DSTs e gravidez na adolescência, e gravidez não desejada.

A abrangência e a comparabilidade deste indicador são também prejudicadas pelo fato de que algumas das fontes de pesquisa não contemplam os países do Caribe analisados neste estudo. Outro fator diz respeito a ausência de sistemática temporal na produção deste indicador, observada em outras fontes

de pesquisa. Não obstante os dados levantados por algumas destas fontes abarcarem um período amplo de análise, eles não permitem estudos comparativos entre países e nem o acompanhamento dos resultados dentro dos países por ano e por sexo. Já outras fontes de consulta apresentam bancos de dados com informações importantes sobre o indicador, mas não contemplam nenhum dos países deste estudo.

Apesar da dimensão epidemiológica do HIV/AIDS na região e da gravidade desta enfermidade, a mensuração de sua prevalência em termos gerais e discriminada por fatores específicos (sexo, raça, escolaridade, pobreza etc) apresenta ainda fragilidades. O que chama atenção considerando-se os inúmeros esforços nacionais e regionais de prevenção e atendimento vigentes na região, com destaque para o Brasil. Entretanto, é de se esperar que os inúmeros programas desenvolvidos para a prevenção e tratamento do HIV/AIDS neste grupo de países possam viabilizar a produção e a padronização de indicadores que permitam a construção de um retrato mais acurado do perfil epidemiológico na América Latina e no Caribe.

De um modo geral, a análise desenvolvida neste documento ressaltou a importância do modo como o indicador é produzido, incluindo a coleta, o processamento, a sua análise e difusão. Evidenciou também que os olhares de um mesmo indicador podem partir de diferentes óticas, que refletem, por exemplo, prioridades e compromissos políticos específicos, relações de gênero e outras relações de poder vigentes na sociedade.

Neste sentido, não só o indicador em si pode influenciar políticas públicas como o modo com que o mesmo é produzido pode já ser reflexo de algumas destas políticas e prioridades. O entendimento em alguns países de que a análise da gravidez na adolescência deve contemplar meninas a partir de 13 anos, por exemplo, sinaliza para uma preocupação local de inclusão desta faixa etária em programas e políticas de saúde sexual e reprodutiva. Da mesma forma, a possibilidade de discriminar a incidência de gravidez e da maternidade na adolescência ano a ano, no período de 15 a 19 anos, presente em algumas das fontes internacionais analisadas, possibilita delinear ações específicas de saúde reprodutiva uma vez que as necessidades não são as mesmas entre uma adolescente grávida de 15 e uma de 19 anos.

A importância das contribuições de diferentes atores nacionais na qualidade dos indicadores também fica clara, no caso, por exemplo, do papel desempenhado pelos comitês de mortalidade materna, que são compostos por parcerias com organizações da sociedade civil, particularmente organizações defensoras dos direitos reprodutivos.

Ainda outro resultado, salientado neste estudo, se refere a importância de correlacionar os indicadores com outras variáveis —como raça, etnia, nível sócio econômico—, que permitam uma contextualização destes indicadores para uma compreensão mais integral e abrangente do problema, bem como, para a definição e priorização de políticas que atendam efetivamente as mulheres

