SAU
1220

DEPOIMENTO DO MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, WALDYR MENDES ARCOVERDE, NA CPI QUE INVESTIGA PROBLEMAS VINCULADOS AO AUMENTO POPULACIONAL BRASILEIRO

Brasília, 21 de junho de 1983.

MT
HB575
A675d
e.1
1983
1ed

SAU
1220

BIBLIOTECA
Ministério da Saúde
Registro MF 3962
Aquisição Doação R$10,00
Data 01/12/00
e. 1
100020008351

Senhor Presidente,
Senhor Relator,
Senhores Senadores,
Senhores Deputados,
Senhoras e Senhores.

Inicialmente desejo agradecer a oportunidade oferecida ao Ministério da Saúde para participar desta CPI e assim contribuir na discussão do controvertido tema do aumento populacional. As considerações que aqui farei não têm pretensão de esgotar o tema no tangente aos aspectos vinculados à definição de uma política populacional brasileira. A grande contribuição oferecida nesta Casa por destacados membros da sociedade brasileira, bem como por pessoas simples de nossa comunidade — cujos depoimentos acompanhei através de documentos que me chegaram às mãos —, por certo possibilitará a esta expoente Comissão subsídios suficientes para a abordagem do tema em toda a sua plenitude e complexidade. Minha exposição será enfocada sob o prisma da saúde do indivíduo, da família e da população, onde os aspectos ligados à regulação da fertilidade com vistas ao planejamento da prole — de acordo com o projeto de vida de cada indivíduo —, representam apenas componentes de uma ação mais ampla do setor saúde vinculados aos princípios de eqüidade e proteção à saúde.

Essa ótica está justificada amplamente ao considerar as notórias evidências de que a redução da fecundidade no Brasil, por diversas vezes anunciada neste Plenário, sobretudo a ocorrente nos estratos sociais mais carentes — os mais necessitados da atenção do Estado —, seria resultante não de uma livre escolha de famílias menores, planejadas, mas de uma estratégia de sobrevivência, realizada através do recurso a soluções drásticas, tanto do ponto de vista ético, como do sanitário. Complementa o quadro de referência aqui esboçado para a minha exposição, a forma como se articulam o campo da saúde — compreendendo o conjunto de fatores sociais e naturais que determinam o estado de saúde de uma população —, e o setor saúde, como o conjunto de recursos e ações voltados especificamente para recuperar a saúde e evitar a doença. Acredita-se que a população não constitua um universo homogêneo, com probabilidades iguais de viver, ficar doente e morrer, ao contrário, é composta de grupos sociais distintos, possuidores, portanto, de formas diferentes de existir. A saúde do homem está determinada pelo grupo social no qual se insere, ou seja, pela maneira como ele produz seus meios de vida, em que e como trabalha. Ao mesmo tempo, depende igualmente de como e com que satisfaz suas necessidades.

Por essa razão é que as ações do setor saúde ou do campo saúde, mesmo quando eficientemente articuladas e até interdependentes, estão condicionadas pelas características das

estruturas sociais e econômicas da sociedade.

Permitam-me agora, Senhoras e Senhores, discorrer sumariamente a respeito da evolução demográfica brasileira, enfocando basicamente os indicadores mais importantes relacionados ao setor saúde, em especial os atinentes à população feminina, à problemática médica vinculada à regulação da fertilidade e concluir com uma apresentação sumária de proposta do Ministério da Saúde, contendo subsídios para o desenvolvimento de ações de assistência integral à saúde da mulher.

Baseado em dados da Fundação IBGE, que inclusive já foram apresentados nesta Comissão, constatou-se que a taxa de crescimento total da população vem decrescendo a partir de 1960, apresentando-se nos resultados do censo de 1980 em torno de 2,49 % . Paralelamente, decresceram as taxas brutas de natalidade e mortalidade. A especificidade desse comportamento, no entanto, consiste em que, apesar da diminuição do coeficiente de mortalidade geral, a taxa de mortalidade infantil ainda se mantém alta, apesar dos esforços desenvolvidos pelo setor saúde na redução desse coeficiente.

A análise isolada da taxa geométrica média de crescimento anual na década de 1970-1980, pode conduzir a uma visão equivocada dos problemas vinculados ao aumento populacional. Embora constitua uma das mais elevadas taxas de crescimento do mundo, não chega a ser ameaçadora à economia brasileira, não só porque seria por demais simplista atribuir ao tamanho da população a responsabilidade pelos problemas enfrentados atualmente por nossa sociedade, como principalmente pela tendência de decréscimo gradual e seguro da taxa de fecundidade, acentuada na última década, o que descaracteriza já uma situação de explosão demográfica.

A argumentação neo-malthusiana, fundamentada em tal pressuposto, tem sido discutida por diversos depoentes desta CPI e poderá ser ampliada durante os debates, de forma a assegurar a objetividade da exposição.

A relação entre crescimento populacional e crise econômica deve ser abordada sob o ângulo da organização da produção, enquanto a relação entre crescimento populacional e saúde deve partir do princípio do direito à saúde, crescendo ou decrescendo a taxa de crescimento populacional. Em ambas, a análise do contexto histórico onde ocorrem as relações entre os homens e destes com a natureza deve orientar a ação política.