Bibliografia

- Briozzo, Leonel e Bedone, Aloisio (ed.) (2009), “Aborto inseguro: prevenção e redução de riscos e danos”. Centro de Pesquisa em Saúde Reprodutiva de Campinas, Campinas.
- Bueno, Gláucia da Motta (2004), “Variáveis de Risco para Gravidez na Adolescência”. Tese de Mestrado. Sociedade Paulista de Psiquiatria Clínica, São Paulo.
- Cook, Rebecca J., Dickens, Bernard M. e Fathalla, Mahmoud F. (2004), *Saúde Reprodutiva e Direitos Humanos: integrando medicina, ética e direito*, Rio de Janeiro, Ed. Oxford.
- Gobierno de Nicaragua (2006), “VIII Censo de Población y IV de Vivienda 2005”, Nicaragua, noviembre.
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (2009), “Incidência de Gravidez Maior entre os Pobres”, Desenvolvimento/IPEA, p. 89, Rio de Janeiro, julho.
- Langer, Ana e Espinoza, Henry (2002), “Embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad em America Latina y el Caribe.” en Nuevos desafíos de la responsabilidad politica, *Cuadernos del Foro*, ano 4, No 5, p.95-122, Buenos Aires.
- Loureiro, David Câmara; Vieira, Elizabeth Meloni (2004), “Aborto: conhecimento e Opinião de Médicos dos Serviços de Emergência de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, sobre aspectos éticos e legais”, *Cadernos Saúde Pública*, v. 20, No 3, p. 679-688, Rio de Janeiro, maio/jun.
- Milosavljevic, Vivian (2007), “Estadísticas para la Equidad de Género: magnitudes y tendencias em América Latina”, *Cuadernos de la CEPAL*, Naciones Unidas, Santiago de Chile.
- Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2007), “Relatório de Gestão 2003 à 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher”, Brasília, D.F.

- Ministério de Salud Pública de Cuba (MINSPA) (2008), “Anuário Estadístico de Salud”, MINSPA, Republica de Cuba.
- Ministério de Salud y Deportes (2006), “Situación de la salud: Estado Plurinacional de Bolivia 2004”. Documentos de Divulgación Científica. Ministério de Salud y Deportes, enero.
- Ministério de Salud y Deportes (2008), “Guía General: indicadores de Gestión en Salud”. Sistema Nacional de Información en Salud y vigilancia Epidemiológica, Estado Plurinacional da Bolivia, noviembre.
- Ministry of Health (2005), “Jamaica National Strategic Plan 2006-2010”. PAHO/WHO, Jamaica, October.
- Montaño, Sonia (superv.) (2007), “¡Ni una más! El derecho a vivir una vida libre de violencia en América Latina y el Caribe” Comissão Económica para América Latina e o Caribe, octubre.
- Organización Internacional del Trabajo, (OIT) Departamento de Integración de Políticas, Oficina de Estadísticas (2009) LABORSTA: estadísticas en línea. Ginebra.
- Oliveira, Elzira Lúcia de; Rios-Neto, Eduardo Gonçalves; Oliveira, Ana Maria Hermeto Camilo de. (2006), Transições dos jovens para o mercado de trabalho, primeiro filho e saída da escola: o caso brasileiro In: *Revista Brasileira de Estudos de População*. vol.23 no.1 São Paulo Jan./June 2006.
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (2003), “Promovendo a Maternidade Segura através dos Direitos Humanos”, OMS.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción Regional de la Mortalidad Materna en las Américas. XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana; 1990 Washington, OPAS/OMS. p. 45-71.
- Organización Panamericana de la Salud. Gobierno Municipal de La Paz Ministerio de Salud y Deportes. Prefectura de La Paz (2004), “Servicio de Salud con Enfoque de Género en el marco de la atención primaria de salud: Guía para el desarrollo de un modelo de intervención” OPS/OMS, La Paz.
- Pitanguy, Jacqueline e Mota, Adriana (Orgs.) (2001), “Os novos desafios da responsabilidade Política. Cadernos Fórum Civil, Ano 3, N. 4, Rio de Janeiro, Cidadania Estado Pesquisa Informação e Ação (CEPIA), março.
- _____(Orgs.) (2005), “Os novos desafios da responsabilidade Política. Cadernos Fórum Civil, Ano 7, N. 6, Rio de Janeiro, Cidadania Estado Pesquisa Informação e Ação (CEPIA), março.
- Pitanguy, Jacqueline (2006), “Rolling the dices with women's lives: accomplishments and challenges in the battle over reproductive health and rights in Latin America”, *Conscience The News journal of Catholic Opinion* Vol XXVII No 2, Catholics for free choice, Washington D.C.
- República de Colombia, Ministério de la Protección Social (2009), “Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales”, Bogotá, enero.
- _____(2003), “Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva”, Bogotá, febrero.
- Rutstein, Shea Oscar and Rojas, Guillermo (2006), “Guide to DHS Statistics, Demographic and Health Surveys ORC Macro Calverton, Maryland.
- The Alan Guttmacher Institute (1994). “ Aborto Clandestino: uma realidade latino-americana”, Nova Iorque, The Alan Guttmacher Institute.
- Secretaría de Salud (2007), “Programa Nacional de Salud 2007-2012, por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud”, México D.F.
- Souza, Alicia Navarro e Pitanguy, Jacqueline (orgs.) (2006), “Saúde, Corpo e Sociedade”, série *Didáticos*, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- United Nations Children's Fund (UNICEF) (2008), Relatório da Situação Mundial da Infância. <http://www.unicef.org/brazil/pt/cadernobrasil2008.pdf>
- _____(2008), “The State of the World's Children 2009: Maternal & Newborn Health”, UNICEF, New York, December.
- _____(2007), “The State of the World's Children 2008: Child Survival”, UNICEF, New York, December.
- _____(2003), “A mortalidade materna é extraordinariamente elevada nos países em desenvolvimento”, *Press Release*, UNICEF
- UNAIDS/WHO. (2007), Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (Português) Estimativas de HIV Revisadas. Situação da Epidemia Mundial de AIDS, 2007. <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/ud000025.pdf>
- _____(2008), Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS. Brazil. December. <http://www.unaids.org/en/CountryResponses/Countries/brazil.asp>.
- _____(2008), Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS (2008).Estado Plurinacional de Bolivia. December. http://apps.who.int/globalatlas/predefinedReports/EFS2008/full/EFS2008_BO.pdf
- _____(2008), Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS (2008).Colombia. December. http://apps.who.int/globalatlas/predefinedReports/EFS2008/full/EFS2008_CO.pdf

- ___(2008), Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS (2008).Cuba. December .http://apps.who.int/globalatlas/predefinedReports/EFS2008/full/EFS2008_CU.pdf
- ___(2008), Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS (2008). Jamaica. December . http://apps.who.int/globalatlas/predefinedReports/EFS2008/full/EFS2008_JM.pdf
- ___(2008), Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS (2008). Mexico. December . http://apps.who.int/globalatlas/predefinedReports/EFS2008/full/EFS2008_MX.pdf
- ___(2008), Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS (2008). Nicaragua. December . http://apps.who.int/globalatlas/predefinedReports/EFS2008/full/EFS2008_NI.pdf
- ___(2008), Estado Plurinacional da Bolivia Country Progress Report (2008). Bolivia. January. http://data.unaids.org/pub/Report/2008/bolivia_2008_country_progress_report_sp_es.pdf
- ___(2008), Colombia Country Progress Report (2008). Colombia. February. http://data.unaids.org/pub/Report/2008/colombia_2008_country_progress_report_es.pdf
- ___(2008), Cuba Country Progress Report (2008). Cuba. February. http://data.unaids.org/pub/Report/2008/cuba_2008_country_progress_report_sp_es.pdf
- ___(2008), Jamaica Country Progress Report (2008). Jamaica. February. http://data.unaids.org/pub/Report/2008/jamaica_2008_country_progress_report_en.pdf
- ___(2008), Mexico Country Progress Report (2008). Mexico. January. http://data.unaids.org/pub/Report/2008/mexico_2008_country_progress_report_sp_es.pdf
- ___(2008), Nicaragua Country Progress Report (2008). Nicaragua. January. http://data.unaids.org/pub/Report/2008/nicaragua_2008_country_progress_report_es.pdf
- ___http://www.unicef.pt/docs/pdf_arquivo/2003/03-10-20_mortalidade_materna.pdf
- Teti, Michelle, Chilton, Mariana, Lloyd, Linda & Rubinstein, Susan (2006), “Identifying the links between violence against women and HIV/AIDS”, *Health and Human Rights*, Vol. 9 No. 2, Harvard School of Public Health, Boston.
- Vilela, Wilza e Souza, Telma (2005), in “Os novos desafios da responsabilidade Política. *Cadernos Fórum Civil*, Ano 7, N. 6, Rio de Janeiro, Cidadania Estado Pesquisa Informação e Ação (CEPIA), março.
- Vignoli, Jorge Rodríguez (2008), “Reproducción Adolescente y Desigualdades en América Latina y Caribe: um llamado a la reflexión y a la acción”, Santiago de Chile, Comissão Económica para América Latina e o Caribe (CEPAL-CELAD/OIJ), noviembre.
- WORLD HEALTH REPORT (WHO) (2008), “Primary Health Report-Now More Than Ever, WHO. Trad. Relatório Mundial de Saúde, Portugal.
- World Health Organization (WHO) (2003), “Integrating Gender into HIV/AIDS Programs: a review paper”, WHO, Geneve.
- ___ (2001), Reproductive health indicators for global monitoring: report of the second interagency meeting, WHO. http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_01.19.pdf
- Sitios de Internet consultados durante o período de abril a outubro de 2009:
- www.who.int
- <http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idAplicacion=11&idioma=e>
- <http://www.who.int/reproductivehealth/en/>
- http://www.visionmundial.org/noticias.php?id_idioma=3&id_noticia=234
- <http://www.unaids.org/en/default.asp>
- <http://www.clam.org.br>
- <http://www.moh.gov.jm>
- <http://portal.salud.gob.mx/>
- <http://www.profamilia.org.co/>
- <http://celade.cepal.cl/cgi-bin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=ELCAIRO&MAIN=WebServerMain.inl>