Quanto à interseção entre essas duas abordagens, da qual até poderia resultar uma política demográfica, cabe ao Ministério da Saúde estudar a dinâmica populacional dando ênfase às variáveis natalidade e mortalidade. Uma política de população envolve aspectos relacionados não apenas com a interação entre taxas de natalidade e mortalidade mas, sobretudo, com a distribuição da população sobre o espaço. Essa distribuição é decorrente

da organização espacial das atividades econômicas, constituindo um setor onde a intervenção do Estado é mais pertinente do que na regulação da fecundidade (Quadro 1).

A julgar pela taxa de mortalidade bruta, os atuais níveis de mortalidade no Brasil são aparentemente muito baixos, equivalentes à média dos países europeus. Uma das diferenças entre o padrão brasileiro e o europeu está na estrutura etária. Enquanto o Brasil possui uma população jovem, produto de níveis de fecundidade que se mantiveram elevados durante muito tempo, sobretudo entre as décadas 40 e 60, os países europeus têm uma população envelhecida, como resultado de uma fecundidade reduzida durante várias décadas. Simplificando, se o Brasil possuísse a composição por idade e sexo dos países europeus, mantida a atual taxa de mortalidade infantil, sua taxa de mortalidade geral se situaria em torno de 14 a 17 por mil habitantes e não no atual nível de 9,0 (nesta taxa considerou-se a estimativa de sub-registro de óbitos). Pelas mesmas razões, qualquer comparação entre sub-regiões do Brasil, em termos de taxas de mortalidade, estaria afetada pelos mesmos fatores.

As reduzidas taxas de crescimento nesses países foram alcançadas não apenas através de baixas taxas de natalidade, mas também pelos níveis de mortalidade, que se expressam melhor na esperança de vida ao nascer e na mortalidade infantil.

A distância que existe entre o Brasil e aqueles países é, no entanto, muito grande ainda no que se refere à mortalidade assim como à fecundidade. Compare-se a mortalidade infantil do Brasil (89/1.000 nascidos vivos) com a dos Estados Unidos da América do Norte ou a dos países da Europa Ocidental (9 a 14/1.000 nascidos vivos).

Essa distância representa a dívida social não só dos países desenvolvidos em relação aos em desenvolvimento, como também a que o próprio país tem com a sua população que aspira atingir níveis de desenvolvimento e saúde semelhantes aos dos países referidos (Quadro 2).

É importante ressaltar ainda que nos países mencionados o equilíbrio atual de baixa mortalidade e baixa natalidade foi precedido historicamente por períodos de crescimento populacional rápido, porque primeiramente decresceu a mortalidade, como resultado de melhores condições de vida e saneamento ambiental, e só então diminuiu a natalidade até alcançar-se o nível atual.

Aparentemente os grupos sociais precisam de uma razoável segurança de sobrevida de seus descendentes, antes de reduzir de forma significativa a sua fecundidade.

No Brasil, observam-se também diferenças evidentes entre regiões. A mortalidade infantil no Sul, de 55/1.000 nascidos vivos representa menos da metade da mortalidade infantil do Nordeste, de 130/1.000, refletindo as melhores condições de vida e saúde prevalecentes no Sul (Quadro 3).

Outro fator importante a ser analisado, refere-se à redução da taxa de fecundidade total, medida que traduz em termos gerais o número médio de filhos tidos por mulher entre os 15 e 49 anos. A análise dos fatores diretos que influem nessa taxa, bem como dos determinantes indiretos situados ao nível do processo mais amplo de transformação da sociedade, ajudam a compreender o fenômeno. A idade média ao casar, o índice de celibato, o padrão de amamentação e o índice de abstinência sexual pós-parto, fatores diretos que influem isoladamente ou combinanados na taxa de fecundidade total, não foram significativamente alterados. Quanto ao número de abortos, cujo aumento também poderia interferir nesta taxa, não chega a ser significativo a ponto de justificar a diminuição da fecundidade, embora se constitua num sério risco para a saúde (Quadro 4).

A redução observada na fecundidade somente se explica se uma proporção crescente da população, particularmente das áreas urbanas, estiver exercendo práticas de regulação da fertilidade. Entretanto, é importante ressaltar que existem diferenças na forma e no significado do controle da prole nos diversos estratos sociais. Existem evidências de que a queda da fecundidade nos estratos sociais baixos seria resultado não tanto valorativo de uma família menor, mas de uma estratégia de sobrevivência face às dificuldades materiais existentes, realizada através do recurso a alternativas praticamente irreversíveis, como é o caso das esterilizações ou a práticas que expõem a mulher à situação de risco elevado, como é o caso do aborto provocado.

Como decorrência da queda da fecundidade e da diminuição dos índices de mortalidade, tem-se um perfil populacional já bastante alterado. Percebe-se claramente que este perfil apresenta-se como de transição com a redução do tamanho da população infantil e jovem, paralelamente ao aumento relativo da população de 60 anos e mais (Quadro 5).

O crescimento da população, ainda que a taxas declinantes, significará mais 60 ou 70 milhões de pessoas até o ano 2000 que viverão nas cidades, para onde se deslocarão ademais 5 a 10 milhões dos habitantes rurais de hoje. A fecundidade em declínio e o aumento da esperança de vida significarão um acelerado aumento da proporção de idosos: no ano 2000 teremos em torno de 19 milhões de maiores de 60 anos em comparação com os 8 milhões de hoje.

As modificações do perfil da composição etária da população, a médio prazo, implicará na necessidade de redirecionamento das políticas sociais do país, de previdência social em especial, e, no que se refere à saúde, certamente serão alteradas as características epidemiológicas indicativas das prioridades do setor.

A intensificação do uso de métodos contraceptivos pela população merece uma análise mais detalhada, principalmente no atinente aos riscos de uso inadequado. Recorrendo aos

únicos dados disponíveis sobre o assunto, originados de pesquisa nos estados das regiões Sul, Sudeste e Nordeste, constata-se nítida predominância do uso de métodos de elevada eficácia, como é o caso das pílulas contraceptivas, seguido pela prevalência da esterilização (Quadro 6).

O conhecimento da distribuição dos métodos contraceptivos na população feminina evidenciou o grau de inadequação do uso de pílulas por mulheres acima de 35 anos, constituindo um risco grave à saúde desse grupo. Na mesma pesquisa citada anteriormente, 11 % das mulheres casadas da Paraíba, na faixa de 35-39 anos, faziam uso de pílulas. Ainda mais grave, no Estado do Rio Grande do Norte 10% das mulheres casadas, no grupo etário de 40-44 anos, usavam pílulas. Em São Paulo, 20% das mulheres de 35-39 anos e 11,5 % das mulheres entre 40-44 anos utilizavam esse método (Quadro 7).

Para se avaliar os danos à saúde que essa situação poderá representar, é preciso lembrar que o risco de morte devido ao uso de pílulas por mulheres com idade superior a 35 anos, é maior que com o uso de qualquer outro método contraceptivo. É também maior que o risco de morte devido à gravidez, quando a mulher apresenta outros fatores de risco, como fumo, obesidade ou hipertensão.

Por outro lado, a percentagem de mulheres abaixo de 25 anos que foram esterilizadas é indicativa da falta de alternativas oferecidas para a regulação de sua fecundidade (Quadro 8).

Em quatro dos cinco estados do Nordeste estudados, observa-se que 12% das mulheres casadas entre 25-29 anos já estavam esterilizadas e 10 a 17 % das mulheres com dois filhos encontravam-se na mesma situação (Quadro 8 A).

As mesmas pesquisas mencionadas mostraram ainda que entre 63 e 74% das mulheres que tiveram parto por cesariana foram submetidas à esterilização tubária no mesmo ato cirúrgico. Esses dados mostram, por um lado, que muitas mulheres e neonatos são submetidos ao risco desnecessário da cesariana para prática da ligadura de trompas e, por outro, que a esterilização é realizada no momento em que a mulher tem menores condições de decidir refletidamente se aceita ou não esse tipo de intervenção praticamente irreversível.

Entretanto, a contracepção bem indicada e com orientação adequada pode dar uma contribuição importante nos programas de saúde materno-infantil, seja evitando gravidez de maior risco, seja possibilitando um adequado espaçamento entre os filhos.

Tem-se constatado que, em certos grupos de mulheres, a gravidez representa um risco para a saúde ou mesmo para a sua vida e a do concepto. Nesse caso, a utilização de métodos contraceptivos reverte em grande benefício para a saúde materna.

O fato de que alguns métodos anticoncepcionais mais eficazes impliquem riscos para a saúde exige uma indicação médica e acompanhamento pelos serviços médicos da clientela que os utiliza. Assim, oferecida a informação, adotada a decisão livre e consciente de limitar a prole e oferecidos os meios necessários, é indispensável o acompanhamento e a avaliação sistemática para evitar ou reduzir efei-

tos colaterais de maior risco para a saúde.

Permito-me agora, após discorrer sobre repercussão do planejamento familiar, informar sobre o conjunto de patologias referentes ao aparelho reprodutivo, além das patologias clínicas que indistintamente acometem as mulheres.

A população feminina de 15 a 49 anos contribui com aproximadamente 7 % do total de óbitos gerais. De cada 16 óbitos, 1 corresponde ao de uma mulher em idade reprodutiva. As sete primeiras causas de óbito são, em ordem de freqüência: doenças do aparelho circulatório (28,8 %); causas externas, acidentes e violência (16,7 %); neoplasias (15,7 %); doenças infecciosas e parasitárias (8,4 %); doenças do aparelho respiratório (6,7 %); doenças do aparelho digestivo (6,3 %) e complicações da gravidez, parto e puerpério (5,9 %) (Quadros 9, 9 A e 9 B).