Serie

CEPAL

mujer y desarrollo

Números publicados

A lista completa y os archivos pdf estan disponibles en

www.cepal.org/publicaciones

103. Indicadores de saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe, Jaqueline Pitanguy , Ligia Costa e Andrea Romani, (LC/L.3227-P), N° de venta: P.10.II.G.33, 2010.
102. National mechanism for gender equality and empowerment of women in Latin America and the Caribbean region, María Dolores Fernós, (LC/L.3203-P), N° de venta: E.10.II.G.18, 2010.
101. La dimensión de género en la reforma previsional chilena (Ley No 20.255 de reformad e pensiones, Sonia Yáñez (LC/L.3199-P), N° de venta: S.10.II.g.11, 2010.
100. Panorama del sistema previsional y género en Uruguay. Avances y desafíos, Rosario Aguirre y Lucía Scuro Somma, (LC/L.3190-P), N° de venta: S.10.II.G.17, 2010.
99. Estudio sobre la violencia contra la mujer, Lorena Fríes y Victoria Hurtado, (LC/L.3174-P), N° de venta: S.09.II.G.148, 2010.
98. La crisis económica y financiera. Su impacto sobre la pobreza, el trabajo y el tiempo de las mujeres, Sonia Montaña y Vivian Milosavljevic, (LC/L.3168-P), N° de venta: S.09.II.G.144, 2010.
97. Estrategias de desarrollo y equidad de género: Una propuesta de abordaje y su aplicación al caso de la IMANE en México y Centroamérica, Noemí Giosa Zuazúa y Corina Rodríguez Enríquez, (LC/L.3154-P) N° de venta: S.09.II.G.137, 2009.
96. Los objetivos del Milenio en Bogotá D.C.: propuesta de indicadores con enfoque de género, Ana Isabel Arenas Saavedra, (LC/L/3141-P), N° de venta: S.09.II.G.1140, 2010.
95. Economie des soins aux enfants en Haiti: prestataires, menages et parenté, Nathalie Lamaute-Brisson, (LC/L/3130-P), N° de venta: F.09.II.G 105, 2010.
94. Temporeras de la agroexportación en Chile: tensiones y desafíos asociados a la relación entre la vida laboral y familiar, Angélica Wilson y Pamela Caro, (LC/L.3117-P/Rev.1), N° de venta: S.09.II.G. 96, 2010.
93. Mujeres emprendedoras en América Latina y el Caribe: realidades, obstáculos y desafíos, Lidia Heller (LC/L.3116-P), N° de venta: S.09.II.G.95, 2010.
92. Two stops in today's new global geographies: shaping novel labor supplies and employment regimes, Saskia Sassen, (LC/L.2906-P), N° de venta: E/08.II.G.42, 2008.