Considerando as causas diretamente relacionadas com a função reprodutiva, observa-se que são mais freqüentes os óbitos por hipertensão na gravidez, complicações do trabalho de parto, infecção puerperal, hemorragias obstétricas e aborto. Esses fatos preocupam o Ministério da Saúde, já que todas essas causas são evitáveis através de adequada assistência pré-concepcional, pré-natal, ao parto, ao puerpério e intergestacional (Quadros 10 e 10 A). O mesmo ocorre a respeito das neoplasias malignas que, em grande parte, seriam evitáveis mediante exame preventivo sistemático das mamas e citologia cervical (45,6 % dos óbitos por neoplasias malignas em mulheres de 15 anos e mais, correspondem a tumores ginecológicos).

A morbidade apresenta, em geral, a mesma estrutura por causas, aparecendo, em níveis crescentes, as cardiopatias, a hipertensão arterial, os acidentes e doenças relacionadas com atividades profissionias. Quanto às patologias que interferem no desempenho obstétrico, destacam-se a desnutrição, as moléstias sexualmente transmitidas, a presença de patologias clínicas como a hipertensão arterial, as cardiopatias, as infecções do trato urinário e alguns hábitos como o tabagismo.

Tendo como referência os fatos por mim mencionados, entendo que a ação do Ministério da Saúde deve incidir sobre a mulher em todas as suas necessidades. O planejamento familiar aí se insere, sendo fundamentado em motivos de ordem médica e de oportunidade de acesso às informações e aos meios contraceptivos pela população. É esse o conceito de assistência integral preconizado pelo meu Ministério: as ações de saúde dirigidas globalmente ao atendimento de todas as necessidades do grupo populacional, onde todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com o sistema de saúde seja utilizado em benefício da proteção integral de sua saúde. Por esses motivos, não é recomendável qualquer serviço que desenvolva exclusivamente atividades de planejamento familiar.

Essa postura está em consonância com os princípios declarados pelo Governo Brasileiro, em agosto de 1974, no Congresso Mundial de População, em Bucarest, que atribuiu ao Es-

tado "proporcionar informação e meios para que todos possam planejar suas famílias, oferecer serviços adequados e adotar medidas necessárias para a redução de mortalidade geral, especificamente a infantil".

Nesse sentido, estão se concentrando esforços na melhoria das atividades de saúde materno-infantil através do desenvolvimento de Ações de Promoção da Saúde da Criança, compreendendo como prioridade atividades de controle das doenças diarréicas, assistência alimentar e nutricional, controle das doenças transmissíveis, das respiratórias agudas, das enteroparasitoses, bem como o incentivo ao aleitamento materno. Em relação à mulher, entendo que as ações de saúde devem visar, de modo integrado, todas as suas necessidades no campo sanitário, captando todo e qualquer contato que esta venha a ter com o sistema de saúde, independente da fase do ciclo reprodutivo em que se encontrar.

Por sua vez, os serviços de saúde serão instrumentalizados de acordo com seu grau de complexidade, para oferecer atividades de controle de pré-natal, assistência no parto e no puerpério, controle das doenças sexualmente transmitidas, do câncer cérvico-uterino e da mama e assistência para a concepção e a contracepção.

No final desta minha exposição, desejo destacar que as ações propostas pelo Ministério da Saúde relativas à regulação da fertilidade devem ser norteadas pelos mesmos princípios que o fazem atuar no sentido de reduzir os índices de morbidade e mortalidade infantil, materna e geral. Ao planejamento familiar deve ser atribuído o "lugar adequado" no contexto das ações de saúde, ou seja, não deve ser supervalorizado enquanto solução dos problemas sociais e econômicos e nem subestimado no referente à sua real necessidade no âmbito da saúde, especialmente na saúde da mulher.

Assim, compreendo que o desenvolvimento de atividades nessa área deve nortear-se pelas seguintes diretrizes gerais:

— o planejamento familiar é atividade complementar no elenco de ações de saúde materno-infantil. As motivações que levam o Ministério da Saúde a propor uma ação efetiva nesta área são baseadas em princípios de eqüidade e de ordem médica;

— as implicações de caráter ético, religioso e sanitário afetas à questão de planejamento familiar são indicativos da necessidade de um controle objetivo, que assegure a obediência às diretrizes do Ministério da Saúde;

— a oferta de meios e orientações para o planejamento familiar deve desvincular-se de qualquer caráter coercitivo para as famílias que venham a utilizá-los. É indispensável assegurar a liberda-

de de opção às famílias quanto ao número de filhos que desejem ter;

— assim sendo, todas as atividades atinentes à questão do planejamento familiar devem ser desenvolvidas através de serviços de assistência materno-infantil, complementando outros serviços que estes proporcionam;

— todos os esforços a serem empreendidos e a captação de recursos para a operacionalização de atividades devem guardar coerência com estas diretrizes.

Finalizando, o Ministério da Saúde apresenta como proposta a esta CPI subsídios que visam uma ação programática voltada à assistência integral à saúde da mulher, sem qualquer pretensão inovadora, mas de aplicação ampla no sistema básico de saúde.

No momento em que concluo este depoimento, e em homenagem aos Excelentíssimos Senhores Parlamentares componentes desta Comissão, conclamo todos os setores governamentais e da sociedade em geral para uma atuação conjunta no sentido da melhoria da qualidade de vida e da elevação dos níveis de saúde do nosso povo.

QUADRO 1

COMPONENTES DO CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

ENTRE 1840 E 1980

PERÍODO	TAXA BRUTA DE NATALIDADE (N) (‰)	TAXA BRUTA DE MORTALIDADE (M) (‰)	CRESCIMENTO NATURAL (N-M) (‰)	MIGRAÇÃO LÍQUIDA (I) (‰)	CRESCIMENTO TOTAL (N-M+I) (‰)
1840-70	46,5	32,3	14,2	0,9	15,1
1870-90	46,6	29,5	17,1	2,0	19,1
1890-00	46,0	27,8	18,2	6,0	24,2
1900-20	45,0	26,4	18,6	2,2	20,8
1920-40	43,5	24,8	18,7	1,8	20,5
1940-50	44,4	20,9	23,5	0,4	23,9
1950-60	43,3	14,2	29,1	0,9	30,0
1960-70	38,7	9,8	28,9	0,0	28,9
1970-80	32,1	7,2	24,9	0,0	24,9

FONTE: CENSOS DEMOGRÁFICOS - FUNDAÇÃO IBGE - DEPOIMENTO DO DR. JESSÉ MONTELO NA CPI DO AUMENTO POPULACIONAL - MAIO/1983

QUADRO 2

ALGUNS INDICADORES DEMOGRÁFICOS DE DIVERSOS PAÍSES DO MUNDO, EM 1970/75/80

INDICADOR / PAÍS	ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER (ANOS)						TAXA DE CRESCIMENTO POPULACIONAL ANUAL (%)			TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL (POR 1.000 NV)	TAXA DE NATALIDADE (POR 1.000 HAB)	TAXA DE MORTALIDADE GERAL (POR 1.000 HAB)
	1970		1975		1980							
	M	F	M	F	M	F	1970	1975	1980			
1 ALEMANHA OCIDENTAL (RFA)	67	73	68	74	69	75	0,6	0,4	-0,3	15,5 (77)	10,1 (80)	11,6 (80)
2 ALEMANHA ORIENTAL (RDA)	68	73	69	74	69	75	0,1	-0,3	...	14,0 (79)	14,6 (80)	14,2 (80)
3 ANGOLA	35	38	37	40	40	43	1,5	2,3	2,5	...	...	...
4 ARGENTINA	64	71	65	72	66	73	1,4	1,3	1,3	45,0 (77)	21,4 (75)	8,9 (75)
5 BANGLADESH	44	43	36	36	46	46	2,9	2,3	2,8	153,0 (74)	44,0 (78)	19,0 (78)
6 BRASIL	57	60	58	62	60	64	2,8	2,6	2,4	87,3b (79)	33,0- (79)	9,0b (80)
7 CABO VERDE	54	58	56	60	58	62	2,6	2,2	1,7	104,9 (77)	27,6 (75)	9,4 (75)
8 CHINA	58	61	62	65	66	69	2,1	2,0	1,4	...	17,9 (79)	6,2 (79)
9 ESTADOS UNIDOS	67	74	68	75	69	77	1,1	0,8	0,9	13,6 (78)	16,2 (80)	8,9 (80)
10 FRANÇA	68	75	69	76	70	78	0,8	0,8	0,3	11,0 (78)	14,9 (80)	10,2 (80)
11 GUINÉ-BISSAU	35	38	37	40	39	43	-0,2	1,6	1,7	47,1 (70)	40,1 (74)	25,1 (75)
12 HONDURAS	49	53	52	56	55	59	2,7	3,2	3,5	103,0 (74)	49,3 (80)	12,4 (80)
13 HUNGRIA	67	72	67	73	67	73	0,4	0,4	0,4	24,0 (78)	13,9 (80)	13,6 (80)
14 INDIA	47	46	49	48	50	49	2,3	2,3	2,0	125,0 (78)	33,3- (78)	14,2 (78)
15 MOÇAMBIQUE	39	43	42	45	44	48	2,3	2,5	2,6	...	...	...
16 SÃO TOMÉ E PRÍNCIPE	..	..	..	..	..	..	...	...	...	64,0 (78)	45,0 (72)	11,2 (72)
17 UNIÃO SOVIÉTICA	66	74	66	74	65	74	0,9	1,0	0,9	27,7 (78)	18,3 (80)	10,3 (80)

FONTE : ONU

NOTA : A - ESTIMATIVA DAS NAÇÕES UNIDAS

B - ESTIMATIVA DA DNE/SNABS/MS, CONSIDERANDO-SE TAMBÉM O SUB-REGISTRO DE ÓBITOS.

( ) - OS NÚMEROS ENTRE PARÊNTESES INDICAM O FINAL DO ANO CIVIL DOS DADOS.