- O leitor interessado em adquirir números anteriores desta série pode solicitá-los dirigindo a sua correspondência à Unidade de Distribuição, Cepal, Caixa Postal 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, Correio Eletrônico: publications@cepal.org.

Nome:

Actividade:

Endereço:.....

Código postal, cidade, país:.....

Tel.: Fax: Correio eletrônico:

كيفية الحصول على منشورات الأمم المتحدة

يمكن الحصول على منشورات الأمم المتحدة من المكتبات ودور التوزيع في جميع أنحاء العالم. استعلم عنها من المكتبة التي تتعامل معها أو اكتب إلى : الأمم المتحدة ، قسم البيع في نيويورك أو في جنيف .

如何获取联合国出版物

联合国出版物在全世界各地的书店和经售处均有发售。请向书店询问或写信到纽约或日内瓦的联合国销售组。

HOW TO OBTAIN UNITED NATIONS PUBLICATIONS

United Nations publications may be obtained from bookstores and distributors throughout the world. Consult your bookstore or write to: United Nations, Sales Section, New York or Geneva.

COMMENT SE PROCURER LES PUBLICATIONS DES NATIONS UNIES

Les publications des Nations Unies sont en vente dans les librairies et les agences dépositaires du monde entier. Informez-vous auprès de votre libraire ou adressez-vous à : Nations Unies, Section des ventes, New York ou Genève.

КАК ПОЛУЧИТЬ ИЗДАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЪЕДИНЕННЫХ НАЦИЙ

Издания Организации Объединенных Наций можно купить в книжных магазинах и агентствах во всех районах мира. Наводите справки об изданиях в вашем книжном магазине или пишите по адресу: Организация Объединенных Наций, Секция по продаже изданий, Нью-Йорк или Женева.

COMO CONSEGUIR PUBLICACIONES DE LAS NACIONES UNIDAS

Las publicaciones de las Naciones Unidas están en venta en librerías y casas distribuidoras en todas partes del mundo. Consulte a su librero o dirijase a: Naciones Unidas, Sección de Ventas, Nueva York o Ginebra.

Las publicaciones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y las del Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES) se pueden adquirir a los distribuidores locales o directamente a través de:

Publicaciones de las Naciones Unidas
Sección de Ventas – DC-2-0853
Fax (212)963-3489
E-mail: publications@un.org
Nueva York, NY, 10017
Estados Unidos de América

Publicaciones de las Naciones Unidas
Sección de Ventas, Fax (22)917-0027
Palais des Nations
1211 Ginebra 10, Suiza

Unidad de Distribución
CEPAL – Casilla 179-D
Fax (562)208-1946
E-mail: publications@eclac.cl
Santiago de Chile

Publications of the Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC) and those of the Latin American and the Caribbean Institute for Economic and Social Planning (ILPES) can be ordered from your local distributor or directly through:

United Nations Publications
Sales Sections, DC-2-0853
Fax (212)963-3489
E-mail: publications@un.org
New York, NY, 10017
USA

United Nations Publications
Sales Sections, Fax (22)917-0027
Palais des Nations
1211 Geneve 10, Switzerland

Distribution Unit
CEPAL – Casilla 179-D
Fax (562)208-1946
E-mail: publications@eclac.cl
Santiago, Chile