QUADRO 3

ALGUNS INDICADORES DE SAÚDE, POR GRANDES REGIÕES, BRASIL, 1979/80

INDICADOR / REGIÕES	COEF. NATALIDADE (POR 1.000 HAB)	COEF. MORT. INFANTIL (POR 1.000 NV)	COEF. MORT. GERAL (POR 1.000 HAB)	COEF. CRESCIMENTO POPULACIONAL (% AO ANO)
NORTE	38,7	100,0	8,5	5,0
NORDESTE	35,8	130,0	12,1	2,2
SUDESTE	27,2	67,0	8,0	2,6
SUL	26,6	55,0	6,9	1,4
CENTRO-OESTE	31,9	85,0	7,5	4,1
BRASIL	31,0	87,3	9,0	2,4

FONTE : MINISTÉRIO DA SAÚDE E IBGE.

QUADRO 4

TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL E TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL

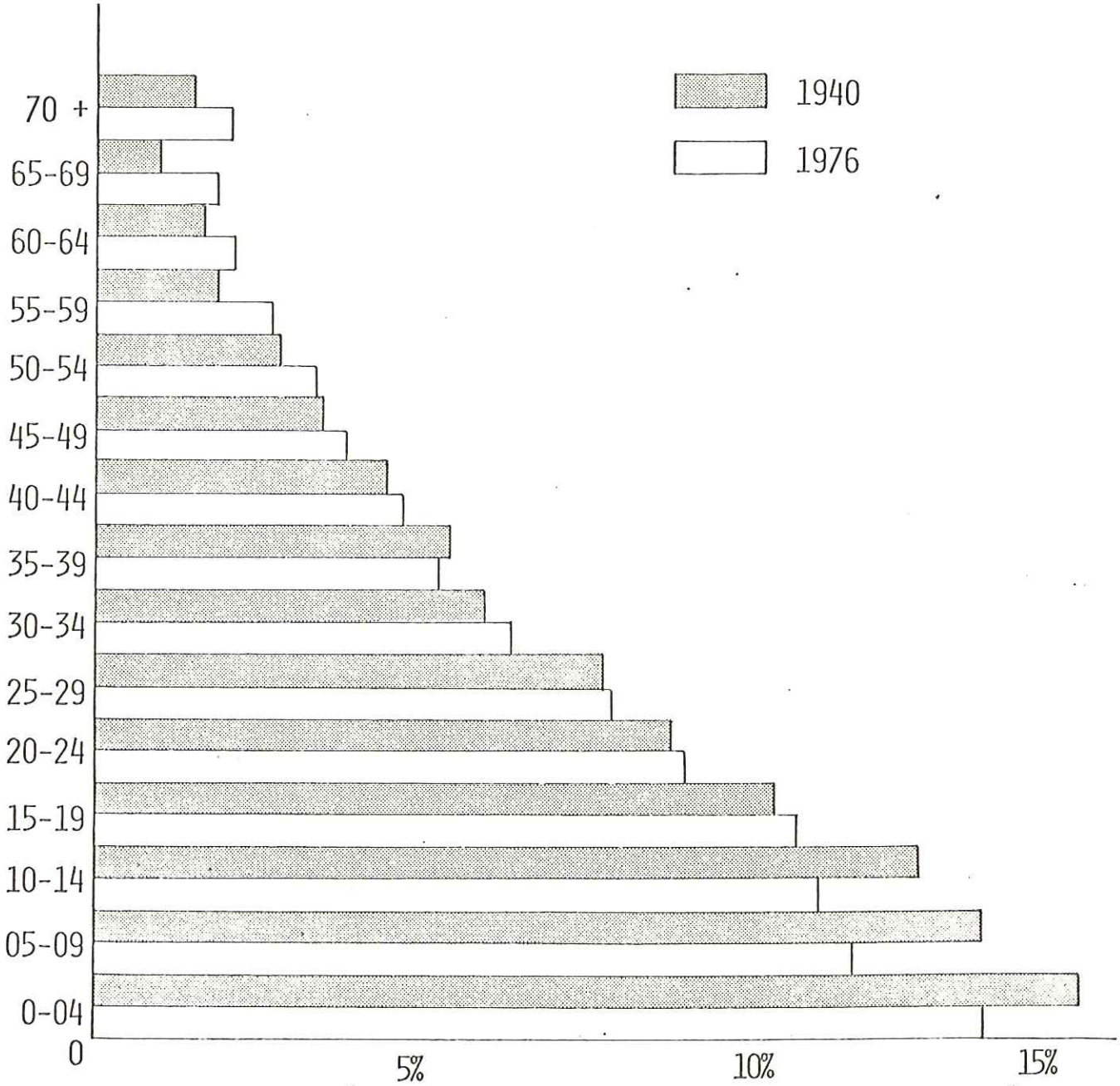
BRASIL 1940 - 1980

ANOS	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL (‰)	TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL
1940	160	6,16
1950	146	6,21
1960	122	6,28
1970	116	5,76
1972	112	5,45
1973	109	4,89
1976	98	4,26
1977	96	4,25
1980	93	4,19

FONTE: ANAIS DO 2º ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, ABEP.
IBGE. TABULAÇÕES AVANÇADAS DO CENSO DEMOGRÁFICO DE 1980.

QUADRO 5

COMPOSIÇÃO ETÁRIA DA POPULAÇÃO, BRASIL, 1940 E 1980



FONTE: IBGE "TABULAÇÕES AVANÇADAS DO CENSO DEMOGRÁFICO - 1980"

QUADRO 6

USO ATUAL DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS POR MULHERES CASADAS COM IDADE DE 15 A 44 ANOS DE ACORDO COM O MÉTODO E A REGIÃO

Especificação \ Região	Sul (%) (1)	Sudeste (%) (2)	Nordeste (%) (3)
Usando Atualmente	66,2	62,0	38,5
. Esterilização	14,6	16,9	15,3
. Pílulas	33,2	25,0	13,2
. Rítmo	4,9	5,2	4,5
. Coito Interrompido	9,1	7,5	3,6
. Outros	4,5	7,4	1,9
Não Usando Atualmente	33,8	38,0	61,5
N	2904	2110	6408

Fonte : (1) Pesquisa sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar Região Sul - Resumo - 1982.

(2) Nakamura, M.S., Morris Leo et alii. Contraceptive Use and Fertility Levels in São Paulo, Brazil, Studies in Family Planning, volume 11, number 7/8 - July/August/ 1980. (Mulheres de 15-49 anos).

(3) Rodrigues, W. et al. Pesquisa sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar (BA, PE, PB, PI, RN) - 1980.

QUADRO 7

PORCENTAGEM DE MULHERES CASADAS QUE USAM PÍLULAS POR GRUPO ETÁRIO - 1979/80

Estado / Idade	Bahia (1)	Pernambuco (1)	Paraíba (1)	Rio Grande do Norte (1)	Piauí (1)	São Paulo (2) 1978
15-19	7.0	16.8	15.0	34.4	10.6	35.4
20-24	16.6	20.0	20.9	19.9	13.7	41.2
25-29	16.5	15.7	19.1	22.2	16.1	35.9
30-34	16.6	10.3	12.1	18.2	4.6	27.4
35-39	4.5	6.9	10.6	10.1	8.4	20.2
40-44	3.5	7.5	6.0	10.2	7.1	11.4
N	1396	1259	1183	1300	1340	2110

Fonte: (1) Rodrigues, W. et. al. Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar (BA, PE, PB, RN, PI) - 1979, 1980.

(2) Nakamura, M.S., Morris, Leo et alii (op.cit.) (Mulheres de 15-49 anos).

QUADRO 8

PORCENTAGEM DE MULHERES CASADAS, ESTERILIZADAS, POR GRUPO ETÁRIO

1979/1980

Idade \ Estado	Piauí (1)	Rio Grande do Norte (1)	Paraíba (1)	Pernambuco (1)	Bahia (1)	São Paulo (2)
15-19	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.9
20-24	2.7	3.6	4.1	6.1	1.2	2.7
25-29	11.8	12.5	12.9	12.1	7.3	9.5
30-34	24.2	19.4	17.0	30.0	12.9	20.8
35-39	22.7	32.4	28.4	27.1	16.7	27.8
40-44	20.7	28.7	24.2	28.4	16.3	20.8
N	1340	1300	1183	1259	1396	2110

Fonte: (1) Pesquisa sobre Saúde Materno-Infantil (op.cit.)
(2) Nakamura, M.S. (of.cit.) - Mulheres de 15-49 anos

QUADRO 8-A

PORCENTAGEM DE MULHERES CASADAS ESTERILIZADAS, SEGUNDO NÚMERO DE FILHOS VIVOS

Estado / Nº de Filhos	Bahia	Pernambuco	Paraíba	Rio Grande do Norte
0	0.0	0.9	1.3	0.0
1	0.3	4.9	5.5	2.3
2	7.4	16.4	10.3	16.7
3	14.3	30.3	22.6	26.6
4	16.3	34.2	20.7	31.2
5+	14.3	25.4	24.7	24.4
N	1396	1259	1183	1300

Fonte: (1) Rodrigues, W. et al. Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar (BA,PE,PB,RN) 1980.

QUADRO 9

ÓBITOS DE MULHERES ENTRE 15 E 49 ANOS, POR CAUSA
BRASIL - 1980

CAUSA (CAPÍTULOS DA CID)	NÚMERO	%	% AC
VII - DOENÇAS APARELHO CIRCULATÓRIO	12268	28,78	28,78
XVII - CAUSAS EXTERNAS	7146	16,76	45,54
II - NEOPLASMAS	6680	15,67	61,21
I - DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS	3578	8,39	69,60
VII - DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO	2843	6,67	76,27
IX - DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO	2690	6,31	82,58
XI - COMPLICAÇÕES GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO	2499	5,86	88,44
X - DOENÇAS DO APARELHO GENITURINÁRIO	1349	3,16	91,60
III - DOENÇAS END.NUTRIC.METAB.E TRANST. IMUNITÁRIOS	1261	2,96	94,56
VI - DOENÇAS SISTEMA NERVOSO E ORGÃOS DOS SENTIDOS	1055	2,47	97,03
- DEMAIS CAUSAS	1259	2,97	100,00
TOTAL	42628(1)	100,00	-

FONTE: DNE/SNABS/MS - ESTATÍSTICAS DE MORTALIDADE - BRASIL 1980

(1) EXCLUÍDOS OS ÓBITOS POR SINAIS, SINTOMAS E AFECÇÕES MAL DEFINIDOS (8512).

QUADRO 9-A

PRIMEIRAS CAUSAS DE ÓBITOS DE MULHERES ENTRE 15 - 49 ANOS
BRASIL - 1980

GRUPOS DE CAUSAS (CID-BR)	NUMERO	%	% AC
(08-14) NEOPLASMAS MALÍGNOS	6428	15,08	15,08
(29) DOENÇAS CEREBROVASCULARES	4300	10,00	25,17
(28) DOENÇAS CIRCULATÓRIAS PULMONARES E OUT. FORMAS DOENÇAS DO CORAÇÃO	3887	9,12	34,29
(32) OUTRAS DOENÇAS APARELHO RESPIRATÓRIO	2823	6,62	40,91
(33-34) DOENÇAS DO APARELHO DIGESTIVO	2690	6,31	47,22
(47) ACIDENTES DE TRANSPORTE	2275	5,34	52,56
(39) CAUSAS OBSTÉTRICAS DIRETAS	2103	4,93	57,49
(27) DOENÇA ISQUÊMICA DO CORAÇÃO	1920	4,50	61,99
(56) OUTRAS VIOLÊNCIAS	1445	3,39	65,38
(26) DOENÇAS HIPERTENSIVAS	1210	2,84	68,22
- DEMAIS CAUSAS	13547	31,78	100,00
TOTAL	42628(1)	100,00	-

FONTE: DNE/SNABS/MS

(1) EXCLUÍDOS OS ÓBITOS POR SINAIS, SINTOMAS E AFECÇÕES MAL DEFINIDAS (8512).

QÜÄDRO 9-B

PRIMEIRAS CAUSAS DE ÓBITOS ENTRE MULHERES DE 50 ANOS E MAIS

BRASIL - 1980

GRUPOS DE CAUSAS (CID-BR)	NÚMERO	%	% AC
(29) DOENÇAS CEREBROVASCULARES	25449	19,82	19,82
(08-14) NEOPLASMAS MALÍGNOS	19653	15,30	35,12
(27) DOENÇA ISQUÊMICA DO CORAÇÃO	19361	15,08	50,20
(28) DOENÇA CIRC.PULMONAR E OUTRAS FORMAS DE DOENÇAS DO CORAÇÃO	18475	14,39	64,59
(32) OUTRAS DOENÇAS APARELHO RESPIRATÓRIO	10232	7,97	72,56
(18) DOENÇAS ENDÓCRINAS DO METABOLISMO E TRANST. IMUN.	6198	4,83	77,39
(26) DOENÇA HIPERTENSIVA	5302	4,13	85,67
(30) OUTRAS DOENÇAS APARELHO RESPIRATÓRIO	4963	3,86	89,53
(35) DOENÇAS DO APARELHO URINÁRIO	2378	1,85	91,38
- DEMAIS CAUSAS	11077	8,62	100,00
TOTAL	128415(1)	100,00	-

FONTE : DNE/SNABS/MS

(1) EXCLUÍDOS OS ÓBITOS POR SINAIS, SINTOMAS E AFECÇÕES MAL DEFINIDOS (34601).

QUADRO 10

NÚMERO DE CASOS E PORCENTAGEM DAS PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE POR COMPLICAÇÃO DA GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO, NO ANO DE 1980, BRASIL

CAUSA	1980	
	NÚMERO	%
HIPERTENSÃO E COMPLICAÇÕES DA GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO (642)	754	29,56
HEMORRAGIA ANTEPARTO, DESCOLAMENTO PREMATURO DA PLACENTA E PLACENTA PRÉVIA (641)	310	12,15
INFECÇÃO PUERPERAL (670)	270	10,58
HEMORRAGIA PÓS-PARTO (666)	208	8,15
ABORTO NÃO ESPECIFICADO (637)	162	6,35
ANORMALIDADE DA CONTRAÇÃO UTERINA NO TRABALHO DE PARTO (661)	102	4,00
DEMAIS CAUSAS	745	29,21
TOTAL	2551	100,0

FONTE: ESTATÍSTICAS DE MORTALIDADE DO BRASIL, 1980 - MS.

QUADRO 10-A

ÓBITOS POR COMPLICAÇÕES DA GRAVIDEZ, DO PARTO E PUERPÉRIO, SEGUNDO GRUPOS DE IDADE DE OCORRÊNCIA - BRASIL 1979-1980 (%)

CAUSAS (CID-BR)	10-14		15-49		50 E MAIS	
	1979	1980	1979	1980	1979	1980
(38) ABORTO		5,6	15,3	13,5	16,7	-
(39) CAUSAS OBSTÉTRICAS DIRETAS	100,0	94,4	82,9	84,2	83,3	100,0
(40) CAUSAS OBSTÉTRICAS INDIRETAS	-	-	1,8	2,3	-	-
N	12	18	2573	2499	6	4

FONTE : DNE/SNABS/MS - ESTATÍSTICAS DE MORTALIDADE - BRASIL, 1979, 1980.